

Вступ

У 1995 році в Україні була оголошена епідемія туберкульозу. За останні 10 років ситуація погіршилася: у період із 1994 по 2005 рік кількість уперше виявлених хворих на туберкульоз збільшилася приблизно в два рази, зросла смертність від туберкульозу.

Одна із найбільш складних ситуацій із туберкульозом склалася в Донецькій області. За період 2007 року тут виявлено 4235 нових випадків туберкульозу, від цієї хвороби померло 1363 людей. Крім того, у Донецькому регіоні зареєстровано один із найвищих показників коінфекції туберкульоз + ВІЛ — 15,2%. 13,2% хворих на туберкульоз тут уражені формою туберкульозу, стійкою до медичних препаратів¹.

На фоні ситуації, що склалася, особливої ваги набирає дослідження різних аспектів ситуації, що склалася із проблемою туберкульозу в Донецькій області.

¹ Туберкульоз - ситуація в Європі й світі // <http://www.stoptb.in.ua/uk/pages/show/103>

Резюме²

Для більшості населення Донецької області, як показали дані репрезентативного опитування, проблема туберкульозу є актуальною. Проте на фоні інших соціальних, політичних та економічних негараздів дана проблема не входить навіть до п'ятірки найбільш нагальних з точки зору опитаних. Не надто широко, крім того, дана тематика представлена в друкованих ЗМІ області, про що свідчать дані контент-аналізу.

Загалом туберкульоз сприймається людьми як:

- певна потенційна загроза для всіх;
- «діагноз-вирок»; а також
- медична проблема.

Важливо вказати на те, що у результаті дослідження було зафіксовано певну нестачу знань у населення щодо різних аспектів туберкульозу. Людям, як правило, відомі найбільш загальні дані про туберкульоз, такі як: «Кашель — основний симптом», «Повітряно-крапельний — основний спосіб передачі», «Флюорографія — основний метод діагностики» тощо. І кількісне, і якісне дослідження показали, що люди часто є мало інформованими, особливо коли йдеться про різні медико-технічні аспекти проблеми: часто не відчують різниці між зараженням та захворюванням, плутаються у поняттях відкритої та закритої формах захворювання, не знають про існування стійкої до протитуберкульозних препаратів форми хвороби тощо. На недостатності рівня знань населення щодо туберкульозу наголошують також і експерти, опитані в рамках якісного дослідження. Цікаво, що в ході контент-аналізу друкованих ЗМІ при цьому було з'ясовано, що найбільше презентованих у виданнях матеріалів мали саме інформативний характер.

Цілком справедливо, що на фоні такої ситуації у населення існують інформаційні потреби в контексті знань про туберкульоз, хоча вони не завжди чітко артикульовані. Варто зазначити, що в більшості випадків особистий ризик зараження та захворювання не сприймається як реальна загроза. Більш вірогідною ймовірністю захворіти на туберкульоз, на думку учасників дослідження, є для таких категорій, як безпритульні, (колишні) в'язні тощо.

Цікаво, що інтерв'ю із представниками безпосередньо груп ризику говорять про те, що рівень інформованості, усвідомлення небезпеки зараження та захворювання, а також толерантності по відношенню до стигматизованих груп є суттєво вищим, аніж серед населення загалом. Значно більше інформації мають такі люди і про сучасні способи діагностики захворювання.

На окремої уваги дістав також аналіз позитивних та негативних моментів стратегії ДОТС. Так, її перевагами, на думку експертів, є:

- чітка система контролю за процесом лікування;
- фінансова економічність порівняно із радянською системою.

Серед недоліків цієї стратегії виділяють:

- неврахування хронічних хворих та хворих на закриту форму туберкульозу;
- зосередженість програми виключно на медичному компоненті, недостатність роботи із населенням та пацієнтами з точки зору соціального супроводу попередження розповсюдження епідемії;
- низька кадрова забезпеченість;
- незадовільна технічна забезпеченість.

Усі компоненти дослідження (*детальні результати яких подано нижче*) загалом вказують на необхідність проведення комплексної та багатовимірної роботи, спрямованої на подолання епідемії туберкульозу.

² Стислий виклад основних результатів дослідження

ЗМІСТ

Звіт за результатами кількісного дослідження	4
Звіт за результатами якісного дослідження.....	25
Звіт за результатами контент-аналізу	48

Звіт за результатами кількісного дослідження

Мета і задачі дослідження

Метою даного дослідження є визначення рівня проінформованості населення Донецької області щодо епідемії туберкульозу.

Задачі дослідження:

- вивчення ставлення населення до проблеми епідемії туберкульозу загалом;
- збір даних щодо знань населення про туберкульоз (загальні уявлення, у тому числі міфи, а також симптоми, способи передачі, групи ризику, профілактика тощо);
- оцінка сприйняття особистого ризику зараження та захворювання;
- збір даних стосовно джерел інформації про туберкульоз, оцінка інформаційних потреб населення щодо туберкульозу та найбільш прийнятних способів отримання інформації;
- визначення рівня знань щодо способів діагностики туберкульозу, а також збір інформації стосовно особистого досвіду проходження діагностики;
- аналіз стигматизації за ознакою захворювання на туберкульоз.

Загальне бачення проблеми туберкульозу

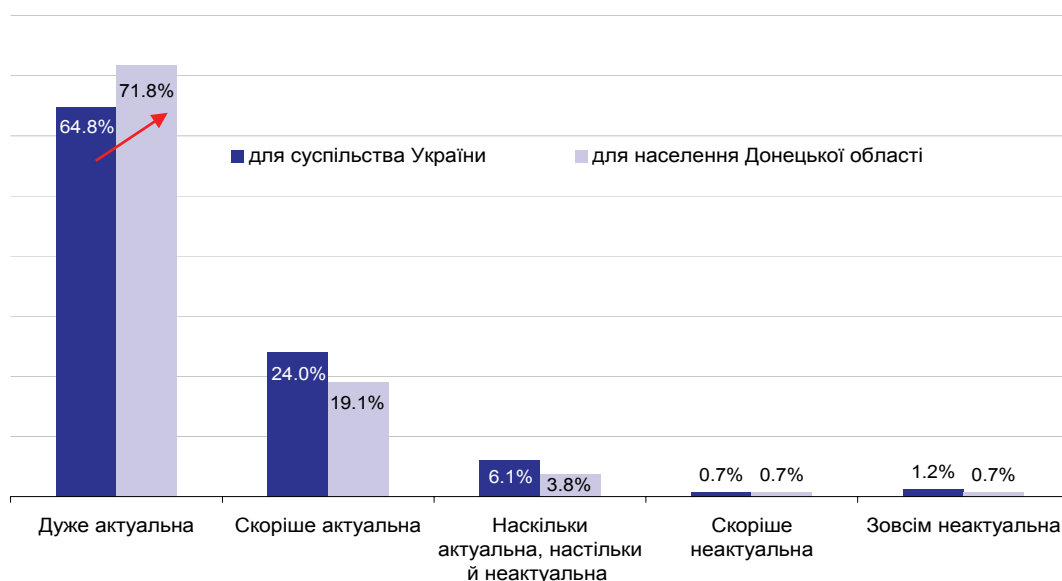
Серед ряду соціальних, економічних та політичних негараздів, що стоять перед Донецькою областю, відповідно до отриманих даних, проблема туберкульозу посідає восьме місце. Цікаво, що мешканців міста Донецька (згідно з розрахунками, проведеними на репрезентативній вибірці для Донецька) проблема епідемії туберкульозу турбує дещо більше, ніж населення області загалом: тут серед решти проблем вона посідає шосте місце (відмінність значуща на рівні 5%) (див. *Графік 1*). Так, даючи відповідь на питання «Яка з проблем, із тих, що нині стоять перед Донецьким регіоном, Вас турбує найбільше?» 10,9% респондентів області та 15,5% опитаних в місті Донецьку назвали саме епідемію туберкульозу.

Графік 1. «Яка з проблем, із тих, що нині стоять перед Донецьким регіоном, Вас турбує найбільше?»



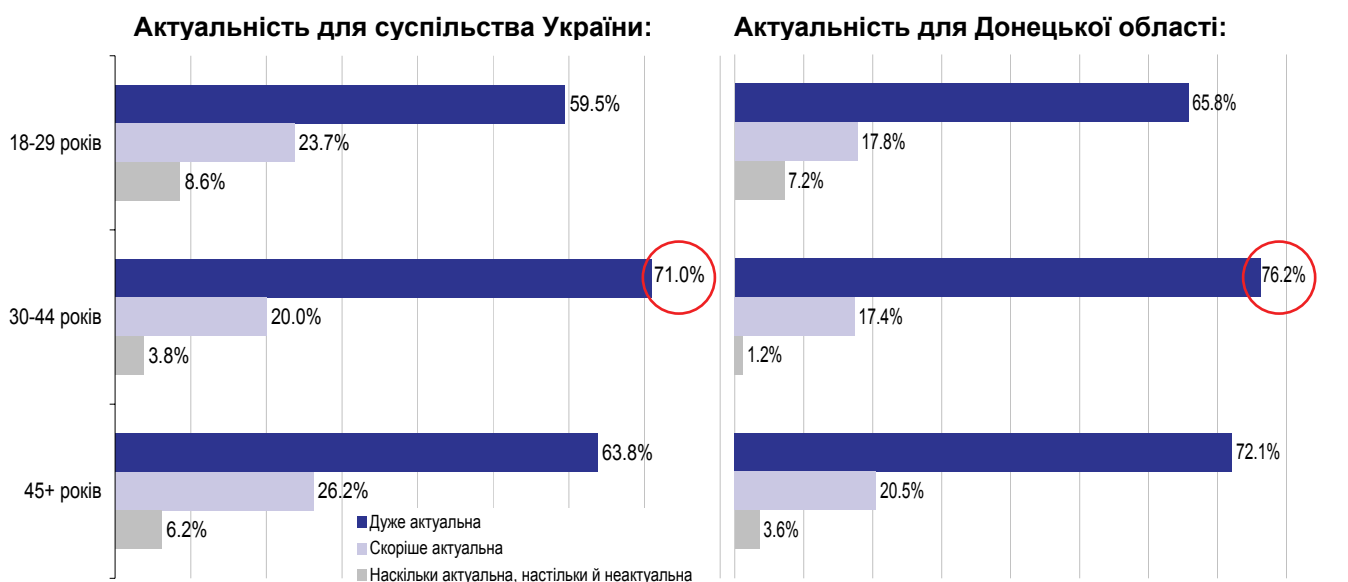
Якщо ж говорити безпосередньо про епідемію туберкульозу та прямо ставити питання про її актуальність, більшість населення вважає її в тій чи іншій мірі актуальною (дуже актуальною та скоріше актуальною), причому як для України загалом, так і для Донецького регіону зокрема. Проте ситуація із туберкульозом в Донецькій області непокоїть населення дещо більше, порівняно із станом країни загалом у контексті цього питання. Так, дуже актуальною проблема туберкульозу для України назвали 64.8% респондентів, а дуже актуальною для населення Донецької області її вважають 71.8% опитаних (див. Графік 2).

Графік 2. «Наскільки актуальною, як Ви думаєте, є на даний момент проблема туберкульозу для суспільства України? / для населення Донецької області?»



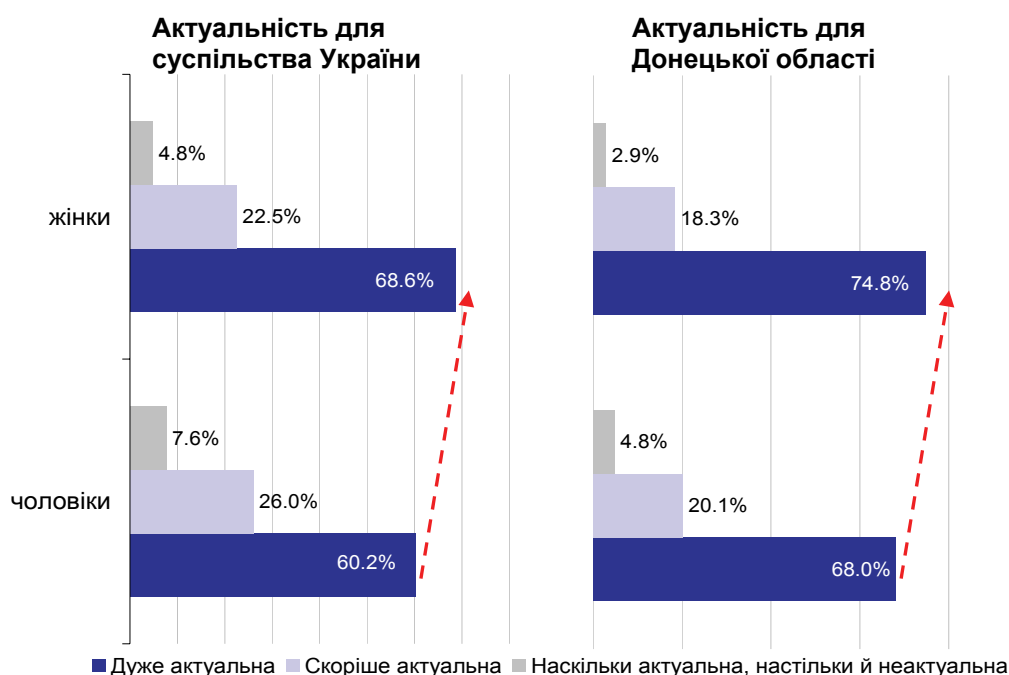
Цікаво, що дещо відрізняється сприйняття проблеми туберкульозу як такої, що є наразі дуже актуальною для України та для Донецької області, серед різних соціально-демографічних категорій. Так, дуже актуальною на даний момент проблему туберкульозу схильні дещо більшою мірою вважати особи середнього віку (30-44 років) (див. Графік 3) та жінки (див. Графік 4). Найменша ж частка тих, хто проблему туберкульозу для України та Донецької області вважає дуже актуальною — серед представників молодшої вікової категорії (18-29 років).

Графік 3. «Наскільки актуальною, як Ви думаєте, є на даний момент проблема туберкульозу для суспільства України? / для населення Донецької області?» (розподіли для різних вікових груп)



* різниця розподілів є значущою на рівні 1%;
похибки для відсотків розрахованих на вибірках:
18-29 років: ± 5,9% (n=291); 30-44 років: ± 5,4% (n=345); 45+ років: ± 3,7% (n=735);

Графік 4. «Наскільки актуальною, як Ви думаєте, є на даний момент проблема туберкульозу для суспільства України? / для населення Донецької області?» (розподіли для жінок та чоловіків)



На фоні досить високого рівня усвідомлення населенням актуальності проблеми туберкульозу, респонденти в переважній більшості випадків погоджуються із твердженням про те, що ця проблема є проблемою всього суспільства, і від кожного жителя України залежить її розв'язання: так, зокрема, вважають 92.4% мешканців Донецької області та 96.5% жителів Донецька (див. Таблицю 1). Досить поширеним у той же час є переконання, пов'язані із покладанням відповідальності за подолання проблеми на сили медичної системи (із тим, що проблема епідемії туберкульозу — це насамперед проблема медичних працівників і установ, і саме вони відповідають за її подолання, згодні 78.7% населення області та 82.2% мешканці Донецька).

Таблиця 1. Розподіл погоджень (непогоджень) респондентів із наступними твердженнями:

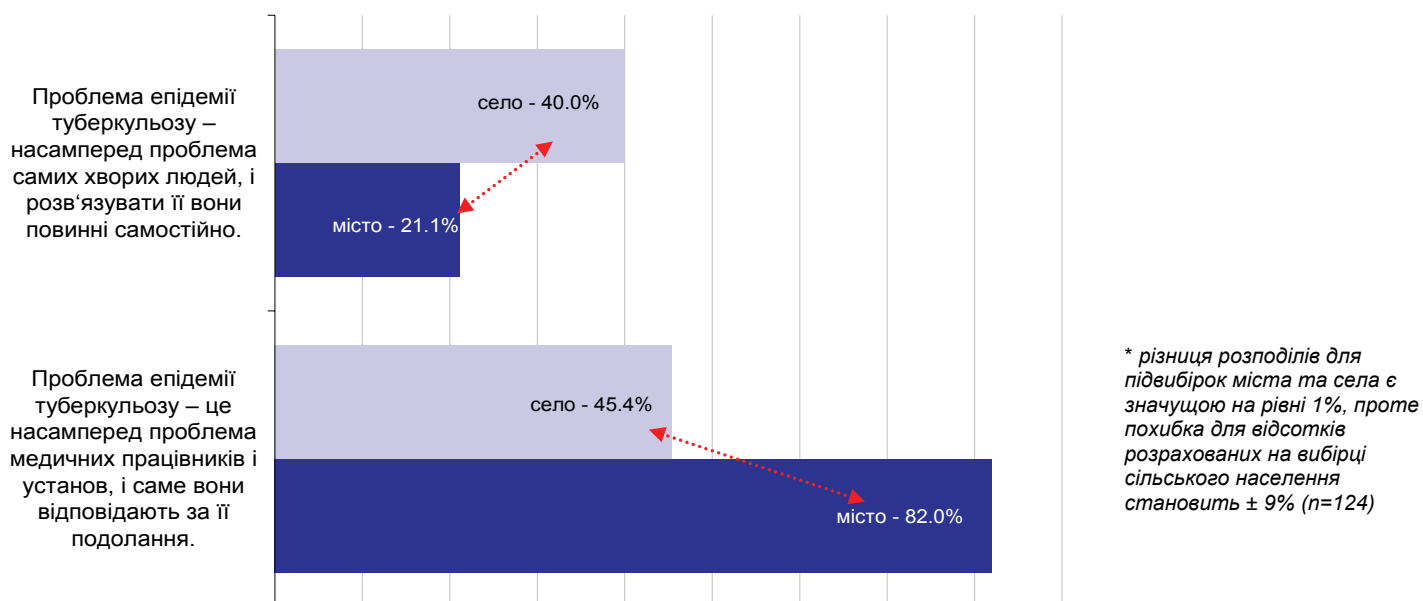
	Так	Ні	ВС/НЗ
Проблема епідемії туберкульозу — насамперед проблема самих хворих людей, і розв'язувати її вони повинні самостійно.	22.7% (14.3%)* ³	71.6% (81.6%)*	5.7% (4.0%)
Проблема епідемії туберкульозу — це проблема всього суспільства, і від кожного жителя України залежить її розв'язання.	92.4% (96.5%)**	2.7% (1.5%)	4.9% (1.9%)**
Проблема епідемії туберкульозу — це насамперед проблема медичних працівників і установ, і саме вони відповідають за її подолання.	78.7% (82.2%)	14.6% (13.9%)	6.7% (3.9%)*

Варто проте підкреслити, що доволі помітна частка опитаних вважають проблему туберкульозу насамперед проблемою самих хворих людей, яку розв'язувати вони мають самостійно: у цьому, зокрема переконані 22.7% жителів області (у Донецьку частка людей, які займають таку позицію є дещо меншою і складає 14.3% опитаних).

Крім того, бачення проблеми туберкульозу як проблеми самих хворих та медичних працівників і закладів відрізняється у жителів міст та мешканців сільських поселень (див. Графік 5). Тих, хто вважає, що із проблемою туберкульозу мають поратися самі хворі, в селах виявилось вдвічі більше, аніж в містах. Проблемою ж медичних працівників та установ туберкульоз більшою мірою схильні вважати мешканці міст. При цьому із тим, що проблема епідемії туберкульозу — це проблема всього суспільства, і від кожного жителя України залежить її розв'язання, згодна абсолютна більшість населення області незалежно від різних соціально-демографічних ознак.

³ тут і надалі в дужках вказуватимуться відсотки, розраховані для Донецької вибірки; зірочкою (*) будуть позначені статистично значущі (на рівні 5%) відмінності між розподілами для Донецька та Донецької області; двома зірочками (**) будуть позначені статистично значущі (на рівні 1%) відмінності між розподілами для Донецька та Донецької області

Графік 5. Розподіл погоджень із твердженнями «Проблема епідемії туберкульозу — насамперед проблема самих хворих людей, і розв'язувати її вони повинні самостійно» та «Проблема епідемії туберкульозу — це насамперед проблема медичних працівників і установ, і саме вони відповідають за її подолання» за типами поселень.



Отже, у цілому можемо говорити про те, проблема туберкульозу, відповідно до отриманих результатів, є в очах населення області актуальною. Хоча, як показують дані, на фоні інших соціально-економічних та політичних негараздів більшість населення не відносить її до найбільш нагальних проблем області. Однак при цьому побутує думка про те, що проблема епідемії туберкульозу — це проблема всього суспільства, і від кожного жителя України залежить її розв'язання.

Знання про туберкульоз

1. Загальні уявлення про туберкульоз

Зважаючи на те, що туберкульоз, відповідно до поглядів більшості опитаних, є актуальною для Донецької області та країни в цілому проблемою, важливо було зрозуміти, чим, власне, є туберкульоз в очах населення регіону. Тобто, йдеться про поширеність в суспільній свідомості тих чи інших уявлень про туберкульоз.

За допомогою статистичної процедури факторного аналізу нам вдалося виділити деякі тенденції сприйняття туберкульозу. У цілому загальне бачення туберкульозу, згідно із результатами аналізу, складають такі компоненти:

- 1) туберкульоз як загроза;
- 2) туберкульоз як «діагноз-вирок»;
- 3) туберкульоз як медична проблема.

Отже, перш за все, туберкульоз сприймається як потенційна небезпека для всіх: абсолютна більшість респондентів (див. Таблицю 2) вважають, що на туберкульоз може захворіти будь-яка людина. Крім того, досить поширеним уявленням є те, що людина, хвора на туберкульоз, завжди небезпечна для інших; відповідно вона є постійним фактором ризику **для будь-кого**. До того ж підсилювати таке уявлення частково може сприйняття туберкульозу переважно як хвороби легенів, що вказує на передачу інфекції повітряно-крапельним шляхом, для якого притаманний великий радіус ураження.

По-друге, туберкульоз сприймається як певний «діагноз-вирок»: доволі суттєва частка респондентів вважає, що ліків, що могли б вилікувати туберкульоз наразі немає (34.4%) і що туберкульоз скоріше заліковується, аніж лікується (42.2%). При цьому цікаво, що до даного фактора також потрапила ознака, якою замірялася обізнаність щодо розрізнення зараження та захворювання на туберкульоз: 61.8% опитаних погодилися із твердженням «Людина може бути

заражена туберкульозом, але при цьому не бути хворою, тобто виглядати абсолютно здоровою і вести повноцінне життя». Це може бути свідченням того, що зараженість сприймається як один із проявів «вируку», із яким можна жити, проте від якого не може вилікуватись.

І нарешті, ряд уявлень про туберкульоз пов'язані із його сприйняттям у суто медичних термінах. У такому світлі ми говоримо про бачення населенням можливостей, методів лікування туберкульозу тощо.

Слід звернути особливу увагу на те, що ряд тверджень, запропонованих респондентам, отримав досить високі відсотки відповідей у вигляді альтернатив «Важко сказати/Не знаю». Це стосується, у першу чергу, змістовних «медико-технічних», тобто спеціалізованих знань про хворобу. Так, наприклад, більше 36% опитаних в Донецькій області та половина респондентів в Донецьку не змогли підтвердити або спростувати твердження, що стосувалось ко-інфекції ВІЛ-туберкульоз. Дані показують, що респонденти також не достатньо володіють інформацією про те, чи лікується туберкульоз та яким чином: твердження про те, що наразі немає препаратів, які могли б повністю вилікувати туберкульоз, залишили без конкретної відповіді 27.5% (Донецька область) та 34.4% (Донецьк) учасників дослідження.

