

Кыргызстандын саламаттык сактоо
илимий-практикалык журналы
2022, no 2, б. 70-77

Здравоохранение Кыргызстана
научно-практический журнал
2022, № 2, с. 70-77

Health care of Kyrgyzstan
scientific and practical journal
2022, no 2, pp 70-77

УДК: 616-002.5-08:614.2:177.2

Медициналык жардамга кайрылууда жана кургак учуктан дарыланууда максаттуу топтордун жүрүм-турумуна таасир этүүчү факторлорду баалоо

Ч.Т. Ибраимова, С. А. Хоффман, А. К. Алимахунов, А. С. Ибраимова

АКШнын Эл аралык өнүктүрүү боюнча агенттигинин (USAID) “Кургак учукту айыктыруу” долбоору, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргызстан кургак учуктун дарыга туруктуу формасынын көрсөткүчтөрү боюнча дүйнө өлкөлөрдүн сап башында турат. Кургак учук менен ооруп калуу коркунучу бар адамдар көбүнчө жетүүгө кыйын болгон топтордун арасында болушат, бул аларга медициналык кызмат алууну кыйындатат. Изилдөө кургак учук менен ооругандардын текшерилүүсүнө жана дарыланууну аяктоого көмөктөшүүчү факторлорду жана тоскоолдуктарды, кургак учук менен ооруган бейтаптарды жана алардын үй-бүлөлөрүн кодулоонун жана басмырлоонун себептерин жана түрлөрүн, ошондой эле калк арасында кургак учук жөнүндө туура эмес маалыматтарды аныктады.

Негизги сөздөр: кургак учук, диагностика, дарылоо, көмөктөшүүчү факторлор жана тоскоолдуктар, жактоочулук, кодулоо, гендер.

Оценка факторов, влияющих на поведение целевых групп при обращении за медицинской помощью и лечении туберкулеза

Ч.Т. Ибраимова, С. А. Хоффман, А. К. Алимахунов, А. С. Ибраимова

Проект Агентства США по международному развитию (USAID) «Вылечить туберкулез», Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Кыргызстан имеет один из самых высоких показателей лекарственно-устойчивого туберкулеза (ТБ) в мире. Люди, подверженные риску заболевания туберкулезом, часто находятся среди самых труднодоступных групп населения, что может осложнить получение ими медицинских услуг. Исследование выявило способствующие факторы и барьеры в прохождении обследования и завершении лечения пациентов с туберкулезом, причины и виды стигмы и дискриминации в отношении больных туберкулезом и их семей, а также существующую дезинформацию о туберкулезе среди населения.

Ключевые слова: туберкулез, диагностика, лечение, способствующие факторы и барьеры, приверженность, стигма, гендер.

Evaluation of factors affecting the behavior of target groups in health care-seeking and tuberculosis treatment

Ch. T. Ibraimova, S. A. Huffman, A. K. Alimakhunov, A. S. Ibraimova

Адрес для переписки:
Ибраимова Чолпон Таласбаевна, 720040,
Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Раззакова 15, офис 6
Проект USAID “Вылечить туберкулез”
Тел.: + 996 555787050
E-mail: cholpon_ibraimova@kg.jsi.com

Contacts:
Ibraimova Cholpon Talasbaevna, 720040,
15 Razzakov str., Office 6, Bishkek, Kyrgyz Republic
USAID Cure Tuberculosis Project
Phone: + 996 555787050
E-mail: cholpon_ibraimova@kg.jsi.com

Для цитирования:
Ибраимова Ч. Т., Хоффман С.А., Алимахунов А.К., Ибраимова А.С.
Оценка факторов, влияющих на поведение целевых групп при обращении за медицинской помощью и лечении туберкулеза. Здравоохранение Кыргызстана 2022, № 2, с. 70-77.
doi.10.51350/zdravkg202262970

Citation:
Ibraimova Ch.T., Huffman S. A., Alimakhunov A.K., Ibraimova A.S. Evaluation of factors affecting the behavior of target groups in health care-seeking and tuberculosis treatment. Health care of Kyrgyzstan 2022, No. 2, pp. 70-77.
doi.10.51350/zdravkg202262970

