



Министерство
здравоохранения
Республики Узбекистан



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR
Europe

РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Ташкент 2018

УДК 364.62:616.24-002.5(575.1)

ББК 55.4(5У)

Р 85

Руководство по оказанию психологической поддержки и социальной помощи при туберкулёзе в Республике Узбекистан [Текст] - Ташкент: Baktria press, 2018. - 184 с.

ISBN 978-9943-5497-5-3

©

©

© Baktria press, 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ
НЕГОСУДАРСТВЕННАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР "INTILISH"



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РСНПМЦ ФиП

Н.Н. Парпиева

« 16 » декабря 2018 г.

РУКОВОДСТВО ПО ОКАЗАНИЮ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ И
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН



Данная публикация стала возможной благодаря гранту, предоставленному в рамках проекта TB-REP, который финансирует Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и реализует Центр PAS в качестве Основного реципиента. Мнение авторов, высказанное в данной публикации, может не совпадать с мнением ГФ, Основного реципиента и других партнеров проекта TB-REP.

**Рабочая группа специалистов противотуберкулезной службы
Республики Узбекистан по разработке руководства по оказанию
психологической поддержки и социальной помощи при туберкулезе в
Республике Узбекистан**

Н.Н. Парпиева
Ф.Р. Шарипов
Т.С. Никитина
Д.Ю. Суботин

В.Г. Белоцерковец
Л.Н. Каландарова
И. Гельманова
О. Ломакина

О. Гезалов
Ж. Гадоев
Ш. Юлдашев
Х. Ибатов

Б.Р. Муаззамов
Д. Ульмасова
Н. Абдиева
Е. Девятова

Рецензенты:

Р.Н. Исмайлова – кандидат психологических наук, директор филиала ННО РИОЦ “INTILISH” в Ташкентской области
Ф.К. Ташпулатова – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой «Фтизиатрия» Ташкентского педиатрического медицинского института

Руководство обсуждено на Проблемной комиссии и рекомендовано в печать как методическое и справочное издание Ученым Советом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан (протокол №12 от 11 декабря 2018 г.).

Ученый секретарь РСНПМЦ ФиП, к.м.н.



Иргашов А.А.

Данное руководство предназначено для специалистов и менеджеров государственных и негосударственных общественных национальных и международных благотворительных организаций Республики Узбекистан, оказывающих медицинские и социальные услуги больным туберкулезом и членам их семей.

СОДЕРЖАНИЕ

1	ОБЩАЯ ЧАСТЬ	9
1.1	БЛАГОДАРНОСТЬ	9
1.2	СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	11
1.3	ЦЕЛЬ ДОКУМЕНТА	12
1.4	БЕНЕФИЦИАРЫ ДОКУМЕНТА	12
1.5	СТРУКТУРА ДОКУМЕНТА	12
2	СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ	14
2.1	ВВЕДЕНИЕ	14
2.2	ЗНАЧЕНИЕ ППСП В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТБ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ	19
2.3	СТРУКТУРА ППСП	23
2.3.1	Поддержка, связанная с медикаментозным лечением ТБ	23
2.3.1.1	<i>Соблюдение предписанного курса лечения ЛУ-ТБ и роль НКЛ</i>	23
2.3.1.2	<i>Приближение места лечения к пациенту</i>	25
2.3.1.3	<i>Амбулаторная модель лечения туберкулеза</i>	25
2.3.1.4	<i>Своевременное выявление и купирование побочных реакций</i>	27
2.3.1.5	<i>Доступ пациентов к полноценному лечению сопутствующих заболеваний</i>	28
2.3.1.6	<i>Механизмы поддержки приверженности больного ТБ лечению</i>	28
2.3.2	<i>Психологическая поддержка и консультирование пациента и его близкого окружения</i>	29
2.3.2.1	<i>Актуальность оказания психологической поддержки</i>	30
2.3.2.2	<i>Коммуникация и консультирование</i>	32
2.3.2.2.1	<i>Задачи консультирования</i>	36
2.3.2.2.2	<i>Психо-коррекционные мишени консультирования</i>	37
2.3.2.2.3	<i>Этапы консультирования</i>	38
2.3.2.2.4	<i>Групповая форма консультирования</i>	39
2.3.2.2.5	<i>Эффективность консультирования</i>	41
2.3.2.2.6	<i>Ключевые подходы в оказании психологической поддержки</i>	41
2.3.2.2.7	<i>Изменение поведения</i>	42
2.3.2.2.8	<i>Типы восприятия</i>	47
2.3.2.2.9	<i>Типы мышления</i>	49
2.3.2.2.10	<i>Невербальные аспекты коммуникации</i>	50
2.3.2.2.11	<i>Вербальные аспекты коммуникации</i>	52
2.3.2.2.12	<i>Пространство вокруг человека</i>	53
2.3.2.2.13	<i>Техники активного слушания</i>	54
2.3.2.2.14	<i>Барьеры на пути передачи информации</i>	56
2.3.3	Социальная поддержка	57
2.3.3.1	<i>Информационная поддержка</i>	58
2.3.3.2	<i>Дружелюбное отношение персонала к пациенту и эмоциональная поддержка</i>	61
2.3.3.3	<i>Материальная поддержка</i>	68
2.3.3.4	<i>Улучшение питания пациентов (продуктовые наборы и горячее питание)</i>	69
2.3.3.5	<i>Возмещение транспортных расходов</i>	72

2.3.3.6	Выдача социальных пособий, другие методы материального стимулирования	73
2.3.3.7	Помощь друзей	73
2.3.3.8	Правовая и другие виды поддержки	74
2.3.3.9	Юридическая помощь	74
2.3.3.10	Помощь в восстановлении документов, прописки (официальной регистрации по месту жительства пациента)	76
2.3.3.11	Помощь в получении пенсий, оформлении инвалидности	76
2.3.3.12	Помощь в реабилитации, трудоустройстве и переобучении, другие услуги	77
2.3.3.13	Предоставление временного жилья нуждающимся	77
2.3.3.14	Социальное сопровождение	77
2.4	ПЛАНИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ППСП	82
2.4.1	Принципы построения программ лечения ТБ и ППСП больным ТБ	82
2.4.2	Алгоритм участия больных ТБ в программах ППСП	85
2.4.3	Мониторинг приверженности лечению и последующее наблюдение за больным, уклоняющимся от прохождения курса лечения	87
2.4.4	Управление качеством услуг	89
2.4.4.1	Системный взгляд на качество услуг	89
2.4.4.2	Стандарты качества услуг	90
2.4.4.3	Ключевые аспекты качества услуг	92
2.4.4.4	Алгоритм управления качеством услуг	94
2.4.5	Адвокация и пропаганда программ ППСП	94
2.4.5.1	Ключевые сообщения о ТБ для разных аудиторий	95
2.4.5.2	Средства массовой информации и материалы	97
2.4.5.3	Социальная мобилизация	101
2.4.6	Обучение и психологическое консультирование персонала программ ППСП, работающего с больными ТБ	103
2.4.7	Защита сотрудников и добровольцев / волонтеров от инфицирования ТБ при оказании ППСП	106
2.5	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	107
3	ПРИЛОЖЕНИЯ	108
3.1	РАСПОРЯЖЕНИЕ МИНЗДРАВА РУЗ	108
3.1.1	Закон Республики Узбекистан о социальном партнерстве от 25 сентября 2014 года №ЗРУ-376	110
3.1.2	Закон Республики Узбекистан О социальных услугах для престарелых, инвалидов и других социально уязвимых категорий населения	110
3.2	ПАРТНЁРСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ТБ В УЗБЕКИСТАНЕ	110
3.2.1	Государственные организации	110
3.2.1.1	Противотуберкулезная служба Республики Узбекистан	110
3.2.1.2	Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии	111
3.2.1.3	Министерство занятости и трудовых отношений Республики Узбекистан	113
3.2.2	Национальные общественные организации	120
3.2.2.1	Управление мусульман Узбекистана	120

3.2.2.2	<i>Комитет женщин Узбекистана</i>	120
3.2.2.3	<i>Республиканский информационно-образовательный центр «INTILISH»</i>	121
3.2.2.4	<i>Союз молодёжи Узбекистана</i>	123
3.2.2.5	<i>Ташкентская городская негосударственная некоммерческая организация «Ишонч ва ҳаёт»</i>	125
3.2.3	<i>Международные проекты</i>	126
3.2.3.1	<i>«Врачи без границ» (MSF)</i>	126
3.2.4	<i>Межправительственные организации</i>	126
3.2.4.1	<i>Всемирная организация здравоохранения</i>	127
3.2.4.2	<i>Управление Организации Объединённых Наций по наркотикам и преступности</i>	129
3.2.4.3	<i>Программа USAID по борьбе с туберкулезом</i>	130
3.3	ПРОЕКТ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ИХ ЗНАЧИМОМУ ОКРУЖЕНИЮ, МЕДИЦИНСКИМ И НЕМЕДИЦИНСКИМ СОТРУДНИКАМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ДРУГИХ ЗАДЕЙСТВОВАНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ	131
3.4	ХАРТИЯ ПАЦИЕНТОВ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	133
3.5	МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ	137
3.6	ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ КЛЮЧЕВЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОГРАММ ППСП	140
3.6.1	<i>Должностная инструкция социального работника</i>	140
3.6.1.1	<i>Общие положения</i>	140
3.6.1.2	<i>Должностные обязанности</i>	141
3.6.1.3	<i>Права</i>	143
3.6.1.4	<i>Ответственность</i>	143
3.6.2	<i>Должностные инструкции медицинского психолога</i>	144
3.6.2.1	<i>Общие положения</i>	144
3.6.2.2	<i>Должностные обязанности</i>	144
3.6.2.3	<i>Права</i>	145
3.6.2.4	<i>Ответственность</i>	146
3.7	ФОРМЫ	147
3.7.1	<i>Индивидуальный план социального сопровождения</i>	147
3.7.2	<i>Форма учёта контактов с клиентом и членами его семьи</i>	148
3.7.3	<i>Форма углублённой психосоциальной диагностики клиента женского пола</i>	149
3.7.4	<i>Анкета психологического обследования пациента</i>	152
3.7.5	<i>Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS)</i>	153
3.7.6	<i>Методика диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки</i>	155
3.7.7	<i>Тест САН</i>	159
3.7.8	<i>Шкала реактивной тревожности (РТ)</i>	161
3.7.9	<i>Шкала личностной тревожности (ЛТ)</i>	162
3.7.10	<i>Шкала депрессии Бека</i>	163
3.7.11	<i>Методика диагностики межличностных отношений Лири</i>	167

3.7.12	<i>Характерологический опросник (опросник К. Леонгарда)</i>	171
3.7.13	<i>Опросник "Мини-мульт"</i>	176
3.8	СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	180
3.9	СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ	182
3.10	ССЫЛКИ	183

1 ОБЩАЯ ЧАСТЬ

1.1. БЛАГОДАРНОСТЬ

Данный документ создан по инициативе Министерства здравоохранения Республики Узбекистан при участии представителей Секретариата МЭС в лице Н.С. Атабекова, Г.С. Акрамовой, Д.Авазовой и членов Межведомственной тематической рабочей группы по разработке руководств и протоколов по оказанию психосоциальной поддержки больным туберкулезом и ВИЧ в составе согласно распоряжению Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №395 от 24/03/2014 (Приложение). Это один из первых документов, нацеленных на развитие системы оказания психологической поддержки и социальной помощи больным туберкулезом в Республике Узбекистан.

Техническое содействие в разработке данного документа оказано со стороны консультантов ВОЗ И.Гельмановой, Т. Никитиной, Д. Суботина и О. Ломакиной.

Особая благодарность выражается сотрудникам Центрального научно-исследовательского института туберкулёза РАМН города Москвы В.В. Стрельцову, Н.В. Золотовой, Г.В. Барановой, Н.Н. Сиресиной, предоставившим результаты исследований по изучению психологических характеристик больных туберкулезом, Директору РСНПМЦФиП, главному фтизиатру МЗ РУз, д.м.н. Парпиевой Н.Н., к.м.н., доценту, заведующему курсом фтизиатрии Бухарского Государственного медицинского института Муаззамову Б.Р., специалистам представительства Всемирной организации здравоохранения в Узбекистане О. Гезалову, Ж. Гадоеву, Ш. Юлдашеву, Д. Ульмасовой, Н. Абдиевой и сотруднику Республиканского информационно-образовательного центра «INTILISH» Е. Девятовой, принимавшим участие в разработке данного документа на разных этапах его создания.

В период с 02/10/2017 по 28/12/2018, в рамках проекта «Амбулаторное лечение туберкулеза» (3 фаза), источником финансирования которого явился Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, ННО РИОЦ «INTILISH» был организован процесс по доработке содержания «Руководство по оказанию психологической поддержки и социальной помощи при туберкулезе в Республике Узбекистан».

В результате проведенных работ документ дополнен информационным блоком «Амбулаторная модель лечения туберкулёза», ссылками на «Закон о социальном партнерстве» и «Закон о социальных услугах». Обновлено и добавлены данные в разделе «Партнерские организации для мультисекторальных программ по ТБ в Узбекистане», пересмотрены формы Должностных инструкций ключевых специалистов программ ППСР.

Техническое содействие в доработке данного документа оказано со стороны сотрудников ННО РИОЦ «INTILISH» Никитиной Т.С., Суботина Д.Ю. и Исмаиловой Р.Н.

Благодарность за проделанную работу выражается директору РСНПМЦФиП главному фтизиатру Парпиевой Н.Н., главному специалисту ГУОЛПП Министерства здравоохранения Ахмаджонову А.К., Заведующей терапевтическим отделением РСНПМЦФиП Белоцерковец В.Г., главному врачу Ташкентского ГПТД Каландаровой Л.Н., представителям ВОЗ Гадоеву Ж., Ибатову Х., сотрудникам НО Project HOPE в Узбекистане Волик М., Чичинадзе Д., Юлдашевой У., Ульмасовой Д., представителю Комитета Женщин Узбекистана Нурматовой Ш.О.

Публикация данного материала стала возможной благодаря гранту, предоставленному в рамках проекта TB-REP, который финансирует Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией и реализует Центр PAS в качестве Основного реципиента. Мнение автора (авторов), высказанное в данной публикации, может не совпадать с мнением ГФ, Основного реципиента и других партнеров проекта TB-REP.

1.2. СПИСОК СОКРАЩЕНИИ

ВБГ	«Врачи без границ»
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование
ИКП	Интегральный клинический показатель
ИМТ	Индекс массы тела
ИОМ	Информационно-образовательные материалы
ИПП	Интегральный психологический показатель
ЛУ-ТБ	Лекарственно-устойчивый туберкулез
ЛЧ-ТБ	Лекарственно-чувствительный туберкулез
МБТ	Микобактерия туберкулеза
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ	Министерство здравоохранения
МК	Межличностная коммуникация
MDR-ТВ/МЛУ-ТБ	Multi drug resistant tuberculosis / Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МЭС	Межведомственный экспертный совет по обеспечению тесного взаимодействия и координации работы с международными и зарубежными организациями в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии и привлечения донорских средств на осуществление мероприятий
НКЛ	Непосредственно-контролируемое лечение
ННО	Негосударственная некоммерческая организация
НПТ	Национальная программа по борьбе с туберкулезом
ОЛС	Общая лечебная сеть
ПВЛУ-ТБ	Программное ведение лекарственно-устойчивого туберкулеза
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППСП	Психологическая поддержка и социальная помощь
ПСП	Психосоциальная помощь
ПТУ	Противотуберкулезное учреждение
РСНПМЦФип	Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Фтизиатрии и Пульмонологии
РУз	Республика Узбекистан
РЦГСЭН	Республиканский центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ТБ	Туберкулез
TDR-ТВ/ТЛУ-ТБ	Total drug resistant tuberculosis / Туберкулез с тотальной лекарственной устойчивостью
УИК	Уникальный идентификационный код
ХДТЗ	Хронические долго-текущие заболевания
XDR-ТВ/ШЛУ-ТБ	Extensively drug resistant tuberculosis / Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
DOTS	Программа борьбы с туберкулезом, рекомендованная ВОЗ
USAID	Агентство США по международному развитию

1.3. ЦЕЛЬ ДОКУМЕНТА

Цель документа состоит в создании условий для развития в Республике Узбекистан новых программ и усовершенствования уже имеющихся программ помощи больным ТБ, повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий в сфере ТБ через профессиональное развитие специалистов и активизацию ресурсов внутреннего потенциала больных ТБ и их близкого окружения на борьбу с заболеванием.

Внедрение методических рекомендаций, приведенных в данном документе, внесет положительный вклад в улучшение доступа и расширение комплекса существующих мероприятий по психологической поддержке и социальной помощи больным ТБ, будет способствовать более широкому вовлечению всех партнерских организаций в достижение целей Национальной программы борьбы с туберкулезом.

1.4. БЕНЕФИЦИАРЫ ДОКУМЕНТА

Данный документ создан в качестве методических рекомендаций для специалистов и менеджеров государственных и негосударственных, общественных, национальных и международных благотворительных организаций Республики Узбекистан, оказывающих медицинские и социальные услуги больным ТБ и членам их семей. Представленная информация будет также полезна организациям, работающим в социальной сфере и планирующим расширение своих услуг на целевую группу больных ТБ.

Конечными бенефициарами данного документа являются больные ТБ, их близкое окружение и общество в целом. Для больных ТБ и их близких внедрение и применение методик, описанных в документе станет возможностью повысить уровень качества жизни. Для общества станет полезным укрепление гуманистических основ через повышение толерантности к лицам, затронутым ТБ, и положительный сдвиг в эпидемиологической ситуации по ТБ в республике.

1.5. СТРУКТУРА ДОКУМЕНТА

В главах данного документа разъясняется значение рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) пациент-ориентированного подхода к лечению больных ТБ и его важнейших составляющих – психологической поддержки и социальной помощи (ППСП), а также эффективных методов организации ППСП и возможных препятствий на этом пути. Документ представлен общей частью, специальной частью и блоком приложений.

Общая часть содержит базовую информацию о документе, его разработчиках и авторах исходных материалов, целях и бенефициарах. Также данный раздел содержит список используемых в документе сокращений.

Специальная часть описывает ситуацию по ТБ в Республике Узбекистан и состояние системы противотуберкулезной помощи на момент издания данного документа, значимость программ психологической поддержки и социальной помощи и их структуру, основные компоненты планирования и реализации данных программ. В числе прочего достаточно подробно представлены инструменты и методы коммуникации с клиентами программ ППСП.

В число приложений к данному документу вошли документы, наиболее важные в практической деятельности программ ППСП:

- Распоряжение Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, которое стало основой для разработки данного документа.
- Проект модели психологической помощи больным социально-значимыми заболеваниями, их значимому окружению, медицинским и немедицинским сотрудникам лечебно-профилактических учреждений и других задействованных организаций, который был разработан в ходе ряда совместных мероприятий Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и ВОЗ в 2014 году.
- Хартия пациентов о медицинской помощи больным туберкулёзом, необходимая для информационной работы с больными ТБ, их значимым окружением, персоналом медицинских учреждений и программ ППСП.
- Международные стандарты оказания противотуберкулёзной помощи.
- Проекты должностных инструкций таких специалистов программ ППСП, как психолог и социальный работник.
- Пакет форм и анкет для психологической и социальной диагностики клиента программы ППСП, а также для планирования и учёта предоставляемых услуг.
- Каталог ключевой информации о национальных и международных, государственных и общественных организациях, а также проектах и межправительственных организациях, способных в той или иной мере выступить партнёрами в будущих проектах ППСП.

Также в число приложений вошли списки использованной литературы, иллюстраций и концевых сносок.

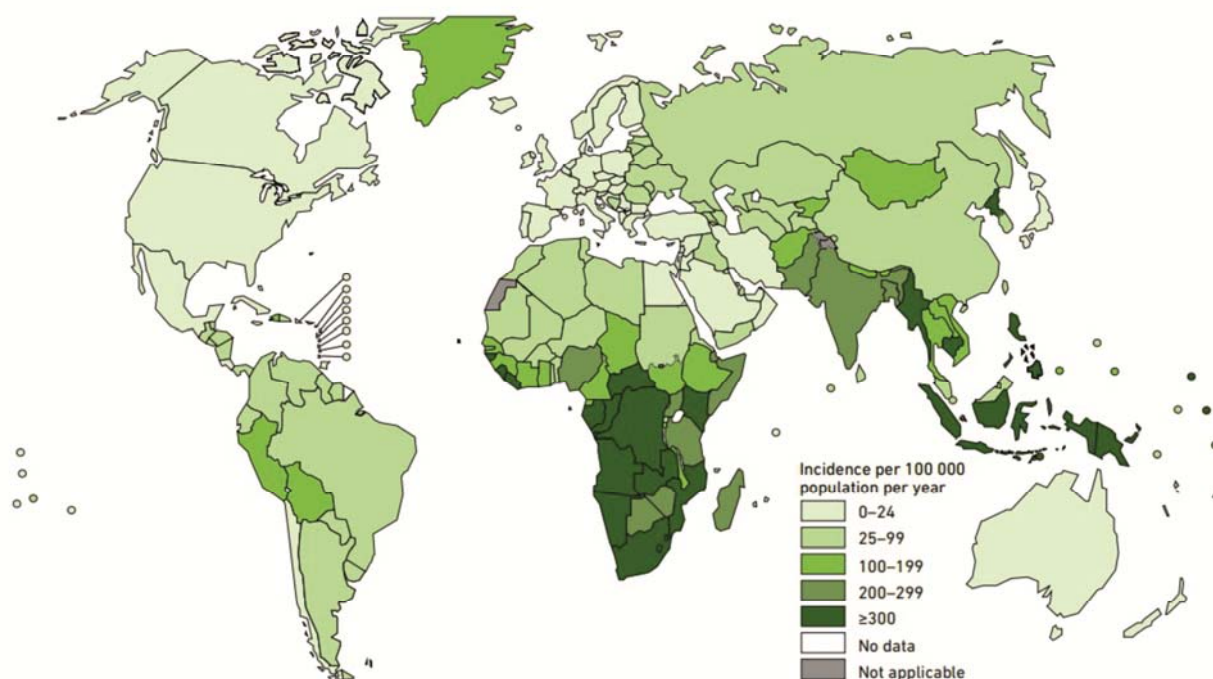
Для повышения эффективности восприятия в документе выделена серия текстовых фрагментов, содержащих ключевые мысли и идеи.

2 СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

2.1. ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез (ТБ) является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения (Рисунок 1). Несмотря на проводимые противоэпидемические мероприятия, достижения науки, внедрение современных методов диагностики и лечения, контроль над ТБ инфекцией пока не достигнут. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире около 10 миллионов человек заболевает и более 1,4 миллиона человек умирает от ТБ. С 2006 года отмечается общее снижение числа заболевших ТБ на 1,3 % в год, но при этом наблюдается рост количества резистентных (устойчивых к основным противотуберкулезным препаратам) форм, а также случаев заболевания с сочетанной ТБ-ВИЧ инфекцией).

Рисунок 1. «ESTIMED TB INCIDENCE RATES, 2017»



Бремя национальных эпидемий туберкулеза (ТБ) с точки зрения ежегодного числа случаев ТБ по отношению к численности населения в разных странах в 2017 году значительно изменилось. На 100 000 населения в большинстве стран с высоким уровнем дохода было 10 случаев, в большинстве из 30 стран с высоким бременем ТБ 150-400 человек, и более 500 в нескольких странах, включая Народную Демократическую Республику Кореи, Лесото, Мозамбик, Филиппины и Южную Африку.

Приблизительно 9% (диапазон 7,9-11,0%) случаев заболевания ТБ было среди людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Пропорция случаев ко-инфекции ТБ-ВИЧ самая высокая (по данным ВОЗ) в странах Африканского региона, более 50% в южной части Африки. Риск развития ТБ среди 37 миллионов людей, живущих с ВИЧ был в 20 раз выше, чем риск в остальной части мира, увеличиваясь с уменьшением распространенности ВИЧ среди населения в целом.

В соответствии с предыдущими глобальными отчетами, число случаев ТБ падает медленно в абсолютном выражении. В глобальном масштабе средний уровень снижения

заболеваемости ТБ составлял 1,5% в год в период 2000-2017, включая 1.8% между 2016 и 2017 годами. Это должно ускориться до 4-5% в год к 2020 и до 10% к 2025 году, чтобы достичь основных этапов сокращения случаев и смертей, установленных в стратегии «End-TB». Наиболее быстрое снижение в 5-летнем периоде 2013-2017 годов наблюдалось в Европейском регионе ВОЗ (в среднем 5% в год). В тот же период, в южной части Африки (например, в Эвсатини (бывш. Свазиленд), Лесото, Намибия, Южная Африка, Замбия и Зимбабве) наблюдались особенно впечатляющие сокращения показателя (4-8% в год), после пика эпидемии ВИЧ-инфекции последующего расширения лечебно-профилактических мер по ТБ и ВИЧ, и в Российской Федерации (5% в год), после активизации усилий по сокращению бремени ТБ и по контролю за прогрессом на самых высоких политических уровнях.

В Республике Узбекистан в 90-х годах наблюдалось резкое ухудшение эпидемиологической ситуации к 2002 году уровни заболеваемости и смертности от туберкулеза достигли максимальных величин (79,1 и 12,3 соответственно на 100000 населения). В последующие годы, проводимые в стране комплексные мероприятия, позволили стабилизировать эпидемическую ситуацию по туберкулезу, и в 2016 году показатели заболеваемости и смертности от этого заболевания снизились соответственно в 2 и 3,5 раза (заболеваемость-44,9 и смертность – 2,2 на 100000 населения).

В то же время в республике сохраняется проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (MDR-TB/МЛУ-ТБ). Согласно данным национального выборочного исследования по изучению распространенности MDR-TB/МЛУ-ТБ в 2015-2016 годах в Республике Узбекистан удельный вес MDR-TB/МЛУ-ТБ среди новых больных ТБ составил 6,2%, среди повторных –30,7%.

Узбекистан продолжает входить в число 27 стран мира с высоким бременем MDR-TB/МЛУ - ТБ.

Распространение ВИЧ-инфекции также ставит под угрозу дальнейшую стабилизацию эпидемиологической ситуации по ТБ в связи с высоким риском развития ТБ у ВИЧ-инфицированных лиц. Распространенность сочетанной ТБ-ВИЧ инфекции в республике составляет в среднем 4-5% из числа впервые выявленных больных туберкулезом, однако, из числа умерших больных от активного туберкулеза наблюдается высокий удельный вес больных с сочетанной инфекцией ТБ-ВИЧ - 11%.

В целом за организацию службы по борьбе с туберкулезом в Республике Узбекистан несет ответственность Министерство Здравоохранения, создавая стратегии и выделяя бюджет. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии(РСНПМЦФиП) совместно с Республиканским Центром DOTS и государственными учреждениями реализует меры по борьбе с туберкулезом. РСНПМЦФиП оказывает техническое содействие противотуберкулезной службе по всей стране. Сеть противотуберкулезных учреждений делится на центральный (республиканский), областной и районный уровни. Противотуберкулезные учреждения тесно сотрудничают с учреждениями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Во всех учреждениях ПМСП и противотуберкулезных учреждениях есть уголок Программы борьбы с туберкулезом, рекомендованной ВОЗ (DOTS), где обслуживаются больные ТБ. Выявление случаев ТБ и непосредственно контролируемое лечение входит в круг должностных инструкций учреждений ПМСП, что важно для обеспечения полноценного лечения больных в амбулаторных условиях и предупреждения развития дополнительной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Национальный план действий по профилактике и борьбе с MDR-TB/МЛУ-ТБ/ XDR-TB/ШЛУ-ТБ в Узбекистане на 2012-2015 годы утвержден со

MDR –ТВ/МЛУ-ТБ: Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью – туберкулёз, устойчивый по крайней мере к двум наиболее эффективным противотуберкулёзным препаратам: изониазиду и рифампицину.

XDR-ТВ/ШЛУ-ТБ: Туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью, который вызывается штаммами

MDR –ТВ/МЛУ-ТБ, устойчивыми и к препаратам второго ряда, в том числе хотя бы к одному из класса фторхинолонов, а также хотя бы к одному из трёх препаратов второго ряда для инъекций.

TDR-ТВ/ТЛУ-ТБ: Туберкулёз с тотальной лекарственной устойчивостью, при котором туберкулёзная палочка устойчива практически ко всем противотуберкулёзным препаратам.

стороны МЗ РУз. В стране налажена четко определенная структура оказания противотуберкулезной помощи. Имеет место интеграция противотуберкулезной службы с ПМСП, которую следует укрепить в целях сокращения доли больных MDR-ТВ/МЛУ-ТБ, потерянных для дальнейшего наблюдения.

Противотуберкулезная помощь представляется бесплатно, в стационарах больным предоставляется питание. Трудоустроенные лица получают право на возмещение убытков из-за болезни по листку временной нетрудоспособности. Кафедры фтизиатрии Ташкентской Медицинской Академии и Ташкентского института усовершенствования врачей играют ведущую роль в координации и организации обучения фтизиатров. С 2011 к заработной плате врачей-фтизиатров и медсестер добавлена надбавка в размере 50%, что позволило расширить штат противотуберкулезной службы

(Постановление Кабинета Министров РУз № 62). МЗ и Министерство внутренних дел (МВД) стремятся к совершенствованию оказания фтизиатрической помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы, а также при их освобождении и выходе из пенитенциарной системы. Осуществляется сотрудничество с такими партнерами, как ВОЗ, «Врачи без границ» (ВБГ), группа реализации проекта Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулёзом и малярией (ГФСТМ) по компоненту ТБ и USAID в целях содействия расширению и укреплению потенциала страны для борьбы с ТБ. На реализацию «Программ борьбы с туберкулезом в Узбекистане» Республика Узбекистан получила 3 гранта, каждый в размере 2,5 миллиона EUR от Правительства Германии через банк KFW, на средства которых закуплены бинокулярные микроскопы, реактивы, лабораторное оснащение, противотуберкулезные препараты, автомашины, рентгенологические установки, офисное оборудование для 9 областных центров DOTS.

Непосредственно контролируемое лечение (НКЛ) является повседневной практикой как для стационарного, так и для амбулаторного этапов терапии. В амбулаторных условиях НКЛ ежедневно проводится в рамках оказания медицинской помощи в специализированных противотуберкулезных учреждениях или уголках DOTS в учреждениях ПМСП шесть дней в неделю. В то же время, остаётся острой проблема приверженности пациентов лечению, ежегодно около 22% пациентов преждевременно прерывают назначенный курс терапии. С 2014 года Узбекистану не предоставлялось содействие по программам обеспечения приверженности лечению, за исключением отдельных проектных зон ВБГ в Каракалпакстане. Проект, финансируемый USAID, «Диалог по ВИЧ и туберкулезу» оказал содействие такого

рода Ташкентскому городскому противотуберкулезному диспансеру в качестве пилотного проекта и завершился в сентябре 2014 года.

Программа психосоциальной поддержки, проводимая ВБГ с целью повышения приверженности пациентов лечению в 5 районах Каракалпакстана, включает в себя следующие компоненты:

Туберкулез является длительно протекающим заболеванием. Люди, затронутые туберкулезом, находятся под воздействием болезни, близкого окружения и общества. Качество их жизни ухудшается не только ввиду побочного действия лекарственных средств на фоне медикаментозной терапии, роста расходов, связанных с их обращением за медицинской помощью и соблюдением режима лечения, но и в результате стигмы вокруг данного заболевания и дискриминации больных ТБ.

- В начале лечения у каждого больного оценивается психосоциальный статус, на основе которого и оказывается поддержка в зависимости от индивидуальных нужд пациента.
- Для больных с индексом массы тела (ИМТ) ниже 19 предусмотрены дополнительные продукты питания в соответствии с потребностями пациента.
- Оптимизация обеспечения приверженности к лечению предусматривает финансовое содействие в размере 40-60 долларов США в месяц и дополнительно по 10 долларов США в виде вознаграждения пациентам в случае полного отсутствия пропущенных доз препаратов.

Правительство Узбекистана обеспечивает поддержку больных ТБ в виде выдачи социальных пособий, приоритетного предоставления направлений в санатории, предоставления социально-бытовой помощи, оказания помощи в поиске работы, предоставления возможности профессиональной подготовки и переподготовки и т.д. Трудоустроенные больные получают 100% заработной платы в течение 10 месяцев лечения туберкулеза, а также могут подать заявление на получение пенсии по инвалидности, если лечение занимает больше времени. Нетрудоустроенные больные могут в более ранние сроки подать документы на получение пенсии по инвалидности в течение всего срока лечения. Лица, болевшие туберкулезом в прошлом, могут подать документы на получение пенсии по инвалидности при наличии серьезных остаточных явлений.

Общий успех лечения больных с лекарственно-чувствительным ТБ составил 83% среди новых случаев с положительным результатом мазка мокроты, а среди случаев повторного лечения – 78,1%, что является существенным достижением. Доля потерянных для последующего наблюдения новых случаев с положительным результатом мазка мокроты составила 1% в 2016 году. Доля случаев безуспешного лечения среди указанной категории случаев составила 1,7% в 2016 году. Доля преждевременного прерывания лечения среди больных ЛУ-ТБ составила в Узбекистане в среднем 3,9% в 2016 году.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ при поддержке правительства и международных партнеров в Республике Узбекистан эффективно реализуются противотуберкулезные мероприятия. Для достижения таких целей Национальной программы по борьбе с туберкулезом (НПТ), таких как выявление 70% новых случаев заболевания и успешное излечение 85% случаев, необходимо выйти за пределы медицинских проблем и уделить внимание многочисленным экономическим, юридическим и психосоциальным проблемам

больных ТБ, которые влияют на их приверженность лечению и соответственно на результаты лечения.

В связи с этим, становится актуальным вопрос усовершенствования системы немедицинской помощи с разработкой и внедрением дополнительных мер, имеющих комплексный и системный характер, с использованием эффективных методов работы, которые могли бы обеспечить доступ населения и больных к информации о профилактике, диагностике и лечении ТБ, приверженности лечению, уходу за больными, их психологической поддержке и социальной помощи, чтобы повысить качество профилактических и лечебных мероприятий, и как следствие, улучшить информированность по ТБ/MDR-ТБ/МЛУ-ТБ общего населения, больных ТБ, их близкого окружения, повысить приверженность лечению и снизить заболеваемость и смертность от туберкулеза среди населения.

Внедрение мероприятий по оказанию психологической поддержки и социальной помощи (ППСП) как части комплексного пациент-ориентированного подхода, адаптированного под нужды пациентов и основанного на уважении и соблюдении чувства достоинства больных, создает необходимые условия для лечения и повышает шансы на успешность курса противотуберкулёзной терапии.

Организация работы служб психологической поддержки и социальной помощи является обязательной в деятельности любой программы ППСП, опирающейся на принципы соблюдения прав человека и нравственные нормы и преследующей достижение высокой результативности мероприятий по профилактике и лечению длительно-протекающих, хронических и инвалидизирующих заболеваний. Оказание ППСП может также вносить свой вклад в улучшение качества жизни пациентов. Кроме того, во многих случаях такое содействие заметно меняет доступность медобслуживания и жизнь больного и его семьи.

Одним из инновационных подходов в решении проблем недостаточной приверженности противотуберкулёзному лечению, стигмы и дискриминации является выполнение программы ППСП, способствующей более эффективному использованию возможностей государственных и негосударственных организаций, общественных организаций и гражданских сообществ и более активному их вовлечению в реализацию мероприятий по борьбе с ТБ.

Психологическая поддержка и социальная помощь – это комплекс мероприятий, помогающих в достижении целей и задач борьбы с ТБ на национальном, областном и местном уровнях. Он включает в себя мероприятия по планированию, оценке, обоснованию расширения и развитию системы ППСП с определением необходимого финансирования психосоциальных программ, с вовлечением в борьбу с заболеванием всего общества и в первую очередь – людей, которых коснулась проблема ТБ. Мероприятия по ППСП могут оказать помощь в борьбе со стигмой и дискриминацией, изменить неправильное представление о ТБ и создать новые социальные механизмы для обеспечения контроля над заболеванием.

Одним из наглядных примеров успешного влияния внедряемых программ ППСП на результаты противотуберкулёзного лечения является Томская область Российской Федерации, которая с 1995 года занималась внедрением международных проектов, направленных на повышение результатов лечения. В 1994 году в данном регионе до начала проекта заболеваемость и смертность населения от ТБ не отличалась от соседних регионов Сибири, но к 2012 году заболеваемость отмечалась на 42 % ниже (63,0 на 100 000 населения в сравнении с 109,3 на 100 000 населения), а смертность была почти в 4 раза ниже (6,1 на 100 000 в сравнении с 22,1 на 100 000), чем в среднем по Сибирскому региону. В Томской области основной упор в повышении результатов лечения был сделан на развитие НКЛ и

пациент-ориентированных подходов в виде услуг ППСП, облегчающих соблюдение режима НКЛ пациентами.

Часть материалов данного документа построена на достижениях проекта Томской области в противотуберкулёзной сфере и на рекомендациях ВОЗ.

2.2. ЗНАЧЕНИЕ ППСП В ФОРМИРОВАНИИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТБ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Общеизвестно, что жертвами заболевания ТБ и MDR-TB/МЛУ-ТБ в первую очередь становятся беднейшие и социально дезадаптированные члены общества, таких как безработные, бездомные, бывшие заключенные, лица, страдающие хроническим алкоголизмом и наркоманией. С началом длительного лечения, которое продолжается при лекарственно-чувствительном туберкулёзе (ЛЧ-ТБ) 6-8 месяцев, а при MDR-TB/МЛУ-ТБ составляет в среднем 20 месяцев, качество жизни больных еще больше ухудшается: пациенты вынуждены оставить на несколько месяцев семью, работу и переселиться в стационар; многим приходится столкнуться с отчуждением со стороны родственников и друзей, стигматизацией и дискриминацией со стороны общества.

Соблюдение режима противотуберкулёзного лечения – нелегкая задача, как для пациента, так и медицинского работника. Медикаментозная терапия MDR-TB/МЛУ-ТБ сопровождается большим количеством побочных эффектов: практически все пациенты отмечают тошноту и рвоту, у многих развиваются изменения со стороны психики, начиная от бессонницы и заканчивая серьезными случаями депрессий и психозов. Противотуберкулёзная терапия может серьезно мешать планам пациентов, их жизненному устою, противоречить их убеждениям. Даже пациенты, не отягощенные сложными жизненными ситуациями, настаивают на отмене ряда препаратов, а зачастую сдают и ищут возможность временно или вообще прекратить лечение. Для пациентов, имеющих социальные проблемы, противотуберкулёзное лечение и вовсе становится непосильной ношей.

ВОЗ считает обязательной организацию психосоциальной поддержки пациентам в деятельности любой противотуберкулёзной программы с целью усиления приверженности лечению, улучшения качества жизни и облегчения их страданий, что основано на принципах соблюдения прав человека, этических нормах общества, защиты пациентов от возможного финансового кризиса, связанного с заболеванием, а также данных исследований, указывающих на высокую эффективность данных мероприятий по профилактике и лечению ТБ, включая MDR-TB/МЛУ-ТБ.

Пациенты, досрочно прекратившие терапию или принимавшие препараты не регулярно, пополняют когорту пациентов с неудачами в лечении и смертельными исходами. В отличие от других заболеваний случаи досрочного прекращения противотуберкулёзной терапии и «неудач» лечения влияют не только лично на жизнь данного пациента, но и на все общество. Около 60% пациентов с неудачами в лечении живут дольше 1 года и на протяжении всего этого срока распространяют туберкулез, заражая окружающих, включая наиболее восприимчивую к ТБ группу – детей. Ряд пациентов, прервав однажды лечение, возвращаются в диспансер при ухудшении самочувствия, чтобы получить противотуберкулёзную терапию и

после некоторого улучшения вновь прекращают лечение. Нерегулярное лечение приводит к появлению устойчивых штаммов бактерий ТБ и, если раньше с тревогой говорилось об MDR-TB/МЛУ-ТБ, то теперь появилась еще более грозная опасность – туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью MDR-TB/МЛУ-ТБ и туберкулез с тотальной лекарственной устойчивостью (TDR-TB/ТЛУ-ТБ), которые очень плохо поддаются лечению всеми известными противотуберкулезными препаратами.

Влияние нерегулярного приема препаратов на результаты лечения было отмечено еще на заре химиотерапии туберкулеза в 50-х – 60-х годах прошлого столетия. Приверженность лечению является краеугольным камнем в повышении результатов лечения как ТБ, так и ВИЧ-инфекции^{i,ii}. Сотни исследований были посвящены феномену несоблюдения режима получения терапии. Было выявлено около 200 различных факторов, которые влияют на приверженность пациента, относящихся к следующим категориям:

- организация лечения больных ТБ;
- восприятие пациентом состояния болезни и состояния выздоровления;
- финансовая ситуация пациента в связи с заболеванием;
- знания пациента о туберкулезе и назначенном лечении, собственные убеждения;
- законы о мигрантах;
- персональные характеристики пациента;
- побочные эффекты;
- отношение со стороны семьи, друзей, сообщества.

Условно данные категории можно объединить в несколько взаимосвязанных групп: структурные факторы, персональные характеристики пациента, факторы системы здравоохранения и социальная ситуация пациента (Рисунок 2).

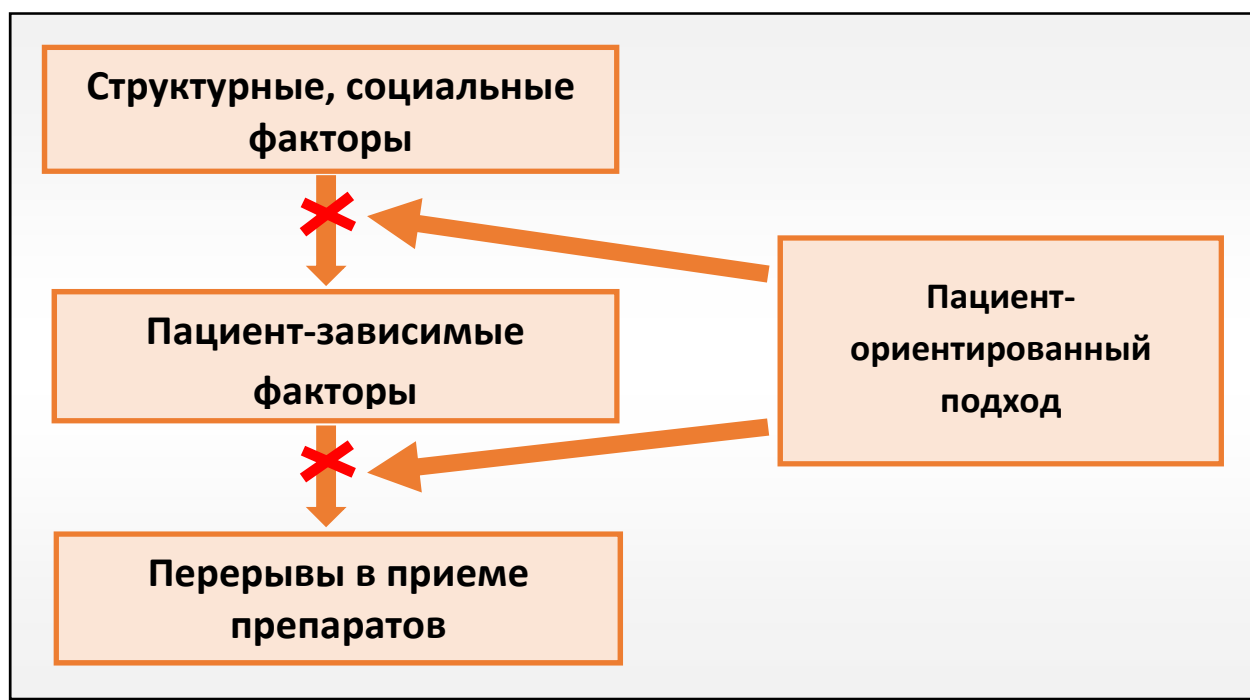
В реальной жизни у одного пациента приверженность определяется не одним фактором, а сочетанием несколькихⁱⁱⁱ, и мероприятия, направленные на повышение приверженности лечению тоже должны быть комплексными, чтобы иметь возможность повлиять сразу на несколько факторов, присутствующих у пациента.

Рисунок 2. Модель факторов, влияющих на приверженность противотуберкулезному лечению.



Например, характеристики пациента – это только одна составляющая приверженности лечению. К сожалению, среди медицинских работников распространено отношение, что приверженность лечению зависит только от пациента, его поведение становится предметом осуждения и открыто порицается медицинским персоналом. В то же время социологические и поведенческие исследования, проведенные в последние 40 лет, показали, что пациента нужно поддерживать, а не осуждать^{iv}. Как это видно на рисунке (Рисунок 3), изменения в организации лечения, социального окружения больного, а также помощь в решении структурных (финансовых) проблем непосредственно влияют на самого пациента. В этом и состоит основной принцип пациент-ориентированного подхода, рекомендованного ВОЗ, – посредством повышения качества оказания медицинской помощи, всесторонней психосоциальной поддержки, обучения пациента и его близкого окружения решается проблема приверженности и, в конечном счете, улучшается результат лечения^v. При внедрении пациент-ориентированного подхода программ ППСП создаются условия, при которых пациент может пользоваться своими правами и выполнять свои обязательства в атмосфере уважения и соблюдения чувства собственного достоинства, когда в первую очередь учитываются его интересы, а не только потребности системы медицинской службы. Данный подход основывается на нуждах больного и взаимном уважении между пациентом и медицинским работником.

Рисунок 3. Воздействие пациент-ориентированного подхода на приверженность пациента.



В пациент-ориентированном подходе ответственность за приверженность лечению переносится с пациента на команду, включающую в себя и пациента, и медицинский персонал, и социальную службу. Сформировавшаяся команда совместно решает возникающие у пациента проблемы, препятствующие его лечению, составляется индивидуальный план медицинского и психосоциального сопровождения пациента, выделяются необходимые ресурсы для его внедрения. Воплощается в жизнь основной принцип пациент-ориентированного подхода – это создание партнерства между провайдером и пациентом, помощь пациенту в преодолении им препятствий лечению, мотивация и поддержка.

Роль программ ППСР заключается не только в обеспечении приверженности противотуберкулёзному лечению. С давних времен известно, что пациентам, страдающим туберкулезом, требуется высококалорийное питание, обогащенное белками и витаминами. У пациентов с дефицитом веса на начало лечения чаще наблюдаются неудачи и регистрируются смертельные исходы на фоне прогрессирования туберкулеза. Необходимость обеспечения полноценным питанием всех больных туберкулезом и в особенности тех, у кого имеется недостаток массы тела, подчеркивается в выпущенных Всемирной Организацией Здравоохранения в 2013 году рекомендациях по организации питания у пациентов с ТБ^{vi}.

Программы ППСР являются важнейшей частью паллиативной терапии, способствуют улучшению качества жизни и облегчению страданий больных. Проведение ППСР не должно ограничиваться только пациентами, находящимися на лечении от ТБ. Успешно закончившие терапию лица могут нуждаться в реабилитационных мероприятиях, например, в устройстве на работу, психологической и юридической помощи, дополнительном питании. Для пациентов с неудачами в лечении и их семей также необходимо разработать и внедрить специальный пакет программ облегчения их психологических и физических страданий.

Структура психологической поддержки и социальной помощи больным ТБ основана на пациент-ориентированном подходе, компоненты которого отображены ниже (Рисунок 4):

2.3. СТРУКТУРА ППС

Рисунок 4. Структура ППС.

Поддержка , связанная с медикаментозным лечением ТБ <ul style="list-style-type: none">• нкл• Приближение места лечения к пациенту• Своевременное выявление и купирование побочных реакций• Доступ пациентов к полноценному лечению сопутствующих заболеваний• Поддержка приверженности противотуберкулёзному лечению
Психологическая поддержка <ul style="list-style-type: none">• Коммуникация и консультирование• Подходы в оказании психологической поддержки
Социальная поддержка <ul style="list-style-type: none">• Информационная поддержка• Дружелюбное отношение персонала к пациенту и эмоциональная поддержка• Материальная поддержка• Помощь друзей• Правовая и другие виды поддержки
Социальное сопровождение

2.3.1. ПОДДЕРЖКА, СВЯЗАННАЯ С МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ТБ

Факт предоставления медицинского лечения может считаться успехом при условии выполнения дополнительных условий, обеспечивающих полноценность непосредственно лечения.