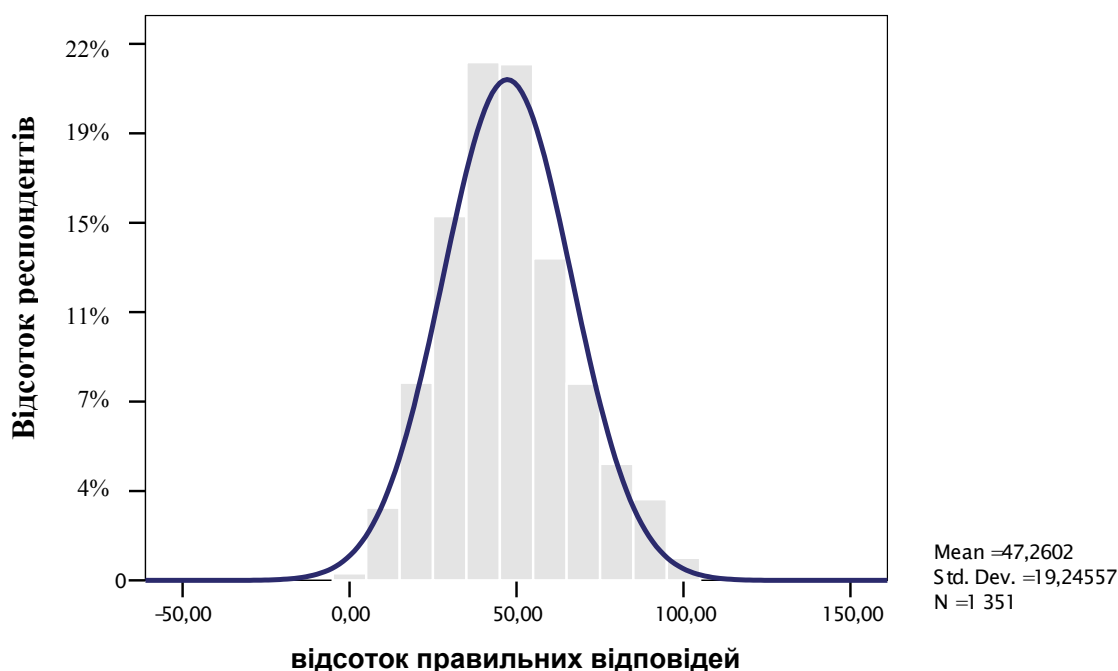
Таблиця 2.

	Так	Ні	ВС/НЗ
.1 Будь-яка людина може захворіти на туберкульоз	92.6% (95.6%)*	5.0% (3.2%)	2.4% (1.2%)
.2 Туберкульоз — це хвороба, що ушкоджує тільки легені	40.7% (27.6%)**	46.7% (59.3%)**	12.6% (13.1%)
.3 Людина може бути заражена туберкульозом, але при цьому не бути хворою, тобто виглядати абсолютно здоровою і вести повноцінне життя	61.8% (59.4%)	20.9% (19.2%)	17.3% (21.4%)
.4 Сьогодні немає ліків, які могли б повністю вилікувати туберкульоз	34.4% (31.3%)	38.1% (34.3%)	27.5% (34.4%)**
.5 Туберкульоз не лікується, а заліковується	42.2% (41.6%)	35.0% (32.1%)	22.9% (26.4%)
.6 Людина, яка хвора на туберкульоз, завжди небезпечна для інших	69.8% (69.7%)	22.2% (23.1%)	7.9% (7.2%)
.7 Туберкульоз краще лікувати народними методами	9.6% (6.3%)*	66.2% (65.6%)	24.2% (28.1%)
.8 Туберкульоз - смертельне захворювання	63.4% (55.6%)**	24.6% (25.5%)	12.1% (18.9%)**
.9 Туберкульоз у ВІЛ-позитивних людей є виліковним	16.3% (5.1%)**	47.5% (44.6%)	36.2% (50.3%)**
.10 Порушення схем лікування приводить до невиліковних форм туберкульозу	68.9% (67.9%)	4.4% (0.2%)	26.7% (32.0%)*

Окрім окреслення структури уявлень щодо туберкульозу, про що йшлося вище, на основі тестування запропонованих тверджень можна також робити деякі висновки про те, наскільки поширеними є загалом хибні (міфічні) уявлення про цю хворобу. Так, спираючись на кількість правильних відповідей, наданих респондентами, можемо розрахувати інтегральний показник міфілогізованості уявлень населення щодо туберкульозу.⁴ Він показує, що в середньому у відповідь на десять тверджень, респонденти дають майже половину правильних оцінок (середнє значення показника по вибірці становить 47.3%) — див. *Графік 7*. Правильно ж підтвердили (або заперечили) усі 10 тверджень тільки менше 2% опитаних.

⁴ Даний показник розраховується як загальний відсоток правильних відповідей (погоджень або спростувань запропонованих тверджень), які дали респонденти.

Графік 7. Інтегральний показник міфологізованості уявлень населення щодо туберкульозу.



Таким чином, можна зробити висновок, що поряд із уявленнями про туберкульоз як загрозу, вирок та медичну проблему, досить поширеними є деякі хибні знання про хворобу: абсолютна більшість населення, відповідно до наших розрахунків, не дає 10 правильних відповідей на 10 різних тверджень про різні аспекти туберкульозу.

2. Уявлення про симптоми, способи передачі туберкульозу, групи ризику та способи профілактики захворювання

Серед симптомів, що можуть свідчити про туберкульоз респонденти найчастіше зазначали тривалий кашель (кашель, що триває понад три тижні), температуру та виділення мокротиння з кровохарканням (загальний розподіл відповідей стосовно симптомів туберкульозу наведений у Таблиці 3). Причому кашель у загальному переліку опротестованих симптомів кількісно переважає інші позиції.

Таблиця 3. Уявлення респондентів про симптоми туберкульозу (за рангами).

Кашель, що триває понад три тижні	88.1% (88.3%)
Температура	46.8% (64.1%)**
Виділення мокротиння або кровохаркання	34.6% (49.0%)**
Втрата ваги, виснаження	31.0% (40.3%)**
Слабкість, знесиленість	30.9% (33.4%)
Біль у грудях	19.4% (21.6%)
Блідість	13.3% (15.9%)
Віддишка	10.4% (9.7%)
Нічна пітливість	8.8% (14.1%)**
Відсутність апетиту	6.9% (5.8%)
Озноб	2.3% (0.9%)
Сонливість	1.8% (2.2%)

Отже, можемо стверджувати, що для більшості населення захворювання на туберкульоз асоціюється саме із кашлем.

Переважна ж більшість респондентів — більше 93% основним способом передачі туберкульозу назвала повітряно-крапельний (див. Таблицю 4). Значно менша кількість опитаних вказала на те, що туберкульоз може передаватися через посуд та їжу, причому в Донецьку цей спосіб передачі захворювання називався значно частіше, ніж в області в цілому. Менше третини респондентів згадали про те, що інфекція туберкульозу може також розповсюджуватися тактильним шляхом та через кров та слизові оболонки.

Таблиця 4. Уявлення респондентів про способи передачі туберкульозу (за рангами).

Повітряно-крапельний	93.4% (96.4%)*
Через їжу, посуд	42.0% (62.1%)**
Через дотики, рукостискання, обійми й т.д.	18.1% (20.7%)
Через кров та/або слизові	17.8% (30.3%)**

Така ситуація із розподілом відповідей про способи передачі туберкульозу є абсолютно співставною із уявленнями про симптоми (пригадаємо, що основна маса опитаних головним показником хвороби назвала кашель).

Найбільш схильними до ризику захворіти на туберкульоз учасники дослідження вважають категорії людей, тим чи іншим чином пов'язаних із в'язницями (ув'язнених, колишніх ув'язнених та працівників в'язниць): 80.8% респондентів області обрали саме цю групу як найбільш вразливу з точки зору захворювання (див. Таблицю 5). Цікаво, що в Донецьку відсоток тих, хто вважає людей, тим чи іншим чином причетних до місць позбавлення волі, групою ризику у відношенні захворювання, є навіть більшим і сягає більше 90%. Тобто бачимо, що туберкульоз як явище у більшості опитаних **асоціюється із фактором пенітенціарної системи**.

Ще однією категорією, яка, на думку багатьох респондентів (75.1%), також становить групу ризику, є категорія бомжів, бездомних та мігрантів. Отже, можемо підсумувати, що найчастіше до груп ризику населення відносить маргінальні прошарки суспільства — людей, що деякою мірою перебувають в стані соціальної ексклюзії (виключення) по відношенню до суспільства.

Таблиця 5. Уявлення респондентів стосовно груп ризику щодо захворювання на туберкульоз.

Ув'язнені, колишні ув'язнені, працівники в'язниць	80.8% (90.6%)**
Бомжі, бездомні, мігранти	75.1% (74.6%)
Люди, що живуть разом із хворими на туберкульоз у квартирі, гуртожитку, інтернаті й т.д.	54.9% (51.7%)
Люди зі зниженим імунітетом	48.4% (56.0%)**
Споживачі наркотиків, алкоголю	30.9% (41.6%)**
Ті, хто недавно заразився інфекцією туберкульозу	24.5% (16.3%)**
Активні курці	22.2% (14.2%)**
Люди, які раніше хворіли на туберкульоз	19.7% (15.1%)*
ВІЛ-інфіковані люди	19.2% (24.3%)*
Люди літнього віку	6.2% (3.3%)*
Занадто худі люди	4.7% (1.0%)
Люди в стані стресу	4.4% (3.8%)
Люди із хронічними захворюваннями	0.1% (0.0%)

Для того ж, аби мати змогу побачити більш загальну структуру уявлень респондентів про групи ризику ми скористалися процедурою факторного аналізу. У результаті окреслилося 6 сегментів, до яких увійшли різні категорії — див. Схему 1. На даній схемі чітко видно, що окремо відділився сектор соціального маргінесу, про що йшлося вище. Інший сегмент — це особи, що якимось чином вже стикалися (нешодавно стикнулися) із хворобою та/або інфекцією туберкульозу. Показово, що люди, що живуть із хворими під одним дахом, увійшли одразу до двох секторів: з одного боку, вони

сприймаються як такі, що в силу різних обставин опосередковано стикнулися із захворюванням, з іншого — їх прирівнюють до маргінальних категорій населення, які вважаються найбільш схильними до ризику захворіти.

До двох змістовно дуже близьких сегментів увійшли групи людей, чия імунна система є в силу різних факторів пригніченою (люди зі зниженим імунітетом загалом, ВІЛ-інфіковані, активні курці, споживачі алкоголю та наркотичних речовин). Окрему групу склали представники похилого віку та люди, що перебувають в стані стресу, а також особи із дефіцитом маси тіла. Тут варто підкреслити, що дані категорії пов'язані, скоріше, не змістовно, а за рахунок того, що їх рідко вважають групами ризику саме з точки зору захворювання на туберкульоз. Так, через те, що людей із хронічними захворюваннями схильними до захворювання на туберкульоз вважають лише 0.1% опитаних, навіть не було сенсу включати їх до факторного аналізу.

Схема 1. Структура уявлень респондентів щодо груп ризику у відношенні захворювання на туберкульоз.



У питаннях профілактики захворювання на туберкульоз, відповідно до уявлень респондентів, усі запропоновані способи є різною мірою ефективними (див. Таблицю 6). Однак найбільш ефективним з точки зору запобігання захворюванню, на думку респондентів, є невідкладне звертання до лікаря із появою найменших симптомів хвороби: дуже добре такий спосіб запобігає захворюванню на думку 80.5% опитаних, скоріше добре — згідно з поглядом 14.5%. Найменш дієвим засобом натомість, за уявленнями опитаних, є щеплення: дуже гарним способом запобігання туберкульозу його вважають лише трохи більше половини респондентів області та дещо менше половини населення в місті Донецьку. У даному випадку, фактично, ніби проявляється бачення туберкульозу як захворювання, від якого ніхто не застрахований.

Загалом же бачимо, що населенню є досить близьким бачення найкращих способів профілактики захворювання в термінах його діагностики та лікування.

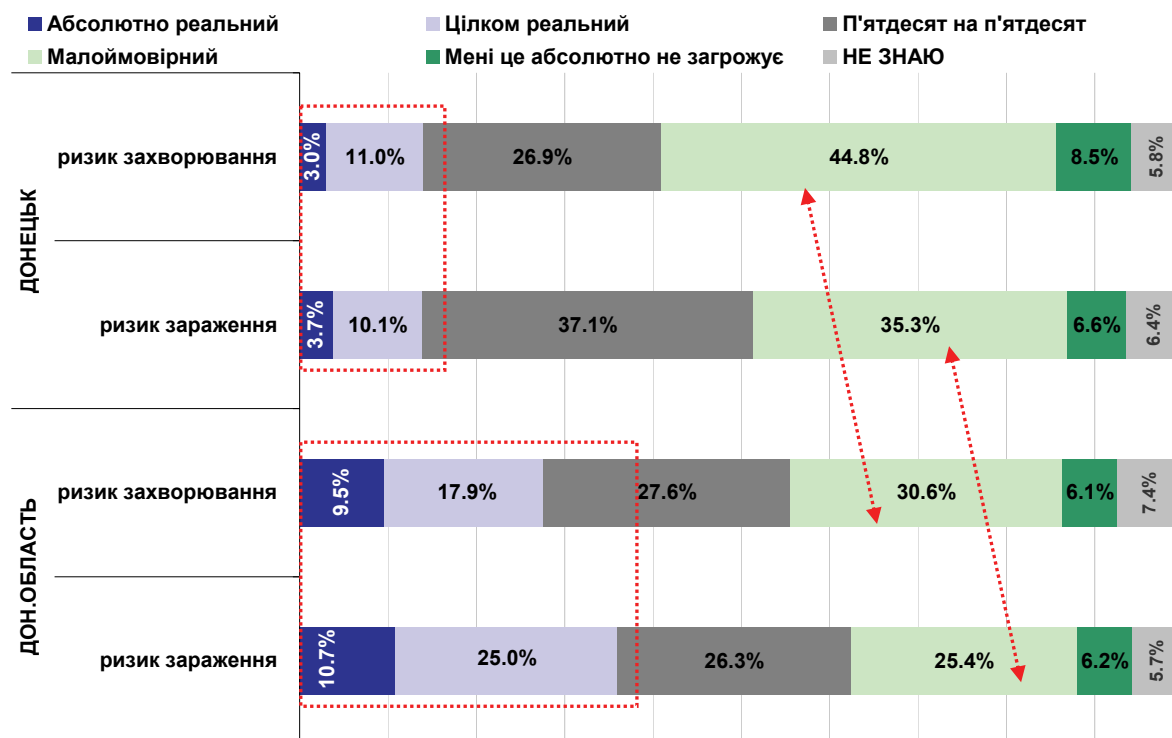
Таблиця 6. Розподіл відповідей на питання про ефективність заходів запобігання захворюванню на туберкульоз.

	Дуже добре	Скоріше добре	Наскільки добре, настільки погано	Скоріше погано	Дуже погано
.1 Невідкладне звертання до лікаря з появою найменших симптомів туберкульозу	80.5% (75.3%)*	14.5% (19.9%)**	2.9% (2.6%)	1.1% (1.6%)	0.3% (0.6%)
.3 Підтримка імунітету за рахунок здорового способу життя (спорт, харчування, відпочинок, відмова від алкоголю, паління й т.д.)	74.7% (72.3%)	19.6% (22.8%)	3.2% (3.4%)	1.4% (1.4%)	0.2% (0.2%)
.5 Уникання користування предметами, на яких може бути інфекція	69.9% (74.6%)	21.8% (19.6%)	4.7% (4.8%)	1.2% (0.0%)	0.4% (0.0%)
.4 Уникання тривалого перебування в малопровітрюваних місцях, де збирається багато людей	58.6% (55.8%)	31.3% (38.0%)*	6.2% (5.1%)	1.3% (0.0%)	0.5% (0.0%)
.2 Вакцинація (щеплення від туберкульозу)	56.5% (48.8%)**	19.0% (22.4%)	9.6% (11.6%)	3.8% (4.3%)	2.7% (3.8%)

Сприйняття особистого ризику зараження та захворювання на туберкульоз.

Майже третина (27.4%) учасників дослідження в Донецькій області, оцінюючи особистий ризик захворювання на туберкульоз, вказала на те, що він є реальним (абсолютно реальним та цілком реальним). Дещо більша частка опитаних (35.7%) реальним для себе вважає ризик зараження інфекцією туберкульозу. Однак, якщо ми говоримо про мешканців Донецька, то ситуація суттєво відрізняється. Тут, відповідно до наших даних, лише 13.8% респондентів вважають реальним свій ризик заразитися та 14% — захворіти на туберкульоз (див. Графік 8). При цьому малоімовірним для себе зараження вважають 35.3% донеччан на противагу до 25.4% мешканців області, а у випадку захворювання розрив навіть більший: 44.8% в місті Донецьку проти 30.6% в Донецькому регіоні загалом.

Графік 8. «Наскільки Ви оцінюєте власний ризик зараження (НЕ ЗАХВОРЮВАННЯ) туберкульозом? / захворювання на туберкульоз?» (розподіли для Донецька та Донецької області)



На загал отримуємо наступну картину. Теоретично туберкульоз сприймається як джерело потенційної небезпеки для кожного (хоча, безперечно, побутують уявлення про існування певних груп, які більшою мірою, ніж інші, ризикують захворіти на туберкульоз). При цьому, попри деяку міфологізованість бачення туберкульозу, більшість респондентів адекватно визначають основні

симптоми, способи передачі та профілактичні заходи щодо зменшення ризику захворювання. Однак на практиці таких, хто оцінює власний ризик захворювання та зараження як реальний — меншість.

Джерела інформації про туберкульоз

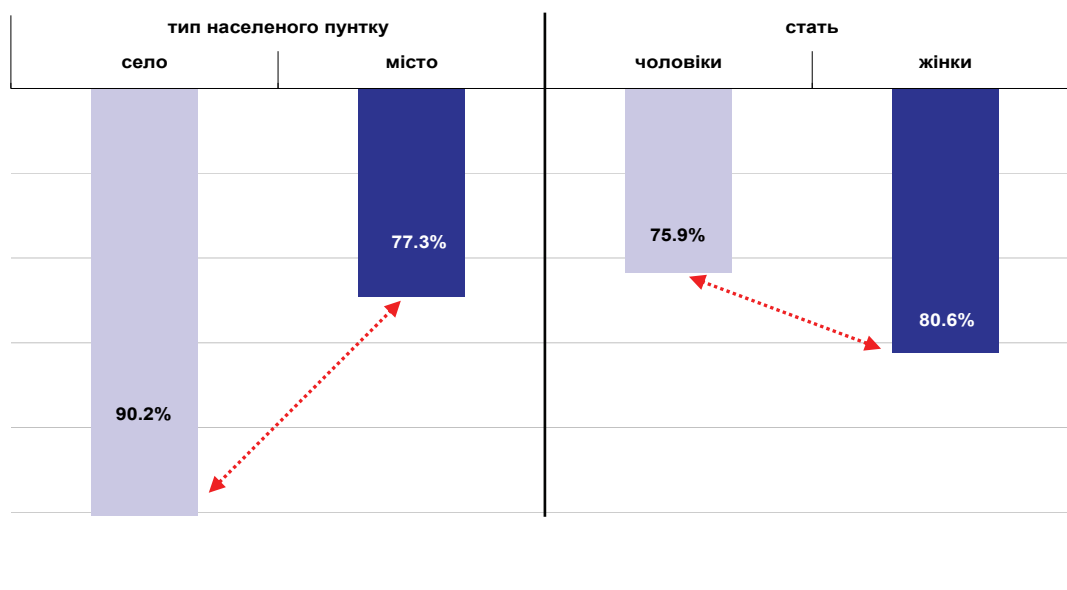
Найбільш поширеним джерелом інформації про туберкульоз для населення Донецької області є телебачення: саме через цей канал масової комунікації отримують ту чи іншу інформацію стосовно хвороби 78.5% людей (див. Таблицю 7). У Донецьку цей відсоток є навіть трохи вищим — 81%. Загалом рейтинг каналів медіа, через які населення отримують інформацію щодо туберкульозу в Донецькій області та в Донецьку практично не відрізняється: єдина значна відмінність полягає у тому, що в Донецьку набагато вищий відсоток (29.0% супроти 16.8% по області) опитаних отримують інформацію по радіо.

Таблиця 7. «З яких джерел Ви найчастіше дізнаєтеся про туберкульоз?»

Телебачення	78.5% (81.0%)
Медичні заклади (плакати, буклети)	48.1% (53.0%)
Друковані засоби масової інформації (газети, журнали, буклети, листівки)	42.8% (47.0%)
Від знайомих, родичів, друзів	26.5% (33.6%)**
Радіо	16.8% (29.0%)**
Від медичних працівників (консультування)	14.5% (13.8%)
Навчальні заклади	4.9% (4.8%)
Інтернет	3.4% (5.2%)
Публічні акції, які проводилися в місті	1.7% (0.3%)

Отже до трійки найпопулярніших способів отримання інформації про туберкульоз увійшли телебачення, інформаційні матеріали на стінах медичних закладів та друковані засоби масової інформації. При цьому цікаво, що телебачення як засіб отримання знань про туберкульоз більшою мірою поширений у сільській місцевості. Крім того, як показують дані, цей канал отримання інформації частіше використовується для отримання знань про туберкульоз серед представниць жіночої статі (див. Графік 9).

Графік 9. Телебачення як джерело отримання знань про туберкульоз: розподіли за типом поселення та за статтю.



* різниця розподілів для підвбірок міста та села є значущою на рівні 1%, проте похибка для відсотків розрахованих на вибірці сільського населення становить $\pm 9\%$ ($n=124$)

Ведучи мову про достатність у населення знань щодо туберкульозу, можемо констатувати, що 44.3% респондентів області та більше половини (50.2%) опитаних в Донецьку (див. Таблицю 8)

вважають, що цих знань їм достатньо. Отже, мешканці Донецька в цілому більш схильні вважати, що їм тою чи іншою мірою достатньо (цілком достатньо та скоріше достатньо) знань про туберкульоз.

Таблиця 8. «Чи вважаєте Ви, що Вам достатньо знань про туберкульоз?» (розподіл для Донецька та для Донецької області)

	ДОН.ОБЛАСТЬ		ДОНЕЦЬК	
Цілком достатньо	14.8%	} 44.3%	12.3%	} 50.2%*
Скоріше достатньо	29.5%		37.9%	
Наскільки достатньо, настільки недостатньо	28.0%		26.2%	
Скоріше недостатньо	22.1%		19.5%	
Дуже недостатньо	3.7%		2.1%	
ВС/НЗ	1.7%		1.6%	

При цьому, якщо говорити про інформацію, якої бракує мешканцям Донецька та Донецької області, отримуємо наступні дані — див. Таблицю 9.

Таблиця 9. Інформаційні потреби населення щодо туберкульозу («Яку інформацію про проблеми туберкульозу Ви б хотіли одержувати?»)

Інформація про способи профілактики туберкульозу	47.1% (41.6%)*
Інформація про шляхи передачі туберкульозу	30.3% (29.4%)
Інформація про перебіг і симптоми туберкульозу	25.5% (24.6%)
Адреси, телефони місць, де можна одержати консультацію із проблем туберкульозу	20.1% (18.2%)
Адреси місць, де можна пройти діагностику, одержати лікування туберкульозу	12.8% (23.8%)**

Бачимо, що найбільш актуальною можна вважати інформацію про способи профілактики та шляхи передачі туберкульозу. Причому остання дещо більшою мірою цікавить жіноче населення та мешканців сільської місцевості — див. Таблицю 10.

Таблиця 10. Потреба в інформації про шляхи передачі туберкульозу — розподіли за типом населеного пункту та статтю.

	село	місто		чоловіки	жінки
	44.3%	28.8%		26.7%	33.1%
* різниця розподілів для підвбірок міста та села є значущою на рівні 1%, проте похибка для відсотків розрахованих на вибірці сільського населення становить ± 9% (n=124)			різниця розподілів для підвбірок міста та села є значущою на рівні 5%		

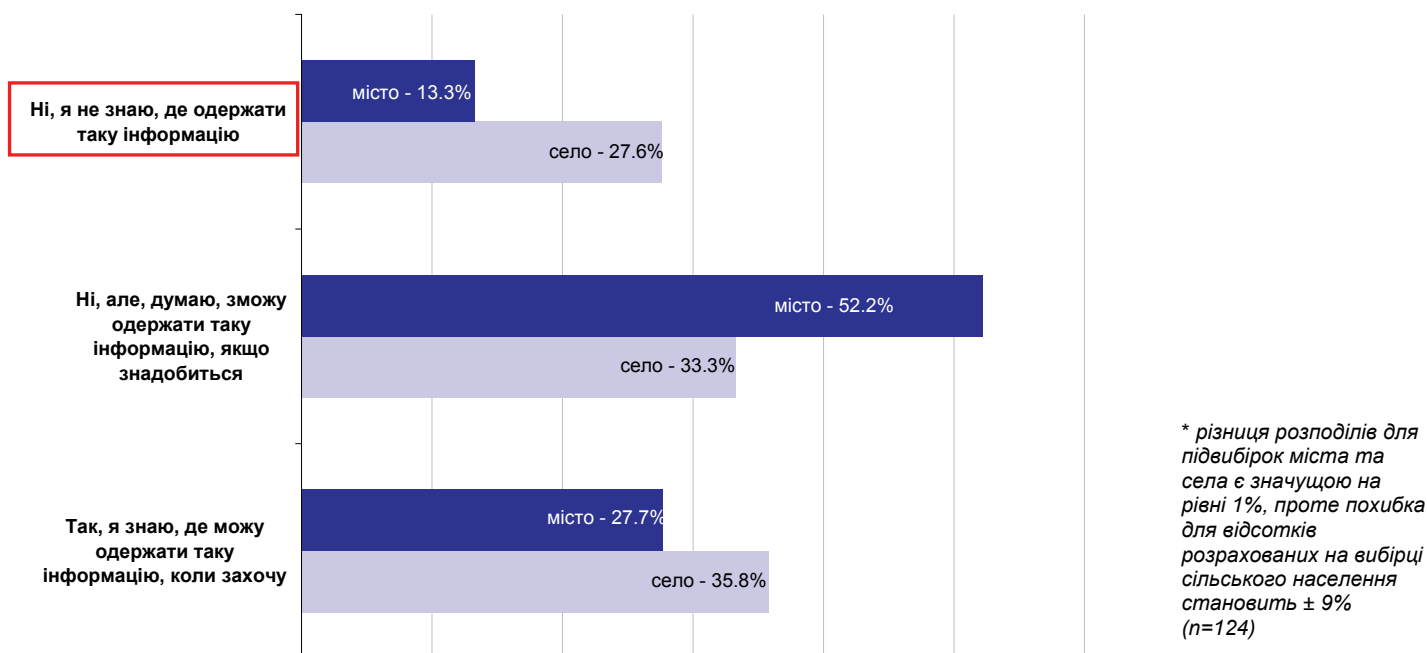
Безперечно, маючи певне бачення інформаційних потреб населення, важливо також знати, чи мають уявлення люди про те, яким чином вони, власне, можуть їх задовольнити, тобто, фактично, чи знають вони, де отримати інформацію, яка їх цікавить. Дані вказують на те, що половина (в Донецьку - більше 63%) опитаних, хоча й не знають, де можна отримати ту чи іншу інформацію, впевнені, що зможуть її отримати в разі необхідності (див. Таблицю 11). Лише 14.6% респондентів зазначили, що абсолютно не знають, де можна отримати інформацію, яка їх цікавить, а у випадку Донецька ця цифра є навіть меншою й становить 9,7%.