© Ибраимова Ч.Т., и соавт., 2022

DOI: <https://dx.doi.org/10.51350/zdravkg202262970>

United States Agency for International Development (USAID) Cure Tuberculosis Project, Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. Kyrgyzstan has one of the highest rates of drug-resistant tuberculosis (TB) in the world. People at risk of TB are often among the most hard-to-reach populations, which can make it difficult for them to access health care services. The study identified enabling factors and barriers to testing and completing treatment for TB patients, causes and types of stigma and discrimination against TB patients and their families, and widespread misinformation about TB among the population.

Key words: tuberculosis, testing, treatment, enabling factors and barriers, adherence to treatment, stigma, gender.

Введение

Кыргызстан является одной из 30 стран в мире с самым высоким бременем лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ). ЛУ-ТБ трудно диагностировать и лечить – требует длительного курса лечения (до двух лет) и может сопровождаться побочными эффектами от лекарств, из-за чего, у многих пациентов снижается приверженность лечению, и как следствие, низкие показатели успеха лечения. Успех лечения среди больных с чувствительным ТБ составляет 82%; для туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) - 53% и только 15% для туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) [1]. Своевременная и точная диагностика ТБ является ключом для начала лечения пациентов. Приверженность лечению имеет решающее значение для завершения лечения и излечения от туберкулеза.

Люди, подверженные риску заболевания туберкулезом, часто находятся среди самых труднодоступных групп населения, что может осложнить получение ими медицинских услуг. Такие социальные факторы, как бедность, отсутствие определенного места жительства, нахождение в местах лишения свободы, внешняя миграция, безработица, недоедание, алкоголизм, злоупотребление психоактивными веществами, сочетанная инфекция ВИЧ и МЛУ-ТБ, недостаточные знания о ТБ и стигма, также способствуют развитию туберкулеза и приводят к задержке выявления и прерыванию лечения ТБ [2, 3, 4, 5].

Цель исследования: понять перспективы людей с ТБ и членов их семей в прохождении обследования и завершении лечения, изучить факторы, лежащие в основе широко распространенной стигмы в отношении людей с ТБ и узнать о возможных системах поддержки и каналах коммуникации для охвата групп высокого приоритета.

Материалы и методы исследования

Качественное исследование проводилось с

использованием фокус-групповых дискуссий (ФГД), полуструктурированных и структурированных интервью с использованием анкет «делает/не делает» (ДНД). Исследование проводилось в феврале-марте 2020 года в Нарынской, Чуйской и Джалал-Абадской областях и г. Бишкек.

Приоритетные группы, включенные в исследование: мужчины и женщины из общего населения, внешние мигранты и их семьи, внутренние мигранты, лица без определенного места жительства (ЛБОМЖ), люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), лица, подверженные влиянию алкоголя и наркотиков, люди, бывшие в заключении, медицинские работники.

Объем исследования: в всего 547 человек

- 25 обсуждений в фокус-группах (247 участников) с мужчинами и женщинами из общего населения, внешними мигрантами и их семьями, внутренними мигрантами и медицинскими работниками
- 277 интервью «делает/не делает» по проходу обследования, завершению лечения и стигме
- 23 полуструктурированных интервью с группами высокого приоритета и сотрудниками, работающими с группами высокого приоритета

Данные были проанализированы с использованием стандартных методов качественного анализа. В исследовании использовался инструмент «делает/не делает», специально разработанный для выявления факторов, положительно или отрицательно влияющих на поведение человека при обращении за медицинской помощью и соблюдении режима лечения. Инструмент выявляет точку зрения пациента, что имеет решающее значение для разработки человек-ориентированных стратегий для улучшения такого поведения. Ответы анкет «делает/не делает» были закодированы, занесены в таблицу и ранжированы по частоте, чтобы установить способствующие факторы и барьеры для определенного поведения.