2.3.1.1. СОБЛЮДЕНИЕ ПРЕДПИСАННОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ЛУ-ТБ И РОЛЬ НКЛ

Строгое соблюдение режима лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) является непреложным условием в вопросах профилактики нарастания устойчивости к противотуберкулёзным препаратам и в приумножении шансов на излечение от болезни. Приверженность больного к лечению MDR-TB/МЛУ-ТБ сопряжена с большими трудностями вследствие рекомендуемых длительных курсов лечения, ежедневного приема большого количества таблеток, частых и серьезных побочных действий лекарственных средств и не прямых затрат пациентов, связанных с получением доступа к медобслуживанию. Поэтому, больные MDR-TB/МЛУ-ТБ подвержены повышенному риску неудовлетворительного соблюдения предписанного режима.

Лечение MDR-TB/МЛУ-ТБ и XDR-TB/ШЛУ-ТБ, как правило, является последним шансом пациента на излечение и поэтому пропуски в приёме препаратов, ведущие к нарастанию устойчивости к препаратам в схемах лечения MDR-TB/МЛУ-ТБ и XDR-TB/ШЛУ-ТБ и неудачи в лечении, должны быть сведены к минимуму. Поскольку все возможные причины, в результате которых пациент может пропустить приём препаратов, сложно выявить и спрогнозировать, единственным способом удостовериться в том, что пациент действительно

принимает все прописанные препараты – это непосредственно контролировать приём каждой дозы препарата в присутствии медицинского работника или волонтера.

Основой эффективной терапии ТБ является лечение под непосредственным контролем, при котором каждая доза противотуберкулезных препаратов принимается под наблюдением медицинского работника или волонтера.

Эффективность проведения непосредственно контролируемого лечения в MDR-TB/МЛУ-ТБ терапии подтверждена рядом исследований^{vii} ^{viii} и официально рекомендуется ВОЗ. Для гарантии строгого соблюдения врачебных предписаний, наряду с неукоснительным осуществлением подхода, ориентированного на пациента, и упором на твердые

морально-этические принципы и должное уважение прав человека согласно стандарту 9 из Международных стандартов оказания противотуберкулезной помощи необходимо:

«В отношении всех больных следует содействовать оценке практики соблюдения режима, а также осуществлению ориентированного на пациента подхода к организации и проведению медикаментозного лечения с учетом запросов пациента и в духе взаимного уважения между больным и поставщиком услуг. Работа по курации и оказанию поддержки должна строиться с учетом гендерной принадлежности и возрастной категории и опираться на весь спектр рекомендуемых вмешательств и доступных вспомогательных услуг, включая консультирование и обучение пациентов. Центральным элементом стратегии с ориентацией на больного является использование мер в целях проведения оценки и стимулирования соблюдения схемы лечения и преодоления проблем, возникающих при неудовлетворительной приверженности назначенной терапии. Эти меры должны адаптироваться в свете обстановки, складывающейся вокруг конкретного больного, и они должны быть взаимоприемлемы и для пациента, и для поставщика услуг. К ним можно отнести такие действия, как прямой контроль за приемом внутрь лекарственных средств (терапия под непосредственным наблюдением) со стороны лица, не только помогающего реализовать назначенную схему лечения, но и являющегося подходящей для этого кандидатурой и ответственной перед пациентом и системой здравоохранения...»

Выполнение задачи НКЛ должно быть возложено на человека, к которому больной относится с доверием, при условии должной профессиональной подготовки такого специалиста, наличия у него практических навыков и возможностей для предоставления поддержки. Если в одних странах и ситуациях этим могут заниматься медицинские работники, то в некоторых других странах эта функция может возлагаться на представителей общины, специально обученных тому, как проводить курс лечения противотуберкулезными препаратами второго ряда. Вместе с тем, не рекомендуется поручать кому-либо из членов семьи заниматься организацией НКЛ. Семейные отношения нередко осложняются присутствием больного MDR-TB/МЛУ-ТБ, и поэтому либо сам пациент, либо помогающий ему член семьи могут стать объектами подспудной манипуляции или плохого обращения, что может поставить под угрозу установку на соблюдение режима лечения, купирование побочных действий лекарственных средств и получение доступа к службам социальной поддержки.

На приверженность больного противотуберкулезному лечению, даже в условиях реализации НКЛ, также влияют индивидуальные факторы (помимо прочих, в том числе и такие, как уровень информированности о заболевании и его лечении, психологические установки и верования относительно самой болезни, процесс лечения и специфика системы

здравоохранения), факторы экономики (доступность для пациента финансовых средств для оплаты расходов, связанных с проведением НКЛ), факторы системы здравоохранения (потенциал системы, создающей благоприятные условия для соблюдения режима лечения и обеспечения его приемлемости для больного) и, наконец, социальные факторы (наличие в общине достаточных ресурсов для предупреждения стигматизации и дискриминации заболевших). Большинство, если не все, связанные с соблюдением режима терапии факторы, поддаются коррекции при условии доступности для больного механизма социальной поддержки.

2.3.1.2. ПРИБЛИЖЕНИЕ МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ К ПАЦИЕНТУ

Важнейшим преимуществом НКЛ является то, что каждая доза медикаментов выдается под присмотром медицинского персонала/волонтера, что гарантирует прием всех препаратов. Кроме того, между работником, проводящим лечение, и пациентом возникает тесный контакт, что должно обеспечивать дополнительную психологическую поддержку, а также способствовать своевременному выявлению побочных эффектов.

Однако, НКЛ является препятствием к лечению, если больному необходимо преодолевать большие расстояния, тратить средства на транспорт, чтобы добраться до пункта лечения, что особенно актуально для жителей сельской местности. Необходимость посещения медицинского учреждения также может стать барьером для работающих пациентов и тех, кто боится быть замеченным вблизи кабинета фтизиатра или СПИД-центра. Поэтому, когда пациенту не дается выбор и вменяется посещение только определенного медицинского учреждения, возникают проблемы с приверженностью.

Согласно рекомендациям ВОЗ, контролируемое лечение может быть организовано не только в медицинском центре, но в любом месте, удобном для посещения пациентом. В рамках «приближения места лечения» создаются новые места проведения НКЛ, организуется лечение на рабочем месте и на дому, расширяются часы работы существующих мест НКЛ. Пациент сам выбирает место и время проведения НКЛ. Данные научных исследований достоверно показывают, что более высокие результаты лечения достигаются в тех проектах, где есть возможность осуществления НКЛ, как в медицинском центре, так и на дому, с гибким подходом в организации лечения^{ix}.

Подход приближения места лечения к пациенту включает в себя не только доступ к НКЛ, но и улучшение доступа к консультативной помощи такого квалифицированного персонала, как врача-фтизиатра и врача-инфекциониста (в случае сочетанной патологии с ВИЧ инфекцией), что особенно актуально в сельской местности.

2.3.1.3. АМБУЛАТОРНАЯ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

В зависимости от состояния больного, распространенности и тяжести заболевания лечение туберкулеза может быть амбулаторным или стационарным.

Следует отметить, что переход на амбулаторную модель лечения туберкулеза затруднен из-за ряда заблуждений, которых придерживаются некоторые группы и сообщества. К ним относятся, например, такие мифы:

- Все больные ТБ заразны независимо от стадии их лечения;
- Больные ТБ не могут вносить свой вклад в общество (то есть, не способны работать)
- Госпитализация больных ТБ требуется для соблюдения требований лечения и инфекционного контроля.

Несмотря на то, что данные представления имеют опровержение, многие сообщества упорно сопротивляются переходу на амбулаторное лечение. Для его эффективного внедрения необходимо проведение регулярной просветительской работы среди всех групп заинтересованных сторон.

Амбулаторная помощь относится к лечению и оказанию медицинской помощи больным вне больниц. В контексте туберкулеза (ТБ) и ТБ с множественной (MDR-ТБ/МЛУ-ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (XDR-ТБ/ШЛУ-ТБ), она должна рассматриваться как часть комплексной системы медицинской помощи. Хотя терапия под непосредственным наблюдением остается краеугольным камнем лечения ТБ, эффективные амбулаторные модели оказания медицинской помощи должны воплощать целостный ориентированный на пациента подход и способствовать большей приверженности лечению в контексте индивидуальных потребностей каждого отдельного больного с учетом его социальных и экономических уязвимостей. Традиционно, больные ТБ во многих государствах-членах Европейского региона ВОЗ с высоким уровнем ТБ на длительное время госпитализируются в стационары для лечения. Это не всегда является необходимым – в большинстве случаев амбулаторное лечение ТБ целесообразно, или более целесообразно. С точки зрения общественного здоровья, стационарное лечение не является эффективным способом предотвращения дальнейшего распространения ТБ, т.к. основное распространение инфекции происходит до постановки диагноза и госпитализации. Риск передачи инфекции от больного ТБ существенно уменьшается в течение 2 - 14 первых дней эффективного лечения. На основании имеющегося опыта амбулаторного лечения туберкулеза в Узбекистане были сделаны следующие выводы:

1. Исходы лечения пациентов, имеющих устойчивую форму туберкулеза, прошедших интенсивную фазу лечения амбулаторно, схожи с исходами лечения пациентов, помещенных в больницу.
2. Побочные реакции на лекарства у пациентов, лечущихся амбулаторно отмечаются не чаще, чем у госпитализированных. Но, качество оказываемых услуг больному при возникновении побочных реакций на стационарном этапе выше, также, как и обеспечение бесплатными лабораторными услугами и консультациями узких врачей-специалистов.
3. Амбулаторная модель лечения более удобна для пациентов
4. Амбулаторная модель лечения дешевле стационарной.

Для лечения больных туберкулезом на дому необходимы следующие условия:

1. Наличие отдельного помещения (комнаты).
2. Отсутствие в данном очаге детей до 18 лет, беременных женщин и пожилых людей.
3. Высокая приверженность лечению туберкулеза.
4. Соблюдение в помещениях мер инфекционного контроля.
5. Наличие ухаживающих за больным лиц.
6. Регулярная, бесперебойная поставка противотуберкулезных препаратов для лечения больного на дом.
7. Консультация и регулярный осмотр больного участковым-врачом не реже 2-х раз в месяц, а фтизиатром не реже 1 раза в месяц

8. Наличие и правильное использование респиратора медицинским/ухаживающим персоналом на период выделения бактерий туберкулеза у больного, а также использование хирургической маски больным.

2.3.1.4. СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И КУПИРОВАНИЕ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ

Современные схемы лечения туберкулеза требуют ежедневного приема минимум 4 препаратов, количество таблеток у пациентов с сочетанной ТБ-ВИЧ инфекцией удваивается. Неизбежно возникают побочные эффекты, с наибольшей частотой и тяжестью проявляющиеся при приеме препаратов для лечения MDR-TB/МЛУ-ТБ. Так, по объединенным данным 6 международных проектов^x, тошнота наблюдалась у 66% пациентов, диарея – у 30%, нарушение слуха – у 16%, гипокалиемия – у 15%, периферическая нейропатия – у 9%, медикаментозный гипотиреоз у 5%, судорожный синдром – у 5%, психоз – у 4%. В Перуанском проекте, где проводилась тщательная психиатрическая экспертиза пациентов, частота психозов достигала 12%, а депрессий – 13%^{xi}. Ряд таких побочных эффектов, как гипокалиемия, психоз и депрессия, приводящая к суицидальным попыткам, могут угрожать жизни пациента и требуют своевременного выявления и интенсивного лечения. Другие побочные эффекты, такие как гастроэнтерологические, хотя и не несут в себе опасности для пациента, но часто становятся причиной отмены определенных препаратов. По данным международного проекта по лечению MDR-TB/МЛУ-ТБ в Каракалпакстане, изменения в режиме лечения и отмены препаратов как результат побочных эффектов были зафиксированы у 77% больных^{xii}.

Одним из важнейших принципов лечения MDR-TB/МЛУ-ТБ является эффективное купирование побочных эффектов с целью сохранения максимального количества противотуберкулезных препаратов в схеме лечения и предупреждение отказов пациентов от терапии, поскольку уменьшение количества медикаментов в схеме неминуемо ослабляет режим лечения и приводит к увеличению количества неудач и смертей.

Обследования, проводимые с целью выявления побочных эффектов, и назначаемые препараты должны быть абсолютно бесплатными для пациента на всех этапах (стационарном и амбулаторном) лечения.

Рекомендуется каждому проекту провести полноценное обучение персонала, вовлеченного в лечение пациентов, включая работников НКЛ и волонтеров, организовать клинический и лабораторный мониторинг побочных эффектов, регулярные кураторские консультативно-мониторинговые выезды районных и областных фтизиатров на места лечения пациентов, обеспечить доступ к консультантам, закупку и распределение всех необходимых препаратов. Для удобства пациентов и своевременного выявления угрожающих состояний можно организовать «горячую линию», по которой пациент или его родственники могли бы напрямую связаться с квалифицированным специалистом. Информация по побочным эффектам должна стать частью обучающей программы пациента.

Каждый больной, вне зависимости от того, проходит ли его лечение в стационаре или в отдаленном населенном пункте, должен иметь бесплатный доступ к комплексным мероприятиям по выявлению и эффективному купированию побочных эффектов.

Например, если пациент испытывает тошноту и рвоту при приёме или даже при виде противотуберкулезных препаратов или испытывает галлюцинации, то без полноценного купирования побочных эффектов роль психосоциальной поддержки сводится к минимуму.

2.3.1.5. ДОСТУП ПАЦИЕНТОВ К ПОЛНОЦЕННОМУ ЛЕЧЕНИЮ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Полноценное выявление и лечение сопутствующих заболеваний ассоциируется с более низким уровнем отрывов и перерывов в лечении, лучшей переносимостью терапии, предупреждает развитие дополнительной лекарственной устойчивости, снижает частоту неудач и смертей. Опубликованные в 2014 году Международные стандарты оказания медицинской помощи^{xiii} настоятельно рекомендуют медицинским работникам проводить тщательную диагностику сопутствующих заболеваний и разрабатывать индивидуальный план лечения для каждого пациента, который бы включал регулярный мониторинг состояния, необходимые консультации специалистов и бесплатный доступ ко всем необходимым препаратам для лечения сопутствующих заболеваний. Особое внимание должно оказываться выявлению таких заболеваний и состояний, ассоциирующихся с худшими результатами лечения, как ВИЧ-инфекция, диабет, обструктивные заболевания легких, алкогольная и наркотическая зависимость, дефицит массы тела. Случаи отказа в лечении сопутствующих заболеваний больным ТБ должны четко отслеживаться.

2.3.1.6. МЕХАНИЗМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНОГО ТБ ЛЕЧЕНИЮ

Важную роль в поддержке приверженности противотуберкулёзному лечению могут сыграть следующие механизмы:

Обеспечение доступа пациентов к специалистам, обследованию и лечению сопутствующих заболеваний должно быть включено в государственные, областные и районные планы, с четким указанием того, где и какую помощь могут получить ТБ пациенты.

- Напоминание посредством смс о необходимости посещения медицинского учреждения для приёма очередной дозы противотуберкулёзных препаратов.
- Телефонные звонки сотрудников программы ППСР для напоминания о необходимости приёма очередной дозы противотуберкулёзных препаратов и решения вопросов нарушений режима противотуберкулёзного

лечения.

- «Телефон доверия» даёт возможность анонимного информирования заинтересованных лиц по ключевым вопросам, связанным с соблюдением режима противотуберкулёзного лечения и другим актуальным вопросам.
- «Горячая линия» позволяет в круглосуточном режиме получать информацию о сложных жизненных ситуациях клиентов программы ППСР, предоставлять информацию о возможных путях разрешения сложившихся обстоятельств и оказывать психологическую поддержку в кризисных ситуациях.
- Информационно-образовательные материалы (ИОМ) также повышают приверженность противотуберкулёзному лечению в тех случаях, когда они содержат все рекомендованные целевые послания для больного ТБ и его значимого окружения и отвечают критериям доступности в языковом и культуральном аспектах.

Комплексное использование ИОМ в форме печатной, аудио- и видеопродукции имеет наибольшую эффективность.

- Использование интернет-технологий для обеспечения информационного взаимодействия больных ТБ и их значимого окружения, как со специалистами программ ППСП, так и между собой, в числе прочих выгод позволяет использовать потенциал позитивного влияния успешных активистов лечебного процесса на больных ТБ, находящихся на ранних стадиях лечения и / или имеющих опыт нарушений режима лечения.

2.3.2. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО БЛИЗКОГО ОКРУЖЕНИЯ

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу право принимать решения. Врач же «исключительно в интересах больного» поступал так, как считал нужным. Раньше думали, что держать больного в неведении «гуманнее», чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовавшему мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Больной доверял врачу, а врач брал на себя заботу о нем. Традиционно взаимоотношения врача и больного основывались на слепой вере. Врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду. И поныне взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи, однако строиться они должны на иной основе: в современной медицине врач и больной сотрудничают, делятся сомнениями и сообщают друг другу полную правду.

Принципиально важным является создание психологически благоприятной среды, содействующей привлечению и удержанию пациентов в рамках НПТ. Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с врачом, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего лечения. Основой создания атмосферы взаимной заинтересованности, доверия и понимания является

Психологическое коррекционное сопровождение является средством повышения эффективности терапии туберкулёза за счет формирования гармонического типа отношения к болезни, позитивных социальных и коммуникативных установок личности, нормализации корковой нейродинамики.

консультирование, которое позволяет осуществлять поддержку пациентов и их близких. Консультирование является методом не только повышения приверженности противотуберкулёзному лечению, но и оказания эмоциональной, психологической поддержки всем, кого затронула проблема ТБ. Важно, что в данном определении приоритеты расставлены следующим образом: сначала преодоление стресса, а затем принятие решения.

Поддержать психологически (эмоционально) означает:

- Проявить уважение к обратившемуся за помощью человеку независимо от его личных качеств, образа жизни, поведенческих стереотипов, а также от того, болен он или здоров;
- Создать во время беседы атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания.

В настоящее время одной из важных задач исследования проблемы здоровья человека является выявление взаимовлияющих индивидуально-психологических и социальных факторов соматической болезни. Для фтизиатрии подобное изучение системы клинических, психологических и социальных характеристик в оценке больного имеет большую научно-практическую значимость, способствуя развитию адекватных направлений реабилитации и профилактики заболевания. Изучение психологических особенностей больных ТБ в рамках психосоматического подхода к развитию заболевания предполагает выявление «проблемных зон» больных туберкулёзом и определение мишеней коррекционного воздействия. Основными направлениями психокоррекции больных ТБ являются оптимизация их психологического статуса и преодоление патологических изменений функционального состояния корковых отделов ЦНС, которые являются нейрофизиологическим основанием психических, поведенческих и вегетативных расстройств у пациентов. Проведено комплексное исследование^{xiv} особенностей личности, системы отношений и нейропсихологического статуса больных ТБ, результаты которого позволили ближе подойти к пониманию психологических факторов развития заболевания. На основе выявленных содержательных преморбидных характеристик больных ТБ разработан комплекс коррекционного сопровождения терапии данного заболевания.

Внедрение во фтизиатрическую практику методов лечения, включающих сопровождение стандартной химиотерапии психологическими методами диагностики и коррекции личностных нарушений, требует применения следующих технологически взаимосвязанных блоков:

- Диагностики психологических особенностей;
- Диагностики нейропсихологических особенностей;
- Психологической коррекции личностных нарушений на основе принципов патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева;
- Коррекции функционального состояния корковых отделов ЦНС.

Оздоровительное психологическое воздействие на больных туберкулёзом осуществляется средствами общего психокоррекционного влияния и психосоматически-ориентированной психологической коррекции, а при необходимости коррекцией функционального состояния отделов неокортекса, вовлечённых в патологический процесс.

Психологическая поддержка может оказываться в процессе индивидуального или группового консультирования, а также в ходе повседневной рутинной коммуникации.

2.3.2.1. АКТУАЛЬНОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Туберкулез - тяжелая заразная болезнь, которая негативно влияет не только на физическое состояние пациентов, но и на психику больных. Первый шок пациент испытывает, когда узнает о своем диагнозе. Второй – когда понимает, что должен необычно долго лечиться. На больного отрицательно действует информация о том, что длительное время он должен проводить в стационаре, отрываясь от своей привычной среды и образа жизни. Часто люди теряют работу, нередко случаи глубоких конфликтов с родственниками и разрывов семейных отношений. У пациента возникает страх, что он может стать инвалидом. Многие стесняются своего диагноза. Госпитализация, необходимость длительного лечения переживаются как тяжелый стресс, связанный с резким изменением привычного стиля жизни, социального статуса, профессиональными ограничениями, зависимостью от медицинского персонала и сопровождается стойкими негативными эмоциональными реакциями^{xv}. Сильным травмирующим фактором становится общение и обмен информацией

о болезни с другими пациентами. В стационаре или амбулатории пациент должен долго привыкать к режиму, к соседям по палате, своему новому статусу, очень долгому лечению. Физические страдания от туберкулеза (интоксикация, болевой синдром, нарушение функции органов и др.) добавляются к психологическим страданиям и усугубляют их. У впервые выявленных больных уже до начала химиотерапии наблюдаются полиморфные личностные реакции широкой амплитуды: от ситуационной тревожности до пограничных психических нарушений с проявлением астенического, тревожно-депрессивного, обсессивно-фобического симптомо-комплексов^{xvi}. Если же пациент получает лечение от MDR-TB/МЛУ-ТБ, то у него могут развиваться побочные эффекты на препараты второго ряда, такие как депрессия, тревожный синдром, психотическое состояние; в некоторых случаях пациенты прибегают к суициду. В данной ситуации необходимость квалифицированной психологической и психиатрической помощи ТБ пациентам становится крайне актуальной.

Психологическое сопровождение пациентов в настоящее время признается неотъемлемым элементом системы восстановительного лечения при туберкулезе^{xvii}. По мнению исследователей, в современных условиях интенсивной антибактериальной терапии психологические проблемы являются основными при лечении туберкулеза^{xviii}. Большая психологическая травматичность туберкулеза, обуславливая развитие у пациентов пограничных нервно-психических аффективных и астенических расстройств, может являться причиной недостаточной результативности лечения, преждевременного прекращения терапии^{xix}. Недостаток информации, искаженные представления о характере своего заболевания и его последствиях, по клиническим наблюдениям, также негативно влияют на приверженность лечению^{xx}.

Следовательно, компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии, целями которого являются стабилизация эмоционального состояния и увеличение психологических ресурсов пациента, возможно рассматривать в качестве существенного фактора повышения эффективности противотуберкулезной терапии.

Основными задачами психологической реабилитации больных ТБ на первом этапе терапии – в фазе интенсивного лечения – являются:

- диагностика особенностей социально-психологического статуса заболевшего человека;
- помощь пациентам в выработке моделей конструктивного поведения на этапе адаптации к стационарным условиям;
- коррекция неадекватных типов отношения к болезни;
- укрепление сотрудничества с лечащим врачом, формирование оптимистичного отношения к процессу лечения;
- уменьшение страха, тревоги, неопределенности и других негативных эмоциональных реакций, поддержание у пациента чувства контроля над происходящим;
- профилактика расстройств, провоцируемых собственно заболеванием;
- обучение пациентов приемам психологической самопомощи;
- формирование адекватного отношения к реакциям организма на прием противотуберкулезных препаратов;
- создание мотивации на обсуждение и осознание психологических причин, содействовавших возникновению туберкулезного процесса.

Важно подчеркнуть, что решение реабилитационных задач, направленных на оптимизацию психоэмоционального состояния пациентов, относится не только к профессиональной сфере

специалиста-психолога. Положительное влияние на эмоциональное состояние больных оказывает взаимодействие медицинского персонала с пациентами, основанное на понимании их переживаний и особенностей реагирования на этапе интенсивного лечения. Ряд исследований показывают, что многие пациенты и члены их семей не удовлетворены тем, что не получают конкретных ответов от врача, имеют ограниченную возможность посещения врача, получение ежедневной информации от медицинских работников о развитии болезни. Следует помнить, что пациенту тяжело оставаться «один на один» со своей проблемой и ему требуется психологическая поддержка. Если семья и близкие на данный период не рассматриваются пациентом в таком качестве, врач должен быть готов предоставить информацию об обществах, объединениях или группах, которые могут оказать поддержку и помочь научиться жить в новых условиях. Для этого врачу следует подготовить и иметь у себя «под рукой» информационный буклет с адресами, телефонами, интернет-ресурсами, краткими характеристиками различных организаций, объединений, групп. В таких группах, сообществах пациент может получить более подробную информацию о том, как и когда информировать ближайшее окружение.

Таким образом, к направлениям психологической помощи больному туберкулезом^{xxi} можно отнести следующее:

- Обучение медицинского персонала психологической грамотности.
- Отбор больных для консультаций психолога.
- Помощь специалиста-психолога в решении психоэмоциональных проблем.
- Направленный отбор больных из групп риска по досрочному прекращению лечения. Работа психолога с больными из групп риска по досрочному прекращению химиотерапии – создание стимулов к соблюдению режима.

2.3.2.2. КОММУНИКАЦИЯ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Коммуникация – это двухсторонний процесс (вербальный или невербальный) передачи информации, мыслей или чувств посредством речи, жестов или действий, от источника к получателю информации с целью улучшения знаний, изменения отношения и поведения. Коммуникацию используют, чтобы информировать, убеждать, обучать, консультировать.

Коммуникация будет эффективной, только если существует обратная реакция получателя, свидетельствующая о том, что информационное сообщение было им понято. Коммуникация – это процесс, а не набор информационных материалов в виде брошюр, интернет-сайтов, информационных бюллетеней и пр.

В контексте борьбы с ТБ коммуникация в первую очередь направлена на:

- Предоставление и улучшение знаний о ТБ (например, о его симптомах и излечимости), предоставляемых услугах (например, диагностике и лечении).
- Изменение взглядов и поведения пациентов и медработников для того, чтобы стимулировать обращение населения за медицинской помощью и прохождение больными полного курса лечения.

Восприятие очень важно. Для того чтобы коммуникация была эффективной, важно помнить, что все люди – разные и в процессе общения каждый участник пользуется своим багажом представлений, ценностей, убеждений и жизненного опыта. Разные люди воспринимают одни и те же вещи по-разному в зависимости от того, кто они и как они себя чувствуют в данный момент. Восприятие – это наше понимание того, что мы видим, слышим или чувствуем. Восприятие зависит от таких факторов, как возраст, пол, образование,

социальный статус, предыдущий опыт, уровень культуры, материальное положение и т.д. Восприятие не может быть правильным или неправильным, оно разное у всех и строго индивидуально. Понимание восприятия другого человека – фундамент эффективного общения и хороших человеческих взаимоотношений. От нашего восприятия других людей зависит то, как мы общаемся и как мы к ним относимся. Важно не «переносить» свое восприятие на других и не думать, что они воспринимают и интерпретируют сказанное и увиденное так же, как Вы.

Так как восприятие окружающего у разных людей разное, ценности их также отличаются. Ценности – это принципиальные нормы, которыми мы руководствуемся в своих поступках. У всех разные ценности. Для того чтобы коммуникация была эффективной, очень важно учитывать эти различия. Мы должны учиться уважать взгляды и ценности других людей. Понимание своих собственных ценностей и готовность принимать без осуждения ценности других людей – важный навык эффективной коммуникации. Он помогает избежать предвзятости и навязывания своих убеждений. Для того чтобы изменить поведение человека, важно, чтобы он самостоятельно принял об этом решение, основанное на его собственных взглядах и ценностях.

Люди общаются вербально (словами, речью) и не вербально (тон голоса, выражения лиц, жесты, язык тела, использование пространства и другие визуальные подсказки).

Эффективный вербальный коммуникатор:

- уточняет;
- слушает;
- подбадривает и сочувствует;
- признает;
- перефразирует/ повторяет.

Эффективный невербальный коммуникатор:

- успокаивает;
- открывается;
- наклоняется к собеседнику;
- поддерживает зрительный контакт;
- сохраняет соответствующее выражение лица.

Важно изучение целевой аудитории и ее потребностей. Чем точнее совпадают потребности аудитории и предлагаемые информационные сообщения, тем выше вероятность того, что цели коммуникации будут достигнуты. Информационные сообщения должны адаптироваться для каждой целевой аудитории в соответствии с целью коммуникации. Нужно избегать лишней информации. Включать только ту информацию, которая необходима для изменения поведения целевой аудитории или отдельного человека.

Точные и ясные информационные сообщения заслуживают наибольшего доверия. Рекомендации и информация по лечению ТБ изменяются очень часто, поэтому так важна научная точность сообщений. Это особенно касается MDR-ТБ/МЛУ-ТБ и XDR-ТБ/ШЛУ-ТБ.

Аудитория должна доверять тому, от кого исходит информационное сообщение, – будет ли это кто-либо из руководящих лиц, знаменитых людей или представитель группы населения. Доверие к человеку будет связано с доверием к информационному сообщению, которое он передает. Человек, подходящий для сообщения о важности ТБ как проблемы общественного

здравоохранения, например, может не подходить для такой роли при передаче сообщения с целью снижения уровня стигматизации ТБ. Знаменитая личность может стать хорошим выбором для информирования с целью повышения осведомленности о ТБ, но человек, вылечившийся от ТБ, лучше бы подходил для информационного сообщения о стигматизации ТБ. Когда в сообщении идет речь о медикаментозном лечении ТБ, лучше всего использовать надежный и объективный источник. Например, фармацевтическая компания с ярко выраженной заинтересованностью в доходах от продажи лекарств не может стать хорошим коммуникатором, потому что это сведет на нет значение информационного сообщения.

Важно предварительно тестировать информационные сообщения с их бенефициарами и правильно выбрать информационный канал для каждой целевой аудитории. Существуют следующие информационные каналы:

- Каналы СМИ^{xxii}:
 - Вещание (телевизионное и радиовещание на национальном и региональном уровнях).
 - Печатная пресса.
 - Информационные и коммуникационные технологии (интернет-сайты, социальная пресса (например, интернет-форумы, блоги и чаты), дистанционное обучение, компакт диски, программы мобильных телефонов).
- Межличностные каналы:
 - «Горячие» телефонные линии.
 - Консультирование.
 - Обучение по принципу «равный-равному».
 - Неформальные дискуссионные группы.
 - Тренинги.
- Общественные каналы:
 - Групповое общение (дискуссионные группы, группы поддержки, использующие принцип «равный-равному» и т.д.).
 - Живые представления (уличный театр, кукольный театр, шоу талантов, конкурсы).
 - Местные СМИ (местные газеты, местное радио).

Эти каналы также используются для проведения мероприятий по адвокации и социальной мобилизации.

Консультирование – это конфиденциальный диалог между медицинским работником и пациентом, который помогает пациенту разобраться в своих чувствах, справиться со стрессом и принять осознанное решение по поводу диагностики и лечения.

Цели консультирования по вопросам ТБ:

- предупреждение распространения ТБ;
- предоставление психологической поддержки пациенту с ТБ;
- мотивация больного ТБ пройти курс лечения полностью;
- помощь пациенту в принятии и выполнении собственного осознанного решения;

Процесс общения «медработник – пациент» эффективен, если медработник:

- располагает к себе людей;

- проводит беседу в благоприятной обстановке, располагающей к вопросам и комментариям;
- не спешит и не повышает голоса;
- излагает информацию просто и ясно;
- задает вопросы, чтобы удостовериться, что собеседник понимает, о чем идет речь;
- спокоен и терпелив, даже если собеседник с трудом воспринимает информацию.

Признаки эффективного консультирования:

- ориентировано на конкретного пациента;
- интерактивное (основано на диалоге, а не монологе);
- приватное и конфиденциальное;
- основано на индивидуальном подходе.

Традиционно в общении врача и пациента единственным экспертом является врач. Это приводит к снижению роли пациента, хотя врач и пациент должны работать как одна команда для достижения поставленной цели: выздоровления. Очень важно осознавать, что в процессе консультирования два эксперта. Пациент является экспертом в обстоятельствах собственной жизни, своих чувствах, возможностях, планах и желаниях. Врач является экспертом в профессиональных вопросах и возможностях организации процесса лечения.

Наиболее важной стороной эффективного консультирования является фокусирование взаимодействия между врачом и пациентом на потребностях и обстоятельствах пациента. Когда процесс общения ориентирован на пациента и врач искренне старается понять чувства пациента, его точку зрения и чем она вызвана, а также умеет проявить сопереживание, есть большая вероятность того, что врач предоставит необходимую данному человеку в настоящий момент информацию и сможет способствовать принятию пациентом самостоятельного осознанного решения. В таком случае вероятность того, что это решение будет выполняться намного выше, так как оно было принято самим пациентом, а не навязано ему медицинским работником.

Необходимость общего психокоррекционного влияния при консультировании определяется наличием внешних признаков нарушения психологического состояния равновесия больных туберкулёзом:

- импульсивность поведения;
- переоценка своих физических и душевных сил;
- повышенная мнительность и суггестивность;
- ипохондрическая фиксация на болезни;
- снижение интересов к работе, творчеству, жизни общества;
- гиперсексуальность.

Помимо вышперечисленного, особо следует отметить эпизоды алкоголизации, которые при туберкулёзе зачастую являются попыткой пациента избавиться на время от тягостных переживаний о заболевании, его последствиях для личной жизни и социального положения.

Общее психокоррекционное консультирование осуществляется беседами - разъяснениями, которые носят как запланированный, так и импровизированный характер, могут проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Общее психокоррекционное влияние на больных туберкулёзом оказывается непосредственно психологом, в косвенной форме – всем медицинским персоналом учреждения^{xxiii} и направлено на:

- принятие пациентом необходимости длительного пребывания в стационаре и соблюдения лечебного режима;
- формирование уверенности в выздоровлении, доверия к действенности лекарственной терапии;
- коррекцию дисгармонических типов отношения к болезни (мнительного, эйфорического, анозогнозического и др.);
- формирование позитивного психологического климата в лечебно-профилактических учреждениях;
- противодействие негативному индуцированию со стороны других больных.

Психосоматически ориентированное консультирование больных ТБ осуществляется медицинским психологом на основании данных, полученных на диагностическом этапе коррекционной работы, и направлена на перестройку патогенных элементов системы отношений личности и оптимизацию корковой нейродинамики пациентов.

Показаниями для психосоматически ориентированного консультирования больных ТБ является наличие у пациента:

- субъективно неразрешимых проблем;
- выраженной невротизации личности;
- значительных нарушений функционального состояния корковых отделов ЦНС, ограничивающих возможности саморегуляции.

2.3.2.2.1. ЗАДАЧИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

При работе с конкретным пациентом должен решаться ряд задач коррекционного характера. Коррекционное воздействие может быть двух видов: общее психокоррекционное воздействие для лиц с незначительными отклонениями психики и психосоматически ориентированная коррекция для больных с выраженными изменениями.

Психодиагностические задачи:

- выявление степени выраженности специфических для больных туберкулёзом доминирующих эмоций, особенностей личности и системы отношений;
- определение нейропсихологической картины и выявление областей функциональной корковой патологии, нуждающихся в коррекции;
- оценка эффективности психокоррекционных мероприятий.

Коррекционные задачи:

- формирование установок личности, способствующих преодолению психологического кризиса, вызванного болезнью;
- формирование активной жизненной позиции, позитивного самовосприятия и самореализации;
- освоение моделей толерантного общения и стратегий сотрудничества в межличностном взаимодействии;
- развитие навыков вербализации своих чувств;

- нормализация нейродинамики за счёт восстановления нарушенного тонуса корковых отделов ЦНС, заинтересованных в патологическом процессе.

2.3.2.2. ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ МИШЕНИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

На основе выявленных в психологическом исследовании типичных для больных туберкулёзом патогенных особенностей личности и системы отношений определены основные мишени психокоррекции при консультировании, работа с которыми имеет целью формирование позитивных моделей поведения, отношения к людям и деятельности:

- враждебность;
- алекситимия;
- осуждение по моральным категориям;
- зависимые тенденции.

Враждебность к окружающим, которая формируется в авторитарной семье - в обстановке дефицита душевности и взаимопонимания, является важной мишенью психологической коррекции больных ТБ. Жизненные ситуации, в которых больные усматривают ограничение их свободы и интересов, обостряют чувство враждебности и провоцируют конфликтное поведение. Как установлено исследованием, в отличие от соматически здоровых лиц у больных туберкулёзом враждебность по отношению к окружающим проявляется не столько в агрессивных поступках, сколько в обидчивости и подозрительности к людям, в непродуктивных эмоциональных переживаниях, сопровождающихся длительным аффективным напряжением^{xxiv}. Следует формировать у пациентов большее доверие и доброжелательность к другим людям, толерантное отношение к их поступкам, умение прощать.

Алекситимические нарушения у больных ТБ имеют своей основой неосознанный страх осуждения со стороны других людей, который на осмысленном уровне подменяется опасением «не обидеть» другого человека. Исследование показало, что больные ТБ не способны самостоятельно осознавать и вербализировать свои чувства. Отрицательные оценки со стороны окружающих переносятся ими болезненно, поскольку они актуализируют негативный опыт общения с родителями, как правило, придирчивыми и критичными. Избегая осуждения и сохраняя внешне лояльный стиль общения, больные туберкулёзом уходят от решения проблем, что приводит к нарастанию аффективного напряжения. Преодоление алекситимических нарушений решается формированием навыков вербализации своих чувств в ходе психокоррекционных диалогов и коллективной деятельности, организованной психологами.

Бескомпромиссная «судейская» позиция больных ТБ по отношению к другим людям также является мишенью психологической коррекции. Как правило, их конфликты и эмоциональное напряжение возникают на почве чрезмерной требовательности к окружающим по моральным аспектам поведения людей, например, в форме упрёков в «нечестности», «непорядочности» и «бездушном отношении» к людям. Психологическая коррекция в данном случае должна быть направлена на развитие у пациентов способности к эмпатии, готовности вникать в проблемы других людей, понимать их внутренний мир и оказывать им душевную поддержку.

Зависимые тенденции, выражающиеся в требовании опеки при необходимости принятия самостоятельных решений в затруднительных жизненных ситуациях, формируются в результате жёсткого родительского контроля и деспотической опеки, что приводит к противоречивой личностной позиции. Больной ТБ, с одной стороны, ищет руководящего

влияния и одобрения его поступков от авторитетных для него людей, а с другой – стремится освободиться от всякого диктата и морального давления. Психологическая коррекция ведётся в направлении осознания пациентами своих зависимых тенденций как патогенных и формирования ответственности и самостоятельности как жизненной позиции.

2.3.2.2.3. ЭТАПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Консультирование с целью психосоматически ориентированной психологической коррекции осуществляется в четыре этапа.

1 этап – подготовка пациентов к сотрудничеству с психологом. Больного необходимо подвести к пониманию того, что его заболевание связано отчасти с психологическими причинами, что эффективность лечебного процесса и прочность выздоровления зависят от степени изменения патогенных установок личности. Принятие пациентом ответственности за своё здоровье является условием формирования стойкой мотивации освоения позитивных моделей отношений и поведения в социуме.

Задачи первого этапа решаются клиническим психологом в процессе:

- бесед-разъяснений в рамках общего психокоррекционного влияния;
- психологического и нейропсихологического диагностического исследования;
- клинико-биографического интервью с пациентом, в котором уточняются особенности семейного уклада, взаимоотношений с родителями, другими членами семьи, товарищами по учёбе, коллегами по работе.
- беседы по результатам исследований, в которой выявленные индивидуальные особенности пациента сопоставляются с экспериментальными данными о личностных и нейропсихологических особенностях, специфичных для большинства больных туберкулёзом.

В ходе психокоррекционного диалога выявляются механизмы формирования системы ценностей и установок личности пациента. Обсуждению подлежат те жизненные ситуации, в которых отчётливо проявились патогенные, специфичные для больных туберкулёзом, личностные черты и способы взаимодействия с миром. При анализе фактов акцент делается на чувствах пациента, их внешнем выражении и степени аффективной напряжённости, приводящей к невротизации личности и нарушениям функционального состояния кортикальных отделов ЦНС.

2 этап консультирования состоит в совместной с пациентом проработке свойственных ему индивидуальных вариантов реализации патогенных особенностей личности. Психокоррекционный диалог ведётся в направлении коррекционных мишеней, указанных выше.

3 этап консультирования состоит в определении динамики психоэмоционального состояния и личностного роста пациентов. С этой целью проводится заключительное психологическое исследование в объёме методик первичного отбора в коррекционную группу. Личностная динамика пациентов оценивается по изменению окраски эмоциональных реакций, нормализации самооценки, формированию навыков позитивного общения и адекватного преодоления жизненных трудностей. Результаты динамического исследования заносятся в историю болезни.

4 этапом консультирования является включение пациента в аутодидактический процесс, направленный на оптимизацию взаимоотношений больных с окружающими людьми путём практической реализации приобретённых новых установок личности. Его суть состоит в

развитии способности к самопознанию, психологической саморегуляции и самообразованию. На данном этапе коррекционного процесса пациент начинает самостоятельно реализовывать приобретённые навыки позитивного взаимодействия в широком круге межличностного общения, устанавливая социально-полноценные взаимоотношения с родственниками, другими больными в отделении, медперсоналом лечебно-профилактических учреждений, коллегами по работе и учёбе. Помощь в осуществлении аутодидактической стратегии осуществляется психологом в виде непосредственных и дистантных консультаций, которые проводятся по инициативе пациента и согласованию с психологом.

2.3.2.2.4. ГРУППОВАЯ ФОРМА КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Факт заражения ТБ может вызвать серьезное эмоциональное потрясение как у больного, так и у окружающих его людей. Этому заболеванию присуща значительная стигма, и это может помешать соблюдению предписанного режима лечения, равно как и негативно отразиться на качестве жизни пациентов ввиду дискриминации, возникающей на фоне стигмы. Оказание эмоциональной поддержки больным может повысить вероятность их приверженности терапии и приобретения навыков противодействия стигме и дискриминации.

Системный характер реабилитационных задач по нормализации психологического статуса пациентов, повышению уровня функционирования личности предполагает, как индивидуальную, так и групповую формы работы. В соответствии с результатами, полученными в ходе научно-практической работы в Центральном научно-исследовательском институте туберкулеза Российской академии медицинских наук, эффективной формой работы с больными ТБ является психологическая коррекция методом групповых дискуссий.

Такого рода поддержку можно оказывать в форме группового содействия или индивидуального консультирования с глазу на глаз с участием профессионально подготовленных провайдеров. Наряду с этим может быть оказана и неформальная поддержка со стороны врачей, медсестер, провайдеров НКЛ / групп поддержки лечения ТБ и членов семей. В рамках большинства программ принято опираться на мультидисциплинарную команду поддержки приверженности больного лечению с участием социальных работников, сестринского персонала, инструкторов по санитарно-просветительской работе, опекающих больного представителей общины и врачей.

Указанный методический подход применяется в целях обучения, развития, установления взаимоотношений в группе и представляет собой групповое обсуждение какой-либо проблемы, оказывающее воздействие на основные составляющие самосознания (самопонимание, отношение к себе, саморегуляцию)^{xxv}. В ходе тематических групповых дискуссий, проводимых в интенсивной фазе терапии туберкулеза, происходило обучение пациентов адекватному отношению к актуальным вопросам, связанным с заболеванием и лечением. Усилия специалистов-психологов направлялись на оказание эмоциональной поддержки участникам группы, коррекцию их представлений о себе и болезни, укрепление мотивации к лечению, обучение навыкам конструктивного взаимодействия в стационаре.

Возможные темы групповых дискуссий:

- «Режим в отделении» – объясняется важность соблюдения пациентами лечебно-охранительного режима, дисциплинированного приема лекарственных препаратов.

- «Отношение к болезни» – обсуждаются вопросы оптимистичного отношения к процессу лечения. Внимание концентрируется на важности активного содействия успеху лечения, ответственного отношения к рекомендациям и назначениям врача.
- «Лечение и психологическое состояние» – разъясняется связь психического и соматического в организме человека. Обсуждаются необходимость принятия актуальной жизненной ситуации заболевания и роль аффективного перенапряжения в формировании и течении болезни.
- «Сохранение личностной активности» – объясняется важность сохранения жизненных интересов, социальных контактов как психологического ресурса выздоровления и возвращения к активной и полноценной жизни. Обсуждаются возможности сохранения профессиональной деятельности и компенсации нарушенного социального функционирования в период интенсивного лечения.

Групповые дискуссии могут носить также спонтанно-импровизированный характер, с выбором темы по индивидуальным запросам пациентов. После каждого тематического сообщения психолога проводилось обсуждение полученной информации с пациентами, обмен мнениями, оценками, личным опытом. Общее количество групповых дискуссий составляло в среднем 4 – 6 встреч (в зависимости от групповой динамики), с частотой 2 раза в неделю и длительностью 60 – 90 мин. Оптимальной являлась численность группы от 7 до 10 человек. Позиция психолога носила информирующе-обучающий характер и предполагала создание обстановки эмпатии и сотрудничества, предъявление модели доброжелательного взаимодействия.

К ключевым аспектам функционирования групп поддержки относятся следующие:

- Психологическая поддержка больных ТБ посредством оказания взаимной и коллективной помощи со стороны лиц, оказавшихся в таком же положении.
- Консультант, социальный работник или любой другой специалист, прошедший курс обучения методам содействия группам поддержки, должны взять на себя роль ведущего на такой встрече. Обученная ведению больных-ТБ участковая медсестра или медработник могут выступать в качестве со-ведущих этой группы.
- По каждой группе поддержки следует принять ясные квалификационные критерии.
- Право на участие, как правило, должно распространяться на пациентов с отрицательным мазком мокроты и уже не являющихся заразными, особенно если такая встреча не может проходить на открытом воздухе.
- Для участия в группах поддержки могут быть также приглашены излечившиеся пациенты, поскольку именно они вселяют надежду тем, кто все еще находится на лечении.
- В некоторых случаях может практиковаться привлечение членов семьи пациентов к участию в группе. Например, при обсуждении побочных эффектов и трудностей лечения пациенты могут работать в парах с родственниками других пациентов. В этом случае члены семьи лучше понимают страдания больных ТБ, понимают, что их родственник не симулирует, а действительно испытывает многочисленные недомогания. Данные сессии способствуют развитию поддержки пациента его ближайшим окружением.
- Отдельные группы могут быть зарезервированы для пациентов с серьезными психосоциальными проблемами, и для них может потребоваться ведущий, разбирающийся в вопросах психиатрии.

- Другие группы могут, главным образом, пойти по пути самоорганизации и служить интересам пациентов, не имеющих психиатрических проблем.
- Группам поддержки может потребоваться помощь в приглашении участников встречи, поиске надежного места ее проведения и в решении других организационных вопросов.
- В конце каждой встречи группы поддержки ведущему и со-ведущему следует немного задержаться, чтобы обсудить и проанализировать извлеченные из этого процесса уроки и запланировать очередную встречу.

Консультирование с целью коррекции показано не всем пациентам. Решение вопроса о необходимости коррекционной помощи принимается клиническим психологом совместно с лечащим врачом-фтизиатром. При этом необходимо учитывать данные истории болезни (диагноз, давность заболевания, тяжесть процесса, анамнез, анкетные сведения о жизни и семейном положении пациента), результаты психологического и нейропсихологического исследования.

На основании полученных сведений пациент причисляется к одной из групп:

1 группа – больные с компенсированным состоянием психики, не нуждающиеся в психологической коррекции: психологические трудности больного носят временный характер, его отношение к болезни гармонично и не сопровождается патологическим искажением самооценки; в общении пациент несёт ответственность за отношение к людям и свои поступки; способности к самообучению, саморазвитию и самореализации сохранены. По данным психологического исследования значения характеристик не выходят за пределы нормы.

2 группа – больные с субкомпенсированным состоянием психики, нуждающиеся в психологической коррекции вследствие проблемного стиля взаимодействий с окружающими, неадекватного типа отношения к болезни, повышенной тревожности, неуверенности в себе. По данным психологического исследования значения характеристик умеренно выходят за пределы нормы.