Таблиця 11. Розподіл відповідей на питання «Чи знаєте Ви, де Ви можете одержати таку інформацію?»

Так, я знаю, де можу одержати таку інформацію, коли захочу	28.5% (23.9%)
Ні, але, думаю, зможу одержати таку інформацію, якщо знадобиться	50.4% (63.2%)**
Ні, я не знаю, де одержати таку інформацію	14.6% (9.7%)**

Якщо ж розглянути дане питання для підвбірок міського та сільського населення, виходить, що кількість людей, які не знають, де можна отримати інформацію, що їх цікавить, у селах є значно більшою (див. Графік 10). Упевненість у тому, що інформацію вони зможуть отримати, якщо вона їм знадобиться, висловили 52.2% міського населення і тільки 33.3% мешканців сіл.

Графік 10. «Чи знаєте Ви, де Ви можете одержати таку інформацію?» (розподіли для різних типів поселення)



Найбільш прийнятними способами отримання інформації для населення є, за результатами, телебачення, медичні заклади (причому йдеться про загальнодоступні інформаційні матеріали, а не про особисті консультації) та друковані ЗМІ (див. Таблицю 12). Щодо Донецької вибірки, то тут дещо більший відсоток людей бажали б отримувати таку інформацію через радіопростір. Крім того, в Донецьку, у порівнянні з областю, трошки вищим є відсоток таких, хто хотів би одержувати інформацію про туберкульоз засобами Інтернету.

Таблиця 12. Розподіл відповідей на питання «З яких джерел Ви хотіли одержувати інформацію про туберкульоз?»

Телебачення	81.1% (84.6%)
Медичні заклади (плакати, буклети)	47.0% (43.7%)
Друковані засоби масової інформації (газети, журнали, буклети, листівки)	42.8% (46.4%)
Радіо	15.3% (25.7%)**
Від знайомих, родичів, друзів	7.5% (5.0%)
Публічні акції, які проводилися в місті	6.3% (1.2%)**
Інтернет	5.4% (8.0%)*
Навчальні заклади	4.7% (2.3%)*

Отже, у цілому ті джерела інформації, із яких більшість населення отримує знання про туберкульоз, фактично, є для них водночас і найбільш прийнятними. У контексті ж інформаційних потреб найактуальнішою є потреба в інформації **щодо способів профілактики туберкульозу**.

Діагностика та лікування туберкульозу

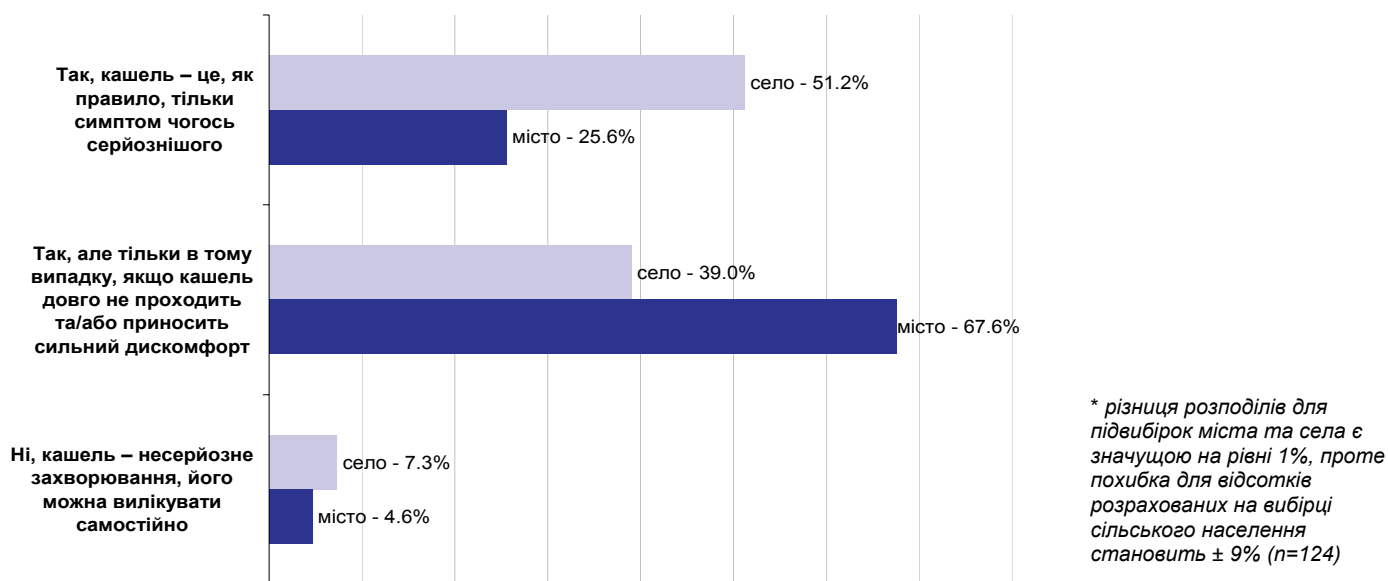
У рамках даного дослідження для нас особливо важливо було з'ясувати, чи вважають мешканці області кашель підставою для звернення за допомогою спеціаліста та проходження діагностики на туберкульоз. Виявилось, що для більшості респондентів необхідність звертатися до лікарні або поліклініки у зв'язку з кашлем з'являється тоді, коли кашель довго не проходить та/або приносить сильний дискомфорт: так вважають 65% мешканців області та 77% жителів Донецька (див. Таблицю 13).

Таблиця 13. Як Ви вважаєте, чи потрібно звертатися в лікарню (поліклініку) у зв'язку з кашлем?

Так, кашель — це, як правило, тільки симптом чогось серйознішого	27.9% (14.2%)**
Так, але тільки в тому випадку, якщо кашель довго не проходить та/або приносить сильний дискомфорт	65.0% (77.0%)**
Ні, кашель — несерйозне захворювання, його можна вилікувати самостійно	4.8% (6.4%)

Серйозною підставою для хвилювання кашель є менш, ніж для третини населення, причому в Донецьку частка тих, хто переконаний, що кашель — це, зазвичай, лише симптом більш небезпечних порушень є суттєво меншою (14.2%). Загалом для міст набагато менш характерним є уявлення про кашель як ознаку серйозного захворювання, тоді як в селі менша частка людей схиляються до думки про те, що з кашлем потрібно звертатися до лікаря вже коли він довго не проходить та спричиняє суттєвий дискомфорт.

Графік 11. «Як Ви вважаєте, чи потрібно звертатися в лікарню (поліклініку) у зв'язку з кашлем?» (розподіли для різних типів поселення)

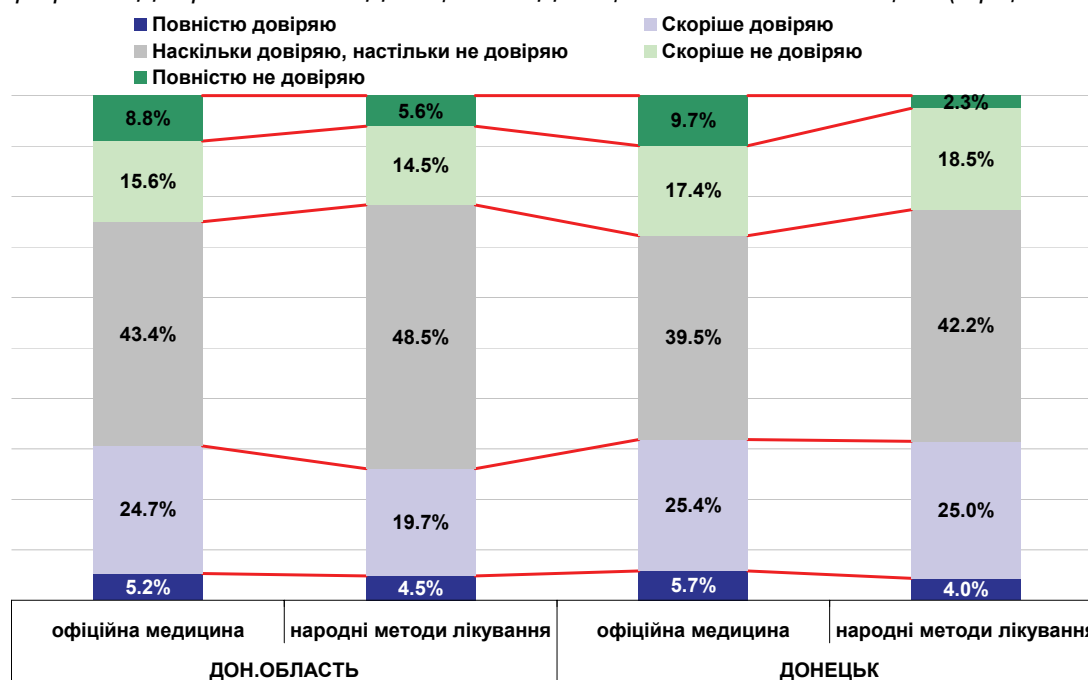


Щодо тривалості кашлю, то, на думку 55.7% опитаних, до лікаря варто звертатися вже після 2-3 тижнів безперервного кашлю. Отже більше половини населення свідомі того, що зазначена тривалість кашлю має стати приводом для занепокоєння. Тільки 14.3% респондентів гадають, що змусити людину звернутися до лікаря повинен кашель, який не проходить місяць або більше. При цьому реально зверталися до лікаря у зв'язку з кашлем протягом останніх 6 місяців тільки 14.1% учасників дослідження. Цікаво, що більш характерною така поведінка є для жінок: серед цієї категорії частка тих, хто приходив до лікаря зі скаргами на кашель становить 16.3% у порівнянні із 11.2% серед чоловіків.

Відповідаючи на питання, яке полягало у моделюванні реальних симптомів туберкульозу (тривалий кашель (більше 2-3 тижнів), біль в грудях тощо), переважна більшість опитаних (82.7%) відповіли, що звернулися б до спеціаліста (причому пішли б у лікарню або поліклініку до терапевта, свого дільничного лікаря), менше 8% придбали б ліки в аптеці і лише 1.5% респондентів звернулися б за допомогою до нетрадиційних народних методів лікування. Таким чином, офіційна медицина пропонує найбільш розповсюджені методи, до яких, за твердженнями більшості опитаних, вони б вдалися у випадку виявлення у себе тих чи інших симптомів туберкульозу. Нетрадиційні (народні) методи лікування в цьому плані суттєво офіційній медицині поступаються.

Однак, що стосується довіри до медицини загалом, то тут ситуація така, що найбільша частка населення досить пасивно (індиферентно) характеризує ступінь своєї довіри до медицини, причому як народної, так і офіційної (див. Графік 13). За таких умов ми реально не можемо говорити про якусь суттєву перевагу рівня довіри до того чи іншого способу лікування.

Графік 13. Довіра населення Донецька та Донецької області до медицини (офіційної та народної)



Серед ряду методів, що використовуються для діагностики туберкульозу, для абсолютної більшості респондентів (90.7% - див. Таблицю 14) найбільш звичним є флюорографія. Найменша частка опитаних знає про таких спосіб виявлення хвороби, як мікробіологічна діагностика.

Таблиця 14. Існують різні способи виявлення туберкульозу. Які способи виявлення туберкульозу Вам відомі?

Флюорографія	90.7% (86.7%)*
Рентгенологічна діагностика (рентгенографія органів грудної клітки, томографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія)	47.8% (48.3%)
Туберкулінодіагностика (реакція Манту)	43.4% (36.9%)*
Мікробіологічна діагностика (мікроскопія мазка мокроти та бактеріологічне дослідження мокроти)	24.4% (27.9%)
НЕ ЗНАЮ НІЯКИХ МЕТОДІВ	0.9% (0.8%)

Зрозуміло, що за таких умов саме флюорографічне обстеження є найбільш часто використовуваним методом діагностики туберкульозу, до якого реально вдаються мешканці області. Із 81% тих, хто за останні 12 місяців проходив обстеження майже 77% повідомили, що для перевірки використовувався метод флюорографії і тільки менше одного відсотка вдавалися до мікробіологічної діагностики (див. Таблицю 15). І взагалі сумарна частка тих, хто протягом останніх 12 місяців проходив обстеження на туберкульоз не за допомогою флюорографії не перевищує 7.2%, що більш, ніж **в 10 разів менше** за долю тих, хто проходив флюорографічне обстеження.

Таблиця 15. «Вам доводилося проходити обстеження якимсь із цих способів перевірки за останні 12 місяців? Яким саме?»

Флюорографія	76.9% (80.0%)	Σ = 7.2%
Рентгенологічна діагностика (рентгенографія органів грудної клітки, томографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія)	4.5% (3.6%)	
Туберкулінодіагностика (реакція Манту)	1.9% (1.6%)	
Мікробіологічна діагностика (мікроскопія мазка мокроти та бактеріологічне дослідження мокроти)	0.8% (0.7%)	
НЕ ДОВОДИЛОСЯ ПРОХОДИТИ ОБСТЕЖЕННЯ	19.0% (16.2%)	

Показовим з точки зору змістовної сутності найбільш розповсюдженого способу діагностування захворювання на туберкульоз (флюорографічного діагностування) є те, що тільки 10.4% населення області проходили його цілеспрямовано (за власним бажанням). Той факт, що майже у 89%

випадків респонденти проходили обстеження у рамках планового медогляду, для отримання довідки або ж за направленням лікаря може свідчити скоріше про бюрократичний, аніж профілактичний характер подібних обстежень.

На фоні такої ситуації досить цікавим виглядає перелік причин того, чому люди можуть не звертатися за обстеженням на туберкульоз — *див. Таблицю 16*. Більш ніж для половини мешканців області (52.5%) та для 65.1% жителів Донецька головною причиною є недбале ставлення до власного здоров'я. Більше третини опитаних при цьому зазначили, що люди просто не мають грошей на обстеження.

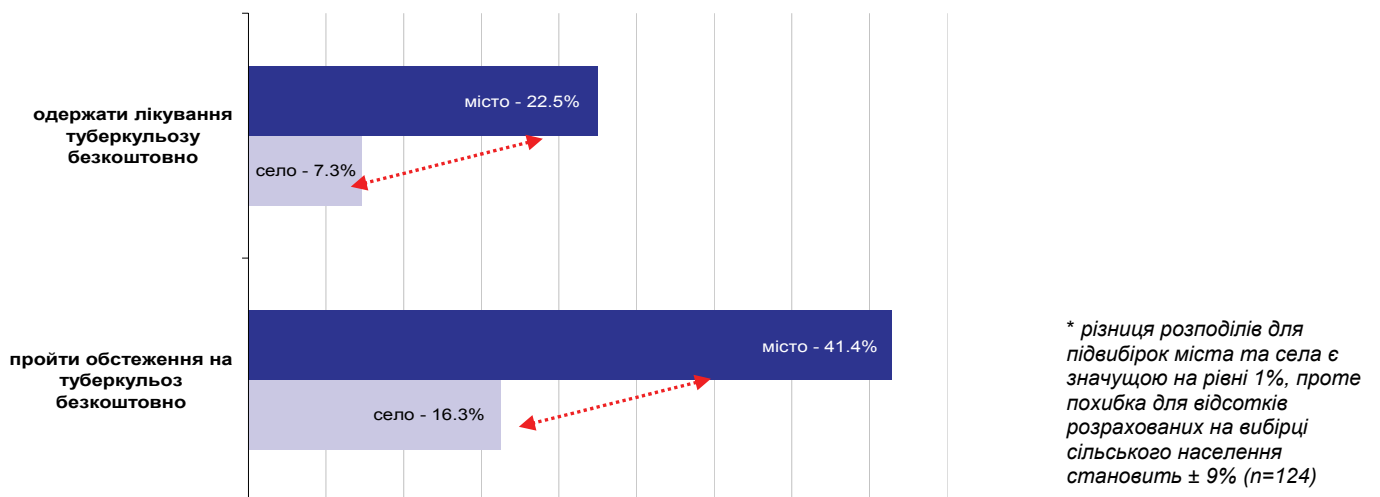
Таблиця 16. Чому, на Вашу думку, люди можуть не звертатися за обстеженням на туберкульоз?

Недбало ставляться до власного здоров'я	52.5% (65.1%)**
Не мають грошей на обстеження	39.0% (35.7%)
Лякає ставлення медичного персоналу	27.0% (19.9%)**
Страх втратити свій соціальний статус, у тому числі роботу	18.8% (17.3%)
Страх розголошення результатів обстеження	15.8% (16.9%)
Лякає можливість змін в особистому житті	14.1% (12.5%)
Бояться реакції партнера/партнерки й близького оточення	9.5% (4.4%)**
Не знають, куди й до кого звернутися	7.5% (9.5%)

І справді, 46.6% респондентів переконані, що в Україні пройти обстеження на туберкульоз безкоштовно неможливо. Відсоток же тих, хто неможливим в Україні вважає безкоштовне лікування, є навіть вищим — 63.8%.

Варто зазначити, проте, що в містах доля людей, які вважають, що пройти діагностику та одержати лікування можна безкоштовно більша (*див. Графік 12*). Так, зокрема в Донецьку частка опитаних, які вважають, що пройти обстеження в Україні можна безкоштовно — 55%, а лікування — 32%.

Графік 12. Розподіли відповідей на питання стосовно можливості безкоштовного лікування та діагностування для різних типів поселень.



Підсумовуючи дані стосовно рівня знань, пов'язаних із діагностикою, можемо сказати, що кашель, особливо такий, що триває довго та приносить суттєвий дискомфорт, є, на погляд більшості населення, цілком достатнім приводом для звернення до спеціаліста (як правило, дільничного лікаря-терапевта). При цьому тривалість кашлю 2-3 тижні респонденти вказують найчастіше як таку, що має змусити звернутися до лікаря. Практично однаковою мірою довіряючи народним та офіційним методам лікування, абсолютна більшість все ж за діагностикою звертається до офіційної медицини, а найрозповсюдженішим методом діагностики є флюорографія. Показово, що другою, після недбалого ставлення до особистого здоров'я, причиною відмови від звернень за обстеженням на туберкульоз є **нестача грошей**: суттєва частка респондентів переконані у тому, що пройти обстеження на туберкульоз та/або одержати лікування цього захворювання в Україні наразі безкоштовно неможливо.

Стигматизація за ознакою захворювання на туберкульоз.

Найчастіше хворі на туберкульоз сприймаються населенням крізь призму своєрідного дистанціювання, що можна вважати одним із проявів соціальної стигматизації. При цьому саме дистанціювання можна розділити на м'який, що є більш розповсюдженим, та більш радикальний варіанти. У першому випадку реальне дистанціювання дещо завуальоване засобами соціальної ввічливості (зустрівши в громадському місці зустрілися з людиною, що, судячи з її зовнішнього вигляду, хвора на туберкульоз, людина поводить себе ввічливо, проте намагається уникати подальших контактів), у другому ж випадку — який при цьому є дещо менш поширеним — соціальне неприйняття та, відповідно, дистанціювання є більш явним (людина просто якнайшвидше намагається піти або ж відкрито вимагатиме ізолювання хворого від громадських місць).

Якщо говорити про поширеність різних варіантів дистанціювання на прикладі нашого дослідження, то найбільш типовим можна вважати м'який — до нього, відповідно до отриманих даних, вдалися б 50.1% респондентів (див. Таблицю 17).

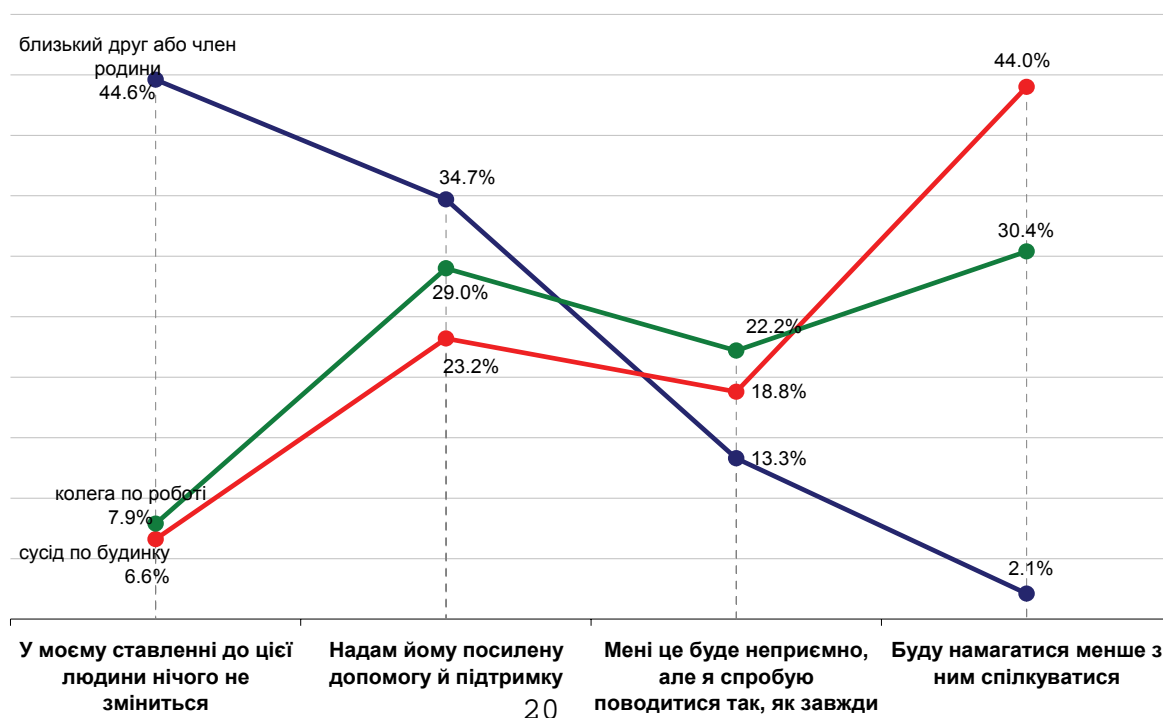
Загалом же досить малу частку людей можна вважати абсолютно толерантними по відношенню до соціальної категорії хворих на туберкульоз: лише трохи більше десяти відсотків респондентів сказали, що у ситуації зустрічі із людиною, що, судячи з її зовнішнього вигляду, хвора на туберкульоз, вони будуть поводитися так само, як і зі звичайною людиною. Цікаво, що в Донецьку доля абсолютно толерантних людей є навіть меншою і складає всього 7.2%.

Таблиця 17. «Скажіть, як би Ви повелися, якби в громадському місці зустрілися з людиною, що, судячи з її зовнішнього вигляду, хвора на туберкульоз?»