Результаты

Данные исследования выявили следующие способствующие факторы и барьеры в прохождении обследования на ТБ и перечислены в порядке от наиболее часто упоминаемых к менее.

Способствующие факторы в прохождении обследования:

1. Само-мотивация: желание знать о наличии или отсутствии ТБ; знание о возможном исключении других заболеваний в результате обследования.
2. Беспокойство по поводу заражения других членов семьи.
3. Знание об эффективности лечения и излечимости ТБ, что даже если у них будет выявлен ТБ, они смогут пройти курс лечения и вылечиться.
4. Наличие кого-либо, кто может присмотреть за детьми или домашним скотом на время отлучения из дома для прохождения обследования.
5. Бесплатность обследования повышает возможность пройти обследование, особенно когда необходимо обследоваться нескольким членам семьи.
6. Быстрое получение результатов стимулировало людей пройти обследование, чтобы покончить с беспокойством о том, что они могут быть заражены ТБ.

Барьеры в прохождении обследования:

1. Нехватка времени из-за бытовых обязанностей, ухода за детьми, ведение домашнего хозяйства, уход за скотом являлась основным препятствием.
2. Стоимость рентгена, анализов, другие выплаты несмотря на то, что обследование должно быть бесплатным. Людей иногда отправляют в частную клинику/лабораторию, где все платно.
3. Отсутствие транспорта, стоимость проезда и большие расстояния являются препятствием во всех регионах, особенно в Нарынской области.
4. Стигма является сдерживающим фактором при обращении для прохождения обследования, люди не хотят, чтобы кто-либо увидел их в медицинском учреждении, некоторые сталкивались со стигмой со стороны медработников.

Способствующие факторы и барьеры в завершении лечения. Примерно половина из тех, кто завершает лечение, и половина из тех, кто не завершает лечение, были отнесены к категории ЛУ-ТБ. У этой группы есть некоторые различия в восприятии препятствий или трудностей.

Способствующие факторы в завершении лечения одинаковы как для пациентов с чувствительной формой ТБ, так и для пациентов с ЛУ-ТБ.

1. Личные цели и желание вылечиться (желание быть здоровыми и возобновить привычную жизнь, вылечиться ради своей семьи).
2. Беспокойство о заражении других, особенно семьи.
3. Улучшение физического и психологического са-

мочувствия после начала лечения.

4. Советы, информация, поддержка со стороны медработников, некоторые упоминали сотрудников НПО.

5. Удобство режима лечения, например, прием лекарств в домашних условиях, помогло пациентам избежать ежедневных поездок в медицинские учреждения, ожидания там и транспортных расходов.

6. Получение стимулов, особенно денежных, продовольственных, финансовая помощь в покрытии транспортных расходов, некоторые пациенты отметили хороший уход в больнице (питание, тепло, постоянное наблюдение со стороны медработников за побочными эффектами, лечением ТБ и сопутствующих заболеваний).

Барьеры в завершении лечения:

1. Нежелательные явления (НЯ) во время лечения включали как кратковременные, так и долгосрочные НЯ, но пациенты с ЛУ-ТБ чаще упоминали о них.

2. Трудности с приемом лекарств: глотание крупных таблеток или прием большого количества таблеток за один раз. Многие сказали, что предпочли бы получение инъекций.

3. Семейные проблемы часто мешают лечению: один из супругов бросает другого, наличие маленьких детей и членов семьи с другими заболеваниями, за которыми необходим уход, смерть члена семьи и сопутствующие эмоциональные и организационные трудности.

4. Алкогольная зависимость основная проблема, влияющая на приверженность лечению, особенно в лечении ЛУ-ТБ и ЛБОМЖ, но многие пациенты, живущие с семьей, также страдают от алкогольной зависимости и прерывают лечение.

5. Сопутствующее заболевание или травма затрудняют лечение, особенно когда пациент теряет подвижность и не может идти в медицинское учреждение за лекарствами.

6. Неудобство ежедневного посещения медицинского учреждения и необходимость поездки для прохождения обследования и получения лекарств.

