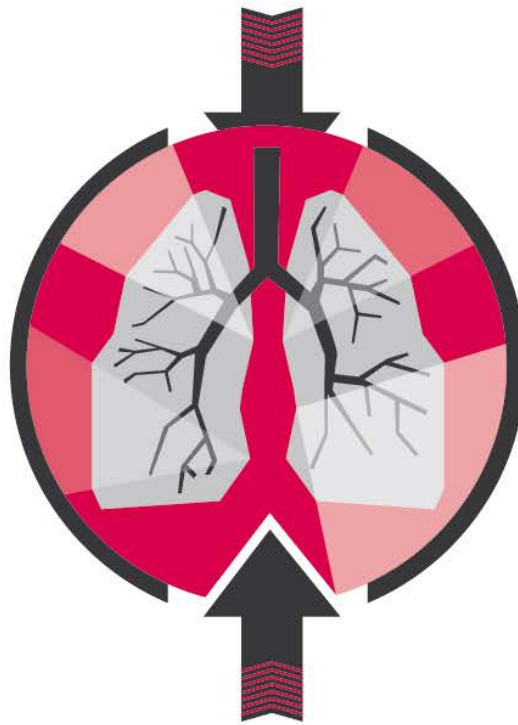




**РІВЕНЬ ЗНАНЬ, СТАВЛЕННЯ, ПРАКТИКИ ТА ПОВЕДІНКИ  
НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ОКРЕМИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП  
З ПИТАНЬ ТУБЕРКУЛЬОЗУ СТАНОМ НА 2011 РІК**



**КИЇВ – 2013**

Результати соціологічних досліджень

**Рівень знань, ставлення, практики та поведінки  
населення України та окремих соціальних груп  
з питань туберкульозу станом на 2011 рік**

Київ – 2013

УДК 616-002.5:303.4](047.3)

ББК 55.4+60.6

Р 49

## **Авторський колектив звіту:**

### **«Аналітичний центр «Соціоконсалтинг»:**

Демченко Ірина, канд. екон. наук,  
Белоносова Наталія,  
Костючок Марина.

### **Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України»:**

Морозова Ольга,  
Маковецька Марія.

### **Консультанти:**

Нечосіна Олена,  
Кузьмин Марта.

### **«Аналітичний звіт за результатами кількісного компоненту дослідження (опитування загально-го населення України)»**

Демченко Ірина, канд. екон. наук,  
Артюх Оксана,  
Белоносова Наталія,  
Костючок Марина.

### **«Аналітичний звіт за результатами якісного компоненту дослідження (опитування представників уразливих до туберкульозу груп)»**

Демченко Ірина, канд. екон. наук,  
Плющ Олександр, канд. психол. наук,  
Белоносова Наталія,  
Костючок Марина.

### **Упорядник розділу**

Нечосіна Олена.

В публікації представлені результати соціологічного дослідження рівня знань, ставлення, практики та поведінки з питань туберкульозу різних груп населення України станом на 2011-2012 роки. В публікації описані результати кількісного компоненту дослідження серед загального населення – визначення рівня знань щодо туберкульозу та рівень їх використання на практиці, оцінка рівня стигматизації за ознакою захворювання на туберкульоз, а також інформаційні потреби населення. Узагальнені результати якісного компоненту дослідження представляють особливості знань та поведінки представників окремих уразливих до туберкульозу груп (безпритульні, ромська громада, споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які звільнились з місць позбавлення волі), а також мотиваційні фактори для своєчасного виявлення та лікування туберкульозу. Публікація буде корисною керівникам сфери охорони здоров'я, медичним працівникам, фахівцям соціальних служб та неурядових організацій, що працюють з уразливими групами, дослідникам.

© Видання опубліковане в рамках Програми «Зупинимо туберкульоз в Україні», що реалізується Фондом Ріната Ахметова «Розвиток України» за фінансової підтримки Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

ISBN 978-966-1568-80-7

Автори дослідження висловлюють щиру подяку членам робочої групи з питань адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (ACSM Task Force) та консультантам, які брали активну участь у розробці методології дослідження та обговоренні аналітичних звітів (наведено в алфавітному порядку):

Вибрановському Роману

Заїці Наталії

Кольвін Шарлотті

Кожан Наталії

Цвілій Ользі

Хейло Олені

Аналітичному центру «Соціоконсалтинг» за реалізацію основних етапів дослідження, включаючи проведення усіх опитувань, введення та обробку отриманих даних.

Іноземному Підприємству «ГФК ЮКРЕЙН» за проведення контролю польового етапу дослідження.

Працівникам Фонду Ріната Ахметова «Розвиток України»: Тиліній Лесі, Захариній Анні, Мотрич Інні та Тарнавському Мар'яну за допомогу в підготовці аналітичного звіту дослідження та цієї публікації.

А також подяка учасникам дослідження та працівникам НУО, які допомогли в опитуванні представників груп ризику.

Розповсюджується на безоплатній основі. Не для продажу.

## **Перелік умовних скорочень**

АКСМ – адвокація, комунікація та соціальна мобілізація

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗМІ – засоби масової інформації

Дослідження ЗСПП – дослідження знань, ставлення, практик та поведінки

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ/СНІД

НУО – неурядові організації

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

СНІД-центри – Центри профілактики і боротьби зі СНІДом

ТБ – туберкульоз

УГ – уразливі групи

УВП – установа виконання покарань

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

# Зміст публікації

<b>1. Вступ</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1. Методологія кількісного компоненту дослідження</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Аналітичний звіт за результатами кількісного компоненту дослідження</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2. Рівень обізнаності про туберкульоз</b> .....	<b>11</b>
2.2.1. Симптоми туберкульозу .....	12
2.2.2. Шляхи передачі туберкульозу.....	12
2.2.3. Уявлення про виліковність туберкульозу .....	13
2.2.4. Уявлення про вартість діагностики та лікування ТБ.....	14
2.2.5. Загальний показник знань .....	15
2.2.6. Уявлення про способи уникнути зараження туберкульозом .....	17
<b>2.3. Ставлення до проблеми туберкульозу</b> .....	<b>20</b>
<b>2.4. Поширеність стигматизованих настроїв стосовно хворих на туберкульоз</b> .....	<b>24</b>
<b>2.5. Поведінкові настанови і чинники, що їх визначають</b> .....	<b>28</b>
<b>2.6. Джерела інформування</b> .....	<b>35</b>
2.6.1. Прийнятність джерел інформування .....	38
2.6.2. Довіра до джерел інформування.....	40
<b>2.7. Інформаційні потреби населення</b> .....	<b>43</b>
<b>2.8. Висновки за результатами кількісного компоненту дослідження</b> .....	<b>46</b>
<b>3. Аналітичний звіт за результатами кількісного компоненту дослідження</b> .....	<b>50</b>
<b>3.1. Методологія якісного компоненту дослідження</b> .....	<b>50</b>
<b>3.2. Соціально-демографічні характеристики респондентів</b> .....	<b>53</b>
3.2.1. Характеристики респондентів з числа СІН, безпритульних та колишніх засуджених.....	53
3.2.2. Характеристика респондентів з числа ромів.....	54
<b>3.3. Обізнаність з питань туберкульозу</b> .....	<b>59</b>
<b>3.4. Поведінкові практики респондентів щодо діагностики та лікування туберкульозу</b> .....	<b>62</b>
3.4.1. Готовність СІН звертатися по медичну допомогу при підозрі на туберкульоз.....	62
3.4.2. Готовність безпритульних звертатися по медичну допомогу при підозрі на туберкульоз.....	66
3.4.3. Готовність ромів звертатися по медичну допомогу з приводу туберкульозу .....	73
3.4.4. Експерти про ставлення ромів до офіційної медицини.....	74
3.4.5. Забезпечення безперервності лікування туберкульозу засудженими після відбування покарання.....	77
<b>3.5. Джерела інформації про туберкульоз та особливості інформування представників цільових груп</b> .....	<b>87</b>
3.5.1. Джерела інформації для безпритульних, СІН та колишніх засуджених .....	87
3.5.2. Наявні та бажані джерела інформації для ромів .....	92
3.5.3. Експерти про особливості інформування цільової групи ромів .....	92
<b>3.6. Висновки</b> .....	<b>96</b>
<b>3.7. Рекомендації щодо організації послуг та інформування з питань туберкульозу представників уразливих груп</b> .....	<b>99</b>
<b>4. Практичне втілення висновків та рекомендацій дослідження знань, ставлення, практики та поведінки в Національній стратегії адвокації, комунікації та соціальної мобілізації на 2012-2016 роки</b> .....	<b>102</b>
<b>Додаток 1</b> .....	<b>106</b>
<b>Додаток 2</b> .....	<b>133</b>
<b>Додаток 3</b> .....	<b>136</b>

# 1. Вступ

Епідемія туберкульозу в Україні складає загрозу національній безпеці країни через високий рівень захворюваності на туберкульоз та поширення його резистентних форм та є наслідком комплексу проблем, що пов'язані як із загальною соціально-економічною ситуацією в країні, станом системи охорони здоров'я, так і неадекватним рівнем знань і поведінки загального населення та окремих груп, найбільш уразливих до захворювання на туберкульоз. Для подолання існуючих проблем законом України було затверджено Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки (далі – Програма), яка має на меті подальше поліпшення епідемічної ситуації, а саме: зменшення кількості хворих на туберкульоз, зниження рівня захворюваності та смертності від туберкульозу, від ко-інфекції ТВ/ВІЛ, зниження темпів поширення мультирезистентного туберкульозу. Досягати поставленої мети можливо шляхом забезпечення загального та рівного доступу населення до якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

Послуги з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу мають бути орієнтовані в першу чергу на потреби людини, яка вже хворіє на туберкульоз або уразлива до цієї хвороби. Таким чином, планування та впровадження ефективних та якісних послуг можливе лише за умови розуміння та врахування поведінкових особливостей різних груп населення, рівня їх знань щодо туберкульозу та ставлення до проблеми.

Комплексне дослідження знань, ставлення, практики та поведінки (дослідження ЗСПП) стосовно туберкульозу проведено в Україні вперше<sup>1</sup> в рамках реалізації проекту «Зупинимо туберкульоз в Україні» за підтримки Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією (9 раунд).

Дослідження ЗСПП проводилось в період вересень 2011 року – березень 2012 року та передбачало два компонента, результати яких увійшли в дану публікацію: опитування загального населення (кількісний компонент) та опитування представників уразливих до туберкульозу груп (якісний компонент). Методологія дослідження ЗСПП ґрунтується на методичному посібнику ВООЗ «Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація програм з контролю ТБ: посібник з проведення досліджень знань, ставлення та поведінки»<sup>2</sup>.

Результати дослідження ЗСПП були використані для розробки, впровадження та оцінки Національної та регіональних стратегій адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (далі – АКСМ стратегії), а також для розробки концепції інформаційної кампанії, спрямованої на роботу із загальним населенням та побудову правильних знань щодо туберкульозу. Завдяки цьому дослідженню вдалося виокремити ключові хибні уявлення українців про захворювання та відповідно побудувати стратегію інформаційної кампанії на подолання існуючих хибних уявлень та стигми й дискримінації стосовно людей, уражених туберкульозом.

Проведення досліджень знань, ставлення, практики та поведінки з питань туберкульозу кожні два роки передбачено заходами Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки, отже стане постійною практикою та підґрунтям для ефективного планування та реалізації заходів з контролю над туберкульозом в Україні.

1 На відміну від даного дослідження попередні дослідження передбачали вивчення лише окремих аспектів щодо знань, ставлення та поведінки з питань туберкульозу. Зокрема, в 2005 році було проведено дослідження „Громадська думка щодо туберкульозу: обізнаність, ставлення, поведінкові настанови, джерела інформування” в рамках реалізації проекту МОЗ України „Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІД в Україні” за кошти позики Світового Банку.

2 [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/ACSM\\_KAP%20GUIDE.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/ACSM_KAP%20GUIDE.pdf)

## 2. Аналітичний звіт за результатами кількісного компоненту дослідження (опитування загального населення України)

### 2.1. Методологія кількісного компоненту дослідження

**Мета:** дослідження рівня знань, ставлення, використання знань на практиці та поведінки загального населення відносно туберкульозу в Україні для розробки стратегії інформаційної кампанії та відповідних інформаційних матеріалів для загальних верств населення та окремих його груп.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити рівень знань щодо туберкульозу серед загального населення України стосовно шляхів зараження, перших симптомів, заходів профілактики, лікування та місць для звернення по допомогу у випадку наявності симптомів ТБ.
2. Вивчити рівень усвідомлення громадянами особистого ризику зараження та захворювання на туберкульоз.
3. Оцінити рівень використання населенням знань про туберкульоз на практиці, у реальному житті.
4. Виявити індивідуальні, соціальні та/або інші фактори, які відіграють роль бар'єрів оптимальної поведінки громадян відносно профілактики та звернення з метою діагностики у разі виникнення перших симптомів.
5. Оцінити рівень стигматизації за ознакою захворювання на туберкульоз серед загального населення.
6. Визначити інформаційні потреби населення та найбільш прийнятні способи отримання інформації про туберкульоз.
7. Визначити та розрахувати індикатор «% загального населення з правильними знаннями про туберкульоз».

**Термін виконання дослідження:** вересень 2011 р. – березень 2012 р.

**Польовий етап:** жовтень 2011 р. – січень 2012 р.

**Метод дослідження:** структуроване інтерв'ю віч-на-віч за місцем проживання респондента з використанням карток і самозаповненням респондентами блоку тестових запитань про їх ставлення до хворих на туберкульоз або до людей, які уже вилікувалися від цього захворювання.



**Об'єкт дослідження (генеральна сукупність):** населення всіх типів міст України та сільської місцевості у віці від 18 років і старші.

**Тип вибірки:** багатоступенева, стратифікована, з використанням квотного методу відбору респондентів на останньому етапі. При опитуванні респондентів витримані квоти за регіоном, типом поселення, статтю та віком.

**Реалізована вибіркова сукупність:** 5004 респонденти у 81 місті, 26 селищах міського типу і 99 селах України.

Таблиця 1.  
Похибка репрезентативності для підвбірок (%)

Стать	Кількість респондентів	При співвідношенні відповідей 0,1:0,9	При співвідношенні відповідей 0,5:0,5
Чоловіча	2237	1,26	2,11
Жіноча	2767	1,14	1,91
<b>Вік</b>			
18-34 роки	1591	1,50	2,50
35-59 років	2152	1,29	2,16
60 і більше років	1261	1,70	2,83
<b>Освіта</b>			
Початкова/ Неповна середня	301	3,46	5,77
Середня загальна	1360	1,63	2,72
Середня спеціальна	1859	1,39	2,32
Незакінчена вища/ Вища	1484	1,55	2,58
<b>Матеріальне становище</b>			
Грошей не вистачає навіть на їжу	281	3,46	5,77
Вистачає лише на їжу, на всьому іншому постійно економимо	1561	1,52	2,54
Ви можете купувати їжу, одяг, предмети першої необхідності, але не можете відкладати гроші, купувати меблі, техніку	2458	1,21	2,02
Ви досить вільні у засобах/ Ви можете дозволити собі значні витрати	538	2,56	4,26
Важко відповісти	166	4,90	8,16
<b>Тип поселення</b>			
Більше ніж 500 тис.	942	1,95	3,242
100-499 тис.	931	1,97	3,27
До 99 тис.	1088	1,82	3,03
СМТ+ село	2043	1,33	2,21

Таблиця 2.  
Похибка репрезентативності для підвбірок за областями (%)

Область	Кількість респондентів	При співвідношенні відповідей 0,1:0,9	При співвідношенні відповідей 0,5:0,5
АР Крим	253	3,79	6,32
Вінницька	227	3,79	6,32
Волинська	160	4,90	8,16
Дніпропетровська	291	3,46	5,77
Донецька	392	3,00	5,00
Житомирська	146	4,90	8,16
Закарпатська	114	6,00	10,00
Запорізька	148	4,90	8,16
Івано-Франківська	201	4,24	7,07
Київська	168	4,90	8,16
м. Київ	288	3,46	5,77
Кіровоградська	119	6,00	10,00
Луганська	220	4,24	7,07
Львівська	221	4,24	7,07
Миколаївська	159	4,90	8,16
Одеська	256	3,79	6,32
Полтавська	219	4,24	7,07
Рівненська	160	4,90	8,16
Сумська	176	4,24	7,07
Тернопільська	168	4,90	8,16
Харківська	253	3,79	6,32
Херсонська	128	4,90	8,16
Хмельницька	149	4,90	8,16
Черкаська	147	4,90	8,16
Чернівецька	111	6,00	10,00
Чернігівська	130	4,90	8,16

**Похибка репрезентативності** даних варіює від 0,85% до 1,4%.<sup>3</sup> Це означає, що дані опитування і реальна громадська думка дорослого населення України можуть відрізнятися на рівні не більше 1,4% у випадках, якщо аналізується весь масив даних.

### **Методи аналізу даних**

Аналіз емпіричних даних здійснювався за допомогою описової статистики (одновимірних і двовимірних розподілів) і кореляційного аналізу. Основні ознаки, за якими проводився аналіз: стать, вік, освіта, матеріальне становище, тип поселення, область. Відмінності у розподілі відповідей між досліджуваними підгрупами визнавалися значущими, якщо вони перевищували похибку репрезентативності для зазначених підвбірок. При цьому, чим меншою є наповнюваність підгрупи, тим більшою є похибка.

Низка показників (там, де це можливо) досліджувалася у динаміці. Для цього були використані дані опитування дорослого населення 2005 року<sup>4</sup> (детально - Додаток 2).

Через різне формулювання низки запитань, а також через розбіжності у переліку варіантів відповідей результати за 2005 та 2011 роками не завжди є повністю порівнюваними.

Для оцінки рівня знань населення про ТБ, поширеності стигматизованих настроїв, оптимальних поведінкових настанов тощо було розраховано низку загальних показників.

### **Етичні засади дослідження**

Програма та інструментарій дослідження отримали позитивний висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України.

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базувалися на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність і конфіденційність. Перед проведенням інтерв'ю у кожного респондента була отримана поінформована згода на участь у дослідженні в усній формі.

<sup>3</sup> Тут і далі - за довірчого рівня 95%.

<sup>4</sup> Національне репрезентативне опитування «Громадська думка щодо туберкульозу: обізнаність, ставлення, поведінкові настанови, джерела інформування» проведене АЦ «Соціоконсалтинг» на замовлення проекту МОЗ України «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІД в Україні», що впроваджувалося Міністерством охорони здоров'я України та Державним департаментом України з питань виконання покарань за кошти позики Світового Банку. Всього було опитано 2000 респондентів у понад 100 населених пунктах в усіх областях України, АР Крим, м. Києві. Розбіжності за роками є значимими, якщо вони перевищують 2,5%.

## 2.2. Рівень обізнаності про туберкульоз

В цілому респонденти оцінюють свій рівень обізнаності про туберкульоз досить високо: 6% – відмінно, 29% – добре, 42% – задовільно. Поганими вважають свої знання 16% респондентів, а 5% сказали, що взагалі нічого не знають про це захворювання.

Респонденти, які нічого не знають про ТБ, однаково часто зустрічаються серед чоловіків і жінок, мешканців різних типів населених пунктів та серед людей різного рівня достатку, адже значимих відмінностей за цими показниками не виявлено. Стосовно відмінностей залежно від віку та рівня освіти респондентів, то вони не перевищують 5% із врахуванням похибки. Зокрема, серед людей старшого віку необізнаними виявилися 8% проти 4% серед молоді (при похибці близько 3%), а серед людей з вищою/незакінченою вищою освітою – 2% проти 13% серед людей з початковою/ неповною середньою освітою (при похибці близько 6%).

Непоінформовані, за власним визначенням, респонденти при розгляді низки запитань даного розділу<sup>5</sup> з аналізу виключалися. Тобто вказані у відповідних частинах звіту відсотки було розраховано на частині масиву даних, з якого було виключено тих респондентів, які відповіли, що нічого не знають про туберкульоз. Решта 2% опитаних утруднилися з відповіддю. Тобто в цілому по масиву 95% опитаних знають про туберкульоз хоча б що-небудь. На перший погляд у 2005 році цей показник був вищим, адже тоді 99% респондентів сказали, що про туберкульоз вони чули, але ці відмінності можуть бути викликані різним формулюванням запитань<sup>6</sup>.

Розбіжності щодо самооцінки власного рівня знань у залежності від статі, віку та типу населеного пункту, якщо вирахувати з них похибку, не перевищують 3%. Частка людей, які вважають свої знання достатніми<sup>7</sup>, істотно зростає із підвищенням рівня освіти респондентів (від 60% для людей з початковою/ неповною середньою до 85% - для осіб з вищою або неповною вищою освітою) та їхнього матеріального достатку (від 62% у групі найбідніших до 87% серед забезпечених).

5 Стосовно симптомів, шляхів передачі, виліковності ТБ, вартості його діагностики та лікування

6 В анкеті 2005 року запитання формулювалося наступним чином: «Назвіть, будь-ласка, основні шляхи передачі туберкульозу», в анкеті 2011 року – «Як Ви вважаєте, як можна заразитися на туберкульоз?»

7 Тобто оцінили свої знання на «відмінно», «добре» або «задовільно»

## 2.2.1. Симптоми туберкульозу

Запитання про те, якими є основні ознаки ТБ, інтерв'юерами ставилося двічі. Першим було відкритим запитання, коли респонденту пропонували самому назвати відомі йому симптоми. Їх інтерв'юер фіксував у стовпці «без картки». Після цього інтерв'юер пропонував респонденту картку з переліком 13 симптомів. Ті з них, які респондент вважав правильними, інтерв'юер фіксував у стовпчику «з карткою».

Частки респондентів, які називали кожну із запропонованих ознак ТБ, істотно зростали після того, як респондентам надавали «підказки» у вигляді карток із можливими варіантами відповідей (табл. 3).

Кашель або тривалий кашель без картки назвали 81%, а з карткою – 92% респондентів. Зокрема, кашель, що триває понад 3 тижні, без картки згадали 27%, а з карткою – 63% опитаних. А один із видів кашлю та хоча б одну із інших ознак ТБ (температура, втрата ваги, постійна слабкість, виділення мокротиння при кашлі, важке дихання, біль у грудях, пітливість уночі) одночасно без картки 54%, а з карткою – 94% опитаних.

Такі ознаки, як головний біль, нудота, висипання на шкірі було визначено як умовно хибні. Адже ці симптоми можуть турбувати хворого на туберкульоз, але вони не є специфічними та не грають визначальної ролі в діагностиці туберкульозу. Більшість респондентів це знає, адже без картки ці симптоми назвали лише одиниці (1-3%). Дещо більше головний біль (18%) і нудоту (12%) зазначили опитані після перегляду картки, водночас порівняно із рештою правильних симптомів їх частка є незначною.

Серед інших симптомів ТБ деякі респонденти називали такі ознаки, як блідість, жовтий колір обличчя, нежить та чхання, часті простуди і ГРВІ, тьмянний погляд, синці під очима, втрата апетиту, хворобливий вигляд, швидка втомлюваність, нервозність, а також клінічні ознаки, за якими діагностують туберкульоз медики (потемніння легенів на флюорограмі та збільшена проба Манту). Але ці варіанти відповідей зустрічалися рідко: кожен з них обрало не більше 0,5% опитаних, а в цілому варіант відповіді «інше» обрали 3% респондентів.

## 2.2.2. Шляхи передачі туберкульозу

Частки респондентів, які називали кожен із запропонованих шляхів передачі ТБ, також істотно зростали після того, як їм надавали картки із можливими варіантами відповідей (табл. 4).

Таблиця 3.