3 группа – больные с декомпенсированным состоянием психики, нуждающиеся в психологической коррекции на фоне физиотерапевтической нормализации функционального состояния корковых центров: для пациентов характерны выраженные невротические нарушения (астенические, депрессивные, обсессивно-фобические и т.п.). По данным психологического исследования значения указанных характеристик существенно выходят за пределы нормы.

2.3.2.2.5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Выраженная редукция психопатологической симптоматики, личностной тревожности и общее улучшение самочувствия больных ТБ после прохождения курса психологической коррекции системы отношений свидетельствуют об оптимизации их психологического статуса. Улучшение психологического статуса больных туберкулезом обычно сопровождается снижением выраженности клинических жалоб.

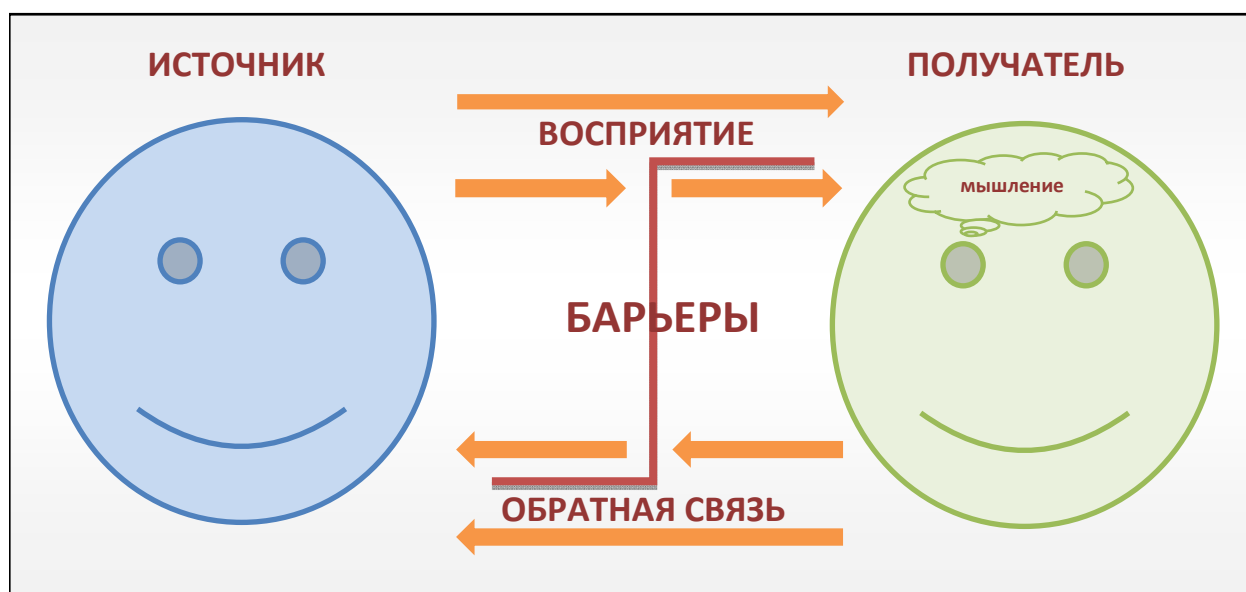
2.3.2.2.6. КЛЮЧЕВЫЕ ПОДХОДЫ В ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

При оказании психологической поддержки важно понимать, что значительная часть трудностей, с которыми сталкивается больной ТБ, связана с необходимостью изменения поведения. Процесс изменения поведения требует от консультанта понимания структуры

этого процесса, навыков определения стадий последнего и применения на разных стадиях различных инструментов психологической работы.

Также, при оказании психологической поддержки следует учитывать роль каждого элемента структуры коммуникации (Рисунок 5) и наиболее успешным образом использовать соответствующие методы и приёмы для достижения целей консультирования. Для повышения эффективности передаваемой информации от источника к получателю необходимо учитывать типы восприятия и мышления получателя информации, обходить барьеры на пути передачи информации, корректно использовать вербальные и невербальные аспекты коммуникации, а также применять другие инструменты межличностной коммуникации.

Рисунок 5. Структура коммуникации.



2.3.2.2.7. ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ

Изменение поведения- это стратегическое использование коммуникации для поощрения положительных изменений в поведении людей, способствующих укреплению здоровья общества. При этом используется системный подход:

- формативное исследование;
- анализ поведения;
- планирование коммуникации;
- осуществление коммуникации;
- мониторинг и оценка.

Вид и количество информации, а также то, как она передается получателю (население, человек с симптомами ТБ, больной ТБ и др.) зависят от того, на каком этапе изменения своего поведения находится этот получатель информации.

Если информация или изменение поведения навязывается человеку до достижения им того этапа, когда он готов принимать решение, человек не воспримет эту информацию и не будет предпринимать нужных действий (обращаться к врачу, выполнять его рекомендации и т. д.).

Люди меняют свое поведение или социальные взаимодействия по различным причинам:

- поведение или социальные взаимоотношения больше не приносят им достаточного удовлетворения;
- внешние силы или влияния ограничивают их;
- поведение, социальные взаимоотношения или взаимодействия больше не соответствуют их личности.

Изменение поведения обуславливается тремя важными составляющими элементами, которые условно можно назвать: Хочу, Могу и Буду.

- «Хочу» обозначает важность изменений в жизни человека (Почему? Зачем? Для чего?). Когда ситуация сильно отличается от желаемого (идеала), стремление достичь этого идеала может запустить изменения.
- «Могу» обозначает уверенность в изменении, уверенность в собственных силах (Как?). Важно быть реалистичным и практичным. Человек может прекрасно видеть большое различие между желаемым и действительным и даже сильно любить образ первого, но удерживаться от изменений по каким-либо причинам: недостаток знаний (не знаю, что именно делать, как поступить), недостаток уверенности в себе (если бы я только мог, но нет, нет, я не смогу, у меня не получится).
- «Готов» подразумевает вопрос приоритетов. Высокая важность изменений и уверенность в изменениях не обязательно приводит к изменениям. Если есть отвлекающие моменты или более срочные дела, человек может решить: «Я хочу измениться, но не сейчас».

Когда человек и хочет, и может, и готов меняться, и все эти три составляющие сильно выражены, изменение более чем вероятно — оно становится реальным!

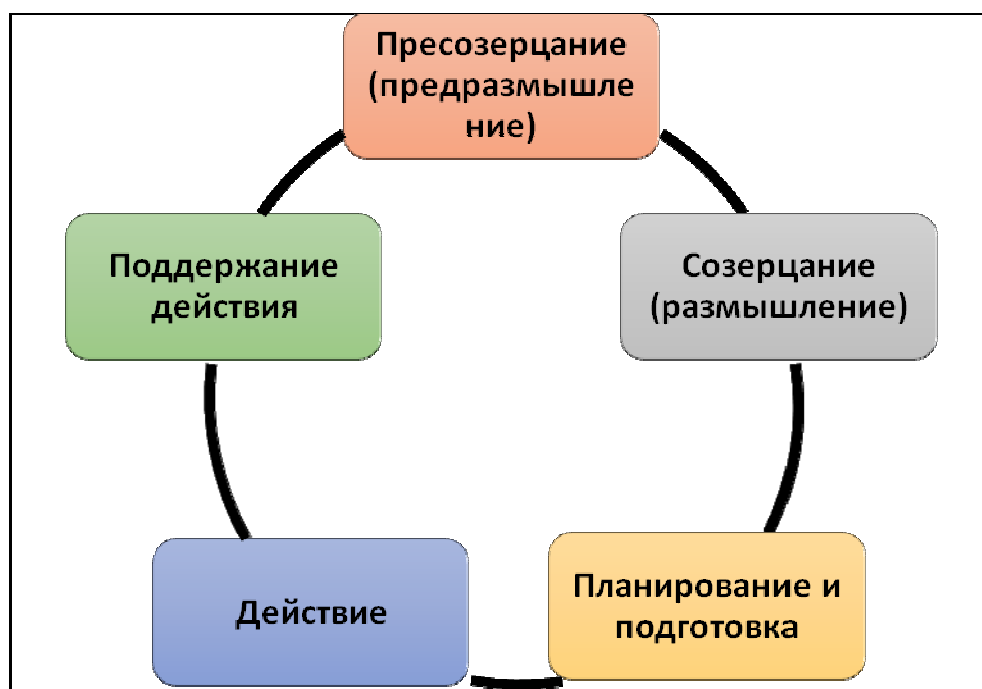
Для того чтобы лучше понимать тот путь, который человек проходит, меняя свое поведение, используется стадийная модель изменения поведения, разработанная двумя учеными-практиками — Джеймсом Прочаской и Карлом Дикленте (Рисунок 6). Эти стадии обозначены, как:

- «пресозерцание» - в этой стадии человек находится в стадии предрешения, он не задумывается о своем поведении;
- «созерцание» или стадия решения - когда у человека появляется двойственность по поводу своего поведения и « - » перевешивает « + », человек принимает решение изменить свое поведение;
- «планирование и подготовка» - когда он планирует свои дальнейшие действия и готовится их предпринять;
- «действие» - когда человек совершает конкретные действия;
- «поддержание» - когда человек поддерживает свое решение на конкретные действия;
- «рецидив/ срыв».

Согласно этой модели, изменение рассматривается как процесс, занимающий некоторое время, а не как разовое событие. Процесс изменения разделяется на несколько стадий изменения поведения. Важно отметить, что данная модель отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением. Это размышление сопровождается сложным и трудным процессом двойственного отношения к происходящим изменениям и носит название амбивалентности (двойственности). Важно, когда человек рассматривает изменения как процесс, а не сиюминутное исполнение желания. Кроме этого, важны тщательное

обдумывание последующих шагов и принятие решения на основе взвешивания всех «за» и «против», а также уверенность в собственных силах по поводу изменения.

Рисунок 6. Стадии изменения поведения



На стадии пресозерцания характерны решительное отрицание всего нового или непонимание того, что перемены стали насущной необходимостью.

На первом этапе цикла человек либо не подозревает о том, что ему нужно что-то менять, либо резко негативно относится к этой идее: «Я даже думать об этом не хочу!» Если на этой стадии вы будете просто настаивать на своей правоте, то вместо ожидаемого отклика наткнетесь на стену глухого непонимания. Если вы действительно хотите помочь человеку самому увидеть, что перемены неотвратимы, вы должны опираться только на факты. «Зачем нужно что-то менять? Как перемены отразятся на моей жизни, что произойдет, если я не буду ничего менять?» — заметьте, убеждать человека в том, что он обязан измениться, бесполезно; единственное, на что вы можете опираться, так это на «факты, которые могут прояснить ситуацию».

Когда люди переживают фазу отторжения и начала осознания, они относятся к перспективе что-либо менять резко негативно. Замкнувшегося в себе человека бесполезно в чем-либо переубеждать, используя лобовые атаки. Сначала нужно попытаться вызвать у него доверие и подойти к проблеме с точки зрения реальных фактов: «Ситуация такова. Что бы вы предприняли в этом случае?» Не менее важно дать понять собеседнику, что у него есть выбор, и совершенно не важно, насколько он будет действительно ограничен в своем выборе.

Можно сказать, что люди переходят на стадию созерцания, когда начинают испытывать двойственные чувства, колебания или сомнения по отношению к своему поведению. «Созерцающий» обычно знает о выгодах и издержках своих действий, но это еще необходимо «вытащить наружу» и исследовать. Созерцание — это не твердое намерение/обязательство. Обычно человек на этой стадии не выражает твердого намерения измениться. Двойственность на этой стадии выражается, с одной стороны, в виде отсутствия активных действий. Признаком нахождения на стадии созерцания является то, что человек

не включает изменения в свои планы на ближайший месяц. Несмотря на то, что человек на данной стадии видит только следствия, но не причину проблемы, и не включает изменения в свои планы, такого понимания вполне достаточно, чтобы осуществить некоторые изменения. На этой стадии характерен критический анализ своего отношения к проблеме. Размышление о том, насколько нужно что-то изменять. Постепенно крепнет уверенность в неизбежности перемен.

По мере того как появляются проблески понимания, что перемены желательны (или неизбежны), люди обычно начинают мыслить трезво и рационально. На этом этапе им нужен кто-то, кто готов будет вникнуть в их сомнения и укрепить дух. «Что говорит в пользу нового подхода и есть ли у него недостатки?» «Чем хуже старый, привычный подход?» «На что вы надеетесь, чего боитесь?» Если смутные опасения сотрудников все же будут сформулированы, появляется шанс вникнуть в их суть и укрепить мотивацию каждого сотрудника. При этом нельзя оказывать давления на собеседника: именно он имеет полное право в любой момент прекратить разговор, и лучше будет, если вы выслушаете его до конца и внимательно. Полезно также помнить, что ни один человек никогда не может быть абсолютно уверен в правильности своего выбора; для начала хорошо, если у человека появится хоть какая-то мотивация. Стадия созерцания завершается моментом принятия решения.

На стадии планирования и подготовки людям нужно составить план, который будет приемлемым, исполнимым, доступным и эффективным для них. Намерение измениться не означает, что перемена обязательно произойдет. Проявляется интерес к перемене, но сохраняются остатки двойственности в виде сомнения в успехе. При этом важно то, что человек принял решение и твердо уверен в своем желании изменить свое поведение. Он даже может делать первые попытки измениться. Принимается решение - меняться необходимо. Строятся планы, осуществляются попытки заглянуть в будущее.

Когда постепенно вырисовывается определенность намерений, человек начинает задумываться о своем будущем: «Какими будут мои новые отношения с ребёнком?», «Как будут складываться отношения с соседями по дому?» И на этом этапе человек остро нуждается в том, чтобы его выслушали и по возможности поняли. Соблазн просто дать ценные указания и напомнить о личной ответственности на этом этапе особенно велик, тогда как если вы дадите человеку возможность самому принимать решения и самостоятельно строить планы, это будет, скорее всего, более конструктивным. Естественно, сотрудника будут интересовать детали. Поэтому вместо безапелляционного заявления: «В 8 часов вы будете проходить и принимать суточную дозу противотуберкулёзных препаратов» лучше будет, если вы спросите, когда человеку удобнее посетить вас. Если выбор сделан самостоятельно, то это имеет колоссальный позитивный эффект для мотивации пациента.

Неплохие результаты приносит визуализация или представление о предполагаемом будущем. Попытка заглянуть в будущее помогает человеку выявить потенциальные трудности и дает возможность устранить или обойти проблемы еще до того, как они могут реально появиться. «Как, по вашему мнению, изменится ваш рабочий день?» «Как Вы поступите в случае, если по семейным обстоятельствам появится необходимость отлучиться в другой регион?» По мере осуществления этого процесса снова появляются ростки сомнений и неуверенности. В этой связи особенно важно на данном этапе прислушаться к пациенту, понять, что является причиной сомнений и неуверенности и настроить его на позитивный лад.

На стадии действия человек открыто меняет поведение. Говоря кратко, он делает шаг и реализует план, к которому готовился. Он может публично дать обещание действовать в

ожидании получить позитивное отражение, чтобы его действие обрело реальность в глазах другого человека, чтобы получить поддержку, добиться большей само-эффективности, а иногда, чтобы создать внешних наблюдателей за этими действиями. Двойственность сохраняется в виде скрытых противоречивых чувств по поводу изменения. Человек включается в определенную деятельность, что-то предпринимает и пробует, то есть осуществляет перемены фактически.

На этом этапе практически нет необходимости убеждать пациента в том, что осуществление перемен является неизбежным, при условии, конечно, что предыдущие этапы были пройдены «от» и «до». В данном случае достаточно ограничиться эпизодическими контрольными проверками течения процесса, непродолжительными обсуждениями эффективности принятых решений.

Поддержание – это устойчивое изменение поведения по отношению к проблеме. Поддерживать изменение бывает трудно, особенно если среда наполнена позитивными и негативными примерами, провоцирующими проблемное поведение, но поддержание действия в виде частых его повторов, формирует привычку, что значительно снижает затрачиваемые на него усилия. Остатки двойственности присутствуют и на этом этапе и проявляются в виде соизмерения затрачиваемых усилий с получаемыми результатами. Происходящие перемены вызывают дискомфорт и воспринимаются по-прежнему как что-то противоестественное. Нужно пережить этот период, опробовать использование новшеств и убедиться в их практической полезности.

Даже если все пока обходится без эксцессов, это еще вовсе не означает, что цикл преобразований можно считать успешно завершенным. Важнейшее значение имеют мероприятия по поддержанию процесса перемен. Прежде чем окончательно укрепится модель поведения, свидетельствующая о подлинной готовности к переменам, пройдет немало времени; успех будет зависеть от поддержания в людях «революционного настроя».

В широком аспекте коммуникация для изменения поведения – основанный на исследованиях консультативный процесс, включающий повышение знаний, формирование установок и поведения путем выявления, анализа и сегментирования аудиторий и участников программ, а также предоставления им адекватной информации и мотивирования их с помощью хорошо аргументированных стратегий, использование соответствующего сочетания межличностных, групповых и медийных каналов.

Есть определенные навыки, выработав которые можно не только научиться принимать нечто новое, но и приспособляться к этому новому так, чтобы возврат к традиционным подходам стал невозможным. На всех организационных уровнях необходимо обеспечить дополнительную подготовку, которая позволит поддерживать эффективные коммуникации, научит решать проблемы и даст возможность освоиться с другими навыками межличностного взаимодействия. Такая психологическая подготовка дает возможность любому человеку по-новому взглянуть на свою работу и даже обнаружить новые способы преодоления казавшихся ранее

непреодолимыми жизненными трудностями. Помните уже избитую, но не ставшую от этого менее ценной истину — специальная психологическая подготовка вдохновляет и помогает подготовиться к новым потрясениям и переменам, избежать которых никому не удастся.

Возможны срывы / рецидивы, которые могут быть либо шагом назад и опытом познания, либо доказательством того, что модель поведения больше, чем они сами. Во время срыва происходит возвращение на одну из предыдущих стадий, чаще всего на стадию пресозерцания или созерцания. Однако, рецидив или повтор цикла – это часть динамического процесса изменения. Главное, чтобы человек оставался вовлеченным и заинтересованным. Важно помнить, что люди могут перемещаться со стадии на стадию, как в прямом, так и в обратном направлении. Откат от произошедших изменений может произойти в результате того, что преобразование не получило должной поддержки и не оказалось полезным. Срыв может происходить с любой стадии на любую предшествующую ей, а может и не произойти вовсе.

Не следует забывать об опасности повторения цикла, причина которого вызвана откатом или рецессией. Однако вероятность этого еще не дает оснований опускать руки. Возвращение в исходную точку означает лишь то, что были допущены грубые просчеты, которые отразились на готовности людей следовать новому курсу, сказались на поддержке процессов или негативно повлияли на нормальное развитие цикла. Логично было бы представить цикл не в виде плоской замкнутой кривой, а в виде концентрической спирали. С каждым новым витком приходится преодолевать меньшее расстояние, постепенно человек отбрасывает сомнения и неуверенность, крепнет вера в успех, и наконец, он добивается поставленной цели.

Если все же происходит откат, то прежде всего следует задуматься над тем, насколько твердо человек был уверен в своих действиях. Где он находится сейчас, точнее, какую переживает фазу? Возможно, он оказался на стадии размышления: «Я знаю, что мне это необходимо...» Опять проскальзывают оправдания, позволяющие тянуть время. Очень важно при этом быть выслушанным; возможно, придется обратить внимание и на определенные недостатки; задуматься, как можно справиться с его собственной неуверенностью. «Хочу ли я меняться? Почему да и почему нет?» С этого момента все начинается сначала, и далее — по мере развития цикла. Многократные возвращения в исходную точку типичны для большинства людей. Но реально что-либо изменить, добиться стойкого, окончательного результата можно лишь тогда, когда есть осознание проблемы и настойчивость.

2.3.2.2.8. ТИПЫ ВОСПРИЯТИЯ

Существует 4 типа восприятия: визуальный, аудиальный, кинестетический и дискретный. Каждый человек обладает всеми 4 типами восприятия, но в виду индивидуальных особенностей, либо использует их все поровну, либо отдаёт предпочтение 1 или 2 из них. В зависимости от личных неосознанных предпочтений люди могут принадлежать к группам преимущественных визуалов, аудиалов, кинестетиков или дискретиков.

По направлению взгляда собеседника можно определить какой тип восприятия у человека активен в текущий момент времени. Если смотреть человеку в лицо, то возможные направления взгляда попадают в одну из 3 зон по горизонтали (слева, середина, справа) и одну из 3 зон по вертикали (верх, середина, низ). Таким образом, направление взгляда в каждый момент времени попадает в один из 9 условных квадрантов (Рисунок7).

Каждому квадранту свойственна принадлежность одному из психических процессов:

- визуальное конструирование;
- визуальное воспоминание;
- аудиальное конструирование;

- аудиальное воспоминание;
- анализ кинестетических ощущений;
- внутренний диалог;
- транс / проживание ситуации.

Рисунок 7. Направления взгляда.



Также, существуют вербальные признаки каждого типа восприятия, которые проявляются в используемых собеседником словах (Таблица 1). Использование данных слов собеседником помогает диагностировать преимущественный тип его восприятия, а активное использование «любимых» собеседником слов помогает сделать речь консультанта более понятной, убедительной и создать ощущение «на одной волне».

Таблица 1. Речевые предикаты сенсорных репрезентативных систем.

Визуальные	Аудиальные	Кинестетические	Дискретные
просмотреть	прослушать	прочувствовать	осознать
увидеть наглядно	услышать главное	уловить суть	понять смысл
упустить из виду	прослушать	прозевать	проигнорировать

красивый	благозвучный	приятный	хороший
яркая личность	громкое имя	сильная натура	известный человек
рассмотрим	обговорим	прикинем	поразмываем
тусклый	заглушенный	вялый	невыдающийся
смутный	писклявый	отталкивающий	сомнительный
осмотреться	прислушаться	заострить внимание	быть внимательным
показать	рассказать	продемонстрировать	объяснить
красиво выглядит	хорошо звучит	гладко выходит	всё правильно

Знание типов восприятия, характерных признаков для каждого типа восприятия, умение определять различные типы восприятия собеседника – залог успешного консультирования.

2.3.2.2.9. ТИПЫ МЫШЛЕНИЯ

После восприятия информации, следующим этапом происходит обработка информации, называемая мышлением. Одинаковая информационная платформа у разных людей всё же приводит к различным умозаключениям и поступкам. Не в последнюю очередь это зависит от типа мышления человека.

Существует 5 типов мышления: идеалистический, иррациональный, рациональный, аналитический, синтезирующий. Важно понимать разницу между ними и их характерными признаками, так как все 5 типов мышления будут встречаться у пациентов и во время консультирования будет необходимо уметь определять тип мышления собеседника и учитывать это в ходе консультирования.

Идеалистический тип мышления имеет следующие характерные признаки:

- завышать требования к окружающим;
- создавать идеальные образы и искать эти образы в окружающих людях;
- склонность к иллюзиям, а это ведет к постоянным разочарованиям;
- иметь много установок и правил;
- ориентироваться на конечный результат;
- уходить в свой мир мыслей и фантазий;
- болезненно воспринимать любое противоречие и противодействие.

Иррациональный тип мышления имеет следующие характерные признаки:

- в отличие от идеалистов, которые больше думают, иррационалы больше делают;
- в их поступках, как и в мыслях, может проследиваться некоторая нелогичность;
- они делают то, что считают нужным, а не то, что им говорят;
- они очень убедительно рассказывают «сказки», которые люди принимают за чистую монету;
- обычно много идей и проектов, которые зачастую так и остаются просто идеями.

Рациональный тип мышления имеет следующие характерные признаки:

- основываются не на мечтах и фантазиях, а на реальных фактах;
- хорошо ориентируются в окружающей обстановке, социальных и политических вопросах;
- все свои идеи немедленно стараются осуществить;
- заинтересовать можно только, если предоставить неопровержимые доказательства выгоды того или иного проекта, перспективы его реализации и конкретные планы.

Аналитический тип мышления имеет следующие характерные признаки:

- склонны наблюдать за всем происходящим, запоминать и делать свои выводы;
- склонны докопаться до сути проблемы, рассмотреть ее причины и возможные последствия, сделать свои прогнозы;
- чтобы заинтересовать, необходимо выстроить сложную систему своих рассуждений, не теряя ни единого звена этой цепочки, иначе аналитик может просто отвергнуть ваши суждения.

Синтезирующий тип мышления имеет следующие характерные признаки:

- склонны складывать целостные картины из отдельных фрагментов;
- зачастую такие люди бывают очень умными и начитанными, это люди-энциклопедисты;
- они любят решать логические задачи и очень часто становятся учеными;
- не любят работы, которая требует однообразного повторения определенных действий, которые не требуют определенных размышлений и не содержат в себе ничего нового.

2.3.2.2.10. НЕВЕРБАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАЦИИ

В общении люди непрерывно передают информацию друг другу не только посредством речи, но и выражением лица, движениями тела, установлением дистанции и т.п. Таким образом, находясь в поле зрения друг друга, мы общаемся, даже если молчим. Невербальными способами можно показать, как мы себя чувствуем, что думаем, как хотели бы поступить. Невербальное поведение человека – очень существенная часть процесса общения. В консультировании мы также посылаем клиентам невербальные сообщения и "считываем" их невербальные реакции. Крайне важно, чтобы консультант отмечал невербальные послания клиентов, реагировал на них и одновременно осознавал влияние своего невербального поведения на клиентов. Если Вы заметили, что пациент «вдруг» закрылся: скрестил руки, откинулся на спинку стула, отгородился от Вас сумкой или брошюрой, лежавшей на столе – для Вас это важный сигнал: «Что-то произошло, человеку некомфортно, он хочет защитить себя». Причины могут быть разными: тема не актуальна, или, наоборот, слишком актуальна; человеку показалось, что его осуждают или пытаются «учить жизни», или слова консультанта вызвали обиду, неловкость. Человек непроизвольноотреагирует невербально: позой, мимикой, жестами. Хороший консультант обязательно заметит перемены и внесет коррективы в процесс общения.

В свою очередь невербальное поведение консультанта оказывает большое влияние на процесс взаимодействия и результат консультирования. Далее перечислены четыре условия пребывания вместе с клиентом и эта сторона невербальной коммуникации может полностью контролироваться консультантом:

- Быть с клиентом с глазу на глаз. Физическая обстановка должна позволять консультанту и клиенту полностью видеть друг друга; она должна "говорить" клиенту: "Я доступен Вам; я сделал выбор быть с Вами". Недопустимо присутствие посторонних.
- Быть в открытой позе. Скрещенные руки и ноги обычно интерпретируются как оборонительная, безучастная и отступательная поза. И наоборот, открытая поза означает, что консультант готов принять все, что раскроет клиент. Конечно, скрещенные руки консультанта не обязательно означают то, что он "вышел" из контакта. Здесь главное, чтобы консультант постоянно спрашивал себя: "Насколько моя поза отражает открытость и доступность клиенту?"
- Поддерживать контакт глаз с клиентом, чтобы подчеркнуть внимание и заинтересованность, но контакт не должен быть непрерывным - это может вызвать дискомфорт у клиента. С другой стороны, если взгляд консультанта слишком часто "блуждает" в пространстве, не останавливаясь на клиенте, то создается впечатление, что консультант не слушает клиента.
- Быть спокойным. Так как большинство клиентов волнуется в ситуации консультирования, важно, чтобы консультант не был напряжен и не увеличивал беспокойство клиента. При этом консультант должен естественно пользоваться своим телом, используя невербальное поведение, чтобы показать клиенту свою эмпатическую вовлеченность в консультативный контакт и спокойствие. Такой настрой консультанта передается его клиенту.

Ниже (Таблица 2) приведены положительные и отрицательные моменты невербального метода общения:

Таблица 2. Модальности невербального общения.

Позитивное	Негативное
Тембр голоса спокойный, без резких модуляций.	«Скачущий» тембр голоса.
Большую часть времени держит взгляд в области лица клиента (лучше – на переносице), периодически кратко смотрит клиенту в глаза.	Часто смотрит в сторону или пристально, не переставая смотрит в глаза собеседнику.
Открытая поза, движения спокойные и плавные. Выражение лица внимательное и доброжелательное. Желательно, чтобы кисти рук были видны собеседнику, и не были зажаты в кулаки.	Хмурится, зевает или мрачен. Скрещенные (на груди, или за спиной) руки, сцепленные в замок пальцы, ручка/карандаш в руках; невротические жесты (часто поправляет очки, тербит кончик носа, постукивания карандашом или пальцами по столу). Откинутае на спинку стула туловище, взгляд «свысока» и т.п.
Подходящее расстояние между клиентом и консультирующим*.	Слишком близкое расстояние или наоборот, дистанция слишком велика.
Спокойный темп речи (ориентироваться на темп речи клиента).	Говорит слишком быстро или слишком медленно.

Позитивное	Негативное
Умеренная жестикуляция, подтверждающие внимание к словам собеседника кивки, в тех местах беседы, где это требуется.**	Отсутствие невербальной реакции на слова и жестикуляцию клиента.
При необходимости использует юмор, снимает напряженность.	Использует юмор не к месту или не вовремя; увеличивает напряженность тяжелым, слишком серьезным тоном.

*В некоторых культурах люди при разговоре находятся очень близко и почти всегда смотрят в глаза друг другу. В других – стоят на большом расстоянии, вполоборота друг к другу. Размеры личной пространственной зоны культурально обусловлены. Консультант, использующий «близкий» стиль общения, потерпит неудачу с человеком из «дистанционной» культуры.

**Люди интерпретируют молчание и определенные телодвижения по-разному. Пожатие плечами может означать для одних – «Я не знаю», а для других – «Мне все равно».

Известный психолог Аллан Пиз в своей книге «Язык телодвижений» рассказывает об интересных экспериментах, проведенных для изучения влияния невербальной коммуникации на общение между людьми. Так профессор Бердвислл провел замеры доли невербальных способов в общении людей. Он установил, что в среднем человек говорит словами только в течение 10-11 минут в день, и что каждое предложение в среднем звучит не более 2,5 секунд. Он подсчитал, что словесное общение в беседе занимает менее 35%, и более 65% информации передается с помощью невербальных средств общения^{xxvi}.

2.3.2.2.11. ВЕРБАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КОММУНИКАЦИИ

Несмотря на большое значение невербального общения в консультировании, важнейшие события происходят на вербальном уровне, тем более что повышение уровня информирования является одной из задач и неотъемлемой частью консультирования по вопросам ТБ. Поскольку консультирование практически всегда подразумевает общение на очень деликатные темы и отличается от простого предоставления советов, консультант должен обладать и развивать следующие навыки эффективного общения. Очень важен язык диалога. Консультант должен говорить на языке, понятном клиенту, стараться избегать профессиональных терминов или разъяснять их значения. При консультировании по вопросам ТБ консультанту часто придется оперировать медицинскими терминами. Чтобы избежать потери информации на языковом уровне, предоставьте клиенту возможность задавать вопросы и уточнять детали в течение всей беседы. Консультант должен владеть специальными навыками, которые позволяют ему поддерживать контакт с клиентом и делают процесс консультирования максимально эффективным и конструктивным. Основными навыками, необходимыми консультанту для успешной работы являются:

- Активное слушание - консультант словами, выражением лица или жестикуляцией – всем своим видом показывает, что он сосредоточен на нуждах клиента и понимает его.
- Предоставление возможности выразить эмоции – игнорируя текущие эмоции и чувства клиента очень трудно понять его потребности и провести хорошую консультацию.

- Распознавание – консультант должен иметь достаточные навыки в распознавании и определении различных состояний и эмоций клиента.
- Признание – консультант должен признавать за клиентом право чувствовать то, что он чувствует, особенно такие важные чувства как злость, грусть, страх, и подтвердить, что он понимает, какие чувства есть у клиента по поводу обсуждаемой темы. Это признание должно быть высказано просто и без личного участия консультанта в чувствах клиента: «Я вижу/слышу/понимаю, что вы испытываете страх/грусть/злость». Данные слова могут быть подкреплены невербальным выражением – например, кивками головы. При этом, не нужно говорить таких фраз, как «Я хорошо понимаю ваше чувство» или «На вашем месте я чувствовал бы то же самое!»

2.3.2.2.12. ПРОСТРАНСТВО ВОКРУГ ЧЕЛОВЕКА

Размеры личной территории человека можно разделить на 4 четкие пространственные зоны:

- Интимная зона (от 15 до 46 см). Из всех зон эта самая главная, поскольку именно эту зону человек охраняет так, как будто бы это его собственность. Разрешается проникнуть в эту зону только тем лицам, кто находится в тесном эмоциональном контакте с ним. Это дети, родители, супруги, любовники, близкие друзья и родственники. В этой зоне имеется еще подзона радиусом в 15 см, в которую можно проникнуть только посредством физического контакта. Это сверх-интимная зона.
- Личная зона (от 46 см до 1,2 метра). Это расстояние, которое обычно разделяет нас, когда мы находимся на вечеринках, приемах, других мероприятиях, где намерены общаться с присутствующими там преимущественно знакомыми нам людьми из одного с нами сообщества и общих с нами интересов.
- Социальная зона (от 1,2 до 3,6 метров). На таком расстоянии мы держимся от посторонних людей, например, водопроводчика или плотника, пришедшего заняться ремонтом в нашем доме, почтальона, нового служащего на работе и от людей, которых не очень хорошо знаем.
- Общественная зона (более 3,6 метра). Когда мы обращаемся к большой группе людей, то удобнее всего стоять именно на этом расстоянии от аудитории.

Практическое использование зон. Обычно наша интимная зона нарушается тем или иным человеком по нескольким причинам:

- когда "нарушитель" является нашим близким родственником, другом, сексуальным партнером;
- когда это необходимо нам для получения определенных услуг (врача или портного, например);
- когда "нарушитель" проявляет враждебные намерения и атакует нас.

Если мы можем терпеть вторжение посторонних людей в наши личные и социальные зоны, то вторжение постороннего человека в интимную зону вызывает внутри нашего организма различные физиологические реакции и изменения. Сердце начинает биться быстрее, происходит выброс адреналина в кровь, и он приливает к мозгу и мышцам как сигнал физической готовности нашего организма к бою, т.е. состоянию боевой готовности. Знания о персональном пространстве помогут правильно организовать консультативное пространство, а также выбирать стиль общения во время консультации.

2.3.2.2.13. ТЕХНИКИ АКТИВНОГО СЛУШАНИЯ

Активное слушание – слушание собеседника с правильной внутренней и внешней активностью. Эта техника применяется в практике социально-психологического тренинга, психологического консультирования и психотерапии, позволяющая точнее понимать психологические состояния, чувства, мысли собеседника с помощью особых приемов участия в беседе, подразумевающих активное выражение собственных переживаний и соображений. Активное слушание помогает установить контакт и расположить к себе собеседника, понять его точку зрения и при необходимости повернуть ее в нужную сторону.

Правила:

- больше слушайте, меньше говорите сами;
- воздерживайтесь от оценок;
- стремитесь реагировать на значимую информацию.

Ниже приведено описание целей и особенностей реализации различных приёмов активного слушания:

Таблица 3. Приёмы активного слушания.

Приемы	Цель	Реализация	Примеры
Поощрение	Продемонстрировать заинтересованность, поддержать стремление к рассказу.	Не надо соглашаться или не соглашаться с тем, что Вы слышите. Используйте благожелательный тон и уклончивые слова.	«Я вас понимаю». «Мгм». «Это интересно». «Пожалуйста, продолжайте».
Повторение	Показать клиенту, что консультант очень внимателен и пытается его понять. Выкристаллизовать мысль клиента, повторяя его слова в сжатом виде. Проверить правильность понимания мыслей клиента.	Отражение содержания помогает клиенту лучше понять себя, разобраться в своих мыслях, идеях, установках. Перефразируется основная мысль клиента. Нельзя искажать или заменять смысл утверждения клиента, а также добавлять что-либо от себя. Следует использовать термины и определения, которыми оперирует клиент. Консультант может, например, дословно «отразить» ключевую фразу или слово клиента. Но при этом, избегайте "попугайства", т.е. слишком	«Если я вас правильно понял...» «Вы считаете...» «Если я вас правильно понял, вы боитесь, что ваша семья не будет заботиться о вас».

Приемы	Цель	Реализация	Примеры
		частого повторения дословного высказывания клиента.	
Отражение чувств	Показать, что вы понимаете чувства собеседника.	<p>Только проработав проблему на эмоциональном уровне, можно будет выходить на рациональный уровень ее решения.</p> <p>Отражайте ведущие чувства собеседника. При работе с чувствами:</p> <p>Отражайте поощрение - консультанту следует поощрять выражение чувств, именно работая с чувствами можно достичь конструктивных перемен.</p> <p>Отражайте распознавание - консультант должен иметь достаточные навыки в распознавании и определении различных эмоций клиента.</p> <p>Отражайте признание - консультант должен уметь признавать различные чувства клиента, в том числе такие, как озлобленность, грусть и страх и делать это прямо и неэмоционально.</p>	<p>«Вы чувствуете...»</p> <p>«Вы беспокоитесь по поводу...»</p> <p>«Ваши чувства очень сильны и я признаю их».</p>
Обобщение	<p>Прояснить направление беседы.</p> <p>Заложить основу для дальнейшего обсуждения.</p>	В сжатом виде повторяйте основные факты и чувства собеседника.	«Из того, что вы сказали, самое главное, по-моему, это...»
Уточнение	Прояснить, уточнить мысли, чувства, представления собеседника.	Обратиться к собеседнику с просьбой дополнить, разъяснить свои высказывания.	<p>«Пожалуйста, уточните это...»</p> <p>«Что вы имеете в виду?»</p> <p>«Что вас больше всего беспокоит?»</p>

Приемы	Цель	Реализация	Примеры
Дальнейшее развитие мыслей	Прояснить, проговорить скрытые мысли и чувства собеседника.	Реагируем на то, что партнер осознает, но не выражает открыто. Повторение слов или коротких фраз, взятых из речи клиента, которые несут эмоциональную нагрузку – возможно, это как раз то, что клиент хотел бы обсудить.	«Да, ситуация серьезная, видимо, вам хотелось бы...» «Я вижу, вы испытываете беспокойство по поводу здоровья?»
Ответ-проекция	Прояснить реальные желания, чувства и узнать решение клиента.	При использовании данной техники большое внимание следует уделять интонациям, которые консультант использует, задавая данные вопросы клиенту. Подчас довольно очевидно, что клиент знает, чего он хочет, даже тогда, когда обращается за советом, одобрением или в поисках решения проблемы.	«Что бы вы хотели от меня услышать?» «Если бы я удовлетворил вашу просьбу найти решение, какое именно решение вы ждете от меня или хотите услышать?»

2.3.2.2.14. БАРЬЕРЫ НА ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

В ходе коммуникации следует предвидеть наиболее типичные барьеры в общении, избегать инициации причин возникновения и применять наиболее успешные средства преодоления барьеров в случае их возникновения.

Ниже (Таблица 4) приведено описание нескольких наиболее распространённых барьеров общения:

Таблица 4. Барьеры на пути передачи информации.

Название	Причины возникновения	Как преодолеть
Понятийный	Разный лексический набор слов собеседников (когда одно и то же слово два человека могут понимать по-разному).	Переспрашивать, задавать вопросы, говорить просто, лаконично.
Способы передачи информации	Невозможно визуальную информацию передавать словами, лучше иметь под рукой картинку, иллюстрационные материалы. Дистанционные формы передачи	Презентация информации на всех уровнях – визуальном, аудиальном, кинестетическом. Стараться задействовать как можно больше органов чувств.

Название	Причины возникновения	Как преодолеть
	информации – общение по телефону, по электронной почте.	
Восприятия	Неподготовленность к принятию информации (например, нет удобных бланков). Отсутствие навыков слушания. Усталость. Ограниченность во времени.	Учиться слушать, нарабатывать специальные навыки активного слушания, умения задавать открытые вопросы.
Ассоциативный	Существуют слова-ассоциации: имя, «папа», «мама», времена года, природные картинки, «секс». При упоминании этих слов человек может уйти в свои ассоциации.	Быть внимательнее к невербальным аспектам, стараться отслеживать «уход» собственный или собеседника. Изменить позу – перевести в позу активного слушания.

2.3.3. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Понятие социальной поддержки связано с индивидуальным восприятием и одобрением того, что пациенты являются составной частью социальной сети, которая проявляет заботу о нем или о ней. Большой объем фактических данных убедительно показал, что социальная поддержка служит прогностическим фактором состояния здоровья и смертности. Объем социальной поддержки определяется степенью доступности четырех типов ресурсов – информационной и эмоциональной поддержки, материальной и дружеской помощи.

- Суть информационной поддержки сводится к предоставлению любой полезной информации, которая помогает человеку преодолеть возникшие проблемы и нейтрализовать источники стресса. Сюда же входит учебно-просветительская работа.
- Эмоциональная поддержка ассоциируется со всевозможными проявлениями заботы, которые вносят свой вклад в укрепление самооценки, в том числе через сопереживание, доверительные отношения, воодушевление и участие в судьбе другого человека, и которые помогают справиться с психологической стороной жизненных невзгод.
- Дружеская поддержка связана с оказанием помощи, благодаря которой человек ощущает свою принадлежность к системе социальных взаимоотношений между людьми и может положиться на нее при удовлетворении определенных запросов.
- Материальная поддержка предполагает оказание помощи в виде всевозможных предметов потребления, включая продукты питания, которые человек получает через свою социальную сеть для преодоления повседневных трудностей.

Чем менее доступен тот или иной ресурс, тем важнее становятся мероприятия, направленные на компенсацию данного дефицита. Таким образом, разработка эффективного, гендер-чувствительного и рассчитанного на конкретные возрастные категории механизма социальной поддержки для программы борьбы с ТБ имеет важнейшее значение для осуществления ориентированного на пациента подхода к проведению НКЛ, а также для создания предпосылок приверженности больного лечению. Принципы социальной поддержки, о которых говорится в этом документе, распространяются, в том числе, и на проявление заботы о таких уязвимых группах населения, как престарелые,

заклученные, беженцы и перемещенные внутри страны лица, потребители вызывающих зависимость веществ, общины коренных народов и этнические меньшинства.

В данном документе в рамках социальной поддержки рассматриваются информационная поддержка, дружелюбное отношение персонала к пациенту и эмоциональная поддержка, виды материальной поддержки, помощь друзей, правовая и другие виды поддержки.

2.3.3.1. ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА

Суть информационной поддержки сводится к предоставлению любой полезной информации, которая помогает человеку преодолеть возникшие проблемы и нейтрализовать источники стресса в связи с заболеванием ТБ.

Необходимо опираться на мультидисциплинарную команду поддержки приверженности больного лечению с участием социальных работников, сестринского персонала, инструкторов по санитарно-просветительской работе, опекающих больного представителей общины и врачей. В центре внимания такой поддержки должны быть проблемы, связанные с разными этапами терапии, социальной стигмой вокруг этой болезни, соблюдением режима лечения, побочными эффектами, социально-экономическими трудностями, смертью и сопутствующими заболеваниями / особыми ситуациями.

Все пациенты и основной круг лиц, ухаживающих за ними, должны проходить обучение вопросам лечения ХДТЗ, а также тому, насколько актуально соблюдать предписанный режим терапии. Информационно-обучающие мероприятия должны начинаться сразу после постановки диагноза и продолжаться в течение всего периода лечения.

Обучение пациентов и их близкого окружения обеспечивается силами:

- Врачей и медсестер;
- представителями общественных организаций (Приложение 3.4);
- инициативными группами лиц (группы поддержки) больных ТБ и др.

Учебные материалы должны строго соответствовать образовательным уровням пациента и должны быть адаптированы с учетом соответствующей государственной политики, гендерной принадлежности, возраста, а также культурологического профиля. Национальная программа борьбы с туберкулезом (НПТ), Национальная стратегическая программа по противодействию распространению ВИЧ-инфекции и все остальные поставщики медицинских услуг обязаны осваивать методы «коммуникации», описанные в соответствующих нормативных документах и руководствах, описывающих в духе формирования позитивных партнерских отношений в обоюдном стремлении добиться успеха в повышении качества жизни заболевших и доведении курса лечения до конца. В отношении ряда пациентов с проблемами восприятия, следует изыскивать возможности, предоставляемые средствами электронного здравоохранения, в основе которых лежат методы аудио- или визуальной поддержки, разработанные в соответствующем порядке.

Несмотря на то, что для реализации высококачественного ухода, ориентированного на больного ТБ, как сказано в Международных стандартах оказания противотуберкулезной помощи, нередко потребуются дополнительные кадровые ресурсы, очень многого можно добиться за счет простых корректировок психологических установок и манеры общения медработников со своими подопечными и донесения до их сведения ключевой информации.

Ниже приводятся принципы эффективного доведения важнейшей информации до сведения больных:

- всегда находите такое место для общения, где будет гарантирована конфиденциальность разговора;
- используйте такую манеру общения, которая содействует взаимному уважению и почтению между пациентом, обеспечивающими уход лицами и медработниками;
- не давайте обещаний, которые служба охраны здоровья не сможет сдержать;
- избегайте словесных конфликтов и всевозможных пристрастных замечаний по поводу любого состояния здоровья пациента;
- с уважением относитесь к праву пациента делать свой выбор;
- обучайте пациента тому, как может передаваться заболевание (в зависимости от его специфики) и как не может передаваться инфекция, а также рассказывайте больному о мерах борьбы с распространением инфекции в быту;
- занимайте активную позицию при выяснении и уточнении надуманных представлений, которые может разделять пациент в отношении болезни и способов ее лечения;
- постарайтесь убедить пациента в том, что многие другие больные успешно пережили и переживают аналогичные моменты в своей жизни;
- познакомьте пациента с излечившимся (если применимо к данному заболеванию) бывшим больным ТБ. Если нет такой возможности, передайте информационный материал о больных, успешно соблюдающих режим лечения;
- избегайте негативных формулировок и вместо термина «отрыв от лечения» используйте словосочетание «потерян для последующего наблюдения», вместо «с подозрением на ТБ (или ВИЧ)» перейдите на «лицо с предполагаемым ТБ (или ВИЧ)» или «лицо, подлежащее обследованию на ТБ (или ВИЧ)» и замените термин «контроль» на выражение «профилактика и уход».

Помимо этого, пациент-ориентированный подход в рамках ТБ также должен проследиваться в высказываниях медработников, поскольку лингвистические приемы представляют собой хорошо известный механизм распространения влияния и осуществления контроля. Такие слова и выражения, как «отрыв от лечения», «с подозрением на ТБ» и «контроль», обескураживают больных ТБ несмотря на добрые намерения поставщиков медицинских услуг. По-прежнему нередко встречаются заключения типа «больной пролечился неудачно», что полностью перекладывает вину на пациента, словно только он или она несет всю меру ответственности за неэффективное лечение. В сообществе фтизиатров все большую популярность приобретает мнение о переходе на использование других языковых средств, которые предполагали бы более уважительное отношение к больным и точнее отражали бы преимущества пациент-ориентированного подхода и заботе о нем. При составлении настоящего справочного пособия и будущих документов ВОЗ по проблеме — ТБ- это предложение будет приниматься во внимание, чтобы при общении с больными воздерживаться от категоричных выражений и прибегать к таким формулировкам, как профилактика и лечение ТБ, организация ухода за больными.

Должен быть составлен продуманный план для подготовки пациента к прохождению курса лечения. В него следует включить мероприятия по обучению больного и лица, ухаживающего за ним, правилам приема препаратов, а также по таким аспектам, как продолжительность терапии, возможные побочные эффекты и механизмы обращения за помощью, доступной для пациента. Информировать пациента о необходимости регистрации любых побочных действий лекарственных средств, особенно когда речь идет о таких

серьезных последствиях, как любые проявления потери слуха и звона в ушах, вынашивание планов самоубийства.