7. Для групп высокого риска, особенно внутренних мигрантов, людей, бывших в заключении, и ЛБОМЖ, отсутствие прописки являлось значительным препятствием в получении лечения.

8. Длительность лечения затрудняет лечение, особенно для пациентов с ЛУ-ТБ и вызывает ряд проблем: необходимость длительного и ежедневного посещения медицинских учреждений, отсутствие возможности работать во время лечения, и как следствие финансовые затруднения.

Основными источниками поддержки, оказавшими помощь пациентам с ТБ в завершении лечения, участники упомянули семью и медицинских работников, некоторые также получали поддержку от сотрудников НПО.



Рисунок 1. Общественные и личные факторы, ведущие к стигме и ее наиболее значимым социальным последствиям

Figure 1. Community and personal factors leading to stigma and its most significant social consequences

Стигма признана основным фактором, влияющим на динамику туберкулеза во всем мире. Наше исследование показало, что стигма, широко распространена в нашей стране, несколько пациентов сообщили о стигме со стороны узких специалистов.

Существуют различные виды стигмы, описанные в литературе, и наше исследование обнаружило три из них – общественная, воспринимаемая и само-стигматизация среди пациентов с ТБ и сообществ. Также было упомянуто о четвертом виде, называемом «вторичной стигмой».

Общественная стигма – это мнение общего населения о пациентах с ТБ.

При *воспринимаемой стигме* пациент или семья думают, что другие стигматизируют их и страдают от воображаемого избегания, сплетен и отвержения.

Самостигматизация возникает, когда человек с диагнозом ТБ сам решает изолироваться от других.

Вторичной стигме иногда подвергаются медработники и другие лица, которые оказывают помощь больным с ТБ. Этот вид стигмы был выявлен в фокус-группах с медработниками.

Причинно-следственный анализ стигмы (Рисунок 1) показывает, как факторы на уровне общества и на уровне пациента приводят к стигме из-за страха заражения, беспокойства быть отвергнутыми другими и беспокойства о навешивании со-

циального ярлыка. К крайним последствиям стигмы на социальном уровне относятся отречение со стороны семьи, снижение перспективы вступления в брак людей с ТБ или членов их семей, а на индивидуальном уровне – самоизоляция и самостигматизация, включая долговременное снижение самооценки людей с ТБ.

Обсуждения в фокус-группах и интервью выявили огромное количество дезинформации о туберкулезе, включая неправильные представления о:

- Причинах (ухудшение других респираторных заболеваний, холод, сырость);
- Пути передачи (через посуду, слюну, еду, одежду, рукопожатие, поцелуи, нестерильные инструменты);
- Наследственности (генетическое заболевание, влияющее на способность иметь здоровых детей);
- Лечении и излечимости (неэффективные препараты, длительное пребывание в больнице, хронический туберкулез, народные средства, лечение в домашних условиях опасно);
- Типах людей (стереотипы), которые заболевают туберкулезом (например, люди, бывшие в заключении, люди, которые курят, люди, злоупотребляющие алкоголем, бедные люди и люди, не соблюдающие гигиену).

Результаты исследования раскрыли *гендерные аспекты* в вопросах ТБ:

- Мужчины и женщины имеют одинаковый доступ к информации о ТБ и схожую дезинформацию о лечении, излечимости, путях передачи инфекции и спо-

собствующих факторах.

- Мужчин меньше беспокоит стигма, их беспокоит заражение окружающих людей.
- Женщины более обеспокоены стигмой, особенно связанной с отношением родственников со стороны мужа, перспективой замужества/женитьбы детей и влиянии ТБ на потомство.
- Домашние обязанности (для женщин - работа по дому и уход за детьми, для мужчин – ведение домашнего хозяйства/уход за скотом) являются препятствием для обращения за медицинской помощью.
- Зачастую ответственность за прохождение обследования всеми членам семьи и контроль лечения ТБ больных ложится на плечи женщин.
- Ни одна из опрошенных женщин не упомянула об отсутствии самостоятельности в качестве барьера для прохождения обследования или лечения.
- Мужчины больше представлены в определенных группах риска (лица бывшие в заключении, ЛБОМЖ, лица, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками, а также внешние мигранты)
- Среди женщин наблюдалась большая заинтересованность в участии на собраниях и встречах на тему ТБ и готовность делиться полученной информацией.