**Частки респондентів, які назвали ті чи інші симптоми туберкульозу (% до тих, хто що-небудь знає про ТБ)**

	Без картки	З карткою
Кашель	60	70
Кашель, що триває більше трьох тижнів	27	63
Кашель із кров'ю	24	68
Температура без видимої причини, що тримається понад 7 днів	28	62
Втрата ваги, схуднення	21	65
Постійна слабкість (недомагання)	17	56
Виділення мокротиння при кашлі	16	51
Важке дихання	9	50
Біль у грудях	8	45
Пітливість уночі	6	35
Головний біль	3	18
Нудота	2	12
Висипання на шкірі	1	4
Важко відповісти/Не знаю	4	1
Інше	3	1

*\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів*

Таблиця 4

**Частки респондентів, які назвали ті чи інші шляхи передачі туберкульозу (% до тих, хто що-небудь знає про ТБ)**

	Без картки	З карткою
<b>Через повітря, коли хворий на туберкульоз кашляє або чихає</b>	<b>84</b>	<b>97</b>
Через м'ясо або молоко хворої на туберкульоз тварини	6	48
Від хворої вагітної матері до новонародженого	2	28
При спільному проживанні з хворим в одній квартирі, кімнаті	17	75
При поцілунках	12	60
Статевим шляхом	3	13
Через використання спільного посуду з хворим на туберкульоз	33	82
Якщо торкатися до предметів у громадських місцях (дверних ручок, поручнів у транспорті)	15	52
Через рукоштовання	5	27
Через журнали, гроші	2	23
Спадково	1	12
Важко відповісти/ Не знаю	3	1
Інше	3	0

*\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів*

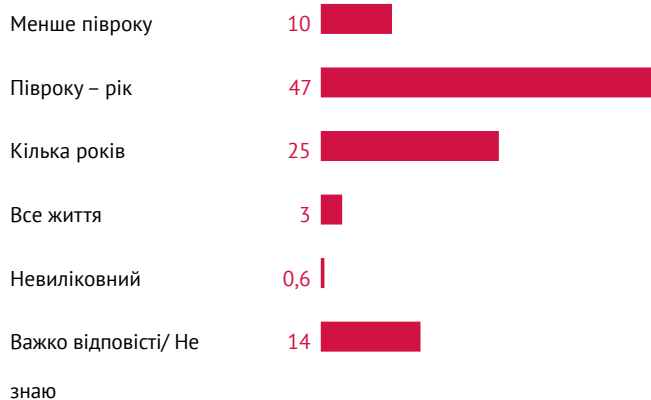
Головний з точки зору розвитку епідемії туберкульозу повітряно-крапельний шлях інфікування без картки назвали 84% опитаних, з карткою – 97%. У 2005 році при відповіді з карткою його назвали 86% опитаних<sup>8</sup>. Про можливість передачі збудника ТБ через м'ясо/молоко хворої тварини та від хворої вагітної матері до новонародженого знають значно менше респондентів, але ці шляхи передачі захворювання не є важливими з точки зору громадського здоров'я та контролю епідемії ТБ.

Досить багато респондентів не розрізняють власне шляхи передачі ТБ і ситуації взаємодії із хворими на ТБ, в яких актуалізується провідний шлях поширення ТБ – через повітря. Такими ситуаціями є проживання в одному приміщенні, поцілунки та статеві відносини із хворим, який є джерелом бактеріовиділення, а це, в свою чергу, посилює ризик інфікування усіх людей, які перебувають з ним в одному приміщенні. Саме такою логікою могли керуватися респонденти, обираючи ці варіанти відповідей, що було зафіксовано в коментарях інтерв'юерів.

Поширеними серед респондентів є також міфи щодо можливості інфікуватися ТБ побутовим шляхом: через користування спільним посудом, рукостискання, журнали/гроші, дверні ручки/поручні у транспорті та інші предмети у громадських місцях. Хоча б одну із вказаних альтернатив без картки обрали 41%, а з карткою – 85% опитаних.

Стосовно респондентів, які називали інші шляхи передачі ТБ (3%), то в більшості випадків вони зазначали не власне шляхи передачі захворювання, а фактори, які ослаблюють імунітет і таким чином підвищують ризик зараження (куріння, часті простуди, переохолодження, постійне перебування в сирих приміщеннях, недоїдання, антисанітарія, недотримання правил особистої гігієни). Також одиниці опитаних називали такі хибні шляхи передачі ТБ, як «через кров» (23 особи – 0,5%) та «через їжу» (4 особи – 0,1%).

### 2.2.3. Уявлення про виліковність туберкульозу



Малюнок 1. Тривалість лікування ТБ, на думку респондентів, % до тих, хто вважає ТБ виліковним, n=3488

На сьогодні більшість респондентів (73%) вважають, що туберкульоз можна вилікувати, 16% - заперечують його виліковність, а 11% - утруднилися з відповіддю. У 2005 році оптимістично оцінювали можливості медицини при лікуванні ТБ – 66% респондентів, песимістично – 12%, і сумнівалися 22%<sup>9</sup>. Відмінності за кожною із альтернатив є значимими. Тобто можна констатувати тенденцію щодо збільшення частки обізнаних про виліковність туберкульозу.

Значимі відмінності щодо уявлень респондентів про виліковність ТБ зафіксовані лише в залежності від рівня освіти (з цим погодилися 62% респондентів з початковою та неповною середньою освітою і суттєво більше – 79% серед тих, хто має вищу або незакінчену вищу) та матеріальної забезпеченості респондентів (серед найбідніших вважають ТБ виліковним 61% опитаних, а серед найбільш забезпечених – 80%).

<sup>8</sup> В анкеті 2005 року запитання формулювалося наступним чином: «Назвіть, будь-ласка, основні шляхи передачі туберкульозу», в анкеті 2011 року – «Як Ви вважаєте, як можна заразитися туберкульозом?» Додатки 1, 2.

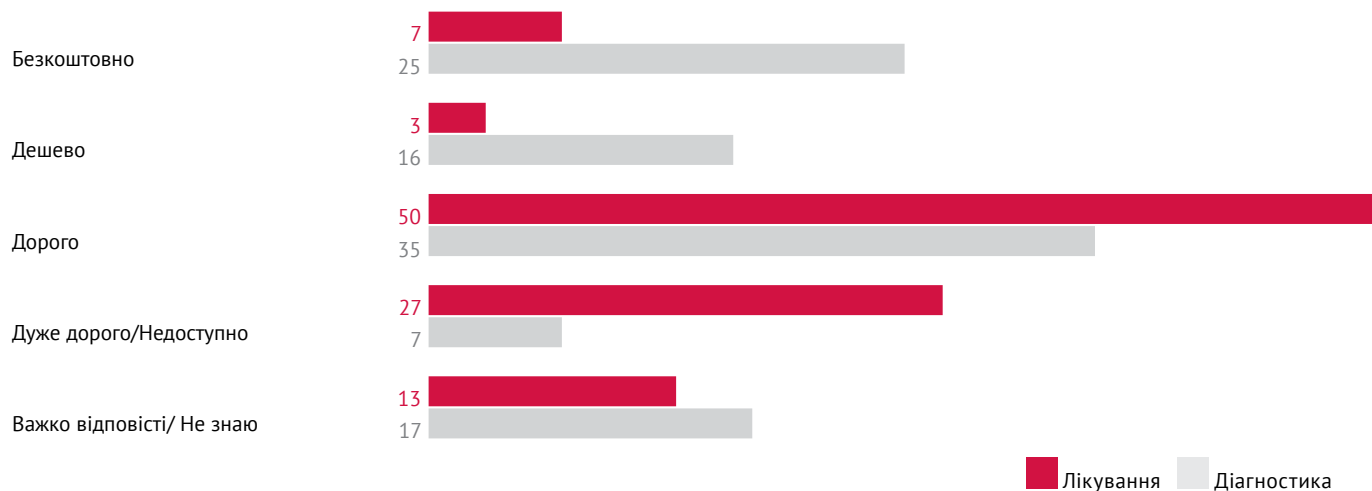
<sup>9</sup> В анкеті 2005 року запитання формулювалося наступним чином: «Чи вважаєте Ви, що у наш час можна вилікувати туберкульоз?», в анкеті 2011 року – «Як Ви вважаєте, чи можна в даний час вилікувати туберкульоз?»

Респондентам, які вважають, що туберкульоз можна вилікувати, ставилося запитання про тривалість цього процесу. Близько половини (47%) опитаних вважають, що на це потрібно півроку-рік, 10% - менше півроку, 25% - кілька років, а 3% - все життя (мал. 1). При цьому 21 особа, що становить 0,6% від загальної кількості тих, хто при відповіді на попереднє запитання назвав туберкульоз виліковним, у цьому запитанні змінили свою думку. Це черговий раз підтверджує суперечливість знань частини респондентів про ТБ, їхню невпевненість щодо багатьох аспектів.

Частки респондентів, які правильно визначили тривалість лікування ТБ, значимо відрізняються в залежності від таких характеристик респондентів, як стать, вік та матеріальне становище, але із врахуванням похибки ці відмінності не перевищують 3%.

## 2.2.4. Уявлення про вартість діагностики та лікування ТБ

Уявлення респондентів про вартість діагностики та лікування туберкульозу виявились пов'язаними з позицією щодо його виліковності або невиліковності. Загалом лише чверть респондентів (25%) вважають, що пройти діагностику ТБ можна безкоштовно, і лише 7% – що так само безкоштовно можна отримати і основний курс лікування. Натомість 42% вважають дорогим або навіть недоступним виявлення ТБ, а 77% – його лікування (мал. 2).



Малюнок 2. Уявлення респондентів про вартість діагностики та лікування ТБ, % до тих, хто що-небудь знає про ТБ

Респонденти, які впевнені у доступності діагностики та лікування ТБ, а саме в тому, що останні є безкоштовними або принаймні дешевими, частіше, ніж решта опитаних, вважають це захворювання виліковним (табл. 5). Коефіцієнт кореляції Пірсона між двома змінними у першому випадку становить  $r = 0,2^{10}$ ; у другому –  $r = 0,1^{11}$  (при рівні значимості  $p = 0,01$ ), що свідчить про наявність кореляційного зв'язку між ними, що-правда дуже слабкого.

10 Взаємозв'язок між частками респондентів, які вважають діагностику ТБ доступною, і тими, хто знає про його виліковність

11 Взаємозв'язок між частками респондентів, які вважають лікування ТБ доступним, і тими, хто знає про його виліковність

Таблиця 5.

**Уявлення респондентів про виліковність ТБ в залежності від оцінки вартості його діагностики та лікування (% до тих, хто що-небудь знає про ТБ)**

		<b>Чи можна в наш час вилікувати ТБ?</b>		
		Так	Ні	Важко відповісти/ не знаю
<b>діагностика ТБ</b>	Безкоштовно	82	10	8
	Дешево	80	13	7
	Дорого	71	19	10
	Дуже дорого/ недоступно	56	33	11
	Важко відповісти/ не знаю	67	14	19
<b>лікування ТБ</b>	Безкоштовно/ дешево	89	7	4
	Дорого	75	15	10
	Дуже дорого/ недоступно	67	24	9
	Важко відповісти/ не знаю	69	12	19

\* Максимальна похибка становить 5,4% для змінної щодо вартості діагностики та 4,7% для змінної щодо вартості лікування

За жодною із соціально-демографічних характеристик не було зафіксовано значимих відмінностей щодо часток респондентів, які впевнені у безкоштовності лікування ТБ, і тих, які навпаки вважають його дорогим/недоступним. Адаже опитані здебільшого впевнені в необхідності значних витрат, пов'язаних з лікуванням ТБ.

Щодо тих, хто вважає діагностику ТБ безкоштовною, такі відмінності були виявлені лише між віковими та поселенськими групами (але вони не перевищують 2% із врахуванням похибки) та між людьми з різним рівнем освіти. Причому в останньому випадку відмінності досить істотні: відповідний показник коливається від 17% (для респондентів з початковою/неповною середньою освітою) до 30% (для людей з вищою/незакінченою вищою освітою).

Поширеність уявлень про те, що виявлення туберкульозу є дорогим/недоступним, залежить від віку респондентів (таке переконання висловили 49% людей старшого віку проти 39% молоді та 40% осіб середнього віку), рівня їхньої освіти (від 54% - для людей з початковою/неповною середньою освітою до 37% - для респондентів з вищою/незакінченою вищою освітою) та їхнього матеріального становища (від 51% - для найбідніших респондентів до 35% для тих, хто є досить забезпеченим). Відмінності цього показника за статтю та типом поселення не перевищують 2% із врахуванням похибки.

При інтерпретації даних показників варто враховувати реалії вітчизняної медицини. Йдеться про декларування безкоштовної медичної допомоги у бюджетних закладах, які не забезпечуються достатньою кількістю ресурсів. Тому, скоріше за все, переконання респондентів щодо високої вартості лікування ТБ пов'язане не стільки з їхньою необізнаністю, скільки з наявним у них досвідом звернення до медичних установ, який свідчить, що безкоштовна медична допомога досить часто є умовною. Адаже є «добровільні» внески, необхідність купувати ліки, витратні матеріали тощо за списком, який складає лікар, і т. ін.

## 2.2.5. Загальний показник знань

Для оцінки рівня поінформованості респондентів в узагальненому вигляді авторами в ході консультацій із представниками Фонду Ріната Ахметова «Розвиток України» був розроблений загальний показник знань. Він являє собою частку респондентів, які одночасно:

- без картки назвали таку ознаку ТБ як кашель, що триває понад три тижні;
- без картки вказали основний шлях його передачі (через повітря, коли хворий кашляє або чхає);

- знають, що туберкульоз можна вилікувати.
- На думку авторів, цей набір знань можна вважати достатнім з огляду на епідситуацію щодо захворювання на ТБ в Україні.

В цілому по масиву цей показник становить 17,5%, тобто лише один із шести респондентів має рівень знань про ТБ, який відповідає прийнятному мінімуму, що може обумовити свідоме та своєчасне звернення до лікаря за наявності симптомів ТБ. Загальний показник знань, так само, як і чимало інших індикаторів, істотно відрізняється лише в залежності від рівня освіти респондентів, зростаючи від 10% для осіб з початковою/неповною середньою освітою до 19% для респондентів з вищою. Щоправда, кореляція між цими показниками є дуже слабкою (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r=0,1$ ), але значимою (рівень значимості  $p=0,01$ ). За всіма іншими факторами розбіжності є або статистично незначимими (стать, матеріальне становище), або неістотними – такими, що не перевищують 1-2% (вік, тип населеного пункту).

Відмінності загального показника знань за більшістю областей вкладаються в інтервал [17,5% (середнє значення по масиву) +/- 10% (максимальне відхилення в залежності від наповнюваності окремих груп)] (табл. 6). Виходять за його межі лише показники по Закарпатській (56%), Кіровоградській (34%), Донецькій (32%), де рівень знань виявився вищим за середній, а також по Черкаській (7%) та Чернівецькій (1%) областях, де показник є значно нижчим. При цьому не простежуються регіональні тенденції, тобто не можна стверджувати, що на Заході люди більш обізнані, ніж на Сході, або навпаки. Отримані дані свідчать, скоріше за все, про відсутність загальної інформаційної стратегії стосовно ТБ в Україні.

Таблиця 7.  
**Загальний показник знань залежно від самооцінки власних знань про ТБ респондентами**  
(% до тих, хто що-небудь знає про ТБ)

Самооцінка власних знань про ТБ	Загальний показник знань
Відмінно	24
Добре	23
Задовільно	18
Погано	12
Важко відповісти	7

\* Максимальна похибка становить 10%

Повертаючись до запитання про оцінку власних знань респондентами, варто відзначити, що вони здебільшого істотно їх завищують. Про це свідчить співвідношення загального показника знань (17,5%) та частки респондентів, які оцінили свої знання на «задовільно» або вище (77%). Відповідно, кореляційний зв'язок між такими показниками, як самооцінка рівня знань та загальний показник знань, є дуже слабким (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r=0,1$  при рівні значимості  $p=0,01$ ) (табл. 7).

2005 54%

2011 48%

### Малюнок 3. Розрахунок інтегрального показника для порівняння рівня знань за роками

Алгоритм розрахунку інтегрального показника був ідентичним для 2005 та 2011 років. Він розраховувався як частка респондентів, які одночасно:

- з картою назвали таку ознаку ТБ як кашель<sup>10</sup>;
- з картою вказали основний шлях його передачі (через повітря, коли хворий кашляє або чхає);
- знають, що туберкульоз можна вилікувати.

Таблиця 6.  
**Загальний показник знань, за регіонами**  
(% до всіх опитаних)

Регіон	Загальний показник знань
<b>В цілому по масиву</b>	<b>17,5</b>
Закарпатська обл.	56
Кіровоградська обл.	34
Донецька обл.	32
Дніпропетровська обл.	21
Одеська обл.	21
Тернопільська обл.	21
Харківська обл.	19
Херсонська обл.	17
Львівська обл.	16
Волинська обл.	16
м.Київ	15
Київська обл.	15
Житомирська обл.	13
Запорізька обл.	13
Чернігівська обл.	13
Сумська обл.	12
Вінницька обл.	12
Луганська обл.	12
Хмельницька обл.	12
Миколаївська обл.	12
АР Крим	11
Полтавська обл.	10
Рівненська обл.	9
Івано-Франківська обл.	8
Черкаська обл.	7
Чернівецька обл.	1



Можливості аналізу рівня знань населення за роками обмежувалися тим, що у 2005 році процедура опитування не передбачала відповідей «без картки», а також відмінностями у формулюванні запитань та переліку відповідей в анкетах 2005 та 2011 років.

Таблиця 8  
Громадська думка про способи уникнути зараження туберкульозом, % до всіх респондентів

<b>Заходи, прийнятні для індивідуальної профілактики ТБ</b>	
<b>Вести здоровий спосіб життя (сон, фізична активність)</b>	<b>55</b>
Повноцінно харчуватися	52
Вакцинувати дітей проти туберкульозу	44
Регулярно провітрювати приміщення	36
<b>Проходити щорічне медичне обстеження на туберкульоз, робити флюорографію, пробу Манту</b>	<b>79</b>
<b>Заходи, неефективні для протидії зараженню на ТБ на індивідуальному рівні</b>	
Мити руки після дотику до предметів у громадських місцях, дотримуватися правил особистої гігієни	73
Уникати посуду загального користування	49
Дихати чистим сосновим, гірським повітрям	33
Не купувати молочні та м'ясні продукти на стихійних ринках	30
Уникати рукостискання	16
Їсти багато сала та/або масла	14
Вживати в їжу особливі речовини або продукти	11
Пити горілку для дезінфекції після контакту з тим, хто кашляє	9
Закривати вікна в приміщенні	3
Важко відповісти/Не знаю	1
Інше	1
<b>Уникати місць скупчення підозрілих/соціально неблагополучних людей</b> <sup>11</sup>	<b>59</b>

(табл. 8). Окремо був виділений такий варіант відповіді, як щорічне проходження медичного обстеження. Цей захід не є профілактичним, але сприяє ранній діагностиці ТБ та своєчасному початку його лікування. Відповідно, уявлення громадян про регулярне проходження флюорографії/проби Манту також виявилось корисним з точки зору боротьби із епідемією ТБ. Респондентам пропонувалося обрати усі правильні, на їхню думку, відповіді.

Від третини до половини респондентів обізнані про окремі складові індивідуальної профілактики ТБ, ще більше (79%) – підтримали ідею проходження відповідного обстеження. Але частка людей, які зазначили весь комплекс профілактичних заходів (одночасно зазначили всі «прийнятні» варіанти відповідей), включаючи «проходити щорічне медичне обстеження» становить 9%.

Досить поширеними серед респондентів є різного роду стереотипи, особливо твердження (думка, уявлення) про те, що від туберкульозу може захистити миття рук піс-

При аналізі відповідей респондентів на окремі запитання простежувалася тенденція щодо деякого, хоча і незначного, зростання рівня їхньої поінформованості з питань ТБ порівняно із 2005 роком. Але розрахунок інтегрального показника (мал. 3) не підтвердив цей факт: останній становив 48% у 2011 році проти 54% у 2005 році при похибці 2,7. Тобто в цілому рівень знань населення залишився практично на тому ж рівні.

## 2.2.6. Уявлення про способи уникнути зараження туберкульозом

Оцінка знань населення про ТБ буде неповною без розгляду уявлень про шляхи попередження цього захворювання. Це запитання ставилося усім респондентам. В даному запитанні респонденти не надавали спонтанної відповіді. Інтерв'юери одразу пропонували респондентові картку з варіантами відповідей, які можна поділити на заходи, які дійсно допомагають зменшити ризик захворювання на індивідуальному рівні, та ті, які непридатні для реалізації у повсякденному житті пересічного громадянина або засновані на різного роду міфах і стереотипах

12 В анкеті 2005 року не було варіанту відповіді «кашель, що триває понад три тижні», тому для розрахунку інтегрального показника як для 2005, так і для 2011 року у якості ознаки ТБ використовувався варіант відповіді «кашель»

13 Запитання звучить як стигматизуюче, але при розробці інструменту було враховано високий рівень стигми та дискримінації в Україні, тому обрали формулювання запитання, яке буде зрозуміле більшості респондентів.

ля відвідування громадських місць та уникнення посуду загального користування. Щоправда, прагнення респондентів до гігієнічних процедур і дотримання санітарних норм можна лише вітати, оскільки, не допомагаючи захиститися від ТБ, воно є досить важливим з точки зору попередження ряду інших важких захворювань, наприклад, дизентерії.

На думку 26% респондентів, захиститися від ТБ чи навіть вилікувати його можна завдяки вживанню тих чи інших продуктів/речовин, а саме: меду та інших продуктів бджільництва, борсучого жиру, а також жиру/м'яса собак (11%), алкоголю (горілки) (9%), сала та/або масла (14%).

Для оцінки рівня поширеності стереотипів щодо профілактики ТБ було розраховано частку опитаних, які вказали хоча б один із «неефективних» способів попередження ТБ. Цей показник становить 90%. Тобто переважна більшість опитаних немає чітких правильних орієнтирів щодо особистої самозахисної поведінки в умовах епідемії туберкульозу, а певна частка навіть поділяє хибні уявлення про «профілактичні» заходи, які абсолютно не мають сенсу, а подеколи є навіть шкідливими (наприклад, пити горілку). Щоправда, такий високий показник досягається значною мірою через поширеність уявлення про те, що ТБ передається через брудні руки або посуд, а отже захиститися від нього можна, дотримуючись особистої гігієни та уникаючи посуду загального користування.

Популярною серед населення є думка про те, що одним із способів запобігти зараженню туберкульозом є уникнення місць скупчення підозрілих/соціально неблагополучних людей. Цей варіант відповіді зазначило 59% респондентів. Певним чином добровільну самоізоляцію можна розглядати як одну із моделей самозахисної поведінки. Проте, враховуючи сучасні реалії, з одного боку ця модель для переважної більшості громадян не є прийнятною, з іншого - чимало опитаних могли мати на увазі не стільки відмову від соціального спілкування, скільки уникнення виключно «соціально неблагополучних» людей, ототожнюючи саме з ними небезпеку особистого зараження.

У графі «інше» респонденти (1%) також відтворювали різного роду хибні уявлення. 8 осіб зазначили, що захиститися від ТБ неможливо, а 1 особа, – що ним навпаки не можна заразитися. Серед інших способів профілактики називалися: вживання натуральних продуктів харчування, а також часнику/цибулі, солодкого чаю, миття рук після користування мобільним телефоном, а також намагання не грішити. Окремі респонденти також висловлювали переконання, що для захисту від ТБ потрібно носити маску (а точніше респіратор), але цей спосіб є доцільним лише у випадку прямого контакту з хворими на ТБ відкритої форми (наприклад, для персоналу тубдиспансерів).