Контрольный перечень вопросов, касающихся информационно-просветительских мероприятий перед началом лечения больного ТБ:

- Обсудите, на какой базе начнется лечение. Если это стационар, то каким окажется ориентировочный срок терапии. Если же это будет происходить в домашних условиях, то к какому мнению склоняется сам больной относительно перспективы организации лечения на дому.
- Информировать пациента о продолжительности терапии в зависимости от выбранной схемы лечения, которая нередко занимает не менее 20 месяцев, но может оказаться короче или занять больше времени.
- Проинформируйте пациента в общих чертах о лекарственных препаратах, в частности о том, что существует, по меньшей мере, пять разных типов противотуберкулезных препаратов для приема больным, из которых один предназначен для инъекций. Попытайтесь ознакомить его с названиями препаратов и продемонстрировать, как выглядят эти таблетки.
- Проведите инструктаж пациента о требованиях, предъявляемых к мониторингу микроскопии мокроты и культуральных исследований, а также к проведению лабораторных исследований в целях раннего выявления побочных эффектов.
- Составьте план последующего наблюдения и обращений к врачу и информируйте пациента о важности своевременного обращения, если у него/нее возникают проблемы со здоровьем.
- Убедитесь в том, что больные знают, как записаться на прием к врачу, если их нужно обследовать раньше очередного запланированного визита.
- Убедитесь в том, что им известно, каким образом лицо, обеспечивающее НКЛ, может в любое время суток срочно связаться с лечащим врачом.
- Проинструктируйте их о действиях на случай чрезвычайной ситуации (как например, тяжелая форма одышки, судороги и т.п.).
- Расскажите пациенту о возможных побочных эффектах действия противотуберкулезных препаратов и необходимых действиях при обнаружении таковых.
- Проинформируйте пациента о существующих возможностях получения социальной поддержки и психологического консультирования.

Информирование и обучение пациента происходит в итоге нескольких посещений лечебных учреждений-провайдеров (начиная от провайдера НКЛ и заканчивая лечащим врачом). При этом полезную роль играют составленные на местном языке информационные материалы и обучающие брошюры с памятками по основным вопросам.

Больному ТБ следует вручить экземпляр Хартии пациентов (Приложение 3.4) на родном для него языке. В Хартии изложены права и обязанности больных, а ее распространение будет помогать поставщику услуг в обучении пациента вопросам, касающимся самой болезни и тактики ее лечения. Самостоятельное чтение и последующее обсуждение текста Хартии с медицинским персоналом и сотрудниками программ ППСП помогает прояснить многие важные вопросы и распределить ответственность за успех противотуберкулезного лечения.

2.3.3.2. ДРУЖЕЛЮБНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТУ И ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Исследования по ряду заболеваний показывают, что взаимоотношения между медицинским работником и пациентом напрямую влияют на результат лечения. Терапия туберкулеза, при которой пациент в течение долгих месяцев лечения ежедневно контактирует с медицинским персоналом в стационаре или пункте НКЛ, ставит особый акцент на умение медицинского работника или волонтера НКЛ создать благожелательную и позитивную атмосферу в общении с пациентом.

Взаимоотношения между лечащим врачом и пациентом, формирующиеся на начальном этапе адаптации к лечению, когда пациент растерян, раним, стремится к конкретным и понятным ему рекомендациям, при этом отличается суженным объемом внимания, фрагментарностью восприятия, играют особую роль. Информационная и эмоциональная поддержка, коммуникативная компетентность и участливо-терпеливое отношение со стороны врача-фтизиатра создают у больного чувство защищенности, повышают доверие и уверенность в благополучной перспективе лечения, что может оказаться решающими факторами в ходе заболевания^{xxvii}. Отсутствие необходимого эмоционального контакта, информации о течении своей болезни и лечебных процедурах приводят к кризису доверия между врачом и больным человеком, вызывая у пациентов состояния страха, подавленности, агрессивности, в ряде случаев – способствуют формированию реакции отрицания болезни, алкоголизации.

Сложность ситуации во фтизиатрии состоит в том, что, с одной стороны, фтизиатрические пациенты, как ни в одной другой отрасли медицины, в подавляющем большинствеотягощены сложными социальными и психологическими проблемами, алкогольной и наркотической зависимостью, и, соответственно, требуют особого психологического подхода. С другой стороны, персонал фтизиатрической службы не имеет специальной психологической подготовки, требующейся для работы с социально-сложными пациентами, а также к возможному синдрому выгорания, часто появляющегося при работе с данным контингентом больных. Соответственно, на практике часто приходится наблюдать недоброжелательное отношение к пациентам со стороны медицинского персонала. Многие врачи-фтизиатры и медицинские сестры избирают авторитарный стиль общения с пациентами, позволяют себе фамильярность, неуважительные замечания, активно осуждают и упрекают пациентов за «алкоголизацию» и пропуски в лечении, становятся невнимательными к жалобам пациентов, забывают об элементарных правах больных и необходимости строгого соблюдения конфиденциальности персональной информации. В ответ у пациентов могут возникать негативные реакции как на персонал, так и на проводимое лечение. Оказание специализированной психологической помощи пациентам может частично решить проблему психологической поддержки пациентов, но если при этом у пациента не налаживаются взаимоотношения с НКЛ-провайдером и врачом, то успех лечения остается под вопросом.

Рекомендованная ВОЗ терапия под непосредственным контролем – это не только наблюдение за приемом каждой дозы препаратов, но и оказание поддержки пациенту при каждой встрече, активное выслушивание жалоб, одобрение. Атмосфера доброжелательного, уважительного отношения к пациенту, направленного на поддержку его самооценки во фтизиатрическом лечебном учреждении способствует повышению приверженности терапии^{xxviii}. Поддержка со стороны НКЛ работника может оказаться единственным положительным фактором, мотивирующим пациента к жизни и излечению, если он испытывает одиночество и отчуждение родственников и друзей.

Важность доброжелательного и уважительного отношения к пациенту однозначно признается и исследователями, и практическими врачами, но решение проблемы не является простым. Изменение системы поведения врача или медсестры требует серьезного осмысления собственных взглядов и ценностей, овладения навыками общения и активного слушания, умения строить доверительные отношения с пациентами. В ряде проектов с этой целью проводятся специальные образовательные курсы для персонала, практикуется периодическое анонимное анкетирование пациентов на предмет отношения со стороны медицинского персонала, активный мониторинг работы сотрудников на местах, применяется система мотивации специалистов, наиболее отличившихся в работе с пациентами. Коротко можно суммировать рекомендации по развитию персонала следующим образом:

- Необходимо системное обучение, а не 1-2 лекции для персонала. Обучение необходимо периодически повторять.
- Обучение может быть организовано в числе прочего и на базе существующих кафедр психологии при университетах, а также психологами и психотерапевтами ТБ и ВИЧ служб.
- Лекционные занятия хорошо подкреплять обучением на рабочем месте.
- Медицинский персонал должен иметь возможность консультативной психологической помощи для разрешения своих личных проблем.
- Необходимо отслеживать и предотвращать развитие синдрома выгорания у персонала.
- Администрации необходимо уделять внимание налаживанию положительной атмосферы в коллективе, которая оказывает влияние на психологическое состояние членов коллектива.
- На позиции медицинского персонала, осуществляющего НКЛ (процедурный кабинет, стационар на дому) и социальную работу лучше отбирать специалистов, обладающих хорошими коммуникативными навыками и эмпатией.
- Мониторинг может осуществляться посредством анкетирования пациентов, наблюдением за работой персонала (каким образом персонал общается с пациентами).
- Необходимо всячески пресекать случаи вымогательства медицинским персоналом.

Доброжелательное отношение к пациентам может обеспечиваться через обучение основам психологической грамотности медицинского персонала^{xxixxxx}. Обучение состоит из трех этапов:

- изучение собственных убеждений и принципов;
- обучение коммуникационным навыкам;
- обучение системе построения доверительных отношений с пациентами.

Идея 1 этапа «изучение собственных убеждений и принципов» предполагает, что для обеспечения эффективной помощи другим нужно вначале хорошо понять себя, свои сильные и слабые стороны, убеждения.

- Участники должны понять и осмыслить свои собственные убеждения и жизненные принципы и оценить, как они влияют на их взаимоотношения с окружающими.
- Необходимо продумать, каким образом они могут улучшить свои взаимоотношения с окружающими людьми.

- Обучающимся нужно понять, что другие люди могут иметь другие взгляды и убеждения, которые нужно уважать.
- Умение жестко придерживаться фактов, не вовлекая собственные убеждения и принципы, помогает в общении с пациентами.
- В результате данной сессии медицинские работники должны принять то, что они, также как многие другие люди, могут испытывать определенные негативные чувства в отношении туберкулеза, ВИЧ и алкогольной/наркотической зависимости, но данные чувства могут негативно влиять на взаимоотношения с пациентами. Важным шагом является принятие данных чувств и продумывание, каким образом можно предотвратить негативное влияние некоторых их убеждений на профессиональную деятельность, каким образом на время «отложить» свои личные взгляды, переступая порог кабинета.

На 2 этапе «обучение коммуникационным навыкам» участники обучаются простым правилам общения, учатся распознавать барьеры к эффективному общению с пациентами. В процессе обучения участники:

- Изучают вербальные и невербальные способы передачи информации, учатся распознавать язык тела и жестов пациентов, контролировать собственные невербальные движения.
- Учатся правилам общения:
 - Внимательно слушать.
 - Задавать вопросы открытого типа, например, «что именно?», «каким образом?», чтобы вызвать собеседника на подробный ответ. Можно также периодически стимулировать пациента к разговору словами «да, расскажите мне побольше об этом».
 - Мысленно ставить себя на место больного.
 - Интересоваться верованиями, ценностями, традициями и привычками больного и уважать их.
 - Обращаться с больным как с равным, не ставить себя выше больного.
 - Улыбаться и смотреть на больного во время разговора.
 - Проверять, правильно ли они поняли больного, кратко повторяя вслух только что услышанное.
 - Помогать взглянуть пациенту на ситуацию в долгосрочной перспективе.
 - Использовать тактильный контакт (пожать руку, похлопать по плечу) там, где это уместно, чтобы подбодрить и показать свое участие.
- Изучают, что внимательно слушать пациента означает:
 - Уделять полное внимание тому, что говорит пациент.
 - Не судить, то, что говорит пациент. Взгляды медицинских работников могут отличаться от взглядов пациента, но нельзя осуждать, то, что он говорит. Нужно просто слушать.
 - В процессе разговора нужно помнить, что самое главное – настроить пациента на лечение.
 - Слушать внимательно и обращать внимание на то, что пациент чувствует, какие у него проблемы, какой у него прошлый опыт, взгляды, поведение.

- Тренируются использовать язык жестов в общении, например, утвердительные движения головой, периодически посмотреть в глаза пациенту, повернуться всем телом к пациенту, слегка наклониться к пациенту, чтобы показать собеседнику интерес к тому, что он рассказывает.
- Обсуждают необходимость говорить на языке, понятном пациенту, не используя сложные медицинские термины, периодически переспрашивая его – все ли он понимает из сказанного ему врачом. Можно также вежливо попросить пациента повторить сказанное ему.
- Изучают, что во время беседы медицинскому работнику нужно внимательно следить за телодвижениями пациента. Если тот скрещивает свои руки и ноги, отворачивается, избегает смотреть прямо в глаза, то, возможно, ему неинтересно или его раздражает данный разговор.
- Изучают, что необходимо избегать эмоциональных выпадов, обвинений пациента. Пациенты могут быть неуравновешенными, могут провоцировать медицинский персонал на проявление агрессии. Медицинским работникам необходимо быть терпимыми и не срываться на грубость, не позволять себе кричать, обижаться или употреблять выражения типа «Почему я все это должна терпеть за такую зарплату?» или «Не хочешь таблетки пить – не надо, это твое дело». «В сердцах» сказанное слово может подтолкнуть пациента к досрочному прекращению лечения.
- Учатся использовать общие утверждения, избегая персонификации. В этом случае пациент не будет чувствовать, что его обвиняют и пытаться защищаться. Например: «У некоторых пациентов не получается регулярно принимать препараты. А у Вас бывают такие проблемы?»
- Изучают, что вопрос, начинающийся с «Почему?» может вызвать у пациента защитную реакцию, поэтому данных вопросов лучше избегать.
- Учатся проявлять уважение в общении с пациентами:
 - Фамильярность, панибратство и пренебрежение – недопустимы в общении с любыми больными, а особенно с пациентами туберкулезных учреждений.
 - Обращаться к пациенту надо уважительно, помнить, что лучше называть больного по имени-отчеству и на «Вы». Этим самым медицинский работник оказывает больному уважение и соблюдает психологическую дистанцию между собой и пациентом.
 - Стараться избегать таких указаний, как «Вы должны...». Нужно стараться строить партнерские отношения, поэтому диктаторский тон не подходит. По возможности нужно давать пациенту выбор, а также использовать выражения: «Важно принимать препараты без перерывов. Давайте вместе подумаем, как нам лучше это организовать».
 - Объяснять больному необходимость приема назначенных лекарств и проведение диагностических исследований нужно ровным голосом, приветливо, терпеливо и доходчиво. Помогает представить себе, что перед медицинским работником - его друг, который попал в сложную ситуацию и не знает, как из нее выбраться.
- Важные сообщения нужно несколько раз повторить во время разговора. Некоторым пациентам требуется услышать одно и то же сообщение несколько раз, чтобы понять и запомнить его.

- То, что говорит пациент и что является важным для него, можно повторить, перефразировав. Например, если пациент говорит: «Мне нужно работать, и я не могу ежедневно приходить за препаратами», то можно перефразировать: «Вы работаете и не думаете, что у Вас получится регулярно приходить на лечение». Повторив, вы даёте знать пациенту, что вы его услышали.

Медицинские работники изучают, какие барьеры могут возникать в беседе с пациентом и как их можно избежать. Полноценной беседе препятствуют:

- Прерывание пациента до того, как он закончил изложение своей мысли или чувств.
- Использование сложных медицинских терминов.
- Подчеркивание медицинским работником своего особого статуса.
- Предоставление слишком большого объема информации за одну беседу.
- Беспокойство пациента о чем-то может стать препятствием к продуктивной беседе. Если медицинский работник видит, что пациент беспокоится, то нужно попытаться вначале аккуратно расспросить его о причине беспокойства.
- Место беседы. Присутствие других людей, шум может стеснять пациента и разговор может не получиться. Поэтому об этом всегда нужно помнить и проводить беседу, по возможности, в отдельном кабинете. При посещении пациента на дому можно задать ему вопрос: «Мы ЗДЕСЬ можем с вами поговорить?»

Задача 3 этапа «обучение системе построения доверительных отношений с пациентами» заключается в том, чтобы научить медицинских работников построению доверительных отношений с другими людьми, пациентами, и пониманию того, какие качества характеризуют человека, которому люди доверяют и обращаются за помощью. В программе обучения обсуждается:

- Для построения доверительных отношений медицинский работник должен выделить достаточно времени для общения, относиться к пациенту с вниманием и уважением.
- Необходимо помнить, что задача медицинского работника стать не лучшим другом пациента, но его помощником.
- К поддержке пациента относятся: помощь в разрешении проблем, развитие потенциала пациента, предоставление возможности выбора, понимание нужд и чувств пациента.

В целом обучение, направленное на формирование дружелюбного отношения персонала к пациентам, также должно включать в себя:

- Нежелательное поведение медицинского работника:
 - Активное включение в беседы отвлеченного характера (политика и др.)
 - Несогласие и яростные дебаты с пациентами.
 - Допросы пациентов.
 - Навязывание собственного мнения.
 - Осуждение, требование пациентов признаться в их проступках.
 - Приказы. Можно предлагать, но не заставлять в приказном порядке.
- Человек, помогающий пациенту в лечении должен обладать следующими качествами:
 - Быть спокойным и уравновешенным.
 - Проявлять эмпатию (т.е. уметь поставить себя на место пациента).
 - Уметь посмотреть на ситуацию непредвзято и без осуждения.

- Быть способным вести пациентов в нужном направлении, а не просто указывать.
- Быть объективным, стараясь не смотреть на вещи через призму своих убеждений.
- Быть реалистичным, т.е. не ожидать от пациента 100% исполнения всех предписаний.
- Быть искренним, дружелюбным.
- Быть терпимым.
- Формирование доверительных отношений с пациентом:
 - Демонстрировать свой собственный интерес и уважение к проблемам пациента.
 - Представить общие цели (например, чтобы пациент почувствовал себя лучше).
 - Использовать вербальные и невербальные способы передачи информации.
 - Соблюдать конфиденциальность информации пациента.
 - Показывать свое уважение к пациенту.
 - Уважать то, какой выбор пациент делает в жизни вне зависимости от его пола, национальности, религиозной принадлежности, сексуальной ориентации, сопутствующих заболеваний (включая алкоголизм).
 - Не осуждать.
- Каким образом можно продемонстрировать свое уважение к пациенту
 - Помогать пациенту сделать выбор на основании полноценно изложенной информации, не навязывая ему свое решение.
 - Извиняться за опоздание (если пациенту пришлось ждать Вас у кабинета).
 - Показывать озабоченность проблемами пациента.
 - Стараться увидеть каждого пациента как уникальную личность.
 - Помогать пациенту определить возможности решения его собственных проблем его собственными силами.
 - Поддерживать и мотивировать пациента.
- Каким образом можно мотивировать пациента:
 - Постараться быть искренними с пациентом.
 - Не завышать свою роль.
 - Оставаться открытыми даже когда вам угрожают.
 - Быть последовательными.
 - Делиться своим собственным жизненным опытом, если он подходит к ситуации и если вы чувствуете комфортным об этом говорить.
 - Проявлять эмпатию.
- Как продемонстрировать эмпатию:
 - Эмпатия – это способность почувствовать то, что чувствует другой человек, даже если ситуация данного человека совершенно отличается от Вашей.
 - Проявлять эмпатию – не означает жалеть пациента. Эмпатия означает – попытаться посмотреть на ситуацию другого человека его глазами.
 - Постарайтесь представить, как бы Вы чувствовали, если бы Вы оказались в ситуации Вашего пациента.

- Спросите себя: «Что этот человек пытается показать мне? Из-за каких обстоятельств он так чувствует? Что важного пациент хочет мне сказать?»
- Часто пациенты высказывают сложные чувства или описывают сложные ситуации, примите их. Это естественно - желать изменить чувства и эмоции и решить проблемы. Но лучше признать данные чувства пациента словами: «Это должно быть очень сложная ситуация для Вас».
- Если мы хотим, чтобы пациент был открыт и честен с нами, нам нужно научиться принимать его таким, какой он есть.
- Не нужно реагировать на враждебность и злобу, которая как будто направлена на Вас. Примите эмоции пациента спокойно со словами: «Вы очевидно очень разозлились из-за того, что произошло».

Ключевую информацию для персонала можно изложить на памятках (Рисунок 8, Рисунок 9)^{xxxі} и раздать для регулярного использования.

Рисунок 8. Действия медицинского персонала в конфликтных ситуациях.

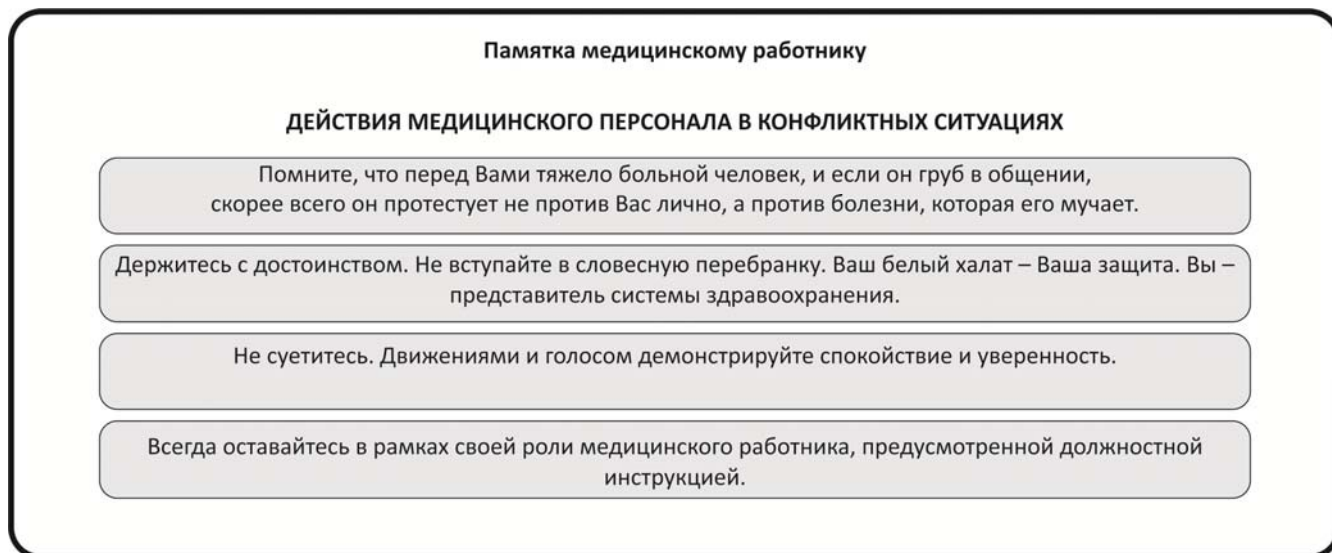


Рисунок 9. Принципы построения диалога с пациентами.

Памятка медицинскому работнику

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ДИАЛОГА С ПАЦИЕНТАМИ

Диалог нужно начинать с позитивных установок на выздоровление. Обязательно подчеркнуть необходимость тщательного соблюдения режима лечения и рекомендаций медицинского персонала.

Для установления контакта с больным, его необходимо похвалить. Это нужно для установления благоприятного вербального контакта.

Для человека, попавшего в беду, необходим собеседник, а чаще даже – хороший слушатель, который в состоянии сделать правильные выводы из разнообразных жизненных историй наших пациентов.

Надо помнить, что мы не имеем права осуждать тех, кто нам почему-то не нравится. В нашу задачу входит не обсуждение морального облика наших пациентов, а назначение адекватного лечения и правильная его организация.

Необходимо задавать вопросы, требующие развернутого ответа и понятные пациенту с любым уровнем образования. Это поможет пациенту раскрыться, а доктору оценить отношение больного к лечению.

Не надо забывать о себе. Если Вы почувствовали, что быстро устаете, стали циничным, больные начали Вас раздражать, скорее всего, это синдром эмоционального выгорания. Вам требуется отдых и эмоциональная разгрузка. Не стесняйтесь обращаться за помощью к психологу.

2.3.3.3. МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА

Бедность, депрессивное состояние, стигматизация, дискриминация и ощущение заброшенности – все эти факторы весьма характерны для больных ТБ. Следует как-то реагировать не только на социально-экономические проблемы, в том числе на полуголодное существование, отсутствие жилья и безработицу, но и на обязанности перед семьей, чтобы у пациентов и членов их семей была возможность соблюдать режим противотуберкулёзного лечения и минимизировать влияние болезни и назначенной терапии на качество их жизни. Все эти трудности можно успешно преодолевать посредством социально-экономических вмешательств, помогающих пациентам оставаться приверженными назначенной терапии, в частности за счет распространения продуктовых наборов или проездных билетов. Некоторые НПТ и поставщики медицинских услуг использовали эти и другие предметы потребления в качестве средств материального поощрения, чтобы содействовать соблюдению больными режима лечения.

Несмотря на то, что поощрительные вознаграждения оказывают положительное воздействие на ситуацию, основной акцент ставится на оказание социальной поддержки для преодоления барьеров, которые в противном случае оказались бы неприступными для пациентов.

На начальном этапе лечения следует провести оценку имеющихся средств и финансовых возможностей больного с позиции оказания помощи тем, кто нуждается в содействии, прибегая при этом к методам социальной поддержки. Максимальный объем помощи следует обеспечивать для наиболее нуждающихся пациентов.

Социальные работники или другие выделенные для этого категории специалистов могут оказывать содействие в оценке потребностей и мониторинге их удовлетворения. Вмешательства в форме денежных переводов и микрофинансирования могут положительно отразиться на продовольственной безопасности домохозяйств, благодаря чему удастся улучшить доступность медико-санитарной помощи. Если же необходима длительная госпитализация, то предоставление материальной помощи больным и их семьям в пределах «прожиточного минимума» станет полезной инициативой в духе заботы о больном с ориентацией на его запросы. Вовлечение гражданского общества, как например, групп поддержки пациентов, неправительственных организаций, местных общественных организаций или организаций, основанных на вере, играет важнейшую роль в организации работы служб социальной поддержки. Более устойчивым механизмом оказания материальной помощи больным ТБ является составление списков всех нуждающихся в социальной защите пациентов, которые принято вести во многих странах в отношении уязвимых групп населения.

2.3.3.4. УЛУЧШЕНИЕ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ (ПРОДУКТОВЫЕ НАБОРЫ И ГОРЯЧЕЕ ПИТАНИЕ)

Связь между туберкулезом и недостаточностью питания общеизвестна. Многочисленными исследованиями было доказано, что развитие активного туберкулеза чаще возникает у людей с дефицитом массы тела^{xxxii}. С другой стороны, активация туберкулезного процесса приводит к дальнейшей потере веса, что еще больше ослабляет иммунную систему. Не случайно в прежние времена туберкулез называли «чахоткой», от слова «чахнуть» (сохнуть, хилеть, худеть и слабеть^{xxxiii}). Истощенность пациента нередко выявляется в момент постановки диагноза туберкулеза. Низкий индекс массы тела (ИМТ) (менее 18.5 кг/м², рассчитывается как соотношение веса в килограммах к квадрату роста, измеряемому в метрах, например, при весе в 65 кг и росте 1.7 м расчет проводится следующим образом - $65/(1.7*1.7)=65/2.89=22.5$) и отсутствие прибавки в весе в процессе лечения является факторами риска неудачи в лечении, смерти и рецидивов ТБ^{xxxiv xxxv xxxvi}. Помимо общего дефицита веса у пациентов наблюдается недостаточность ряда витаминов (А, Е, D) и минералов (железа, цинка и селениума)^{xxxvii xxxviii xxxix xl xli xlii xliii}, однако замечено, что эти нарушения зачастую проходят после 2 месяцев адекватной противотуберкулезной терапии.

В 2013 году ВОЗ опубликовала рекомендации по организации питания пациентов с ТБ^{xliv}. Все ТБ-пациенты должны проходить оценку их состояния, включая вес и рост с целью подсчета ИМТ у взрослых, у детей 5-19 лет по шкале ИМТ-возраст-пол-Z, и отношение веса к росту у детей до 5 лет^{xlv}. Питание пациента, страдающего туберкулезом, должно составляться с учетом рекомендаций, созданных специально для данной группы пациентов. За исключением тяжелых случаев острого дефицита массы тела (ИМТ<16), требующих специального лечения. Обычно рекомендуется сбалансированная, обогащенная витаминами и микроэлементами диета, такая же, как и для здоровых людей, с примерным содержанием в ней белка – 15-30%, жиров – 25-35%, углеводов 45-65%, но более высокой общей калорийностью с учетом больших энергетических потерь больных. Подробнее с рекомендациями ВОЗ по питанию пациентов, страдающих туберкулезом, можно ознакомиться в соответствующем документе ВОЗ^{xlvi} (Приложение 3.5). В процессе лечения необходимо продолжать мониторинг ИМТ больных, но учитывать, что снижение веса может происходить не только за счет неполноценного питания пациентов, но и на фоне неадекватной противотуберкулезной терапии, некупированных побочных реакций, таких как диарея или рвота, сопутствующих заболеваний.

Выдача продуктов питания пациентам часто используется не только в качестве восполнения дефицита веса пациента, но и как мотивирующий фактор, повышающий приверженность к лечению.

Туберкулез поражает в большей степени людей трудоспособного возраста, чаще мужчин. Необходимость оставить работу, прямые и не прямые затраты на лечение ухудшают финансовое состояние пациента, что не может не отразиться на качестве питания больного и всей его семьи. Поэтому пациентам, которые самостоятельно

не в состоянии обеспечить себя всем необходимым, следует организовывать поддержку в виде горячего питания, продуктовых наборов. ВОЗ также рекомендует включать в список нуждающихся в дополнительном питании и контактных лиц пациента с низким ИМТ, в особенности детей, в связи с повышенным риском развития туберкулеза. Поскольку, в общей массе больные ТБ являются малообеспеченными, многие не имеют работы, то для них даже небольшие продуктовые наборы являются серьезной материальной поддержкой и дают возможность продолжать лечение.

Во многих проектах выдача продуктового набора напрямую привязывается к приему противотуберкулезных препаратов, приверженности. Чаще всего выдача продуктового набора происходит 1 раз в 1-2 недели или 1 раз в месяц. Работник, контролирующий лечение, отмечает, были ли у пациента пропуски в приеме препаратов за данный период и затем всем лицам, которые приняли все препараты или имели минимальное количество пропусков (количество допустимых пропусков определяется каждым проектом индивидуально), выдаются продуктовые наборы. В некоторых проектах пациенты получают продукты ежедневно, сразу после приема препаратов. Для ежедневной выдачи наборов обычно требуются больше средств, чем на организацию ежемесячных продуктовых наборов. В некоторых проектах минимальная стоимость ежедневного набора должна быть не менее суммы, на которую можно купить банку тушенки или растительное масло, в каждый из 26 дней лечения (6 дней в неделю).

В условиях ограниченного финансирования легче организовать предоставление ежемесячных наборов стоимостью в 3-5 раз дешевле. Кроме того, организация ежедневных наборов требует больше логистических затрат и мониторинга. Но ежемесячная выдача продуктовых наборов тоже имеет свои минусы. В данном случае имеется так называемое «отложенное вознаграждение», т.е. пациент принимает препараты на пункте НКЛ сегодня, но сможет получить продуктовый набор только через месяц. «Отложенное вознаграждение» требует определенного интеллектуального и эмоционального развития личности, иначе сиюминутные приоритеты начинают преобладать и пациент решает не идти на пункт НКЛ. Кроме того, в случае пропусков в лечении, медицинский работник оказывается перед сложным выбором – не дать пациенту ежемесячный набор, зная, что у того на столе кроме картошки и воды ничего нет, или выдать ему продукты несмотря на перерывы, и этим практически дать «добро» на будущие пропуски в лечении, что с большой вероятностью может закончиться неудачей в лечении. Поэтому рекомендуется при ограниченных ресурсах выдавать наборы 1 раз в 2-4 недели, но если есть возможность, организовать ежедневную выдачу продуктов сразу после приема препаратов.

Затраты на продукты питания относительно невысоки по сравнению с общей стоимостью лечения, например, их доля в общей стоимости лечения 1 амбулаторного пациента с MDR-TB/МЛУ-ТБ при включении всех затрат, стоимости диагностических тестов и ТБ-препаратов в проекте ППСР города Томск Российской Федерации составила 12%.

Продуктовые наборы не всегда используются по назначению. Как правило, не только пациент, но и вся семья употребляет в пищу выдаваемые продукты. В случаях алкогольной зависимости продукты могут обмениваться на спиртные напитки. Эти ситуации сложно проконтролировать и предотвратить. С другой стороны, повышенное питание всей семьи – профилактика развития активного туберкулеза среди контактных лиц. Кроме того, самое главное – это мотивировать продуктовыми наборами пациентов регулярно принимать ТБ-препараты под контролем. При полноценной противотуберкулезной терапии в организме прекращаются катаболические процессы, вызываемые ТБ-палочкой, отмечается повышение аппетита, пациент прибавляет в весе. По неопубликованным данным Томского проекта, именно приверженность лечению определяла успех MDR-TB/МЛУ-ТБ терапии, а такие факторы, как низкая масса тела и тяжесть заболевания, играли менее значимую роль¹.

Также возможны случаи злоупотребления среди медицинских работников и волонтеров, которые могут присваивать себе продуктовые наборы. Для предупреждения данных нарушений необходимо создать систему мониторинга распределения и выдачи продуктовых наборов.

При организации питания посредством выдачи продуктов нужно предусмотреть следующее:

- Для организации закупки и распределения продуктовых наборов требуется расширение обязанностей существующего персонала или дополнительный персонал. Работа по организации данного вида социальной помощи включает: формирование списков пациентов, нуждающихся в социальной помощи, определение состава продуктовых наборов, закупка продуктов, доставка наборов к местам лечения пациентов, мониторинговые выезды, подготовка отчетов.
- Часть функций, например, закупка и формирование продуктовых наборов, может быть делегирована другой организации, например, в Российской Федерации в ряде регионов региональные отделения Красного Креста берут на себя эту функцию. Выбор организации может быть проведен посредством проведения тендера среди общественных организаций (Приложение 3.2.2).
- В составе продуктового набора должны присутствовать продукты длительного хранения, высококалорийные, с повышенным содержанием белка, например, арахис, грецкие орехи, говядина тушеная, паштеты, рыбные консервы, фасоль, горошек и т.п.
- Продуктовые наборы могут выдаваться непосредственно медицинским работником, выполняющим НКЛ, или социальным работником другой службы, например, представителем общественной организации. В последнем случае пациент приходит к социальному работнику с талоном (ваучером) от медицинского работника.
- Необходимы инспекторские выезды с целью мониторинга программы, во время которых проводится сверка документации, количества оставшихся наборов, интервью с медперсоналом и пациентами. Необходимо выяснять, выдаются ли препараты на руки больным туберкулезом, выдаются ли талоны на получение социальной помощи при отсутствии НКЛ, устраивает ли пациента продуктовый набор и то, каким образом он получает эту поддержку.
- При ограниченных средствах программы необходимо разработать критерии, по которым пациенты должны отбираться на программу по дополнительному питанию. Показатель ИМТ и уровень дохода пациента должны быть приняты во внимание в первую очередь. Система отбора не должна быть сложной, обычно направление

¹При анализе данных большинство пациентов не имели ВИЧ-инфекции.

пишется социальным или медицинским работниками на основании заполнения Социальной карты больного ТБ на начало лечения.

- Процесс выдачи продуктовых наборов должен проводиться с учетом конфиденциальности информации пациента.

Горячее питание пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении, могут получать не только в дневном стационаре. В Томской области Российской Федерации горячее питание было организовано для пациентов стационара на дому одного из районов. Полноценный обед, приготовленный в столовой центральной районной больницы, упаковывался в одноразовые контейнеры и в таком виде доставлялся на дом к пациентам. Медицинские работники отмечали, что даже недисциплинированные пациенты старались никуда не уходить и дожидаться машины стационара на дому с таблетками и питанием. В небольшом городке другого района БК-отрицательные пациенты стали частью программы благотворительных обедов для необеспеченного населения, организованного владельцем одного из ресторанов города. После приема препаратов ТБ пациенты получали от врача ваучер, по которому они могли пообедать в одном из помещений ресторана.

Возможна также система ваучеров, когда пациент получает ваучер за каждый день лечения под непосредственным наблюдением и затем может пойти отовариться на общую сумму ваучеров в определенном магазине. Обычно заранее заключается договор с данным магазином, оговариваются скидки на продукты и список продуктов, разрешенных к продаже пациентам. Преимущество данной системы в том, что пациент может получать продукты, которые невозможно включить в продуктовые наборы в связи с ограниченным сроком хранения, такие как мясо, курица, сливочное масло.

В заключении нужно отметить, что организация дополнительного питания не должна являться единственным компонентом социального пакета. Как уже отмечалось выше, рекомендуется сочетать несколько видов социальной помощи, например, лечение на дому и питание, или питание и возмещение транспортных расходов. Чем больше компонентов в пакете психосоциальной помощи, тем выше ожидаемая эффективность в повышении результатов лечения.

2.3.3.5. ВОЗМЕЩЕНИЕ ТРАНСПОРТНЫХ РАСХОДОВ

Большинство ТБ-пациентов, находящихся на амбулаторном лечении, как правило, вынуждены посещать пункты НКЛ ежедневно. В ряде исследований было показано, что расстояние до пункта НКЛ и необходимость оплаты проезда неблагоприятно влияют на приверженность пациентов лечению. Соответственно, возмещение транспортных расходов является одним из самых распространенных методов оказания социальной поддержки.

Возмещение транспортных расходов может оказываться как за ежедневное посещение пункта НКЛ, так и за периодические, обычно 1 раз в месяц или квартал, поездки к врачу-фтизиатру. Возмещение может оказываться как выдачей проездного билета, так и как единовременное пособие, например, по факту посещения врача или пункта НКЛ. В городских условиях можно закупать месячные проездные билеты на общественный транспорт, но при этом необходимо учитывать, что для части пациентов общественный транспорт может быть недоступен и предусматривать другие подходы к возмещению транспортных расходов пациента. Например, по договоренности с частными перевозчиками возможна выдача пациентам талонов на проезд, которые те потом могут использовать вместо денег.

2.3.3.6. ВЫДАЧА СОЦИАЛЬНЫХ ПОСОБИЙ, ДРУГИЕ МЕТОДЫ МАТЕРИАЛЬНОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ

Необеспеченные пациенты могут получать дополнительную материальную помощь в следующих формах:

- Денежное пособие.
- Целевое денежное пособие на получение определенных услуг, например, на оплату штрафа за просроченный паспорт, оплату коммунальных услуг, оплату детского сада или закупку школьной формы/учебников/канцелярских товаров для детей больного ТБ.
- Обеспечения одеждой (особенно зимней) и обувью. Можно организовывать выдачу пожертвованной в рамках благотворительных акций бывшей в употреблении одежды (обычно требуется дезинфекция).
- Выдача гигиенических наборов (шампунь, мыло, зубная паста, бритвенный станок, пена для бритья, прокладки, зубная щетка). Данный метод поощрения очень популярен в Российской Федерации. Гигиенические наборы обычно выдаются 1 раз в 2-3 месяца в качестве поощрения приверженным лечению ТБ больным.
- Оплата проезда до места санаторно-курортного лечения.
- Доставка угля, дров.

Социальная поддержка пациенту должна быть индивидуализирована и зависеть от его нужд и потребностей. В идеале нужно провести изначальное анкетирование пациентов с целью выяснения их потребностей, на основании которого разрабатывать основной пакет социальных услуг.

2.3.3.7. ПОМОЩЬ ДРУЗЕЙ

Оказание на местах социальной поддержки пациентам и помогающим им людям, относящимся к их непосредственному кругу, через консультирование лицами из той же социальной среды может способствовать повышению результативности программ борьбы с ТБ. У специалистов программ противотуберкулезной работы есть возможность разработать комплексный подход к определению категории «излеченный пациент» («местный чемпион/авторитетный пациент») и обеспечить их обучение и подготовку на роль

Семья и ближайшее окружение являются мощным ресурсом в формировании приверженности противотуберкулёзному лечению. Врач играет важнейшую роль в эффективной активации этого ресурса и именно от качества его коммуникации с пациентом и ближайшим окружением, зависит дальнейшая судьба пациента.

оказывающего поддержку лица из того же круга. Такой работник участвует в работе по оказанию поддержки, повышению уровня грамотности по вопросам лечения и поддержания коммуникации с другими больными, находящимися на лечении. Эти индивидуумы из числа «местных чемпионов/авторитетных пациентов» будут отслеживать каждого больного от момента постановки диагноза до излечения, а также будут выступать в качестве

«друга» и наставника. С точки зрения пациента, присутствие такого компаньона существенным образом уменьшает психологическую нагрузку, обусловленную длительным

сроком терапии, и формирует у них навыки преодоления связанной с ТБ стигмы и дискриминации.

Все задействованные в ведении ЛУ-ТБ лица должны ознакомиться с Международными стандартами (Приложение 3.5) и Хартией пациентов (Приложение 3.4). Экземпляры этих документов должны быть доступны на местных языках, и штатные сотрудники обязаны проанализировать их содержание в рамках непрерывного образования. Наряду с оказанием технической помощи по оформленной через ВОЗ заявке могут быть получены учебные материалы. Группы поддержки из той же социальной среды, «местные чемпионы/авторитетные пациенты» и профессионально подготовленные медработники могут стать организаторами занятий для обмена информацией в целях обучения пациентов, содействия в уточнении факторов риска отрыва от лечения (к примеру, их информирование о неблагоприятных эффектах) и определения других предупредительных сигналов, которые могут негативно отразиться на исходе лечения.

Помощь друзей создает основу для развития социальной сети в пределах системы организации ухода, которой может принадлежать весьма важная роль в закреплении приверженности больного лечению и снижении вероятности отрыва от него. Взаимодействуя между собой, медработник, оказывающее поддержку лицо из того же круга и пациент могут расширить состав участников процесса, содействовать духу сотрудничества и новаторства в интересах снижения стигмы и подтверждения того, что случаи ЛУ-ТБ можно успешно пролечивать в рамках сохраняющей чувство собственного достоинства системы взаимного уважения между всеми заинтересованными сторонами.

В некоторых случаях пациенту может потребоваться помощь в поиске и восстановлении связей с родственниками, например, после освобождения из мест лишения свободы, что также потребует содействия со стороны социального работника.

2.3.3.8. ПРАВОВАЯ И ДРУГИЕ ВИДЫ ПОДДЕРЖКИ

Решение правовых вопросов и юридическое сопровождение являются неотъемлемой частью комплексного пакета услуг социально-экономической и правовой поддержки.

2.3.3.9. ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В ряде случаев именно юридическая помощь устраняет препятствия на пути получения других услуг программ ППСП и медицинских услуг, примером чего является помощь в восстановлении документов. В контексте программ ППСП юридическая помощь стремится не только решить важные вопросы в жизни больного ТБ, но и нормализовать взаимоотношения между всеми участниками процессов оказания помощи больным ТБ. Таким образом, значительная часть элементов юридической помощи должна предоставляться как больным ТБ и их близким, так и сотрудникам медицинских учреждений и общественных организаций.

Юридическая помощь может включать в себя следующие услуги:

- просвещение по правовым и юридическим вопросам, в том числе по вопросам прав и обязанностей, исходя из положений законов «Об охране здоровья граждан» и «О защите населения от ТБ»;
- помощь в составлении административно-правовой документации;
- помощь в восстановлении утерянных документов;
- представление интересов больного ТБ в суде и других инстанциях;

- помощь в решении вопросов восстановления незаконно уволенных больных ТБ и их близких по причине наличия ТБ;
- помощь в оформлении льгот больным ТБ в случае инвалидности.

Перспективным направлением развития юридической помощи может стать предоставление очных, заочных и онлайн юридических консультаций в установленных законодательством рамках.

Существуют разные модели предоставления бесплатной юридической помощи и правовой поддержки больным ТБ, ВИЧ и уязвимым группам населения:

- автономные юридические службы, специализирующиеся на вопросах ТБ и ВИЧ;
- предоставление юридических услуг в государственных службах юридической помощи;
- предоставление юридических услуг в связи с ВИЧ и ТБ в ННО;
- предоставление юридических услуг в ходе аутрич работы;
- интеграция юридической помощи с правовыми и правозащитными организациями;
- модели предоставления услуг частными адвокатами;
- юридические услуги, предоставляемые юридическими факультетами ВУЗов, юридические клиники;
- юридическая помощь, интегрированная в программы оказания психо-социальной помощи и медицинских услуг пациентам;

Большинство моделей создаются в соответствии с местными факторами: принятыми государственными программами, потребностями клиентов, характером местной правовой системы, наличием средств, персонала и волонтеров.

Автономные юридические службы, специализирующиеся на вопросах ТБ и ВИЧ способны накопить специальный опыт и знания по правовым вопросам и адаптировать услуги к потребностям местных групп населения. Эта модель применима к ситуации высокой распространенности заболевания.

Программа предоставления юридической помощи больным ВИЧ и ТБ может быть развернута в системе правовой помощи общему населению. Эта модель эффективна для устойчивого развития, позволяет избежать создания параллельных структур и эффективно расходовать средства. Если такая служба не создана или она перегружена и не справляется с потоком посетителей, то часть программ может развиваться на базе профильных общественных организаций -ННО.

Предоставление юридических услуг в связи с ВИЧ и ТБ возможно в ННО, в ходе аутрич-работы или в партнерстве нескольких профильных организаций. Здесь услуга будет тесно связана с предоставлением других жизненно важных для пациента услуг. Например, с психологической или социальной помощью, просветительскими программами, гуманитарной поддержкой. Такая интеграция услуг позволяет привлечь больше новых клиентов, особенно, среди уязвимых групп.

Другим возможным вариантом предоставления юридических услуг может служить модель «юридическая клиника». Эта модель предусматривает использование помощи студентов и юристов-преподавателей ВУЗов. Университетские центры правовой помощи имеют большой потенциал образовательной деятельности и адвокации, а также хорошие связи с частными практикующими юристами, которые могут оказывать помощь на бесплатной основе. Здесь объединяются две основные цели: предоставление бесплатных юридических услуг для малоимущих слоев населения и практическая подготовка студентов-юристов. Студенты,

желающие участвовать в консультировании граждан, совместно с ответственным преподавателем принимают жалобу, и в короткие, установленные законодательством сроки, предоставляют ответ. В ответе поясняется, как человеку разрешить сложившуюся ситуацию и защитить свои права с точки зрения закона. Служба ведет мониторинг прав человека и сотрудничает с другими организациями, работающими в тех же сферах. Вопросы, связанные с ТБ, которые рассматривает клиника, включают в себя дискриминацию на рабочем месте, вопросы тестирования, доступ к лечению, вопросы отказов в предоставлении социальной поддержки, лечения и ухода.

Одна из трудностей обеспечения качественных юридических и правовых услуг заключается в недостатке юристов-практиков, которые знакомы с областью общественного здравоохранения и имеют необходимые навыки работы с больными ТБ.

Оказание юридической помощи должно осуществляться для больных ТБ на бесплатной основе и иметь хорошую координацию с работой других служб социальной помощи.

2.3.3.10. ПОМОЩЬ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ДОКУМЕНТОВ, ПРОПИСКИ (ОФИЦИАЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА ПАЦИЕНТА)

Наличие документов, удостоверяющих личность, - это возможность устройства на работу, получение пенсий, социальных пособий. Отсутствие паспортов и просроченные паспорта – не редкость среди пациентов, страдающих туберкулезом, особенно, у лиц, не имеющих определённого места жительства.

Помощь в восстановлении документов может проводиться как на базе стационара, так и в амбулаторных условиях. Как правило, эта работа проводится социальным работником противотуберкулезной службы, но может осуществляться и специалистами благотворительной организации. Необходимо разработать алгоритмы взаимодействия с паспортно-визовой службой, финансовые источники и систему получения средств на оплату тарифов за восстановление паспортов. В Российской Федерации есть примеры, когда на основании заявления пациента сотрудники социальной службы сами приходят к пациентам в стационар, фотографируют, посылают запросы в регионы, восстанавливают паспорта. Пациент при этом находится в стационаре, предупреждается его контакт с различными службами.

2.3.3.11. ПОМОЩЬ В ПОЛУЧЕНИИ ПЕНСИЙ, ОФОРМЛЕНИИ ИНВАЛИДНОСТИ

В ряде случаев социальные работники могут оказывать помощь пациенту в сборе справок и документов для оформления пенсий.

В соответствии со ст. 8 Закона «О социальной защищенности инвалидов в Республике Узбекистан» органы самоуправления граждан и негосударственные некоммерческие организации содействуют обеспечению прав и социальной защите инвалидов. Органы самоуправления граждан и негосударственные некоммерческие организации могут:

- получать правовую, методическую, организационную и финансовую помощь от государства и, в установленном порядке, от международных организаций при осуществлении полномочий по обеспечению прав инвалидов;
- принимать участие в решении проблем, связанных с социальной защитой инвалидов, а также в финансировании соответствующих мероприятий.

2.3.3.12. ПОМОЩЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ, ТРУДОУСТРОЙСТВЕ И ПЕРЕОБУЧЕНИИ, ДРУГИЕ УСЛУГИ

Социальное сопровождение является одной из основных технологий современной социальной работы с представителями «уязвимых» групп населения, нацеленной на решение всего комплекса имеющихся у них социальных проблем.

Социальная помощь пациентам не должна ограничиваться датой окончания лечения. Поданным исследованиям, у многих пациентов еще в течение длительного времени сохраняется дефицит веса.

Неполноценное питание, отсутствие работы, злоупотребление алкоголем/наркотиками в пост-лечебном периоде являются

факторами риска развития рецидивов ТБ. Целью противотуберкулезной службы должна быть полная физическая и социальная реабилитация пациента. С этой целью в последние месяцы лечения или после его окончания рекомендуется направлять пациентов:

- в реабилитационные центры по лечению алкогольной и наркотической зависимости по 12-шаговой программе;
- в центры по трудоустройству и переобучению новым специальностям (биржа труда).