Каналы и формы коммуникации: респонденты отмечали важность распространения информации о ТБ на простом и понятном языке во время встреч, собраний, бесед; акцентировали внимание на том, что сейчас люди чаще получают информацию через интернет и телевидение. Было подмечено, что наибольшее впечатление производят истории с участием самих пациентов. Женщины отметили важность работы с молодежью и школьниками, были заинтересованы в получении информации о ТБ и готовы делиться ей.

Обсуждение

Исследование выявило множество различий между исходными гипотезами, установленными на основе ситуационного анализа, и результатами исследований, проведенных в Кыргызстане [6, 7, 8, 9, 10], включая гендерные аспекты, ситуацию с медицинской помощью мигрантам, барьеры в прохождении обследования и завершении лечения, а также роль медицинских работников и поддержки семьи в лечении.

Факторами, способствующими прохождению обследования на ТБ являются: самомотивация и желание рассеять опасения по поводу возможного наличия или отсутствия ТБ; беспокойство о заражении других членов семьи; знание об эффективности лечения и излечимости ТБ; помощь в просмотре за детьми, домом, уходе за домашним скотом на время отсутствия для прохождения обследования; доступ к бесплатному обследованию, особенно для больших семей; быстрое получение результатов.

Барьерами в прохождении обследования на ТБ являются: нехватка времени из-за бытовых обязанностей, ухода за детьми, ведения домашнего хозяйства; стоимость рентгена и анализов; отсутствие транспорта, стоимость проезда и большие расстояния, в особенности для жителей сельских местностей Нарынской области; стигма и опасение, что кто-то увидит в медучреждении во время прохождения обследования и будет распускать сплетни.

Факторы, способствующие завершению лечения: личные цели и желание вылечиться; спокойство о заражении других, особенно семьи; улучшение физического или психического состояния после начала лечения; информация и поддержка со стороны медработников или сотрудников НПО; удобство режима лечения; получение стимулов (денежных или продовольственных), некоторые пациенты отметили лечение в стационаре в качестве способствующего фактора.

Барьеры в завершении лечения: нежелательные явления и трудности, связанные с приемом лекарств (крупные таблетки или прием большого количества таблеток); семейные проблемы (включая развод, наличие маленьких детей и членов семьи с другими заболеваниями, требующих ухода, ситуации, связанные со смертью члена семьи); алкогольная зависимость, особенно среди пациентов с ЛУ-ТБ и ЛБОМЖ; сопутствующее заболевание или травма, затрудняющие мобильность; неудобство ежедневного/частого посещения медицинского учреждения для получения лекарств и прохождения обследования; длительность лечения затрудняет лечение, особенно для пациентов с ЛУ-ТБ; отсутствие прописки являлось значительным препятствием в получении лечения для групп высокого риска, особенно внутренних мигрантов, людей, бывших в заключении и ЛБОМЖ.

Многие пациенты наряду с поддержкой со стороны семьи и родственников отметили поддержку со стороны медработников, что указывает *на ключевую роль медработников* в завершении лечения пациентов и следует подчеркивать в информационных кампаниях и мероприятиях с их участием. Пациенты также упоминали, что получали поддержку от НПО или местных органов власти.

Рассуждения участников ФГД среди мигрантов и членов их семей о том, что в последнее время стало больше *внешних мигрантов*, прерывающих работу и возвращающихся в КР для получения лечения, косвенно свидетельствуют об улучшении их осведомленности о ТБ, излечимости этого заболевания и возможности получения бесплатного лечения на родине.

Примечательно, что условия труда и жизни кыргызских мигрантов, находящихся за рубежом, сейчас кажутся намного лучше, чем в предыдущие годы, а также по сравнению с предыдущими иссле-

дованиями о туберкулезе среди трудовых мигрантов в Центральной Азии [11, 12]. Трудовые мигранты отметили также улучшение нормативов условий труда и регистрации, а также доступа к медицинским услугам через обязательное страхование.