Знання про шляхи передачі туберкульозу та інші аспекти цього захворювання мають допомагати респондентам поводитися у повсякденному житті таким чином, щоб звести до мінімуму ризик зараження. Але на практиці кореляція між загальним показником знань про ТБ і поширеністю помилкових уявлень про способи його профілактики відсутня. Серед респондентів, які за загальним показником знань, віднесені до групи обізнаних про туберкульоз, 92% зазначили хоча б один із неефективних способів уникнення його зараження, серед решти опитаних – 89%. Із врахуванням 3% похибки зазначені розбіжності не є значимими.

На рівні загальних показників, які стосуються поінформованості про правильну з точки зору комплексної профілактики ТБ модель поведінки, відмінності між окремими соціально-демографічними групами не перевищують 3% із врахуванням похибки. Якщо розглянути окремі індикатори, то можна виявити наступне.

Жінки частіше за чоловіків говорили про необхідність повноцінно харчуватися, мити руки, робити дітям щеплення, провітрювати приміщення, уникати посуду загального користування і дихати чистим сосновим/гірським повітрям. Натомість чоловіки частіше згадували про такий шлях профілактики, як вживання горілки після контакту з тим, хто кашляє. Але всі вказані розбіжності не перевищують 5% з врахуванням похибки.

Також неістотними (на рівні 2-3% із врахуванням похибки) є відмінності між віковими групами. Виняток становлять такі індикатори, як установки на щорічне проходження обстеження (82% для молоді та людей середнього віку проти 73% для старших респондентів) та вакцинацію дітей проти туберкульозу (48% - для молоді проти 39% - для людей старшого віку). Щоправда, для респондентів віком понад 60 років, діти яких уже виросли, останній захід є неактуальним.

Найбільше розбіжностей зафіксовано між респондентами різного освітнього рівня. Найбільш значимим є підвищення зі зростанням рівня освіти показників, пов'язаних із регулярним проходженням медичного обстеження (66-82%), повноцінним харчуванням (44-57%), дотриманням здорового способу життя (45-61%), вакцинацією дітей від ТБ (34-50%).

Матеріально забезпечені люди, подібно до більш освічених, виявляють більше готовності вакцинувати своїх дітей (56% проти 39% найбідніших респондентів) та купувати м'ясо-молочну продукцію лише у спеціально відведених для цього місцях (42% проти 22% найбідніших). За рештою індикаторів відмінності між респондентами з різним рівнем достатку є неістотними (не перевищують 5% із врахуванням похибки) або взагалі незначними.

## Висновок

Головний симптом ТБ – кашель, що триває понад 3 тижні, самостійно згадали 27%, а з підказкою (за допомогою картки) – 63% опитаних. Кашель або тривалий кашель без картки назвали 81%, а з картою – 92% респондентів. Головний з точки зору розвитку епідситуації повітряно-крапельний шлях інфікування ТБ без картки назвали 84% опитаних, з картою – 97%. Більшість респондентів (73%) знають про виліковність туберкульозу<sup>14</sup>.

Загальний рівень поінформованості респондентів з питань туберкульозу виявився невисоким: лише 17,5% опитаних продемонстрували прийнятний, з огляду на особливості національної епідеміологічної ситуації, рівень знань про ТБ. Поряд із правильною інформацією про симптоми, шляхи передачі ТБ та способи його профілактики, у суспільній свідомості надзвичайно поширені численні стереотипи та міфи. Лідерами серед останніх є уявлення про можливість передачі туберкульозу побутовим шляхом.

Єдиний фактор, який істотно впливає на рівень знань про ТБ, - це рівень освіти респондентів. Відмінності залежно від матеріального становища опитаних за більшістю індикаторів також є істотними.

<sup>14</sup> Вказані показники було розраховано для частини респондентів, які за власною оцінкою, принаймні що-небудь знають про туберкульоз.

## 2.3. Ставлення до проблеми туберкульозу

Аналіз ставлення громадян до проблеми туберкульозу проведений на основі вивчення уявлень респондентів про небезпеку, яку становить це захворювання для населення України, їх оцінок особистого ризику зараження та уразливості до ТБ окремих соціальних груп.

Більшість опитаних (75%) вважає туберкульоз небезпечним захворюванням, яке становить загрозу для населення України. Не заперечує актуальність ТБ, проте вважає його «частково небезпечним» захворюванням 20% респондентів. Лише 1% дорослого населення не відносить ТБ до сучасних національних викликів, адже «*він безпечний*». Не змогли визначити власну думку 4% опитаних. Таким чином, поширення ТБ громадська думка відносить до актуальних проблем, які становлять для українського суспільства серйозну небезпеку (табл. 9).

Таблиця 9.

Розподіл відповідей респондентів на запитання:

«Як ви вважаєте, наскільки туберкульоз небезпечний для населення України?» за статтю, віком, освітою (%)

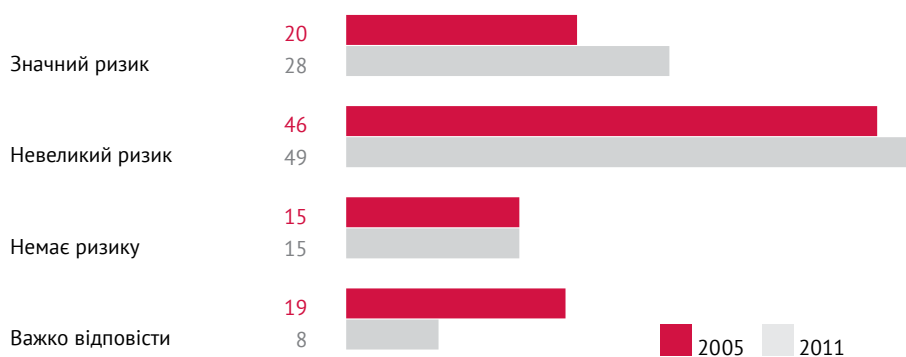
	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища
Дуже небезпечний	75	73	77	71	77	77	69	73	76	77
Частково небезпечний	20	22	18	24	19	17	17	20	20	19
Безпечний	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1
Важко відповісти/ Не знаю	4	4	4	4	3	5	11	5	3	2

Проблема поширення ТБ викликає більше занепокоєння у:

- жінок: якщо це захворювання вважають дуже небезпечним 73% чоловіків, то серед жінок таких 77%;
- осіб середнього і старшого віку (77%), проте вона актуалізована і серед більшості молоді (71%);
- громадян з високим освітнім рівнем: найвищу занепокоєність демонструють респонденти із вищою та середньою спеціальною освітою (77-76%);
- міських мешканців (77%), ніж сільського населення (71%).

За регіональним розподілом помітні значимі розбіжності спостерігаються лише у співвідношенні часток респондентів, які обрали відповіді «дуже небезпечно» і «частково небезпечно» для населення України. Найбільш високий рівень занепокоєності проблемою демонструють опитані у Дніпропетровській, Запорізькій, Кіровоградській, Харківській, Черкаській, Чернігівській областях і АР Крим. Понад 80% опитаних в цих регіонах вважають ТБ дуже небезпечним. Найнижчий рівень занепокоєності (менше 70%) висловили респонденти Житомирської, Закарпатської, Херсонської, Тернопільської, Полтавської, Івано-Франківської, Київської областей. Незначними в усіх регіонах залишаються частки опитаних, які не бачать у ТБ будь-якої небезпеки (0-5%) або утруднились з відповіддю (0-14%).

Занепокоєність проблемою ТБ відтворює суб'єктивне побоювання заразитися цією хворобою. На відміну від соціальної складової (усвідомлення небезпеки ТБ для усього населення), значну вірогідність заразитися самим відзначила суттєво менша частка опитаних - 28% населення. Невеликий ризик усвідомлюють 49% населення. Тоді як 15% заявили, що немає такого ризику, 8% не можуть напевно відповісти на це питання.



Порівняно із 2005 роком, суттєво зросла частка людей, які оцінюють наявний для себе ризик заразитися ТБ як значний, за рахунок тих, хто вагався з відповіддю на дане запитання (мал. 4.)

Аналіз відповідей на запитання щодо особистого ризику заразитися ТБ не виявили значних розбіжностей за статтю та типом поселення. Серед найбільш респондентів 33% вважають, що наражуються на значний ризик, проти 27-28% у решті майнових груп, але ці відмінності не перевищують похибку.

Малюнок 4. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Оцініть, будь ласка, для себе ризик заразитися туберкульозом?» за роками, %

Віковий розподіл засвідчив, що люди старшого віку менше бояться заразитися туберкульозом (23% оцінюють для себе ризик як значний), ніж молодь (28%) та люди середнього віку (31%). Зі зростанням рівня освіти збільшується частка опитаних, які стурбовані можливістю зараження: від 20%, які оцінюють ризик як значний, і 38% які вважають його невеликим, у групі респондентів з початковою/неповною середньою освітою до 31% та 50% відповідно серед найбільш освічених.

Респонденти, які краще обізнані про туберкульоз, виявляють більше стурбованості цією проблемою як на національному, так і на особистісному рівні. Серед опитаних, чий рівень знань ми оцінили як достатній, 78% вважають ТБ дуже небезпечним для населення України. Серед решти опитаних рівень занепокоєності відносно нижчий - 74%. Аналогічна тенденція простежується при оцінці людьми особистого ризику захворіти на ТБ. Частка респондентів, які оцінюють наявний для себе ризик заразитися ТБ як значний, у групах респондентів з достатнім та недостатнім рівнями знань становить 35% і 27%, а тих, хто вважає, що такого ризику немає або утруднюється з відповіддю на дане запитання - 16% та 25% відповідно.

Водночас респонденти, які мають підвищений ризик зараження ТБ в силу несприятливих умов проживання (проживають недалеко від підприємства зі шкідливими викидами або в квартирі/ будинку, де постійно холодно чи сиро, хтось із членів сім'ї курить в приміщенні, живе багато людей на невеликій площі), оцінюють власний ри-



Малюнок 5. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Як ви вважаєте, хто може заразитися туберкульозом?» за роками, %

Ризик зараження приблизно так само, як і люди, які таких проблем не мають. Відмінності при відповіді на запитання про особистий ризик ТБ між представниками двох вказаних груп не перевищують 2% із врахуванням похибки. Це в черговий раз підтверджує, що уявлення більшості респондентів про це захворювання є досить нечіткими та абстрактними, такими, що не застосовуються респондентами в реальних життєвих ситуаціях.

Аналіз відповідей респондентів стосовно того, хто саме, на їх думку, може заразитися туберкульозом, виявив наступну картину (Мал. 5). 75% опитаних вважають, що заразитися туберкульозом може будь-яка людина, при цьому кожен другий з них (37%) назвав одночасно засуджених, безпритульних, споживачів наркотиків, малозабезпечених та представників інших уразливих до ТБ груп.

Серед інших груп, які мають підвищений ризик захворювання, респонденти назвали людей зі слабким імунітетом, курців, медичних працівників, тих, хто неправильно харчується тощо. Але сума цих варіантів відповіді не перевищує 1%.

Порівняно з 2005 роком значні розбіжності зафіксовані лише щодо оцінки ризику захворіти на ТБ, наявного для засуджених, СІН та ЛЖВ.

Правильними можна вважати як відповіді респондентів, які обмежилися твердженням, що ризик ТБ має будь-яка людина (38%), так і тих, хто доповнив цей перелік представниками різних уразливих груп (37%). Натомість не можна погодитися з 24% опитаних, які ототожнюють ТБ виключно з маргінальними групами.

Єдиним чинником, за яким спостерігаються значимі розбіжності у відповідях на зазначене запитання, є освітній рівень респондентів. З його зростанням частка опитаних, які вважають, що на ТБ може захворіти будь-яка людина, збільшується від 64% до 78%, а частка тих, хто асоціює цю хворобу виключно з представниками маргінальних соціальних груп, - навпаки зменшується з 30% до 22%.

## Висновок

Більшість опитаних (75%) високо оцінює небезпеку туберкульозу на рівні суспільства. Занепокоєність цією проблемою у більшості випадків не пов'язана з усвідомленням власного ризику зараження. Останній для себе вважають незначним 49% опитаних, а 15% - взагалі відсутнім. Частка населення, яка, за самооцінкою, наражається на високий ризик захворіти на туберкульоз, має тенденцію до збільшення і становить зараз 28%. Самооцінки ризику захворювання респондентами, які проживають у більш ри-

зикованих умовах (у холодних, сирих приміщеннях, разом з курцями, поряд з екологічно небезпечними підприємствами тощо), майже не відрізняються від оцінок решти опитаних. Основним чинником, що диференціює ставлення населення до проблем туберкульозу, є рівень освіти: з його зростанням частка громадян, які вважають, що на ТБ може захворіти будь-яка людина, збільшується від 64% до 78%, а частка осіб, які ототожнюють цю хворобу виключно з представниками маргінальних соціальних груп, помітно зменшується з 30% до 22%

## 2.4. Поширеність стигматизованих настроїв стосовно хворих на туберкульоз

Ставлення респондентів до людей, хворих на ТБ, і навіть до тих, які хворіли, але повністю вилікувалися, є досить неоднозначним (табл. 10).

Таблиця 10.

**Поширеність толерантних/стигматизованих настанов щодо хворих на ТБ (%)**

<b>Наскільки ви згодні з такими твердженнями:</b>	Згоден/ згодна	Не згоден/ не згодна	Важко відповісти
Хворі на ТБ повинні відчувати підтримку інших людей, їх добре ставлення	92	3	5
Люди, які вилікувались від ТБ, повинні мати право працювати у сфері обслуговування (офіціантами, касирами, водіями автобусів і т.п.)	44	37	19
Хворі на ТБ повинні самі приймати рішення: як і де їм лікуватися	43	40	17
Якщо б у мене були діти-школярі, я б не заперечував/ла, щоб у них вів уроки вчитель, який перехворів на ТБ і повністю вилікувався	41	39	20
Я спокійно поїв/ла би в ресторані, якщо б знав/ла, що кухар та/або офіціантка повністю вилікувались від ТБ	33	44	23
Якщо людина хвора на ТБ, але відмовляється лікуватися, її потрібно примусово ізолювати від здорових людей	85	7	8
Якщо людина хворіє на ТБ, але відмовляється лікуватися, її потрібно штрафувати	64	19	17
ТБ – це страшна хвороба, тому хворого потрібно звільнити з роботи, щоб він не заражав інших людей	48	33	19
Я намагаюся триматися подалі від людей, котрі перехворіли на ТБ	43	39	18
Я з розумінням ставлюсь до людей, котрі переривають спілкування з хворими на ТБ родичами/близькими	39	42	19
Якщо б Ви дізналися, що з Вами працюють люди, котрі перехворіли на ТБ, то Ви попросили б пересадити Вас в інший кабінет або перевести в інший підрозділ/зміну	33	45	22

З одного боку, 92% опитаних вважають, що такі люди мають відчувати підтримку та добре ставлення з боку інших людей. З іншого боку, частка людей, які висловилися на підтримку конкретних проявів толерантного ставлення (надання таким людям права самостійно обирати найбільш прийнятний спосіб лікування та відсутність обмежень для них щодо працевлаштування у різних сферах) є більш ніж вдвічі нижчою (44-41%). Також значно нижчою, ніж 92%, є частка людей, які висловили готовність толерантно поводитися у гіпотетичних ситуаціях взаємодії із такими людьми: не уникати людей, які перехворіли на ТБ та повністю вилікувались (39%), зокрема працювати поряд із такою людиною (45%) або поїсти в ресторані, знаючи, що кухар або



офіціантка хворіли на ТБ і повністю вилікувалися (33%). Тобто у свідомості більшості респондентів туберкульоз є присудом на все життя, і уявлення про можливість вилікувати туберкульоз повністю на сьогодні не є досить поширеним.

Більшість респондентів вважають необхідним покарання у разі відмови від лікування, зокрема, 85% вважають, що хворих на ТБ потрібно примусово ізолювати від інших людей, а 64% - штрафувати, щоб примусити лікуватися. Ці дані свідчать про достатньо високий рівень жорстокого ставлення до хворих на туберкульоз серед опитаних. Окрім того, 48% респондентів підтримали пряме дискримінаційне твердження про необхідність звільнення з роботи хворих на ТБ.

Всього 43% респондентів зазначили, що хворі на туберкульоз повинні самі приймати рішення: як і де їм лікуватися, але в той же час 88% тих, хто висловив таке переконання, схвально поставились до ідеї запровадження штрафів (62%) або примусової ізоляції (84%) для тих хворих на ТБ, хто відмовляється від лікування.

Ці дані свідчать про високий рівень стигми по відношенню до хворих на туберкульоз та про брак інформації щодо виліковності туберкульозу, запропонованих міжнародних підходів до лікування туберкульозу, про можливості суспільства у подоланні проблеми туберкульозу. Звертає на себе увагу також конфлікт між суспільно схвальною позицією (можливість для кожного пацієнта вибору місця та способу лікування туберкульозу) та бажанням «закрити» небезпечного хворого, не заглиблюючись у подробиці.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, прихильність до лікування туберкульозу досягається за допомогою створення зручних для нього умов лікування, консультування та навчання з питань туберкульозу, створення можливостей для підтримки хворого протягом лікування туберкульозу. Згідно з даними численних досліджень, такий підхід зменшує кількість відривів від лікування до 5% та нижче. Спроба запровадити будь-який примус призводить до відмови багатьох людей звертатись до лікаря навіть для діагностики туберкульозу. Толерантне ставлення суспільства, наявність програм соціальної підтримки та соціального супроводу для пацієнтів, хворих на туберкульоз, є на сьогодні цивілізованим шляхом вирішення проблеми туберкульозу, але в українському суспільстві ці ідеї поки що не популярні.

Інтерпретуючи отримані дані, потрібно враховувати, що запитання про ставлення до хворих людей тісно пов'язані з нормами суспільної моралі, що породжує намагання респондентів давати соціально схвалювані відповіді. Тому можна припустити, що реально частка респондентів, які мають ті чи інші стигматизовані настанови щодо людей, які хворіють або перехворіли на ТБ, є вищою. Зокрема, намагання частини опитаних не висловлювати своє негативне ставлення втілилося в досить високій частоті обрання варіанту відповіді «Важко відповісти/ Не знаю».

Максимальний рівень толерантності продемонстрували 20 опитаних, що становить менше 0,5% від загальної кількості респондентів. Вони не допустили стигматизуючих висловлювань стосовно хворих на ТБ при відповіді на жодне із 11 запитань: щодо тверджень, які містяться у верхній частині таблиці ці респонденти обрали варіант відповіді «згоден», а щодо тих, які знаходяться в нижній частині – «не згоден».

Відмінності вищевказаних індикаторів у залежності від таких соціально-демографічних характеристик, як стать, вік та рівень матеріальної забезпеченості, не перевищують 5% з урахуванням похибки або взагалі є статистично не значимими. Виняток становить лише запитання про право людей, які перехворіли на ТБ, працювати у сфері послуг. До такої перспективи молодь ставиться дещо більш схвально (48% згодні з відповідним твердженням), ніж люди старшого віку (38%).

Натомість тип населеного пункту позначається на поширенні стигматизованих настрів більш істотно. Мешканці сіл більш схильні триматися подалі від людей, які перехворіли на ТБ (50%), ніж городяни (40%). Зокрема, погодились із правом людей, які вилікувались від туберкульозу, працювати у сфері обслуговування лише 38% селян й 46% городян, у шкільних закладах - відповідно 35% і 43%. Більш агресивно налаштовані селяни і до хворих на туберкульоз. Якщо серед міських мешканців 46% підтримали твердження про необхідність звільнення з роботи хворої на ТБ людини, то серед сільських респондентів таких уже було 53%. Розподіл наведених думок підтверджує більшу поширеність стигматизованих настанов серед сільського населення, порівняно із мешканцями міст як по відношенню до людей, які уже вилікувались від туберкульозу, так і жорсткого ставлення до хворих на ТБ.

Рівень освіти респондентів також позначається на поширеності стигми щодо хворих на ТБ, але ці відмінності вочевидь пояснюються тим, що з підвищенням рівня освіти рівень знань опитаних також зростає. Респонденти із достатнім рівнем знань більше схильні давати толерантні відповіді на запитання щодо ставлення до хворих на ТБ та осіб, які уже вилікувались. Зокрема, опитані з достатнім рівнем знань менше схильні уникати взаємодії з колегами, які перехворіли на ТБ: 54% зазначили, що не проситимуть перевести їх в іншу зміну, пересадити в іншу кімнату, якщо дізнаються, що хтось із колег перехворів на ТБ, тоді як серед респондентів із низьким рівнем знань таких було 44% при максимальній похибці 3,1%. Також вони частіше (49% проти 40% для необізнаних респондентів) не будуть схвалювати людей, які переривають спілкування з хворими на ТБ родичами/близькими. За більшістю інших показників відмінності не перевищують 4% із врахуванням похибки, але також свідчать про більш толерантне ставлення до хворих з боку людей з достатнім відповідно до загального показника рівнем знань.

Виняток становлять лише запитання, які стосуються дискримінаційних практик стосовно хворих на ТБ. Щодо двох із них відмінності в залежності від рівня знань були не значимими, а щодо третього – неістотними (на рівні 2% із врахуванням похибки). Тобто краще обізнані респонденти більш толерантно, ніж решта опитаних, ставляться до людей, які хворіли на ТБ і вилікувались від нього, але поширеність упереджень щодо людей, які хворіють на даний момент (тобто можуть становити загрозу для самого респондента), серед представників цих двох груп є приблизно однаковою.

Оцінки особистого ризику зараження туберкульозом не корелюють із індикаторами щодо рівня стигми і дискримінації стосовно хворих на ТБ. Наприклад, погодились із твердженням *«я намагаюсь триматися подалі від людей, котрі перехворіли на туберкульоз»* 42% респондентів, які оцінили для себе ризик захворіти на туберкульоз як високий, 44% - які, за самооцінкою, мають невисокий ризик, 45% - не мають ризику. Розподіл відповідей респондентів як стосовно наведеного, так і інших тверджень, свідчить про відсутність значимих розбіжностей, адже вони не виходять за межі статистичної похибки.

У 2005 році загальний показник толерантності розраховувався на основі трьох індикаторів, формулювання яких було ідентичним анкеті 2011 року: твердження про те, що хворі на ТБ мають відчувати підтримку та добре ставлення інших людей, та негативних відповідей на запитання щодо доцільності звільняти з роботи таких людей і щодо намірів респондента попроситися в іншу зміну/ підрозділ/ приміщення, аби уникнути контактів з колегою, який перехворів на ТБ. Розрахунок аналогічного показника за даними 2011 року показав, що він становить 18%, так само як і в 2005 році.

## **Висновок**

Таким чином, рівень стигматизації хворих на туберкульоз і осіб, які вилікувалися від цієї хвороби, в українському суспільстві є надзвичайно високим: попри те, що 92% опитаних задекларували абстрактне співчуття до хворих, 73% респондентів погодились принаймні з одним із п'яти стигматизуючих висловлювань щодо осіб, які перехворіли, проте вилікували туберкульоз, а 95% підтримали принаймні одне з п'яти інших стигматизуючих або дискримінуючих тверджень по відношенню до хворих на туберкульоз. На рівні окремих індикаторів, стигматизуюче ставлення до хворих на ТБ дещо більше поширене серед людей з низьким рівнем поінформованості щодо ТБ і серед сільських мешканців.

Відповіді більшості опитаних є досить суперечливими та алогічними, здебільшого респонденти не усвідомлюють або не хочуть усвідомлювати, що підтримують ті чи інші поведінкові практики щодо хворих на ТБ або людей, що перехворіли на нього, які є дискримінаційними і порушують права останніх.

Більшість опитаних не відчуває жодної різниці між хворими на ТБ, взаємодія з якими (якщо це люди з відкритою формою) дійсно може нести певну загрозу зараження, та людьми, які хворіли на ТБ раніше і успішно його вилікували, а отже є цілком «безпечними» для оточуючих. Більшість респондентів висловили прагнення триматися якомога далі від представників обох категорій у гіпотетичних ситуаціях взаємодії.