2.3.3.13. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВРЕМЕННОГО ЖИЛЬЯ НУЖДАЮЩИМСЯ

Лица БОМЖ относятся к наиболее незащищенной категории пациентов, которой ежедневно приходится решать еще одну проблему - ночлег. Все они оказались на улице по разным причинам, из которых наиболее частые – алкогольная и наркотическая зависимость, пребывание в прошлом в местах лишения свободы, психические заболевания. Организовать лечение данных лиц наиболее тяжело. Обычно лица БОМЖ госпитализируются на весь курс терапии, альтернативными вариантами после наступления устойчивого абациллирования могут быть: устройство в дома ночного пребывания («ночлежки») и дома милосердия. В некоторых случаях бывают успешными переговоры с родственниками пациента, которые могут согласиться временно принять социально-сложного родственника в свой дом.

2.3.3.14. СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Основой политики социального государства является создание условий, гарантирующих достойную жизнь и свободное развитие всех его граждан. Такая проблема актуальна для любого общества: везде есть люди, способные самостоятельно решать возникающие проблемы, и такие, кто нуждается в посторонней помощи. Реализуя социальную политику, государство берет на себя ответственность за оказание социальной поддержки нуждающимся в ней гражданам, используя при этом законодательные механизмы, финансовые и административные ресурсы.

Одним из направлений государственной социальной политики является развитие системы социальной помощи жителям города, оказавшимся в трудной жизненной, а порой и в кризисной ситуации. К этой категории относятся и больные туберкулезом. Специфика этой целевой группы заключается в наличии жизненно-важной потребности, как медицинской, так и социальной. Оказание им только медицинской помощи, как правило, не уменьшает груз нерешенных жизненных проблем, не снижает социальной дезадаптации в обществе.

Однако, если медицинской помощью больные ТБ могут быть обеспечены в надлежащем объеме, то система их социального обслуживания пока только формируется. Это связано с

тем, что, во-первых, система социальной защиты населения возникла и начала активно развиваться лишь с середины 90-х годов XX столетия. Во-вторых, в условиях ограниченной информированности общества и высокой стигматизации, проблемы больных ТБ длительное время рассматривались, а иногда и продолжают рассматриваться только в медицинском аспекте. Такой подход, безусловно, неправомерен: к социальным причинам распространения ТБ инфекции относятся девиантное поведение (например, употребление алкоголя), социальная уязвимость отдельных групп населения, имеющих трудности в получении медицинских и социальных услуг. Кроме того, распространение заболевания влечет за собой тяжелые социальные последствия - снижение качества жизни, в том числе за счет сокращения трудоспособности и уменьшения материального благосостояния больных ТБ и их семей, стигматизацию и дискриминацию данной группы населения.

Оказание всесторонней медико-психосоциальной помощи ТБ больным важно, так как она направлена на поддержку больного, его семьи. В условиях нарастающей проблемы MDR-TB/МЛУ-ТБ и ко-инфекции ТБ/ВИЧ развитие в стране единой интегрированной системы медико-психосоциальной помощи имеет первостепенное значение, поэтому необходимо создать ее отсутствующий компонент - систему психологической поддержки и социальной помощи, социального сопровождения больных ТБ, а затем отработать механизм ее взаимодействия с системой медицинской помощи.

Развитие социального сопровождения пациентов с туберкулёзом должно начинаться с определения штатов в ТБ-службе, необходимых для осуществления данной работы. Необходимо отработать механизм взаимодействия данных специалистов с существующими государственными и негосударственными службами, оказывающими помощь в сфере социальной поддержки, чтобы избежать дублирования и обеспечить максимальный доступ ТБ-пациентов к существующим программам по оказанию психосоциальной помощи. Помощь должна быть приближена к месту проживания пациента, к реальным нуждам пациента.

Еще одной формой социального обслуживания больных ТБ является их социальная реабилитация в условиях стационарного отделения - социальной квартиры. Такая квартира предназначена для временного проживания больного ТБ, имеющего проблемы с жильем (в результате внутрисемейного конфликта). В период проживания в квартире специалист по социальной работе, психолог и юрист помогают клиенту, оказавшемуся в трудной жизненной ситуации, решить имеющиеся проблемы. В целях создания и развития единой интегрированной системы медико-психосоциальной помощи больным ТБ необходимо разработать четкую модель взаимодействия всех структур, обеспечивающих предоставление им медицинских и различных психосоциальных услуг.

Социальное сопровождение – это процесс, в ходе которого происходит удовлетворение медицинских и социальных потребностей клиентов и оказывается помощь в преодолении трудностей доступа к необходимым услугам. Конечным результатом является улучшение качества жизни клиентов. Координация помощи или социальное сопровождение конкретного случая (в англоязычном варианте – «кейс менеджмент») тесно связана с таким фундаментальным понятием, как «социальный случай», подразумевающим не какую-то отдельную жизненную ситуацию, вызванную неблагоприятным стечением обстоятельств, а клиента – больного ТБ и его семью в целом, а направлена на решение его проблем и социальную поддержку.

Социальное сопровождение осуществляется группой (командой) специалистов различных дисциплин - специалистом по социальной работе, психологом, врачом-инфекционистом, юристом и др., поэтому его можно назвать мультидисциплинарным ведением. Такая

социальная технология отличается от традиционной модели оказания социальной помощи, предполагающей самостоятельное обращение клиента к различным специалистам, каждый из которых оказывает ему помощь, исходя из собственных профессиональных приоритетов.

Важнейшим инструментом осуществления решений в сфере социальной политики является социальная работа, которую следует рассматривать как профессиональную деятельность специалистов, направленную на создание определенных условий, способствующих улучшению или восстановлению способностей человека или группы людей действовать самостоятельно и самостоятельно решать свои жизненные проблемы.

Традиционная модель не предусматривает активного поиска и привлечения клиентов («аутрич» - англ.), мотивирования их на изменение типа поведения или командной работы специалистов. Она рассчитана на социально адаптированных людей, способных четко сформулировать собственные потребности и самостоятельно обратиться за конкретным видом помощи. Таким образом, представители наиболее дезадаптированных и уязвимых слоев населения, как правило, «выпадают» из традиционной модели социального обслуживания. В таком случае страдают не только сами ТБ-больные,

лишающиеся необходимой медицинской, социальной и психологической помощи, но и их близкое окружение. Применение технологии междисциплинарного ведения позволяет не только обеспечить доступ к получению помощи клиентам из наиболее «уязвимых» групп населения, но и создать эффективные механизмы оказания помощи.

Основные отличительные особенности социального сопровождения:

- приоритет интересов и потребностей клиента;
- активное мотивирование клиента на изменение типа поведения и формирование запроса на получение помощи;
- комплексный подход, когда все проблемы и потребности клиента рассматриваются, исходя из его текущего состояния и особенностей социального окружения;
- координация работы различных специалистов – в работе участвуют представители различных дисциплин.

Важно отметить, что метод междисциплинарного ведения апробирован в международной практике и признан действенным и экономически оправданным в работе с наиболее дезадаптированными клиентами.

В процессе социального сопровождения реализация функций специалистов происходит или на уровне личного общения с клиентом, или же в ходе решения задач, вызванных необходимостью взаимодействия клиента с различными социальными службами. Толерантное отношение к представителям уязвимых групп населения и способность специалиста сочувствовать людям и сопереживать их проблемы лежит в основе его успешной работы с клиентом.

Организация процесса социального сопровождения требует от специалиста наличия хороших коммуникативных навыков, так как в ходе своей деятельности он будет тесно взаимодействовать с людьми разного возраста, социальной среды, уровня образования и культуры. Определяя и развивая общение с клиентом, он должен стремиться к формированию диалоговых отношений, что, в свою очередь, обеспечит адекватное

понимание меры личной ответственности каждого. Последствиями неверно выбранной стратегии общения могут стать возникновение ложных ожиданий, как у клиента, так и у специалиста, непродуктивность процесса социального сопровождения и, в итоге, профессиональное выгорание специалиста.

Специалист по социальному сопровождению предоставляет клиенту информацию, учит его оптимально использовать имеющиеся ресурсы, что свидетельствует об обучающем аспекте его деятельности. Именно поэтому многие клиенты считают социальных работников своими помощниками и наставниками, способными найти решение в трудной жизненной ситуации.

Психологический аспект деятельности специалиста по социальному сопровождению связан с необходимостью установления причин социально-дезадаптированного поведения клиента с целью дальнейшего последовательного формирования у него активной позиции в решении собственных проблем.

Для оказания клиенту полного спектра социальных услуг специалист по сопровождению должен уметь оперативно устанавливать контакты с необходимыми службами. Организуя и развивая деятельность по предоставлению услуг социально незащищенным и уязвимым людям, он привлекает к сотрудничеству государственные и негосударственные учреждения и организации. Специалист должен также иметь определенный опыт в ведении необходимой документации. Процесс социального сопровождения должен быть ориентирован на конкретные социальные и медицинские потребности клиентов, имеющих различные проблемы, в том числе связанные с ТБ. Услуги всегда должны предоставляться, исходя из интересов клиента, с учетом его права на самоопределение и самостоятельный выбор, конфиденциальность, внимательное и недискриминационное отношение, уважение, получение психосоциальной помощи высокого качества.

К основным задачам социального сопровождения относятся:

- отработка форм и способов привлечения клиентов;
- установление контакта с клиентом и получение его согласия на предоставление необходимой социальной помощи;
- осуществление оценки ситуации и составление индивидуального плана оказания всесторонней помощи (индивидуальный план социального сопровождения – Приложение 3.7.1), касающейся основных сфер жизни клиента;
- обеспечение спектра услуг, соответствующих потребностям клиента, и облегчение доступа к ним;
- обеспечение непрерывности оказания необходимых психо-социальных услуг и контроля качества их предоставления;
- увеличение осведомленности клиента о ТБ, создание мотивации на прием противотуберкулезных препаратов и необходимость ведения здорового образа жизни;
- содействие решению вопросов и проблем, возникающих у больных ТБ в связи со стигмой и дискриминацией;
- оказание поддержки самостоятельной деятельности клиента и членов его семьи;
- обеспечение социального сопровождения несовершеннолетних, чьи родители или лица их заменяющие являются больными ТБ.

Важно отметить, что процесс социального сопровождения больных ТБ отличается определенной спецификой работы с ними. Поскольку ТБ переносится воздушно-капельным путём, то социальный работник, оказывающий помощь данному пациенту, должен быть

осведомлён о заболевании пациента, должен применить соответствующие меры личной защиты и его кабинет должен соответствовать стандартам инфекционного контроля. Кроме того, в соответствии с законодательством, данный социальный работник должен быть защищён на случай заражения туберкулёзом как «профессионального заболевания».

Ввиду своей инфекционной опасности для окружающих больной ТБ не может получать помощь там же, где и остальные малообеспеченные уязвимые группы населения. Всё это ограничивает возможности организации оказания психосоциальной помощи ТБ пациентам за пределами противотуберкулёзной службы и создаёт неблагоприятные условия для соблюдения конфиденциальности информации пациентов.

Как известно, в нашем обществе до сих пор распространены такие явления, как стигматизация и дискриминация больных ТБ, что приводит к повышенной уязвимости и отстраненности представителей этой целевой группы. В такой ситуации эффективность деятельности социальных работников во многом зависит от способности привлечения клиентов и организации работы с этими людьми.

В рамках тесного взаимодействия социальных и медицинских служб последние должны предоставить человеку, больному ТБ, необходимую информацию о наличии и доступности социальной помощи, а также о возможности ее получения. При этом, направляя пациента к социальному работнику, необходимо соблюдать его право на конфиденциальность, если это не ставит под угрозу здоровье окружающих после полного абациллирования пациента.

Специфика социального сопровождения ТБ больного также связана с нежеланием больного информировать своих родных о своем заболевании. Раскрытие диагноза своим ближайшим родственникам – трудный, но необходимый шаг, к которому специалист по социальной работе должен стараться подвести сопровождаемого клиента.

Семья всегда функционирует как система, где все члены тесно связаны друг с другом. Именно поэтому следует проводить социально-психологическую оценку семьи в целом – условия проживания, материальный достаток, психологический климат, социальное окружение семьи, ее стабильность. Цель такого расширенного патронажа заключается в активизации и укреплении имеющихся внутренних ресурсов семьи, а также в усилении ее поддержки извне. Семья, затронутая проблемами ТБ, чрезвычайно закрыта для постороннего вмешательства, хотя очень нуждается во внешней поддержке. Поэтому одной из самых важных и, пожалуй, самой трудной задачей является установление контакта и выстраивание доверительных отношений со всеми членами семьи.

Чем больше проблем испытывает клиент, тем труднее с ним работать. В этом случае специалист по социальному сопровождению должен обладать дополнительными знаниями и опытом решения проблем, связанных с ТБ.

Компоненты модели социального сопровождения ТБ могут различаться в зависимости от целевой группы и от конкретного случая.

Социально-экономические проблемы, как голод, отсутствие жилья и работы, социальная изоляция оказывают значительное влияние на процесс лечения и часто упоминаются исследователями как факторы риска неблагоприятного исхода лечения^{xlvii}. Такие проблемы могут быть частично или полностью решены посредством мероприятий, создающих условия и мотивирующих пациентов на лечение.

2.4. ПЛАНИРОВАНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ППСП

Планирование программ ППСП должно строиться на принципах построения программ лечения ТБ и ППСП больным ТБ и следовать алгоритму участия больных ТБ в программах ППСП. В программу ППСП должны быть интегрированы механизмы мониторинга приверженности лечению и наблюдения за больными, уклоняющимися от лечения. Также, при планировании следует учесть необходимость реализации мер управления качеством услуг, адвокации, обучения персонала и обеспечения его безопасности.

2.4.1. ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ ТБ И ППСП БОЛЬНЫМ ТБ

В целях оказания поддержки заболевшим ТБ в период их лечения политика и практика здравоохранения должна учитывать тот факт, что ТБ воздействует на все аспекты жизненного уклада пациентов. Акцент на проявление заботы о каждом пациенте как индивидууме должен лежать в основе всех аспектов лечения и ухода за ним. Ниже кратко изложены все основные направления поддержки в ходе лечения и ухода за больным. В целом, можно опираться на следующие принципы при отслеживании надлежащего процесса организации ухода и поддержки:

- формирование партнерства с участием пациента в интересах его лечения;
- постановка акцента на заботы и приоритеты пациента;
- использование системного подхода «5 А» (Таблица 5);
- установление связи между пациентом и ответственным лицом за проведение НКЛ применительно к Схемам лечения больных с MDR-ТБ/МЛУ-ТБ, также именуемого как лицо, оказывающее поддержку при ведении ЛУ-ТБ;
- организация упреждающего последующего наблюдения;
- подключение «авторитетных пациентов», наставников из той же социальной среды и вспомогательного персонала их вашего лечебного учреждения;
- установление связи между пациентом и ресурсами и источниками поддержки на уровне общины;
- использование формализованной информации – регистров, плана лечения, карточек врачебных назначений и письменной информации в интересах пациентов в порядке ведения документации, мониторинга и напоминания;
- организация работы по аналогии с врачебной бригадой;
- обеспечение преемственности мероприятий по уходу.

Рекомендации системного подхода «5А» (Таблица 5) должны быть распределены между членами мультидисциплинарной команды согласно их компетенции.

Таблица 5. Системный подход "5А".

ASSESS (ОЦЕНИТЬ)	Оцените стоящие перед пациентом цели в начале каждой консультации.
	Оцените клинический статус пациента, классифицируйте/определите соответствующие схемы лечения и/или дайте рекомендации и проконсультируйте.

	Оцените приверженность больного назначенному лекарственному лечению.
	Оцените факторы, которые связаны с образом жизни пациента и которые могут препятствовать соблюдению режима лечения.
	Оцените наличие неблагоприятных эффектов.
	Оцените знания пациента, его убеждения, обеспокоенность и повседневное поведение, связанное с ЛУ-ТБ и его лечением.
ADVISE (РЕКОМЕНДОВАТЬ)	Пользуйтесь нейтральным и некатегоричным языком.
	Внесите поправки в любые неточные познания (по результатам проведенной выше оценки) и заполните пробелы в понимании пациентом его/ее состояний и/или факторов риска и схем лечения.
	<p>Соображения по разработке Плана лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обсудите возможные варианты (разные подходы к организации и проведению лечения, схемы терапии, меры инфекционного контроля, симптоматическую терапию), которые доступны для пациента применительно к соблюдению режима лечения; • обсудите любые предложенные поправки по содержанию Плана лечения, связав их с обеспокоенностью пациента (по результатам проведенной выше оценки); • оцените степень важности, которую пациент придает назначенному курсу лечения; • оцените степень доверия и готовность пациента следовать назначенному курсу лечения.
AGREE (СОГЛАСОВАТЬ)	Обсудите перспективы выбора из имеющихся разных вариантов.
	Согласуйте те варианты выбора, которые отражают приоритеты пациента.
ASSIST (СОДЕЙСТВОВАТЬ)	Представьте краткий вариант плана в письменном или наглядном виде.
	Выделите ответственного за НКЛ лица и/или человека, оказывающего поддержку в лечении ЛУ-ТБ.
	Обеспечьте процесс лечения/наличие препаратов.
	Обеспечьте медикаментозное лечение других состояний.
	Обеспечьте отработку навыков и методик в поддержку самолечения и соблюдения режима.
	Обеспечьте наличие принадлежностей, необходимых для

	<p>соблюдения режима (например, контейнера для таблеток с перегородками по дням недели/должен находиться у лица, оказывающего поддержку в лечении ЛУ-ТБ).</p>
	<p>Обеспечьте средства для самоконтроля, например, календаря или других предметов для напоминания и изложения Плана лечения, включая очередной прием у врача.</p>
	<p>Обратите внимание на препятствия.</p>
	<p>Окажите, если потребуется, психологическую поддержку.</p>
	<p>Помогите пациентам спрогнозировать возможные препятствия на пути выполнения плана и определите стратегии для их преодоления.</p>
	<p>Если у пациента депрессивное состояние, пролечите депрессию.</p>
	<p>Установите связь с доступными источниками поддержки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лицом, оказывающим поддержку в лечении ЛУ-ТБ; • друзьями и семьей; • «авторитетными пациентами»/«местными чемпионами»; • группами поддержки из той же социальной среды; • службами общинного уровня.
ARRANGE (ОРГАНИЗОВАТЬ)	<p>Организируйте последующее наблюдение и контрольный визит к врачу в целях мониторинга хода лечения и закрепления ключевых информационных посылов.</p>
	<p>Предложите пациенту вариант, как можно с вами связаться на случай возникновения проблем до очередного приема у врача.</p>
	<p>Запланируйте сроки для групповых посещений или для встречи с соответствующими группами поддержки при наличии таковых.</p>
	<p>Оформите рабочие записи по результатам визита.</p>
	<p>Письменно изложите предпочитаемые пациентом варианты соблюдения режима лечения.</p>

Важным принципом построения программ лечения ТБ и оказания ППСБ больным ТБ является соблюдение конфиденциальности информации пациента. Среди населения, особенно сельского, могут распространяться неверные слухи о том, что туберкулез – наследственное заболевание, или, что туберкулез – неизлечим. Существование подобных убеждений в обществе ведет к тому, что пациенты скрывают свое заболевание, опасаясь отказа в устройстве на работу, а молодые девушки – того, что им не удастся выйти замуж. Стигматизация, связанная с заболеванием больного может распространяться на всю его семью, а раскрытие информации о заболевании вести к серьезным психологическим и социальным последствиям для пациента. Работники медицинских и социальных служб должны прилагать максимум усилий с целью соблюдения конфиденциальности данных больных, а также проводить санитарно-просветительскую работу среди населения.

2.4.2. АЛГОРИТМ УЧАСТИЯ БОЛЬНЫХ ТБ В ПРОГРАММАХ ППСП

Оценка и привлечение больных ТБ в программы ППСП должна проводиться сразу после выявления у больного ТБ-заболевания. Врач, медсестра, а при наличии в штатах – социальный работник, проводит беседу с пациентом, на основании которой заполняет Карту социального сопровождения, в которой расписывается план дальнейших мероприятий по оказанию психосоциальной помощи.

Для большего осведомления пациента о существующих социальных услугах ему могут выдаваться специально созданные информационные материалы, в которых должны быть указаны следующие данные социальных служб: контактная информация, которая должна быть представлена максимально возможным количеством методов связи: адрес офиса программы ППСП, картографическое изображение транспортной доступности офиса, график работы офиса, в междугороднем формате номера телефонов офиса, “горячей линии”, “телефона доверия”, адреса вебсайта и электронной почты, контакты в популярных для конкретной местности средствах обмена текстовыми и голосовыми сообщениями, прочие доступные методы.

Провайдер НКЛ обязан строго соблюдать принцип конфиденциальности в отношении выявленной у больного патологии и тактики лечения. В отдельных случаях это может обусловить необходимость создания такой системы, благодаря которой пациент будет проходить лекарственное лечение без ведома окружающих.

Скрининг клиента на соответствие программе является важным этапом участия в программе, позволяющим обеспечить рациональное использование ресурсов. Скрининг осуществляется во время одного из первых очных контактов кандидата на участие в программе с врачом, медсестрой или социальным работником программы. Следует учитывать, что обращающиеся в программу лица могут принадлежать к различным целевым группам:

больные ТБ и их близкие. В зависимости от своих особенностей, некоторые программы могут предусматривать возможность предоставления услуг не только больным ТБ, но и их родственникам. Целью скрининга является определение принадлежности кандидата на получение услуг программы к той или иной целевой группе и информирование кандидата о возможности получения доступного для данной целевой группы пакета услуг. Кандидаты, не соответствующие критериям, в программу не принимаются.

В зависимости от объективных условий приём клиента в программу или регистрация клиента может осуществляться как анонимным, так и персонализированным методами. Анонимный метод предусматривает возможность использования уникального идентификационного кода (УИК) клиента для учёта предоставления услуг программы. На территории Центральной Азии в сфере общественного здравоохранения распространено использование системы кодирования, при которой УИК клиента составляется из первых двух букв имени матери и первых двух букв имени отца, эти четыре буквы являются первыми четырьмя знаками кода. Пятый знак в коде, определяет пол участника: 1 – мужчина, 2 – женщина. Последние два знака кода содержат последние две цифры года рождения клиента. Пример: женщина 1983 года рождения, у которой имя матери Назокат, а имя отца Улугбек, будет иметь код «НАУЛ283». Анонимный метод регистрации клиентов программы является хорошим способом снизить порог доступности услуг программы, но в ряде случаев может потребоваться персонализированная регистрация клиентов с учётом паспортных данных.

Данный метод может оказаться необходимым в случаях предоставления клиентам программы подлежащих учёту товароматериальных ценностей и т.п. Возможно также использование комбинированного подхода, при котором регистрация клиентов программы и оказание услуг с предоставлением товароматериальных ценностей производится персонализированным методом, а предоставление иных услуг клиентам программы, не относящимся к категории больных ТБ, может осуществляться с использованием УИК.

Непосредственное участие клиента в программе представлено повторяющимся циклом из трёх этапов:

- оценка ситуации и потребностей клиента;
- разработка / коррекция плана ведения клиента программы;
- предоставление услуг программы клиентам.

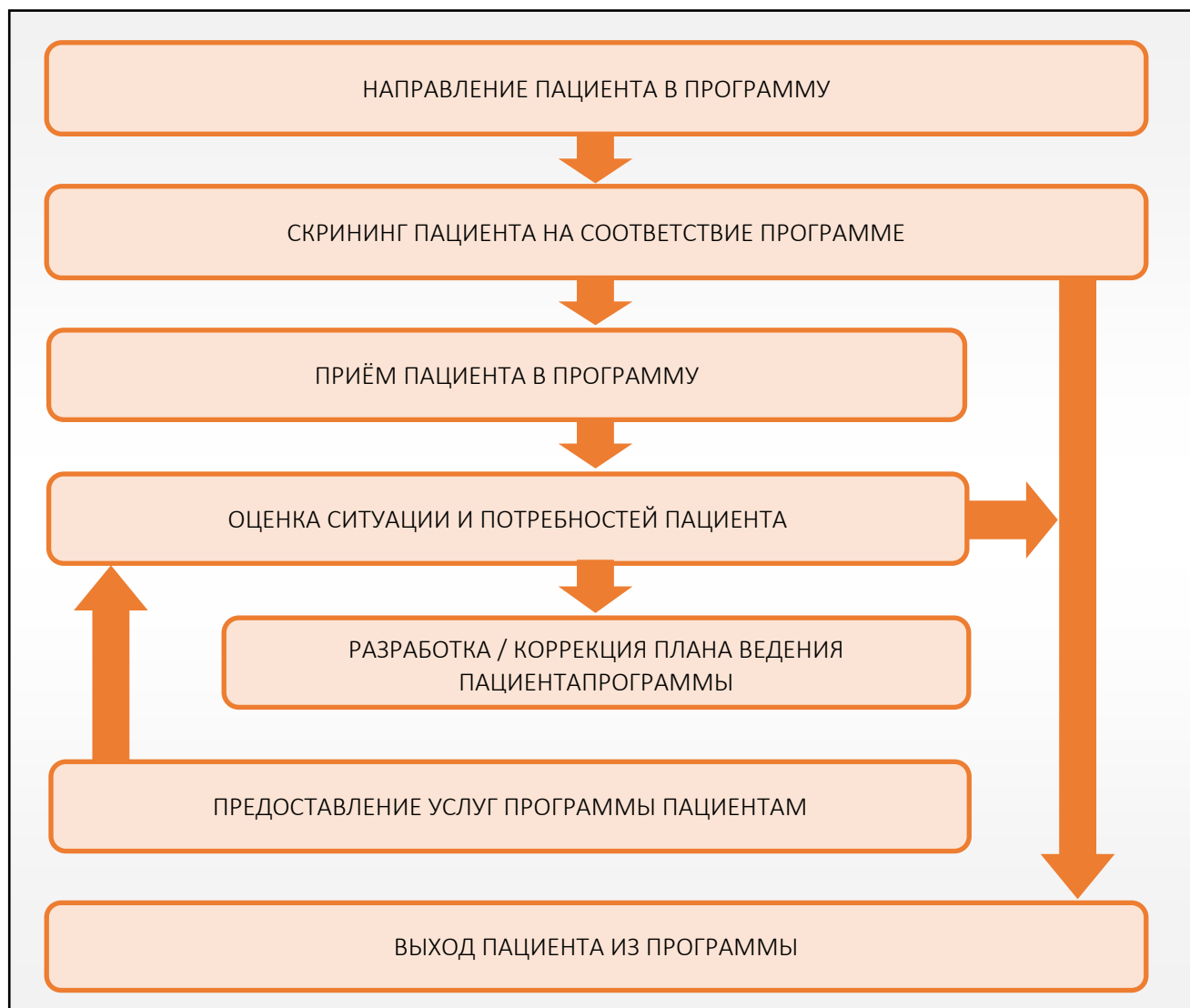
Оценка ситуации позволяет учесть широкий спектр важных для больного ТБ внешних и внутренних условий, таких как психологическое и соматическое состояние, режим противотуберкулёзного лечения, особенности социального окружения и бытовых условий. Оценка потребностей помогает определить осознаваемые и непроявленные потребности, а также, отличить объективное положение дел от субъективных ощущений. В ходе оценки, а также в ходе психологической работы с больным ТБ могут быть использованы различные инструменты оценки, включая формы, содержащиеся в Приложениях 3.7.2-3.7.13. Результатом оценки ситуации и потребностей клиента является определение полного ассортимента необходимых услуг для больного ТБ, выборка услуг, доступных в действующей программе, их приоритезация и формирование плана ведения клиента программы. План ведения клиента может быть составлен по форме индивидуального плана социального сопровождения (Приложение 3.7.1). Предоставление услуг программы производится согласно разработанному плану. Периодически проводится повторная оценка ситуации и потребностей клиента с последующей коррекцией плана ведения клиента, что позволяет чутко откликаться на возможные изменения внешних условий и учитывать индивидуальную динамику продвижения клиента.

Выход клиента из программы ППСП осуществляется в следующих случаях:

- несоответствие условиям участия в программе;
- отказ больного ТБ от участия в программе;
- нарушение клиентом условий участия в программе, несовместимое с продолжением получения услуг;
- отсутствие доступных в действующей программе услуг в результатах оценки ситуации и потребностей клиента, что в числе прочего может быть результатом эффективного участия в программе;
- переезд клиента за пределы географии действия программы;
- выздоровление клиента, если программа не предусматривает продолжения получения услуг на этапе реабилитации после излечения.

Ниже (Рисунок 10) показан алгоритм участия больных ТБ в программах ППСП:

Рисунок 10. Алгоритм участия больных ТБ в программах ППСП.



2.4.3. МОНИТОРИНГ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ, УКЛОНЯЮЩИМСЯ ОТ ПРОХОЖДЕНИЯ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ

Если пациенту не удастся явиться на встречу в связи с проведением НКЛ или же он отказывается принимать назначенные препараты, то должна быть предусмотрена система, позволяющая оперативно решить проблему с последующим наблюдением за больным. Зачастую эта система задействует сестринский персонал клиники по ЛУ-ТБ или участковую медсестру, врача или куратора, который помогает лицу, оказывающему поддержку в лечении ЛУ-ТБ под НКЛ, путем посещения пациента на дому в тот же день, чтобы выяснить, почему больной уклонился от прохождения терапии, и тем самым своевременно и эффективно возобновить лечебный процесс. Разрешение возникшей ситуации должно проходить не в категоричной форме, а в атмосфере сочувствия и дружелюбия. Следует приложить максимум усилий к тому, чтобы выслушать доводы пациента в пользу пропущенных(ой) доз(ы) и провести работу с ним и членами семьи в целях обязательного продолжения курса лечения.

Необходимо сделать следующие шаги в отношении больных, у которых прослеживаются какие-либо признаки возможного неудовлетворительного соблюдения режима лечения (Таблица 6).

Таблица 6. Наблюдение за больным, уклоняющимся от лечения.

<p>Патронажный визит медработника, участвующего в работе программы лечения ЛУ-ТБ</p>	<p>Медсестра клиники по лечению ТБ или участковая медсестра, врач или куратор должны посетить больного на дому самостоятельно или вместе с лицом, оказывающим поддержку в НКЛ лечении ТБ, поскольку во время такого визита можно будет выяснить клинические проблемы в дополнение к результатам ежемесячного обследования в клинике.</p>
<p>Ведение побочных эффектов</p>	<p>Побочные эффекты - одна из наиболее распространенных причин выхода больного ТБ из-под последующего наблюдения. Медперсоналу необходимо стараться выявлять побочные эффекты на ранних этапах их возникновения.</p>
<p>Консультирование</p>	<p>У пациента может пропасть желание продолжать лечение, так как он или она начинают чувствовать себя лучше, и поэтому у них складывается впечатление о ненужности дальнейшей терапии. Кроме того, следует провести оценку отношения пациента к перспективе ухода за ним или за ней. Пациент может ощущать больше доверия к традиционной или народной медицине. Если это так, то лицо, оказывающее поддержку в НКЛ лечении ТБ, наряду с медсестрой, врачом или местным куратором обязаны изыскать возможности для удовлетворения потребностей пациента и, в конечном итоге, обеспечить возобновление курса его лечения.</p>
<p>Поиск решения экономических проблем</p>	<p>Из-за болезни многие пациенты не могут продолжать свою трудовую деятельность, но они могут быть основными кормильцами в семье. Следует провести оценку элементарных условий проживания и питания и возможностей приобретения предметов одежды, а также постараться оказать содействие в преодолении этих проблем. Выдача продуктовых наборов должна быть напрямую привязана к приверженности пациента, в этом случае это будет служить дополнительным мотивационным фактором.</p>
<p>Организация лечения в месте, удобном для пациента и в удобное для него время</p>	<p>Ежедневное посещение центра НКЛ может являться непреодолимым препятствием для ряда пациентов. Организация пунктов НКЛ рядом с местом проживания пациента, а ещё лучше – организация НКЛ на дому у пациента, являются эффективным методом повышения приверженности пациента. Лечение на дому значительно повышает частоту соблюдения режима среди наиболее социально-сложных групп пациентов, включая пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.</p>

Поиск решения проблем зависимости от психоактивных веществ или других социальных проблем	Употребление алкоголя и наркотическая зависимость относятся к числу известных проблем, оказывающих негативное воздействие на приверженность больного к лечению. Следует поощрять пациентов к тому, чтобы они отказались от этого или уменьшили употребление таких веществ, если последние мешают лечебному процессу. Проанализируйте эти проблемы с участием медперсонала или лица, оказывающего поддержку в лечении ТБ. Более того, социальные проблемы могут помешать соблюдению режима лечения, в частности, в ситуации, когда к пациенту либо плохо относятся в лечебном учреждении, либо он полагает, что это происходит на самом деле. Визит лица, оказывающего поддержку в лечении ТБ, может оказаться запоздалым, что равносильно недооценке положения больного. Бригада специалистов по ЛУ-ТБ должна относиться к пациенту с уважением, и у него должна быть возможность свободно общаться с ее членами.
Подключение членов семьи	Семья является самым важным источником психосоциальной поддержки больного. Если же у пациента нет семьи, то дайте ему возможность определить кандидатуру человека, который будет выступать в роли лица, проявляющего о нем заботу.
Подключение лидеров общины	Лидеры общины и религиозных конфессий могут прийти на помощь, если имеют место такие бытующие в общине проблемы, как проявление стигмы в отношении больных ТБ. Этот вариант выбора не всегда бывает доступным, если пациент желает сохранять конфиденциальность информации о своем состоянии здоровья.

2.4.4. УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ УСЛУГ

Качество услуги – степень соответствия услуги установленным профессиональным/техническим стандартам и ожиданиям потребителя/пользователя/клиента программы.

Управление качеством услуги – процесс достижения желаемых институциональных и индивидуальных результатов с целью предоставления клиентам услуги высокого качества.

2.4.4.1. СИСТЕМНЫЙ ВЗГЛЯД НА КАЧЕСТВО УСЛУГ

Общий подход к управлению качеством основан на системном взгляде на качество и потенциал организации – поставщика. Такой подход предусматривает анализ на трех уровнях:

- вклад/структура (имеющиеся в наличии ресурсы и навыки по их эффективному использованию);
- процесс (то, как услуги оказываются);
- результат (то к чему привело предоставление услуги).

Уровень вклада/структуры позволяет определить/оценить способность/ потенциал организации оказать услугу надлежащим образом.

На уровне процесса определяется, что услуга оказывается надлежащим образом в соответствии с последним действующим стандартом услуги. Для этого предлагается использовать набор специфических аспектов или «мер» качества, например, информирование согласия – для услуги ДКТ. В дополнение к специфическим мерам, существуют смежные категории или меры качества, которые применимы и обязательны для нескольких услуг. Например, «уровень безопасности» не является специфическим требованием к какой-то отдельной услуге, однако эта мера обязательна для всех остальных услуг. Так же, как дружелюбность персонала к клиентам, эффективные взаимоотношения тоже являются смежными мерами или аспектами качества для всех услуг программы ППСП.

На уровне результата отслеживается воздействие услуги на клиента/ индивидуума.

Преимущества системного взгляда на качество в том, что он способствует:

- определению элементов процесса, которые в большинстве случаев упускаются из вида;
- определению ясной взаимосвязи между вкладом, процессом и результатом;
- созданию рамок для структурированного анализа вопросов качества в системе мониторинга программы;
- поиску причин неудовлетворительного качества услуги и разработке вмешательств, обоснованных на фактах.

2.4.4.2. СТАНДАРТЫ КАЧЕСТВА УСЛУГ

Для обеспечения качества услуг, провайдер услуг в первую очередь должен определить для себя технические требования к качеству услуг. Традиционно перечни количественных и качественных требований к организации по выполнению того или иного вида деятельности называются профессиональными стандартами.

Профессиональные стандарты услуг в области здравоохранения разрабатываются и утверждаются министерством здравоохранения и / или медицинским сообществом. При отсутствии стандартов услуг провайдер услуг может разработать свой стандарт, применимый в конкретной организации. При разработке стандартов качества услуг необходимо включать в состав команды разработчиков представителей всех групп, тем или иным образом задействованных в предоставлении услуг, получении услуг, управлении и оценке услуг. Таким образом, в тематическую рабочую группу по разработке стандартов качества услуг следует включать следующих лиц:

- государственные менеджеры системы здравоохранения;
- профильные специалисты международных организаций;
- программные специалисты профильных ННО;
- представители всех должностных позиций медицинских учреждений и общественных организаций, относящихся к предоставлению услуг;
- представители целевого сообщества (больные ТБ и их близкие).

Разработка стандартов качества услуг имеет ряд особенностей и для повышения результативности процесса работу тематической рабочей группы необходимо фасилитировать с помощью специалистов, уверенно владеющих содержанием ППСП и имеющих опыт соучастия или управления подобным видом деятельности.

Структура стандарта качества услуг выглядит следующим образом:

- Общая часть.

- Определение (дефиниция) того или иного вида услуг.
- Целевые группы для данной услуги.
- Цель оказания услуги.
- Задачи организации услуги.
- Специальная часть.
 - Технические требования к услуге.
 - Объём услуги (количество услуг, клиентов, частота предоставления).
 - Алгоритм или содержание предоставления услуги.
 - Форма предоставления услуги (стационарно, мобильно, методом аутрич-работы).
 - График предоставления услуги.
 - Показания и противопоказания к предоставлению услуги.
 - Условия допуска клиентов к получению услуги и прекращения допуска.
 - Перечень специалистов/работников, имеющих право предоставления услуги.
 - Особенности оказания услуги клиентам с особыми потребностями.
 - Требования к процедурам при оказании услуги.
 - Условия предоставления услуги (конфиденциальность, санитарно-гигиенические требования, сертифицированность/ лицензирование).
 - Ссылка на государственный нормативный документ, регламентирующий данную услугу.
 - Техника безопасности для лиц, предоставляющих услугу.
 - Правила оборота и учёта расходных материалов при предоставлении услуги.
 - Нормы взаимодействия с органами государственной власти, включая правила передачи персональной и статистической информации тем или иным органам государственной власти.
 - Требования к организации (учреждению), оказывающему услугу.
 - Наличие/отсутствие лицензии (разрешения) на оказание данной услуги.
 - Локализация (географическая и институциональная).
 - Помещения (количество, площадь).
 - Оснащённость мягким и твёрдым инвентарём с указанием минимальных количеств.
 - Оснащённость защитным и охранным оборудованием.
 - Оснащённость расходными материалами.
 - Оснащённость оргтехникой.
 - Критерии качества расходного инструментария и оборудования (сроки годности, сроки проверки, условия ремонта, замены, списания).
 - Требования к управлению (менеджменту) услугой и качеством услуги.
 - Планы работы организации по предоставлению данной услуги.
 - Описание системы руководства, подчинения и отчётности.
 - Правила супервизии.

- Обучение персонала.
- Условия принятия решений, имеющих отношение к предоставлению услуги.
- Мера ответственности за несоблюдение правил оказания услуги (некачественное предоставление услуги).
- Требования к квалификации работников.
 - Необходимость специального образования (диплома).
 - Необходимость сертификата/лицензии.
- Требования к мониторингу услуг.
 - Содержание и объём данных для регистрации.
 - Требования к оценке воздействия услуги.
 - Требования к оценке удовлетворённости клиента программы (форма, кратность).
- Перечень и условия оказания дополнительных услуг.

Наличие стандарта качества услуги является важным условием для функционирования системы управления качеством услуг. Стандарт качества услуги даёт возможность сравнить качество предоставления услуги в разных регионах, организациях, проектах.

2.4.4.3. КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА УСЛУГ

Наличие чёткого списка ключевых аспектов качества услуг даёт возможность сравнивать между собой различные услуги, предоставляемые как в одной, так и в различных организациях. Нижеперечисленные аспекты качества являются универсальными и могут быть применены к любой услуге:

- защищенность/безопасность;
- доступность;
- техническая компетентность и соответствие профессиональным стандартам;
- реагирование услуг на потребности и ожидания клиента;
- взаимоотношения между поставщиком услуг и клиентом (доверие, конфиденциальность, уважение);
- вовлеченность и участие клиента/сообщества;
- постоянство услуг без перерывов;
- эффективная система направления для получения услуг и сотрудничество с другими поставщиками услуг;
- эффективный мониторинг услуг и использование.

Защищенность/ безопасность является ключевым требованием для любой услуги ППСВ, она означает, насколько безопасно чувствуют себя клиенты при использовании конкретной услуги, например, не опасаясь ограничительных мер и преследования со стороны административных органов, милиции, профессионального сообщества по месту работы и махаллинского сообщества по месту проживания. Безопасность относится к наличию и систематическому соблюдению техники безопасности, а также означает защищенность и безопасность сотрудников и волонтеров, оказывающих услуги ППСВ.

Доступность услуг означает, насколько адекватны услуги, и насколько легко клиентам пользоваться услугами с точки зрения следующих факторов:

- расположение услуг облегчает доступ к ним для клиентов;

- часы работы подходят для клиентов и удовлетворяют их потребности;
- профессиональные сотрудники и волонтеры эффективно общаются с клиентами, учитывая их социальные и культурные традиции;
- баланс между мужским и женским персоналом и волонтерами подходит для клиентов – мужчин и/или клиентов-женщин;
- возраст поставщиков услуг подходит к возрасту клиентов.

Техническая компетентность и соответствие профессиональным стандартам – этот аспект относится к профессиональным стандартам услуг, а не к ожиданиям клиентов. Конкретные вопросы включают в себя:

- наличие стандартов обслуживания для конкретной услуги ППСР;
- степень, в которой поставщики услуг соблюдают (существующие) стандарты и протоколы;
- знания, навыки и опыт сотрудников и добровольцев в отношении конкретных услуг;
- адекватное наращивание потенциала, надзор и техническая поддержка для сотрудников и волонтеров.

Реагирование услуг на потребности и ожидания клиента – соответствие ожиданиям клиентов является одним из основных аспектов качества обслуживания и имеет прямое влияние на использование каких-либо услуг ППСР. Это означает необходимость быть гибкими и реагировать на изменяющиеся потребности. В этом контексте значительную роль играют регулярно проводимые оценки для выявления потребностей клиентов и удовлетворенности услугами.

Взаимоотношения между поставщиком услуг и клиентом – этот аспект относится к важности уважения, доверия и конфиденциальности в отношениях между поставщиками услуг и клиентами, так как дружелюбное и открытое отношение персонала имеют важное значение для привлечения клиентов к любым услугам ППСР, и они часто играют решающую роль в успехе или неудаче конкретной услуги.

Вовлеченность и участие клиента /сообщества – этот аспект относится к уровню активной вовлеченности и участия клиентов и местных общин в разработку, осуществление и оценку услуг ППСР. Участие клиента и чувство принадлежности особенно важны для обеспечения комфортности услуг для клиентов. Вовлечение местных сообществ имеет ключевое значение для обеспечения благоприятной среды, которая вносит свой вклад в безопасность, защищенность и общее качество услуг.

Постоянство услуг означает непрерывное предоставление услуг и соответствующие системы закупок и поставок, что гарантирует постоянное наличие основных товаров, без образования дефицита, подготовку и переподготовку кадров и т.п. Нехватка товаров и финансовых ресурсов может привести к прерванным услугам и разрушить отношения с клиентами, на которые часто уходят недели или месяцы тщательной подготовки.

Эффективная система направления для предоставления услуг и сотрудничество с другими поставщиками услуг – этот аспект относится к важности интеграции конкретной услуги ППСР в широкой сети услуг и поставщиков услуг. Важно гарантировать эффективное партнерство, сотрудничество и механизмы направлений между различными поставщиками услуг и услугами, в том числе услугами, не являющимися услугами ППСР, такими как доступ к АРВ-терапии, в случае необходимости.

Эффективный мониторинг услуг и их использование относятся к систематическому сбору и использованию данных МиО и оперативных исследовательских данных исследований по оценке охвата услугами ППСР, их качества и результата.

2.4.4.4. АЛГОРИТМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ УСЛУГ

Управление качеством услуг представляет собой многоэтапный процесс, в котором успешность каждого последующего этапа напрямую зависит от качественного выполнения мероприятий предыдущего этапа. Ниже представлен алгоритм мероприятий по управлению качеством услуг.

Рисунок 11. Алгоритм управления качеством услуг.



Собственно, оценка качества услуги может разрабатываться и осуществляться как в усечённом виде с целью проверки соответствия качества услуги имеющимся стандартам, так и в развёрнутом - на предмет соответствия качества услуги ключевым аспектам качества, где проверка соответствия стандартам качества услуги является одним из направлений оценки.

2.4.5. АДВОКАЦИЯ И ПРОПАГАНДА ПРОГРАММ ППСР

Адвокация – процесс отстаивания прав и интересов той или иной группы лиц/ части населения. Адвокация предполагает наличие системных или частных препятствий на пути внедрения в деятельность государственных служб новых механизмов или устранения уже имеющихся с целью обеспечить качественную реализацию прав и интересов граждан. Во многих случаях, когда выгода от изменений очевидна и соответствует интересам большей части населения, государственные структуры самостоятельно или при внешней поддержке осуществляют данные изменения в рамках программ развития. В других случаях, когда выгода от изменений не столь очевидна или изменения находятся в интересах небольшой группы лиц, процесс обновления может потребовать дополнительных усилий – адвокации.

Пропаганда –распространение политических, философских, научных, художественных и других взглядов и идей с целью их внедрения в общественное сознание и активизации массовой практической деятельности. Если адвокация направлена на государственные службы, то пропаганда нацелена на общество в целом.

Программы ППСП повышают эффективность противотуберкулёзных мероприятий, но предсказуемая поддержка ППСП среди профессионалов не позволяет ожидать гарантированно успешный результат внедрения данных программ. Возможными препятствиями на пути внедрения и развития ППСП могут стать как вопросы экономического и административного характера, связанные с необходимостью включения в штат ряда медицинских учреждений дополнительных штатных единиц психологов и социальных работников, так и стигматизация больных ТБ и их окружения со стороны общества. Особого внимания могут потребовать отдельные случаи стигмы среди лиц, принимающих решения, к некоторым категориям больных ТБ, учитывая социально неодобряемый образ жизни последних.

В ходе адвокации пропаганды используются схожие инструменты и методы. В данном разделе будут рассмотрены вопросы использования ключевых сообщений для различных целевых групп, особенности использования средств массовой информации и основные аспекты социальной мобилизации.

2.4.5.1. КЛЮЧЕВЫЕ СООБЩЕНИЯ О ТБ ДЛЯ РАЗНЫХ АУДИТОРИЙ

Основные сообщения в печатных и медиа-материалах для широкой общественности должны включать в себя следующие основные факты по борьбе с туберкулезом:

- туберкулез излечим;
- диагностика ТБ путем микроскопии мазка мокроты и лечение противотуберкулёзными препаратами являются бесплатными;
- пути передачи ТБ;
- симптомы ТБ;
- любой может быть инфицирован ТБ;
- если у тебя появились симптомы ТБ – немедленно обращайся в ближайшее медицинское учреждение по месту жительства.

Основные сообщения в материалах для больных туберкулезом должны включать в себя следующее:

- туберкулез излечим;
- диагностика ТБ путем микроскопии мазка мокроты и лечение противотуберкулёзными препаратами являются бесплатными;
- важность соблюдения полного режима лечения до окончательного выздоровления, чтобы избежать образования мультирезистентности к лекарствам;
- связь между ТБ и ВИЧ – информация по профилактике ВИЧ;
- куда обратиться для добровольного получения консультаций и тестирования на ВИЧ;
- контроль инфекции и этикет кашля во время амбулаторного лечения и на дому;
- основные препараты и побочные действия противотуберкулёзной терапии;
- как реагировать на побочные действия противотуберкулёзных препаратов;
- питание, информация о помощи на дому и о том, как могут помочь члены семьи.

Основные сообщения для медицинских сотрудников будут включать в себя следующее:

- одним из наиболее важных компонентов успешного лечения ТБ является эффективное, открытое общение между пациентом и медицинским работником;
- классификация случаев ТБ;
- схемы лечения и расчет дозировки;
- как справляться с побочными действиями противотуберкулезных препаратов;
- дополнительное консультирование пациента и членов его семьи побуждает пациента строго придерживаться схемы лечения и применять меры профилактики ТБ;
- необходимость и причины тестирования ТБ среди ВИЧ-инфицированных пациентов, и ВИЧ – среди больных туберкулезом;
- справочная информация и процедуры тестирования на ВИЧ.