Буду поводитися із нею як зі звичайною людиною	11.5% (7.2%)*
Буду ввічливим (ою), але буду намагатися уникати подальших контактів	50.1% (50.9%)
Буду намагатися швидше піти	29.9% (35.4%)*
Буду вимагати, щоб цю людину ізолювали від громадських місць	2.4% (0.5%)

Важливо зазначити, що із збільшенням соціальної дистанції (ступеню близькості, рідства) ступінь проявів стигматизації підвищується (див. Графік 14). Бачимо, що, чим ближчою (ріднішою) є людина, яка потенційно може бути хвора на туберкульоз, тим більшою є вірогідність того, що ставлення до неї не зміниться та/або їй буде надана посилена допомога та підтримка. І навпаки — чим менш тісними та спорідненими є соціальні зв'язки (зокрема, коли мова йде про колегу або сусіда), тим більшою стає ймовірність того, що хворий буде створювати для людини певний дискомфорт та вона намагатиметься менше з ним спілкуватись.

Графік 14. «Як би Ви поставилися до ситуації, якби виявилось, що хворий на туберкульоз...»



Однак навіть за умов досить близьких соціальних зв'язків (зокрема між членами однієї родини), ми можемо спостерігати деяке збільшення соціальної дистанції по відношенню до хворого. Піклуватися у своєму домі про члена родини, якби він був хворий на туберкульоз погодилися б 79.7% респондентів. Проте кількість тих, хто погодився б їсти та пити з ним за одним столом вже значно менша — 60.5%.

Щодо інших проявів стигматизації, зокрема таких, як звинувачення, осоромлення хворих на туберкульоз, то вони не є надто поширеними (див *Графік 15*). Немає також і чітко вираженої тенденції асоціювання захворювання на туберкульоз із ВІЛ/СНІДом. Натомість досить поширеним є сприйняття хворих як категорій, пов'язаних із проблемами наркозалежності, алкоголізму, соціальної девіації. Знову-таки яскраво підтверджується налаштованість суспільства на соціальне дистанціювання від хворих: майже 77% Опитаних вважають, що людей, хворих на туберкульоз, треба примусово лікувати, майже 65% думають, що їх варто остерігатися, а 48% висловилися на користь того, що держава взагалі має їх ізолювати від суспільства.

Графік 15. «Скажіть, будь ласка, наскільки Ви згодні або не згодні з наступними твердженнями?»

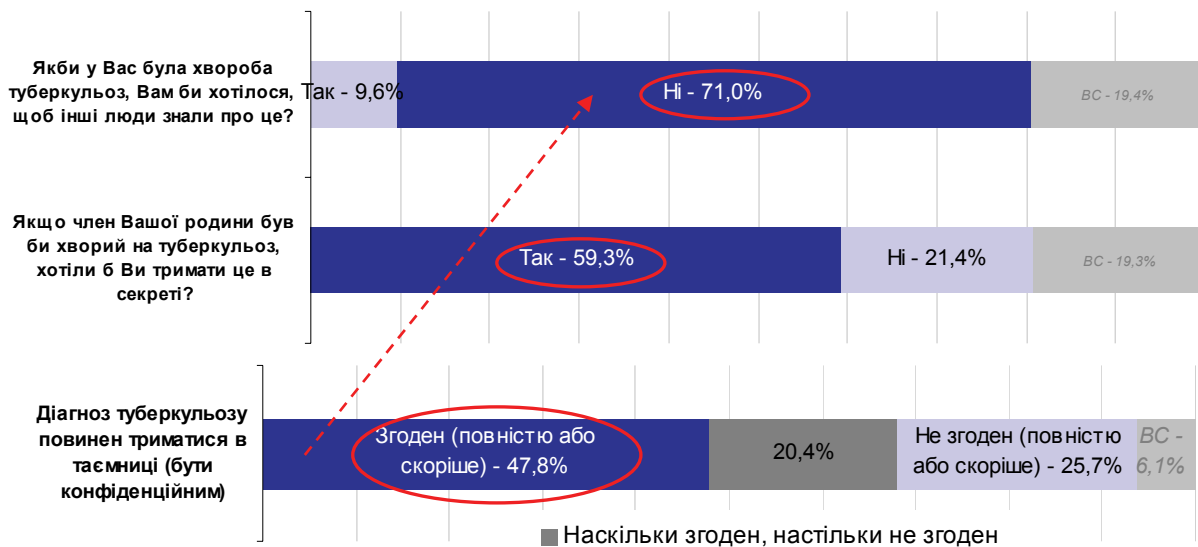


* сума відповідей повністю згоден та скоріше згоден

** сума відповідей повністю не згоден та скоріше не згоден

Окремо слід звернутися до питання розголошення діагнозу, оскільки воно є одним із аспектів стигматизації. 47.8% опитаних погодилися (цілком або скоріше) із тим, що діагноз туберкульозу має бути конфіденційним (див. *Графік 16*). Тут мова йде про ситуацію в цілому, тобто про конфіденційність як абстрактне загальне поняття. Якщо ж говорити про конфіденційність у більш конкретних ситуаціях, безпосередньо пов'язаних із досвідом людини, цифри дещо змінюють, причому у сторону зростання: 59.3% опитаних хотіли б тримати в секреті такий діагноз туберкульозу, якби хворим був когось із рідних, і ще більше — 71% респондентів не бажали б, аби інші люди знали про їхній діагноз, якби хворими виявились вони самі. Таким чином, попри те, що 72.7% респондентів, що згодні із тим, що туберкульозу як захворювання варто соромитись (див. *Графік 15*), більшість із них все ж схиляються до того, що такий діагноз повинен бути конфіденційним.

Графік 16. Конфіденційність діагнозу туберкульозу в різних ситуаціях.



ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

У результаті дослідження було з'ясовано, що загалом населення ставиться до проблеми епідемії туберкульозу як до такої, що є актуальною, причому як для українського суспільства загалом, так і для громади Донецького регіону зокрема. Крім того, абсолютна більшість учасників погоджуються із думкою про те, що її вирішення залежить від кожного члена суспільства. Однак дані свідчать про те, що на фоні інших соціальних, політичних та економічних негараздів проблема епідемії не входить навіть до п'ятірки найбільш нагальних: мешканці Донецька поставили її на шосте місце, а населення області загалом — на восьме.

► *Рекомендуємо під час проведення медіа-кампанії окремо наголошувати на актуальності проблеми епідемії туберкульозу з точки зору її місця в загальній ієрархії суспільних проблем: важливо наголосити на тому, що неналежна увага до даної проблеми може мати катастрофічні наслідки як для суспільства в цілому, так і для Донецької області як його частини.*

На тлі ситуації із проблемою туберкульозу, що склалася в країні та області, загальна картина уявлень населення Донецького регіону щодо туберкульозу виглядає наступним чином. **Туберкульоз в цілому сприймається як:** 1) певна потенційна загроза для всіх; 2) «діагноз-вирок»; а також 3) медична проблема. Причому прослідковується нестача у населення знань щодо деяких медико-технічних аспектів туберкульозу (зокрема, щодо можливостей лікування). Із цим може бути пов'язана деяка міфологізованість сприйняття туберкульозу: так, на 10 запропонованих тверджень, що описують різні аспекти туберкульозу, менше 2% опитаних дали правильні відповіді.

Крім того, туберкульоз часто асоціюється із такими, як правило, маргінальними категоріями населення, як безпритульні, мігранти, ув'язнені тощо: більшість респондентів саме ці групи відносить до груп ризику.

При цьому, незважаючи на поширеність деяких хибних уявлень про туберкульоз, населення демонструє досить адекватні знання щодо основним симптомів, способів передачі та профілактичних заходів, спрямованих на попередження захворювання.

► *По-перше, рекомендуємо спрямувати інформаційні зусилля на подолання поширення міфів, пов'язаних із нестачею знань про туберкульоз медичного характеру. Зокрема йдеться про надання інформації стосовно **можливостей** лікування, в тому числі для ВІЛ-інфікованих людей (існування ліків від туберкульозу), правил, яких необхідно дотримуватися (ризик виникнення стійких до препаратів форм туберкульозу).*

► По-друге, рекомендуємо акцентувати в медіа-кампанії увагу на тому, що туберкульоз — не є вироком, причому окремою цільовою аудиторією має стати сільське населення, у якому поширеність хибних уявлень про туберкульоз є децю вищою.

Щодо оцінки особистого ризику зараження / захворювання на туберкульоз, то більшість населення (особливо мешканці міста Донецька) **не вбачає для себе у туберкульозі реальної загрози.**

► У зв'язку з цим пропонуємо акцентувати увагу на тому, що заразитися та/або захворіти може кожен. Наприклад, проінформувати населення стосовно того, що більшість людей у сучасних умовах, фактично, уже є носіями інфекції (палички Коха), відповідно, фокусуючи громадськість на думці про необхідність ведення здорового способу життя та періодичного проходження обстежень.

Аналіз ситуації, пов'язаної із джерелами інформації про туберкульоз (реальними та бажаними), показав, що найбільш оптимальними є якраз ті джерела, що реально використовуються населенням. До них належать: **телебачення, друковані ЗМІ** (більшою мірою — газети) та **плакати, буклети на стінах медичних закладів**. У Донецьку більшою мірою, аніж в області загалом населення отримує (і бажало б отримувати) інформацію по радіо та через Інтернет; у сільській місцевості — по телебаченню.

Оцінка інформаційних потреб населення щодо туберкульозу показала, що найбільш актуальною інформаційною потребою населення є **потреба в знаннях щодо способів профілактики туберкульозу.**

► Рекомендуємо під час медіа-кампанії максимально задіювати найбільш оптимальні з точки зору побажань населення канали інформації: телебачення, друковані засоби масової інформації (головним чином — газети) та розповсюджувати необхідну інформацію у вигляді буклетів та інформаційних плакатів у стінах медичних закладів. При цьому в Донецьку не слід також ігнорувати такі канали інформації, як радіо та Інтернет.

► Пропонуємо інформаційну кампанію будувати на засадах популярного та доступного інформування населення у першу чергу щодо усіх можливих методів запобігання захворюванню на туберкульоз.

Розглядаючи питання діагностики, зокрема необхідність серйозного підходу до найбільш поширеної симптоматики туберкульозу — кашлю, можемо констатувати, що **більшість населення свідомо того, що кашель — проблема, з якою необхідно звертатися до спеціаліста, якщо він не проходить 2-3 тижні.** При цьому найбільш розповсюдженим способом діагностики захворювання серед населення залишається флюорографія, до проходження якої, власне, і вдаються люди найчастіше. Таким чином, знання стосовно конкретних методик обстеження на туберкульоз серед населення області є обмеженими.

Щодо особистого досвіду проходження діагностики, то серед причин, які втримують людей від звернення за обстеженням, більше третини висловили думку про брак коштів. Тобто, досить поширеним (особливо в сільській місцевості) є переконання про **неможливість проходження діагностики, а надто отримання лікування в Україні на даний момент безкоштовно.**

► Рекомендуємо поширювати інформацію стосовно альтернативних (та більш сучасних, точних) методів діагностики, таких як мікробіологічна діагностика та мотивувати населення звертатися до їх застосування.

► Крім того, рекомендуємо окремо наголошувати на можливостях безкоштовного лікування та обстеження (особливо це актуально для сільського населення).

Варто підкреслити, що найбільша частка населення із практично однаково байдуже описує рівень своєї довіри до офіційної та народної медицини: респонденти в значній кількості випадків наскільки довіряють, настільки й не довіряють як першій, так і другій.

► В умовах рівного ступеня довіри до офіційної та альтернативної (народної) медицини складається сприятливе підґрунтя для розгортання кампанії щодо підвищення рівня довіри саме до першої з точки зору її ефективності (безпеки та результативності). Таким чином, у медіа-кампанії пропонуємо робити акцент на можливостях сучасної медицини в плані діагностики та лікування туберкульозу.

Аналіз різних аспектів стигматизації за ознакою захворювання на туберкульоз показав, що стигматизація осіб, хворих на туберкульоз, в основному проявляється, відповідно до отриманих результатів, як:

- дистанціювання від осіб, що хворі на туберкульоз (уникання, зменшення частоти та інтенсивності контактів з ними);
- проблема розголошення (конфіденційності): більшість респондентів висловились на користь того, що діагноз туберкульозу має залишатися в таємниці.

► У контексті дій, спрямованих на зменшення рівня стигматизації хворих на туберкульоз, пропонуємо інформувати населення про те, що хвора люди абсолютно не завжди становить небезпеку для оточення. Наприклад, можна дати чітку характеристику періоду, протягом якого хвора людина насправді може когось заразити (особливо важливо це з точки зору поводження із хворою в сім'ї та іншому близькому оточенні). Окрім того, у цьому руслі корисно надавати інформацію щодо способів захисту від інфекції в громадських місцях.

► Що стосується питань конфіденційності, то корисно було б довести до відома загалу нормативні положення, що регулюють дане питання (зокрема закони, пов'язані із дотриманням принципів лікарської таємниці та санкцій за їх порушення).

Звіт за результатами якісного дослідження

Загальне населення

Рівень поінформованості

Туберкульоз

Переважна більшість респондентів дотримуються думки, про туберкульоз, як про небезпечну хворобу дихальних шляхів, що часто спричиняє смерть хворого. Частина респондентів ґрунтували своє знання про хворобу на прикладах із власного оточення (родичі, сусіди, знайомі).

Респондентами висловлювалися протилежні думки щодо того, чи можна остаточно вилікувати туберкульоз. В той час як одні вважали його невиліковною хворобою (*“Не лечится, а залечивается”*), інші висловлювали упевненість - ТБ можна вилікувати остаточно, якщо вчасно звернутися до лікаря.

Лише один з респондентів — медичний працівник, відзначив, що туберкульоз може вражати не лише органи дихання. Окремі респонденти погодились із цим твердженням, більша частина попередньо ніколи не чула про подібні прояви хвороби.

Також один з респондентів наголошував на небезпеці ТБ як каталізатора анаеробних хвороб.

«т.е. те болезни, которые без кислорода очень активно развиваются. И туберкулез перекрывает, и раз — и доступ кислорода уменьшается, и все потом то, что в человеке есть, которое зависит от кислорода, может прогрессировать»

Загалом можна сказати, що рівень знання респондентів великою мірою ґрунтувалися на особистому досвіді спілкування з хворими чи “життєвих історіях”. Також респонденти молодшого віку були менш обізнаними в більшості питань. Однією з причин самі вони вважали недостатню інформаційно-профілактичну роботу в навчальних закладах (школи, ВНЗ).

Шляхи зараження ТБ.

Основним шляхом зараження ТБ респонденти вважали повітряно-крапельний, відповідно, головну небезпеку, на їхню думку становить кашель. Також вони вважають, що ТБ може передаватися через слину, при поцілунку, при рукоштованні, через посуд та речі хворого, через мокроту хворого.

«Мне говорили, что эти мокроты когда отходят, эти больные люди, которые ходят по улице, каждый день мокрота отходит, сплюнули на асфальт, подсохла слюна, ветром раздуло, ты идешь, и на тебя это понесло»

Також окремими респондентами згадувалось умисне зараження. Так за їхніми словами, слідчі органи практикують в якості методу тиску погрозу посадити в спільну камеру із хворими на туберкульоз.

«средство устрашения, если человека ведет какой-то следователь, его просто сажают в камеру с теми инфицированными людьми».

Групи ризику

Останнє твердження можна віднести також до окреслення груп ризику. Окрім ув'язнених основними групами ризику респонденти вважають безпритульних (так званих “бомжів”), ВІЛ-інфікованих, алкозалежних, людей похилого віку. Узагальнюючи категорії ризику, респонденти визначали їх як соціально незахищені, послаблені. В процесі дискусії більшість респондентів зійшлися на тому, що до груп ризику можна віднести всіх, хто мають слабкий чи послаблений імунітет, люди в стані стресу.

Також до груп ризику, на думку респондентів необхідно віднести тих, хто контактують із хворими — члени сім'ї хворого, співробітники пенітенціарних закладів.

Думки розділилися в тому, чи відносити до груп ризику людей, що хворіли на туберкульоз раніше. При цьому респонденти одноставно не включили до груп ризику курців.

Методи профілактики

Більша частина респондентів дотримувалася думки про ТБ як про соціальну хворобу
«Туберкулез — это социальное заболевание, и рост туберкулеза говорит о неблагополучии социальной сферы».

Відповідно основними методами профілактики для себе вони вважали підтримання власного імунітету: правильне харчування, вживання вітамінів, відпочинок (наприклад, в Криму, де колись лікували хворих на ТБ).

Окрім підтримання імунітету, доцільним респонденти вважали «уважну» поведінку на вулиці: мити руки після прогулянки, не перебувати в «сумнівних» місцях, де бувають безпритульні, не вживати їжу / не пити з брудного посуду.

Важливим кроком профілактики, на думку респондентів, є привчання дітей до правильної поведінки.

На суспільному рівні в якості профілактики респонденти називали в першу чергу подолання бідності в регіоні, допомогу найбільш вразливим верствам.

«Пенсію повысить и зарплату»

«как бы его не лечили, но пока человек не будет нормально и полноценно питаться, эффективность минимальна»

Звучали висловлювання про необхідність контролю за якістю харчових продуктів, через те що часто продукти не мають в собі корисних речовин через неправильне виробництво чи зберігання.

Також важливим моментом профілактики на загальному рівні є покращення стану довкілля, оскільки екологічна ситуація суттєво впливає на стан здоров'я населення.

Щодо профілактики серед груп ризику, респонденти висловлювались за необхідність створення системи допомоги безпритульним: медичної допомоги чи тимчасових притулків.

« - Бомжей может отселить, дать им какие-то дома брошенные хотя бы.

– Есть у нас такие дома, только их недостаточно, больше нужно».

Зараження (інфікованість) і захворювання ТБ

Більшість респондентів не мали уявлення про різницю між зараженням та захворюванням. Лише окремі з них знали про існування двох форм захворювання - «закритої і відкритої», але не могли дати визначення цим поняттям і плутали їх в процесі дискусії.

Виключенням складала респонденти, які особисто зіткнулися із хворобою близьких чи рідних. Вони, загалом були більш обізнані щодо перебігу хвороби, мали чіткіші уявлення.

Також частина респондентів підтримувала твердження про те, що більшість людей є носіями інфекції, яка викликає ТБ.

Симптоми:

Головним, найбільш показовим симптомом, на думку переважної більшості респондентів, є характерний «глухий» кашель, відкашлювання, що не проходить протягом кількох тижнів.

Додаткові симптоми, визначені респондентами, включали (відповідно до частоти згадувань) підвищену температуру протягом тривалого періоду, слабкість, втрату ваги. Однак, ці симптоми, на думку респондентів не можуть бути визначальними, оскільки є спільними для багатьох хвороб: нежиті, ангіни, звичайної слабкості від втоми.

Іншим чітким симптомом, відомим частині респондентів, є мокрота із кров'ю. Однак цей симптом, характерний швидше для запущеного стану.

Відповідно, лише кашель, що не зникає протягом 2-4 тижнів, вважається респондентами симптомом ТБ та приводом для занепокоєння.

Методи діагностики.

Переважає більшість учасників групи найперше згадали про флюорографію, як метод діагностики ТБ.

Другим за частотою згадувань був тест на Реакцію Манту. Лише двоє респондентів були знайомі з методом аналізу мокроти.

Відповідно, найпоширенішим та найдоступнішим, на думку респондентів, залишається метод флюорографії, який, як вони знають, є безкоштовним. При цьому не всі респонденти погодились із тим, що за необхідності пішли б до поліклініки для проходження процедури. Серед пояснень лунала необхідність брати лікарняний чи відпрошуватись з роботи, негативний вплив радіації на здоров'я людини.

«Мне не нравится, потому что облучение идет. «Оно не очень полезно...но, некуда деваться».

Також недоліком респонденти вважали відсутність можливості пройти цю процедуру на роботі. Так система медичного огляду на робочому місці (зокрема і проходження процедури флюорографії) є лише в одного з респондентів. В інших же, незалежно від форми власності підприємства, такі заходи не проводяться.

«- флюорография делается на госпредприятиях, а на частных предприятиях не делается.

- Я работаю на госпредприятии всю свою жизнь, у нас ни разу не делалась флюорография.»

Більшість респондентів ніколи не чули **про стійку до протитуберкульозних препаратів форму ТБ**. Нова інформація, однак, не викликала у них великого здивування. Респонденти переважно сприйняли появу такої форми ТБ як «природне» явище, проводячи паралелі з мутуючими збудниками інших хвороб та бактеріями, з якими загалом намагається боротися людина.

«Слабые сдохли, сильные остались»

«Человек провоцирует естественный отбор микроорганизмов. У них пошли вещества нейтрального действия, но они все равно борются... Аналогию провели и сделали вывод. Что такое лекарство? Тот же самый тренажер для бактерий, т.е. мы их тренируем»

Ставлення до проблеми ТБ

Більшість респондентів погодились із тим, що проблема туберкульозу є проблемою для всього населення області, чи скоріше, навіть усіх головних промислових регіонів України. Серед причин респонденти називали загальну слабкість імунітету населення через низький рівень життя, погане харчування, забруднення навколишнього середовища.

«Донецкая область мне кажется больше, потому что много промышленности атмосфера загрязнена»

Говорячи про **оцінку** респондентами **ризиком заразитися** та **ризиком захворіти** на ТБ, варто нагадати, що частина респондентів переважно не розділяли та плутали ці два поняття. Ці респонденти оцінювали ризик заразитися для себе та своїх близьких як середній чи нижче середнього і вважали, що головним чином, від хвороби можуть постраждати безпритульні та соціально-незахищені категорії.

«Ну и что, что эпидемия? Эпидемия гриппом была. Я думаю, риск ниже среднего, потому что если бы было выше среднего, уже заболел бы».

Ті з респондентів, хто стикалися із хворобою, оцінювали ризик захворіти дещо вище ніж попередня група, однак поділяли думку, щодо груп ризику. Окремі респонденти нагадали, що значний ризик заразитися є у кожного, однак у більшості інфекція не переростає в хворобу.

Лікування

Більшість респондентів сказали, що у разі підозри (тривалий характерний кашель) звернулися би до лікарів: фтизіатра або терапевта, оскільки хвороба є небезпечною і її варто зупинити на початковому етапі.

Частина респондентів сказали, що взяли би лікарняний. Однак вони зазначали, що лікарняний робітникам надають далеко не на всіх підприємствах. Якби симптоми були загальними (температура, слабкість, кашель протягом 1-2 тижнів), значна частина респондентів намагалися би лікуватися самотужки, використовуючи народні методи.

В цілому респонденти висловлювали досить високий рівень довіри до офіційної медицини, та методів її діагностики та лікування ТБ. При цьому занепокоєння у них викликали негативні наслідки медикаментозного лікування для організму людини:

«И желудок поражается от таблеток и печень».

«Я знаю, что человек умер от таблеток. Не то, что от туберкулеза, а просто в большом количестве пил таблетки».

Однак, не зважаючи на це, більшість із респондентів, як говорилося вище, звернулися би до офіційної медицини за допомогою, але в той же час вдома самотійно практикували би **методи народної медицини**.

Респонденти були добре знайомі з народними методами, іноді використовують їх самі (для лікування бронхітів і т.ін.), знають по кілька рецептів, яким довіряють. Також багато з респондентів розповідали «історії з життя» про, чудодійне одужання завдяки певному рецепту.

«Мама рассказывала, что когда у меня брат родился старший, у него нашли черное пятно в легком. Не знаю, что там было. И когда она шла по рынку, ее остановил старый дедушка и говорит: «Дочечка, чего ты плачешь?». Она говорит, что так и так. Он говорит, что возьми мед, алое, и давай ребенку. Когда она через 3 месяца пришла на флюорографию, ничего не было».

«вылечила горячим молоком, мед, постоянно его поила. Козьим молоком»

«Траволечение хорошо столетник борется. Хорошо помыть, почистить колючки, середину брать и кушать»

«свиной жир внутренний лечит, если его с молоком варить»

Один з респондентів — медичний працівник, пояснював популярність таких методів тим, що вони довгі роки використовувалися також і офіційною медициною і добре зарекомендували себе.

«Это не народные методы. В 17-е годы врачи назначали молоко, питание, Крым, и, кстати, лечили хорошо»

Серед розповідей респондентів можливо було виділити ще один тип народних рецептів - «новітні розробки». До таких можемо віднести незареєстровані ліки, що продаються через Інтернет та сільовий маркетинг.

«В России есть препарат, профессор Жданов его рекламирует, это то, что кошки и собаки ищут на траве. Они не траву едят, они эту бациллу ищут. Она когда попадает к нам в желудок, формирует там для иммунитета какое-то очень классное вещество, и иммунитет резко скачком поднимается».

ТБ/ВІЛ

Респонденти одностайно висловлювались що до того, що ВІЛ-інфіковані наражаються на більшу небезпеку захворіти на ТБ, оскільки їхній імунітет є ослабленим і не може боротися з хворобою.

Хоча ТБ, на думку респондентів, не є прямим наслідком ВІЛ, можливість виникнення цієї хвороби дуже велика.

Практично всі респонденти, включно з медичним працівником були впевнені в тому, що ТБ у ВІЛ-інфікованих вилікувати неможливо, оскільки організм *«не бореться, поэтому бесполезно что-то делать»*.