## 2.5. Поведінкові настанови і чинники, що їх визначають

У даному дослідженні під поведінковими настановами розуміють готовність особи діяти у той чи інший спосіб (або бездіяти) за наявності у себе симптомів ТБ. З огляду на забезпечення населення від поширення епідемії ТБ найбільш оптимальним варіантом поведінки при появі схожих на ТБ симптомів є звернення за допомогою у медичні заклади.

Задля вивчення реальних поведінкових настанов стосовно ТБ респондентам було запропоновано спочатку самостійно, а потім з «підказкою» у вигляді карток з переліком можливих стратегій, дати відповідь на запитання: «Що Ви будете робити, якщо Ваш кашель триватиме більше 2-3 тижнів?». При цьому респонденти могли зазначити кілька варіантів відповідей (табл. 11).

Таблиця 11.  
Розподіл відповідей на запитання анкети: «Що Ви будете робити, якщо ваш кашель буде тривати більше 2-3 тижнів?» (% до тих, хто що-небудь знає про ТБ)

	Без картки	З картою
Звернусь до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера	74	85
Звернусь в тубдиспансер/до фтизіатра	11	33
Піду в аптеку/Займусь самолікуванням	15	22
Пораджуся з родичами, знайомими	7	19
Пошукаю інформацію в Інтернеті	3	10
Піду до представників народної медицини і нетрадиційних методів лікування	2	6
Звернуся до того, хто вже хворів	1	5
Піду до священика	0	2
Перевірю дітей і зроблю їм Манту	1	11
Подзвоню на гарячу телефонну лінію з питань туберкульозу	1	6
Нікуди не піду	2	3
Вважаю, що у мене не може бути туберкульозу	1	1
Важко відповісти/Не знаю	2	1
Інше	3	1

У цілому дані опитування свідчать про раціональність підходів населення. Самостійно (без картки) 79% респондентів зазначили, що звернуться до бюджетних медичних закладів, у тому числі поліклінік, ФАПів (74%) або тубдиспансерів (11%). Після ознайомлення з можливими моделями поведінки частка прихильників оптимальної поведінки суттєво збільшилась і становить 91%, у тому числі звернуться до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера 85%, у тубдиспансери/до фтизіатра – 33%.

Проте варто звернути увагу на частку респондентів, які вважають прийнятним поряд з відвідуванням лікаря практикувати самолікування (тобто можуть звернутися як до лікаря, так і до аптеки або представника народної медицини). При відповіді на запитання «без картки» таких виявилось 5%, після ознайомлення з картою їх частка збільшилась до 19%. Зворотною є тенденція, коли йдеться про кількість населення, яке орієнтується виключно на самолікування (не зазначили при відповіді на запитання відвідування медичного закладу). Без картки таких виявилось 11%, після ознайомлення з нею – 6%. Найбільш байдужі до свого здоров'я – одиниці

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів

(1%), які обрали лише один варіант відповіді «нікуди не піду».

Застосування карток значно вплинуло і на кількісні показники щодо окремих проєктивних моделей поведінки, але не змінило загальну тенденцію. Маючи перед собою перелік варіантів поведінки (картку), респонденти значно частіше обирали оптимальну при тривалому кашлі стратегію, ніж без картки, а саме - вказували, що звернуться до лікаря (з 74% до 85%) або у тубдиспансер/до фтизіатра (з 11% до 33%) тоді, як частка прибічників виключно самолікування вдвічі знизилася (з 11% до 6%).

Мало популярними є такі стратегії, як звернення до народних цілителів, осіб, які вже хворіли, священика та/або на гарячу телефонну лінію з питань ТБ.

Оптимальну стратегію поведінки при появі тривожних симптомів масово обирали молодь і люди середнього віку (92%), з вищою/незакінченою вищою освітою (91%) та середнім (93%) або високим (92%) матеріальним достатком. Дещо рідше – люди похилого віку (85%), з низьким освітнім рівнем (72%) і найбільшій прошарок (87%). При цьому перші дві групи частіше за інших віддавали перевагу виключно самолікуванню<sup>15</sup>: таких було 10% серед людей похилого віку; 16% серед осіб, хто має початкову/неповну середню освіту, і 4% - серед решти груп. Натомість, матеріальне становище не відобразилося на частоті вибору ризикованої стратегії поведінки при тривалому кашлі.

Окремо слід зазначити варіант відповіді «перевірю дітей і зроблю їм Манту», частіше за інших його обирали молоді жінки з вищим рівнем освіти та матеріальним достатком.

Таблиця 12.  
Розподіл відповідей на запитання анкети: «Через який час після появи кашлю Ви звернетесь до лікаря?» (%)

	Без картки	З картою
<b>Одразу (протягом першого тижня)</b>	<b>30</b>	<b>28</b>
<b>Якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів</b>	<b>45</b>	<b>47</b>
Після того, як самолікування не принесло результатів	12	11
Звернусь до лікаря лише, якщо серйозно захворію/буду дуже погано почуватися	8	10
Я не буду звертатися до лікаря	3	3
Важко відповісти/Не знаю	2	1
Інше, що?	0	0

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обрати кілька варіантів

Тип поселення та місцевість проживання респондента (місто, село) не вплинули на відповіді респондентів на дане запитання.

Порівняно з 2005 роком частка опитаних, які планують звернутися до лікаря при появі тривожних симптомів, не змінилася: 90% - 2005 р.; 91% - 2011 р.<sup>16</sup> Водночас у 2011 р. суттєво збільшилась частка населення, яке поряд із зверненням до лікаря не виключає можливість самолікування: з 6% у 2005 р. до 22% у 2011 р.<sup>17</sup> А також збільшилась питома вага громадян, які «звернуться за порадою до родичів або знайомих»: з 5% у 2005 р. до 19% у 2011 р. Така тенденція актуалізує потребу при плануванні інформаційної кампанії «спрямовувати» думку населення в бік першочергового звернення за медичною допомогою й уникнення самолікування при тривалому кашлі.

Для того, щоб переконатися у реальності поведінкових настанов респондентів, їм ставилось додаткове уточнююче запитання: «Через який час після появи кашлю Ви звернетесь до лікаря?». Частка осіб, які зазначили, що звернуться

15 До варіанту «самолікування» увійшли респонденти, які не обрали варіант 1 або 2 і обрали варіанти 3 або 6 у табл. 11.

16 При розрахунку показників зараховувалися респонденти, які обрали варіант відповіді «звернувся до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера» або «звернувся у тубдиспансер/ до фтизіатра». Формулювання запитань в анкетах: 2005 р. – «Що Ви будете робити, якщо запідозрите у себе симптоми туберкульозу (кашель протягом трьох тижнів, біль у грудях)?»; 2011 р. – «Що Ви будете робити, якщо Ваш кашель буде тривати більше 2-3 тижнів?».

17 Увійшли респонденти, які обрали варіант відповіді «піду до аптеки» або «займусь самолікуванням».

до лікаря одразу або у разі, якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів (75%), виявилася нижчою від попереднього показника, коли 91% задекларували готовність звернутися за медичною допомогою при тривалому кашлі. При цьому використання карток жодним чином не вплинуло на розподіл відповідей (табл. 12).

Частка тих, хто планує при появі кашлю звернутися до лікаря протягом перших 3 тижнів, варіює в залежності від віку, освіти, матеріального становища, а також для міських і сільських мешканців. Водночас кореляція між досліджуваним показником і соціально-демографічними характеристиками респондентів є дуже слабкою ( $r=0,1$ ), але значимою ( $p=0,01$ ). Розбіжності у поведінкових настановах жінок і чоловіків не спостерігаються.

Випадає із загальної тенденції група респондентів старших за 60 років: 67% з них зазначили, що звернуться до лікаря протягом перших 2-3 тижнів, тоді як для решти цей показник значно вищий і становить 77%.

Таблиця 13.

**Частки респондентів, які обрали оптимальні моделі поведінки у разі виникнення схожих на ТБ симптомів (%)**

	Кількість респондентів
<b>Вік</b>	
18-34 роки	76
35-59 років	74
Старші за 60 років	65
<b>Освіта</b>	
Початкова/неповна середня	50
Середня загальна	70
Середня спеціальна	73
Незакінчена вища/вища	77
<b>Матеріальне становище</b>	
Грошей не вистачає навіть на їжу	63
Вистачає лише на їжу, на всьому іншому постійно економимо	67
Можуть купувати їжу, одяг, предмети першої необхідності, але не можуть відкласти гроші, купувати меблі, техніку	75
Досить вільні у засобах/можуть дозволити собі значні витрати	79
<b>Тип поселення</b>	
Місто	73
Село	70
<b>Всього</b>	<b>72</b>

З підвищенням рівня освіти зростає частка тих, хто має адекватні, з огляду на протидію поширення ТБ, настанови: з 54% - для респондентів з початковою/неповною середньою освітою до 79% - для тих, хто отримує або вже отримав вищу освіту.

Подібною є тенденція для груп з різним рівнем матеріального достатку. Готовність звернутися до лікаря протягом перших 3 тижнів при появі кашлю зростає з 67% серед незаможних респондентів до 82% - серед найбільш забезпечених. Для респондентів, які матеріальне становище власних домогосподарств оцінюють як середнє, цей показник становить 77%.

Серед міських мешканців частка тих, хто висловив готовність звернутися до лікаря (76%) дещо більша, ніж для сільських (72%) (табл. 13).

З метою виокремлення групи респондентів, які налаштовані на оптимальну поведінку відносно профілактики і звернення за діагностикою у разі виникнення схожих на ТБ симптомів, було розраховано загальний показник. При цьому враховувалися респонденти, які обрали оптимальні поведінкові стратегії одразу в обох проєктованих випадках, а саме зазначили, що:

- при кашлі, який триватиме більше 2-3 тижнів, звернуться за медичною допомогою до лікаря (дільничного, сімейного, фельдшера, у тубдиспансер/ до фтизіатра), і
- при появі кашлю одразу або протягом перших 2-3 тижнів звернуться до лікаря.

Загалом оптимальні поведінкові настанови при виникненні симптомів, схожих на ТБ, мають 72% опитаних. Цей показник варіює залежно від віку, освіти, матеріального становища та типу поселення (табл. 4.3). Що підтверджує наявність дуже слабкого ( $r=0,1$ ), але значимого ( $p=0,01$ ) кореляційного зв'язку. Стать не впливає на досліджуваний показник.

Найменш готові звертатися до лікарів при появі кашлю респонденти старші за 60 років (65%), найчастіше - молоді (76%). З підвищенням рівня освіти частка тих, хто декларує свою готовність, зростає з 50% (для тих, хто має початкову/неповну середню освіту) до 77% - вищу/незакінчену вищу освіту. Подібна тенденція простежується з покращенням матеріального становища респондентів: показник зростає з 63% - для найбільш незаможних за самооцінками респондентів



**Малюнок 6. Показник оптимальної поведінки у разі виникнення симптомів, схожих на ТБ, (за областями, %)**

до 79% - для найбільш забезпечених. Практично не відрізняється показник оптимальної поведінки серед мешканців сільської і міської місцевості. Для останніх він вищий на 1% з урахуванням похибки (табл. 13).

Значно варіює показник оптимальної поведінки за областями. Найвищим він є у Волинській, Закарпатській, Сумській, Херсонській та Хмельницькій (80-84%), найнижчим - у Житомирській, Івано-Франківській та Кіровоградській областях (47-57%) (мал. 6).

При вивченні поведінкових намірів населення був досліджений їх взаємозв'язок із низкою інформаційних складових, зокрема, уявленень респондентів про економічну доступність діагностики і лікування ТБ, тривалість лікування, а також взаємозв'язок із загальним показником знань. Проведений аналіз свідчить, що найбільш щільний взаємозв'язок<sup>18</sup> існує між загальним показником знань і поведінковими орієнтаціями: серед респондентів, які правильно дали відповіді на усі три запитання, за якими розраховувався загальний показник знань,<sup>19</sup> 80% повідомили про намір у випадку тривалого кашлю своєчасно звернутися до лікаря. Серед тих, хто за зазначеним показником не знає про ТБ, готові звертатися у медичні заклади помітно менше (71%).

Відносно слабким виявився зв'язок<sup>20</sup> між уявленнями респондентів про тривалість лікування і поведінковими намірами: серед тих, хто вважає, що лікування ТБ триває менше року, 78% планують своєчасно звертатися до лікаря. Аналогічний показник для респондентів, на думку яких період лікування ТБ складає більше одного року, є нижчим і становить 72%.

Найслабшим є зв'язок<sup>21</sup> між уявленнями респондентів стосовно доступності діагностики та їх поведінкою. З тих, хто зазначив про безкоштовну або дешеву діагностику ТБ, 77% планують своєчасно звертатися до лікаря. Серед респондентів, які вважають діагностику дорогою або недоступною, їх частка не перевищує 72%.

Статистичний аналіз не виявив статистично значущої кореляції між оцінками населення стосовно економічної доступності лікування і його поведінковими намірами.

Отже, результати опитування свідчать, що кожен четвертий респондент (25%) схильний серйозно зволікати зі зверненням до лікаря за наявності симптомів ТБ, у т.ч. 11% респондентів мають наміри відвідати медичний заклад, якщо самолікування не принесе результатів, 10% - якщо серйозно захворіють і будуть дуже погано почуватися, 1% - за інших умов. Ще 3% вказали, що при кашлі в жодному разі за медичною допомогою не звернуться.

Серед причин такого зволікання респонденти найчастіше самотійно (без картки) називали високу вартість медичних послуг (27%), недовіру до професіоналізму лікарів (18%) та брак часу для того, щоб стояти у черзі (17%). Значно підвищувалися ці відсотки

18 Хоча і слабкий ( $r=0,08$ ), але значимий ( $p=0,01$ )

19 Див. розділ 1.

20 Коефіцієнт Пірсона ( $r=0,06$ ), але значимий ( $p=0,01$ )

21 Коефіцієнт Пірсона ( $r=0,05$ ), але значимий ( $p=0,01$ )

(42%, 30% і 29% відповідно) після того, як респонденти отримували «підказки» у вигляді карток. Водночас список причин несвоєчасного звернення по медичну допомогу розширився також варіантами: «не подобається ставлення медичних працівників до пацієнтів» (9% - без картки, 25% - з нею) та «не можу відлучитися з роботи» (6% - без картки, 11% - з нею).

Вагому частку складають респонденти, які зволікають із зверненням до спеціалістів, проте жодним чином не об'єктивують свою відмову, обираючи варіант «просто не хочу йти до лікаря». Відповідаючи без картки, таких було 20%, після перегляду варіантів відповідей на картці їх число збільшилось до 28%. Решта посилається на низку інших причин, що заважають їм своєчасно звернутися по медичну допомогу (табл. 14).

Зазначені причини відіграють роль бар'єрів оптимальної поведінки для потенційних пацієнтів, серед них:

**Упевненість у високій вартості медичних послуг** є найбільш часто згадуваною перешкодою для своєчасного звернення респондентів до лікарів: **27%** (без картки) і **44%** (з картою). При цьому, можливо, відіграє значну роль декларація держави про безоплатну медицину, яка в реальному житті не виконується. Звертаючись за медичною допомогою, людина не знає, скільки та за що доведеться платити. Однак більшість не без підстав впевнена, що платити доведеться, і сума виявиться значною. Як і очікувалось, частіше цю перешкоду називали респонденти, які мають скрутне матеріальне становище, - 60% із тих, хто без картки зазначив цей чинник. Проте кожен третій респондент, для кого актуальна ця перешкода, відніс себе до категорії середньо забезпечених. Після ознайомлення з картою частка останніх навіть зросла. Кожен другий, хто самостійно згадав цей чинник, представляє людей пенсійного віку (старші 60 років). Тобто проблема полягає не лише у браку коштів у громадян, але і рівні поінформованості про можливість діагностики та лікування ТБ. Нагадаємо, що попередній аналіз довів, що прийнятний рівень знань і впевненість у економічній доступності діагностики (а не лікування) підвищує готовність громадян до своєчасного звернення за умов кашлю.

**Упереджене ставлення до лікарів** є також важливим бар'єром своєчасного звернення громадян з ознаками ТБ. Кожен четвертий (без картки) і **42%** респондентів (з картою) серед причин, які заважають звернутися до лікаря, назвали погане ставлення медичних працівників до пацієнтів або ж недовіру до професіоналізму лікарів. Цей фактор виявився однаково актуальним для чоловіків і жінок, а також для різних вікових груп. Дещо частіше ці причини зазначали респонденти з високою матеріальним достатком (52%), ніж найбідніші (39%). За рівнем освіти найбільш схильні згадувати про цю причину респонденти з вищою освітою (46%), найменше – із загальною середньою. Для тих, хто має початкову/неповну середню або середню спеціальну освіту цей показник становить 43%.

Таблиця 14.

**Фактори, які виступають бар'єрами для ідеальної поведінки щодо профілактики та звернення за діагностикою ТБ (% , n=1274)**

	Без картки	З картою
<b>1. Впевненість у високій вартості медичних послуг</b>	<b>27</b>	<b>44</b>
<b>2. Упереджене ставлення до лікарів:</b>	<b>25</b>	<b>42</b>
Не довіряю професіоналізму лікарів	18	30
Не подобається ставлення медичних працівників до пацієнтів	9	25
<b>3. Об'єктивні причини:</b>	<b>24</b>	<b>37</b>
Складнощі з транспортом/велика відстань до лікаря	4	6
Не можу відлучитися з роботи (час роботи співпадає з часом роботи медичного закладу)	6	11
Немає часу стояти в чергах	17	29
<b>4. Просто не хочу йти до лікаря:</b>	<b>20</b>	<b>28</b>
<b>5. Занепокоєння, пов'язані з діагностикою та лікуванням:</b>	<b>10</b>	<b>25</b>
Побічні ефекти від лікування небезпечніші, ніж туберкульоз	2	7
Не хочу робити флюорографію (рентген), вона небезпечна	3	8
Боюсь примусового лікування	2	7
Боюсь операції	1	3
Не хочу знати свій діагноз	3	6
Якщо діагноз підтвердиться, не хочу, щоб до мене ставились, як до заразно людини	2	8
<b>6. Сімейні обставини</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>7. Брак інформації</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Не знаю, куди йти	2	3
Немає реєстрації (прописки за місцем проживання)	0	1
<b>Важко відповісти/Не знаю</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
<b>Інші причини</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів



**Об'єктивні причини**, такі як складнощі з транспортом, віддаленість медичних установ, неможливість відлучитися з роботи, брак часу для того, щоб стояти в чергах, посідають наступне місце. Хоча б одну із зазначених причин назвали **24%** (без картки) і **37%** (з карткою) опитаних. Цей фактор, якщо аналізувати відповіді з карткою, є найбільш актуальним для респондентів працездатного віку (45% - віком 35-59 років; 22% - кому більше 60 років), з вищим рівнем освіти (45% - з вищою/незакінченою вищою). Рідше за інших пояснювали несвоєчасне звернення по медичну допомогу об'єктивними причинами найбільш респонденти (27%), серед можливих таких 47%. Частіше згадують про ці бар'єри чоловіки (41%), ніж жінки (36%), а також мешканці міст (40%), ніж сіл (33%), проте ця різниця не перевищує 2% з урахуванням похибки.

**Занепокоєння, пов'язані з діагностикою та лікуванням ТБ.** Чимало респондентів серед причин не звернення по медичну допомогу називали страхи, пов'язані, на їх думку, з важкими побічними ефектами та/або флюорографію/рентгеном через їх шкідливість для організму, страх примусового лікування/операції, небажання знати свій діагноз та відчувати стигматизацію з боку оточуючих у разі підтвердження діагнозу ТБ. Хоча б одну з цих причин самостійно назвали 10% і кожен четвертий респондент за допомогою картки незалежно від статі, віку, освіти. Більше турбують спірні питання, пов'язані з діагностикою та лікуванням, респондентів з середнім і вищим рівнем достатку, мешканців міст, ніж сіл, проте розбіжності не перевищують 2% з урахуванням похибки.

**Сімейні обставини (6%) і констатація браку інформації (2%)** – найменш вагомі чинники, які заважають вчасному зверненню респондентів по медичну допомогу.

Окреме запитання в анкеті стосувалося територіальної віддаленості медичних установ. В цілому це не є проблемою для більшості опитаних, адже 80% респондентам для того, щоб дістатися до найближчого медичного закладу (поліклініка, фельдшерсько-акушерський пункт тощо), потрібно витратити менше півгодини. Водночас у сільській місцевості ця відстань дещо збільшується. Близько третини сільських мешканців (28%) зазначили, що найближча медична установа знаходиться у 1-2 годинах їзди від місця їх проживання. Серед міського населення таких вдвічі менше - 13%. Варто зазначити, що територіальна віддаленість медичних установ впливає на оптимальну поведінку респондентів, але цей вплив є дуже слабким ( $r=0,1$  при  $p=0,01$ ).

## Висновок

Переважає більшість населення (79%) за наявності у себе основного симптому ТБ (тривалого кашлю) має намір звернутися до бюджетних медичних закладів, у тому числі поліклінік, ФАПів (74%) або тубдиспансерів (11%). Після ознайомлення з можливими моделями поведінки, викладеними на картці, частка прихильників оптимальної поведінки суттєво збільшилась і становить 91%, у тому числі звернуться до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера 85%, у тубдиспансери/ до фтизіатра – 33%.

Кожен четвертий респондент схильний серйозно зволікати зі зверненням до лікаря за наявності симптомів ТБ, у т.ч. 11% респондентів мають наміри відвідати медичний заклад, якщо самолікування не принесе результатів, 10% - якщо серйозно захворіють і будуть дуже погано почуватися, 1% - за інших умов. Ще 3% вказали, що при кашлі в жодному разі по медичну допомогу не звернуться.

Краща обізнаність з ключових питань ТБ посилює наміри населення своєчасно звертатися до лікаря. Позитивний (проте незначний) вплив на поведінкові орієнтації респондентів чинить також наявність уявлень про економічну доступність діагностики.

Серед причин зволікання із зверненням до лікаря респонденти найчастіше самостійно (без картки) назвали високу вартість медичних послуг (27%), недовіру до професіоналізму лікарів (18%) та брак часу для того, щоб стояти у черзі (17%).

За таких умов важливу позитивну роль на поведінкові настанови може відігравати широке розповсюдження *інформації*, зокрема, про те, що обстеження на ТБ є безоплатним та/або доступним (невитратним за грошовими і часовими критеріями), адже для цього є достатнім відвідування медичного закладу за місцем проживання, отримання консультації у терапевта та простого обстеження. Значно складніше пом'якшити такі актуальні перешкоди, як *упереджене ставлення до лікарів*, обумовлене недовірою до рівня їх професійної підготовки і поганим ставленням до пацієнтів; *об'єктивні причини* такі, як неможливість відлучитися з роботи, відсутність часу (можливо, небажання) стояти у чергах, проблеми з транспортом; *занепокоєння, пов'язані з діагностикою та лікуванням ТБ*, зокрема страхи щодо побічних ефектів від лікування ТБ, небезпечності флюорографії/ рентгену, примусового лікування/операції, небажання знати свій діагноз і побоювання стигматизації з боку оточуючих у разі виявлення ТБ. З метою подолання цих бар'єрів і формування більш відповідальної поведінки населення в контексті поширення епідемії ТБ доречним було би інформувати населення про реальні перспективи видужання за умов своєчасного початку і дотримання сучасних схем лікування. Можливо, мали б позитивний ефект повідомлення про проходження лікарями навчання новим підходам до діагностики і лікування ТБ, інші публічні докази активної державної політики щодо подолання епідемії.

Плануючи інформаційну кампанію, варто враховувати, що більш ризиковані поведінкові настанови з огляду на протидію поширенню захворювання на ТБ має, й відповідно, потребує коригування, населення найстаршої вікової групи (більше 60 років), з низьким рівнем освіти, матеріального достатку і мешканці сіл. Особливу увагу також варто звернути на жителів Житомирської, Івано-Франківської та Кіровоградської областей, де найнижчий показник оптимальної поведінки з огляду на своєчасне діагностування і виявлення ТБ.