Основные сообщения для адвокации среди людей, принимающих решения, и неформальных лидеров будут включать в себя следующее:

- масштаб и степень вопроса о ТБ как проблемы общественного здравоохранения;
- стоимость лечения MDR-TB/МЛУ-ТБ в сравнении с лечением ЛЧ-ТБ;
- стигматизация или дискриминация по отношению к людям с ТБ неприемлема;
- информация о проблеме ТБ в тюрьмах и влияние на общество в целом;
- информация о проблеме сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ;
- информация о проблеме ТБ среди мигрантов и влияние на общество в целом;
- приверженность к бесперебойному снабжению эффективными препаратами для лечения туберкулеза;
- права человека в доступе к услугам по ТБ и другим медицинским услугам.

Основные сообщения особо уязвимым группам населения:

- туберкулез излечим;
- диагностика ТБ путем микроскопии мазка мокроты и лечение противотуберкулезными препаратами являются бесплатными;
- пути передачи туберкулеза;
- симптомы ТБ;
- ВИЧ-инфекция увеличивает риск заболевания ТБ в 50 раз;
- ВИЧ инфицированные должны проходить обследование на ТБ два раза в год;
- ТБ не признает тюремные стены в качестве границ;
- лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы, имеют право, по меньшей мере, на такой же уровень медицинского обслуживания, что и общество в целом, т.к. заразиться туберкулезом не является частью наказания данного лица.

Для обеспечения наиболее эффективных возможных мероприятий программы ППСР, НПТИ заинтересованным сторонам необходимо применять следующие принципы и подходы, возникающие из уроков, извлеченных из эффективного составления информационных программ по общественному здравоохранению во всем мире:

- основывать послания и подходы по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации на результатах формативных исследований;

- использовать несколько информационных каналов, которые усиливают друг друга. Например, внедрение мультимедийных кампаний в сочетании с межличностным взаимодействием;
- быть последовательным с сообщениями, распространяющимися по различным каналам;
- использовать ключевые сообщения в каждом информационном материале или кампании с учетом целевой аудитории;
- тщательно сегментировать целевые аудитории при помощи конкретных сообщений;
- разработать ориентированные на конкретные действия сообщения, которые подтолкнут к конкретному желаемому поведению или осуществимым практическим шагам;
- использовать надежные источники информации и надежные средства ее распространения;
- убедиться в том, что соответствующие медицинские учреждения и службы находятся на своем месте и предоставляют качественные услуги, прежде чем увеличивать спрос на их услуги через информационные кампании;
- варьировать техническую информацию с развлекательными и социальными сообщениями для того, чтобы аудитория оставалась вовлеченной и заинтересованной;
- использовать личные свидетельства переболевших людей, как одну из наиболее привлекательных форм коммуникации;
- использовать поэтапные обучающие подходы, которые подчеркивают развитие профессиональных качеств и принципы образования взрослых;
- строго документировать и оценивать проводимые мероприятия для определения наиболее эффективных инвестиций в коммуникации.

2.4.5.2. СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ И МАТЕРИАЛЫ

Для поддержки информирования о ТБ можно выбрать широкий спектр информационных каналов и материалов. Ниже (Таблица 7) представлен обзор наиболее подходящих способов использования каждого материала или канала. Данная таблица может служить в качестве руководства для выбора.

Таблица 7. Средства массовой информации и материалы.

Средство связи	Описание	Следует использовать	Не следует использовать
Телевидение	Интервью, социальная реклама, дебаты, ток-шоу, обучающие программы, развлечения, такие как комедийные или	Для достижения большого охвата общественных сегментов аудитории всех возрастов, особенно в городских условиях. Для того чтобы рассказать историю	В сельской местности, где наблюдается низкий уровень использования телевидения, где подача электричества является ненадежной. Когда имеются

Средство связи	Описание	Следует использовать	Не следует использовать
	драматические сериалы.	визуально, эффектно, с использованием динамики зрения, слуха и движения, чтобы затронуть историю каждого персонажа.	значительные бюджетные ограничения.
Радио	Драматический или комедийный сериал, интервью, социальная реклама, дебаты, шоу с прямой линией дозвона, песни, эстрадные представления, развлечения.	<p>Чтобы рассказать историю, которая вовлекает слушателей в оспаривание социальных норм, борьбу со стигмой или сопереживание с персонажами, которые говорят на их языке и/или разделяют их культуру.</p> <p>Для распространения коротких информационных сообщений (т.е. о симптомах, о том, куда пойти для обследования и лечения ТБ, о стоимости услуг). Для того чтобы охватить аудиторию, которая не имеет доступа к телевидению.</p>	<p>В районах, где наблюдается низкий уровень пользования радио.</p> <p>Когда имеются значительные бюджетные ограничения.</p>
Печатные материалы	Буклеты, брошюры, флаеры, памятки, плакаты, учебные материалы.	Для распространения коротких информационных сообщений (т.е. о симптомах, о том, куда пойти для обследования и лечения, о стоимости услуг). Для информирования людей о местах оказания	Печатные материалы на другом языке.

Средство связи	Описание	Следует использовать	Не следует использовать
		<p>медицинской помощи. Для того чтобы служить напоминанием о содержании материалов тренинга (рабочие памятки).</p>	
<p>Межличностное Общение и Консультирование</p>	<p>Демонстрации, консультирование, лекции, дискуссии.</p>	<p>Охватывает аудиторию на индивидуальном уровне. Двусторонняя связь, позволяет добиться обратной связи. Усиливает изменение поведения на месте работы медицинского работника. Выстраивает отношения между клиентом и медицинским работником или консультантом.</p>	<p>Если поставщик или равноправный ему консультант не в состоянии выполнить свое обещание, аудитория может отказаться от повторных визитов. Послания должны быть понятными, привлекательными и доступными. Ограниченный охват.</p>
<p>Средства рекламы на транспорте</p>	<p>Рисунки на автобусах и грузовиках, вывески, дорожные знаки, баннеры, рекламные щиты.</p>	<p>Когда большое число целевой аудитории пользуется общественным транспортом. Для усиления и повторения информации, распространяемой через другие каналы массовой информации.</p>	<p>Там где инфраструктура общественного транспорта плохо развита или вообще отсутствует.</p>
<p>Пресса</p>	<p>Спонсируемые колонки, реклама, темы, интересующие широкую аудиторию, ленточная</p>	<p>При попытке охватить городскую или образованную/ грамотную аудиторию, которая ежедневно читает газеты. При попытке осветить</p>	<p>Для охвата целевых групп личной информацией.</p>

Средство связи	Описание	Следует использовать	Не следует использовать
	реклама, пресс-релизы.	значимые вопросы для привлечения внимания сообщества к проблеме общественного здравоохранения национального значения.	
Любительский театр	Постановки, местные артисты, общественные собрания, школьные собрания.	<p>При попытке влиять на социальные нормы, одновременно охватив всю общину или группу.</p> <p>Для рассмотрения социально значимых вопросов, таких как стигма и дискриминация.</p>	<p>В тех местах, где нет сплоченной или легко-определимой общины. Когда СМИ является более популярным средством, чем общественные мероприятия.</p> <p>Когда обученные актеры не доступны для планирования и участия в эффективных программах театра.</p>
Говорящие фото	Фотографии с рассказами пациентов.	Как и в радио привлекает любителей фотографии и плакатов.	Печатный текст на другом языке.
Рекламные щиты	Щиты с ключевыми посланиями по ТБ или слоганом.	<p>Для фиксирования одного информационного или воодушевляющего сообщения.</p> <p>Для усиления информации, распространяемой через другие дополнительные каналы СМИ.</p>	<p>Там, где неплотное население или вывески не будут видимы для многих людей.</p> <p>Ограничение в бюджете.</p>
Интернет	Веб-сайты, извещения, отправленные по электронной	Для охвата населения с высоким уровнем грамотности.	Для охвата аудитории в сельской местности, где нет постоянного доступа к

Средство связи	Описание	Следует использовать	Не следует использовать
	почте, баннерная реклама.		компьютерам, нет постоянного обеспечения электричеством. Для охвата населения с низким уровнем компьютерной грамотности.
Религиозные учреждения	Сообщения о толерантности к тем, кто страдает ТБ и ВИЧ.	Во время религиозных служб.	Для охвата лиц с иной конфессиональной принадлежностью.

2.4.5.3. СОЦИАЛЬНАЯ МОБИЛИЗАЦИЯ

Социальная мобилизация – это процесс формирования общего понимания того, что ТБ является одной из самых важных проблем общества, вовлечения широких слоев общества, формирования заинтересованности и преданности в решении этой проблемы и принятия обязательства всеми заинтересованными сторонами в ликвидации ТБ.

Это процесс объединения усилий всех активно действующих союзников для того, чтобы:

- повысить осведомленность общества о проблеме ТБ;
- выдвинуть требования о предоставлении необходимых ресурсов, медицинских услуг;
- вовлечь граждан для обеспечения устойчивого выполнения программы борьбы с ТБ.

Вовлекает в решение проблемы все слои общества:

- руководителей сообществ, формирующих политику и принимающих решения;
- лидеров общественного мнения;
- профессиональные и религиозные группы;
- СМИ;
- частный сектор;
- гражданские сообщества;
- частные лица.

В социальную мобилизацию вовлекаются все существующие слои общества. Социальная мобилизация начинается с открытого признания существования проблемы, которую нужно решать. Состояние эпидемии и осведомленность о способствующих ей факторах – все это должно быть оценено и признано. Общественность должна знать и о своей собственной уязвимости, и о том, что можно сделать для поддержки, к примеру, положительного отношения к больным ТБ, а также для поддержки соответствующих стратегий и программ. Когда сформируется понимание проблемы, потенциальные партнеры должны договориться, в чем заключается роль каждого из них^{xlviii}.

Роль социальной мобилизации:

- формирование общественной воли и социальной ответственности за проблемы ТБ и его предупреждения на уровне местного сообщества;
- укрепление связи и взаимопонимания между гражданским сообществом и властью для объединения усилий по контролю за ТБ;
- преодоление стигмы и дискриминации;
- помогает формировать призыв к действию, создавать и внедрять эффективный план решения проблемы ТБ.

Алгоритм социальной мобилизации:

- Шаг 1. Определение проблемы и информирование общественности.
- Шаг 2. «Собрание» - конструктивный диалог, который формирует ответ на вопрос «Что мы вместе можем сделать?»
- Шаг 3. Развитие местных лидеров, которые способны создать план преодоления проблемы и привлечь сообщество к его выполнению.
- Шаг 4. Оценка выполнения, информирование общественности.
- Шаг 5. Новое «собрание».

Социальная мобилизация – это процесс объединения усилий всех активно действующих союзников для того, чтобы повысить осведомленность общества о проблеме ТБ и выдвигать требования о предоставлении необходимых ресурсов, медицинских услуг, а также вовлечения граждан для обеспечения устойчивого выполнения программы борьбы с ТБ.

Социальная мобилизация очень важна для непрерывности усилий борьбы с ТБ. Она помогает призывать граждан общества к безотлагательным действиям, например, раннему обращению в медицинское учреждение для диагностики. Если есть возможность привлекать больных ТБ к разработке, планированию и внедрению стратегий по контролю за ТБ, то их проблемы и трудности, с которыми они сталкиваются ежедневно, будут лучше отражены в программе.

Мобилизация общественности (общественных организаций, местных лидеров, школ и религиозных организаций), ресурсов, создание партнерства, налаживание связей и участие рядовых граждан – все это ключевые составные социальной мобилизации.

Ниже (Таблица 8) приведён пример формирования плана социальной мобилизации:

Таблица 8. План социальной мобилизации.

Проблема	Высокий показатель отрывов от лечения.
Задача коммуникации	Увеличить количество людей, знающих, что прохождение полного курса лечения является основным условием их выздоровления.
Целевая аудитория	Больные ТБ и те, кто помогает проходить лечение.
Ключевые	ТБ излечим.

информационные сообщения	Лечение ТБ бесплатно.
	Чтобы вылечиться от ТБ, исключительно важно пройти полный курс лечения.
	Важна поддержка близких при лечении на дому.
Задача социальной мобилизации	Развивать систему поддержки в обществе для обеспечения приверженности лечению.
Целевая аудитория	Группы поддержки больных ТБ.
	Медицинские работники.
	Волонтеры.
	ННО, представляющие интересы больных ТБ.
Мероприятия по социальной мобилизации	Встречи в сообществах.
	Тренинги для волонтеров.
	Мероприятия по поддержке при лечении на дому.

Мероприятия по социальной мобилизации:

- встречи общественности, координационные советы, общественные собрания, которые вырабатывают планы преодоления проблемы;
- привлечение специалистов к обучению лидеров;
- привлечение ВИЧ/СПИД ННО для раннего выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- привлечение местных ННО для обеспечения социальной поддержки больных ТБ на этапе амбулаторного лечения;
- привлечение ННО к обеспечению контролируемого лечения;
- вовлечение переболевших ТБ и больных ТБ в акции по преодолению стигмы и дискриминации ТБ.

Мероприятия по социальной мобилизации могут планироваться в поддержку различных мероприятий по ППС, которые способствуют выполнению задач по контролю за ТБ.

2.4.6. ОБУЧЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПЕРСОНАЛА ПРОГРАММ ППС, РАБОТАЮЩЕГО С БОЛЬНЫМИ ТБ

Для эффективного развития программ ППС необходимо разработать, внедрить и поддерживать систему подготовки и переподготовки кадров. Кадры программ ППС включают в себя младший, средний и высший персонал медицинских учреждений фтизиатрического уклона, исполнительный и управленческий персонал общественных организаций, работающих в сфере общественного здравоохранения, персонал других организаций тем или иным образом соприкасающихся с больными ТБ, их значимым окружением путём предоставления и/или организации любых видов помощи. В

образовательные программы также следует привлекать клиентов программ ППСР из числа больных ТБ и их значимого окружения с целью подготовки активистов для передачи опыта по принципу «равный-равному», а также для осуществления наставничества и ведения групп взаимопомощи. Ниже (Таблица 9) приведено описание потребности в образовании для различных категорий лиц.

Помимо традиционных занятий и лекций в классах рекомендуется проводить обучение на рабочем месте. Данный метод обучения следует применять к ключевым категориям работников, включая работников НКЛ, процедурных медсестёр и медсестёр стационара на дому, которые находятся в постоянном контакте с пациентами. Одной из наиболее острых проблем во фтизиатрии является грубое назидательное отношение персонала к пациентам. Скорректировать отсутствие навыков межличностного общения у медицинских работников только лекционными занятиями может быть недостаточным. Для обучения на рабочем месте в качестве наставника можно привлечь психолога или другого специалиста, имеющего опыт работы с социально сложными пациентами ТБ-ВИЧ, например, аутрич-работник из СПИД-центра. Наставник присутствует на рабочем месте вместе с обучаемым, участвует в беседах с пациентами, а после ухода пациента при отсутствии посторонних лиц обсуждает тактику общения тактично указывая на ошибки и рекомендуя/более приемлемые методы общения с пациентами. С целью корректировки навыков общения рекомендуется проведение регулярных сессий обучения на месте.

В целях профилактики синдрома эмоционального выгорания, в ходе планирования программ ППСП следует предусмотреть оказание психологом услуг психологической поддержки не только больным ТБ и их значимому окружению, но и сотрудникам медицинских учреждений и проектов ППСП.

2.4.7. ЗАЩИТА СОТРУДНИКОВ И ДОБРОВОЛЬЦЕВ / ВОЛОНТЁРОВ ОТ ИНФИЦИРОВАНИЯ ТБ ПРИ ОКАЗАНИИ ППСП

Специалисты медицинских и немедицинских организаций и волонтеры, социальные работники, добровольцы/волонтеры, находящиеся в контакте с лицами с активной формой ТБ, подвергаются более высокому риску заразиться и заболеть ТБ.

Следующие меры позволят защитить сотрудников и добровольцев от инфицирования ТБ:

- Предоставить всем сотрудникам/добровольцам современную информацию о риске инфицирования ТБ и о том, как защититься от инфекции. Они должны быть осведомлены о путях заражения ТБ и симптомах ТБ и обратиться за помощью в лечебное учреждение, если такие симптомы у них появятся.
- Убедиться в выполнении таких обязательных санитарно-гигиенических процедур, как мытье рук с использованием дезинфицирующих средств или протирание их спиртом после непосредственного контакта с клиентом без перчаток, использование перчаток при контакте с предметами, на которые попала мокрота.
- Обеспечить хорошее проветривание и достаточную освещенность солнечным светом помещений, где находятся больные ТБ. Ультрафиолетовое излучение убивает туберкулезные бактерии, а поток воздуха при вентиляции уносят зараженные частицы. Клиентов нужно убедить в необходимости соблюдать гигиену кашля и прикрывать рот при кашле.
- Обратиться к рекомендациям местных органов здравоохранения по использованию средств защиты. При осуществлении ухода на дому сотрудниками в рамках соответствующих программ необходимо применение некоторых дополнительных мер индивидуальной защиты.
- Сотрудники и добровольцы, работающие с клиентами с активной формой ТБ, должны всерьез рассмотреть возможность проведения конфиденциального добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ (ДКТ). Если сотрудники и добровольцы являются ВИЧ-положительными и примут решение просить о переводе на другую работу, им, при возможности, может быть предложен другой круг обязанностей с целью минимизировать их контакт с больными ТБ или лицами, которые могут быть ТБ-инфицированы. Нужно внимательно следить за тем, чтобы не возникало впечатления, что сотрудник или доброволец был переведен на другую работу именно из-за его ВИЧ-положительного статуса.
- Каждая организация обязана обеспечить полную осведомленность своих специалистов и добровольцев о возможном риске для здоровья в связи с оказываемой ими социальной помощью. Решение о целесообразности заключения со специалистами, волонтерами, добровольцами договора с указанием условий труда принимается каждым национальным обществом самостоятельно.
- Лица, осуществляющие уход в программах по ТБ и ВИЧ, должны уметь определять симптомы ТБ у своих клиентов и направлять их в соответствующие медицинские учреждения. Чем раньше выявляется случай ТБ и начинается курс лечения, тем быстрее человек с активной формой ТБ перестанет быть заразным для окружающих.

- Пациенты с туберкулезом, положительные по мазку, должны быть изолированы от клиентов, сотрудников здравоохранения и добровольцев / волонтеров с ВИЧ до тех пор, пока кашель не прекратится или результат бактериоскопии их мазка не станет отрицательным.
- В некоторых случаях сотрудники и добровольцы, живущие с ВИЧ, должны получать профилактическое лечение от ТБ.
- Профилактика ВИЧ при работе с лицами с активной формой ТБ, поскольку для них существует также вероятность быть и ВИЧ – положительными.

2.5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный документ создан на основе имеющегося опроса сотрудников медицинских учреждений и общественных организаций для развития программ психологической поддержки и социальной помощи больным ТБ. Документ нельзя считать исчерпывающим, так как развитие программ ППСР будет постоянно поднимать всё новые вопросы перед организаторами и провайдерами услуг ППСР. Необходимо рутинно изучать расширение спроса на информацию всех участников программ лечения ТБ и ППСР от собственно клиентов программ и специалистов до организаторов и менеджеров задействованных государственных структур с целью внесения изменений в документ для последующего переиздания.

Разработка данного документа является небольшой частью широкомасштабной работы по внедрению программ ППСР и потребует интенсивной переработки существующей нормативной базы, разработки новых информационных и образовательных материалов.

Большинство использованных в документе материалов при незначительной адаптации могут быть использованы для репликации подходов и методов программ ППСР среди лиц, страдающими не только ТБ, но и другими хроническими заболеваниями.

3 ПРИЛОЖЕНИЯ

3.1. РАСПОРЯЖЕНИЕ МИНЗДРАВА РУЗ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

РАСПОРЯЖЕНИЕ

“ 24 ” 03 2014г.

№ 395

г.Ташкент

О разработке руководств по психологической и социальной поддержке больных ВИЧ и ТБ

В целях выполнения Стратегической программы по противодействию ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2013-2017 г.г.:

1. Создать Межведомственную тематическую рабочую группу по разработке руководств по психологической и социальной поддержке больных ВИЧ и ТБ согласно приложению.

2. Межведомственной тематической рабочей группе:

до 30 марта 2014г. разработать и представить в Министерство здравоохранения проект Положения и плана работы Тематической рабочей группы на 2014-2015 г.г.;

в месячный срок разработать руководства по психологической и социальной поддержке больных ВИЧ и ТБ.

3. Директору Республиканского центра по борьбе со СПИД (Н.Атабеков):

координировать процесс разработки руководств по психологической и социальной поддержке больных ВИЧ и ТБ

совместно с Секретариатом МЭС организовать широкое обсуждение проектов руководств с заинтересованными организациями

4. Контроль за исполнением данного Распоряжения возложить на начальника ГУСЭН К.К. Мухаммедова

Заместитель министра
Главный государственный
санитарный врач Республики

С.С.Саидалиев

002795 ✻

**Состав
Тематической рабочей группы по психологической и социальной
поддержке больных ВИЧ и ТБ**

№	Ф.И.О	Организация	Должность
1.	Шахмурова Г.А. (по согласованию)	Министерство высшего и среднего специального образования	Заведующая кафедрой Ташкентского Государственного Педагогического Университета им. Низами
2.	Ахмедов М. (по согласованию)	Министерство труда и социальной защиты населения	И.о. директора дома-интерната для детей-инвалидов «Мурувват»№1
3.	Таджибаева Н.У (по согласованию)	Комитет Женщин Узбекистана	Заместитель председателя
4.	Тлеулова Г.О. (по согласованию)	Комитет Женщин Узбекистана	Ведущий специалист
5.	Эгамбердиева З. (по согласованию)	ОДМ «Камолот»	Руководитель проекта
6.	Самадов Ф. (по согласованию)	ОДМ «Камолот»	Региональный менеджер проекта
7.	Ишанов А.А. (по согласованию)	ЮСАИД	Советник по управлению проектами в области здравоохранения
8.	Кучимов А.Э. (по согласованию)	Проект «НОРЕ»	Директор
9.	Гамцемлидзе Ш.Р. (по согласованию)	Проект «Качественное здравоохранение»	Директор
10.	Хакимова Д. (по согласованию)	ЮНЭЙДС	Специалист по паллиативной помощи
11.	Собиров М.Ю. (по согласованию)	Медицинское Управление МВД	Главный специалист, фтизиатр
12.	Турсунов Х. (по согласованию)	Духовное Управление	Заместитель председателя
13.	Мустафаева Д.А.	РЦ СПИД	Заместитель директора по лечебным вопросам
14.	Урунова Д.	РЦ СПИД	Врач
15.	Парпиева Н.Н.	РСНМПЦ Фтизиатрии и Пульмонологии	Главный Фтизиатр РУз
16.	Белоцерковец В.Р.	РСНМПЦ Фтизиатрии и Пульмонологии	Заведующая отделением
17.	Каландарова Л.Н.	Ташкентский городской Противотуберкулёзный диспансер	Главный врач
18.	Маджидов У.В (по согласованию)	ННО «Противораковое общество»	Председатель
19.	Аширова В. (по согласованию)	ННО «Ишонч ва Хаёт»	Директор
20.	Добрынин А. (по согласованию)	ННО «Ишонч ва Хаёт»	Психолог
21.	Арсланова К. (по согласованию)	Национальный Центр по правам человека РУз	Специалист

3.1.1. ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН О СОЦИАЛЬНОМ ПАРТНЕРСТВЕ ОТ 25 СЕНТЯБРЯ 2014 ГОДА №ЗРУ-376

Принят Законодательной палатой 18 июня 2014 года

Одобен Сенатом 28 августа 2014 года

3.1.2. ЗАКОН РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН О СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ, ИНВАЛИДОВ И ДРУГИХ СОЦИАЛЬНО УЯЗВИМЫХ КАТЕГОРИЙ НАСЕЛЕНИЯ

Принят Законодательной палатой 6 октября 2016 года

Одобен Сенатом 12 октября 2016 года

3.2. ПАРТНЁРСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ПО ТБ В УЗБЕКИСТАНЕ

Информация об организациях в приложениях группы 3.2 является актуальной на момент издания документа.

3.2.1. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Организованные группы лиц, предназначением которых является выполнение работ, оказание услуг населению или государству в целом, его отдельным органам, должностным лицам.

3.2.1.1. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СЛУЖБА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Основными задачами противотуберкулезной службы в Республике являются:

- Усиление контроля за выполнением Закона «О защите населения от туберкулеза» от 2001года. (Президентом Республики Узбекистан И.А. Каримовым подписан Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Узбекистан» за № ЗРУ-352 от 30 апреля 2013 г. по организации специализированных отделений для лечения больных заразной формой туберкулеза в недобровольном порядке), Государственной программы по борьбе с туберкулёзом в Республике Узбекистан на период 2011-2015 г.г. (приказ МЗ РУз №383 от 24.10.2014 года).
- Реализация Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан №62 «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости туберкулёзом в Республике Узбекистан на 2011-2015 годы» от 05/03/2011.
- Укомплектование лечебных учреждений фтизиатрической службы высококвалифицированными специалистами, особенно фтизио-педиатрами и специалистами по внелегочному туберкулезу.
- Для своевременного и качественного проведения профилактических мероприятий, решения вопроса бесперебойного обеспечения лечебно-профилактических учреждений туберкулином, вакциной БЦЖ, рентгенологическими пленками.
- Внедрение новейших методов выявления МБТ на уровне ОЛС и противотуберкулёзных учреждений.
- Совместно с Республиканским центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора (РЦГСЭН) усиление контроля за проведением противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

- Обеспечение в полном объеме качественными противотуберкулезными препаратами для лечения больных туберкулезом, проведения химио профилактики ТБ среди детей, контактных с больным туберкулезом, лиц с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) строго в соответствии с утвержденными стандартами.
- С учетом индексации увеличение ассигнования на медикаментозное обеспечение и питание больных туберкулезом в стационарах и санаториях.
- Налаживание преемственности в деятельности учреждений общей лечебной сети по профилактике, раннему выявлению и контролю за лечением больных туберкулезом, особенно, в поддерживающей фазе.
- Усиление интеграции служб противотуберкулёзной и СПИД-центров по борьбе с туберкулёзом на уровне республики и областей.
- Усиление санитарно-просветительной работы по туберкулёзу среди населения, в учреждениях первичного звена здравоохранения, предприятиями и учреждениями, а также совместно с представителями фонда «Махалля», духовенства, СМИ и другими организациями.
- Укрепление партнерства и связи с международными организациями и ведущими научными центрами с целью внедрения современного мирового опыта и научных разработок, современных достижений в области фтизиатрии.
- Расширение международного сотрудничества для улучшения доступа к диагностике и лечению больных резистентными формами ТБ.

3.2.1.2. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии создан на базе НИИ фтизиатрии и пульмонологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и клиники на основании Указа Президента Республики Узбекистан № VII-3923 от 19/09/2007 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения», Постановления Президента Республики Узбекистан № ПП-700 от 02/10/2007 «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений Республики Узбекистан», Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан № 145 от 21/05/2009 «О вопросах организации деятельности республиканских специализированных научно-практических медицинских центров» и приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 160 от 01/06/2009, как самостоятельное специализированное медицинское учреждение, осуществляющее научно-методическую и лечебно-диагностическую деятельность по фтизиатрии и пульмонологии и оказывающее населению высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь.

Официальное наименование центра:

- на узбекском языке –Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy–amaliy tibbiyot markazi;
- на русском языке - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии;
- на английском языке – Republic specialize scientific and practical medical centre of phthisiology and pulmonology.

Целями создания и деятельности Центра являются:

- Формирование высокотехнологической материальной и научной базы, а также собственной школы фтизиатров и пульмонологов, призванной оказывать высокого качества специализированную медицинскую помощь на уровне международных стандартов.
- Проведение приоритетных научных исследований, практической и организационно-методической работы в области фтизиатрии и пульмонологии.
- Удовлетворение спроса населения на оказание специализированной медицинской помощи по диагностике, лечению и профилактике туберкулеза различной локализации и болезней органов дыхания.

Основными задачами Центра являются:

- Внедрение современных методов диагностики и лечения при оказании высококвалифицированной специализированной помощи больным туберкулезом и болезнями органов дыхания:
 - гражданам Республики Узбекистан, больным туберкулезом и пульмонологическим больным, за счет средств государственного бюджета;
 - иностранным гражданам и лицам без гражданства на платной основе.
- Обеспечение постоянного обновления и оснащение Центра современным медицинским оборудованием, позволяющим оказывать специализированную высококвалифицированную медицинскую помощь на уровне мировых достижений.
- Проведение научных исследований, направленных на разработку и внедрение в медицинскую практику новых, более эффективных методов и технологий выявления, диагностики, профилактики, лечения и реабилитации туберкулеза и болезней органов дыхания.
- Активное участие в разработке и реализации комплексных целевых программ по снижению заболеваемости туберкулезом и болезнями органов дыхания на основе изучения эпидемиологии и оптимизации профилактики этих заболеваний.
- Оказание организационно-методической, консультативной, практической помощи областным специализированным учреждениям здравоохранения Республики Узбекистан, а также отдельным организациям по вопросам, составляющим круг деятельности Центра.
- Постоянное повышение и совершенствование профессионального уровня медицинского персонала Центра для научно-исследовательской и практической работы по фтизиатрии и пульмонологии с помощью докторантуры, аспирантуры, клинической ординатуры, а также за счет организации стажировки специалистов в ведущих зарубежных медицинских учебных заведениях и клиниках.
- Регулярное ознакомление врачей общей медицинской сети и других специалистов с новейшими достижениями медицинской науки в области фтизиатрии и пульмонологии путем организации съездов, конгрессов, научно-практических конференций и семинаров в установленном порядке.
- Проведение клинической апробации новых фармакологических средств, аппаратуры, методов лечения и профилактики туберкулеза и болезней органов дыхания, в установленном порядке.
- Подготовка и издание в установленном порядке научно-практического журнала, сборников научных трудов, монографий и методических документов по фтизиатрии и пульмонологии.

- Постоянное совершенствование работы по изобретательству, достижение международного признания собственных запатентованных методов и технологий диагностики и лечения туберкулеза и болезней органов дыхания.
- Расширение и укрепление международного сотрудничества с зарубежными учреждениями и учеными, обеспечение широкого обмена опытом, специалистами и информацией по использованию высокотехнологичных методов диагностики и лечения туберкулеза и болезней органов дыхания, а также по их совершенствованию.
- Широкое проведение санитарно-просветительной работы среди различных групп населения по вопросам профилактики туберкулеза и болезней органов дыхания с помощью издания научно-популярных брошюр, выступлений в периодической печати, по радио и телевидению, организации лекций и бесед.

3.2.1.3. МИНИСТЕРСТВО ЗАНЯТОСТИ И ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Министерство занятости и трудовых отношений Республики Узбекистан (далее - Министерство) является органом государственного управления, осуществляющим реализацию политики в сфере занятости населения и трудовых отношений, и в своей деятельности подотчетно Кабинету Министров Республики Узбекистан.

Основными задачами и направлениями деятельности Министерства и его территориальных подразделений являются:

осуществление на основе тщательного анализа фактического состояния рынка труда в разрезе регионов страны комплекса целевых мер, направленных на обеспечение занятости населения путем разработки и действенной координации реализации территориальных и отраслевых программ занятости населения, установления государственного заказа на создание новых рабочих мест и квот на трудоустройство социально уязвимых слоев населения;

обеспечение трудоустройства обратившихся в органы по труду безработных, привлечение населения к участию в общественных работах, в первую очередь, в рамках реализации крупных инвестиционных проектов, осуществления строительства, ремонта и реконструкции объектов дорожной и жилищно-коммунальной инфраструктуры, благоустройства городов и районов, сезонных сельскохозяйственных работ;

кардинальное совершенствование системы профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации лиц, нуждающихся в трудоустройстве, особенно незанятой молодежи, лиц с ограниченными возможностями и безработных, исходя из реальных потребностей отраслей экономики и рынка труда;

реализация совместно с другими министерствами, ведомствами и органами хозяйственного управления мер по обеспечению трудоустройства выпускников профессиональных колледжей и высших образовательных учреждений в соответствии с полученными ими специальностями;

опережающая разработка и реализация соответствующих рыночным условиям нормативно-правовых актов в сфере регулирования рынка труда, занятости, трудовых отношений, охраны труда, профессиональных и трудовых стандартов, обеспечения соблюдения тендерного равенства, профессиональной подготовки и переподготовки незанятого населения, социальной защиты безработных, а также осуществление контроля за их исполнением;

активное внедрение передовых информационных технологий в процессы трудоустройства, включая создание и постоянное развитие Национальной базы вакансий;

создание современной инфраструктуры и конкурентной среды на рынке услуг по содействию занятости, формирование эффективных механизмов взаимодействия органов государственного и хозяйственного управления, органов государственной власти на местах, образовательных учреждений, негосударственных некоммерческих организаций, органов самоуправления граждан и общественности по вопросам обеспечения занятости населения;

обеспечение контроля и надзора за соблюдением требований законодательства в области охраны труда и занятости, осуществление экспертизы условий труда, реализация конкретных мер по дальнейшему совершенствованию трудовых отношений, механизмов материального стимулирования труда;

проведение широкой информационно-разъяснительной работы среди населения и работодателей по вопросам трудовых прав и охраны труда;

осуществление мониторинга за своевременной выплатой пособий и материальной помощи малообеспеченным семьям, с разработкой индивидуальных программ по выводу семей из малообеспеченности путем оказания им содействия в обеспечении занятости и активизации частной предпринимательской деятельности трудоспособных членов семей.

7. Министр занятости и трудовых отношений Республики Узбекистан, а также его заместители несут персональную ответственность за реализацию следующих задач и приоритетов:

обеспечение системной координации разработки и реализации территориальных и отраслевых программ занятости населения, развития эффективных форм занятости, формирования государственного заказа на создание рабочих мест с учетом потребностей рынка труда и отдельных социально-демографических групп населения;

организацию системной работы по содействию трудоустройству безработных, молодежи, прежде всего выпускников профессиональных колледжей и высших образовательных учреждений, а также других социально уязвимых категорий населения путем организации и проведения специализированных ярмарок рабочих мест, повышения качества и доступности услуг, оказываемых органами по труду населению и работодателям;

разработку и внесение предложений по стимулированию и содействию в реализации предпринимательских инициатив представителей молодежи, впервые входящих на рынок труда, желающих организовать собственный бизнес, создание в интересах незанятого населения, нуждающегося в трудоустройстве, эффективной системы профессиональной подготовки и переподготовки, с адекватным увеличением выделяемых на эти цели средств из Государственного фонда содействия занятости;

реализацию мер по усилению адресности социальной защиты малообеспеченных семей, контроля за соблюдением установленного порядка назначения и выплаты пособий и материальной помощи, с принятием совместно с органами самоуправления граждан практических мер по вовлечению их в семейное предпринимательство и ремесленничество, а также поощрению развития различных форм самозанятости населения.

8. В соответствии с возложенными задачами Министерство выполняет следующие функции:

а) по вопросам разработки программных документов в области обеспечения занятости населения, развития и регулирования рынка труда:

совместно с Министерством экономики Республики Узбекистан, исходя из целей и приоритетов осуществляемых преобразований в обществе, организывает и координирует работу органов государственного и хозяйственного управления, органов государственной власти на местах, научно-исследовательских институтов в части разработки стратегии по обеспечению занятости населения и устойчивого развития рынка труда на основе современных рыночных механизмов и инструментов;

совместно с Министерством экономики и Государственным комитетом Республики Узбекистан по статистике, исходя из прогнозов демографического и экономического развития республики и территорий, разрабатывает обоснованные прогнозные параметры балансов трудовых ресурсов, а также комплексные эффективные меры по обеспечению занятости населения;

совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами, а также органами исполнительной власти на местах обеспечивает системную координацию разработки и реализации территориальных и отраслевых программ занятости населения, по развитию эффективных форм занятости;

совместно с Министерством экономики Республики Узбекистан осуществляет формирование государственного заказа на создание рабочих мест на краткосрочный (один год), среднесрочный (два три года) и долгосрочный (более трех лет) периоды, взаимоувязанного с программами структурных преобразований и диверсификации экономики, комплексными программами социально-экономического развития территорий;

совместно с органами государственной власти на местах разрабатывает и утверждает программы по содействию трудоустройству безработных, молодежи, прежде всего выпускников высших и средних специальных, профессиональных образовательных учреждений, а также других социально уязвимых категорий населения путем организации и проведения специализированных ярмарок рабочих мест, повышения качества и доступности услуг, оказываемых органами по труду населению и работодателям;

совместно с Министерством экономики и Министерством высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан, на основе прогнозных параметров балансов трудовых ресурсов формирует государственный заказ на подготовку специалистов по направлениям высшего и среднего специального, профессионального образования в разрезе территорий и отраслей экономики;

координирует разработку целевых программ по созданию рабочих мест в регионах с напряженной ситуацией на рынке труда и совместно с заинтересованными министерствами, государственными комитетами и ведомствами, органами исполнительной власти на местах участвует в их разработке;

проводит совместно с заинтересованными министерствами, государственными комитетами и ведомствами исследования занятости выпускников высших и средних специальных, профессиональных образовательных учреждений и на основе их результатов разрабатывает предложения по совершенствованию направлений профессиональной подготовки рабочих кадров и специалистов в высших и средних специальных, профессиональных образовательных учреждениях;

координирует разработку целевых территориальных программ обеспечения занятости и социальной защиты работников, высвобождаемых в ходе реформирования и структурных преобразований экономики, а также в результате реорганизации, банкротства и ликвидации организаций;

оказывает методическую и практическую помощь органам исполнительной власти на местах в разработке территориальных программ занятости и создания рабочих мест;

совместно с заинтересованными министерствами, государственными комитетами и ведомствами, органами исполнительной власти на местах, коммерческими банками разрабатывает и реализует целевые программы по экономической поддержке и стимулированию лиц, желающих организовать собственный бизнес, в том числе выпускников образовательных учреждений;

разрабатывает предложения по стимулированию и содействию в реализации предпринимательских инициатив представителей молодежи, впервые входящих на рынок труда, созданию в интересах незанятого населения, нуждающегося в трудоустройстве, эффективной системы профессиональной подготовки и переподготовки, с адекватным увеличением выделяемых на эти цели средств из Государственного фонда содействия занятости Республики Узбекистан;

проводит анализ численности и структуры трудовых ресурсов республики и административно-территориальных образований, разрабатывает предложения по ее совершенствованию;

проводит изучение и анализ вопросов выделения минимального количества рабочих мест в организациях и принятия на них лиц, относящихся к отдельным категориям населения, испытывающим затруднения в поиске работы и неспособным на равных условиях конкурировать на рынке труда, разрабатывает предложения по установлению для организаций квот по трудоустройству таких лиц;

б) по вопросам проведения анализа занятости и рынка труда:

организует мониторинг состояния рынка труда в целях обеспечения наиболее полной и объективной оценки уровня и структуры занятости населения, выявления имеющихся структурных диспропорций на рынке труда и причин их возникновения, определения лиц, нуждающихся в трудоустройстве, и на этой основе формирует ежегодные заказы на создание новых рабочих мест в разрезе отраслей и территорий;

организует формирование и комплексный анализ информации по занятости и трудоустройству населения, в том числе молодежи, женщин, лиц с ограниченными возможностями, высвобожденных работников и других категорий населения;

организует сбор и анализ сведений о вакантных рабочих местах, ведут учет предоставляемых в установленном порядке вакансий и доводит информацию о свободных рабочих местах до населения с использованием информационно-коммуникационных технологий;

осуществляет системный мониторинг и анализ процессов создания рабочих мест, трудоустройства населения и состояния рынка труда, и на этой основе разрабатывает эффективные меры по повышению занятости населения;

проводит анализ трудовых миграционных процессов, выявляет причины и факторы внешней трудовой миграции;

совместно с научно-исследовательскими организациями проводит социологические исследования для выявления профессиональных предпочтений и трудовой ориентации молодежи, и незанятого населения;

координирует научные исследования по вопросам труда и занятости;

в) по вопросам учета незанятого населения и граждан, самостоятельно обеспечивающих свою занятость:

организует учет безработных и незанятого населения, нуждающегося в трудоустройстве;

совместно с Государственным налоговым комитетом Республики Узбекистан организует учет граждан, занятых семейным предпринимательством и ремесленнической деятельностью;

совместно с органами исполнительной власти на местах реализует меры по учету и упорядочению занятости граждан в сфере животноводства, растениеводства, птицеводства, рыбоводства и другими видами сельскохозяйственной деятельности в личных подсобных и дехканских хозяйствах;

организует реализацию установленных трудовых гарантий граждан, занятых в дехканских и фермерских хозяйствах, а также предпринимателей;

в установленном порядке организует работу по оказанию помощи и защите жертв торговли людьми;

совместно с органами самоуправления граждан и органами внутренних дел реализует меры по учету лиц, занятых временными разовыми и сезонными работами без оформления трудового либо гражданско-правового договора;

г) по вопросам расширения форм занятости населения:

разрабатывает методические и нормативно-правовые основы расширения сфер занятости населения, направленные на внедрение новых и расширение традиционных форм занятости;

подготавливает предложения по стимулированию и поддержке развития домашнего труда, семейного предпринимательства, ремесленнической деятельности и других форм самозанятости населения;

оказывает содействие органам государственного и хозяйственного управления, органам государственной власти на местах и иным организациям в вопросах расширения использования домашнего труда, в том числе на основе кооперации между крупными предприятиями и гражданами, а также развития семейного предпринимательства и ремесленничества;

оказывает содействие негосударственным некоммерческим и другим организациям в создании рабочих мест для инвалидов и их трудоустройстве;

содействует созданию и развитию специализированных организаций по использованию труда инвалидов, развитию домашних видов труда и других форм занятости инвалидов;

д) в сфере обеспечения трудоустройства выпускников высших и средних специальных, профессиональных образовательных учреждений:

участвует в реализации комплекса системных мер по закреплению за выпускниками высших и средних специальных, профессиональных образовательных учреждений конкретных работодателей для их последующего трудоустройства;

совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами осуществляет системный мониторинг за обеспечением занятости выпускников, выявляет системные проблемы, препятствующие их трудоустройству, и вырабатывает на этой основе предложения по обеспечению занятости выпускников;

осуществляет координацию информационной и профориентационной работы среди молодежи, включая учащихся старших классов общеобразовательных школ, по вопросам

выбора направления будущей трудовой деятельности и формирования профессиональных планов, адекватных перспективам развития рынка труда и занятости;

е) в сфере повышения конкурентоспособности на рынке труда безработных граждан, инвалидов и других категорий населения, не способных на равных условиях конкурировать на рынке труда, и их трудоустройства:

принимает участие в организации эффективной системы профессиональной переподготовки и повышения квалификации безработных, инвалидов и других категорий населения, не способных на равных условиях конкурировать на рынке труда;

содействует в формировании эффективных механизмов государственно-частного партнерства в вопросах организации профессиональной переподготовки безработных и лиц, не способных на равных условиях конкурировать на рынке труда;

координирует деятельность органов государственной власти на местах по установлению квот (минимального числа рабочих мест) для трудоустройства лиц, не способных на равных условиях конкурировать на рынке труда, и обеспечивает контроль за выделением работодателями установленного числа рабочих мест для их трудоустройства;

ж) по вопросам обеспечения трудоустройства незанятого населения и расширению услуг по содействию занятости населения:

обеспечивает трудоустройство граждан, обратившихся в районные (городские) центры содействия занятости населения в поисках работы;

разрабатывает предложения по совершенствованию законодательства и реализации комплексных мер, направленных на развитие и активизацию роли негосударственного сектора в оказании населению услуг в сфере трудоустройства и обеспечения занятости населения;

оказывает, на платной основе, услуги негосударственным организациям, осуществляющим деятельность в сфере содействия в трудоустройстве лиц, ищущих работу на территории Республики Узбекистан, и повышении их профессиональной конкурентоспособности, в том числе путем оказания им методической помощи;

обеспечивает создание на базе районных (городских) центров содействия занятости современных офисов по комплексному оказанию услуг в сфере трудоустройства по принципу «единого окна»;

обеспечивает широкое внедрение информационно-коммуникационных технологий в сферу услуг по трудоустройству и содействию занятости, создание общедоступных баз данных, облегчающих гражданам процессы трудоустройства;

организует деятельность центров обеспечения временной разовой работой;

в установленном порядке организует обеспечение материальной поддержки безработных и членов их семей за счет средств Государственного фонда содействия занятости Республики Узбекистан;

з) по вопросам профессиональной переподготовки и повышения квалификации безработных и незанятого населения:

создает и организует работу региональных центров профессионального обучения безработных и незанятого населения в системе органов по труду;

организует профессиональную переподготовку безработных методом индивидуального переподготовки "Усто-шогирд";

организует профессиональную переподготовку и повышение квалификации безработных и незанятого населения на базе профессиональных колледжей (по специальным программам краткосрочной профессиональной переподготовки) и негосударственных образовательных учреждений;

совместно с Центром среднего специального, профессионального образования Министерства высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан разрабатывает и утверждает учебные программы краткосрочных курсов переподготовки и повышения квалификации безработных и незанятого населения по востребованным на рынке труда профессиям и специальностям;

и) по вопросам организации общественных работ:

совместно с органами исполнительной власти на местах определяет объемы и виды общественных работ и организует участие временно незанятых граждан в общественных работах при реализации крупных инвестиционных проектов, строительства, ремонта и реконструкции объектов дорожной и жилищно-коммунальной инфраструктуры, благоустройства городов и районов, сезонных сельскохозяйственных работах;

в установленном порядке обеспечивает финансирование участия неработающих граждан в общественных работах;

обеспечивает аккумулирование на казначейских лицевых счетах Фонда общественных работ при Министерстве, открываемых Казначейством Министерства финансов Республики Узбекистан, управлениями Казначейства по Республике Каракалпакстан, областям и г. Ташкенту, средств для финансирования общественных работ;

м) по вопросам оказания социальной помощи малообеспеченным семьям:

осуществляет системный мониторинг выплаты социальных пособий малообеспеченным семьям;

разрабатывает во взаимодействии с органами государственной власти на местах, органами самоуправления граждан, коммерческими банками, другими государственными органами, оказывающими социальную защиту и помощь населению, в том числе с негосударственными некоммерческими организациями реализует индивидуальные программы по выводу семей из малообеспеченности, вовлечению их в семейное предпринимательство и ремесленничество, а также поощрению развития различных форм самозанятости населения;

оказывает содействие членам малообеспеченных семей в получении микрокредитов для начала предпринимательской деятельности в форме индивидуального и семейного предпринимательства;

р) в сфере взаимодействия и диалога с населением и работодателями:

изучает и анализирует мнения, предложения и законные требования граждан и работодателей по решению проблем занятости и трудоустройства и на этой основе обеспечивает разработку предложений по практическим мерам, направленным на их решение;

совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами разрабатывает практические меры и предложения по совершенствованию работы органов по труду с обращениями юридических и физических лиц;

оказывает содействие по вовлечению в рамках социального партнерства работодателей в процессы разработки и реализации мер по обеспечению занятости населения, а также

совершенствованию общественного контроля за практической реализацией принятых нормативно-правовых актов в вопросах труда и занятости;

в пределах своей компетенции дает разъяснение физическим и юридическим лицам по применению законодательства о труде и в области охраны труда;

т) в иных сферах деятельности:

рассматривает обращения физических и юридических лиц, а также осуществляет необходимые действия по устранению нарушений законодательства по вопросам, входящим в компетенцию Министерства;

совместно с уполномоченными правоохранительными органами оказывает, в пределах своих полномочий, содействие в реабилитации и оказании помощи жертвам торговли людьми, разъясняет права пострадавшим гражданам;

обеспечивает организацию переподготовки и повышения квалификации кадров, проводит аттестацию руководителей и специалистов Министерства и подведомственных организаций;

в пределах своей компетенции участвует в подготовке проектов нормативно-правовых актов и предложений по совершенствованию механизмов осуществления социальной политики;

участвует совместно с Министерством экономики Республики Узбекистан, другими министерствами, ведомствами и научно-исследовательскими организациями в проведении исследования уровня жизни и благосостояния населения, выработке предложений по дальнейшему его повышению.