Стигма і дискримінація

Ставлення до груп ризику

З усіх перерахованих респондентами груп ризику, різко дискримінаційне ставлення проявлялося лише по відношенню до безпритульних. Негативне ставлення вочевидь підсилювалось тим, що безпритульні не звертаються до медичних закладів, відповідно можуть бути небезпечними розносниками хвороби; часто сплять в парках та на дитячих майданчиках, де несуть небезпеку дітям.

Частина респондентів виступала за збільшення тимчасових притулків для цієї категорії населення та організацію системи медичної допомоги / огляду для них. В той же час окремі респонденти, налаштовані більш агресивно, закликали до повної сегрегації безпритульних за допомоги силових структур.

«Там, по-моему, должны участвовать силовые структуры, так как больше подвержены риску заражения божми, и как мы можем им помочь? Силовые структуры должны их изолировать».

Ставлення до хворих ТБ та ТБ/ВІЛ-коінфекції

При тому, що більшість респондентів говорили про ТБ, як проблему всього населення Донецької області, ставлення до хворих ТБ у більшості є досить дискримінаційним. Однією з основних причин можна назвати недостатній рівень знань про хворобу. Оцінюючи ризик заразитися для себе і знайомих як невисокий, респонденти, коли їх попросили уявити хворого, в першу чергу уявляли безпритульного — найбільш дискриміновану ними групу. Відповідно негативне ставлення до окремої групи ризику протягом дискусії часто переносилося на всіх хворих на ТБ.

Іншим аспектом була недостатня обізнаність частини респондентів щодо перебігу хвороби (різниця між інфікованістю та захворюванням) та її лікування. Не розуміючи різниці між стадіями та не маючи знання щодо того, наскільки можливим є вилікувати ТБ, респонденти не могли оцінити реальну небезпеку для себе від спілкування з хворим чи тим, хто пройшов курс лікування і були налаштовані негативно щодо них.

«Потому что инфицированных больных не изолируют, они свободно гуляют. Он обратился, его пролечили, и отпустили».

«Нужно не изолировать от общества, а исключить».

При цьому менша частина респондентів виявляли спокійне ставлення до хворих на ТБ, наголошували на необхідності психологічної підтримки хворих саме в цей час і говорили про те, що самі її надавали.

«Нужно не изолировать, а создавать условия для того, чтобы туберкулез не возникал».

«как человек, я оказывал моральную поддержку, общался. Все. А чем еще? Человек на тот момент был одинок, большая половина людей отвернулась».

Варто відзначити, що ставлення до хворих на ТБ/ВІЛ-коінфекцію було менш дискримінаційним ніж до інших груп ризику. Респонденти висловлювались з цього приводу досить спокійно, навіть з певним співчуттям.

В питаннях **конфіденційності інформації** щодо діагнозу респонденти чітко притримувались подвійного стандарту. Більшість респондентів буди переконані, що хворий повинен відкривати свій діагноз в якомога більшій кількості випадків, зокрема при працевлаштуванні. При цьому, в ситуації, коли хворим був би сам респондент чи хтось із його близьких, респонденти виступали за

максимальну конфіденційність діагнозу. Зрештою більшість погодились, що діагноз повинні знати сім'я та близькі знайомі, хоча це і загрожує хворому втратою соціальних зв'язків.

- Он должен рассказать тем людям, которые с ним общаются.
- Тогда с ним никто не будет общаться.
- Родственники должны знать».

Діяльність недержавних організацій в сфері ТБ

Як показала фокус-групова дискусія, обізнаність населення щодо роботи громадських організацій в сфері боротьби з ТБ є не дуже високою. Так лише окремі респонденти змогли пригадати фонд «Розвиток України», при цьому не були впевненими в назві організації і мали лише загальне уявлення про її роботу.

«Ахметов выделил 200 миллионов на закупку лекарств... Что-то с Украиной, название»...

Загальною для респондентів була думка, що вузькоспрямовані заходи боротьби з туберкульозом не є дієвими і не призведуть до суттєвих зрушень на національному чи навіть регіональному рівні.

«Лекарства у нас есть, но у нас нет качества жизни — питание, одежда, квартира».

При цьому діяльність будь-яких організацій в цій сфері оцінюватиметься позитивно, навіть не зважаючи на песимістичні настрої та усвідомлення можливого відмивання грошей через подібні організації.

«Какая разница? Главное, что пользу делают».
«У нас выбора нет».

Більшість же самих респондентів не готові брати участь у якихось громадських заходах проти ТБ. Єдиним варіантом для частини респондентів могли би бути певні матеріальні пожертви у фонд боротьби з ТБ чи на якісь конкретні заходи чи кампанії. Лише окремі респонденти сказали, що напевно могли би брати більш активну участь у якихось заходах.

Інформаційні потреби

Більша частина респондентів висловила зацікавлення у здобутті додаткової інформації про ТБ, оцінюючи свій рівень знання, як середній, недостатньо високий.

На думку респондентів, населенню була би цікавою та корисною в першу чергу загальна інформація про туберкульоз: особливості хвороби, профілактику та симптоми.

Респонденти пропонували широкий спектр джерел інформації від інформаційних плакатів у лікарнях до лекцій в навчальних закладах. Найчастіше респондентами називалися ЗМІ (в першу чергу телебачення, друковані видання та ін.). Так прозвучали пропозиції збільшення обсягу інформативної соціальної реклами, присвяченої ТБ та створення спеціальної «невеликої програми», присвяченої проблемі.

«Смотря, для какой категории... Для детей — чтобы в школах уроки проводили, дискуссии между учениками, и врачи чтобы были. Для пожилых по телевизору, они его чаще всего смотрят. Для среднего возраста в журналах».

Окремі респонденти хотіли би отримувати інформацію про ТБ від знайомих.

При цьому варто відзначити, що респонденти, які протягом розмови показували найнижчий рівень знань в групі, оцінювали свої знання швидше як «достатні» та були менш зацікавлені у додатковій інформації.

Групи ризику

В ході польового етапу дослідження було проведено три фокус-групові дискусії: з людьми, що живуть з ВІЛ, з пацієнтами тубдиспансеру та із ув'язненими місцевої колонії відповідно.

Загалом респонденти усіх трьох груп мали питомо вищий рівень знань та більший рівень толерантності порівняно із групою, представленою загальним населенням області. Щодо групи ув'язнених, однак, оскільки принаймні частина з респондентів були волонтерами програми боротьби з ТБ в місцях позбавлення волі, рівень їхніх знань вочевидь є вищим за середній для цієї категорії населення.

Рівень поінформованості

Туберкульоз

Туберкульоз сприймається представниками груп ризику в першу чергу як захворювання дихальних шляхів. При цьому значна частина респондентів свідомі того, що ця хвороба може вражати також інші органи. Так одна з респондентів групи ЛЖВ сама страждала на туберкульоз ока. Також вони були добре обізнані щодо збудника хвороби та її можливих наслідків.

Туберкулез — это болезнь, у человека заболевают органы дыхания... Это вирус, палочка Коха несет размножение. Можно лечить, он лечится, если вовремя, конечно, начать лечение, не запускать. Насколько мы знаем, существует эпидемия в Украине. Порой тяжелее лечится, чем ВИЧ инфекция. КОЛОНИЯ

Не всі респонденти були упевнені, чи можливо остаточно вилікувати ТБ. Частина вважали, що навіть по завершенні курсу лікування органи дихання не можна буде назвати здоровими.

мне кажется, легкие будут ослаблены уже, очаги рубцуются, как рана ЛЖВ

Деяко більша частина респондентів вважали, що туберкульоз таки можливо вилікувати остаточно.

Если нам говорят, что «туберкулез излечим», то в слове «излечим», по-моему, все сказано. ЛЖВ

При цьому, на думку більшості респондентів людина може заразитися та захворіти на ТБ ще раз, якщо не вживатиме заходів безпеки, оскільки в неї не виникає імунітету на хворобу. Принциповим для успішного лікування більшість респондентів в усіх групах вважали те, наскільки вчасно хворий звернеться до лікаря.

Шляхи зараження ТБ.

Основним шляхом зараження ТБ всі респонденти вважали повітряно-крапельний. Загалом же респонденти називали більш широкий спектр можливих шляхів зараження ТБ порівняно із групою загального населення. Абсолютна більшість респондентів знали про зараження побутовим шляхом — через предмети хворого, спільний посуд та в громадських місцях — транспорті, та ін.

Представники групи ув'язнених говорили про такі шляхи як зараження через пил, через купання в небезпечних водоймах, де може жити збудник інфекції, через нанесення татуювання нестерильним інструментом.

Також частим на їхню думку є зараження в медичних закладах, коли через невірно поставлений діагноз людина потрапляє в одну палату із хворими на ТБ.

В групі пацієнтів ТБД також зазначали, що інфекція може переноситись через гроші, на яких «держиться до 3 часів». Також, вважають респонденти, заразитися можливо, якщо пити сире молоко чи воду, також переносити хворобу можуть тварини, зокрема миші чи коти.

Групи ризику

У визначенні груп ризику загалом відповіді в групі ЛЖВ були ближчими до відповідей в групі загального населення, при цьому в інших двох групах вони суттєво відрізнялись.

Так на думку більшої частини ЛЖВ, групи ризику, це в першу чергу споживачі наркотиків, малозабезпечені, ув'язнені, алкозалежні. В той же час частина групи активно виступала проти «маргіналізації хвороби», мотивуючи це тим, що захворіти може будь-хто, зокрема діти, які не належать до жодної з цих груп.

В групах пацієнтів ТБД та ув'язнених до груп ризику заносили в першу чергу людей, що знаходяться у стані стресу, мають поганий імунітет. Погоджуючись із тим, що всі вище перераховані категорії є групами ризику, респонденти підкреслювали — список далеко не обмежується цими категоріями.

У человека упадок сил на фоне моральной депрессии, и это может очень сильно повлиять, даже, если он будет есть одну колбасу и сало. КОЛОНИЯ

Так пацієнти ТБД наголошували на тому, що групою ризику часто є люди середнього достатку, що багато працюють («офісні працівники», студенти тощо), перебувають у стані нервового напруження та нерегулярно харчуються.

если много работы, бывает человек устает. Нет нормального питания, а только фаст-фуды, это нельзя так. ТБД

Також туберкульоз називали професійною хворобою, зокрема шахтарів.

С годами у них запыленность легких дает о себе знать. КОЛОНИЯ

Методи профілактики

Загалом респонденти говорили про методи особистої профілактики та заходи, що їх необхідно вжити на загальнодержавному чи обласному рівнях.

Серед особистих методів профілактики більшість респондентів говорили про необхідність дотримання норм особистої гігієни та чистоти помешкання. В транспорті та інших громадських місцях не дозволяти кашляти на себе, не користуватися чужим посудом, немитим громадським посудом.

Дуже важливими респонденти вважають здоровий спосіб життя, здорове харчування та підтримання імунітету вітамінами. Один з респондентів так описав особисті заходи безпеки:

Во-первых, я стираю свою одежду в горячей воде, вывариваю. Свое место спальное убираю, кружки мою, слежу за гигиеной, стараюсь держаться на расстоянии, когда общаюсь с человеком, не подходит к нему ближе, чем на полметра. Когда кашляю, сам закрываю рот, и требую от других. И, естественно, когда я сдаю кровь, или у меня берут кровь, я слежу, чтобы шприц был одноразовый. Раз в три месяца делаю себе смесь из меда, грецких орехов, кураги и алоэ, и по столовой ложке кушаю это с утра. А вообще человек ни от чего не застрахован. КОЛОНИЯ

Вдома при спілкуванні із хворим необхідними є часте прибирання та провітрювання. Членам сім'ї краще вдягати захисні маски. На думку респондентів з групи ЛЖВ необхідно пропагувати такий засіб безпеки не лише від ТБ, а й при інших інфекційних хворобах, вкоренити в суспільстві звичку ним користуватися. Зокрема, розповідати про це на уроках у школі.

Щодо національних методів профілактики, загальною була думка про те, що люди сьогодні не слідкують за здоров'ям, оскільки вимушені заробляти гроші для виживання. Тому держава повинна більше дбати про своїх громадян.

Серед основних методів профілактики повинна бути роз'яснювальна робота з населенням, регулярні медогляди та інформаційні кампанії, які варто починати в ранній школі.

Іншим важливим методом повинно стати збільшення доступності регулярної процедури флюорографії. Вагончики-флюорографи можуть бути встановлені в містах та, в першу чергу, відвідувати віддалену сільську місцевість, жителі якої не мають доступу до медичних закладів чи не мають часу на їх відвідування.

Просто нужно профилактику применять к людям, лучше диагностировать людей, где-то может ставить выездные центры, помогают группам туберкулезно рискованным. КОЛОНИЯ

допустим, у нас на заводе в ДМЗ стоит машина-будочка. И все делают флюорографию бесплатно. Можно же делать так по районам? И причем делать всем бесплатно. ЛЖВ

Також респондентами з групи ув'язнених висловлювалося переконання, у необхідності термінового встановлення очисних споруд на підприємствах для покращення якості повітря. Необхідною є розбудова занепакої системи санаторіїв та будинків відпочинку, доступність путівок для вразливих категорій, дітей тощо.

Для профілактики серед груп ризику респонденти ЛЖВ пропонували направити зусилля медичних служб на регулярний медогляд безпритульних. Окремі пропонували примусове лікування.

заставлять божей лечиться. Осматривать их чаще делать регулярные осмотры. да. Он заболел и думает: "Ага, снимок флюорографии стоит 4 грн. я лучше их пропью, чем я буду делать флюорографию".

Частина респондентів виступали за вакцинацію, однак більша частина висловлювала недовіру до цього методу профілактики через останні новини і відповідно, невпевненість у якості препаратів, що потрапляють до України.

Зараження (інфікованість) і захворювання ТБ

Переважає більшість респондентів були добре обізнаними щодо різниці між інфікованістю та хворобою, небезпек та методів безпечної поведінки при відкритій формі ТБ тощо.

Симптоми:

Головним симптомом, на думку переважної більшості респондентів, є характерний «мокрый» кашель, відкашлювання, що не проходить мінімум протягом 2 тижнів.

Додаткові симптоми, визначені респондентами, включали (відповідно до частоти згадувань) підвищену температуру протягом тривалого періоду, слабкість, спітніння, втрату апетиту й ваги, потускніння шкіри. Однак, ці симптоми, на думку респондентів не можуть бути визначальними, оскільки є спільними для багатьох хвороб: нежиті, ангіни, звичайної слабкості від втоми. В групах ЛЖВ та ТБД згадували такий симптом, як запалення лімфовузлів.

Багато з респондентів підкреслювали, що симптоми у хворих на ТБ можуть значно різнитися. За їхніми спостереженнями перебіг хвороби не завжди супроводжується температурою чи втратою ваги, чи навіть характерним кашлем. Певний час людина може виглядати здоровою, саме тому необхідне регулярне проходження флюорографії.

Кашель, конечно, недомогание, одышка у человека, начинает плохо спать, часто потеет. Температура специфическая 37.1 и 37.2, выше не поднимается и ниже тоже. КОЛОНИЯ

Методи діагностики.

Основними методами діагностики за словами респондентів є відповідно: флюорографія, аналіз мокроти, аналіз крові, Манту, бронхоскопія, томографія, рентгенографія. При тому, що флюорографія є найпоширенішим методом, респонденти вважають аналіз мокроти найбільш точним та безпечним методом.

Флюорограмма не покажет — открытая это форма или закрытая. по мазку определяют палочку. ЛЖВ

Респонденти з групи ЛЖВ позитивно оцінювали метод реакції Манту, однак зазначали, що для самих ЛЖВ він є небезпечним.

Респонденти цієї групи знайомі із методами раннього виявлення ТБ, однак вважають їх недостатньо ефективними для виявлення хвороби на фоні загальнозниженого імунітету.

лучше сдать анализ — ту же мокроту и ту же флюорограмму. Я думаю, что при сниженном иммунитете там ничего не покажет. ЛЖВ

Оцінка ризику для себе

Ув'язнені та ЛЖВ оцінюють ризик заразитися та захворіти для себе як високий. Факторами ризику респонденти ЛЖВ називали знижений імунітет, а ув'язнені - погане повітря (колонія знаходиться біля заводу), відсутність чистої питної води, нерегулярне харчування, відсутність вітамінів, фруктів та овочів.

Контакт із хворим вони оцінювали як вторинний ризик. Головною підвалиною для розвитку захворювання на їхню думку є ослаблення імунітету, середовище, в якому перебуває людина. Багато з респондентів ЛЖВ все ж говорили, що відчувають постійний страх, неспокій, перебуваючи в громадських місцях.

я очень сильно переживаю. Это конечно пессимистический настрой — это очень плохо. Но, тем не менее, огромный риск именно с ВИЧ-статусом просто подхватить болезнь...вообще любая болезнь для ВИЧ-позитивного человека, она убийственна. ЛЖВ

Пацієнти ТБД оцінили ризик захворіти для себе як 50/50 в залежності від стилю життя, якого вони будуть дотримуватися в майбутньому (шкідливі звички, харчування, підтримання імунітету)

Ставлення до проблеми ТБ

Більшість респондентів з цих груп бачать ТБ як хворобу соціальної незахищеності та навіть загальну проблему населення України. Також вони погоджувались із тим, що навіть більшим чином вона може стосуватися саме Донецької області. Причинами можуть бути негативний вплив екології, загальна бідність населення. Також Донецька область є шахтарським регіоном, що може впливати на кількість випадків захворювання.

При цьому респонденти наголошували на тому, що проблема стосується практично усіх шарів населення.

И насколько я общалась с ними, люди из довольно таки благополучных семей, не скажут, что там сидел в тюрьме. Они говорят, если бы не пошли в больницу, мы бы вообще не знали, что у нас туберкулез ЛЖВ

Лікування

Більшість респондентів, за власними словами, звернулися би до лікаря при перших підозрах. При цьому респонденти висловлювали занепокоєння тим, що така поведінка не завжди властива тим, хто не належить до груп ризику. Так часто громадяни не звертаються по допомогу, оскільки не

мають часу або грошей, недооцінюють серйозність захворювання і займаються самолікуванням, чи не мають доступу до медичних закладів.

Если взять среднего обывателя, для того, чтобы ему пройти обследование, нужны деньги, это раз. Во-вторых, ему нужно выбрать время, если он работает. И в-третьих, ему нужно все-таки убедиться для себя внутренне, что он болен. В большинстве случаев люди применяют какие-то препараты. Понимаете, туберкулез может развиваться очень активно, но при этом слегка вялость, утром встал, кофе чуть больше выпил, и он так будет долго бегать КОЛОНИЯ

Більшість респондентів свідомі того, що переривання лікування є небезпечним. За словами пацієнтів ТБД «устойчивость вырабатывается к препаратам». Відповідно, в такому разі доводиться переводити пацієнта на лікування більш сильними препаратами, які можуть мати сильніші побічні ефекти.

Довіра до офіційної медицини

Всі респонденти в разі хвороби звернулися би до офіційної медицини — до терапевта чи фтизіатра. У випадку частини респондентів ЛЖВ — до СНІД-центру. При цьому респонденти мали багато нарікань на рівень послуг, що надає медицина.

Так значна частина респондентів стикалися із невірно поставленим діагнозом, поганою якістю флюорографічних знімків, які доводилося проводити повторно. Окремі згадували, що місцевий фтизіатр не міг описати побачений знімок чи призначити правильне лікування.

я сделала в больнице №23 приехала в городскую сказали: Некачественная бумага. И представьте себе, как они делают флюорографию. Из некачественной бумаги, берут за это деньги.ЛЖВ

Загалом доволі часто лунали звинувачення медичних працівників у непрофесіоналізмі, великою мірою це стосувалося випускників медичних ВУЗів останніх років.

Ему главное содрать деньги, он больше ни о чём не думает. И это те люди, которые сейчас учатся и заканчивают институт. Именно с выпускниками недавно сталкивался. Они не специалисты, они не соображают, сидят, чтобы чисто заработать деньги. ЛЖВ

Іншим частим звинуваченням у бік медиків було нарікання на дискримінаційне ставлення. Найчастіше такі обвинувачення звучали з боку пацієнтів ТБД. Однак наявність того чи іншого захворювання є не єдиним приводом для дискримінації. Так за словами однієї з респонденток ЛЖВ співробітники місцевого пункту флюорографії дискримінували пацієнтів через зовнішній вигляд, могли відмовляти у процедурі.

конечно они такую брезгливость проявляют. Мы приходим иногда в рабочей одежде, грязными, и на нас смотрят и говорят: "Фу". Как будто я с танцев пришла. Я пришла с работы. Я с крана слезла.ЛЖВ

При цьому й самі препарати, якими лікують ТБ, за словами респондентів (в першу чергу пацієнтів ТБД) досить негативно впливають на організм: супроводжуються алергічними реакціями, руйнують печінку, впливають на серце, роботу нервової системи.

а вот представьте себе, вот нормальный здравомыслящий человек, которому свое здоровье нужно, он постоянно на этих таблетках. Я вот с глазами для профилактики нужно таблетки пить. Их мне 3 месяца пить. Я выпила «Тубазида дней пять». У меня с мозгами не порядок. На самом деле. Оно как-то влияет на уровень. Я какая-то приторможенная.ЛЖВ

Незважаючи на всі вище перераховані фактори респонденти вважають саме ці методи лікування найбільш ефективними з доступних на даний момент.

Довіра до народних методів

Ефективність народних методів, вважають респонденти, багато в чому залежить від довіри до них. Якщо людина вірить, що зможе вилікуватись таким чином, це може збільшити ефект. Однак, краще використовувати ці методи паралельно до офіційних з метою підтримки організму і, можливо, зменшення шкоди від основних препаратів. При цьому ЛЖВ та пацієнти ТБД достатньо обізнані зі значною кількістю народних методів лікування:

у меня есть народное средство — говорят лечит туберкулез. Березовые почки, собачий жир

яйца заливаются лимонным соком, скорлупа становится мягкой, алоэ добавляется

берется свиной жир — получается смалец. Заливается в 1 л банку, потом берется 100 гр. какао, какая-то пропорция меда, алоэ, орехи через мясорубку и курага. И получается как шоколадное масло.

барсучий жир

собак варят маленьких

Більше половини респондентів-ЛЖВ та ТБД суміщали би традиційне лікування із народною медициною. Окремі респонденти вказали, що для початку намагалися би лікуватися народними методами, можливо переносили би хворобу «на ногах», і лише згодом, якби ці методи не допомогли, звернулися би до лікаря. Варто вказати що таку поведінку вони практикували би в разі більш легкого захворювання ніж ТБ (ангіна, бронхіт тощо)

Найменше довіряють та знають народних рецептів ув'язнені. Частково самі вони пояснюють це неможливістю застосувати більшість із цих методів в умовах свого перебування.

ТБ/ВІЛ

Респонденти вважають, що не існує стереотипу, що ВІЛ позитивна людина є обов'язково хворою на ТБ чи тим більше навпаки. Однак, вони визнавали, що через послаблення імунітету ЛЖВ мають більші шанси захворіти на ТБ,

Представники усіх трьох груп говорили, що не практикують ризикованої поведінки. Так ЛЖВ зазначали, що питання ризикованої поведінки може стосуватися лише СІН чи ЖКС, а ніяк не ЛЖВ вцілому.

Певна частина респондентів (навіть із групи ЛЖВ) не змогли впевнено відповісти на питання, чи можливо вилікувати ТБ у ВІЛ-позитивного пацієнта. Однак більша частина респондентів ствердно відповіли на питання. «*Если придерживаться инструкции, что тебе говорит врач*» ЛЖВ

Іншим важливим аспектом лікування має врахування навантаження на організм хворого, зокрема на його печінку. Деякі респонденти наводили приклади, коли їхні знайомі помирали в результаті лікування надто сильними препаратами.

Тестування на ВІЛ

Окремі респонденти з групи пацієнтів ТБД в той чи інший час проходили тестування на ВІЛ. При цьому респонденти (які переважно представляли молодь / студентів) виявляли певну обізнаність з питань ВІЛСНІДу. Так вони знали шляхи передачі ВІЛ, засоби безпеки, пам'ятали рекламну кампанію з боротьби з ВІЛ-інфекцією. При цьому не всі знали, що таке АРВ-терапія.

Респонденти цієї групи запевняли, що той, хто цікавиться інформацією, пов'язаною із ВІЛ або потребує консультації, може отримати її в кількох місцях: післятестову консультацію, консультацію у ВІЛ-сервісних організаціях, консультацію за телефонною лінією довіри.

Консультація з питань ТБ

Консультування з питань ТБ респонденти різних груп отримували в різний спосіб. Респондентам з числа ув'язнених консультації можуть надаватися медичним працівником, але частіше представниками організації, що співпрацюють з колонією і проводять у них інформаційні заняття або волонтерами з числа самих ув'язнених.