## 2.6. Джерела інформування

Населення України сьогодні живе у насиченому інформаційному просторі. Це повною мірою стосується і царини здоров'я. Майже кожний опитаний (99%) так чи інакше стикався з інформацією стосовно здоров'я і лише 1% респондентів її не зустрічав.

### Інформаційний простір з питань здоров'я

Основними джерелами інформації для населення з питань здоров'я є ЗМІ та медичні працівники (табл. 15).

Таблиця 15.

Джерела отримання інформації з питань здоров'я, за статтю та віком респондентів (%\*)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років		
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+
<b>ЗМІ</b>						
Телебачення	81	78	81	78	82	83
Газети та журнали	48	44	51	41	51	50
Радіо	31	31	31	25	31	39
Інтернет	25	28	23	43	23	7
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	15	15	15	38	37	29
Реклама на транспорті	11	11	10	13	11	7
<b>Система охорони здоров'я</b>						
Медичні працівники	55	54	56	56	58	51
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	35	33	37	38	37	29
Медична/спеціалізована література	24	22	26	25	26	19
<b>Соціальне оточення</b>						
Родичі, друзі, сусіди та колеги	39	38	39	38	40	38
Викладачі в школах, ВНЗ	9	8	10	15	8	4
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	7	7	7	8	7	6
Інше	1	1	1	1.1	1.0	1.4
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю де саме	4	4	4	4	4	3
Такої інформації не зустрічав/ла	1	1	1	0.8	0.8	1.5

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів



Малюнок 7. Джерела отримання інформації з питань здоров'я, за типом поселення (%)

Беззаперечний лідер серед ЗМІ – це телебачення, яке є джерелом отримання інформації з питань здоров'я для переважної більшості опитаних (81%). Друге місце у цьому списку посідають періодичні друковані видання – газети та журнали (про що зазначили 48% респондентів). Порівняно нижчим, але помітним є інформаційний вплив радіо та Інтернет (31 та 25% відповідно). Найменш впливовим серед ЗМІ джерелом інформації з питань здоров'я виявилася наочна агітація або зовнішня реклама, зокрема, реклама на транспорті (11%) та інформаційні щити, плакати (15%).

Досить помітним є інформаційний вплив системи охорони здоров'я. Зокрема, більше половини опитаних (55%) отримують необхідну інформацію з питань здоров'я від медичних працівників.

Майже третина опитаних (35%) знайомляться з тематичними просвітницькими матеріалами у поліклініках, лікарнях або аптеках. Ще чверть опитаних (24%), аби отримати ту чи іншу інформацію з питань здоров'я, читають медичну/спеціалізовану літературу.

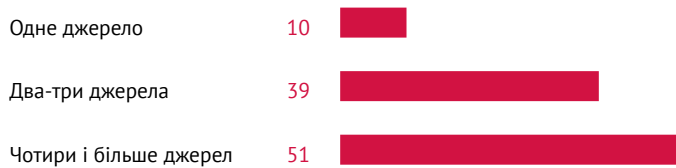
Неабияку роль в інформаційному просторі населення України грає й соціальне оточення. Більше третини опитаних (39%) отримують свої знання з тих чи інших питань про здоров'я від родичів, друзів, сусідів, колег тощо.

Суттєвих розбіжностей за статтю при цьому не виявлено, а от деякі вікові розбіжності існують. Зокрема, таке джерело інформації, як Інтернет, частіше використовує молодь, а радіо – люди більш старшого віку (табл. 15).

Також існують певні відмінності в інформаційному просторі міських і сільських мешканців України. У містах відносно більшою є частка респондентів, які отримували інформацію з питань здоров'я через Інтернет і тих, хто зустрічався з просвітницькою інформацією в матеріалах, розміщених в закладах охорони здоров'я. Тоді як серед сільських жителів більше виявилось тих, хто частіше отримує таку інформацію по радіо (мал. 7).

За даними опитування, охоплені інформацією з питань здоров'я виявилися практично всі області України. Але найбільший інформаційний вплив відчувають респонденти Закарпатської області, які частіше за інших отримували інформацію стосовно здоров'я від громадських організацій/благодійних фондів, із радіо, Інтернету, частіше за інших зверталися до медичних працівників та спеціалізованої медичної літератури.

Серед тих, хто не зміг пригадати, де саме вони зустрічали таку інформацію, значно



Малюнок 8.  
**Кількість джерел, з яких респонденти отримували інформацію про здоров'я, % тих, хто отримував інформацію, (N= 4883)**



Малюнок 9.  
**Рейтинг джерел інформації про здоров'я, (%)**

більше, порівняно з іншими регіонами, респондентів з Івано-Франківської, Київської, Житомирської областей і м. Києва (12-17% проти 1% серед респондентів з Дніпропетровської, Львівської, Сумської, Тернопільської та Хмельницької областей).

Що стосується відмінностей інформаційного впливу окремих джерел за регіонами, то у Чернігівській, Сумській областях і м. Києві респонденти суттєво рідше (менше 70%) згадували найбільш популярне – телебачення, тоді як в Вінницькій, Дніпропетровській, Полтавській областях – його показники перевищують 90% (додаток 3.1).

Частіше за інших отримували інформацію стосовно здоров'я від громадських організацій та благодійних фондів мешканці Закарпатської та Івано-Франківської областей (40 і 28% відповідно проти 1% у Полтавській і Чернігівській областях).

По радіо частіше отримують інформацію про здоров'я респонденти Закарпатської (68%), Сумської (55%) і Вінницької (51%) областей відповідно проти 17% серед мешканців Донецької, Миколаївської та Одеської областей.

Найчастіше отримують інформацію про здоров'я з преси респонденти Полтавської області (76% проти 24% серед респондентів Київщини) і рідше за інших вони звертаються з цього приводу до медичних працівників (15% проти 71-78% серед респондентів Одеської і Західних областей України, зокрема: Закарпатської, Івано-Франківської, Хмельницької і Рівненської областей).

Інформаційні матеріали, з якими можна ознайомитися в поліклініках і лікарнях, найчастіше згадують респонденти у Сумській області (54%), рідше – у Житомирській (15%) і Полтавській (21%) областях.

За даними опитування, здебільшого громадяни отримують інформацію про здоров'я за різними каналами, кожен другий респондент зазначив щонайменше 4 інформаційних джерела (мал. 8).

Незначною (1%) є частка респондентів, які розширили перелік джерел про здоров'я, зазначених в анкеті. Здебільшого ці люди згадували власний досвід лікування або такий досвід, набутий їх родичами, знайомими. Деякі з опитаних ще раз зазначали свою недовіру до офіційної медицини, тому основним джерелом інформації називали цілителів, священників та/або духовну літературу, наприклад, журнал «Сторожева башня». Як виявилось, в опитуванні брали участь медичні працівники. Зрозуміло, що ці респонденти як основне джерело інформації, поряд з іншими, називали навчання

у медичних вишах, коледжах, училищах, систему постдипломної освіти, наукову, спеціалізовану літературу. Крім того, медичні працівники виступають як провідне джерело інформації для багатьох своїх родичів.

## 2.6.1 Прийнятність джерел інформування



Малюнок 10.  
Прийнятність джерел інформації, за типом поселення респондентів (%)

Під час опитування респондентам було запропоновано обрати з переліку альтернатив три джерела, з яких їм найзручніше отримувати інформацію про здоров'я. В результаті виявилось, що ті джерела, з яких респонденти отримують інформацію про здоров'я, в більшості і є найбільш прийнятними для них. Зокрема, йдеться про: телебачення (64%), медичних працівників (25%), газети і журнали (23%), Інтернет (19%), радіо (17%), матеріали, які розміщуються в медичних закладах і аптеках (15%). Решта джерел для респондентів є менш зручними (мал. 9).

Значимих розбіжностей за гендерною ознакою при цьому не виявлено (табл. 16 дивись на сторінці 38). Виключення становить лише Інтернет: чоловіки частіше за жінок вважають це джерело зручним для отримання необхідної інформації (21% проти 17% серед жінок).

За віковими групами спостерігаються більш значимі розбіжності. Зокрема, для респондентів похилого віку найбільш зручними є такі джерела інформації, як телебачення (70%), періодичні друковані видання (28%) і радіо (25%). Молодь, крім телебачення, досить активно зазначала Інтернет (35% проти 16 і 4% серед старших за віком респондентів) (табл. 16).

Також існують певні розбіжності у прийнятності окремих джерел інформації для міського і сільського населення. Міські жителі частіше за селян вважають зручними Інтернет (22% проти 12%) та матеріали, з якими можна ознайомитися в таких медичних закладах, (17% 10%).

Певна консервативність (або обмежені технічні можливості) мешканців села проявилася і в їх більшій зацікавленості порівняно з міськими жителями отримувати інформацію про здоров'я за допомогою класичних ЗМІ, зокрема: з телебачення, періодичних друкованих видань і радіо (мал. 10).

Аналіз регіонального розподілу відповідей респондентів щодо прийнятності окремих джерел виглядає таким чином:

- з телебачення найзручніше отримувати інформацію респондентам з Полтавської і Закарпатської областей (84 і 80% відповідно), а менш зручно – серед респондентів Кіровоградської області (48%);

Таблиця 16.

**Прийнятність джерел інформації про здоров'я, за статтю та віком респондентів (\*%)**

	Всього по масиву	Стать		Вік, років		
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+
<b>ЗМІ</b>						
Телебачення	64	63	65	60	64	70
Газети та журнали	23	22	24	18	25	28
Інтернет	19	21	17	35	16	4
Радіо	17	17	18	12	16	25
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	5	5	5	5	6	3
Реклама на транспорті	4	4	3	5	4	2
<b>Система охорони здоров'я</b>						
Медичні працівники	25	24	26	25	26	24
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	15	14	16	15	16	13
Медична/спеціалізована література	8	7	9	7	9	6
<b>Соціальне оточення</b>						
Родичі, друзі, сусіди та колеги	13	13	13	13	12	14
Викладачі в школах, ВНЗ	2	2	2	4	1	1
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	2	3	2	2	2	3
Інше	2	2	2	2	2	2
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю де саме	4	4	4	4	4	3
Такої інформації не зустрічав/ла	1	1	1	0.8	0.8	1.5

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів

- по радіо найзручніше отримувати інформацію про здоров'я респондентам із Сумської області (41% проти 5% серед респондентів Чернігівської області);

- з періодичних друкованих видань найзручніше отримувати інформацію респондентам з Полтавської і Харківської областей (50 і 42% відповідно), менш зручним це джерело є для респондентів Київської області (5%);

- Інтернет є найзручнішим джерелом отримання інформації для респондентів Закарпаття (48%), а менш зручним – для респондентів з Житомирської області (2%);

- інформаційні матеріали, з якими можна ознайомитися у медзакладах частіше за інших вважають зручними респонденти з Сумської області (43%), а менш зручними вони є для респондентів з Дніпропетровської області (4%);

- медпрацівників частіше за інших вважають зручним джерелом інформації респонденти з Луганської, Івано-Франківської, Херсонської і Одеської областей (36-39%), менш зручним джерелом медпрацівники є для респондентів з Полтавської області (6%);

- спеціалізована медична література частіше є зручним джерелом інформації для респондентів з Львівської і Дніпропетровської областей (11-12% відповідно), менш зручним – для респондентів з Кіровоградської області (5%).

Щодо зручності інших джерел інформації, то суттєвих регіональних відмінностей у відповідях респондентів не спостерігалось (додаток 3.2).

Як і при виборі джерел, з яких опитані отримують інформацію про здоров'я, переважна

більшість респондентів визначала зручні джерела із наявного в анкеті переліку відповідей. Лише 1% громадян додав до нього такі «неоднозначні» варіанти, як знайомі, родичі або з особистим досвідом лікування ТБ, або із числа медичних працівників. Поодинокими є згадування інших авторитетних для окремих респондентів осіб, наприклад, священників, тренерів з фітнесу, народних цілителів. Деякі пропонували розповсюдження брошур про ТБ через поштові скриньки як досить зручний і ефективний, на думку респондентів, спосіб просвіти населення.

## 2.6.2 Довіра до джерел інформування

При визначенні рівня довіри до джерел інформування про здоров'я був застосований аналогічний перелік відповідей, з яких, як і в попередньому випадку, респонденти обирали не більше трьох. В результаті виявилось, що найбільшу довіру викликає інформація офіційних медичних джерел, а саме: медичні працівники (45%), інформаційні матеріали, які розміщені в медичних закладах і аптеках (18%), спеціалізована медична література (17%). Високим рівнем довіри користується також телебачення (40%). Решта джерел для респондентів є менш значущими, при цьому 5% серед усіх опитаних взагалі не довіряють жодному джерелу інформації (мал. 11).

Суттєвих розбіжностей за гендерною ознакою при цьому не виявлено. Хоча жінки трохи частіше за чоловіків довіряють спеціалізованій медичній літературі та інформаційним матеріалам, з якими можна ознайомитися в медичних закладах (поліклініках, лікарнях або аптеках) (19% проти 16-17% серед чоловіків) (табл. 17).

За віковими групами також виявлені незначні розбіжності. Для пенсіонерів головним джерелом, якому вони довіряють, є телебачення (45%), а вже потім – медичні працівники (42%). При цьому літні люди частіше за інших також довіряють звичним для себе ЗМІ: періодичним друкованим виданням і радіо. Серед молоді (до 34 років) найбільшим є рівень довіри до Інтернет.

Люди середнього і передпенсійного віку (35-59 років) дещо частіше, ніж решта опитаних, довіряють медичним працівникам, а також інформаційним матеріалам і спеціалізованій медичній літературі (табл. 17). Щодо інших джерел інформації, то вікових відмінностей в рівнях довіри до них немає.

На рівень довіри до тих чи інших джерел інформації значно впливає тип поселення респондентів. Зокрема, міські жителі віддають перевагу фахівцям: медичним працівникам (46%), інформаційним матеріалам, які розповсюджуються у медичних закладах (21%), спеціалізованій медичній літературі (18%). Тоді як мешканці села передусім довіряють телебаченню (47%), а вже потім медичним працівникам (42%) і періодичним друкованим виданням (17%) (мал.12).

За регіональним розподілом рівень довіри до окремих джерел інформації з питань здоров'я має певні особливості, а саме:

- телебаченню частіше за інших довіряють респонденти з Тернопільської (66%), Житомирської (62%), Полтавської (62%) і Київської (60%) областей. Рідше – мешканці Кіровоградської області (16%);
- радіо найбільше довіряють у Сумській області (28%), найменше – у Миколаївській (2%);
- газетам і журналам найбільше довіряють у Полтавській області (42%), найменше – у Дніпропетровській області (5%);

Таблиця 17.

**Рівні довіри до джерел інформації про здоров'я, за статтю та віком респондентів (%)**

	Всього	Стать		Вік, років		
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+
<b>Система охорони здоров'я</b>						
Медичні працівники	45	44	45	44	47	42
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	18	17	19	18	19	15
Медична/спеціалізована література	17	16	19	18	20	12
<b>ЗМІ</b>						
Телебачення	40	40	40	37	39	45
Газети та журнали	15	14	15	11	15	18
Інтернет	11	11	10	20	9	3
Радіо	9	9	9	7	8	13
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	2	2	2	2	3	1
Реклама на транспорті	1	1	1	1	1	1
<b>Соціальне оточення</b>						
Родичі, друзі, сусіди та колеги	13	14	13	13	13	13
Викладачі в школах, ВНЗ	3	3	4	6	3	2
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	3	3	3	3	3	2
Інше	1	1	2	1	1	2
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю де саме	2	2	2	1	2	2
Такої інформації не зустрічав/ла	5	6	5	5	5	7

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей





■ Джерела інформації, яким найбільше довіряють  
 ■ Джерела, з яких найчастіше отримують інформацію

Малюнок 11.

**Джерела інформації про здоров'я за рівнями довіри і використання (%)**



■ Село  
 ■ Місто

Малюнок 12.

**Рейтинг довіри опитаних до джерел інформації про здоров'я, за типом поселення (%)**

- Інтернету частіше за інших довіряють респонденти Закарпатської області (38%), рідше – у Кіровоградській і Сумській областях (по 3% відповідно);
- медичним працівникам найбільше довіряють у Закарпатській та Івано-Франківській областях (72 і 71% відповідно), менше – у Київській області (21%);
- інформаційним матеріалам у медичних закладах частіше за інших довіряють

у Сумській області (39%), рідше – у Дніпропетровській (6%);

- медичній літературі частіше за інших довіряють у Закарпатській області (43%), рідше – у Луганській і Миколаївській областях (по 6% відповідно). Щодо інших джерел інформації, то суттєвих регіональних відмінностей в довірі до них немає (додаток 3.3).

Особливістю громадської думки з питань здоров'я є наявність певних суперечностей. Зокрема, це простежується і в розподілі думок респондентів стосовно довіри до лікарів. Саме медичні працівники (45%) виявились найбільш рейтинговим джерелом інформації за рівнем довіри населення. Серед респондентів, які зазначили лікарів як найбільш авторитетне для себе джерело інформації, є навіть такі, хто пояснив свою відмову своєчасно відвідати лікаря у ситуаціях тривалого кашлю недовірою до професіоналізму лікарів. Проте їх частка не є значною: лише чверть респондентів, які не хочуть відвідувати медичні заклади через зазначену причину, водночас обрала лікарів як одне із трьох джерел інформації про здоров'я, якому вони довіряють.

Це протиріччя можна пояснити наступною гіпотезою: можливо, недовіру респонденти виказують конкретним лікарям та системі охорони здоров'я, але коли мова йде про отримання інформації, уявляють собі ідеальний образ лікаря, який є професіоналом, викликає довіру, добре ставиться до пацієнта, надає вичерпну інформацію. Ця гіпотеза, звісно, потребує додаткового дослідження.

## Висновок

Інформаційний простір з питань здоров'я у «середньостатистичного» громадянина України є, за даними опитування, досить насиченим. Понад половини населення отримують інформацію з питань здоров'я з 4 або більше джерел. Найбільш впливовими для будь-яких соціально-демографічних груп сьогодні є ЗМІ. З них інформацію про здоров'я отримують 90% респондентів, у т.ч. з телебачення (81%), періодичних друкованих видань (48%). Важливим джерелом інформації для понад половини населення (55%) є спеціалісти – медичні працівники. Неабияку роль відіграє соціальне оточення (47%), особливо родичі, друзі, сусіди, колеги. Їх як джерело, з якого отримують інформацію з питань здоров'я, зазначили 39%. Найменш впливовим каналом із ЗМІ є зовнішня реклама/інформування (менше 19% згадувань). Попри певні особливості у використанні окремих джерел інформації за демографічними групами і типом поселення, зазначений вище рейтинг зберігається.

Зручними для населення і окремих соціальних груп є ті джерела інформації, з яких вони зазвичай її отримують, передусім телебачення (64%), медичні працівники (25%), газети/журнали (23%), Інтернет (19%). У рейтингу джерел інформації за рівнем довіри першу сходинку посідають медичні працівники (45%), другу – телебачення (40%). Найбільш впливовим чинником на формування рейтингу джерел за рівнем довіри є тип поселення. Для міських мешканців найбільшим авторитетом користуються медичні спеціалісти (46%), яким суттєво поступається телебачення (37%). Серед сільських жителів телебачення викликає більшу довіру (47%), ніж медичні працівники (42%). Варто звернути увагу на суттєво нижчий рівень довіри до багатьох джерел інформації, з яких респонденти отримують інформацію про здоров'я. Передусім це стосується телебачення (йому довіряють половина телеглядачів), газет і журналів (довіряє один із трьох читачів), радіо (один із трьох слухачів). Вкрай низьким є рівень довіри населення до наочної інформації (щити на вулицях, на/в транспорті тощо). Можливо, чинником, що суттєво знижує рівень довіри населення, є те, що ЗМІ активно (й навіть агресивно) використовуються для реклами лікарських і інших медичних засобів. Проте аналіз зазначеного чинника не був передбачений програмою дослідження.

## 2.7. Інформаційні потреби населення



Малюнок 13.

**Інформація про туберкульоз, яка могла б зацікавити респондентів (%)**

Населення України виявилось достатньо зацікавленим в інформації з проблем туберкульозу. З числа опитаних 94% проявили інтерес до різних питань, об'єднаних тематикою ТБ. Лише 6% громадян зазначили, що інформація про туберкульоз їх взагалі не цікавить (7% - серед чоловіків, 5% - серед жінок). Найбільшу частку байдужих до цієї теми складають люди старше 60 років (про що зазначили 10% представників цієї вікової групи).

Аналіз отриманих даних свідчить, що населення відчуває певний «інформаційний голод» з питань ТБ. Адже майже дві третини опитаних (63%) зацікавлені у будь-якій інформації щодо туберкульозу (мал. 13).

Рейтинг найбільш актуальних, за громадською думкою, просвітницьких питань виглядає наступним чином:

- перше місце посідає питання про профілактику туберкульозу, зокрема, як зменшити ризик захворіти на цю недугу (18%);
- друге – як поводити себе з хворими на туберкульоз (13%), що тісно пов'язане із попереднім питанням щодо попередження інфікування;
- третє – п'яте – базова інформація про ТБ, а саме: шляхи передачі та симптоми туберкульозу (12%); методи діагностики і лікування туберкульозу, особливості поведінки з людьми, які пройшли лікування (10-11%).

Значимих розбіжностей у інформаційних потребах жінок і чоловіків не виявлено (табл. 18).

За віковими групами більш зацікавленими в інформації про туберкульоз виявилися молодь і респонденти середнього віку, менш зацікавлені в цьому – пенсіонери. Деякі з них додатково зазначили, що погано себе почувають від багатьох інших хвороб, тому ця проблема для них об'єктивно є менш актуальною.

Варто звернути увагу на підвищений (порівняно з іншими віковими групами) інтерес молоді до питань профілактики туберкульозу (22%) (табл. 18).

Таблиця 18.

Інформація про туберкульоз, яка могла б зацікавити респондентів, за статтю та віком (%\*)

	Всього	Стать		Вік, років		
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+
Будь-яка інформація про туберкульоз	63	63	63	62	63	63
Як зменшити ризик захворіти на туберкульоз	18	18	19	22	18	14
Як поводити себе з хворими на туберкульоз	13	11	14	15	13	11
Як передається туберкульоз	12	12	13	14	12	10
За якими ознаками (симптомами) можна запідозрити туберкульоз	12	11	12	13	12	9
Як точно визначити (діагностувати) туберкульоз	11	10	11	12	11	8
Як поводити себе з людьми, які лікувалися від туберкульозу	11	10	12	12	12	9
Як лікують туберкульоз (ліки, терміни)	10	9	10	11	9	8
Де лікують туберкульоз	7	7	8	8	8	6
До яких лікарів звертатися, якщо є підозра на туберкульоз	7	6	7	7	7	6
Про нетрадиційні методи лікування туберкульозу	7	7	8	7	8	7
Форми захворювання на туберкульоз	7	6	8	9	7	6
Яка відповідальність передбачена за ухилення від лікування туберкульозу	5	5	5	6	5	4
Інше	1	1	1	0	1	1
Будь-яка інформація не цікава	6	7	5	3	5	10

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей

Таблиця 19.