В результате исследования обнаружены **четыре вида стигмы**: общественная, воспринимаемая, самостигматизация и вторичная стигма по отношению к медработникам, которые занимаются лечением пациентов с ТБ. Хотя стигма или страх стигмы не являлись прямыми барьерами в прохождении обследования или завершении лечения, последствия стигмы, в частности отсутствие социальной поддержки, серьезно повлияли на качество жизни пациентов с ТБ и их семей.

Причинно-следственный анализ стигмы показал, что страх заразиться туберкулезом от кого-либо является основной причиной стигматизации туберкулеза в Кыргызстане. Обилие дезинформации среди населения о способствующих заражению ТБ факторах подкрепляет этот страх и приводят к стигматизации из-за страха заражения и страха навешивания ярлыков со стороны общества. Наиболее значимые последствия стигмы включают отлучение от семьи, потерю возможности вступить в брак, а также самоизоляцию и самостигматизацию пациентов с ТБ.

Участники ФГД отметили **об изменениях установок и поведения общества** по отношению к больным с ТБ и их лечению благодаря информационному воздействию последних лет, но при этом отметили, что эту работу необходимо продолжать. Медработники и некоторые участники ФГД считали, **что стигма в отношении ТБ несколько уменьшается**. Медработники также отмечали, что все больше людей сами приходят на обследование и начинают лечение. Другие люди в фокус-группах говорили, что теперь стало меньше страха из-за более доступной информации и примеров излечения людей.

Результаты исследования показали, что наблюдается **гендерное равенство** в доступе к информации о ТБ для мужчин и женщин, но при этом и те, и другие имеют схожую дезинформацию о лечении, излечимости, путях передачи инфекции и способствующих факторах. Важно, что ни одна из опрошенных женщин не упомянула об отсутствии самостоятельности в прохождении обследования или лечении ТБ. Женщины более обеспокоены стигмой, особенно связанной с отношением родственников со стороны мужа, перспективой замужества/женитьбы детей и влиянии ТБ на потомство. Зачастую ответственность за прохождение обследования всеми членами семьи и контроль лечения больных ТБ ложился на плечи женщин.

Региональные различия: респонденты в Нарынской области часто ссылались на дополни-

тельные препятствия в прохождении обследования и лечении, связанные с большими расстояниями до ближайшего медицинского учреждения, и соответствующими транспортными расходами, что указывает на важность транспортных или других денежных стимулов.

В Чуйской области респонденты выделили модель амбулаторного лечения как фактор, способствующий завершению лечения. Возможно, это связано с тем, что в Чуйской области модель амбулаторного лечения была внедрена раньше других областей, поэтому люди были более информированы и пользовались данными услугами.

В целом многочисленные препятствия в прохождении обследования и лечении, с которыми сталкиваются лица с ТБ, подчеркивают важность применения моделей оказания помощи, ориентированных на людей, включая лечение на уровне сообществ, получение лечения в удобной форме, что поможет им быть приверженными лечению.

Существовали также **региональные различия в способах выражения стигмы**: в Нарынской области часто ссылались на традиционные устои общественной взаимовыручки и поддержки, хотя люди боялись заразиться и предпринимали необходимые меры предосторожности, но таким образом, чтобы открыто не стигматизировать больного ТБ, боясь его обидеть. В Нарынской области, где очень большие расстояния, особенно в отдаленных селах, вероятно люди вынуждены полагаться на поддержку соседей и других семей и, следовательно, более осторожно относиться к тому, чтобы отталкивать друг друга. Напротив, на юге (Джалал-Абадская область) стигма в отношении пациентов с ТБ была выражена гораздо более открыто. Одной из причин этого может быть то, что в Джалал-Абадской области плотность населения намного выше, что повышает вероятность заражения внутри сообществ.