3.2.2. НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Основанное на членстве общественное объединение, созданное на основе совместной деятельности для защиты общих интересов и достижения уставных целей объединившихся граждан.

3.2.2.1. УПРАВЛЕНИЕ МУСУЛЬМАН УЗБЕКИСТАНА

Управление мусульман Узбекистана - независимая организация, единственный централизованный орган, руководящий процессами обеспечения единства мусульман страны, создания необходимых условий для богослужения, пропаганды основ религии Ислама, подготовки квалифицированных кадров по делам религии, издания религиозной литературы, налаживания связей с исламским миром.

Основными направлениями деятельности Управления являются: пропаганда истинной сущности Ислама как религии гуманизма, правильное и точное доведение до мусульман сводов религии, создание удобств и условий для богослужения, сохранения согласия и единства между мусульманами, собрание и изучение исторических наследий предков, проведение широкомасштабной благотворительной деятельности, обеспечение дружественного отношения и терпимости с представителями других религий и конфессий.

На данный момент в системе Управления мусульман Узбекистана функционируют 2043 мечетей, Ташкентский исламский институт, высший медресе «Мир Араб», 9 Исламских средне-специальных учебных заведений и другие организации.

3.2.2.2. КОМИТЕТ ЖЕНЩИН УЗБЕКИСТАНА

Комитет женщин Узбекистана является самоуправляемой негосударственной некоммерческой организацией женщин Узбекистана, созданной на

добровольной основе в 1991 году.

В настоящее время Комитет женщин объединяет в своей структуре 208 региональных подразделений (в т.ч. 14 областных, 194 городских и районных), около 45 тыс. первичных организаций.

Основная цель Комитета женщин – всесторонняя поддержка, защита прав и законных интересов женщин, обеспечение эффективности общественных женских организаций республики по повышению социальной, общественно-правовой и трудовой активности женщин, уровня их правовых и экономических знаний, дальнейшему улучшению социально-экономического положения и наиболее полному удовлетворению потребностей женщин.

Указом Президента Республики Узбекистан №1084 от 2 марта 1995 года «О повышении роли женщин в государственном и общественном строительстве» были учреждены должности заместителя Премьер-министра Республики Узбекистан, заместителей хокимов по делам женщин в Республике Каракалпакстан, областях, городах и районах республики.

Указом Президента Республики Узбекистан №3434 от 25 мая 2004 года «О дополнительных мерах по поддержке деятельности Комитета женщин Узбекистана» в структуру кенгашей органов самоуправления граждан (махаллей) введены должности консультантов по вопросам религиозного просвещения и духовно-нравственного воспитания. Особое внимание в Указе уделено вопросам повышения общественно-политической, социальной активности, уровня образования и профессиональной квалификации женщин, обеспечения их активного участия в выборных представительных и других органах государственной власти.

Комитет в своей деятельности руководствуется Конституцией и законами Республики Узбекистан, другими законодательными актами, Уставом Комитета женщин, а также общепризнанными международными нормами.

К полномочиям Комитета женщин относятся: практическая реализация уставных целей и задач организации, обеспечение выполнения решений, принятых на пленумах, разработка и организация исполнения программ по повышению роли женщин в общественной жизни, созданию условий для их социального, духовного и профессионального роста, защите прав и законных интересов женщин; руководство деятельностью президиума Комитета женщин.

3.2.2.3. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «INTILISH»

Республиканский информационно-образовательный центр «INTILISH», именуемый в дальнейшем «Центр», является негосударственной некоммерческой организацией - основанной на членстве общественным объединением, созданным по инициативе граждан, объединившихся на основе общности интересов для достижения общих целей, предусмотренных настоящим Уставом, и не преследующим извлечение дохода (прибыли) в качестве основной цели своей деятельности.

Полное наименование Центра:

- на узбекском языке –«INTILISH» Республика ахборот-таълим маркази;
- на русском языке – Республиканский информационно-образовательный центр «INTILISH».

Центр осуществляет свою деятельность на территории Республики Узбекистан.

Центр вправе пользоваться мерами государственной поддержки в порядке, установленном законодательством Республики Узбекистан.

Основной целью Центра является повышение качества жизни населения и его уязвимых групп путём сохранения здоровья, повышения культурного и образовательного уровня, социальной адаптации. Уязвимые группы включают в себя, но не ограничиваются, людьми, находящимися в риске, либо затронутыми инфекционными, эндемическими, психиатрическими, наркологическими и любыми другими заболеваниями, людьми, оказавшимися в сложной жизненной ситуации и в местах лишения свободы.

Основными задачами Центра являются:

- Реализация и управление видами деятельности, помогающими эффективно достигнуть уставную цель Центра.
- Способствование развитию и укреплению сотрудничества с государственными и негосударственными, местными, иностранными и международными структурами, заинтересованными в достижении уставной цели Центра.
- Развитие материально-технической базы, кадрового и административного потенциала Центра для повышения эффективности реализации уставной цели Центра.

Основными видами деятельности Центра являются:

- Содействие объединению усилий и координация сотрудничества государственных структур, местных, иностранных и международных общественных и коммерческих структур в области укрепления общего потенциала страны и принятия действенных мер по сохранению здоровья и улучшению качества жизни, культурного и образовательного уровня населения и отдельных уязвимых групп.
- Содействие в реализации государственных программ, программ негосударственных организаций и объединений (в том числе иностранных и международных) в области общественного здравоохранения, социального развития, повышения культурного и образовательного уровня населения и отдельных уязвимых групп.
- Привлечение инвестиций в виде грантов, пожертвований, спонсорских и других средств для реализации уставной деятельности, развития и поддержки материально-технической базы и программно-административного потенциала Центра.
- Осуществление научной, исследовательской и аналитической деятельности, сбор, хранение и распространение информации, разработка, издание и распространение научной, популярной и другой литературы на территории страны для достижения уставных целей и задач.
- Осуществление широких контактов с некоммерческими негосударственными организациями Республики Узбекистан и стран мира, участие в тренингах, семинарах, конференциях и других мероприятиях в интересах достижения уставных целей, развития Центра и представительства Центра на международной арене.
- Организация и предоставление образовательных и социальных услуг, а также мер бытовой поддержки, спортивного и культурного развития уязвимым группам населения и населению в целом.
- Организация и проведение местных и международных семинаров, тренингов, конференций, рабочих встреч, круглых столов с привлечением отечественных и иностранных специалистов, сотрудников государственных учреждений, общественных организаций, иностранных и международных представительств, миссий и дипломатических учреждений, для достижения уставных целей и задач.

- Иные виды деятельности, не запрещенные действующим законодательством Республики Узбекистан.

Для достижения уставных целей и задач Центр имеет право:

- Представлять и защищать права и законные интересы своих членов, партнёров и представителей уязвимых групп населения в государственных и общественных органах.
- Создавать коммерческие и некоммерческие структуры.
- Распространять информацию о своей деятельности.
- Участвовать в выработке решений органов государственной власти и органов местного самоуправления в порядке и объеме, предусмотренных законодательством.
- Выступать с инициативами по различным вопросам общественной жизни, вносить предложения в органы государственной власти.
- Иметь в качестве символов эмблемы, флаги и вымпелы, подлежащие государственной регистрации в установленном законом порядке.
- Сдавать в аренду принадлежащее Центру движимое и недвижимое имущество.
- Оказывать консалтинговые, маркетинговые, информационные, спортивные и оздоровительные услуги в порядке, установленном законодательством Республики Узбекистан.
- Организовывать и проводить обучение специалистов и волонтеров основам здорового образа жизни, методам работы среди уязвимых групп населения.
- Осуществлять социологические и иные исследования в области общественного здравоохранения и социального развития.
- Проводить различные научно-исследовательские работы с привлечением необходимых специалистов.
- Получать кредиты, гранты, другую техническую и спонсорскую помощь на возмездной и безвозмездной основе от физических и юридических лиц.
- Создавать на территории Республики Узбекистан представительства и филиалы, а также предприятия и хозрасчетные организации, обладающие правами юридического лица.
- Учреждать средства массовой информации и осуществлять издательскую деятельность в установленном порядке.
- Осуществлять в полном объеме иную деятельность, не противоречащую действующему законодательству Республики Узбекистан.

3.2.2.4. СОЮЗ МОЛОДЁЖИ УЗБЕКИСТАНА

Союз молодежи Узбекистана (в дальнейшем Союз) некоммерческая негосударственная организация (ННО), образованная физическими лицами по своей организационно-правовой форме в качестве союза, объединяющего молодежь Узбекистана в целях формирования физически здорового, духовно зрелого и интеллектуально развитого, свободномыслящего молодого поколения; защиты молодежи от внешних угроз и негативного влияния «массовой культуры», оказания всесторонней поддержки в защите правовых и законных интересов молодежи и создания для них благоприятных условий.

Союз был перерегистрирован 1 июня 2012 года как Молодежное социальное движение «Камолот» и получил сертификат №653.

Союз является преемником всех прав и обязанностей Молодежного движения «Камолот».

Союз функционирует в соответствии с Конституцией Республики Узбекистан, Законами РУз «О неправительственных некоммерческих организациях», «О гарантиях негосударственных некоммерческих организаций» и другими нормативно-правовыми актами, регулирующими деятельность ННО и в соответствии с настоящим Уставом.

Союз осуществляет свою деятельность на принципах добровольности, законности, прозрачности, равенства членов (участников) и принципах самоуправления.

Союз имеет статус юридического лица со дня его государственной регистрации и имеет право владеть имуществом и нести ответственность за свои обязательства по имуществу, может иметь или не иметь имущественные или личные неимущественные права, брать на себя обязательства и нести ответственность перед судом или нести ответственность в суде. Союз имеет круглую печать, штамп, бланки с полным официальным названием на государственном языке и зарегистрированный товарный знак Министерством юстиции Республики Узбекистан.

Члены Союза не несут ответственность за обязанности Союза, и в свою очередь, Союз неответственен за обязательства своих членов.

1.6. В соответствии с законодательством Республики Узбекистан Союз обладает статусом юридического лица на территории РУз, действующего на основании Устава и Устава территориальных структур, а именно Республики Каракалпакстан, территориальных подразделений (далее - территориальные Советы) регионов и города Ташкента, городских и областных подразделений Союза (далее - местные Советы).

Адрес (почтовый) исполнительного органа Союза: г. Ташкент, Шайхантахурский район, ул. Алишера Навои, дом-11.

Союз осуществляет свою деятельность на территории Республики Узбекистан.

Полное наименование Союза:

на государственном языке на кириллице – Ўзбекистон ёшлар иттифоқи;

на государственном языке на латинице – O`zbekiston yoshlar ittifoqi;

на русском языке – Союз молодежи Узбекистана;

на английском – Youth unity of Uzbekistan.

Основная цель Союза – вовлечение молодежи к принятию активного участия в углублении демократических, политических и экономических реформ, осуществляемых в стране, в укреплении мира и согласия в обществе; внесению своего вклада в процесс вступления Узбекистана в число развитых стран мира; а также обеспечение эффективной защиты прав, законных интересов и свобод молодого поколения, повышение духовной и профессиональной культуры юношей и девушек, оказание поддержки в воплощении их интеллектуального и творческого потенциала.

Основные задачи Союза:

- формирование гармонично развитой, свободомыслящей молодежи, обладающей четкой жизненной позицией и твердыми убеждениями, способной занять достойное место в обществе и участвовать в развитии страны, которая сможет стать решающей силой и опорой в процессах обновления; повышение их правовой грамотности и правового сознания;

- воспитание молодежи, в частности, неорганизованной молодежи в духовно-нравственном отношении и в духе военного патриотизма, формирование у них сознания исторической

памяти, национальной гордости и самопознания, причастности к происходящим событиям, чувства уважения к национальным и общечеловеческим ценностям;

- защита прав и законных интересов молодежи, поддержка их стремления в овладении современными профессиями, привлечение к предпринимательской деятельности;

- поддержка талантливых юношей и девушек, создание для них условий для реализации своих творческих и интеллектуальных способностей, а также привлечение их к научной деятельности;

- формирование среди молодежи, в частности, неорганизованной молодежи здорового образа жизни и экологической культуры, активное привлечение к регулярным занятиям физической культурой и спортом;

- ограждение молодежи, в особенности, неорганизованной молодежи от влияния религиозно-экстремистских и деструктивных организаций, от негативного воздействия и угроз, внедряемых извне под маской «массовой культуры», проведение среди молодежи работ по профилактике правонарушений и преступлений, оказание содействия и предупреждению их совершения.

С целью выполнения вышеупомянутых задач, Союз может принять соответствующую Программу действий по различным аспектам своей деятельности.

3.2.2.5. ТАШКЕНТСКАЯ ГОРОДСКАЯ НЕГОСУДАРСТВЕННАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ИШОНЧ ВА ХАЁТ»

Негосударственная Некоммерческая Организация «Ишонч ва Хаёт» - объединение людей, живущих с ВИЧ/СПИД и их близких. Организация зарегистрирована в органах юстиции в форме Общественного Объединения 5 декабря 2003, Свидетельство регистрации за №42/387. Это добровольное объединение граждан в поддержку людей, живущих с ВИЧ/СПИД и их близких.

Объединение является негосударственной некоммерческой организацией, добровольно объединяющей людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), особо затронутых групп населения (ОЗГН), их близких и привлеченных специалистов. ННО «Ишонч ва Хаёт» осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией РУз., Гражданским кодексом РУз., Законом об ННО и Уставом организации на основе принципов добровольности, равноправия, самоуправления и гласности.

Полное наименование на государственном языке - Общественное Объединение «Ишонч ва Хаёт», на русском языке - «Вера и Жизнь».

Целью организации являются всесторонняя поддержка людей, живущих с ВИЧ и их близких, улучшение психо-социального состояния и качества их жизни, борьба против стигмы и формирование толерантного отношения общества к ЛЖВ, вовлечению ЛЖВ в процессы принятия решений и активное участие в преодолении эпидемии ВИЧ-инфекции в Узбекистане.

Объединение достигает своей цели посредством решения следующих задач:

- Пропаганда Здорового образа жизни среди населения и особенно ЛЖВ. Повышение осведомленности о путях передачи и профилактики ВИЧ.
- Сотрудничество с государственными и негосударственными организациями в проведении программ профилактики ВИЧ, включая программы «Снижения Вреда», общества Анонимных Наркоманов и др.

- Психо-социальная помощь и поддержка ЛЖВ, организация «Телефона Доверия».
- Оказание адресной поддержки отдельным лицам.
- Правовая защита ЛЖВ и консультирование.
- Информирование о международном опыте лечения ВИЧ-инфекции и наркомании.
- Создание информационного и ресурсного центра и контакты с другими организациями, издательская деятельность.
- Организация и проведение семинаров и обучающих программ для целевых групп и для населения.
- Создание условий для адаптации ЛЖВ и диспут клубов «Школа Пациентов».
- Установка контактов для привлечения дополнительных финансовых средств для реализации целей и задач объединения.
- Создание спортивного клуба и оздоровительных мероприятий для ЛЖВ.
- Другие виды деятельности, не противоречащие законам РУз.

Актив Объединения вовлечен в процессы противодействия ВИЧ-инфекции в РУз. с 2000 года.

В 2004 году ННО «Ишонч ва хаёт» награждено Международной Премией имени Джонатана Манна за вклад в борьбу с эпидемией ВИЧ / СПИД.

3.2.3. МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ

Международные проекты – действующие в Узбекистане на основании аккредитации проекты, осуществляющие деятельность на основании соглашений с правительственными структурами для достижения конкретных целей.

3.2.3.1. «ВРАЧИ БЕЗ ГРАНИЦ» (MSF)

«Врачи без Границ» – неправительственная международная организация. Организация состоит в основном из врачей и других медицинских работников, а также из представителей других профессий, которые могут способствовать достижению целей организации. Все члены организации согласны придерживаться следующих принципов:

- «Врачи без границ» предоставляет помощь, гуманитарную помощь жертвам природных и спровоцированных человечеством катаклизмов, гражданских и иных войн.
- «Врачи без границ» сохраняет нейтралитет и является независимой организацией.
- Члены, добровольцы и персонал «Врачи без границ» должны соблюдать правила, установленные Медицинским кодексом поведения, и сохранять абсолютную независимость от каких бы то ни было политических, религиозных либо экономических сил.

3.2.4. МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Организации, созданные по соглашению между государствами, членами которых являются сами государства для координации деятельности государств в конкретной области сотрудничества, которые обладают статусом субъекта международного права, что позволяет

им самостоятельно совершать сделки, приобретать имущество, выступать сторонами соглашений, включая международные договоры.

3.2.4.1. ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сфера деятельности ВОЗ в Узбекистане включает в себя ряд стратегических областей сотрудничества, которые регулярно пересматриваются Министерством здравоохранения и Региональным бюро с целью определения приоритетов. Текущее соглашение сконцентрировано на нижеследующих пяти приоритетных сферах.

Приоритетная сфера 1 «Инфекционные заболевания, меры обеспечения безопасности здоровья и окружающая среда» включает в себя следующее:

- Адаптация и осуществление стратегии «Положить конец Туберкулезу» и целей по профилактике, лечению и борьбе с туберкулезом на период после 2015 г. во всем мире в соответствии с резолюцией WHA67.1
- К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемые через воду, и другими инфекционными заболеваниями.
- Обновление руководящих принципов политики и технических инструментов в поддержку осуществления Стратегии «Положить конец туберкулезу» и усилий, направленных на выполнение задач по профилактике туберкулеза, его лечению и борьбе с ним на период после 2015 г., основанных на трех основополагающих элементах: 1. Комплексное лечение и профилактика с ориентацией на пациентов; 2. Решительные политические меры и системы поддержки; 3. Активизация исследований и инноваций.
- Оказание содействия стране в адаптации Стратегии «Положить конец Туберкулезу» и соответствующих региональных планов и механизмов к национальным мерам политики, стратегиям и планам по туберкулезу, в соответствии с общими усилиями по укреплению национальных систем здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и социальной защитой, и обеспечение междисциплинарного диалога по вопросам политики между различными секторами, партнерами и затронутыми группами населения.
- Укрепление потенциала страны для принятия важнейших мер по борьбе с ВИЧ посредством активного вовлечения в диалог по вопросам политики, разработки нормативных руководящих документов и инструментов, распространения стратегической информации и оказания технической поддержки.
- Укрепление потенциала страны для принятия важнейших мер по борьбе с Гепатитом посредством активного вовлечения в диалог по вопросам политики, разработки нормативных руководящих документов и инструментов, распространения стратегической информации и оказания технической поддержки.
- Обновление рекомендаций по вопросам политики, а также руководящих принципов по стратегическим и техническим вопросам борьбы с переносчиками малярии, проведению диагностических обследований, лечению малярии, включая труднодоступные группы населения, оказание комплексной помощи при фебрильных состояниях, осуществление эпид надзора и получение дезагригированных данных, выявление эпидемий и принятие мер реагирования для скорейшего снижения

показателей заболеваемости малярией и ее элиминации. Снижение бремени инфекционных заболеваний, включая их социальные и экономические последствия, укрепление систем иммунизации и осуществление политики для поддержания статуса страны, свободной от полиомиелита, и достижение элиминации кори и краснухи.

Приоритетная сфера 2 «Неинфекционные заболевания, формирование здорового образа жизни» заключается в снижении заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности в результате хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) и психических расстройств, а также в формировании здорового образа жизни. Мероприятия, направленные на решение этих задач, включают в себя следующее:

- Ускорение разработки и осуществления национальных многосекторальных программ и планов работы по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.
- Страна получила возможность реализовать стратегию по сокращению поддающихся изменению факторов риска в отношении неинфекционных заболеваний (употребление табака, рацион питания, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя) включая социальные детерминанты, которые лежат в основе этих факторов.
- Страна получила возможность расширить охват услугами здравоохранения для ведения сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета и хронических респираторных заболеваний, и соответствующих факторов риска, в том числе в условиях кризисов и чрезвычайных ситуаций.
- Страна обладает техническим потенциалом для разработки комплексной системы услуг в области психического здоровья, включающей в себя укрепление здоровья, профилактику, лечение и восстановление. Принятие перечня приоритетных мер по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Приоритетная сфера 3 «Укрепление систем здравоохранения и общественное здравоохранение» включает в себя следующее:

- Совершенствование деятельности служб общественного здравоохранения путем разработки, реализации и оценки научно обоснованных стратегий в области охраны здоровья населения и внедрения методов финансирования здравоохранения для достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами.
- Повышение потенциала кадровых ресурсов в сфере управления здравоохранением и укрепление предоставления медицинских услуг.
- Содействие рационализации системы в отношении предоставления, финансирования, формирования цен, возмещения расходов и сдерживания затрат на лекарственные средства при максимальном использовании генерических препаратов.
- Оказание поддержки внедрению десяти основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ) для улучшения состояния здоровья и повышения благополучия по всей стране.

Приоритетная сфера 4 «Медико-санитарная информация, фактические данные, научные исследования и инновации» включает в себя следующее:

- Оценка национальных систем медико-санитарной информации в рамках общей Европейской системы медико-санитарной информации.

- Повышение качества и потенциала для анализа ситуаций в сфере здравоохранения, включая сбор, анализ и распространение медико-санитарной информации и применение стандартов.

Приоритетная сфера 5 «Европейская политика здравоохранения Здоровье-2020» включает в себя следующее:

- Поддержка действий всего государства и общества с целью "значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенство в отношении здоровья, укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека", путем наращивания соответствующего потенциала и укрепления приверженности применению подхода на основе соблюдения прав человека к разработке и внедрению стратегий, планов и программ в сфере здравоохранения с особым вниманием к группам населения, страдающим от малообеспеченности и социальной изоляции.

3.2.4.2. ПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЁННЫХ НАЦИЙ ПО НАРКОТИКАМ И ПРЕСТУПНОСТИ

Региональное представительство Управления ООН по наркотикам и преступности (УПН) в настоящее время реализует в Узбекистане следующие проекты в области здравоохранения:

1. «Тreatnet II - Лечение наркозависимости и её последствий для здоровья». Данный проект помогает оказывать содействие государствам-членам в повышении и укреплении технического потенциала для предоставления всесторонних и эффективных услуг по лечению и реабилитации наркозависимых.

Treatnet II состоит из следующих компонентов:

- Систематическая пропаганда четкого понимания наркозависимости и ее лечения.
- Борьба со стигмой и дискриминацией.
- Наращивание потенциала.
- Оказание содействия соответствующим органам власти в предоставлении основанного на доказательствах, эффективного лечения наркозависимости посредством развития национальной/региональной сети центров по лечению наркозависимости, которые будут способствовать увеличению доступа к лечению всем лицам, нуждающимся в лечении, тем самым снижая негативное влияние на здоровье и социальное последствие наркозависимости, включая ВИЧ и СПИД.

2. «Профилактика злоупотребления психоактивными веществами, ВИЧ/ СПИДа и преступности среди молодежи посредством программ обучения навыкам жизни в семье». Данный проект нацелен на внедрение программ обучения навыкам жизни в семье, основанных на научных доказательствах, для предотвращения злоупотребления психоактивными веществами, ВИЧ/СПИДа, преступности или антиобщественного поведения молодежи путем укрепления потенциала семей и большей заботы о детях. В данный момент проект реализуется в 12 странах четырех географических регионов: Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан), Балканах (Сербия, Албания и Черногория), Латинской Америке (Панама, Гондурас, Сальвадор и Никарагуа) и Южной Америке (Бразилия). Продолжительность проекта: 2009-2017 гг.

В результате тщательного анализа существующих доказательно обоснованных программ обучения навыкам жизни в семье, УПН ООН выбрал программу «Семья и школа вместе» (Families and Schools Together – FAST) для адаптации и внедрения в рамках проекта в странах Центральной Азии. При отборе учитывались адаптируемость и приемлемость использования программы в регионе, а также эффективность, доказанная длительными научными исследованиями.

Цели программы:

- Укрепление семьи и связей между родителем и ребёнком.
- Улучшение академической успеваемости ребёнка в школе.
- Снижение стресса в семье и изоляции от общества.
- Снижение употребления наркотических средств и алкогольных напитков в семье.

Региональное представительство Управления ООН по наркотикам и преступности (УПН) продолжает активно работать в области привлечения дополнительных средств для технической поддержки национальных партнёров в рамках подпрограммы 3 Программы УПН ООН для государств Центральной Азии (2015-2019) «Профилактика и лечение наркотической зависимости, реинтеграция наркозависимых и профилактика ВИЧ».

3.2.4.3. ПРОГРАММА USAID ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Программа USAID по борьбе с туберкулезом в Узбекистане (далее «Программа») реализуется филиалом «Project HOPE – The People-to-People Health Foundation, Inc.» в Кашкадарьинской, Бухарской, Навоийской и Хорезмской областях Республики Узбекистан в период с 01 сентября 2014 года – 31 августа 2019 года.

Целью программы является обеспечение более эффективной и доступной диагностики и лечения заболевания, снижение бремени чувствительных форм туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (MDR-TB/МЛУ-ТБ), предупреждение развития лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Программа направлена на улучшение состояния здоровья населения через наращивание потенциала Национальной противотуберкулезной (ПТБ) программы посредством обеспечения более эффективной и доступной лечебно-диагностической помощи. В Узбекистане Программа уделяет особое внимание уязвимым группам населения – женщинам, бывшим заключенным, мигрантам, потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) и людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ).

Программа способствует достижению целей Глобальной стратегии и целей ВОЗ в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 года (Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза «END-TB»).

Программа USAID по борьбе с туберкулезом в Узбекистане реализует комплексные мероприятия по трем ключевым стратегическим направлениям:

1. Укрепление кадрового потенциала
2. Работа на уровне учреждений и общин: пациент-ориентированный подход
3. Развитие политики, улучшение использования аналитических данных и адвокации.

3.3. ПРОЕКТ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ИХ ЗНАЧИМОМУ ОКРУЖЕНИЮ, МЕДИЦИНСКИМ И НЕМЕДИЦИНСКИМ СОТРУДНИКАМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ДРУГИХ ЗАДЕЙСТВОВАННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Организация работы психолога в медицинском учреждении подготовлена на основе опыта работы кабинета “Психологической, юридической и социальной помощи больным ТБ” МНПЦ борьбы с ТБ ДЗМ и изучения мнения специалистов, работающих в сфере ТБ в Республике Узбекистан (версия от 05/11/2014).

Кабинет психолога – звено системы здравоохранения, предназначенное для оказания квалифицированной консультационной, методической, психодиагностической и психокоррекционной помощи больным социально-значимыми заболеваниями и их окружению, а также персоналу программ лечения ТБ и ППСП.

Деятельность кабинета психолога направлена на:

- Пациентов с социально-значимыми заболеваниями:
 - Выработка мотивации к излечению.
 - Профилактика сезонных обострений и возможных психических расстройств.
- Значимое окружение больных социально-значимыми заболеваниями:
 - Осознание своей роли в процессе лечения и реабилитации больного ТБ.
- Персонал организаций, предоставляющих услуги лечения ТБ и ППСП:
 - Развитие навыков межличностного общения.
 - Предотвращение возникновения синдрома эмоционального выгорания.
 - Создание благоприятного рабочего психологического климата в организациях, предоставляющих услуги лечения ТБ и ППСП.

Организационное обеспечение кабинета психолога:

- Разработка нормативной документации для работы КП (включая график работы).
- Утверждение ставки психолога в программах лечения ТБ и ППСП.
- Разработка должностной инструкции психолога.
- Разработка учетно-отчетной документации по оказанию услуг психолога.
- Организация рабочего места психолога.

Кадровое обеспечение кабинета психолога:

Консультативный прием в кабинете психолога ведут специалисты – психологи, окончившие Высшее учебное заведение и имеющие квалификацию по диплому:

- “Клиническая (медицинская) психология”.
- “Психология”.
- “Психологическое консультирование”.
- “Практическая психология”.

Опыт работы по специальности должен быть не менее 3 лет.

Психологическое обеспечение включает в себя профессиональное взаимодействие психолога с лицами, нуждающимися в психологической помощи.

Методологическое обеспечение включает в себя методы и методики для проведения образовательных, психодиагностических и психокоррекционных мероприятий. Приблизительный перечень тестовых методик включает в себя:

- Тест Люшера.
- Методика Бааса-Дарки.
- Тест Спилберкера-Ханина.
- Шкала депрессии Бека (Бойко).
- Тест САН (самочувствие-активность-настроение).
- Тест Леонгарда-Смишека (акцентуации личности).
- Гиссенский опросник соматических жалоб.

Требования к материально-техническому обеспечению кабинета психолога:

- Кабинет психолога должен быть светлой, хорошо проветриваемой зоной уюта и максимального комфорта, способствующей доверительному общению.
- Условия для личной гигиены:
 - Раковина для мытья рук.
 - Бумажные полотенца.
 - Жидкое мыло для рук во флаконе с дозатором.
- Стены должны быть покрыты моющейся матовой краской или моющимися обоями.
- Цвет стен должен быть бежевого, светло-оливкового, светло-персикового и других близких к ним оттенков.
- Дверь шумоизолированная.
- Покрытие пола – линолеум/ламинат.
- Жесткая и мягкая мебель должна соответствовать санитарным нормам, принятым для использования в медицинских инфекционных учреждениях.
- Корпусная мебель для кабинета психолога (минимальный набор):
 - Шкафы 2 штуки.
 - Рабочий стол для психолога 1 штука.
 - Стулья 4 штуки.
 - Стеллажи 2 штуки.
 - Журнальный столик 1 штука.
- Мягкая мебель для кабинета психолога (минимальный набор):
 - Диван 1 штука.
 - Кресла для отдыха 2 штуки.
- Освещение должно быть регулируемым по яркости.
- Окна должны закрываться моющимися свето-защитными жалюзи или шторами того же качества.
- Кондиционер/вентилятор/дезактиваторы.
- Оргтехника:
 - Компьютер 1 штука.
 - Принтер струйный цветной 1 штука.
 - Расходные материалы для принтера по потребности.

- Телефон 1 штука.
- Подключение к интернету (1 Мбит/с – входящая скорость, 512 Кбит/с – исходящая скорость, не менее 2 Гб/месяц).
- Аудио-видеосистемы:
 - Телевизор 1 штука.
 - Сабвуфер 1 штука.
 - Аудио- и видеозаписи по потребности.
- Набор материалов для творчества:
 - Краски (гуашь, акварель) и кисти по потребности.
 - Клей канцелярский по потребности.
 - Ножницы канцелярские по потребности.
 - Цветная бумага А4 по потребности.
 - Бумага для рисования по потребности.
 - Пластилин по потребности.
- Корзина для мусора.
- Салфетки для очищения рабочих поверхностей.
- Дезинфицирующие средства.
- Ёмкости по СанПин.
- Средства инфекционного контроля (в ТБ учреждении):
 - Респираторы, маски, спецодежда.
 - УФБО /вентиляция.
- Организация консультирования на свежем воздухе.

3.4. ХАРТИЯ ПАЦИЕНТОВ О МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Хартия пациентов о медицинской помощи больным туберкулезом (далее- Хартия) содержит описание прав и обязанностей больных туберкулезом. Хартия призвана расширить возможности больных туберкулезом и населения в целом на основе знания ими своих прав и обязанностей. Созданная по инициативе и при участии больных туберкулезом из многих стран мира, Хартия способствует установлению взаимовыгодных отношений между больным туберкулезом и поставщиком медицинских услуг.

В Хартии излагаются подходы, благодаря которым пациенты, население, поставщики медицинских услуг (как частные, так и государственные) и правительства могут и должны установить открытые партнерские взаимоотношения в целях улучшения помощи больным туберкулезом и повышения эффективности лечения. Хартия призывает все стороны, участвующие в этом процессе, к повышению ответственности друг перед другом, налаживанию тесного сотрудничества и созданию партнерских отношений.

Хартия разрабатывалась одновременно с созданием Международных стандартов лечения туберкулеза (см. <http://www.worldcouncil.org/>) в целях широкого внедрения принципа оказания медицинской помощи, ориентированной на пациента. В тексте Хартии нашли отражение принципы охраны здоровья и защиты прав человека, изложенные в документах Организации Объединенных Наций, ЮНЕСКО, ВОЗ, Совета Европы, а также в других национальных и международных хартиях и конвенциях, в том числе, в замечании общего порядка №14 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам о праве

человека на здоровье, в Оттавской Хартии ВОЗ по укреплению здоровья, в Конвенции Совета Европы о защите прав и достоинства человека (применительно к биологии и медицине), а также в Проекте Всеобщей Декларации ЮНЕСКО о биоэтике и правах человека (см. www.worldcarecouncil.org).

Хартия пациентов о медицинской помощи больным туберкулезом провозглашает принцип активного участия больных туберкулезом, согласно которому расширение такого участия служит катализатором эффективного сотрудничества между больными туберкулезом, поставщиками медицинских услуг и органами исполнительной власти, а также необходимым условием успешной реализации стратегии «Остановить туберкулез». Хартия - первый глобальный стандарт медицинской помощи, ориентированный на активное участие пациента и налаживание диктуемых здравым смыслом отношений сотрудничества на благо всех больных туберкулезом.

Пациенты пользуются следующими правами:

- Медицинская помощь:
 - Право на бесплатную и общедоступную медицинскую помощь при туберкулезе в любое время с момента постановки диагноза до завершения курса лечения, независимо от источников оказания медицинской помощи, расы, пола, возраста, языка, правового статуса, религиозной принадлежности, сексуальной ориентации, культурных особенностей и наличия других заболеваний.
 - Право на медицинскую консультацию и лечение, в полной мере соответствующие новым Международным стандартам лечения туберкулеза, с ориентацией на нужды пациента, включая случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (MDR-TB/МЛУ-ТБ) и туберкулезом с сопутствующей инфекцией вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), а также на профилактическое лечение от туберкулеза детей младшего возраста и других лиц, относящихся к группам высокого риска.
 - Право на пользование результатами активных медицинских мероприятий среди населения, санитарного просвещения и кампаний по профилактике туберкулеза как части всесторонних программ медицинской помощи.
- Уважение и достоинство:
 - Право на уважительное и достойное отношение, в том числе, недопущение стигматизации, предубеждения и дискриминации со стороны поставщиков медицинских услуг и представителей органов власти.
 - Право пациента на качественную медицинскую помощь в атмосфере уважительного отношения и при моральной поддержке со стороны членов семьи, друзей и населения в целом.
- Информация:
 - Право на получение информации об имеющихся медицинских услугах для лечения больных туберкулезом, обязанностях, обязательствах, прямых и косвенных затратах, связанных с лечением туберкулеза.
 - Право на своевременное получение краткого и ясного описания состояния больного с представлением данных о диагнозе, прогнозе (вероятном развитии заболевания), предлагаемом курсе лечения, наряду с информацией о наиболее распространенных рисках и возможных альтернативных подходах к лечению.

- Право на получение сведений о названиях и дозах медицинских препаратов и о других предписываемых вмешательствах, об их обычном действии, возможных побочных реакциях и об их влиянии на состояние больного и на сопутствующие виды лечения.
- Право на доступ к медицинской информации, касающейся состояния пациента и курса лечения, а также на получение выписки из медицинской документации по просьбе пациента или лица, уполномоченного пациентом.
- Право на проведение встреч и обмена опытом с людьми своего круга и с другими больными и на добровольное консультирование в любое время с момента постановки диагноза до завершения курса лечения.
- Право выбора:
 - Право выбора другого медицинского учреждения с получением доступа к более ранней медицинской документации.
 - Право согласиться на хирургическое вмешательство или отказаться от него, если имеется возможность проведения медикаментозного лечения, а также право на получение информации о возможных медицинских и юридических последствиях для больного, связанных с инфекционным заболеванием.
 - Право согласиться или отказаться от участия в исследовательских медицинских программах без ущерба для лечебного процесса.
- Конфиденциальность:
 - Право на конфиденциальность информации личного характера и уважительное отношение к достоинству пациента, религиозным верованиям и культурным ценностям.
 - Право на получение информации, подтверждающей конфиденциальность медицинской информации и возможность её передачи другим организациям только с согласия пациента.
- Юридические права:
 - Право на подачу жалобы в соответствии с порядком, предусмотренным для этих целей органами здравоохранения, и на ее быстрое и справедливое рассмотрение.
 - Право на апелляцию в вышестоящие органы, если право на подачу и рассмотрение жалобы не было удовлетворено, и на получение ответа в письменной форме о результатах рассмотрения апелляции.
- Объединения больных туберкулезом:
 - Право на участие в объединениях больных туберкулезом и их близких и на создание таких объединений, а также на поддержку деятельности таких объединений и местных ассоциаций со стороны поставщиков медицинских услуг, представителей органов власти и организаций гражданского общества.
 - Право на участие в качестве заинтересованной стороны в разработке, реализации, мониторинге и оценке политики и программ в области борьбы с туберкулезом в сотрудничестве с местными, национальными и международными организациями здравоохранения.
- Гарантии:
 - Право на гарантированную работу после постановки диагноза и надлежащей реабилитации после завершения курса лечения.

- Право на гарантированное питание или дополнительное питание, если это необходимо для успешного лечения.

Пациенты имеют следующие обязанности:

- Предоставление информации:
 - Обязанность предоставлять поставщику медицинских услуг возможно полный объем информации о текущем состоянии здоровья пациента, заболеваниях, имевших место в прошлом, аллергических реакциях и любые другие подробные сведения.
 - Обязанность информировать поставщика медицинских услуг о контактах, которые имели место с членами семьи, близкими друзьями, другими лицами, которые могли подвергаться воздействию туберкулезной инфекции или быть инфицированными в результате контакта.
- Соблюдение режима лечения:
 - Обязанность следовать предписанному и согласованному режиму лечения и сознательно соблюдать инструкции врача для защиты собственного здоровья и здоровья окружающих.
 - Обязанность информировать поставщика медицинских услуг о любых трудностях и проблемах, связанных с соблюдением предписанного режима лечения, а также в случае, если у пациента возникают вопросы по какому-либо разделу лечебного процесса.
- Вклад в охрану здоровья населения:
 - Обязанность вносить свой вклад в охрану здоровья населения и побуждать других лиц обращаться за медицинской помощью, если у них наблюдаются симптомы заболевания туберкулезом.
 - Обязанность уважать права других пациентов и поставщиков медицинских услуг, сознавая, что на таком отношении зиждется взаимное уважение и достоинство больных туберкулезом.
- Солидарность:
 - Моральная обязанность за сохранение отношений солидарности между больными туберкулезом, направленной на достижение общей цели – излечения от туберкулёза.
 - Моральная обязанность обмена информацией и знаниями, полученными в ходе лечения от туберкулеза, и передача этих знаний окружающим, побуждая их в свою очередь обмениваться знаниями и информацией.
 - Моральная ответственность за участие в совместных действиях, направленных на то, чтобы сделать окружающий мир свободным от туберкулеза.

3.5. МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

По материалам Коалиции по борьбе с туберкулезом
при технической поддержке
Агентства США по международному развитию (USAID)

Список сокращений:

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
MDR-ТБ/МЛУ-ТБ	Multi drug resistant tuberculosis/Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
CDC	Центры по профилактике и контролю заболеваний, США
DOT	Лечение под непосредственным наблюдением
DOTS	Международная стратегия борьбы с туберкулезом
KNCV	Нидерландская Королевская ассоциация борьбы с туберкулезом
EMB	Этамбутол
INH	Изониазид
PZA	Пиразинамид
RIF	Рифампицин
UNAIDS	Объединенная программа ООН по борьбе с ВИЧ/СПИДом
USAID	Агентство США по международному развитию
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Стандарты диагностики:

Стандарт 1. Все лица, у которых в течение двух, трех и более недель наблюдается кашель с мокротой неясной этиологии, должны обследоваться на туберкулез.

Стандарт 2. У всех пациентов (взрослых, подростков, детей, у которых наблюдается кашель с мокротой и имеется подозрение на туберкулез) необходимо взять две (а лучше три) пробы мокроты для микроскопии. При возможности, одна из проб должна быть собрана утром.

Стандарт 3. У всех пациентов (взрослых, подростков, детей), в отношении которых имеется подозрение на внелёгочный туберкулёз, необходимо забрать пробы для микроскопии биологического материала, соответствующие предполагаемой локализации процесса, а также, если имеются соответствующие условия, провести культуральные и морфологические исследования этих проб.

Стандарт 4. У всех пациентов, у которых по результатам рентгенологических исследований легких имеется подозрение на туберкулёз, необходимо направить пробы мокроты на микроскопию.

Стандарт 5. Диагноз отрицательного по бактериоскопии лёгочного туберкулёза устанавливается на основании следующих критериев: не менее трёх отрицательных анализов мокроты (включая, по крайней мере, одну утреннюю пробу); результаты рентгенологического обследования лёгких указывают на наличие заболевания туберкулёзом;

отсутствие эффекта от лечения противомикробными препаратами широкого спектра действия (ПРИМЕЧАНИЕ: при этом следует избегать применения препаратов группы фторхинолонов из-за их активности в отношении *M. tuberculosis*, что вызовет некоторое улучшение в состоянии больных туберкулёзом). Если имеется возможность культурального исследования, то у таких пациентов необходимо направить мокроту для его проведения. Диагностическое обследование пациентов, больных ВИЧ-инфекцией или имеющих подозрение на ее наличие, следует максимально ускорить.

Стандарт 6. Диагноз туберкулеза торакальной локализации (т.е. лёгких, плевры, лимфатических узлов) у детей, имеющих клинические симптомы, характерные для туберкулеза, и отрицательные результаты микроскопии мокроты, устанавливается по данным рентгенологического обследования, или на основе заключения о возможных контактах с больным туберкулёзом, или на основе данных о наличии инфицированности микобактериями туберкулеза (по результатам туберкулиновой кожной пробы или теста на высвобождение гамма-интерферона). Если имеется возможность провести культуральное исследование, то у таких детей необходимо взять пробы мокроты (посредством откашливания, желудочных смывов, вызывания кашлевого рефлекса) для этого исследования.

Стандарты лечения:

Стандарт 7. Каждый медицинский работник, оказывающий лечебную помощь больному туберкулёзом, принимает на себя важную функцию и ответственность с позиций общественного здравоохранения. Реализуя эту функцию медицинский работник обязан предписывать надлежащий режим лечения и осуществлять необходимый контроль за его соблюдением больным, вмешиваясь в случае его нарушения. Это поможет обеспечить соблюдение предписанного режима вплоть до завершения курса лечения.

Стандарт 8. Все больные (в том числе, с ВИЧ-инфекцией), не лечившиеся ранее от туберкулёза, должны пройти принятые в международной практике курсы лечения препаратами первого ряда. На начальном этапе лечения проводится двухмесячный курс химиотерапии с применением изониазида, рифампицина, пипразинамида и этамбутола. На этапе продолжения лечения предпочтительно применять изониазид и рифампицин в течение 4-х месяцев. В качестве альтернативного подхода на этапе продолжения лечения можно применять изониазид в комбинации с этамбутолом в течение 6 месяцев, если не представляется возможным проконтролировать соблюдение больным предписанного режима при высоком риске неудачного лечения или рецидива, в особенности, если больной ВИЧ-инфицирован.

Дозы противотуберкулёзных препаратов также должны соответствовать международным рекомендациям. Рекомендуется применять фиксированные дозы двух (изониазид и рифампицин), трёх (изониазид, рифампицин и пипразинамид) или четырёх (изониазид, рифампицин, пипразинамид и этамбутол) препаратов, в особенности, если не представляется возможным проконтролировать их биосвоеимость.

Стандарт 9. Чтобы стимулировать и контролировать соблюдение больными предписанных режимов лечения, необходимо применять подходы, учитывающие возрастные, половые особенности и потребности пациента, основывающиеся на взаимном уважении между больным и лечащим врачом. Контроль и поддержка с учётом возрастных и половых особенностей больных должны распространяться на все лечебные мероприятия и вспомогательные службы и включать такие элементы, как консультирование пациентов и информационно-просветительная работа. Ключевой компонент лечения, ориентированного на пациента, включает обеспечение мер по оценке и стимулированию соблюдения

больными предписанного режима лечения, а также вмешательство в случаях нарушения больным этого режима. Эти меры должны быть приемлемыми как для пациента, так и для лечащего врача. Кроме того, эти меры должны включать наблюдение за приемом каждой дозы противотуберкулезных препаратов больным (лечение под непосредственным наблюдением - DOT), проводимое лицом, которое пользуется доверием со стороны лечащего врача и пациента и подотчётно органам здравоохранения.

Стандарт 10. У всех пациентов необходимо проводить мониторинг эффективности лечения, который у больных лёгочным туберкулёзом лучше всего осуществлять по результатам микроскопии мокроты (две пробы) в сроки (не реже): завершение начального этапа лечения (через два месяца после начала лечения), через пять месяцев лечения и в конце курса лечения. Больные, у которых получены положительные результаты микроскопии мокроты на пятом месяце лечения, относятся к категории пациентов с неудачным исходом лечения. Лечение таких больных необходимо соответствующим образом скорректировать (см. Стандарты 14 и 15). Эффект лечения у больных с внелёгочным туберкулёзом и у детей лучше всего оценивать по клиническим симптомам. Контрольные рентгенологические обследования, как правило, не являются необходимостью и могут ввести в заблуждение.

Стандарт 11. Для всех пациентов необходимо вести строгий учёт принимаемых препаратов, результатов бактериологических исследований и наличия побочных эффектов противотуберкулезных препаратов.

Стандарт 12. В регионах с высокой распространённостью ВИЧ-инфекции среди населения возможно увеличение частоты случаев сочетания туберкулёза и ВИЧ-инфекции, поэтому в таких регионах необходимо проводить консультирование по ВИЧ-инфекции всех больных туберкулёзом во время прохождения курса лечения. В регионах с низкой распространённостью ВИЧ-инфекции следует проводить консультирование и обследование больных на ВИЧ в случае появления у них симптомов, характерных для ВИЧ-инфекции, а также в случае наличия контакта больного туберкулёзом с ВИЧ-инфицированными лицами.

Стандарт 13. Во всех случаях туберкулёза с сопутствующей ВИЧ-инфекцией следует оценивать целесообразность применения антиретровирусной терапии. Всем больным, у которых имеются соответствующие показания, следует обеспечить доступ к антиретровирусной терапии. Учитывая трудности, связанные с одновременным применением противотуберкулёзной и антиретровирусной терапии, необходимы консультации со специалистом, прежде чем назначить одновременное лечение туберкулёза и ВИЧ-инфекции независимо от того, какое из этих заболеваний было первым. В любом случае лечение туберкулёза не следует откладывать на более позднее время. Больным туберкулезом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией следует также назначать ко-тримоксазол для профилактики других инфекций.

Стандарт 14. Во всех случаях лечения больных туберкулёзом важно оценивать вероятность лекарственной устойчивости возбудителя, исходя из результатов предшествующего лечения, его контактов с источником лекарственно устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза и степени распространённости лекарственной устойчивости среди населения данного региона. Исследование на лекарственную устойчивость возбудителя следует проводить во всех случаях неудачного исхода лечения и у хронических больных. У пациентов с подозрением на наличие лекарственной устойчивости возбудителя необходимо срочно провести культуральное исследование и тесты на чувствительность выделенных штаммов к изониазиду, рифампицину и этамбутолу.

Стандарт 15. В отношении больных с лекарственно устойчивым туберкулёзом (в особенности, MDR-TB/МЛУ-ТБ) следует прибегать к специальным режимам лечения с

применением противотуберкулёзных препаратов второго ряда. Необходимо использовать, по крайней мере, четыре препарата, к которым имеется подтверждённая или предполагаемая чувствительность возбудителя, а курс лечения должен продолжаться не менее 18 месяцев. Для обеспечения соблюдения больными предписанного режима лечения важно опираться на методы, ориентированные на пациента. Необходимо также проконсультироваться с врачом, имеющим опыт лечения больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью.