Інформація про туберкульоз, яка могла б зацікавити респондентів, за типом поселення (%\*)

	Населення	
	міське	сільське
Будь-яка інформація про туберкульоз	63,0	61,5
Як зменшити ризик захворіти на туберкульоз	11,6	12,4
Як поводити себе з хворими на туберкульоз	18,9	17,6
Як передається туберкульоз	12,3	12,8
За якими ознаками (симптомами) можна запідозрити ТБ	9,7	11,3
Як точно визначити (діагностувати) туберкульоз	7,8	7,0
Як поводити себе з людьми, які лікувалися від ТБ	7,2	6,7
Як лікують туберкульоз (ліки, терміни)	6,9	10,7
Де лікують туберкульоз	5,8	9,7
До яких лікарів звертатися, якщо є підозра на туберкульоз	6,4	9,3
Про нетрадиційні методи лікування туберкульозу	4,1	6,9
Форми захворювання на туберкульоз	10,7	14,0
Яка відповідальність передбачена за ухилення від лікування ТБ	12,5	14,8
Інше	0,6	0,9
Будь-яка інформація не цікава	6,2	5,4

В інформаційних потребах міських і сільських мешканців України існують незначні розбіжності. Зокрема, міських жителів частіше, на відміну від селян, цікавить інформація про те, як поводити себе з хворими на туберкульоз або тими людьми, хто лікувався від цієї недуги, а також інформація про діагностику і лікування туберкульозу (табл. 19).

## **Висновок**

Аналіз інформаційних потреб населення з питань туберкульозу свідчить про відчутний брак інформації з питань туберкульозу, інтерес більшості дорослих громадян (94%) у висвітленні проблеми в цілому (63%) і, зокрема, багатьох питань, що є базовими в первинній профілактиці ТБ, а саме: засоби попередження інфікування (18%), шляхи передачі (12%), симптоми (12%), діагностика (11%), підходи до лікування (15%), особливості поводження з людьми, хворими на туберкульоз, (13%) та особами, які уже пройшли лікування, (11%). Найбільш зацікавлена у додатковій інформації найбільш мобільна частина населення: молодь і особи середнього віку.

## 2.8. Висновки за результатами кількісного компоненту дослідження

Рівень поінформованості респондентів з окремих питань туберкульозу є високим. Головний симптом ТБ – кашель, що триває понад 3 тижні, самостійно згадали 27%, а з підказкою (за допомогою картки) – 63% опитаних. Кашель або тривалий кашель без картки назвали 81%, а з карткою – 92% респондентів. Головний з точки зору розвитку епідситуації повітряно-крапельний шлях інфікування ТБ без картки назвали 84% опитаних, з карткою – 97%. Більшість респондентів (73%) знають про виліковність туберкульозу, 16% - заперечують цю можливість, а 11% - утруднилися з відповіддю<sup>22</sup>. У 2005 році оптимістично оцінювали можливості медицини при лікуванні ТБ – 66% респондентів, песимістично – 12%, і сумнівалися 22%. Тобто можна констатувати тенденцію щодо збільшення частки обізнаних про виліковність туберкульозу.

Проте загальний показник знань з питань туберкульозу виявився невисоким: лише 17,5% опитаних продемонстрували прийнятний, з огляду на особливості національної епідеміологічної ситуації, рівень знань про ТБ.

Поряд із правильною інформацією про симптоми, шляхи передачі ТБ та способи його профілактики, у суспільній свідомості поширені численні стереотипи і міфи. Лідерами серед останніх є уявлення про можливість передачі туберкульозу побутовим шляхом: через користування спільним посудом, журнали/гроші, дверні ручки/поручні у транспорті та інші предмети у громадських місцях. Хоча б одну із вказаних альтернатив без картки обрали 41%, а з карткою – 89% опитаних.

Єдиний фактор, який істотно впливає на рівень знань про ТБ, - це рівень освіти респондентів. Відмінності в залежності від матеріального становища опитаних за більшістю індикаторів також є істотними.

Респонденти, які впевнені у доступності діагностики та лікування ТБ, а саме в тому, що останні є безкоштовними або принаймні дешевими, частіше, ніж решта опитаних вважають це захворювання виліковним. Щоправда, менше половини респондентів (41%) вважають діагностику ТБ економічно доступною, у тому числі 25% - безкоштовною. Більш песимістичними є думки населення стосовно основного курсу лікування: лише 7% вважають, що його можна отримати безкоштовно, 3% - дешево.

При аналізі відповідей респондентів на окремі запитання простежувалася тенденція щодо деякого, хоча і незначного, зростання рівня їхньої поінформованості з питань ТБ порівняно із 2005 роком. Але розрахунок інтегрального показника<sup>23</sup> не підтвердив цей факт: останній становив 30% у 2011 році проти 34% у 2005 році при похибці 2,7. Тобто в цілому рівень знань населення залишився практично на тому ж рівні.

22 Вказані показники було розраховано для частини респондентів, які за власною оцінкою, принаймні що-небудь знають про туберкульоз.

23 У цьому випадку загальний показник знань як для 2005, так і для 2011 року не включав у себе індикатор щодо можливості передачі ТБ через журнали/ гроші, оскільки його не було в анкеті 2005 року.

Знання респондентів досить часто є поверховими, щодо багатьох питань вони не впевнені у правильній відповіді, про що свідчить істотне зростання часток респондентів, які називали ті чи інші ознаки та шляхи передачі ТБ (при чому як правильні, так і хибні) після того, як їм надавалися картки. Переважна більшість опитаних (90%) немає чітких правильних орієнтирів щодо особистої самозахисної поведінки в умовах епідемії туберкульозу, а певна частка навіть поділяє хибні уявлення про «профілактичні» заходи, які абсолютно не мають сенсу, а подеколи є навіть шкідливими (наприклад, пити горілку). Щоправда, такий високий показник досягається значною мірою через поширеність уявлення про те, що ТБ передається через брудні руки або посуд, а отже захиститися від нього можна, дотримуючись особистої гігієни та уникаючи посуду загального користування.

Поширення ТБ громадська думка відносить до актуальних національних викликів. Більшість опитаних (75%) високо оцінює небезпеку туберкульозу на рівні суспільства. Занепокоєність цією проблемою у більшості випадків не пов'язана з усвідомленням власного ризику зараження. Останній для себе вважають незначним 49% опитаних, а 15% - взагалі відсутнім. Частка населення, яка, за самооцінкою, наражається на високий ризик захворіти на туберкульоз, має тенденцію до збільшення і становить зараз 28%. Самооцінки ризику захворювання респондентами, які проживають у більш ризикованих умовах (у холодних, сирих приміщеннях, разом з курцями, поряд з екологічно небезпечними підприємствами тощо), майже не відрізняються від оцінок решти опитаних. Основним чинником, що диференціює ставлення населення до проблем туберкульозу, є рівень освіти: з його зростанням частка громадян, які вважають, що на ТБ може захворіти будь-яка людина, збільшується від 64% до 78%, а частка осіб, які ототожнюють цю хворобу виключно з представниками маргінальних соціальних груп, помітно зменшується з 30% до 22%.

Рівень стигматизації хворих на туберкульоз та осіб, які вилікувалися від цієї хвороби, в українському суспільстві є надзвичайно високим: попри те, що 92% опитаних задекларували абстрактне співчуття до хворих, 73% респондентів погодились принаймні з одним із п'яти стигматизуючих висловлювань щодо осіб, які перехворіли, проте вилікували туберкульоз, заперечуючи, зокрема, право останніх на працю в сфері послуг (37%), у шкільних закладах (39%).

Більшість респондентів вважають необхідним покарання у разі відмови від лікування, зокрема, 85% вважають, що хворих на ТБ потрібно примусово ізолювати від інших людей, а 64% - штрафувати, щоб примусити лікуватися. Ці дані свідчать про достатньо високий рівень жорстокого ставлення суспільства до хворих на туберкульоз. Окрім того, 48% респондентів підтримали пряме дискримінаційне твердження про необхідність звільнення з роботи хворих на ТБ.

На рівні окремих індикаторів, стигматизуючі погляди стосовно хворих на ТБ дещо частіше висловлюють люди з низьким рівнем знань щодо ТБ, сільські мешканці, але ці відмінності неістотні. В цілому рівень знань про ТБ та оцінка особистого ризику зараження не корелюють із поширеністю стигматизованих настанов серед респондентів. Відповідно, інформаційна кампанія, орієнтована на підвищення рівня знань громадян про туберкульоз, істотно не позначиться на ставленні до людей, які хворіють на ТБ.

Більшість опитаних не робить жодної різниці між хворими на ТБ, взаємодія з якими (якщо це люди з відкритою формою) дійсно може нести певну загрозу зараження, та людьми, які хворіли на ТБ раніше і успішно його вилікували, а отже є цілком «безпечними» для оточуючих. Більшість респондентів висловили прагнення триматися якомога далі від представників обох категорій у гіпотетичних ситуаціях взаємодії.

Розрахунок загального показника толерантності за методикою 2005 року<sup>24</sup> показав, що за цей період він не змінився і становить 18%.

Переважає більшість населення (79%) за наявності у себе основного симптому ТБ (тривалого кашлю) має намір звернутися до бюджетних медичних закладів, у тому числі поліклінік, ФАПів (74%) або тубдиспансерів (11%). Після ознайомлення з можливими моделями поведінки, викладеними на картці, частка прихильників оптимальної поведінки суттєво збільшилась і становить 91%, у тому числі звернуться до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера 85%, у тубдиспансери/ до фтизіатра – 33%.

Кожен четвертий респондент схильний серйозно зволікати зі зверненням до лікаря за наявності симптомів ТБ, у т.ч. 11% респондентів мають наміри відвідати медичний заклад, якщо самолікування не принесе результатів, 10% - якщо серйозно захворіють і будуть дуже погано почуватися, 1% - за інших умов. Ще 3% вказали, що при кашлі в жодному разі за медичною допомогою не звернуться.

Краща обізнаність з ключових питань ТБ посилює наміри населення своєчасно звертатися до лікаря. Позитивний (проте незначний) вплив на поведінкові орієнтації респондентів чинить також наявність уявлень про економічну доступність діагностики.

Серед причин зволікання із зверненням до лікаря респонденти найчастіше самостійно (без картки) називали високу вартість медичних послуг (27%), недовіру до професіоналізму лікарів (18%) та брак часу для того, щоб стояти у черзі (17%).

За таких умов важливу позитивну роль на поведінкові настанови може грати широке розповсюдження *інформації*, зокрема, про те, що обстеження на ТБ є безоплатним та/або доступним (невитратним за грошовими і часовими критеріями), адже для цього є достатнім відвідування медичного закладу за місцем проживання, отримання консультації у терапевта та простого обстеження. Значно складніше пом'якшити такі актуальні перешкоди як *упереджене ставлення до лікарів*, обумовлене недовірою до рівня їх професійної підготовки і поганим ставленням до пацієнтів; *об'єктивні причини* такі, як неможливість відлучитися з роботи, відсутність часу (можливо, небажання) стояти у чергах, проблеми з транспортом; *занепокоєння, пов'язані з діагностикою та лікуванням ТБ*, зокрема, страхи щодо побічних ефектів від лікування ТБ, небезпеки флюорографії/рентгену, примусового лікування/ операції, небажання знати свій діагноз і побоювання стигматизації з боку оточуючих у разі виявлення ТБ. З метою долання цих бар'єрів і формування більш відповідальної поведінки населення в контексті поширення епідемії ТБ доречним було би інформувати населення про реальні перспективи вилучення за умов своєчасного початку і дотримання сучасних схем лікування. Можливо, мали б позитивний ефект повідомлення про проходження лікарями навчання новим підходам до діагностики і лікування ТБ, інші публічні докази активної державної політики щодо подолання епідемії.

Плануючи інформаційну кампанію, варто враховувати, що більш ризиковані поведінкові настанови з огляду на протидію поширенню захворювання на ТБ має, й відповідно, потребує коригування, населення найстаршої вікової групи (більше 60 років), з низьким рівнем освіти, матеріального достатку і мешканці сіл. Особливу увагу також варто звернути на жителів Житомирської, Івано-Франківської та Кіровоградської областей, де найнижчий показник оптимальної поведінки з огляду на своєчасне діагностування і виявлення ТБ.

24 На основі трьох індикаторів: твердження про те, що хворі на ТБ мають відчувати підтримку та добре ставлення інших людей, та негативних відповідей на запитання щодо доцільності звільняти з роботи таких людей і щодо намірів респондента попроситися в іншу зміну/ підрозділ/ приміщення, аби уникнути контактів з колегою, який перехворів на ТБ



Інформаційний простір з питань здоров'я у «середньостатистичного» громадянина України є, за даними опитування, досить насиченим. Понад половини населення отримують інформацію з питань здоров'я з 4 або більше джерел. Найбільш впливовими для будь-яких соціально-демографічних груп сьогодні є ЗМІ. З них інформацію про здоров'я отримують 90% респондентів, у т.ч. з телебачення (81%), періодичних друкованих видань (48%). Важливим джерелом інформації для понад половини населення (55%) є спеціалісти – медичні працівники. Неабияку роль відіграє соціальне оточення, особливо родичі, друзі, сусіди, колеги. Їх як джерело, з якого отримують інформацію з питань здоров'я, зазначили 39%. Найменш впливовим каналом інформації із ЗМІ є наочна реклама (менше 19% згадувань). Попри певні особливості у використанні окремих джерел інформації за демографічними групами і типом поселення зазначений вище рейтинг зберігається.

Зручними для населення і окремих соціальних груп є ті джерела інформації, з яких вони зазвичай її і отримують, передусім телебачення (64%), медичні працівники (25%), газети/журнали (23%), Інтернет (19%). У рейтингу джерел інформації за рівнем довіри першу сходинку посідають медичні працівники (45%), другу - телебачення (40%).

Особливістю громадської думки з питань здоров'я є наявність певних суперечностей. Зокрема, це простежується і в розподілі думок респондентів стосовно довіри до лікарів. Саме медичні працівники (45%) виявились найбільш рейтинговим джерелом інформації за рівнем довіри населення. Серед респондентів, які зазначили лікарів як найбільш авторитетне для себе джерело інформації, є навіть такі, хто пояснив свою відмову своєчасно відвідати лікаря у ситуаціях тривалого кашлю недовірою до професіоналізму лікарів. Проте їх частка не є значною: лише чверть респондентів, які не хочуть відвідувати медичні заклади через зазначену причину, водночас обрали лікарів як одне із трьох джерел інформації про здоров'я, якому вони довіряють.

Це протиріччя можна пояснити наступною гіпотезою: можливо, респонденти не довіряють конкретним лікарям та системі охорони здоров'я, але коли мова йде про отримання інформації, уявляють собі ідеальний образ лікаря, який є професіоналом, викликає довіру, добре ставиться до пацієнта, надає вичерпну інформацію. Ця гіпотеза, звісно, потребує додаткового дослідження.

Найбільш впливовим чинником на формування рейтингу джерел за рівнем довіри є тип поселення. Для міських мешканців найбільшим авторитетом користуються медичні спеціалісти (46%), яким суттєво поступається телебачення (37%). Серед сільських жителів телебачення викликає більшу довіру (47%), ніж медичні працівники (42%). Варто звернути увагу на суттєво нижчий рівень довіри до багатьох джерел інформації, з яких респонденти отримують інформацію про здоров'я. Передусім це стосується телебачення (йому довіряють половина телеглядачів), газет і журналів (довіряє один із трьох читачів), радіо (один із трьох слухачів). Вкрай низьким є рівень довіри населення до наочної інформації (щити на вулицях, на/в транспорті тощо). Можливо, чинником, що суттєво знижує рівень довіри населення, є те, що ЗМІ активно (й навіть агресивно) використовуються для реклами лікарських та інших медичних засобів. Проте аналіз зазначеного чинника потребує додаткових емпіричних даних.

Аналіз інформаційних потреб населення з питань туберкульозу свідчить про відчутний брак інформації з питань туберкульозу, інтерес більшості дорослих громадян (94%) у висвітленні проблеми в цілому (63%) і, зокрема, багатьох питань, що є базовими в первинній профілактиці ТБ, а саме: засоби попередження інфікування (18%), шляхи передачі (12%), симптоми (12%), діагностика (11%), підходи до лікування (15%), особливості поведінки з людьми, хворими на туберкульоз, (13%) та особами, які уже пройшли лікування, (11%). Найбільш зацікавлена у додатковій інформації найбільш мобільна частина населення: молодь і особи середнього віку.

# 3. Аналітичний звіт за результатами кількісного компоненту дослідження (опитування представників уразливих до туберкульозу груп)

## 3.1. Методологія якісного компоненту дослідження

В Україні, як і в багатьох країнах світу, не всі групи населення уразливі до туберкульозу однаково, найбільший ризик мають соціально незахищені та соціально виключені групи (безпритульні, особи з наркотичною та алкогольною залежністю, ув'язнені та нещодавно звільнені особи, біженці, мігранти і представники інших соціально незахищених груп тощо). Як правило, представники цих груп мають обмежений доступ до послуг з діагностики та лікування туберкульозу через різні причини (дискримінаційне ставлення, відсутність документів, коштів тощо), а також низьку мотивацію для своєчасного виявлення туберкульозу та проходження повного курсу лікування. Для проведення якісного компоненту дослідження знань, ставлення, поведінки та визначення її ключових факторів було визначено наступні соціальні групи, уразливі до туберкульозу:

- споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН),
- особи без постійного місця проживання (безпритульні),
- колишні засуджені, яким під час відбування покарання був встановлений діагноз «туберкульоз»,
- представники ромської громади.

Проведення окремого дослідження серед зазначених груп обумовлено необхідністю впровадження фокусних програм та послуг з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу, які максимально враховують їх потреби та поведінкові особливості.

**Мета:** дослідження рівня знань, ставлення, використання знань на практиці та поведінки представників уразливих до туберкульозу груп в Україні.

**Для реалізації зазначеної мети вирішувалися наступні завдання:**

1. Визначення рівня знань окремих груп щодо шляхів зараження та перших симптомів туберкульозу;
2. Вивчення існуючих перешкод та страхів, які відіграють роль бар'єрів для продовження лікування ТБ після виходу на свободу осіб, які звільнилися з місць позбавлення волі, та звернення за діагностикою та лікуванням у разі виникнення перших симптомів ТБ (для представників решти уразливих груп);
3. Виявлення можливих мотиваційних факторів для продовження лікування ТБ після виходу на свободу (для осіб, які звільнилися з місць позбавлення волі) та проходження обстеження і лікування (для представників решти уразли-

вих груп);

4. Визначення найбільш ефективних каналів та засобів розповсюдження інформації відносно туберкульозу для визначених уразливих груп населення.

**Об'єкт дослідження:** представники груп, уразливих до захворювання на ТБ:

- споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН),
- особи без постійного місця проживання (безпритульні),
- колишні засуджені, яким під час відбування покарання був встановлений діагноз «ТБ», якщо вони звільнилися не більше 4 років тому (у т.ч. 2/3 з них – не більше 2 років),
- роми.

**Метод дослідження:** напівструктуровані інтерв'ю із представниками уразливих груп. Зокрема, було проведено 65 інтерв'ю із колишніми засудженими, 61 – зі СІН, 71 – з безпритульними, 30 – з представниками ромської громади.

Даний дослідницький метод був обраний тому, що він поєднує в собі можливості кількісних та якісних методів. З одного боку, він дозволяє отримати відповіді респондентів на закриті запитання. Ці дані є достатньо формалізованими та структурованими, що дозволяє розраховувати узагальнені показники (наприклад, стосовно поінформованості респондентів, їхніх поведінкових настанов тощо) для подальшого порівняльного аналізу. З іншого – напівструктуроване інтерв'ю за допомогою відкритих запитань дозволяє отримати якісну різноманітну інформацію про унікальний соціальний досвід представників уразливих груп (у нашому випадку – з фокусом на досвід звернення за медичною допомогою), їхні особисті страхи і переживання, особливості прийняття ними рішень щодо діагностики, лікування, прихильності до нього. Отриманий спектр думок респондентів є корисним для більш глибокого розуміння мотиваційних моделей досить проблемних і закритих соціальних груп.

З метою кращого розуміння та верифікації даних опитування представників ромської громади також були проведені гнучкі інтерв'ю із 6 експертами. Ними стали спеціалісти, які працюють з ромами (у Закарпатській області це були лікар-нарколог, вчитель початкових класів, у Одеській – лікар-анестезіолог) і лідерами НУО, які реалізують проекти, спрямовані на захист прав ромського населення, «Правда життя», м. Ужгород, Одеський обласний ромський конгрес та Одеське обласне товариство ромської культури «Циганське слово»). Усі експерти належать до місцевих ромських громад.

**Територіальне охоплення:** 11 областей (Вінницька, Донецька, Запорізька, Київська, Львівська, Миколаївська, Полтавська, Сумська, Тернопільська, Харківська, Херсонська), що представляють усі регіони України та м. Київ, а також Одеська та Закарпатська області, які представляють основні регіони проживання представників ромської етнічної групи в Україні.

**Час проведення польового етапу дослідження:** грудень 2011 р.

**Етичні засади дослідження**

Програма та інструментарій дослідження отримали позитивний висновок Комісії з професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України.

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базувався на дотриманні

етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність і конфіденційність. Перед проведенням інтерв'ю у кожного респондента була отримана поінформована згода на участь у дослідженні в усній формі.

### **Обмеження дослідження**

Рекрут респондентів здійснювався переважно через НУО, які працюють з представниками цільових груп, а також через:

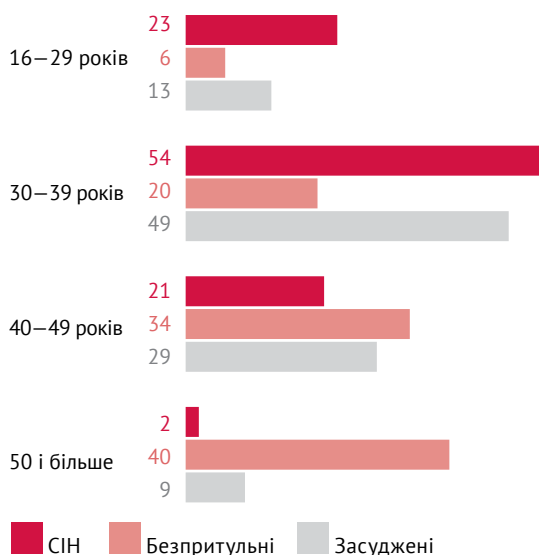
- медичні установи (СНІД-центри, тубдиспансери, наркодиспансери);
- державні соціальні заклади (притулок для тимчасового проживання та реабілітації бездомних осіб, будинок соціального піклування, центр реінтеграції бездомних громадян).

Це варто враховувати при інтерпретації отриманих даних, адже такі респонденти більш «соціалізовані», порівняно із представниками уразливих груп, які не є клієнтами НУО/соціальних закладів. Зокрема, перші більш поінформовані, більш готові піклуватися про власне здоров'я, в тому числі звертатися по медичну допомогу, мають кращий доступ до джерел інформації про здоров'я тощо.

Невеликий обсяг вибірки негативно позначається на точності аналізу, вкрай обмежує кількісні методи аналізу, зокрема, не дозволяє розбивати респондентів із окремих уразливих груп на підгрупи залежно від рівня знань, досвіду лікування ТБ та інших чинників.

Враховуючи вкрай малу кількість респондентів з числа представників ромської громади (лише 30 респондентів), дані цього опитування представлені лише в абсолютних величинах. Їх аналіз проводився із врахуванням даних гнучких інтерв'ю та носить розвідувальний характер. При цьому також варто мати на увазі, що дана етногрупа характеризується надзвичайно великими відмінностями за рівнем освіти, матеріального достатку, умовами проживання, що може породжувати відмінності за всіма показниками, які вивчалися в ході опитування, та потребує спеціальних більш масштабних досліджень.

## 3.2. Соціально-демографічні характеристики респондентів



Малюнок 14. Віковий розподіл респондентів, за уразливими групами, %

### 3.2.1. Характеристики респондентів з числа СІН, безпритульних та колишніх засуджених

В ході дослідження було опитано 61 СІН, 71 безпритульний та 65 колишніх засуджених. Останнім під час відбування покарання був встановлений діагноз «туберкульоз». Понад дві третини (68%) колишніх засуджених звільнилися з місць позбавлення волі менше двох років тому, решта (32%) – 2-4 роки тому.