Для **групп высокого риска**, особенно внутренних мигрантов, людей, бывших в заключении, и ЛБОМЖ отсутствие прописки являлось значительным препятствием в получении социальных услуг и медицинской помощи. Внутренние мигранты отмечали плохое обращение со стороны медработников из-за отсутствия прописки и иногда даже взимание платы за лечение. Группы высокого риска также упоминали о поддержке со стороны НПО. Люди без определенного места жительства реже всего получают какую-либо поддержку. Алкогольная зависимость является основной проблемой, влияющей на приверженность лечению для групп высокого риска, особенно больных ЛУ-ТБ.

Каналы и формы коммуникации: важно распространять информацию на простом и понятном языке, обращая внимание на то, что сейчас люди чаще получают информацию через интернет и телевидение. По мнению респондентов, наибольшее впе-

чатление производят истории с участием реальных пациентов. Женщины, отдали предпочтение личным встречам, собраниям и беседам и проявили готовность распространять получаемую информацию о ТБ. Также женщины отметили важность работы с молодежью и школьниками.

Заключение

Люди, подверженные риску заболевания туберкулезом, часто находятся среди самых труднодоступных групп населения, что может осложнить

получение ими медицинских услуг. Исследование выявило способствующие факторы и барьеры в прохождении обследования и завершении лечения пациентов с туберкулезом, причины и виды стигмы и дискриминации в отношении больных туберкулезом и их семей, а также существующую дезинформацию о туберкулезе среди населения.

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов. The authors declare no conflicts of interest.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2019. Женева, 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сопутствующие заболевания ТБ и факторы риска. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/treatment/risk-factors/en/>
3. Всемирная организация здравоохранения и Международная организация по миграции (ВОЗ и МОМ). Профилактика туберкулеза и помощь мигрантам. Октябрь 2014. https://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf
4. Жумалиева Ч. и др. «Какие диагностические барьеры среди вновь выявленных больных туберкулезом легких в Кыргызстане: задержка пациента». Серия исследований TB CARE I/KNCV. Ноябрь 2014.
5. Токтогонова А. и др. «Факторы риска потери наблюдения среди пациентов с ТБ, получающих лечение препаратами второго ряда, в четырех регионах Кыргызстана». Серия исследований TB CARE I/KNCV. Декабрь 2014.
6. Алимханов А., Общественная осведомленность и восприятие туберкулеза: результаты оценки Джалал-Абадской области за 2017 год. Презентация на Второй международной конференции по борьбе с туберкулезом в Центральной Азии, сентябрь 2017 г.
7. Гончарова О. и др. «Туберкулез среди мигрантов в г. Бишкек, столице Кыргызской Республики». Международный союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких, решения здравоохранения для бедных. Том 7 № 3. Сентябрь 2017, 218-223. DOI: <https://doi.org/10.5588/pha.17.0002>
8. Барманкулова А. и др. «Туберкулез и устойчивость к рифампицину среди мигрантов в Кыргызстане: выявление с помощью нового диагностического теста». Нагойский журнал медицинских наук, 77 (Feb. 2015): 41-49
9. Соколовски Саманта. «Гендерная оценка в Кыргызстане». Stop TB Partnership, 2016.
10. Проект USAID «Победим туберкулез». Оценка социально-экономических факторов, включая гендерные факторы, влияющие на получение медицинских услуг ТБ пациентами в Кыргызской Республике. Сентябрь 2018.
11. Хоффман С. и др. «Трудовая эксплуатация, уязвимость к туберкулезу и доступ к лечению среди узбекских трудовых мигрантов в Казахстане». Социальные науки и медицина, том 74, выпуск 6 (март 2012 г.): 864-872. DOI:10.1016/j.soc scimed.2011.07.019
12. Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии, Колумбийский университет. Одномоментное исследование факторов риска заболевания туберкулезом среди мигрантов в странах Центральной Азии. Сентябрь 2015.