Стандарты обязанностей органов и учреждений здравоохранения:

Стандарт 16. Важно обеспечить, чтобы все лица (в первую очередь, дети в возрасте до 5 лет и пациенты с ВИЧ-инфекцией), имевшие контакт с заразным больным туберкулёзом, прошли обследование и лечение в соответствии с международными рекомендациями. Дети в возрасте до 5 лет и лица с ВИЧ-инфекцией, имевшие контакт с заразным больным туберкулёзом, должны обследоваться на инфицированность *M. Tuberculosis*.

Стандарт 17. Все медицинские учреждения обязаны информировать местные органы здравоохранения о случаях заболевания туберкулезом, о пациентах, проходящих курс лечения по поводу туберкулеза, а также о результатах этого лечения в соответствии с действующими нормативными требованиями.

В процессе разработки Международных стандартов оказания противотуберкулезной помощи было выделено несколько направлений, нуждающихся в дополнительных научных исследованиях. Результаты этих исследований (некоторые из которых проводятся в настоящее время) и их систематический анализ создадут прочную основу для разработки рациональных, основанных на принципах доказательной медицины, подходов к лечению туберкулёза и борьбе с этим заболеванием. Проводимые организационные и клинические исследования послужат разработке новых механизмов борьбы с туберкулёзом.

3.6. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ КЛЮЧЕВЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРОГРАММ ППС

3.6.1. ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

Базовая версия должностной инструкции социального работника для последующей адаптации.

3.6.1.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Социальный работник принимается на работу и увольняется с работы приказом руководителя учреждения.
- На должность социального работника назначается лицо, имеющее среднее специальное образование без предъявления требований к стажу работы.
- На должность социального работника II квалификационной категории назначается лицо, имеющее среднее специальное образование и стаж работы в должности социального работника без категории 1 год. Общее среднее образование и стаж работы в должности социального работника без категории 2 года.
- На должность социального работника I квалификационной категории назначается лицо, имеющее высшее образование без предъявления требований к стажу работы или среднее специальное образование и стаж работы в должности социального работника во II квалификационной категории не менее 1 года. Общее среднее образование и стаж работы в должности социального работника во II квалификационной категории не менее 2 лет.

- Социальный работник непосредственно подчиняется заведующему диспансерным отделением (руководителю учреждения) и является ответственным в учреждении за оказание медико-социального сопровождения больных туберкулезом.
- Социальный работник в своей деятельности руководствуется: действующим законодательством по вопросам здоровья и социального обслуживания населения; Уставом учреждения; настоящей Должностной инструкцией.
- Социальный работник должен обладать, наряду с соответствующей квалификацией и профессионализмом, высокими моральными качествами, чувством ответственности, умением работать с людьми, тактичностью, дисциплинированностью, исполнительностью. Социальный работник должен чутко и внимательно относиться к обслуживаемым им гражданам.
- Задачей деятельности социального работника в противотуберкулезном учреждении является: посредством оказания социального сопровождения больному во время его болезни мотивировать его на непрерывное лечение, сократить отрывы в приеме препаратов, помочь социально адаптироваться больному в процессе лечения.
- Социальный работник должен знать:
 - Основы социальной политики, права и государственного устройства, трудового и семейного законодательства, законодательства в области здравоохранения.
 - Нормативные документы по организации социального обслуживания граждан.
 - Основы психологии лиц, страдающих туберкулезом.
 - Основные приемы и методы оказания неотложной доврачебной помощи.
 - Правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.
- Во время отсутствия социального работника (отпуск, болезнь и пр.) его обязанности исполняет лицо, назначенное приказом руководителя учреждения. Данное лицо приобретает соответствующие права и несет ответственность за качественное и своевременное исполнение возложенных на него обязанностей.
- Основной функцией социального работника является осуществление комплекса мероприятий по социальному сопровождению граждан, находящихся на диспансерном наблюдении в противотуберкулезном учреждении, а также осуществление консультирования больных, находящихся на стационарном этапе лечения.

3.6.1.2. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Для выполнения возложенных на него функций социальный работник обязан:

- На основе социального анамнеза и последующего заполнения социальной карты выявлять пациентов, состоящих на диспансерном учете по I и II группе, нуждающихся в социальной помощи, их интересы и потребности, трудности и проблемы и своевременно оказывать им социальное сопровождение и поддержку.
- Содействовать в восстановлении документов, удостоверяющих личность пациентов.
- Получать страховые полисы для пациентов.
- Осуществлять помощь в организации непосредственно контролируемого лечения туберкулеза у социально-уязвимых больных и лиц, по различным показаниям принимающих противотуберкулезные препараты, в том числе на дому.

- При необходимости – организовывать доставку лекарственных препаратов к месту работы или проживания пациента.
- Участвовать (при необходимости) в проектах социальной помощи благотворительных и иных организаций и др.
- Помогать в трудоустройстве больных туберкулезом, потерявших профессию, на завершающих этапах лечения при прекращении бактериовыделения.
- Помогать в восстановлении на работе незаконно уволенных больных.
- Помогать в постановке на миграционный учет.
- При наличии дополнительного финансирования участвовать в организации выдачи больным продуктовых наборов на амбулаторном этапе лечения и организации оплаты транспортных расходов при проезде на прием к фтизиатру и месту лечения.
- Помогать больным, лишенным жилья в организации проживания в отделениях сестринского наблюдения, домах ночного пребывания на время фазы продолжения химиотерапии.
- Обучать навыкам самообслуживания, личной гигиены, оказывать социальную помощь больным в отделении сестринского ухода.
- Участвовать в медико-санитарном просвещении больных.
- Участвовать в организации досуга (при наличии соответствующего финансирования или спонсорской помощи) больным туберкулезом прекратившим бактериовыделение, находящимся на амбулаторном этапе.
- Вести учетную и отчетную документацию, предоставлять отчеты о деятельности в установленном порядке, собирать данные, предусмотренные законодательством.
- Содействовать в проведении медико-социальной экспертизы для нуждающихся.
- Оказывать помощь в получении путевок на санаторно-курортное лечение, в получении зубопротезной и протезно-ортопедической помощи, а также в обеспечении техническими средствами ухода и реабилитации.
- Оказывать помощь в написании писем, в оформлении необходимых документов, содействовать в получении установленных действующим законодательством льгот и преимуществ, оказывать помощь по вопросам пенсионного обеспечения и предоставления других социальных выплат.
- Направлять пациентов на оказание психотерапевтической помощи, осуществлять моральную поддержку, содействовать (по возможности) обеспечению книгами, журналами, газетами.
- Содействовать в организации ритуальных услуг.
- Организовывать помощь родителям, больным туберкулезом, в обеспечении детей школьными принадлежностями из средств благотворительных организаций и спонсорской помощи.
- Организовывать в соответствии с действующим законодательством взаимодействие с благотворительными фондами, центрами, меценатами, некоммерческими организациями (ННО).
- Организовывать взаимодействие с государственными учреждениями и ведомствами с целью осуществления задач по социальному сопровождению больного во время лечения.

- Оказывать помощь в разобщении контакта детей с больным туберкулезом (семейный очаг), направлять в санаторные группы детских садов и ясель, противотуберкулезные санатории, реабилитационные отделения.

3.6.1.3. ПРАВА

Социальный работник имеет право:

- На все предусмотренные законодательством социальные гарантии.
- Требовать создания условий для выполнения служебных обязанностей.
- Знакомиться с проектами решений руководства предприятия, касающимися его деятельности.
- По вопросам, находящимся в его компетенции, вносить на рассмотрение руководства учреждения предложения по улучшению деятельности учреждения и совершенствованию методов работы.
- Высказывать замечания по деятельности работников учреждения.
- Предлагать варианты устранения имеющихся в деятельности учреждения недостатков.
- Запрашивать лично или по поручению руководства учреждения от структурных подразделений и специалистов информацию и документы, необходимые для выполнения своих должностных обязанностей.
- Привлекать специалистов всех (отдельных) структурных подразделений к решению задач, возложенных на него (если это предусмотрено положениями о структурных подразделениях, если нет - с разрешения руководителя учреждения).
- Требовать от руководства учреждения оказания содействия в исполнении своих должностных обязанностей и прав.
- Запрашивать лично или по поручению непосредственного руководителя от иных структурных подразделений информацию и документы, необходимые для выполнения своих должностных обязанностей.
- Повышать свою профессиональную квалификацию.

3.6.1.4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Социальный работник несет ответственность:

- За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей Должностной инструкцией, - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством.
- За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством.
- За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности, - в пределах, определенных действующим административным, уголовным, гражданским законодательством.

3.6.2. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА

Базовая версия должностной инструкции медицинского психолога для последующей адаптации.

3.6.2.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность медицинского психолога.
- На должность медицинского психолога назначается лицо, имеющее высшее психологическое образование и дополнительное образование (специализацию) по медицинской психологии.
- Медицинский психолог должен знать основы законодательства РУз о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан; Декларацию прав и свобод человека; медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию), психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику, психологическое консультирование; методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения; методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности; психологию труда; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.
- Медицинский психолог назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя учреждения здравоохранения в соответствии с действующим законодательством РУз.
- Медицинский психолог непосредственно подчиняется руководителю учреждения здравоохранения или его заместителю.

3.6.2.2. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

- Проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных.
- Выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоническое развитие личности больного.
- Осуществляет работу по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных, для чего оказывает помощь больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.
- Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за больными, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств.
- Совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов больных, выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей.

- Проводит работу по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии.
- Проводит профилактику синдрома эмоционального выгорания среди медицинских работников.
- Оценивает по состоянию здоровья больного эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.
- Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности.
- Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима.
- Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.
- Систематически повышает свою квалификацию.

3.6.2.3. ПРАВА

Медицинский психолог имеет право:

- Самостоятельно устанавливать диагноз и проводить лечение по специальности; участвовать в определении тактики ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами; привлекать в необходимых случаях врачей других специальностей для консультаций, обследования и лечения больных.
- Вносить предложения руководству учреждения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, в т.ч. по улучшению работы параклинических и административно-хозяйственных служб, вопросам организации и условий своей трудовой деятельности.
- Контролировать работу подчиненных сотрудников (при их наличии), отдавать им распоряжения в рамках их служебных обязанностей и требовать их четкого исполнения, вносить предложения руководству учреждения по их поощрению или наложению взысканий.
- Запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей.
- Принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой.
- Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории.
- Повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

Медицинский психолог пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом.

3.6.2.4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Медицинский психолог несет ответственность за:

- Своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей.
- Организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности.
- Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности.
- Своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами.
- Предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности.
- Обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей подчиненными ему работниками (при их наличии).
- Оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов медицинский психолог может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

3.7. ФОРМЫ

3.7.1. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

_____ (Код клиента)

на период с _____ по _____

РЕЗЮМЕ:

--

ФИО, должность специалистов,
составивших план

Дата

Подпись

УТВЕРЖДЕНО:

Заведующий отделением

Дата

Подпись

Клиент с целями и задачами
ознакомлен:

Дата

Подпись

№	Задачи	Перечень мероприятий, которые необходимо провести для исполнения поставленной задачи	Ответственный (специалист, клиент)	Сроки выполнения	Отметка о выполнении, примечания
1					
2					
3					

3.7.3. ФОРМА УГЛУБЛЁННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИЕНТА ЖЕНСКОГО ПОЛА

ФОРМА УГЛУБЛЕННОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КЛИЕНТКИ (заполняется психологом)

Дата начала/завершения диагностики : с ____/____/____ по ____/____/____

Код клиентки: _____

Психлог: _____

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛИЕНТКИ:

(характеристика эмоционального состояния клиентки; опыт участия в индивидуальном, групповом или/и семейном консультировании; проходила ли психиатрическое лечение; отношение к беременности и рождению ребенка; есть ли другие дети; где они находятся; существует ли риск отказа от ребенка)

АКТУАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В СЕМЬЕ:

(где и с кем проживает клиентка; постоянное или временное проживание; психологический климат в семье; знают ли о диагнозе те, с кем она проживает; с кем в семье самые теплые отношения; с кем конфликтные отношения; созданы ли условия для ребенка – есть ли отдельное место, насколько оно комфортно для ребенка; отношение членов семьи к ребенку)

ОТНОШЕНИЯ СО СТАРШИМИ РОДИТЕЛЯМИ (БАБУШКИ И ДЕДУШКИ РЕБЕНКА)

(характер отношений с родителями; живы ли родители; оказывают ли поддержку; есть ли конфликты – в чем причина; считает ли клиентка своих родителей образцом, хочет ли быть на них похожей; оказывают ли старшие родители помощь в уходе или воспитании внуков; были ли случаи психических расстройств в семье; текущее состояние психического здоровья родителей)

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ:

(осуществляет ли необходимую заботу о ребенке; осуществляет ли воспитание ребенка; эмоциональная включенность в ребенка; характер отношений с ребенком; проявляет ли жестокость по отношению к ребенку; что, по ее мнению, является характеристикой хорошей матери)

ОТНОШЕНИЕ С МУЖЕМ/ПАРТНЕРОМ:

(характер отношений в данный момент; проживают ли вместе; насколько регулярно видятся; зарегистрированы ли отношения; планируют ли совместное проживание в будущем; вклад

каждого в общий доход семьи)

ОБРАЗОВАНИЕ И ЗАНЯТОСТЬ:

(сколько полных классов окончила; есть ли профессиональное образование; планирует ли учиться в будущем; кем работала до рождения ребенка, работает ли в настоящее время; кем хотела бы работать в будущем; каков уровень образования и профессиональный стаж родителей)

ОТНОШЕНИЕ К ЗАБОЛЕВАНИЮ:

(когда узнала о своем ВИЧ-диагнозе; когда предположительно инфицировалась; состоит ли на учете в Центре СПИД или у врача-инфекциониста по месту жительства; частота посещений и обследований у врача; как относится к своему диагнозу; как заботится о состоянии своего здоровья; режим сна и питания в настоящее время; уровень активности; жалобы на депрессивное состояние; заинтересованность в помощи психолога и психиатра; случаи госпитализации)

ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ:

(употребление наркотиков (в том числе инъекционных) в настоящее время; опыт и стаж употребления; как употребление ПАВ повлияло на жизнь; причины употребления; проходила ли лечение от наркозависимости и сколько раз; состоит ли на диспансерном учете в наркологическом диспансере; хотела ли бы пройти лечение; наличие проблем с алкоголем или наркотиками у других членов семьи, в прошлом и в данный момент)

ОТНОШЕНИЯ С ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ:

(содержание под стражей; лишения свободы, условное освобождение в настоящее время и в прошлом, сколько раз и за что; текущая ситуация – под подпиской о невыезде, в ожидании приговора, на условном заключении)

НАВЫКИ САМОСТОЯТЕЛЬНОСТИ:

(сформированы ли навыки планирования и расходования денежных средств, ведения бюджета и т.д.; сформированы ли основные гигиенические навыки и потребность в них; сформированы ли навыки в ведении дома: приготовление пищи, уборка жилища, стирка и т.д.; сформированы ли социальные навыки: получения государственной социальной помощи, обращение в социальные службы и т.д.)

САМООЦЕНКА И МОТИВАЦИЯ К ИЗМЕНЕНИЯМ:

(что больше всего нравится в себе; что бы хотела изменить в себе; в чем сильные стороны; как справляется с трудностями; насколько уверена в том, что этот опыт не повторится)

РЕКОМЕНДАЦИИ:

3.7.4. АНКЕТА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Учреждение _____

Отделение _____

Дата поступления _____

ФИО _____

Диагноз _____

впервые выявлено _____ год,

прерывание лечения: Да Нет

дата рождения _____ пол _____ образование _____

профессия _____

семейное положение _____ наличие детей _____

ближайшие родственники _____

сопутствующие заболевания _____

зависимости: курение алкоголь наркотические вещества

Примечание _____

дата заполнения: _____

3.7.5. ТОРОНТСКАЯ АЛЕКСИТИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА (TAS)

Инструкция: Прочтите утверждения опросника и укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений (ставьте «+» в соответствующей колонке).
 Дайте только один ответ на каждое утверждение:

- совершенно не согласен (1)
- скорее не согласен (2)
- ни то, ни другое (3)
- скорее согласен (4)
- совершенно согласен (5)

№	Утверждение	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то не другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
		1	2	3	4	5
1	Когда я плачу, всегда знаю, почему					
2	Мечты - это потеря времени					
3	Я хотел бы быть не таким застенчивым					
4	Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю					
5	Я часто мечтаю о будущем					
6	Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие					
7	Знать, как решать проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений					
8	Мне трудно находить правильные слова для моих чувств					
9	Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам					
10	У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам					
11	Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо					

№	Утверждение	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то не другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
		1	2	3	4	5
	знать, почему и как это происходит					
12	Я способен с легкостью описать свои чувства					
13	Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать					
14	Когда я расстроен, не знаю, печален ли я, испуган или зол					
15	Я часто даю волю воображению					
16	Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим					
17	Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле					
18	Я редко мечтаю					
19	Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так					
20	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
21	Очень важно уметь разбираться в эмоциях					
22	Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям					
23	Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства					
24	Следует искать более глубокие объяснения происходящему					
25	Я не знаю, что происходит внутри меня					
26	Я часто не знаю, почему я сержусь					

3.7.6. МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ФОРМ АГРЕССИИ А.БАССА И А.ДАРКИ

Прочитывая утверждения, примеряйте, насколько они соответствуют вашему стилю поведения, вашему образу жизни, и отвечайте одним из возможных ответов: «да» и «нет».

№	Вопрос	Да	Нет
1	Временами не могу справиться с желанием навредить кому-либо.		
2	Иногда могу посплетничать о людях, которых не люблю.		
3	Легко раздражаюсь, но легко и успокаиваюсь.		
4	Если меня не попросить по-хорошему, просьбу не выполняю.		
5	Не всегда получаю то, что мне положено.		
6	Знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной.		
7	Если не одобряю поступки других людей, даю им это почувствовать.		
8	Если случается обмануть кого-либо, испытываю угрызения совести.		
9	Мне кажется, что я не способен ударить человека.		
10	Никогда не раздражаюсь настолько, чтобы разбрасывать вещи.		
11	Всегда снисходителен к чужим недостаткам.		
12	Когда установленное правило не нравится мне, хочется нарушить его.		
13	Другие почти всегда умеют использовать благоприятные обстоятельства.		
14	Меня настораживают люди, которые относятся ко мне более дружелюбно, чем я этого ожидаю.		
15	Часто бываю не согласен с людьми.		
16	Иногда на ум приходят мысли, которых я стыжусь.		
17	Если кто-нибудь ударит меня, я не отвечу ему тем же.		
18	В раздражении хлопаю дверьми.		
19	Я более раздражителен, чем кажется со стороны.		

№	Вопрос	Да	Нет
20	Если кто-то корчит из себя начальника, я поступаю ему наперекор.		
21	Меня немного огорчает моя судьба.		
22	Думаю, что многие люди не любят меня.		
23	Не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной.		
24	Увиливающие от работы должны испытывать чувство вины.		
25	Кто оскорбляет меня или мою семью, напрашивается на драку.		
26	Я не способен на грубые шутки.		
27	Меня охватывает ярость, когда надо мной насмеются.		
28	Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались.		
29	Почти каждую неделю вижу кого-нибудь из тех, кто мне не нравится.		
30	Довольно многие завидуют мне.		
31	Требую, чтобы люди уважали мои права.		
32	Меня огорчает, что я мало делаю для своих родителей.		
33	Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их щелкнули по носу		
34	От злости иногда бываю мрачным.		
35	Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не огорчаюсь.		
36	Если кто-то пытается вывести меня из себя, я не обращаю на него внимания.		
37	Хотя я и не показываю этого, иногда меня гложет зависть.		
38	Иногда мне кажется, что надо мной смеются.		
39	Даже если злюсь, не прибегаю к сильным выражениям.		
40	Хочется, чтобы мои грехи были прощены.		
41	Редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня.		

№	Вопрос	Да	Нет
42	Обижаюсь, когда иногда получается не по-моему.		
43	Иногда люди раздражают меня своим присутствием.		
44	Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел.		
45	Мой принцип: «Никогда не доверять чужакам».		
46	Если кто-то раздражает меня, готов сказать ему все, что о нем думаю.		
47	Делаю много такого, о чем впоследствии сожалею.		
48	Если разозлюсь, могу ударить кого-нибудь.		
49	С десяти лет у меня не было вспышек гнева.		
50	Часто чувствую себя, как пороховая бочка, готовая взорваться.		
51	Если бы знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко ладить.		
52	Всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня.		
53	Когда кричат на меня, кричу в ответ.		
54	Неудачи огорчают меня.		
55	Дерусь не реже и не чаще других.		
56	Могу вспомнить случаи, когда был настолько зол, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.		
57	Иногда чувствую, что готов первым начать драку.		
58	Иногда чувствую, что жизнь со мной поступает несправедливо.		
59	Раньше думал, что большинство людей говорит правду, но теперь этому не верю.		
60	Ругаюсь только от злости.		
61	Когда поступаю неправильно, меня мучает совесть.		
62	Если для защиты своих прав нужно применить физическую силу, я применяю ее.		

№	Вопрос	Да	Нет
63	Иногда выражаю свой гнев тем, что стучу по столу		
64	Бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся.		
65	У меня нет врагов, которые хотели бы мне навредить.		
66	Не умею поставить человека на место, даже если он этого заслуживает.		
67	Часто думаю, что живу неправильно.		
68	Знаю людей, которые способны довести меня до драки.		
69	Не огорчаюсь из-за мелочей.		
70	Мне редко приходит в голову мысль о том, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня.		
71	Часто просто угрожаю людям, не собираясь приводить угрозы в исполнение.		
72	В последнее время я стал занудой.		
73	В споре часто повышаю голос.		
74	Стараюсь скрывать плохое отношение к людям.		
75	Лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить.		

3.7.8. ШКАЛА РЕАКТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ (РТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости оттого, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№•	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я не доволен собой	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

3.7.9. ШКАЛА ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ (ЛТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№•	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй так	Верно	Совершенно верно
1	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
2	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
3	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
4	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
5	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
6	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
7	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
8	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
9	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10	Я вполне счастлив	1	2	3	4
11	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
12	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
14	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
15	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
19	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

3.7.10. ШКАЛА ДЕПРЕССИИ БЕКА

Инструкция: В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли ВСЕ утверждения в каждой группе.

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
 - 1 Я расстроен.
 - 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
 - 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.
-
- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
 - 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
 - 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
 - 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.
-
- 0 Я не чувствую себя неудачником.
 - 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
 - 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.
 - 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник.
-
- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
 - 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
 - 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
 - 3 Я полностью не удовлетворен жизнью, и мне все надоело.
-
- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
 - 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
 - 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.
 - 3 Я постоянно испытываю чувство вины.

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям.

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

- 0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.
- 1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.
- 2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.
- 3 Я больше не могу принимать решения.
- 0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.
- 2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня не привлекательным.
- 3 Я знаю, что выгляжу безобразно.
- 0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.
- 1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.
- 2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.
- 3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.
- 0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.
- 1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.
- 2 Я просыпаюсь на 1 -2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.
- 3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.
- 0 Я устаю не больше, чем обычно.
- 1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.
- 2 Я устаю почти от всего, что я делаю.
- 3 Я не могу ничего делать из-за усталости.
- 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.
- 2 Мой аппетит теперь значительно хуже.
- 3 У меня вообще нет аппетита.
- 0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.
- 1 За последнее время я потерял более 2 кг.
- 2 Я потерял более 5 кг.
- 3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и стать меньше (отметить крестиком). ДА _ НЕТ _

- 0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
 - 1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.
 - 2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.
 - 3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.
-
- 0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к сексу.
 - 1 Меня меньше занимают проблемы секса, чем раньше.
 - 2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь сексуальными проблемами, чем раньше.
 - 3 Я полностью утратил сексуальный интерес.

3.7.11. МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЛИРИ

Поставьте знак "+" против тех определений, которые соответствуют Вашему представлению о себе (если нет полной уверенности, то знак "+" не ставьте).

№		
	1	Другие думают о нем благосклонно
	2	Производит впечатление на окружающих
1	3	Умеет распоряжаться, приказывать
	4	Умеет настоять на своем
	5	Обладает чувством собственного достоинства
	6	Независимый
2	7	Способен сам позаботиться о себе
	8	Может проявить безразличие
	9	Способен быть суровым
	10	Строгий, но справедливый
3	11	Может быть искренним
	12	Критичен к другим
	13	Любит поплакаться
	14	Часто печален
4	15	Способен проявить недоверие
	16	Часто разочаровывается
	17	Способен быть критичным к себе
	18	Способен признать свою неправоту
5	19	Охотно подчиняется
	20	Уступчивый
	21	Благородный
	22	Восхищающийся и склонный к подражанию
6	23	Уважительный
	24	Ищущий одобрения
	25	Способен к сотрудничеству
	26	Стремится ужиться с другими
7	27	Дружелюбный, доброжелательный
	28	Внимательный и ласковый
	29	Деликатный
	30	Одобряющий

№			
8	31	Отзывчивый к призывам о помощи	
	32	Бескорыстный	
	33	Способен вызвать восхищение	
	34	Пользуется уважением у других	
1	35	Обладает талантом руководителя	
	36	Любит ответственность	
	37	Уверен в себе	
	38	Самоуверен и напорист	
2	39	Деловит и практичен	
	40	Любит соревноваться	
	41	Строгий и крутой, где надо	
	42	Неумолимый, но беспристрастный.	
3	43	Раздражительный	
	44	Открытый и прямолинейный	
	45	Не терпит, чтобы им командовали	
	46	Скептичен	
4	47	На него трудно произвести впечатление	
	48	Обидчивый, щепетильный	
	49	Легко смущается	
	50	Не уверен в себе	
5	51	Уступчивый	
	52	Скромный	
	53	Часто прибегает к помощи других	
	54	Очень почитает авторитеты	
6	55	Охотно принимает советы	
	56	Доверчив и стремится радовать других	
	57	Всегда любезен в обхождении	
	58	Дорожит мнением окружающих	
7	59	Общительный и уживчивый	
	60	Добросердечный	
	61	Добрый, вселяющий уверенность	
	62	Нежный и мягкосердечный	
8	63	Любит заботиться о других	

№		
	64	Бескорыстный, щедрый
	65	Любит давать советы
	66	Производит впечатление значимости
1	67	Начальственно-повелительный
	68	Властный
	69	Хвастливый
	70	Надменный и самодовольный
2	71	Думает только о себе
	72	Хитрый и расчетливый
	73	Нетерпим к ошибкам других
	74	Своекорыстный
3	75	Откровенный
	76	Часто недружелюбен
	77	Озлобленный
	78	Жалобщик
4	79	Ревнивый
	80	Долго помнит обиды
	81	Склонный к самобичеванию
	82	Застенчивый
5	83	Безинициативный
	84	Кроткий
	85	Зависимый, несамостоятельный
	86	Любит подчиняться
6	87	Предоставляет другим принимать решения
	88	Легко попадает впросак
	89	Легко попадает под влияние друзей
	90	Готов довериться любому
7	91	Благорасположен ко всем без разбору
	92	Всем симпатизирует
	93	Прощает все
	94	Переполнен чрезмерным сочувствием
8	95	Великодушен и терпим к недостаткам
	96	Стремится покровительствовать

№		
	97	Стремится к успеху
	98	Ожидает восхищения от каждого
1	99	Распоряжается другими
	100	Деспотичный
	101	Сноб (судит о людях по рангу и личным качествам)
	102	Тщеславный
2	103	Эгоистичный
	104	Холодный, черствый
	105	Язвительный, насмешливый
	106	Злобный, жестокий
3	107	Часто гневливый
	108	Бесчувственный, равнодушный
	109	Злопамятный
	110	Проникнут духом противоречия
4	111	Упрямый
	112	Недоверчивый и подозрительный
	113	Робкий
	114	Стыдливый
5	115	Отличается чрезмерной готовностью
	116	Мягкотелый
	117	Почти никогда и никому не возражает
	118	Ненавязчивый
6	119	Любит, чтобы его опекали
	120	Чрезмерно доверчив
	121	Стремится снискать расположение каждого
	122	Со всеми соглашается
7	123	Всегда дружелюбен
	124	Всех любит
	125	Слишком снисходителен к окружающим
	126	Старается утешить каждого
8	127	Заботится о других в ущерб себе
	128	Портит людей чрезмерной добротой

3.7.12. ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК (ОПРОСНИК К. ЛЕОНГАРДА)

Инструкция: «Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего характера. Если Вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак «+» (да), если нет - знак «-» (нет). Над вопросами долго не думайте, правильных и неправильных ответов нет».

1	У Вас чаще веселое и беззаботное настроение?	
2	Вы чувствительны к оскорблениям?	
3	Бывает ли так, что у Вас на глаза наворачиваются слезы в кино, театре, в беседе и т.п.?	
4	Сделав что-то, Вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь до тех пор, пока не убедитесь еще раз в том, что все сделано правильно?	
5	В детстве Вы были так же смелы, как и Ваши сверстники?	
6	Часто ли у Вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?	
7	Являетесь ли Вы обычно центром внимания в обществе, компании?	
8	Бывает ли так, что Вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с Вами лучше не разговаривать?	
9	Вы серьезный человек?	
10	Способны ли Вы восторгаться, восхищаться чем-то?	
11	Предприимчивы ли Вы?	
12	Вы быстро забываете, если Вас кто-то обидел?	
13	Мягкосердечны ли Вы?	
14	Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли Вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?	
15	Стремитесь ли Вы всегда считаться в числе лучших работников?	
16	Бывало ли Вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?	
17	Стремитесь ли Вы во всем и всюду соблюдать порядок?	
18	Зависит ли Ваше настроение от внешних факторов?	
19	Любят ли Вас Ваши знакомые?	
20	Часто ли у Вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?	

21	У Вас часто несколько подавленное настроение?	
22	Бывали ли у Вас хотя бы один раз истерика или нервный срыв?	
23	Трудно ли Вам долго усидеть на одном месте?	
24	Если по отношению к Вам несправедливо поступили, энергично ли Вы отстаиваете свои интересы?	
25	Можете ли Вы зарезать курицу или овцу?	
26	Раздражает ли Вас, если дома занавес или скатерть висят неровно, или Вы сразу же стараетесь поправить их?	
27	Вы в детстве боялись оставаться один в доме?	
28	Часто ли у Вас бывают колебания настроения?	
29	Всегда ли Вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?	
30	Быстро ли Вы начинаете сердиться или впадать в гнев?	
31	Можете ли Вы быть абсолютно, беззаботно веселым?	
32	Бывает ли так, что ощущение безграничного счастья буквально пронизывает Вас?	
33	Как вы думаете, получился бы из Вас ведущий в юмористическом спектакле?	
34	Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо инедвусмысленно?	
35	Вам трудно переносить вид крови?	
36	Не вызывает ли это у Вас неприятных ощущений?	
37	Вы любите работу с высокой личной ответственностью?	
38	Склонны ли Вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым поступили несправедливо?	
39	В темный подвал Вам трудно, страшно спускаться?	
40	Предпочитаете ли Вы работу такой, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?	
41	Общительны ли Вы?	
42	В школе Вы охотно декламировали стихи?	
43	Убегали ли Вы в детстве из дома?	

44	Кажется ли Вам жизнь трудной?	
45	Бывает ли так, что после конфликта, обиды Вы были до того расстроены, что идти на работу казалось невыносимым?	
46	Можно ли сказать, что при неудаче Вы не теряете чувства юмора?	
47	Предприняли бы Вы первые шаги к примирению, если Вас кто-то обидел?	
48	Вы очень любите животных?	
49	Возвращаетесь ли Вы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, что там ничего не случится?	
50	Преследует ли Вас иногда неясная мысль, что с Вами и Вашими близкими может случиться что-то страшное?	
51	Считаете ли Вы, что Ваше настроение очень изменчиво?	
52	Трудно ли Вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?	
53	Вы можете ударить обидчика, если он Вас оскорбит?	
54	У Вас очень велика потребность в общении с другими людьми?	
55	Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в глубокое отчаяние?	
56	Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности?	
57	Настойчиво ли Вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?	
58	Может ли трагический фильм взволновать Вас так, что на глазах выступают слезы?	
59	Часто ли бывает Вам трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в Ваших мыслях?	
60	В школе Вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать?	
61	Потребуется ли Вам большое напряжение воли, чтобы пройти одному через кладбище?	
62	Тщательно ли Вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?	
63	Бывает ли так, что будучи перед сном в хорошем настроении, Вы на	

	следующий день встаете в подавленном, дрящемся несколько часов?	
64	Легко ли Вы привыкаете к новым ситуациям?	
65	Бывают ли у Вас головные боли? Вы часто смеетесь?	
66	Можете ли Вы быть приветливым даже с тем, кого Вы явно не цените, не любите, не уважаете?	
67	Вы подвижный человек?	
68	Вы очень переживаете из-за несправедливости?	
69	Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом?	
70	Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли Вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?	
71	Вы очень боязливы?	
72	Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?	
73	В Вашей молодости Вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности?	
74	Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости?	
75	Часто ли Вас тянет путешествовать?	
76	Может ли Ваше настроение измениться так резко, что состояние радости вдруг сменяется угрюмым и подавленным?	
77	Легко ли Вам поднять настроение друзей в компании?	
78	Долго ли Вы переживаете обиду?	
79	Долго ли Вы переживаете горести других людей?	
80	Часто ли, будучи школьником, Вы переписывали страницу в Вашей тетради, если случайно оставили в ней кляксу?	
81	Относите ли Вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?	
82	Часто ли Вы видите страшные сны?	
83	Бывает ли, что Вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего поезда или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете внезапно выпасть из окна?	
84	В веселой компании Вы обычно веселы?	

85	Способны ли Вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?	
86	Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь?	
87	В беседе Вы скудны на слова?	
88	Если бы Вам необходимо играть на сцене, Вы смогли бы войти в роль, чтобы позабыть о том, что это только игра?	

3.7.13. ОПРОСНИК "МИНИ-МУЛЬТ"

Инструкция: «Сейчас вы ознакомитесь с утверждениями, касающимися состояния вашего здоровья и вашего характера. Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к вам. Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову».

№	ВОПРОС	ДА (верно)	НЕТ (неверно)
1	У вас хороший аппетит		
2	По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.		
3	В вашей повседневной жизни масса интересного.		
4	Вы работаете с большим напряжением.		
5	Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.		
6	У вас очень редко бывает запор.		
7	Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.		
8	Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.		
9	Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.		
10	У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.		
11	Иногда вам хочется выругаться.		
12	Каждую неделю вам снятся кошмары.		
13	Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.		
14	С вами происходили (или происходят) странные вещи.		
15	Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.		
16	В детстве вы одно время совершали кражи.		
17	Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.		
18	У вас прерывистый и беспокойный сон.		
19	Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.		

№	ВОПРОС	ДА (верно)	НЕТ (неверно)
20	Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.		
21	Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.		
22	Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.		
23	Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.		
24	Иногда вы сердитесь.		
25	Вам определенно не хватает уверенности в себе.		
26	У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.		
27	У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком многого.		
28	Обычно вы удовлетворены своей судьбой.		
29	Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.		
30	Вы считаете, что против вас что-то замышляют.		
31	Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.		
32	Вас часто беспокоит желудок.		
33	Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.		
34	Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.		
35	Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.		
36	Временами вы уверены в собственной бесполезности.		
37	В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.		
38	У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом		

№	ВОПРОС	ДА (верно)	НЕТ (неверно)
	не могли вспомнить, что именно.		
39	Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали.		
40	Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.		
41	Вам безразлично, что думают о вас другие.		
42	С памятью у вас все благополучно.		
43	Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.		
44	Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.		
45	У вас редко болит голова.		
46	Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.		
47	Не все ваши знакомые вам нравятся.		
48	Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.		
49	Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.		
50	Вы считаете, что вы слишком застенчивы.		
51	Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.		
52	Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.		
53	Иногда вы немного сплетничаете.		
54	Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.		
55	У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.		
56	Вы вспыльчивы, но отходчивы.		
57	У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.		
58	Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.		
59	Ваша судьба никого особенно не интересует.		
60	Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в		

№	ВОПРОС	ДА (верно)	НЕТ (неверно)
	своих интересах ошибками другого.		
61	Иногда вы полны энергии.		
62	За последнее время у вас ухудшилось зрение.		
63	Часто у вас звенит или шумит в ушах.		
64	В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.		
65	У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.		
66	Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.		
67	Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.		
68	Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.		
69	Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.		
70	Вы часто разочаровываетесь в людях.		
71	Вы злоупотребляли спиртными напитками.		

3.8. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Zachariah R, Spielmann MP, Harries AD, Salanipont FM. . «Moderate to severe malnutrition in patients with tuberculosis is a risk factor associated with early death. .» *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 2002: 96:291–4.
- Cegielski JP, McMurray DN. «The relationship between malnutrition and tuberculosis: evidence from studies in humans and experimental animals. .» *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 2004: 8:286–98.
- DFID/CARHAP. 2010.
- Hanrahan CF et al. «Body mass index and risk of tuberculosis and death. .» *AIDS*, 2010: 24(10):1501–8. .
- Kassu A. et al. . «Alterations in serum levels of trace elements in tuberculosis and HIV infections.» *Eur. J. Clin. Nutr.*, 2006; : 60(5):580–6.
- Khan A, Sterling TR, Reves R, Vernon A, Horsburgh CR. . «Lack of weight gain and relapse risk in a large tuberculosis treatment trial. .» *Khan A, Sterling TR, Reves R, Vernon A, Horsburgh CR. Lack of weight gain aAm. J. Respir. Crit. Care Med.* , 2006: 174(3): 344–8.
- Krapp F, Veliz JC, Cornejo E, Gotuzzo E, Seas C. «Bodyweight gain to predict treatment outcome in patients with pulmonary tuberculosis in Peru.» *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 2008: 12(10):1153–9.
- Pakasi TA et al. . «Vitamin A deficiency and other factors associated with severe tuberculosis in Timor and Rote Islands, East Nusa Tenggara Province, Indonesia. .» *Eur. J. Clin. Nutr.* , 2009: 63(9):1130–5.
- Ramakrishnan K, Shenbagarathai R, Kavitha K, Uma A, Balasubramaniam R, Thirumalaikolundusubramanian P. «Serum zinc and albumin levels in pulmonary tuberculosis patients with and without HIV.» *Jpn. J. Infect. Dis.*, 2008;: 61(3):202–4.
- Russian Ministry of Health . «Tuberculosis in the Russian Federation in 2011: Analytical review of statistical indicators .» Russian Ministry of Health , 2013.
- Semba RD, Darnton-Hill I, de Pee S. «Addressing tuberculosis in the context of malnutrition and HIV coinfection.» *Food Nutr. Bull.* , 2010: 31:S345–64.
- Seyedrezazadeh E, Ostadrahimi A, Mahboob S, Assadi Y, Ghaemmagami J, Pourmogaddam M. . «Effect of vitamin E and selenium supplementation on oxidative stress status in pulmonary tuberculosis patients.» *Respirology* , 2008: 13(2):294–8.
- van Lettow M et al. . «Micronutrient malnutrition and wasting in adults with pulmonary tuberculosis with and without HIV co-infection in Malawi.» *BMC Infect. Dis.*, 2004: 4(1):61.
- Vijayamalini M, Manoharan S. . «Lipid peroxidation, vitamins C, E and reduced glutathione levels in patients with pulmonary tuberculosis.» *Cell Biochem. Funct.* , 2004: 22(1):19–22.
- Wilkinson RJ et al. . «Influence of vitamin D deficiency and vitamin D receptor polymorphisms on tuberculosis among Gujarati Asians in west London: a case-control study.» *Lancet*, 2000: 355:618–21.
- World Health Organization. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva: World Health Organization; 1999, 1999.
- . *Nutritional care and support for people with tuberculosis*. Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization. «Patient-centered care, social support and adherence to treatment.» В *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis.*, создатель World Health Organization, 172-184. Geneva: WorldHealthOrganization, 2014.

«Модель противотуберкулезной помощи, ориентированная на нужды людей». Концептуальный проект для стран Восточной Европы и Центральной Азии; Первое издание. Всемирная организация здравоохранения 2017

«Амбулаторная помощь при ТБ. Ключ к достижению лучших результатов лечения туберкулеза в Европейском регионе ВОЗ» на основе данных Tuberculosis in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.

«О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан». Приказ МЗ №383 от 24.10.2014 (единый).

Закон Республики Узбекистан «О социальном партнерстве» от 25 сентября 2014 года №ЗРУ-376.

Закон Республики Узбекистан «О социальных услугах для престарелых, инвалидов и других социально уязвимых категорий населения».

3.9. СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ

Рисунок 1	Оценочные показатели заболеваемости ТБ в 2017 году	14
Рисунок 2	Модель факторов, влияющих на приверженность противотуберкулёзному лечению	21
Рисунок 3	Воздействие пациент-ориентированного подхода на приверженность пациента	22
Рисунок 4	Структура ППСП	23
Рисунок 5	Структура коммуникации	42
Рисунок 6	Стадии изменения поведения	44
Рисунок 7	Направления взгляда	48
Рисунок 8	Действия медицинского персонала в конфликтных ситуациях	67
Рисунок 9	Принципы построения диалога с пациентами	68
Рисунок 10	Алгоритм участия больных ТБ в программах ППСП	87
Рисунок 11	Алгоритм управления качеством услуг	94

Таблица 1	Речевые предикаты сенсорных репрезентативных систем	48
Таблица 2	Модальности невербального общения	51
Таблица 3	Приёмы активного слушания	54
Таблица 4	Барьеры на пути передачи информации	56
Таблица 5	Системный подход "5А"	82
Таблица 6	Наблюдение за больным, уклоняющимся от лечения	88
Таблица 7	Средства массовой информации и материалы	97
Таблица 8	План социальной мобилизации	102
Таблица 9	Образование в программах ППСП	105

3.10. ССЫЛКИ

- ⁱ American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America. Treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003; 167(4): 603-62.
- ⁱⁱ World Health Organization. Treatment of tuberculosis guidelines (Fourth edition). Geneva: World Health Organization, 2009. WHO/HTM/TB/2009.420.
- ⁱⁱⁱ World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. WHO/MNC/03.01.),
- ^{iv} World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. WHO/MNC/03.01.
- ^v World Health Organization. Chapter 12. Patient-centered care, social support and adherence to treatment. In World Health Organization. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2014; Pages 172-184.
- ^{vi} World Health Organization, 2013
- ^{vii} «Эффективность комплексного лечения больных МЛУ/ШЛУ туберкулезом» А.Г. Самойлова, Т.Р. Багдасарян, Е.Е. Ларионова, И.В. Сороковиков, Л.Н. Черноусова, И.А. Васильева
- ^{viii} Drug adherence amongst tuberculosis patients in the University of Ilorin Teaching Hospital, Ilorin, Nigeria
- ^{ix} Toszek. Pope DS, Chaisson RE. TB treatment: as simple as DOTS *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7(7): 611-5.
- ^x Kurbatova EV, et al., Predictors of poor outcomes among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis at DOTS-plus projects, *Tuberculosis* (2012), <http://dx.doi.org/10.1016/j.tube.2012.06.003>
- ^{xi} Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC, Shin S. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004 Jun;8(6):749-59
- ^{xii} Cox HS, Kalon S, Allamuratova S, Sizaire V, Tigay ZN, et al. (2007) Multidrug-resistant tuberculosis treatment outcomes in Karakalpakstan, Uzbekistan: Treatment complexity and XDR-TB among treatment failures. *PLoS ONE* 2:e1126
- ^{xiii} TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TBCAREI, The Hague, 2014
- ^{xiv} «Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулеза лёгких»: Методическое пособие. - Москва, 2007
- ^{xv} Худзик, Толканица, Панкратова, 1997; Фау, 2002
- ^{xvi} Брюханова, 2011; Долгих, 2005
- ^{xvii} Кошелева, 1990; Виноградов, Черкашина, Перельман 1991; Сухова, 2004; Долгих, 2005; Janmeja et al., 2005; Ковпак, Третьяк, 2009; Прилипко, 2009
- ^{xviii} Худзик, Толканица, Панкратова, 1997
- ^{xix} Ковпак, Третьяк, 2009; Брюханова, 2011
- ^{xx} Валиев, 1999; Филипсон, 2000
- ^{xxi} Из лекции Ломакиной О.Б.
- ^{xxii} Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Reports. Communication for Better Health. Series j, Number 56. Baltimore, USA, January 2008.
- ^{xxiii} Гройсмана Л., 1969.
- ^{xxiv} Стрельцов В.В. и др., 2007.
- ^{xxv} Осипова, 2000
- ^{xxvi} А. Пиз. «Язык телодвижений». - С-П: «Гутенберг», 2000.
- ^{xxvii} Худзик, Толканица, Панкратова, 1997
- ^{xxviii} Гройсман, 1969; Sweetland, Acha, Guerra, 2002; Психологическое и нейропсихологическое... , 2007
- ^{xxix} Family Health International. Adherence Support Worker Training: Participant's Guide. <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Adherence%20Support%20Worker%20Training%20Materials%20-%20Participants%20Guide.pdf>
- ^{xxx} Ломакина О.Б., Даровская Н.Д., Богородская Е.М. Особенности общения с больными туберкулезом (советы психолога медицинским сестрам). Пособие для медицинских сестер. Москва, 2006.
- ^{xxxi} Лекции О. Ломакиной.
- ^{xxxii} (Cegielski JP, McMurray DN. 2004
- ^{xxxiii} В. Даль
- ^{xxxiv} Hanrahan CF et al. Body mass index and risk of tuberculosis and death. *AIDS*, 2010;24(10):1501-8.
- ^{xxxv} Khan A, Sterling TR, Reves R, Vernon A, Horsburgh CR. Lack of weight gain and relapse risk in a large tuberculosis treatment trial. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2006; 174(3): 344-8.
- ^{xxxvi} Krapp F, Veliz JC, Cornejo E, Gotuzzo E, Seas C. Bodyweight gain to predict treatment outcome in patients with pulmonary tuberculosis in Peru. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 2008;12(10):1153-9.
- ^{xxxvii} Vijayamalini M, Manoharan S. Lipid peroxidation, vitamins C, E and reduced glutathione levels in patients with pulmonary tuberculosis. *Cell Biochem. Funct.* 2004;22(1):19-22.

-
- ^{xxxviii}Semba RD, Darnton-Hill I, de Pee S, Addressing tuberculosis in the context of malnutrition and HIV coinfection. *Food Nutr. Bull.* 2010;31:S345–64.
- ^{xxxix}vanLettow M et al. Micronutrient malnutrition and wasting in adults with pulmonary tuberculosis with and without HIV co-infection in Malawi. *BMC Infect. Dis.* 2004;4(1):61. doi:10.1186/1471-2334-4-61.
- ^{xl}Ramakrishnan K, Shenbagarathai R, Kavitha K, Uma A, Balasubramaniam R, Thirumalaikolundusubramanian P. Serum zinc and albumin levels in pulmonary tuberculosis patients with and without HIV. *Jpn. J. Infect. Dis.* 2008;61(3):202–4.
- ^{xli}Seyedrezazadeh E, Ostadrahimi A, Mahboob S, Assadi Y, Ghaemmagami J, Pourmogaddam M. Effect of vitamin E and selenium supplementation on oxidative stress status in pulmonary tuberculosis patients. *Respirology*, 2008;13(2):294–8.
- ^{xlii}Kassu A. et al. Alterations in serum levels of trace elements in tuberculosis and HIV infections. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2006; 60(5):580–6.
- ^{xliii}Pakasi TA et al. Vitamin A deficiency and other factors associated with severe tuberculosis in Timor and Rote Islands, East Nusa Tenggara Province, Indonesia. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2009;63(9):1130–5.
- ^{xliv}World Health Organization. *Nutritional care and support for people with tuberculosis*. Geneva: World Health Organization, 2013
- ^{xlv}Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva: World Health Organization; 1999 <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/en> accessed 1 September 2014
- ^{xlvi}World Health Organization. *Nutritional care and support for people with tuberculosis*», Geneva: World Health Organization, 2013
- ^{xlvii}World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization, 2003. WHO/MNC/03.01; Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, et al. Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med.* 2007; 4(7): e238
- ^{xlviii}WHO. *Guidelines for Social Mobilization. A Human Rights Approach to Tuberculosis*. 2001.