Серед колишніх засуджених і СІН більшість респондентів становлять чоловіки (80% та 77% відповідно), серед безпритульних розподіл за статтю виявився більш рівномірним (58% чоловіків та 42% жінок).

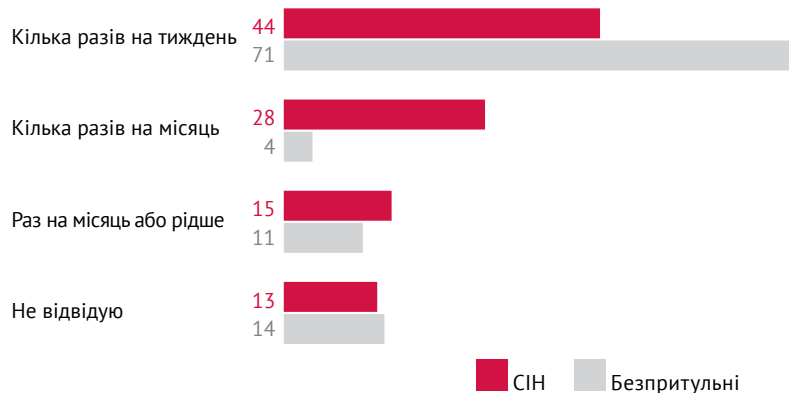
Більшість опитаних СІН (77%) та колишніх засуджених (62%) – це люди віком до 39 років, в тому числі 23% серед СІН становить молодь віком 16-29 років. Натомість три чверті (74%) опитаних безпритульних – це люди середнього та старшого віку (починаючи від 40 років), в тому числі 8% (6 осіб) – понад 60 років (мал. 14).

Більшість респондентів мають середню загальну або середню спеціальну освіту, частка респондентів, які не закінчили середню школу, є незначною (табл. 20).

Більшість респондентів залучалися до участі в дослідженні через НУО (всі СІН і більшість колишніх засуджених) або через соціальні заклади, в яких вони отримують послуги (більшість безпритульних). Щоправда, 13% опитаних СІН (8 осіб) та 14% безпритульних (10 осіб) зазначили, що вони не відвідують громадські організації/соціальні заклади. Вочевидь це особи, яких привели на опитування їхні друзі-клієнти НУО, або респонденти, яких опитували на аутріч-маршрутах організацій (СІН) чи безпосередньо на вулиці (безпритульні). Колишнім засудженим запитання стосовно відвідування ними НУО не ставилися, адже їх рекрут здійснювався виключно соціальними працівниками

Таблиця 20.  
Рівень освіти респондентів за уразливими групами, %

	СІН	Безпритульні	Засуджені
Початкова/неповна середня	10	10	6
Середня загальна	54	46	55
Середня спеціальна	20	27	31
Незакінчена вища/ вища	16	17	8



Малюнок 15. Частота відвідування НУО/соціальних закладів за уразливими групами, %

Таблиця 21.

Розподіл відповідей на запитання: «З якою метою Ви відвідуєте громадські організації/ соціальні служби/ притулки, реабілітаційні центри і т.д.» за уразливими групами, % респондентів-клієнтів НУО

	СІН (n=53)		Безпритульні (n=61)	
	N	%	n	%
Поїсти	2	4	41	17
Переночувати	0	0	30	12
Помитися	0	0	27	11
Отримати гуманітарну допомогу	19	36	26	11
Отримати медичну допомогу	15	28	22	9
Відігрітися	3	6	26	11
Поспілкуватися	29	55	34	14
Отримати інформацію	29	55	13	5
Отримати роздаткові набори (шприци, презервативи, антисептики)	44	83	13	5
Проконсультуватися	11	21	2	1
Інше	6	11	10	4

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів

НУО, які працюють з даною цільовою групою.

Респонденти-клієнти НУО та соціальних закладів звертаються до них досить часто. Зокрема, майже половина СІН (44%) ходять туди кілька разів на тиждень, а ще 28% - кілька разів на місяць (мал. 15). Серед безпритульних понад дві третини опитаних (71%) зазначили, що вони відвідують НУО/соціальні заклади кілька разів на тиждень, вочевидь більшість із них становлять люди, які на момент опитування проживали в будинках соціального піклування, притулках для тимчасового проживання та центрах реінтеграції бездомних громадян. Тобто більшість опитаних СІН і безпритульних представляють думку регулярних клієнтів НУО або соціальних закладів.

При інтерпретації отриманих даних потрібно враховувати, що СІН-клієнти НУО, представлені у вибірковій сукупності, є більш «свідомими» (поінформованими з питань здоров'я та захищеними у його збереженні) порівняно із СІН, які не відвідують ВІЛ-сервісні організації. Зокрема, більшість із них зазначили, що вони приходять в НУО за інформацією (55%), медичною допомогою (28%), консультацією (21%), тоді як безпритульні – в основному за послугами побутового характеру (табл. 21).

Найбільш вагомим стимулом відвідування НУО для СІН є можливість отримувати витратні матеріали за програмою Зменшення шкоди (83%), тоді як для безпритульних, 89% з яких сказали, що не вживали ін'єкційні наркотики протягом останніх 12 місяців, ця послуга не є важливою.

### 3.2.2. Характеристика респондентів з числа ромів

В ході дослідження було опитано 30 ромів: 20 – в Закарпатській області та 10 – в Одеській. Серед них 16 чоловіків та 14 жінок. Більшість респондентів становить молодь віком 16-29 років (13 осіб) та люди віком від 30 до 49 років (11 осіб); двоє опитаних представляють вікову групу 50-59 років. Решта (4 особи) – люди похилого віку, старші 70 років.

Дві третини опитаних ромів (20 осіб) зазначили, що вони не є клієнтами НУО, решта – відвідують їх нечасто, зокрема, 7 із 10 осіб – раз на місяць або рідше, двоє – кілька разів на місяць. Лише один респондент виявився регулярним клієнтом НУО, яку він відвідує кілька разів на тиждень. Серед тих, хто користується послугами громадських організацій, 5 осіб отримували роздаткові набори (шприци, презервативи, антисептики), 4 – інформацію, 2 – гуманітарну допомогу, по 1 особі приходять до НУО, щоб поспілкуватися та проконсультуватися.

У Закарпатській області респондентів-ромів для дослідження допомагала залучати ВІЛ-сервісна НУО, а в Одеській області – громадська організація більш широкого профілю. Але це не означає, що респонденти користуються послугами саме цих НУО або тільки їхніми.

Троє опитаних повідомили, що протягом останніх 12 місяців вживали ін'єкційні наркотики, решта – заперечили подібний досвід.

Рівень освіти опитаних ромів виявився нижчим, ніж у представників інших уразливих груп: більшість із них мають початкову/неповну середню (10 осіб) та середню загальну (15 осіб) освіту. Лише у 5 опитаних є середня спеціальна освіта, вищої немає у жодного.

Експерти також відзначали переважно низький освітній рівень ромів. Особливо це стосується людей похилого віку та тих, хто проживає у сільській місцевості і невеликих містах.

*Почти 90% старшего поколения читать не умеют. Средний возраст - около 20% грамотных. А молодежь - минимум 8-9 классов они заканчивают (эксперт, Одесская обл.).*

Щоправда, на думку деяких експертів, існує позитивна тенденція щодо підвищення рівня освіти у ромській громаді в цілому за рахунок навчання молодого покоління (в т.ч. серед жінок).

*Освітній рівень ромських дітей у порівнянні з 50-тими роками того сторіччя набагато вищий (експерт, Закарпатська обл.).*

*За последние 5-6 лет у нас 28 девочек получили высшее образование, стали юристами в Одесской области (эксперт, Одесская обл.).*

Всі опитані експерти наголошували на тому, що серед ромів існує значне майнове розшарування. Воно склалося історично, але ще більше посилилося останнім часом у залежності від того, яку нішу в суспільстві змогла зайняти та чи інша людина ромської національності. Останнє досить часто визначається не лише бажанням самої людини та затраченими зусиллями, а й певними об'єктивними факторами на кшталт віку, рівня освіти, наявності паспорта, прописки/реєстрації тощо.

*По-разному живут. Как были касты в Индии, так они и остались: высшая и низшая. Сейчас у нас так же общество расслоилось, но у нас это только сейчас произошло, а у ромов сохранялось всегда. Это уже национальная черта (эксперт, Одесская обл.).*

*Кто-то занимается предпринимательской деятельностью: на Седьмом километре они покупают недорогие товары на оптовых складах и с этими товарами ездят по селам... А кто-то вообще не может пристроиться на работу по понятным причинам – нет образования, нет рабочей специальности... Я часто вижу, что наши ромы работают дворниками (эксперт, Одесская обл.).*

Серед ромів незначною, за експертними оцінками, є частка забезпечених, навіть багатих за українськими мірками, людей, які мають дороге житло, машини, домашній персонал. Натомість для переважної більшості ромських родин характерними є вкрай низький рівень життя, матеріальна скрута та погані побутові умови.

*Оказывается можно построить дом без фундамента, можно из неструганных досок, из пенопласта... Хотя в том же Нерубайском есть семьи ромов, которые живут совсем по-другому, в домах с отоплением (эксперт, Одесская обл.).*

*Є різні: є такі, що живуть в будинках без газу, світла та води, а є дуже заможні, які мають навіть домашніх працівниць з числа тих-таки ромів (експерт, Закарпатська обл.).*

Представникам найбіднішої частини ромського населення часто бракує грошей на задоволення первинних фізіологічних потреб, чимало навіть голодує.

*Всім не вистачає грошей. Багато хто не може собі дозволити самого головного – вдягнутися, взутися, поїсти і в теплі поспати (експерт, Закарпатська обл.).*

*Про яке повноцінне життя та харчування може йти мова, коли вони майже не працюють. Зараз економічна ситуація настільки важка, що вони не стільки живуть, скільки виживають (експерт, Закарпатська обл.).*

При цьому експерти зазначали, що культура харчування ромів не вирізняється істотною національною специфікою, але залежить від релігійної приналежності. Зокрема, роми-мусульмани (яких досить багато в Одеській області) не вживають в їжу свинину, дотримуються мусульманського посту та інших правил харчування, які прописуються цією релігією.

*Если говорит о ромах-мусульманах, то у них есть свои традиции питания. Они не едят свинину, предпочитают мясо, которое по мусульманской традиции называется правильно убитым (експерт, Одеська обл.).*

Погані побутові умови проживання малозабезпечених ромських сімей істотним чином обмежують їхні можливості дотримуватися елементарних правил особистої гігієни, що провокує спалахи інфекційних хвороб.

*В сельской местности водопровода нет, канализации нет, отсюда – инфекции. Последний пример, когда несколько лет назад в Нерубайском заболели 75 детей в таборе. Вы бы видели эти дома. Это просто беда: без окон, без дверей, просто гряда камней каких-то (експерт, Одеська обл.).*

*Діти тих, хто проживає в таборах, де немає води та тепла, де страшна антисанітарія, бігають напівголі та напівголодні. Часто хворіють, в т.ч. на туберкульоз, дизентерію, гепатит (експерт, Закарпатська обл.).*

Досить типовою для представників ромської громади, навіть забезпечених, є низка соціально-правових проблем. За свідченням експертів, для більшості ромів характерна соціальна пасивність, правова неграмотність і намагання якомога рідше взаємодіяти з державними структурами, щоправда, останні відповідають їм взаємністю.

*Если даже этот вопрос можно решить в рамках нашего законодательства, то они (ромы) не знают об этом. Власти неохотно идут с ними на контакт... Все знают, что ромы никогда не пишут заявления и жалобы, никогда не устраивают митинги (експерт, Одеська обл.).*

Тому досить часто роми живуть в умовах юридичної неурегульованості, не маючи необхідних документів на житло, в якому проживають (документи про приватизацію, ордер тощо), або на іншу нерухомість. Тобто за чинними правовими нормами вони проживають незаконно і при бажанні влада їх може в будь-який момент залишити на вулиці. Через зазначену проблему чимало ромів не мають реєстрації, є і такі, хто не має навіть документів, які засвідчують особу .

*Очень многие городские ромы не имеют правильно оформленных документов на жилье, даже если они в нем и проживают (експерт, Одеська обл.).*



За словами експертів, для ромської громади характерні дуже нерівноправні гендерні відносини. Зокрема, йдеться про нерівний розподіл обов'язків між чоловіком і жінкою. Провідну роль у забезпеченні сім'ї відіграє жінка, яка має забезпечувати родину в будь-який спосіб, включаючи зайнятість у неформальній та тіньовій економіці. Зокрема, досить поширеною практикою серед малозабезпечених ромів, так само як і серед інших соціально неблагополучних категорій населення, є народження дітей задля отримання соціальних виплат на них. Натомість, головою сім'ї, чие слово є вирішальним при прийнятті будь-яких рішень, є чоловік.

*Вони мають одну особливість: у них працює жінка, а чоловік сидить вдома. Або жінка весь час знаходиться в декреті і також сидить вдома (експерт, Закарпатська обл.).*

*Молоді жінки народжують, і вся сім'я живе на ці виплати по народженню дитини (експерт, Закарпатська обл.).*

*У ромів робиться те, що сказав чоловік. Чоловік там основа, хоча він ні чорта і не робить, але дуже багато говорить і дуже багато вказує (експерт, Закарпатська обл.).*

Щоправда, експерти наголошують, що останнім часом ситуація щодо гендерної нерівності поступово змінюється на краще, зокрема, розширюється доступ до освіти дівчат ромської національності. Особливий акцент на цьому робили учасники гнучких інтерв'ю в Одеській області.

*На сьогоднішній день ситуація змінюється. Вони стараються, чтобы их дети, и девочки тоже, получали образование, были грамотными и где-то работали (експерт, Одеська обл.).*

*Даже в пригороде дошло до того, что уже нет такого ущемления в правах женщин, как было 20 или 30 лет назад (експерт, Одеська обл.).*

Тоді як в Закарпатті особи, дотичні до ромів, навпаки акцентували увагу на безправному становищі жінок у ромській громаді.

*Оскільки не вистачає грошей, то чоловіки жінок заставляють займатися проституцією, красти. Дуже багато жінок ходять по магазинах та базарах і крадуть, аби тільки прожити (експерт, Закарпатська обл.).*

*Жінки живуть дуже важко: їх і б'ють, і насилля над ними чинять (експерт, Закарпатська обл.).*

Подібні суперечливі позиції експертів можна пояснити тим, що закарпатські експерти здебільшого працюють із найбільш соціально неблагополучними ромами (СІН, ЖСБ, найбіднішими родинами), тоді як одеська НУО, представник якої брав участь в опитуванні, досить активно взаємодіє з різними за майновим статусом групами ромів. Це дає підстави для припущення, що проблема гендерної нерівності більш характерна саме для найбідніших та соціально неблагополучних верств ромської громади. Можливо також, що тут проявляються регіональні особливості. Проте ці гіпотези потребують перевірки та деталізації під час подальших досліджень. Наприклад, дати відповідь на ці запитання могло б опитування кількох експертів національного рівня, які добре обізнані із ситуацією в обох регіонах.

Таким чином, більшість соціальних проблем ромів, зокрема й тих, що підвищують їх ризик захворювання на ТБ (недостатнє/неякісне харчування, погані умови проживання, поширеність ризикованих моделей виживання тощо), спричинені скрут-

ним матеріальним становищем більшості представників даної категорії населення. Ускладнюють ситуацію відносно загального населення низький освітній рівень, гендерна нерівність, відсутність реєстрації, наслідками яких є, зокрема, нехтування правилами здорового способу життя, несвоєчасне звернення по медичну допомогу.

### 3.3. Обізнаність з питань туберкульозу

У відповідності до вимог опитування, до участі в ньому допускалися лише ті СІН, безпритульні та роми, які на етапі рекруту зазначили, що вони що-небудь чули про туберкульоз. Колишні засуджені чули про нього апріорі, оскільки кожному з них під час перебування в установах виконання покарань встановлювався діагноз «туберкульоз».

Таблиця 22.

**Частка респондентів, які назвали ті чи інші симптоми туберкульозу, за уразливими групами<sup>25</sup>, %**

	СІН	Безпритульні	Колишні засуджені
Кашель, що триває більше трьох тижнів	92	89	85
Кашель із кров'ю	89	89	85
Кашель	85	90	91
Температура без видимої причини, що тримається понад 7 днів	92	86	85
Втрата ваги, схуднення	89	83	97
Постійна слабкість (недомагання)	82	75	88
Пітливість уночі	79	69	92
Важке дихання	74	75	79
Виділення мокротиння при кашлі	71	66	74
Біль у грудях	71	58	63
Головний біль	31	39	42
Нудота	34	35	48
Висипання на шкірі	3	11	8
Важко відповісти/Не знаю	2	1	0

*\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей*

Респондентам було запропоновано обрати ознаки туберкульозу із поданого в анкеті списку. Останній включав широкий перелік симптомів ТБ, які можуть проявлятися на різних стадіях розвитку цієї хвороби, а також три симптоми, які не мають відношення до туберкульозу (висипання на шкірі, головний біль, нудота).

При цьому більшість респондентів обирали ледь не всі запропоновані симптоми. Частка респондентів, які обрали кожну із включених до переліку правильних ознак ТБ, коливається від 58% до 97% у різних уразливих групах. Щодо таких хибних симптомів, як головний біль (31-42%) і нудота (34-48%), ці частки є дещо нижчими, але не набагато. Лише стосовно висипання на шкірі більшість респондентів впевнені, що цей симптом із туберкульозом не пов'язаний (табл. 22).

Щодо кашлю опитані роми виявилися досить обізнаними: хоча б один із трьох видів кашлю зазначили 29 опитаних з 30. Значно менше опитаних (третина) поінформовані про другий симптом – тривалу (понад тиждень) підвищену температуру. Також близько половини респондентів назвали такі ознаки ТБ, як втрата ваги/схуднення (23 особи), виділення мокротиння при кашлі (20 осіб), постійна слабкість/недомагання (20 осіб), пітливість уночі (15 осіб) та важке дихання (14 осіб). Кожен третій опитаний вважає, що туберкульоз супроводжується головним болем, нудотою та болем у грудях (по 10 осіб). Про весь комплекс симптомів ТБ поінформовані третина опитаних (10 осіб). Саме стільки респондентів одночасно вказали такі ознаки ТБ, як кашель, що триває понад три тижні, температура без видимої причини, що тримається понад тиждень, підвищене потовиділення вночі, безпричинна втрата ваги та

<sup>25</sup> Для ромів відсоток не розраховувався через малу кількість респондентів – всього було опитано 30 осіб. Результати опитування наведені в абсолютних числах.

Таблиця 23.

**Частка респондентів, які назвали ті чи інші шляхи передачі туберкульозу, за уразливими групами, %**

	СІН	Безпритульні	Колишні засуджені
Через повітря, коли хворий на туберкульоз кашляє або чихає	95	92	95
Через м'ясо або молоко хворої на туберкульоз тварини	49	68	57
При поцілунках	92	79	88
При спільному проживанні з хворим в одній квартирі, кімнаті	71	78	82
Через рукостискання	38	34	37
Статевим шляхом	33	25	32
Через використання спільного посуду із хворим на туберкульоз	93	89	94
Якщо торкатися до предметів у громадських місцях (дверних ручок, поручнів у транспорті)	61	54	59
Через журнали, гроші	28	23	35
Важко відповісти\ Не знаю	0	1	0

*\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів відповідей*

постійна слабкість. Щоправда, більшість із них вважають, що ТБ супроводжується нудотою (9 осіб), головним болем (8 осіб) та висипанням на шкірі (2 особи).

З точки зору боротьби з епідемією ТБ важливо, що більшість опитаних (понад 85%) асоціюють із туберкульозом такі його симптоми, як кашель і підвищена температура, адже саме вони є головними ознаками захворювання.

Зокрема, хоча б один із видів кашлю обрали понад 98% респондентів в кожній із уразливих груп. Натомість обізнаність респондентів про такі ознаки ТБ, як схуднення, слабкість, пітливість, важке дихання, виділення мокротини при кашлі та біль у грудях, є менш важливою, оскільки подібні симптоми не співвідносяться однозначно з цією хворобою. Тобто, по-перше, вони не обов'язково супроводжують захворювання на туберкульоз, а, по-друге, можуть проявлятися при низці інших хвороб.

Понад 90% опитаних з числа безпритульних, СІН та колишніх засуджених обізнані про головний, з точки зору впливу на епідемічну ситуацію, шлях передачі туберкульозу – через повітря, коли хворий на ТБ кашляє або чхає. Роми – це єдина із уразливих груп, в якій головний шлях передачі ТБ (повітряно-крапельний) назвали абсолютно всі респонденти. Про те, що ТБ передається також через м'ясо/молоко хворих тварин, знають трохи менше респондентів (від половини до третини респондентів в різних групах), але цей шлях передачі є менш

важливим, оскільки ці продукти здебільшого вживаються в їжу після термічної обробки.

Водночас абсолютна більшість респондентів поділяє стереотип про те, що ТБ передається побутовим шляхом: через користування спільним посудом, журнали/гроші, дверні ручки/поручні у транспорті та інші предмети у громадських місцях. Хоча б одну із вказаних альтернатив обрали 92% опитаних безпритульних, 94% колишніх засуджених та 95% СІН. Особливо небезпечним респонденти вважають саме користування спільним посудом з хворою на ТБ людиною (табл. 23).

Що стосується таких способів заразитися ТБ, як статевий, поцілунки, спільне проживання з хворим і навіть рукостискання, то їх не можна вважати однозначно хибними, оскільки вони не виключають перебування поряд із хворою людиною, яка може кашляти. Зокрема, опитані, які обрали відповіді «через поцілунок» або «статевим шляхом», досить часто обґрунтовували свою думку тим, що «Туберкулез передається воздушно-капельным путем, а люди сексом не в противогазе же занимаются».

Запитання про виліковність туберкульозу також є важливим з точки зору розвитку епідемії ТБ. Засудженим воно не ставилося, а серед безпритульних та СІН впевнені в тому, що туберкульоз можна вилікувати, 72% опитаних. У тому, що туберкульоз можна вилікувати, впевнені дві третини опитаних ромів (20 осіб). Решта вважають, що це захворювання невиліковне (16% СІН та 21% безпритульних, 7 з 30 ромів) або утруднилися з відповіддю (12% і 7% відповідно).

Логічно припустити, що колишні засуджені, які вже перехворіли на ТБ, є більш обізнаними щодо цього захворювання. Але на практиці подібної тенденції не простежується ні на рівні поінформованості щодо окремих симптомів і шляхів передачі цього

захворювання, ні на рівні загального показника знань, який для колишніх засуджених становить 66%, для СІН – 64%, а для безпритульних – 59% при похибці, що перевищує 10%. Відсутність значимих розбіжностей за цим показником між різними уразливими групами підтверджується також розрахунком значимості відмінностей за допомогою програми OCA.

Загальний показник знань був розроблений авторами в ході консультацій із представниками робочої групи з питань адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (ACSM Task Force) Фонду Ріната Ахметова «Розвиток України», щоб оцінити рівень поінформованості респондентів в узагальненому вигляді. Він розраховувався як частка респондентів, які одночасно:

- назвали таку ознаку ТБ, як кашель, що триває понад три тижні;
- вказали основний шлях його передачі (через повітря, коли хворий кашляє або чхає);
- знають, що туберкульоз можна вилікувати.

На думку експертів, зазначений набір знань можна вважати достатнім з огляду на епідситуацію щодо захворювання на ТБ в Україні. Зокрема, до складу показника не включався такий спосіб передачі ТБ, як м'ясо/молоко хворої на ТБ тварини, оскільки він не є домінуючим шляхом поширення туберкульозу.

При цьому при інтерпретації отриманих даних необхідно враховувати, що процедура проведення опитування представників уразливих груп, на відміну від загального населення, передбачала використання карток із варіантами відповідей на запитання щодо симптомів ТБ та шляхів його передачі, які могли стати своєрідними підказками для деяких респондентів. Відповідно, при відповіді без картки частка правильних відповідей вочевидь була б нижчою.