Респонденти інших груп скаржилися на ускладнення із консультуванням — небажання через брак часу чи недостатню кваліфікацію лікаря для надання консультації. Так практично усі пацієнти ТБД відповіли, що вперше консультацію з питань ТБ вони отримали уже в диспансері. Респонденти були дуже задоволені рівнем консультування та ставленням лікарів диспансеру. При цьому вони підкреслювали, що консультування більше зосереджувалось на медичних аспектах. Вкрай необхідною була б додатково консультація психолога, адже самі пацієнти та їхні близькі перебувають «в шоковому стані».

Такое впечатление, что все врачи за тебя боятся — они поддерживают положительную эмоцию. Это тоже очень важно ТБД

Частина респондентів ЛЖВ вважали, що їм було би зручніше отримувати консультування з питань ТБ та проходити відповідне тестування на території СНІД-центру через приязну атмосферу, ставлення лікарів. Інша частина вважала це навпаки, недоречним, оскільки лікарі Центру за фахом не є фтизіатрами і не зможуть надати консультацію на належному рівні.

Стигма і дискримінація

Ставлення до груп ризику

Як уже говорилося вище, ставлення до груп ризику є більш толерантним, ніж у групі загального населення. При цьому найменш толерантне ставлення спостерігається у ЛЖВ щодо безпритульних, як «розповсюджувачів» хвороби, через те, що вони, на думку респондентів, часто знаючи свій діагноз, не бажають лікуватися.

Також частина респондентів в групах ЛЖВ та пацієнтів ТБД вважали частково винними в своєму захворюванні алкозалежних та споживачів наркотиків, як таких, що знаючи про небезпеку, не змінюють ризикованої поведінки.

Ставлення до хворих ТБ та ТБ/ВІЛ-коінфекції

Більшість респондентів у відповідь на запитання кого вони уявляють в якості хворого на ТБ, уявляли «звичайну людину», «будь-кого». Відповідно головною емоцією щодо хворого було співчуття .

просто сам начинаешь понимать, что и ты оказался в такой упряжке, что и он. ЛЖВ

я не думаю, что какой-то человек хочет этим заболеть. Независимо от рода его деятельности.

Винятком респонденти називали людей, що свідомо не лікуються, наражаючи на небезпеку інших.

я знаю мужчину, к которому ездят несколько лет врачи чтобы его положить в тубдиспансер. Он не хочет. Ему хорошо. А ты потом страдаешь. Он считает, что все в порядке. ТБД

у нас, как правило, мужчины не любят больницы. Большинство мужчины не идут и не лечатся. ТБД

Стосовно таких «безвідповідальних» хворих, зокрема, пацієнти ТБД виступали за їх примусову ізоляцію як граничний захід. Однак попередньо вони пропонували застосовувати психологів для умовляння хворого.

Самі хворі на ТБ часто стикалися із проявами стигматизації та дискримінації з боку медичних працівників. Також вони вважають, що цей діагноз є перешкодою при працевлаштуванні, оскільки роботодавці та співробітники центрів зайнятості їх бояться. Причину такого ставлення респонденти бачать у поганій поінформованості населення про хворобу.

Конфіденційність інформації, розкриття статусу

Практично всі респонденти одностайно виступили за конфіденційність діагнозу. При цьому вони не розділяли ситуацію коли хворим є незнайома людина або хтось із їхніх близьких. На думку респондентів знати про діагноз необхідно лише рідним та близькому колу спілкування.

В той же час вони підкреслювали роль самого хворого, який повинен нести відповідальність за власні дії та практикувати безпечну для інших поведінку.

Діяльність недержавних організацій в сфері ТБ

З трьох груп більшою інформацією про роботу громадських організацій володіли ЛЖВ та група ув'язнених, до яких в колонію регулярно приходять співробітники певних організацій. Так частина респондентів останньої групи самі були волонтерами програм протидії ТБ. Зокрема вони називали організацію «АМІ плюс».

Лично я волонтер группы «Феникс». Мы обеспечиваем информацией ВИЧ позитивных людей, и остальных осужденных. Мы делаем спектакли и доводим до сознания людей на различные тематики. КОЛОНИЯ

За словами респондентів багато із ув'язнених можуть соромитися чи боятися прийти до лікаря із запитаннями, однак були би більш схильні послухати колегу-волонтера чи відвідати спектакль із відповідної тематики.

Мы готовы сотрудничать с представителями, оказывать помощь. Естественно, какая наша может быть помощь — быть волонтерами в дальнейшем в этих организациях КОЛОНИЯ

Частина респондентів були знайомі з роботою фонду «Розвиток України»

Я слышал, что существует фонд, который открыл Ринат Ахметов, который собирается в дальнейшем курировать и зоны, потому что здесь тоже очаги распространения. Хотелось бы, чтобы это все как-то быстрее двигалось. Мы знаем, что они производят закупку оборудования за границей, они больницы обустривают по новому образцу, чтоб лечение было более функциональным. Но на данный момент на территории этой колонии нет их представителей. КОЛОНИЯ

Пацієнти ТБД не змогли назвати НДО, що працювали би в сфері ТБ. Однак чули про ініціативу Р.Ахметова та його матеріальну допомогу. Також звучала назва ЮНІСЕФ, хоча респонденти не змогли визначитись, якими саме сферами опікується ця організація, на їхню думку «серйозна, міжнародна», «контролює фінансування в усьому світі».

При цьому пацієнти ТБД також говорили про свою готовність працювати, зокрема, волонтерами, розповідати про свій досвід у навчальних закладах, брати участь у вуличних інформаційних акціях. На їхню думку, аби зробити роботу НДО ефективними, волонтери повинні мати щире зацікавлення у тому, що роблять та глибокі знання, які не обмежувались би завченим текстом однієї брошури.

Найменш готовими брати участь у будь-яких акціях виявились ЛЖВ. В цій групі побутувала недовіра до благодійних фондів як таких та невпевненість у тому, що масові акції не можуть щось змінити. На думку цієї категорії, працювати повинна держава. Позитивну оцінку отримала у них робота ВІЛ-сервісної організації «Світанок»

Клуб "Свитанок". Они работают с ВИЧ-позитивными больными тут же. Они работают с этим. Оно связано. Проводится профилактика всех позитивных, близких ВИЧ-позитивных, их окружение ставится в известность. Консультируют их. Дается информация, буклеты. Все что нужно. Все что нужно говорится. ЛЖВ

Необхідним напрямком в роботі НДО, на думку респондентів, є підтримка хворих та їхніх сімей.

есть же у людей родные или знакомые, которые больны туберкулезом. И они не знают куда дернуться. Им надо куда-то пойти. Им важна поддержка моральная. Даже тому человеку, который более не болеет туберкулезом, для таких людей, я считаю, очень важна такая поддержка. Есть же по раку такие организации, которые морально поддерживают человека. По туберкулезу такого вообще нет. Такое впечатление, что все думают, что нас обошло, ну и, слава Богу. ТБД

Інформаційні потреби

Практично всі респонденти хотіли би отримувати більше інформації про ТБ. Зокрема про нові методи лікування, професійну оцінку препаратів, наявних в Україні, інформацію для родичів хворих із особистої профілактики тощо. Також цікавою була би більш глибока інформація щодо симптомів хвороби, шляхів розповсюдження.

все поверхностно знают. И то, что говорит врач. А основные, симптомы, критерии - мы не знаем. лжв

Я бы хотел знать, как на микроскопическом уровне и без вреда для моих органов уничтожается эта палочка Коха препаратами. И есть ли препараты, которые делаются на травах. И о тех ученых, которые работают в этом направлении. КОЛОНІЯ

В місцях ув'язнення представниками центру зайнятості та інших організацій регулярно проводяться лекції, розповсюджується нова література, однак література є досить застарілою (2006 рік) і респонденти говорили, що відчують потребу в новинах з цієї сфери.

Знаний достаточно не бывает. Если у Вас есть, или будет, или Вы можете предоставить свежую информацию о лечении туберкулеза, то есть о новых разработках врачей, вакцины, профилактике, конечно же, я лично для себя взял бы эту брошюру и прочитал.

Да, нужно знать много больше. Не просто как он передается, или какими путями, или как можно себя обезопасить. А просто даже как он лечится, даже если уже заболел, какие дальнейшие шаги, чтоб человек каждый знал для себя. КОЛОНІЯ

Необхідними заходами респонденти вважають інформування через ЗМІ, зокрема у міжнародний день боротьби з ТБ, лекції в школах чи навіть дитячих садках.

Досить позитивну оцінку отримали рекламні кампанії в транспорті та акції в магазинах та торгових центрах.

Експерти

Поінформованість населення щодо ТБ

Поінформованість населення, на думку експертів, в цілому недостатня, але коливається залежно від віку: люди середнього віку та молодь є більш поінформованими ніж люди старшого віку. Крім

того, існує залежність від соціального статусу — особливу небезпеку становить повна поінформованість серед безпритульних, а також серед найбільш забезпеченого класу.

Те же бомжи и те же люди, которые достаточно обеспеченные, т.е. они считают, что их это не коснется.

Люди, що підпадають під середній віковий і майновий рівень, в цілому поінформовані краще. Також це, на думку експертів, частіше люди з вищою чи середньо-спеціальною освітою.

Дуже висока поінформованість спостерігається серед представників груп ризику, зокрема ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку. Зі свого боку, лікарні також звертають особливу увагу саме на ці категорії пацієнтів. Та якщо такі люди не володіють інформацією про свій стан здоров'я, не звертаються до лікарів, вони дуже мало цікавляться темою ТБ.

Особливою є специфіка інформованості про ТБ серед ув'язнених. Вони, як правило, дуже добре володіють усією необхідною інформацією й самі зацікавлені в тому, щоб у них виявили ТБ та надали ступінь інвалідності. Але власне лікування не завжди надається таким хворим:

А потом как его лечит его, они еще думают: а стоит его лечить в тюрьме? Или пусть будет, как будет, а когда станет хуже, то выпустят на свободу.

Часто ув'язнені прагнуть усіляко вповільнити лікування, оскільки умови утримання в лікарні значно кращі, ніж у місцях позбавлення волі. Втім, за іншими даними ув'язнені дуже добре поінформовані й активно лікуються:

Они знают, очень хорошо знают. И, какие таблетки, и цвет, и пьют даже те, которые не болеют. ... В основном, в первую очередь, они знают от медицинских работников, потому что общаются, и от телевидения (ЛГ)

Найменш поінформованою соціальною категорією залишаються соціально неадаптовані люди.

Соціальна реклама в ЗМІ характеризується експертами як несистематична, така що активізується лише під певні календарні дати — місячник боротьби з туберкульозом, наприклад.

Особливо експерти відзначають брак відповідної інформації на телебаченні, як на ЗМІ із найбільш масовою аудиторією. Так часто інформація такого роду подається лише на місцевих каналах і при тому у незручний час, відповідно не досягає більшості глядачів.

Один з експертів, навпаки, пропонував більше приділяти уваги інформації на папері. В якості прикладу він наводив політичні рекламні кампанії, коли практично кожен отримує кулька інформаційних листівок.

Понятно, что опять же социально угнетенной нашей частью населения и газеты можно не купить, и телевизор можно пропить. А вот эту бумагу прочитаю, потому что она будет донесена к ним домой. Я так думаю, что 1-2 раза такую акцию можно бы было провести. (ЛІ)

Відзначався неоднозначний вплив інформаційної кампанії в громадських місцях і на телебаченні: інформація про ТБ доходить до адресата, але сумнівним, не завжди продуманим є власне зміст повідомлень.

Если мы видим большими буквами в автобусе, трамвае, троллейбусе "ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ", а дальше маленькими буквами написано, что «если вы вовремя обратитесь к врачу», то у пациента снимается чувство боязни, чувство страха: да вот, ерунда, ОРЗ, туберкулез излечим и ничего страшного нет.

Є необхідність більше уваги приділяти шляхам передачі ТБ, зокрема створювати культуру поведінки в громадських місцях — вчити людей правильно поводитись при кашлі. На даний момент

цієї культури практично не існує і за спостереженнями експертів, людина яка знаходиться поруч із хворим часто соромиться попросити не кашляти на неї. Також необхідним є впровадження культури носіння захисних масок.

Проблемою є також корисність інформації, отриманої зі ЗМІ та оголошень. На думку респондентів, люди можуть сприймати повідомлення, але не використовувати отриману інформацію на практиці, не застосовувати її щодо себе.

Важливішими джерелами інформації лікарі-респонденти вважають соціальне оточення, зокрема випадки захворювання серед друзів, сусідів, співробітників слугують потужними стимулами підвищити рівень власної обізнаності.

Иногда целые фирмы приходят обследоваться у которых, кто-то заболел на туберкулез. Потом боятся заболеть. Это тоже информация в этом плане.

На думку лікарів, в інформаційній кампанії необхідно, зокрема, сильніше наголошувати на доступності обстеження, його обов'язковій безкоштовності; тому що для незабезпечених верств плата за флюорографію, яку стягують у лікарнях, є проблемою. Незважаючи на формальну безкоштовність обстеження, пацієнти змушені оплачувати вартість плівки. Відповідно вони максимально відтягують візит до лікарні чим ускладнюють лікування в майбутньому.

Всі учасники фокус-групи лікарів відзначають безвідповідальне ставлення населення до профілактичних обстежень. Люди часто ігнорують таку можливість, ідуть на обстеження лише під примусом роботодавців тощо.

Усі респонденти говорили про те, що стигматизація хворих на ТБ в суспільстві ще залишається, але дедалі зменшується й відходить у минуле. ТБ, на їхню думку, більше не вважається хворобою бідних. На покращення ситуації, на їхню думку може впливати інформація у ЗМІ про епідемію ТБ, тобто ТБ як загальну проблему, що може торкнутися кожного.

Стратегія ДОТС

Ставлення до ДОТС:

Більшість респондентів надають перевагу радянській системі, підкреслюють її більшу ефективність порівняно з ДОТС. На їх думку, впровадження ДОТС не дало бажаних результатів і лише погіршило ситуацію.

Да, мы получили по ДОТС-терапии какое-то оборудование, какие-то микроскопы, материальное благо у нас улучшилось. Но мы не получили самого главного — мы не получили снижения, ограничения эпидемии. Мы получили рост. И это очень печально.

Частина респондентів відзначають різну спрямованість двох стратегій. На їхню думку ДОТС направлена в першу чергу на те, щоб зробити хворого безпечним, а не на те, щоби його вилікувати. Також серед можливих причин невисокої успішності цієї міжнародної стратегії може бути її недостатня адаптованість до системи і реалій вітчизняної медицини. Так на думку частини респондентів, ДОТС більше розрахована на країни де практично відсутня державна система охорони здоров'я. В таких умовах показники ефективності були б значно вищими.

Лунала й більш рішуча критика стратегії:

Люди не хотят вкладывать нормальные деньги для того, чтобы нормально все углублять. То есть, как нищим бросили метод, которым можно искать туберкулез. Кислотоустойчивые бактерии, которые нужно выявлять, дело в том, что даже наши микроскопы могут не взять, если их мало... Просто я чувствую себя в роли, как косточку кинули собаке. Даже в тяжелые советские времена, когда действительно государство серьезно уделяло внимание этой проблеме, но ликвидировали же туберкулез... ДОТС - программа такая, куда не нужно вкладывать деньги. Но там, где не вкладываются деньги, программа не работает. (ПІ)

Можливою причиною низької віддачі може також бути недостатнє впровадження стратегії на фоні надто високого рівня захворюваності.

Та більшість експертів погодились, що на тому етапі, коли ДОТС впроваджувалась в Україні, вона була необхідною і ефективною, оскільки саме в ті роки вітчизняна медицина зазнавала найбільших проблем з медикаментами, спеціалістами, матеріальною базою.

На думку експертів, з цієї стратегії треба *«брати найкраще і розвивати далі»*. Позитивними рисами ДОТС респонденти називали систему контролю за тим, як хворий приймає ліки, обов'язковість повного набору препаратів при будь-якій формі захворювання. Необхідно більше уваги приділяти пошукові більш ефективних (і можливо менш затратних) методів діагностики.

Принципи ДОТС / Відмінності від радянської стратегії боротьби з ТБ:

Експерти добре знайомі із основними принципами ДОТС та критеріями оцінки ефективності стратегії.

У ДОТС 5 основных принципов. Это политическая приверженность государства... Это выявление по обращаемости, то есть у кашляющего больного исследование мокроты на микобактерии туберкулеза. Это бесперебойная обеспеченность медикаментами противотуберкулезными, чтобы не было перерывов в поставках медикаментов. Это, конечно, лабораторная служба должна быть оснащена, обучены должны быть специалисты, это, конечно, кадровый вопрос... И контролируемое лечение, то есть прием медикаментов должен быть под контролем медицинского работника, и в стационаре, и на амбулаторном лечении». (ЛС)

Відмінності між радянською системою і ДОТС, зокрема, полягають у тому, що в радянські часи індивідуальна схема лікування хворого прописувалась лікарем і, відповідно, залежала від його кваліфікації. У ДОТС максимально прописані протоколи та схеми можливих варіантів лікування, лікарі відповідно до цих схем відправляють заявки в Міністерство і централізовано отримують препарати, *«наведен порядок именно в подходе к лечению»*. (ВЦ)

На відміну від радянської стратегії, при ДОТС лікування триває не 2-3 роки, а 8-9 місяців.

Серед недоліків ДОТС відзначають те, що вона направлена в першу чергу на виявлення та ізоляцію хворих із відкритою формою ТБ. При цьому вона практично не може виявити хворих на закриту форму. При цьому радянська система і сучасна система охорони здоров'я в Україні передбачали широке охоплення населення флюорографічним методом, що дозволяє виявити будь-яку форму ТБ.

Однак частина експертів були незадоволені радянською стратегією і сприймають ДОТС як більш сучасну і більш дієву.

советская стратегия — массовость, а массовость предполагает обезличенность, ДОТС стратегия предполагает точечный отбор (ЛТ)

Это более эффективный подход к выявлению и к лечению больных, более рациональный, более современный. Потому что советская система, которая была раньше, она базировалась на массовом флюорографическом осмотре, и показала система, что она все-таки не годится. Из-под контроля уходили те целевые группы, которые должны были быть. (ВЦ)

Ще одна принципова відмінність — розрахунок на свідому поведінку пацієнта:

Больной должен обратиться сам, то есть выявление по обращениям. Для того, чтобы он обратился, он должен быть сознательным и относиться к своему здоровью в первую очередь сам. (ЛС)

Крім того, експерти відзначали, що порівняно з радянською стратегією ДОТС вимагає значно менше фінансових витрат.

Недоліки стратегії боротьби з ТБ

Серед основних недоліків експерти виділяли в першу чергу зосередженість програми на медичному компоненті, в той час як ТБ є соціальною проблемою, а саме соціальним аспектам (харчуванню, проживанню, залученню самого населення) увага в державі практично не приділяється.

При тому, що боротьба з ТБ «скинута» майже повністю на медичних працівників, кадрову забезпеченість експерти оцінюють приблизно як 50%. Відповідно, на думку експертів, до боротьби з ТБ повинні долучатися й інші структури: органи право охорони, соціального захисту, пенсійний фонд тощо.

Серед недоліків називають також погане технічне оснащення, поганий стан диспансерів, недостатню роботу з населенням і з пацієнтами, які не розуміють необхідності проходження флюорографії, не дбають про своє здоров'я.

это, наверное, основной барьер, когда люди не хотят по разным причинам, скорее всего из-за недопонимания и наплевательского отношения к этому делу, не хотят, не стремятся проходить ежегодные профилактические осмотры, в которые включается флюорография и соответственно выявление заболеваний как туберкулеза, так и онкологических, и сердечно-сосудистых, и других заболеваний. (ЛН)

Окремим недоліком експерти назвали неврахування в стратегії ДОТС хронічних хворих на ТБ, які на сьогодні в Україні становлять одне з основних джерел інфекції.

Та же программа ДОТС, хроников она же никаким образом не учитывает, они должны сами по себе умереть. А вылечить мы должны впервые выявленный туберкулез, те формы, которые лечатся, вот и все. А у нас настал такой период, что основной очаг инфекции — это хронический туберкулез (ЛШ)

Методи діагностики ТБ

Виявлення ТБ за допомогою масового флюорографічного обстеження населення респонденти вважають ефективнішим, ніж впровадження мікроскопії мазка мокроті, тому що «*выделения по мокроте — это очень трудно выделять. Не все больные выделяют мокроту*». Для ТБ кісток та інших нелегених форм ТБ мазок мокроті не є релевантним методом діагностики.

Ефективність виявлення ТБ через мікроскопію мазка мокроті окремі експерти оцінювали досить невисоко через наявність «людського фактору» - невірно зданого аналізу, недосвідченості співробітників лабораторії, або поганого технічного забезпечення. Однак більша частина експертів позитивно ставляться до цього методу як більш економного та більш «точечного» ніж флюорографія.

Нужно продолжать в этом направлении работу, поскольку ДОТС стратегия и метод бактериоскопии мазка, как альтернативный всеобщего обследования, флюорографического, он работает, более того, это точечный метод. И это нужно приветствовать, потому что «идти широким неводом» в поиске больных туберкулезом, это значит, во-первых, подвергать определенному риску население, а во-вторых, это не столь эффективно, даже с точки зрения использования бюджетных средств. Это дорого, это затратно, смысл в этом есть, но, если есть эффективная альтернатива, грех ей не пользоваться (ЛТ)

Водночас, охоплення населення флюорографічним обстеженням не сягає 100% і є недостатнім. Головні причини цього експерти бачать у безвідповідальному ставленні до профілактичних оглядів з боку населення, а також недостатньому фінансуванні системи охорони здоров'я.

Інші вважають надійним методом діагностики бактеріоскопію «*как метод скрининговый, или массовый, очень эффективный, чтобы отсеять часть людей, но при этом не очень дорогой*». (ВВ)

Позитивно окремими експертами оцінювався метод дослідження крові. Головним недоліком цього точного діагностичного методу є його висока собівартість.

Чітко ранжувати методи за ефективністю лікарі не вважають за потрібне, зауважуючи, що ефективність і надійність тут відносні поняття, і в кожному разі потрібно враховувати сукупність результатів усіх досліджень. «*самый эффективный метод — это все вместе*» (ЛН)

Ефективною боротьбу з ТБ може зробити широке впровадження пересувних флюографів для роботи на селі; обов'язкове флюорографічне обстеження при прийомі на роботу та при видачі дозволу на торгівлю на ринку; поліпшення соціально-економічного положення; особиста зацікавленість і відповідальна поведінка кожного громадянина; заповнення молодими спеціалістами кадрового вакууму в туберкульозній службі; підвищення рівня оплати медпрацівників

Лікування

Ставлення до примусового лікування і примусової ізоляції пацієнтів вкрай позитивне, респонденти висловлюють обурення недостатністю його застосування:

Если человек имеет туберкулез - он лечится. И если он не лечится, и не хочет, то его просто закрывают в закрытую систему. И лечат до тех пор, пока его не вылечат. Вот это демократический подход. А у нас какие-то права общества получается весьма однобокие. Права одного - заражать всех остальных.

При цьому респонденти наголошували, що саме поняття «ізоляція» окреслює ту категорію людей, що з певних причин не володіють собою, не можуть відповідати за свої вчинки чи свідомо намагаються шкодити оточуючим (із почуття помсти, наприклад, що захворіли вони, а не інші). При цьому частина експертів в якості прикладів таких уявних хворих наводили пацієнтів з категорій ризику: споживачі наркотиків, колишні ув'язнені.

Респонденти в цілому досить неоднозначно налаштовані щодо прав пацієнта, зокрема, на конфіденційність діагнозу. За їхніми словами, сенс у конфіденційності втрачається, коли лікар проводить роботу з членами родини хворого, коли проводяться протиепідемічні заходи. Конфіденційність, на думку експертів не повинна протиставлятися безпеці оточуючих.

Більшість респондентів розуміють різницю між примусовим лікуванням і примусовою ізоляцією, та вважають, що необхідна саме примусова ізоляція і максимально обмеження контактів хворого із родичами на час лікування:

Все больные с активной формой, выделяющие палочку в окружающую среду, они должны находиться в закрытом учреждении. Единственное что должны быть созданы условия, чтобы эти люди могли находиться там и получать полноценное лечение. И после того как пройдет курс лечения, и этот человек станет неопасен для окружающих, пожалуйста, переводите их. Вплоть до того, что человек, который находится там, может быть это жестко и очень жестко, но снизит его контакт с родственниками, опять же в плане того, чтобы не заразить.

Однак, незначна частина експертів вважають, що примусове лікування та ізоляція повинні використовуватись лише в крайньому разі, оскільки ці заходи порушують права людини.