References

1. World Health Organization (WHO). Global Tuberculosis Report 2019. Geneva, 2019. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
2. World Health Organization (WHO). TB comorbidities and risk factors. <https://www.who.int/tb/areas-of-work/treatment/risk-factors/en/>
3. World Health Organization and International Organization for Migration (WHO and IOM). Tuberculosis Prevention and Care for Migrants. Oct. 2014. https://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf
4. Zhumalieva, Chynar, Meerim Ryspekova, and Dinara Madybaeva. "What are diagnostic barriers among newly diagnosed pulmonary TB patients in Kyrgyzstan: patient delay." TB CARE I/KNCV research series. November 2014.
5. Toktogonova, Atyrkul, Svetlana Fedorova, Ekaterina Kotysheva, Ekaterina Maliukova, and Nurila Kurmanova. "Risk factors for loss to follow-up among TB patients on second line treatment in four regions of Kyrgyzstan." TB CARE I/KNCV research series. December 2014.
6. Alimkhanov, Anarbek. "Public Awareness and Perceptions of TB: 2017 Jalal-Abad Oblast Assessment Results." Presentation at the Second International Conference on TB Control in Central Asia, Sept. 2017
7. Goncharova, O., O. Denisiuk, R. Zachariah, K. Davtyan, D. Nabirova, C. Acosta, and A. Kadirov. "Tuberculosis among migrants in Bishkek, the capital of the Kyrgyz Republic." Public Health Action, Volume 7, Number 3 (21 September 2017) : 218-223. DOI: <https://doi.org/10.5588/pha.17.0002>
8. Barmankulova, Aigul, Michiyo Higuchi, Mohammad Abul Bashar Sarker, Md. Abdul Alim, and Nobuyuki Hamajima.

- “Tuberculosis and rifampicin resistance among migrants in Kyrgyzstan: detection by a new diagnostic test.” *Nagoya Journal of Medical Sciences*, 77 (Feb. 2015): 41-49
9. Sokolowski, Samanta. “Gender Assessment in Kyrgyzstan.” *Stop TB Partnership*, 2016.
 10. USAID TB Defeat Project. “Evaluation of socio-economic factors, including gender-specific factors affecting receipt of medical services by TB patients in the Kyrgyz Republic.” Sept. 2018.
 11. Huffman, Samantha A., Jaap Veen, Monique M. Hennink and Deborah A. McFarland. “Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan.” *Social Science and Medicine*, Volume 74, Issue 6 (March 2012): 864-872. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.07.019
 12. Columbia University Global Health Research Center of Central Asia. “A Cross-Sectional Study of Tuberculosis Risk Factors among Migrants in Central Asia.” Sept. 2015

Авторы:

Ибраимова Чолпон Таласбаевна, руководитель отдела по социальным и поведенческим изменениям Проекта USAID “Вылечить туберкулез”, Бишкек, Кыргызская Республика

Хоффман Саманта Александра, степень магистра в области общественного здравоохранения, директор по стратегической информации Проекта USAID “Вылечить туберкулез”, Бишкек, Кыргызская Республика

Алимахунов Анарбек Кумахунович, степень магистра в области социально-гуманитарного образования, специалист по социальным и поведенческим изменениям Проекта USAID “Вылечить туберкулез”, Бишкек, Кыргызская Республика

Ибраимова Айнура Султановна, кандидат медицинских наук, Директор Проекта USAID “Вылечить туберкулез”, Бишкек, Кыргызская Республика

Authors:

Ibraimova Cholpon Talasbaevna, Social Behavior Change Team-Leader, USAID Cure Tuberculosis Project, Bishkek, Kyrgyz Republic

Huffman Samantha Alexandra, Master of Public Health (MPH), Strategic Information Director, USAID Cure Tuberculosis Project, Bishkek, Kyrgyz Republic

Alimakhunov Anarbek Kumakhunovich, Master of Social Sciences, Social Behavior Change Team Specialist, USAID Cure Tuberculosis Project, Bishkek, Kyrgyz Republic

Ibraimova Ainura Sultanovna, Ph.D., Chief of Party, USAID Cure Tuberculosis Project, Bishkek, Kyrgyz Republic

Поступила в редакцию 12.04.2022
Принята к печати 29.06.2022

Received 12.04.2022
Accepted 29.06.2022