Возможно, на каком-то этапе нам и необходимо использовать принудительное лечение. Но в принципе для длительного использования эта мера неправильная. Потому что это все-таки ограничивает права вообще каждого человека. Быть больным и при этом лишенным свободы - это не совсем правильно (ВВ)

Консультування

З протоколами ДКТ знайомі всі респонденти-лікарі. Головною проблемою при консультуванні називають брак часу. В середньому експерти оцінюють час, який вони можуть витратити на одного пацієнта приблизно у 7-10 хвилин. При цьому самі експерти вважають, що необхідним мінімумом для до тестового консультування є 25 хвилин, а для після тестового до двох годин, залежно від результату.

Внаслідок цього пацієнт не отримує необхідного обсягу інформації й відмовляється від обстеження. Окремі респонденти вважають, що частка провини лежить і на недостатньо підготовлених медпрацівниках, які не можуть донести до пацієнта головну думку й переконати його.

у нас средний возраст врача сейчас 57 лет, у нас очень мало молодых специалистов открытых новым технологиям и так далее. Люди, которые всю жизнь работали по одним схемам, очень трудно перестраиваются. Формально они будут выполнять свои обязанности, они будут говорить, они будут протокол заполнять и так далее. Но вопрос, как это делать ... Конечно, оптимальный вариант, если этим будут заниматься, скажем так, средних лет врачи, с какой-то мотивацией, с какой-то даже не профессиональной, а психологической пригодностью к этому вопросу. Тут даже не о профессионализме речь, здесь речь о каких-то таких душевных порывах, то есть он не разучился ли сострадать, и как он расположен к пациенту (ЛТ)

Лікування ТБ:

Регулярність надходження протитуберкульозних препаратів.

Експерти визнають проблему певну періодичного затримання постачання препаратів. Зручним виходом із ситуації вони вважають доведення до лікарів графіків постачання окремих препаратів, що дало би змогу на місцях розрахувати час подання замовлень

Лікарі в місцях позбавлення волі скаржаться на недостатню кількість препаратів для профілактичного лікування ВІЛ-інфікованих (ЛШ).

Але в цілому більшість респондентів вважають регулярність надходжень прийнятною.

За словами респондентів-лікарів, головною проблемою є якість препаратів. Вважається, що австрійські або німецькі препарати мали би кращу якість і не викликали би так часто побічні ефекти, порівняно з більш дешевими індійськими, що використовуються в Україні.

Были такие препараты, которые больные отказывались принимать, потому что очень много побочных эффектов (ЛШ)

Призначення індивідуальних схем лікування ТБ респонденти вважають виправданим у виняткових випадках, таких як тубменінгіт, який «не обговорен ни в одном приказе, ни в одной стратегии». Для асоційованих хворих, особливо в випадках з менінгітом і ВІЛ, доводиться іноді застосовувати індивідуальні схеми для лікування хронічних загострень наряду зі стандартним лікуванням. Інша вагома підстава призначити індивідуальне лікування — алергія на певний препарат.

Інші респонденти зауважують, що будь-яке лікування є індивідуальним, оскільки «двух одинаковых организмов нет», і в цьому розумінні лікарі не повинні обмежуватись схемами стандартного лікування.

каждый человек, в среднем после сорока лет, имеет сопутствующие заболевания, я имею в виду болеющих туберкулезом, то есть это не редкая ситуация. Индивидуальное в том числе связано с лечением сопутствующих заболеваний, требует особого подхода (ВС)

Термін лікування у 8-9 місяців всі експерти вважають достатнім і загалом не бачать підстав для його подовження в разі, коли немає об'єктивних показників регресу у хворого.

Ставлення до амбулаторного лікування ТБ скоріше негативне, оскільки на думку експертів, воно може призводити до поширення інфекції. Далеко не всі пацієнти є свідомими і здатні убезпечити близьких і оточуючих.

Когда маму, выделяющую туберкулезную палочку, отпускают ночевать домой, потому что у нее дома дети, то вы меня извините, мы никогда не поборем эту эпидемию, если будет такой подход к ведению таких больных.

Також буває важко контролювати прихильність пацієнта до лікування, вчасне отримання ним препаратів. Однак, на практиці сьогодні часто доводиться лікувати саме амбулаторно, через відсутність нормальних умов у стаціонарах: переповненість відділень, поганий стан будівель.

Стационар фтизиатрический не соответствует тем условиям, когда лежат по 12 человек в палатах, когда один туалет на все отделение, а там 90 коек, это тоже проблема, когда с потолка капает и всё рушится.

Водночас, представники адміністрації більш прихильно ставляться до амбулаторних форм лікування, переважно з міркувань економії: «Исходя из того, что на амбулаторный этап лечения больные туберкулезом переводятся после абациллирования, я думаю, это вполне удобно и правильно. Не обязательно больного держать в стационаре, здесь самое главное, чтобы больные, находящиеся на амбулаторном этапе, принимали лечение, принимали под контролем медицинских работников. Естественно, чтобы были дисциплинированы и привержены к лечению. А в эпидемиологическом отношении они уже безопасны для окружающих. И это, я думаю, более удобно и для лечебного учреждения, для наших, скажем так, денег» (ВВ)

Також амбулаторне лікування, на думку частини експертів, може заохотити до лікування ту частину хворих, що не принципово не хочуть потрапляти до диспансеру і відмовляються від лікування взагалі. Програми пропаганди такого типу лікування уже певний час проводяться за підтримки міської адміністрації. Додатковим стимулом є соціальні харчові пайки, що видаються учасникам програми. Експерти відмічають певний позитивний ефект цих програм.

В планах на майбутнє розширення стаціонарів та створення окремих стаціонарів для хворих зі стійкою до препаратів формою ТБ. Експерти вважають цей крок дуже важливим для подолання епідемії.

Знання про роботу НДО. Досвід співпраці.

Найбільш широко відомим є фонд боротьби з ТБ «Розвиток України», створений Рінатом Ахметовим. Дії фонду вітаються експертами, однак необхідним є розширення масштабів подібної діяльності не лише фонду, а й суспільства в цілому.

Мы знаем одну крупную организацию, которой действие сосредоточено непосредственно на Областном противотуберкулезном диспансере. А что касается других городов? малых городов? По региону?.

Это один фонд. Хотелось бы, чтобы не один меценат обратил внимание, а все общество.

Називались приклади співпраці й з іншими організаціями, зокрема ВІЛ-сервісними, чи створеними ЛЖВ.

В Торезе создалась общественная организация ВИЧ-позитивных пациентов. Моя пациентка в Торезе создала её. Она ее зарегистрировала. Ее работа заключается в том, что она всех больных туберкулезом вначале привозит ко мне, а я к вам. Но с одной стороны, конечно, это

неплохо. Она в какой-то мере подменяет службу в Шахтерске диспансера, и кто там еще с Торезом находится. ... Из Тореза к нам попадают очень тяжелые пациенты.

Серед названих організації були «АМИ плюс», «Свитанок», «Твой выбор», релігійні організації. Також окремо згадувались міжнародні організації, зокрема, ВООЗ, ПАСС. Переважно роль громадських організацій респонденти-лікарі бачать у пропаганді здорового стилю життя та інформуванні суспільства..

Звіт за результатами контент-аналізу

Мета і задачі дослідження

Метою даного дослідження є оцінка кількості матеріалів, присвячених туберкульозу, у друкованих виданнях Донецької області, а також їхня якісна оцінка.

Задачі дослідження:

- моніторинг кількості публікацій, присвячених темі туберкульозу, у виданнях друкованих ЗМІ Донецької області за 2007 рік;
- аналіз деяких якісних характеристик знайдених публікацій, присвячених темі туберкульозу.

Часово-просторові рамки дослідження

Контент-аналіз буде проводитися на матеріалах видань Донецьких регіональних друкованих ЗМІ, що виходили за період 2007 року.

Методологія дослідження

Метод дослідження — контент-аналіз — це метод кількісно-якісного аналізу змісту документів з метою виявлення та фіксування різноманітних факторів та тенденцій, відображених у цих документах.

Процедура дослідження

Категорії аналізу

Базовою категорією аналізу в даному дослідженні виступає тема туберкульозу як медична та соціально-політична проблема.

Одиниці аналізу

Одиницею аналізу, тобто індикатором для практичного вимірювання категорії нашого аналізу, виступатиме *публікація*, присвячена темі туберкульозу. Саме така одиниця аналізу була обрана з огляду на те, що з її допомогою ми зможемо отримати більш змістовну інформацію про досліджувану проблематику. Справа в тому, що суто лінгвістична присутність слова «туберкульоз» в тій чи іншій публікації не є достатньою підставою для ствердження, що публікація присвячена темі туберкульозу. Відповідно, до аналізу будуть залучені тільки ті матеріали, які дійсно присвячені проблематиці туберкульозу, яка для нас є цікавою в рамках даного дослідження. При цьому ми будемо вважати присвяченою темі туберкульозу такі публікації, у заголовках та/або в тексті яких присутня змістовна інформація про туберкульоз, його різні аспекти та наслідки.

Одиниця підрахунку

Кількісною мірою для підрахунку об'єму публікацій виступатиме їхня загальна площа в сантиметрах квадратних. Звертаючись до такої оцінки присутності публікацій, ми зможемо отримати:

- а) абсолютний показник загальної площі публікацій, присвячених туберкульозу в проаналізованих виданнях, який можна буде вважати універсальним, що дуже важливо, оскільки аналізовані видання мають різні формати виходу (А3, А4);
- б) співвідношення площі публікацій, присвячених туберкульозу в проаналізованих виданнях до загальної площі друкованого матеріалу, представленого у випусках видань, тобто матимемо змогу оцінити приблизно відносну вагу кількості публікацій, присвячених проблемі туберкульозу порівняно із загальною площею всіх поданих матеріалів.

Крім того, ми матимемо інформацію про кількість публікацій та зможемо зіставити її із загальною площею цих публікацій. Це надасть нам змогу отримати певне уявлення про типові параметри публікацій, що освітлюють тему туберкульозу в аналізованих виданнях.

Вибірка

Вибірка видань

За попередніми оцінками (<http://smi.liga.net/news/IM070102.html>) у Донецькій області зареєстровано 1226 періодичних друкованих видань. Для проведення аналізу ми обмежилися 20-ма найбільш рейтинговими виданнями області. Список друкованих ЗМІ для проведення контент-аналізу було відібрано на підставі трьох джерел:

- 1) матеріали, надані замовником;
- 2) каталоги ЗМІ Корпорації " Медіа-Простір" (<http://media-prostir.kiev.ua/company.html>);
- 3) список моніторингу регіональних ЗМІ в сфері ВІЛ/СНІД Донецького регіонального ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІД «Міст» ([www.bridge-rc.org/podrob/Monitoring%20\(okt-dek%202007\).doc](http://www.bridge-rc.org/podrob/Monitoring%20(okt-dek%202007).doc)).

До затвердженого списку вибірки увійшли такі видання:

	Назва видання	Кількість номерів на тиждень
1	«Вечерний Донецк»	4
2	«Донбасс»	4
3	«Жизнь»	4
4	«Акцент України»	4
5	«Приазовский рабочий»	4
6	«Кочегарка»	3
7	«Вечерняя Макеевка»	3
8	«Ильичевец ⁵ »	3
9	«Салон Дона и Баса»	2
10	«Донеччина»	2

⁵ Дане видання виявилось недосяжним, оскільки Донецька регіональна бібліотека закрила його тираж за 2007 рік на перепліт, відтак номери «Іллічівця» були замінені номерами інших видань.

	Назва видання	Кількість номерів на тиждень
11	«Донецкий кряж плюс»	щотижневик
12	«Донецкие новости»	щотижневик
13	«Газета в газете»	щотижневик
14	«Город»	щотижневик
15	«Донбасс Неделя»	щотижневик
16	«Ветеран Донбасса»	щотижневик
17	«Панорама»	щотижневик
18	«Восточный проект»	щотижневик
19	«Остров»	щотижневик
20	«Негоциант»	щотижневик

Вибірка номерів

За період 2007 року загальна кількість випусків видань нашої вибірки становила 2187 номерів. Для проведення контент-аналізу методом квотного відбору було відібрано **420** номерів. Так, оскільки в нашій вибірці видань представлені видання різної періодичності при розробці вибірки номерів враховувалися такі характеристики:

- 1) періодичність виходу: кількість видань, що виходять 4 рази на тиждень, для проведення аналізу складає 40, тих, що виходять тричі на тиждень — 24, тих, які випускаються двічі — 18, і щотижневики — по 10 різних видань;
- 2) сезонність: для того, аби у вибірці були рівномірно представлені всі сезони досліджуваного періоду, серед обраних номерів будуть присутні випуски всіх пір року;
- 3) день випуску (для видань, що виходять більше, ніж один раз на тиждень): для того, щоб охопити весь спектр матеріалів, у тому числі можливих тематичних додатків, вибірка міститиме випуски усіх днів, у які виходить те чи інше видання.

Інструментарій дослідження

Інструментарій дослідження передбачав використання:

1. щоденника контент-аналізу
2. бланку для проведення контент-аналізу
3. інструкції для проведення контент-аналізу.

Щоденник контент-аналізу

Щоденник контент-аналізу містить список із 20 таблиць, у яких фіксується інформація про вибіркові випуски аналізованих видань (загалом — 420 видань). По кожному випуску фіксується інформація про: місяць та день (для видань, що виходять більше, ніж один раз на тиждень), дату виходу, номер випуску (номер в році та номер за весь період випуску видання), а також кількість публікацій, присвячених туберкульозу, які були зафіксовані в номері.

Бланк для проведення контент-аналізу

Для аналізу якісних характеристик публікацій використовувався бланк контент-аналізу. У ньому фіксувалася наступна інформація:

- дані про видання, у якому була розміщена публікація;
- об'єм публікації;
- сторінка, на якій розміщено публікацію;
- назва публікації (заголовок);
- тип публікації;
- дані щодо присутності певних додаткових матеріалів;
- змістовна оцінка матеріалу публікації (загальна орієнтація змісту);
- оцінка контекстного оточення проблематики туберкульозу;
- дані стосовно емоційного фону публікації;
- інформація про локалізацію описуваних подій.

Інструкція для проведення контент-аналізу

З метою попередження двозначних інтерпретацій питань бланку для контент-аналізу використовувалася детальна інструкція для аналітика із поясненням кожного параметру аналізу.

Результати дослідження

1. Кількісні параметри контент-аналізу.

За результатами аналітичного опрацювання 420 видань Донецьких регіональних ЗМІ, було зафіксовано **58** публікацій, присвячених висвітленню проблеми туберкульозу. Загальна площа, відведена на презентацію цих публікацій склала 16 543 см.кв. (це приблизно 26,5 сторінок формату А4). Це є абсолютний показник кількісної представленості теми туберкульозу на сторінках проаналізованих видань. Сам по собі він є мало інформативним, оскільки ми, фактично, не можемо, спираючись на нього, давати оцінку тому, наскільки це мало чи багато. Для цього ми звернемося до відносних показників.

Так, якщо брати до уваги те, що загальна площа друкованого матеріалу у проаналізованих 420 виданнях становить 9497703.6 см.кв. (це площа 15 228 сторінок формату А4), то виходить, що проблематиці туберкульозу було присвячено всього **0,17%** загальної площі опублікованих матеріалів⁶. Тут варто підкреслити, що, зважаючи на те, що контент-аналіз не є суто кількісним методом, і ми, з одного боку, не можемо говорити про абсолютну репрезентативність наведених цифр, тобто ми не можемо з цілковитою впевненістю екстраполювати отримані дані на генеральну сукупність усіх друкованих видань, що публікувалися протягом 2007 року. Проте, з іншого боку, зважаючи на те, що вибірка номерів видань, що включалися до аналізу, будувалася відповідно до принципів репрезентативного підходу, ми також не можемо повністю залишити поза увагою інтерпретацію отриманих чисел. Отже, спираючись на результати нашого дослідження, маємо всі підстави для того, аби — з певною долею обережності — говорити про певні тенденції кількісної представленості публікацій на тему туберкульозу. А саме йдеться про те, що в цілому тематика

⁶ 0,17% = розмір площі проаналізованих публікацій / розмір площі всіх публікацій в аналізованих номерах видань

проблем, пов'язаних із туберкульозом не є надто широко представленою в друкованих ЗМІ Донецької області, і тема туберкульозу не є темою перших шпальт більшості видань. Опосередкованим показником цього є те, що тільки 5 із 58 публікацій були розміщені на першій сторінці номеру. Найчастіше ж публікації, що нас цікавлять, були надруковані на третій та четвертій сторінках. При цьому слід враховувати, що для деяких видань третя та четверта сторінка — відповідно, передостання та остання. Так, із восьми публікацій, розміщених на третій сторінці, половина — публікації видань, що виходять на чотирьох сторінках (див. Таблицю 1).

Таблиця 1. Розподіл публікацій за номером сторінки їх розміщення.

Номер сторінки	Кількість публікацій, розміщених на сторінці
№ 1	5
№ 2	6
№ 3	8
№ 4	7
№ 5	6
№ 6	2
№ 8	3
№ 9	5
№ 10	5
№ 12	4
№ 14	1
№ 22	1
№ 26	1
№ 28	2
№ 38	1
№ 65	1

Окрім кількісних абсолютних та відносних показників на основі отриманих результатів можна також говорити про певні усереднені (типові) характеристики ознак. Так, середній обсяг публікації становив 280 см.кв. — це трохи менше половини площі сторінки формату А4. При цьому обсяг найменшої публікації склав 22 см.кв. (0,04 площі сторінки формату А4), а найбільша публікація займала площу в 850 см.кв. (трохи менше, ніж 1,5 площі сторінки формату А4).

Отже, результати контент-аналізу Донецьких регіональних друкованих ЗМІ показали, що загалом тема туберкульозу не є надто часто згадуваною на шпальтах видань. Однак середній обсяг (типової) публікації, що складає півсторінки аркуша формату А4, дає підстави для проведення певних якісних інтерпретацій та узагальнень, і є достатнім для того, аби припускати, що змістовно знайдені публікації є корисними для аналізу.

2. Якісні параметри контент-аналізу.

Одним з найбільш показових та інформативних для нас параметрів якісної оцінки публікацій є їх заголовки (див. Таблицю 2). Справа в тому, що назва тої чи іншої публікації — є, по-перше, своєрідною квінтесенцією всього змісту статті, відповідно, за самим заголовком вже можна багато чого сказати про публікацію в цілому. По-друге, назва, фактично, — перше, що потрапляє у вічі читача, коли він/вона відкриває відповідну сторінку видання, отже аналіз назв публікацій є корисним ще й з точки зору психологічних особливостей їх сприйняття аудиторією.

Таблиця 2. Заголовки публікацій

ЗАГОЛОВКИ ПУБЛІКАЦІЙ, ВИЯВЛЕНИХ В РЕЗУЛЬТАТІ КОНТЕН-АНАЛІЗУ	
1	Как «сломать» палочку Коха?
2	Скажите, доктор
3	Лучше лишний раз испугаться. В условиях разбушевавшегося в стране туберкулеза каждый человек должен быть насторожен.
4	Зона как средство борьбы с туберкулезом
5	«Амстор» за здоровье дончан
6	На «чемоданах» уже 10 лет живут сотрудники и пациенты тубдиспансера
7	Мало вложить деньги, нужно находить эффективные механизмы
8	Макеевка крепче не становится
9	Одолеют ли туберкулез 100 миллионов и меморандум?
10	Туберкулез излечим, если вы пришли к врачу вовремя
11	Тыква поможет победить туберкулез
12	Снизилась смертность от туберкулеза
13	Нет войны и нет голода, а туберкулез косит людей
14	Ахметов решил остановить туберкулез
15	Туберкулез: виновата не только экология
16	Когда возникает лихорадка?
17	Мариупольская служба: сегодня и каждый день
18	Флюорография: формальность или необходимость
19	Никто не застрахован от палочки Коха?
20	Победить туберкулез поможет... ромашка
21	Насторожись, невзирая на возраст и положение
22	Думал - ошибка, оказалось - беда. Но...
23	На эпидемию туберкулеза отвечает Громада
24	За поколение без туберкулеза
25	Рассадник туберкулеза есть. Средств борьбы - не хватает
26	«Манту» - контролер инфекции
27	За колючей проволокой
28	Я буду жить
29	Залог здоровья — диагностика
30	Как предохранить себя и окружающих от туберкулеза
31	Туберкулез наступает

ЗАГОЛОВКИ ПУБЛІКАЦІЙ, ВИЯВЛЕНИХ В РЕЗУЛЬТАТІ КОНТЕН-АНАЛІЗУ	
32	<i>официальное сообщение о плане работы горсовета на 2007 год</i>
33	Основные мероприятия на 2007 год
34	Борьба с болезнью без границ и правил
35	Фтизиатрам приходится полагаться на господ Бога
36	Часто имеет место неправильное лечение
37	Лекарственная устойчивость становится глобальной проблемой
38	Болезнь стала высшей мерой
39	В Донецке самая высокая смертность от туберкулеза
40	В Донецке запущен проект «Остановим туберкулез»
41	Туберкулез под прессом
42	Дожились до хосписов
43	Нас посылают на смерть. Больные уверены, что администрация выживает их из больницы
44	Самолечение - врач здоровья
45	Фонды помогут справиться с палочкой Коха
46	Мальчик мечтает о родном доме и родителях. От туберкулеза никто не застрахован...
47	Туберкулез победит перекись
48	В Украине распространяется трудноизлечимый туберкулез
49	«Амстор» и Красный Крест передают туберкулезным больницам Донецка 542 комплекта постельного белья
50	«Амстор» мобилизует всех на войну с туберкулезом
51	Благотворительная акция «Амстор» за поколение без туберкулеза набирает обороты
52	Туберкулезные клещи: социальная болезнь уносит жизни более 1000 жителей области в год
53	Ахметов дает миллионы на борьбу с туберкулезом
54	Программу Фонда поддерживают
55	В Украине создано лекарство от СПИДа и туберкулеза
56	Ахметов объявил войну туберкулезу
57	О болезнях читаем по рукам
58	Украина получит грант от Глобального Фонда

Перш ніж перейти до більш складних змістовних типологій заголовків, зупинимося на простій, проте досить інформативній класифікації, критерієм якої виступає присутність у назві публікації слова «туберкульоз». Справа в тому, що його наявність вже в самій назві надрукованого матеріалу вказує на те, що публікація більш вірогідно присвячена проблематиці, що нас цікавить в рамках даного дослідження. Відповідно, навіть не читаючи статтю, людина може легко здогадатися, що в ній йтиметься про туберкульоз. Таким чином, публікації, у заголовки яких винесено слово «туберкульоз», фактично, звертають увагу на тематику туберкульозу дещо ширшої аудиторії — включно із тими читачами, які безпосередньо не читають саму статтю, однак тим чи іншим чином зупинили свій погляд на її назві. Відповідно до наших даних, у 30 (тобто більш, ніж в половині)

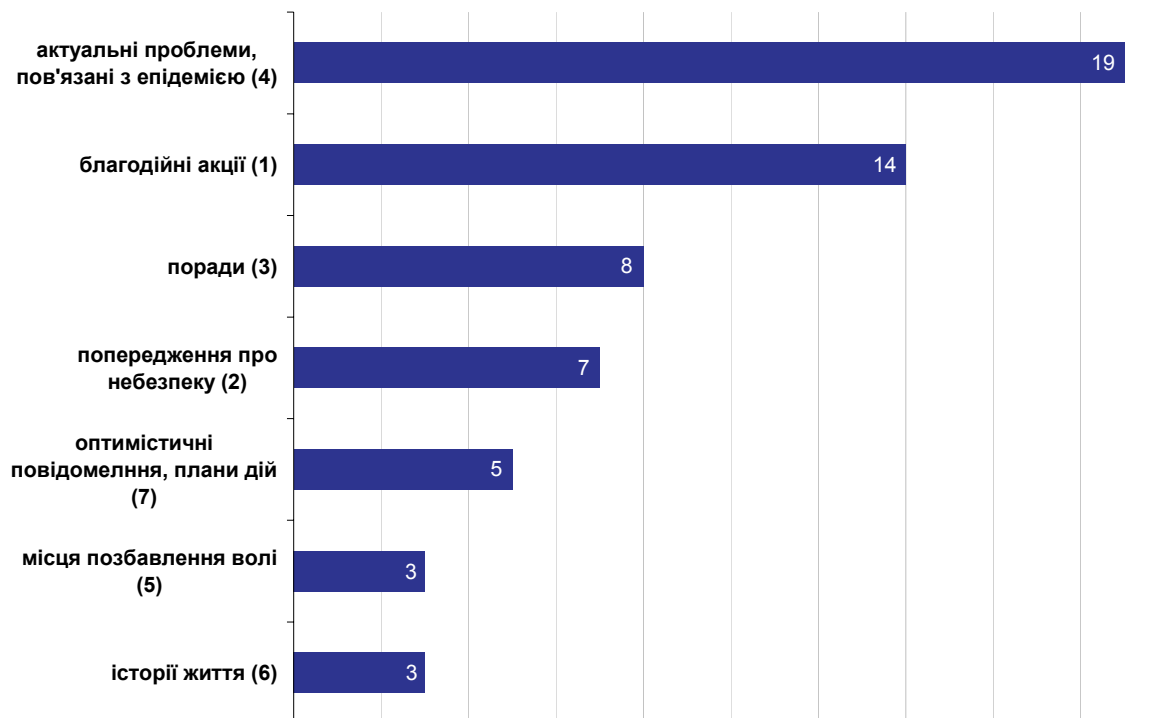
заголовках слово «туберкульоз» присутнє. Це може вказувати на те, що половина публікацій до артикуляції тематики туберкульозу залучила більше споживачів друкованих ЗМІ нашої вибірки.

Окрім наведеної вище — досить технічної класифікації, загалом назви публікацій можна розділити на такі групи:

1. заголовки, що інформують (критично сповіщають) про ситуацію із туберкульозом в країні та/або в Донецькій області: у назві робиться наголос на тій чи іншій проблемній ситуації, пов'язаній із епідемією туберкульозу («Рассадник туберкулеза есть. Средств борьбы - не хватает»);
2. повідомлення про благодійні акції, громадські проекти, гранти тощо спрямовані на боротьбу з туберкульозом (наприклад, „Благотворительная акция «Амстор» за поколение без туберкулеза набирает обороты”);
3. повідомлення про способи лікування, поради щодо профілактики („Победить туберкулез поможет... ромашка”);
4. заголовки, що містять інформацію про небезпеку туберкульозу, попереджують аудиторію про хворобу, пропагують необхідність діагностики („Залог здоровья - диагностика”);
5. про плани дій у напрямку боротьби з епідемією туберкульозу («В Украине создано лекарство от СПИДа и туберкулеза»);
6. заголовки, які фіксують увагу на ситуаціях у місцях позбавлення волі в контексті проблеми туберкульозу («Зона как средство борьбы с туберкулезом»);
7. заголовки, що містять позитивні оптимістичні твердження та повідомлення історії життя (реальні та вигадані) («Я буду жить»);

Графічно кількість публікацій із того чи іншого типу може представити наступним чином:

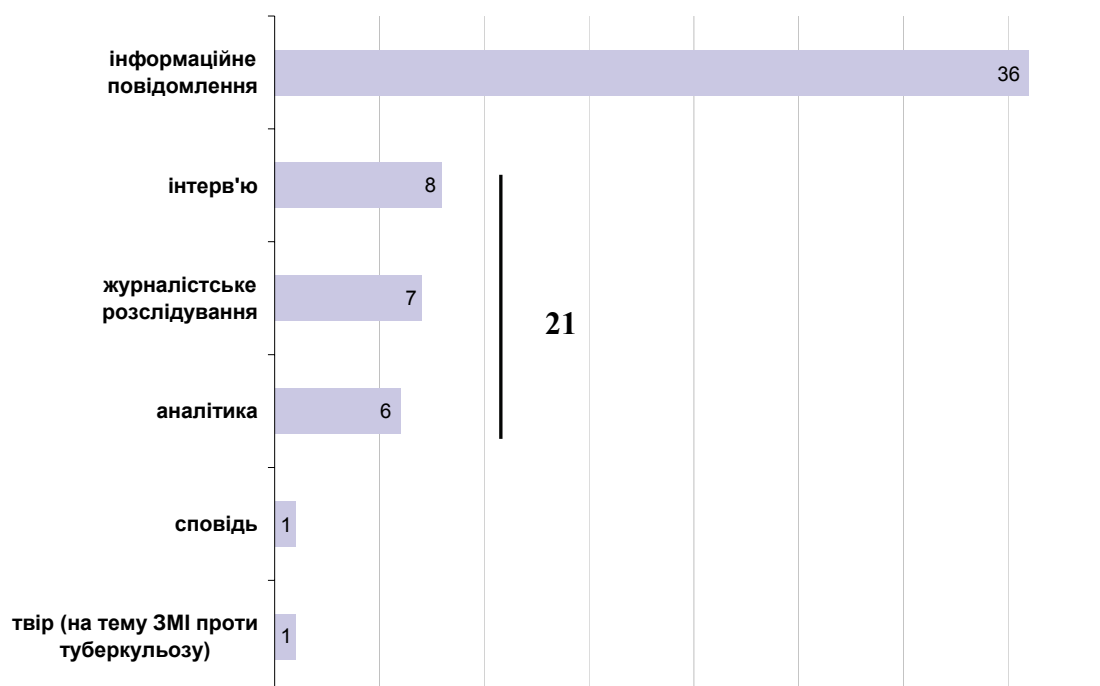
Графік 1. Розподіл заголовків публікацій за типами.



Найбільша кількість публікацій (36) на тему туберкульозу, що потрапили в рамки нашого контент-аналізу, мали інформативний характер, тобто найкраще можуть бути класифіковані як інформаційні повідомлення (див. Графік 2). Дещо менша частина публікацій — загалом 21 —

містили критичні (аналітичні) матеріали, були присвячені інтерв'ю та розслідуванням журналістів. Цікаво, що серед розглянутих публікацій нам зустрівся художній твір, що торкався тематики, яка для нас цікава, а також сповідь — історія реального життя.

Графік 2. Розподіл публікацій за типами.



Ще одним важливим параметром якісної оцінки публікацій є наявність додаткових матеріалів. Загалом вважається, що статті, які подаються із використанням супроводжувальних матеріалів (малюнків, графіків, схем тощо) є більш насиченими та сприятливими для сприйняття. У нашій же базі з 58 публікацій 44 були представлені в супроводі деяких додаткових матеріалів (як правило, ілюстративних), що можна вважати загальним позитивним показником якості проаналізованих матеріалів.

Таблиця 3. Наявність додаткових матеріалів.

Ілюстрації (фото, портрети тощо)	38
Статичні дані (схеми, графіки)	6
Жодних додаткових матеріалів	18

Мабуть, найбільш важливим параметром якісної оцінки публікацій є, власне, безпосередня оцінка її змісту — тобто змістовна оцінка матеріалу публікації. Якщо говорити про публікації, які потрапили до нашого аналізу, то майже половина з них у той чи інший спосіб торкалася технічних аспектів туберкульозу, тобто була присвячена туберкульозу як медичній проблемі (див. Таблицю 4). Значна частина статей висвітлювала проблему термінах епідеміологічного характеру, таких як захворюваність на туберкульоз, смертність від цієї хвороби тощо. Цікаво, що значна кількість публікацій у своїх матеріалах презентувала результати або плани дій, спрямованих на боротьбу проти туберкульозу, ініційованих неурядовими громадськими організаціями, зокрема про проект Фонду «Розвиток України».

Таблиця 4. Змістова оцінка публікацій.

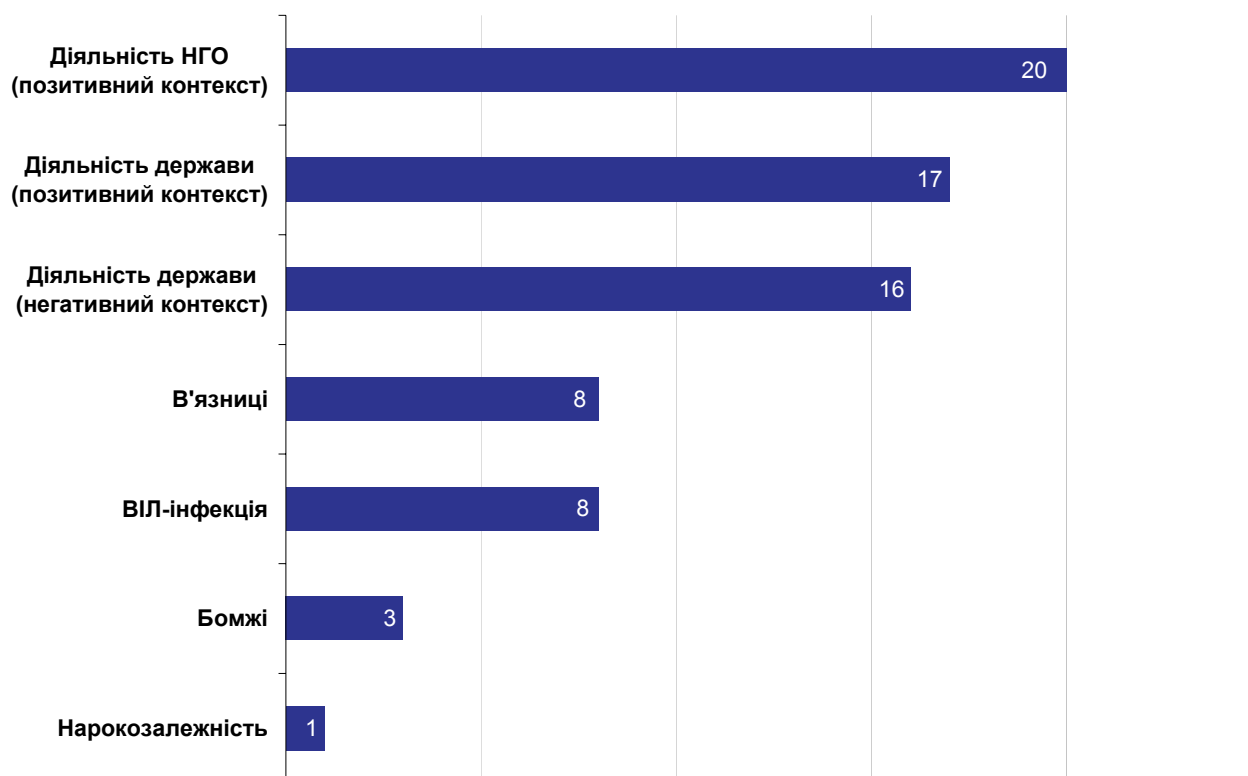
Аспекти проблематики туберкульозу, що висвітлюються в публікації	Кількість публікацій
Симптоми, способи передачі, фактори ризику, способи профілактики туберкульозу, можливості діагностики та лікування	26
Епідеміологічна ситуація із туберкульозом (захворюваність, інфікованість, смертність і т.д.);	23
Програми профілактики туберкульозу (благодійні акції, проекти НГО)	20
Інформація про способи сприйняття туберкульозу, в тому числі про міфи, стереотипи	11
Інформація про різні процедурні проблеми, пов'язані з епідемією туберкульозу	10
Результатам досліджень, присвяченим проблематиці туберкульозу	9
Проблеми стигматизації (дискримінації) осіб, хворих на туберкульоз, а також груп ризику	5

На окрему увагу заслуговує оцінка контекстного оточення проблематики туберкульозу в опрацьованих джерелах. Так, зокрема досить показовим є те, що у 20 публікаціях йшлося про діяльність неурядових організацій, в основному Фонду «Розвиток України», які працюють в напрямку подолання епідемії туберкульозу (див. Графік 3). Причому в усіх випадках ми говоримо про виключно позитивний контекст. Тобто бачимо, що про діяльність Фонду пишуть досить часто, і до того ж цю діяльність загалом оцінюють як позитивну. Для порівняння — про діяльність держави, по-перше, було написано менше, і, по-друге, кількість згадувань позитивних та негативних моментів державних дій практично рівна.

Якщо говорити про присутність в контексті публікацій яскраво емоційно навантажених висловів, що зазвичай пов'язані із стигмою та дискримінацією, то їх кількість є порівняно невеликою. Так, наприклад, слова, що змістовно вказують на місця позбавлення волі, ВІЛ-інфекцію, безпритульність, наркозалежність загалом в різних публікаціях були згадані 20 разів⁷.

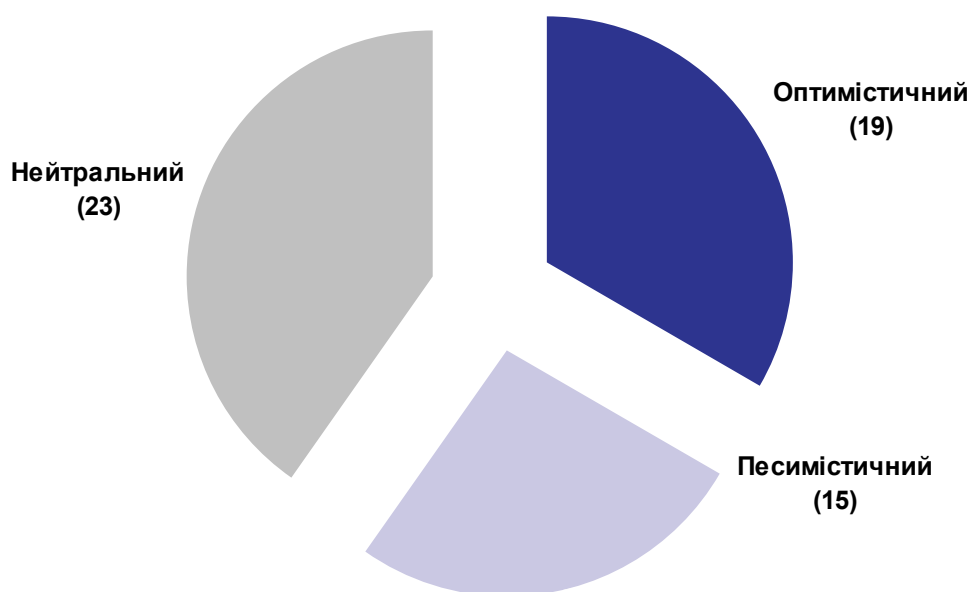
⁷ Важливо зауважити, що йдеться не про 20 різних публікацій, а про 20 згадувань, тобто різні категорії (наприклад бомжі та наркозалежність) могли згадуватися в рамках однієї й тієї самої публікації.

Графік 3. Контекстна оцінка матеріалу публікацій



Важливим параметром якісної оцінки матеріалу публікацій є інформація стосовно їх емоційного фону. Відомо, що безпосередній фактаж матеріалу абсолютно по-різному може бути сприйнятий читачем залежно від того, у якому стилі (тоні) він передається на сторінках преси. В ідеалі необхідно дотримуватися певного балансу співвідношення позитивного, негативного та нейтрального тону. Відповідно до отриманих нами результатів, подібний баланс загалом проглядається на прикладі проаналізованих публікацій (див. Графік 4).

Графік 4. Емоційний фон матеріалу публікацій



Як бачимо, найбільша частка матеріалу була представлена у більш-менш нейтральному тоні. Це цілком закономірно, якщо зважати на те, що більшість публікацій мали інформативний характер (див. *Графік 2*). Зрозуміло, що коли подається безпосередній фактаж (описуються симптоми, наводяться способи профілактики, презентуються плани дій тощо), досить часто емоційно забарвлені (як позитивно, так і негативно) коментарі та зауваження не є адекватними. Натомість, у разі публікації матеріалу, присвяченого здебільшого інформуванню читацького загалу про діяльність неурядових громадських організацій, держави, міжнародних фондів тощо в контексті подолання проблеми епідемії туберкульозу, сама спрямованість фактажу визначає позитивний характер емоційного забарвлення. Так само, оптимістично сприймаються матеріали, що представляють певні здобутки у можливостях лікування, покращення епідеміологічної ситуації тощо.

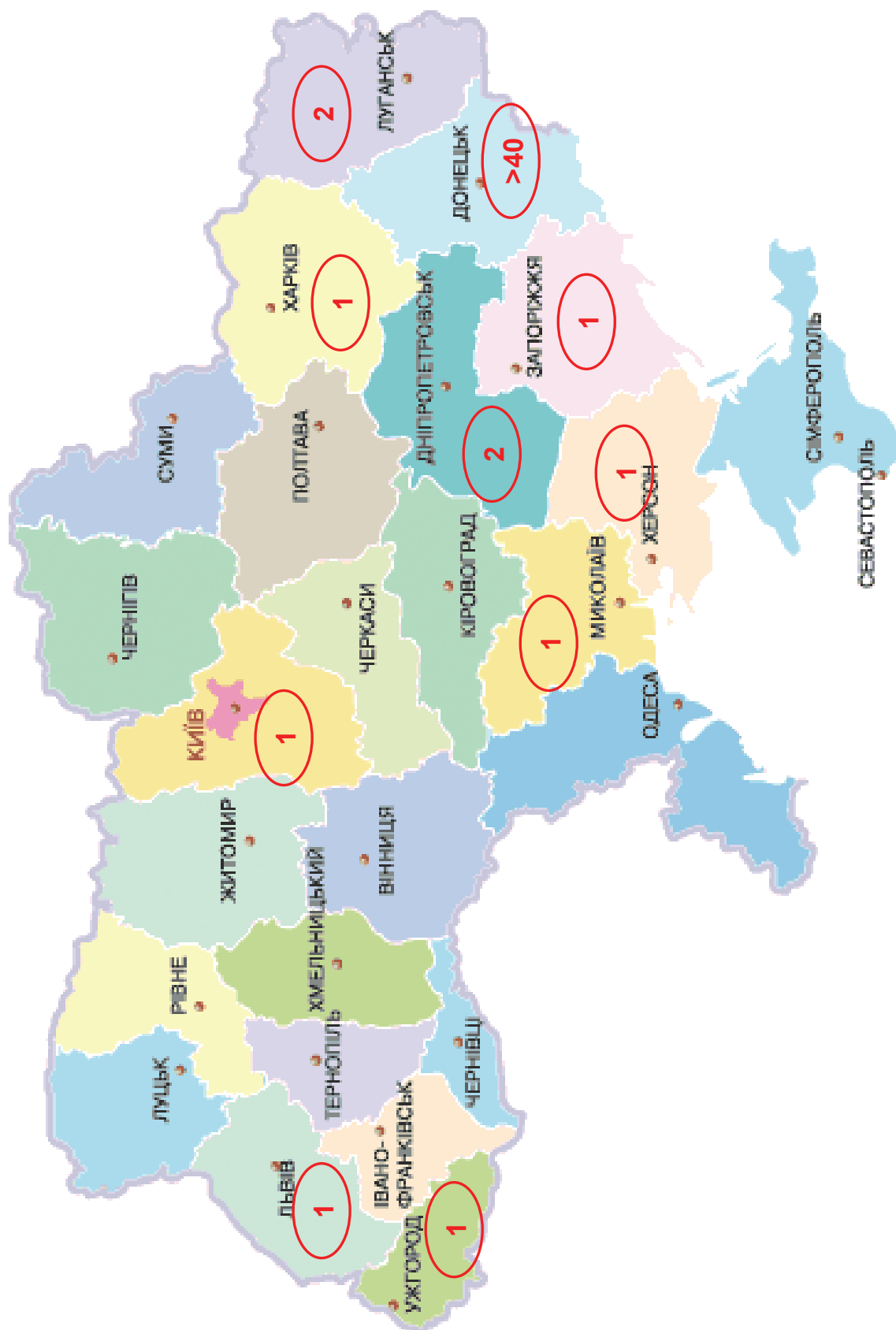
Відповідно, коли мова в тій чи іншій статті йде про негативні аспекти ситуації із туберкульозом: збільшення кількості випадків захворювання, санітарно-епідеміологічна ситуація в різних установах, недбалість дій (бездіяльність) тих чи інших структур в контексті реагування на проблему тощо, цілком логічно, що й загальне враження від прочитаного матеріалу залишається песимістичним. До речі, у результаті нашого контент-аналізу, кількість саме таких публікацій виявилася найменшою (загалом — 14).

І нарешті останнім якісним параметром нашого контент-аналізу є аналіз інформації про локалізацію описуваних в публікаціях подій. Так, із 58 опрацьованих публікацій, матеріали тільки трьох не були прив'язані до якоїсь конкретної території. У 10 статтях тим чи іншим чином висвітлювалася інформація щодо ситуації із туберкульозом в Україні в цілому, 4 публікації представляли дані про ті чи інші аспекти туберкульозу в більш глобальному розрізі (всесвітньому, континентальному). Тільки у двох виданнях йшлося про досвід інших країн — в обидвох випадках мова велася про Латвію. Щодо решти публікацій, то абсолютна більшість із них — більше 40 — знайомили своїх читачів із проблемами туберкульозу в Донецькій області загалом та різних населених пунктах регіону зокрема. Так, міст, про події та явища в яких йшлося в публікаціях найчастіше згадувалися:

- Донецьк (15)
- Макіївка (12)
- Маріуполь (8)
- Горлівка (3)
- Сніжне (1)
- Шахтерск (1).

Загальна картина локалізації описуваних в публікаціях подій в межах України представлена на карті:

Локалізація події
та явищ,
висвітлених в
публікаціях:



Висновки

Результати проведеного контент-аналізу Донецьких регіональних друкованих ЗМІ в цілому можна описати з точки зору їх кількісних та якісних параметрів.

Так, кількісний аналіз показав, що у 420 випусках 20 видань, що увійшли до нашої вибірки, було зафіксовано 58 публікацій, присвячених висвітленню проблеми туберкульозу. Їх загальна площа (**абсолютний кількісний** показник представленості на сторінках ЗМІ) еквівалентна близько 26,5 сторінкам формату А4. При цьому **відносна вага** площі публікацій тематики, що нас цікавила, склала всього 0,17% від загальної площі опублікованих на сторінках номерів вибірки матеріалів.

На основі отриманих абсолютного та відносного показників кількості матеріалів по темі туберкульозу, загалом можна говорити про те, що тематика проблем, пов'язаних із туберкульозом не може бути названа такою, що широко висвітлюється друкованими ЗМІ Донецької області. Крім того, у більшості випадків тематика туберкульозу представлена не на перших шпальтах видань — місці для презентації інформації щодо найбільш важливих соціально-політичних та економічних подій та явищ (*ми не можемо повністю екстраполювати отримані дані на всю генеральну сукупність друкованих ЗМІ, однак розраховані показники дають підстави для окреслення відповідних тенденцій*).

Ще одним кількісним показником аналізу для нас була інформація про типовий розмір площі публікацій: спираючись на середнє значення площ, ми дійшли висновку, що типова публікація займає менше половини сторінки формату А4.

Решта висновків, одержаних в результаті контент-аналізу базувалася на опрацюванні якісних показників. До них належали:

- тип заголовка (назви публікації);
- тип безпосередньо публікації (інформаційне повідомлення, аналітика, інтерв'ю, журналістське розслідування);
- наявність додаткових матеріалів, що супроводжують публікацію (фото, портрети, схеми, графіки);
- безпосередня оцінка змісту публікації;
- оцінка контексту публікації;
- загальний емоційний фон матеріалу публікації;
- та локалізація подій.

Узагальнюючи отримані результати, можемо говорити про наступне. Туберкульоз у більшості випадків виносить як проблема у назву (заголовок) публікації, таким чином, читач, відкриваючи те чи інше видання, одразу розуміє, що зміст публікації буде присвячений тематиці туберкульозу. При цьому знову-таки більшість заголовків вже у самих своїх формулюваннях містять інформацію про ситуацію, що склалася з туберкульозом в країні та/або області. Зважаючи на особливості візуального сприйняття друкованого матеріалу, можемо припускати, що в основному, ті, хто відкривав випуски видань, які містили публікації на тему туберкульозу, тим чи іншим чином були

проінформовані про різні аспекти проблеми, навіть якщо вони не прочитували ретельно зміст публікацій.

Якщо ж вести мову про оцінку безпосередньо змісту публікацій, виходимо на тенденцію представлення матеріалу в руслі інформативних повідомлень: про епідеміологічну ситуацію, симптоми, способи передачі, фактори ризику, способи профілактики захворювання, методи діагностики та лікування тощо. Окрему групу склали статті, присвячені інформуванню громадськості щодо благодійних акцій (зокрема програми Фонду «Розвиток України»), спрямованих на подолання епідемії туберкульозу в Україні. Слід зауважити, що більшість публікацій супроводжувалися різними додатковими матеріалами (фотографіями, портретами, схемами, графіками тощо). Це можна вважати позитивним фактором з огляду на ефективність сприйняття поданого матеріалу.

Щодо контекстного оточення проблематики туберкульозу, то виявилось, що найбільш часто згадуваними були позитивні оцінки діяльності неурядових громадських організацій. Натомість емоційно (причому негативно емоційно) насичені образи, пов'язані із місцями позбавлення волі, безпритульністю, алкоголізмом та наркоманією використовувалися в статтях досить рідко. Така ситуація є цілком співставною із загальним емоційним тлом публікацій: більшість із них були презентовані в нейтральному емоційному забарвленні, тоді як песимістично (негативно) налаштованих було найменше.

І нарешті, локалізація подій, як і варто було очікувати, зосереджується в Східному (переважно Донецька область) регіоні.