Повертаючись до колишніх засуджених, можна зазначити, що знання про туберкульоз представників цієї групи є досить фрагментарними і здебільшого є результатом індивідуального досвіду, а не систематичної інформаційної роботи, яку проводять з ними медичні працівники. Зокрема, відповідаючи на запитання про симптоми ТБ, респонденти з числа колишніх засуджених досить часто обґрунтовували кожен свій вибір (в тому числі і неправильний) тим, що «це в мене було, а цього не було», не відокремлюючи симптоми власне туберкульозу від страждань, спричинених іншими захворюваннями, які вони вочевидь мають.

Таким чином, близько 90% опитаних в групах безпритульних, СІН та колишніх засуджених правильно називають основні ознаки туберкульозу. Серед 30 опитаних ромів лише 15 осіб, тобто половина, які відповідають вказаним вимогам. Але водночас, ромі – це єдина із уразливих груп, в якій головний шлях передачі ТБ (повітряно-крапельний) назвали абсолютно всі респонденти. Понад 90% решти опитаних обізнані про головний шлях його передачі (повітряно-крапельний), від половини до двох третин у різних уразливих групах – про можливість заразитися ТБ через м'ясо/молоко хворої тварини. Водночас досить багато респондентів називали «сумнівні» (через поцілунки або при спільному проживанні з хворим) та відверто хибні (наприклад, через спільний посуд) шляхи передачі ТБ. Тобто в цілому рівень знань опитаних про ТБ є невисоким (загальний показник знань коливається в межах 59-66%) і потребує корекції щодо подолання поширених серед них стереотипів про можливість інфікуватися ТБ побутовим шляхом. Загалом рівень знань ромів є нижчим порівняно із представниками інших груп ризику. Зокрема, загальний показник знань для них становить 50% проти 59-66% для інших груп.

## 3.4. Поведінкові практики респондентів щодо діагностики та лікування туберкульозу

### 3.4.1. Готовність СІН звертатися по медичну допомогу при підозрі на туберкульоз

Для розуміння причин, через які у разі захворювання на туберкульоз споживачі ін'єкційних наркотиків не звертаються до лікаря, були розглянуті поведінкові наміри трьох груп респондентів:

- 1) осіб, які під час захворювання мали кашель, але не зверталися до лікаря;
- 2) осіб, які в разі потенційного захворювання не готові до його лікування;
- 3) усіх респондентів із групи СІН у ситуації тривалого кашлю.

#### *Причини не звернення по медичну допомогу СІН-респондентів із симптомами туберкульозу*

З 25 СІН, яким траплялось протягом останніх кількох років хворіти так, щоб кашель тривав більше 2-3 тижнів, до медичної установи не звернувся лише один. Цей респондент пояснив своє рішення тим, що просто не хотів йти до лікаря та побоювався зіткнутися із негативним ставленням медичних працівників.

#### *Умови проходження курсу лікування респондентами-СІН при встановленому діагнозі «туберкульоз»*

Більшість опитаних СІН (77%) висловили намір обов'язково пройти лікування, якщо їм буде встановлений діагноз «туберкульоз». Решта (14 осіб, або 23%) респондентів-СІН зазначили готовність лікуватись лише за певних умов,<sup>26</sup> а саме:

- 8 осіб, тобто більше половини з опитаних, які висунули додаткові вимоги для проходження лікування ТБ, вказали на необхідність матеріальної підтримки. У тому числі 7 респондентів зазначили як умову повністю безкоштовне лікування, а 6 осіб – регулярну гуманітарну допомогу (продуктовими наборами);

<sup>26</sup> Респонденти могли зазначити кілька умов проходження лікування.

- 6 осіб – за умов амбулаторного лікування,
- 2 особи – за умов лікування у стаціонарі,
- 2 особи – якщо існуватиме ризик покарання за відмову від лікування.

Тобто ключовим фактором, що підвищує готовність СІН до проходження лікування, є матеріальний (гарантії безкоштовного лікування і додаткові матеріальні стимули, наприклад, продуктові набори). Більшість респондентів, які зазначили цей чинник, обґрунтовували свою позицію важким матеріальним становищем, браком грошей на ліки та харчування. На це вказали 6 із 8 опитаних. Про брак грошей згадували і респонденти, які згодні лікуватися в умовах стаціонару.

*Жизнь безденежная. Денег не хватает на наркотики. А лекарства дорогие. Придет-ся воровать. И опять сесть. Не хотелось бы. Нужна поддержка (СІН, Донецька обл.).*

Із 6 осіб, які згодні лікуватися лише амбулаторно, 2 також згадували матеріальний чинник, пояснюючи, що не можуть перебувати у стаціонарі, адже повинні «заробляти на існування». Решта (4 із 6 осіб) категорично відмовляються стати пацієнтами тубдиспансерів через неприйнятні в них умови перебування (погану матеріальну базу, недотримання норм санітарного контролю, недобррозичливе ставлення медперсоналу). Спираючись на особистий досвід і негативні відгуки своїх знайомих, ці респонденти повідомили про зневіреність в успіху лікування ТБ у спеціалізованому закладі. Не можна не звернути увагу на те, що 3 із 4 респондентів, які погодяться на лікування лише амбулаторно через неприйнятні умови в тубдиспансері, - із Миколаївської області.

*Тубдиспансер – ужасное, страшное, убитое подвальное помещение. Там закальивают. Две недели поступает больной – и его там добивают (СІН, Донецька обл.).*

*Меня с пневмонией – в тубдиспансер. Там 5 суток. Вокруг живые трупы. Меня положили на место умершей женщины. Ничего с постели не поменяли. Хотела уйти и отказаться от лечения – не выпускают. Я сбежала оттуда. Оказалось, что у меня ничего (ТБ - авт.) не было. У меня 50 клеток СД. Кругом больные ТБ. Обращение персонала к больным, как тараканам: ниже плинтуса, за людей не считают (СІН, Миколаївська обл.).*

*Много приятелей ложилось в больницу и не выходили из нее. В больницу желательно не ложиться. Если бы дома, то да. А так все умирают в больнице (СІН, Миколаївська обл.)*

*Очень плохие условия содержания. Врачей – расстрелять. Был там 20 минут. Плюнул, анализы сдал и ушел. Ребята заезжают нормальные. А никто потом не выезжал. Всех погубили. А я жить хочу. Поэтому в больницу ложиться не буду. Так вылечусь (СІН, Миколаївська обл.).*

Спонукає до лікування можуть також занепокоєність своїм здоров'ям і відповідальність за здоров'я своїх близьких. Але про це зазначило лише 2 СІН.

*Молод. Хочется жить. У меня есть семья. Хочу видеть продолжение. Внуков хочу видеть (СІН, Сумська обл.).*

Таким чином, переважна більшість СІН (три із чотирьох опитаних) висловили готовність у випадку встановлення діагнозу ТБ пройти його лікування, навіть, якщо воно триватиме півроку. Найбільш серйозним бар'єром для прийняття рештою СІН рішення на користь лікування є зубожіння (брак коштів на їжу

та ліки), другий за значенням чинник – неприйнятні умови перебування в тубдиспансерах, наслідком чого є, на думку опитаних, нерезультативне лікування.

### Готовність респондентів-СІН звертатися у майбутньому по медичну допомогу

Враховуючи особливості поширення епідемії туберкульозу, важливою умовою для її протидії є не лише готовність представників уразливих груп до лікування, але і до своєчасного виявлення цього захворювання. Оптимальною поведінкою вважається обов'язкове звернення до лікарів пацієнтів, у яких кашель триває 2-3 тижні.

За відповідями опитаних СІН, переважна більшість з них налаштована на проходження діагностики. Готовність зробити флюорографію/рентген легенів, здати аналізи при тривалому кашлі підтвердили 60 із 61 опитаних. Лише 2 із 61 респондентів-СІН заявляють, що із такою скаргою за жодних умов не звертатимуться до лікарів (мал. 16).



Начебто немає причин для занепокоєння, переважна більшість СІН у разі появи ознак захворювання готові звертатися по медичну допомогу. Але це не означає своєчасність звернення.

Мал.16. Умови звернення до лікаря у випадку, якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів,<sup>27</sup> осіб, n=61

Із числа опитаних 35 СІН (57%) зазначили, що у майбутньому при тривалому кашлі відразу звернуться до лікаря. Після того, як самолікування не принесе результатів, кількість звернень збільшиться і сягне 56 осіб (91%). Це приблизно відповідає реальній ситуації. На практиці при тривалому кашлі до лікарів зверталися переважна більшість опитаних СІН.

Отже, значна частка СІН (24 особи – близько 40%) у разі тривалого кашлю будуть



зволікати із зверненням до лікаря, що ускладнюватиме процес лікування та негативно позначатиметься на епідситуації в цілому. Здебільшого ці респонденти спочатку спробують самолікування (21 особа), у разі його нерезультативності вони, скоріше за все, звернуться по медичну допомогу. Рідше згадували респонденти про гарантії безкоштовного прийому і лікування (7 осіб).

Малюнок 17. Чинники, які сприятимуть своєчасному зверненню СІН до лікарів, осіб, n=61

Для уточнення поведінкових орієнтацій респондентів-СІН також проведений контент-аналіз їх відповідей на відкрите запитання: «Що, на Ваш погляд, потрібно зробити, щоб такі люди, як Ви, більш відповідально ставилися до свого здоров'я і вчасно зверталися до лікарів?». В результаті нами було виділено 9 груп відповідей, які можуть вказувати на ключові фактори, що впливають на своєчасне звернення по медичну допомогу (мал. 17).

<sup>27</sup> Респонденти могли зазначити кілька умов звернення.



Скептично налаштованих респондентів, які стверджують, що нічого не зможе примусити хворих СНІ піти до лікаря, зовсім мало (2 із 61 особи). Приблизно така ж кількість респондентів відповіла, що не буде лікуватися за жодних умов (мал. 16), що є ще одним підтвердженням нечисленності цієї групи.

Досить багато респондентів (44%) заявляють, що належне інформування допоможе хворим вчасно звертатися до лікарів. Зазвичай вони згадують інформацію про наслідки захворювання, яка повинна викликати негативні емоції.

*Больше приводит примеров, статистику об умерших от туберкулеза (СН, Херсонська обл.).*

*Надо информировать о последствиях нелечения болезни (СН, Вінницька обл.).*

*Больше показывать по телевизору плачевные итоги болезни. Показывать больных в больнице. Говорить о последствиях заболевания (СН, Харківська обл.).*

*Социальные работники в общественных организациях должны доступно объяснять о болезнях, о том, что будет, если не лечиться (СН, Вінницька обл.).*

Ще один важливий фактор, який спонукатиме СН своєчасно звертатися по медичну допомогу, - доступність лікування і поліпшення умов життя, що дозволить фінансово забезпечити лікування. Це відзначили 41% представників даної групи.

*Лечение стоит больших денег, а у меня их нет и негде заработать. И диагностика стоит очень дорого. Если будет все бесплатно, я буду лечиться обязательно (СН, Харківська обл.).*

Наступними за значимістю йдуть пропозиції щодо поліпшення умов перебування у лікарні, включаючи більш дружнє ставлення персоналу і організацію соціального супроводу хворих-СН при першому зверненні до лікаря та вирішенні питання стосовно госпіталізації. Такий супровід могли б здійснювати ВІЛ-сервісні НУО, які уже мають аналогічний досвід, і коло підготовлених спеціалістів, а також інші громадські та благодійні організації за умов відповідного навчання їх соціальних працівників.

*Нужны общественные организации, которые могут помочь (СН, Полтавська обл.).*

*Больше надо социальных организаций создавать. (СН, Донецька обл.).*

*Если бы волонтеры вели беседы или лекции, то можно задать вопросы и получить ответы. В больнице не всегда есть время у медперсонала (СН, Херсонська обл.).*

Ще одним важливим чинником, здатним спонукати СН звертатися по медичну допомогу, є усвідомлення ними необхідності піклуватися про своє здоров'я, думати про наслідки для оточуючих. Його відзначили 23% опитаних. Проте правильна за суттю теза суттєво поступається за кількістю згадувань попереднім й не отримала подальшого розвитку у відповідях респондентів. Жоден з них не пояснив, яким чином формувати більш відповідальне ставлення у представників їх соціальної групи.

*В первую очередь надо сделать что-то в себе. Никто другой не поможет (СН, Київська обл.).*

*Бросить потреблять, а осознать, что есть другая жизнь (СН, Полтавська обл.).*

Аналізуючи відповіді респондентів, важливо нагадати, що формування відповідального ставлення до свого здоров'я у представників досліджуваної групи є досить

складним завданням. Деякі респонденти відверто зізнались під час інтерв'ю в тому, що не прагнуть відмовлятися від ризикованого способу життя, який не сприяє ані своєчасному зверненню для діагностики, ані лікуванню.

*Легалізуйте наркотики. Запретний плод слаще. Больше вести профилактической работы среди таких людей, как я (СІН, Сумська обл.).*

*Дать работу и наркотики (СІН, Миколаївська обл.).*

Ще одним способом спонукати людей вчасно звертатися по медичну допомогу при підозрі на туберкульоз, на думку 3 опитаних, може бути примусовий характер лікування цього захворювання. Проте цей захід в цілому виявився малопопулярним серед представників даної цільової групи.

Належна інформація про економічну доступність діагностики і лікування (в ідеалі – безкоштовність для пацієнтів), підтверджена реальною практикою, а також забезпечення прийнятних умов лікування та соціальний супровід пацієнтів із числа СІН – ось основні чинники, здатні збільшити кількість своєчасних звернень СІН, які мають ознаки туберкульозу, до лікаря.

#### **Чинники звернення СІН за медичною допомогою**

Однією із гіпотез, які перевірялися під час дослідження, було визначено поведінкові настанови пацієнтів, група СІН, які за останні пару років хворіли з тривалим кашлем (про це повідомили 25 осіб), була розділена на дві підгрупи. Одну підгрупу склали хворі (17 осіб), які не зазначили проблем у процесі лікування. У другу підгрупу увійшли інші респонденти-СІН, які хворіли (8 осіб). Порівнювалися відповіді на запитання: «За яких умов у майбутньому Ви звернетесь до лікаря у випадку, якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів?» і «Якщо при обстеженні лікар поставить Вам діагноз «туберкульоз», за яких умов Ви будете лікуватись, якщо на це потрібно близько півроку?».

В підгрупі респондентів, які не мали проблем у процесі лікування, понад половини (10 осіб із 17) опитаних заявили, що обов'язково звернуться до лікаря в ситуації тривалого кашлю. Серед тих, хто зіткнувся із проблемами при попередніх зверненнях до медичних закладів, у майбутньому звернуться по допомогу також понад половини (5 осіб із 8). Якщо буде поставлено діагноз «туберкульоз», то серед 17 осіб, які не зазнали раніше проблем, лікуватимуться від туберкульозу 16, а із 8 респондентів, які зіткнулися з проблемами, про такі наміри заявили 6 осіб. Отже, значимих розбіжностей (навіть на рівні тенденцій) у поведінкових намірах СІН, які мали позитивний і негативний попередній досвід звернення до лікарів із симптомами тривалого кашлю, не спостерігається. Проте, враховуючи незначну наповнюваність розглянутих підгруп, отримані висновки варто розглядати як гіпотези, які потребують верифікації на більших за обсягами емпіричних масивах.

### **3.4.2. Готовність безпритульних звертатися по медичну допомогу при підозрі на туберкульоз**

Аналогічний (як у розділі 3.4.1) підхід для аналізу чинників незвернення по медичну допомогу був застосований і для групи безпритульних. Було досліджено поведінкові наміри їх представників у ситуаціях, коли:

а) вони, маючи симптоми ТБ, не зверталися до лікаря;

б) респонденти, які в разі потенційного захворювання не готові звертатися до лікаря;

в) у майбутньому виникнуть симптоми ТБ (тривалий кашель).

### **Причини незвернення по медичну допомогу безпритульних із симптомами туберкульозу**

З 28 безпритульних, яким траплялось протягом останніх кількох років хворіти так, щоб кашель тривав більше 2-3 тижнів, досить багато - 12 осіб (43%) - не звернулися до медичної установи.

Основною причиною незвернення респонденти назвали небажання йти до лікаря. Таких було 8 чоловік з 12. Щоправда, цей суб'єктивний фактор зазвичай доповнюється іншими причинами об'єктивного характеру. Зокрема, 5 осіб назвали брак грошей і стільки ж осіб відзначили негативне ставлення медичних працівників, третина цих респондентів (4 особи) назвала відсутність прописки та паспорта, 2 особи - брак інформації про те, куди можна звернутися по допомогу. Стільки ж респондентів (2) зазначили, що у них не було часу. Жодна людина не назвала побоювання примусового лікування або небажання знати свій діагноз/лікуватися як причину незвернення до медиків.

### **Умови проходження курсу лікування безпритульними при встановленому діагнозі «туберкульоз»**

Більше половини опитаних безпритульних (41 особа або 58%) висловили намір обов'язково пройти лікування, якщо їм буде встановлений діагноз «туберкульоз». Тільки один безпритульний заявив, що не буде лікуватися за жодних умов. Разом з тим, 42% опитаних безпритульних (30 осіб) висловлюють готовність лікуватись лише за певних умов, а саме із 30 респондентів:

- 23 респонденти, тобто понад дві третини опитаних, вказували на необхідність матеріальної підтримки як необхідної умови проходження лікування. Зокрема, 22 респонденти готові проходити лікування туберкульозу, якщо воно буде повністю безкоштовним, а 16 осіб – якщо регулярно надаватиметься гуманітарна допомога (продуктовими наборами);
- 18 осіб – за умов лікування у стаціонарі,
- 3 особи – за умов амбулаторного лікування,
- 4 особи – якщо існуватиме ризик покарання за відмову від лікування.

Наведені дані свідчать про пріоритетність матеріального чинника. Саме безкоштовність лікування і додаткові матеріальні стимули, які не виходять за межі забезпечення фізіологічного мінімуму, можуть реально підвищити готовність більшості безпритульних проходити лікування. Саме фінансовий чинник є провідним і для тих, хто висловився за можливість лікуватися стаціонарно.

*Больница – это тепло и еда. Можно помыться и переночевать. Больница вместо дома (безпритульний, Харківська обл.).*

Більшість респондентів, які говорили про необхідність матеріального забезпечення процесу лікування, обґрунтовували свою позицію важким матеріальним становищем, відсутністю грошей на ліки та харчування. На це вказали 19 із 23 опитаних.

*Немає за що лікуватися. Якщо не буде коштів або допомоги тоді не буду лікуватися (безпритульний, Тернопільська обл.).*

*Нет денег. А без денег никто даже слушать не захочет (безпритульний, Миколаївська обл.).*

На відміну від СН, решта можливих перешкод для обов'язкового лікування згадувалися безпритульними значно рідше: погані умови в стаціонарі (4 особи), недовіра до офіційної медицини (3 особи).

*Из-за того, что старые методы лечения не эффективны и дорогостоящие, буду лечиться народными методами: барсучий жир, мед и т.д. (безпритульний, Вінницька обл.).*

*Если я буду лечиться не в больнице, то я смогу покушать в «Ковчеге», в костеле, в Ильинской церкви. А в больнице с голоду помру (безпритульний, Сумська обл.).*

Спонукає до лікування можуть переживання за своє здоров'я і здоров'я своїх близьких, що відзначило 5 із 23 безпритульних.

*Если в доме семья есть, то лечиться только стационарно, чтобы не подвергать семью риску (безпритульний, Київська обл.).*

*Буду обстоятельно лечиться, потому что жить хочется (безпритульний, Херсонська обл.).*

Таким чином, основною перешкодою для обов'язкового проходження лікування безпритульними є зубожіння (відсутність грошей навіть на ліки та харчування), решта можливих перешкод (наприклад, недовіра до офіційної медицини, негативна оцінка умов лікування) відіграють для представників даної цільової групи значно менше значення.

Таким чином, більше половини опитаних безпритульних декларують наміри щодо безумовного проходження лікування, якщо їм буде встановлено діагноз «туберкульоз». Проте досить значною (не менше 40%) є частка тих, які не готові в цій ситуації до лікування ТБ. Найбільш значимим чинником, здатним спонукати останніх до проходження лікування, є економічний (забезпечення безкоштовності лікування та надання гуманітарної допомоги у вигляді продуктивних наборів). Мотивація респондентів, які готові лікуватися лише в умовах стаціонару, також здебільшого пов'язана з матеріальним аспектом: перебування в лікарні є для них способом отримати не лише необхідну медичну допомогу, а й прийнятні умови існування, включаючи харчування та дах над головою. Решта чинників для безпритульних є дургорядними.

### **Готовність респондентів звертатися у майбутньому по медичну допомогу**

Враховуючи особливості поширення епідемії туберкульозу, важливою умовою для її протидії є не лише готовність представників уразливих груп до лікування, але і до своєчасного виявлення цього захворювання. Оптимальною поведінкою вважається обов'язкове звернення до лікарів пацієнтів, у яких кашель триває 2-3 тижні.

За відповідями опитаних безпритульних, переважна більшість з них налаштована на проходження діагностики. Пройти обстеження (флюорографія/ рентген легенів, аналізи) при тривалому кашлі готові 66 із 71, або 93% опитаних.

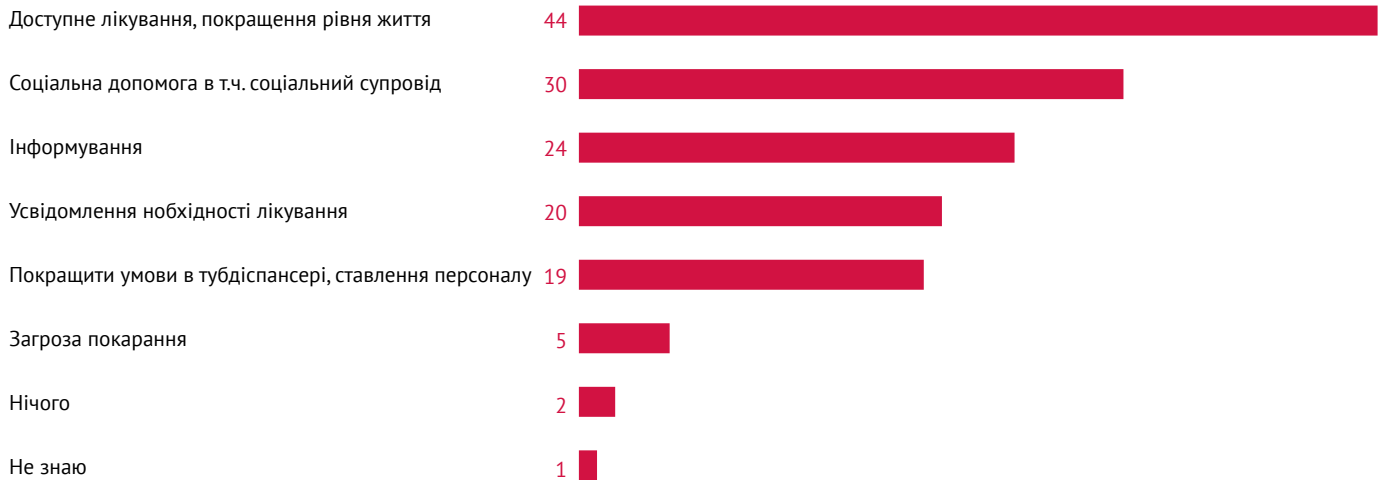


Малюнок 18. Умови звернення до лікаря у випадку, якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів,<sup>28</sup> осіб, n=71

Ключовою проблемою виявляється поширеність поведінкових орієнтацій на зволікання у зверненні за кваліфікованою медичною допомогою. Відповідаючи на запитання: «За яких умов у майбутньому Ви звернетесь до лікаря у випадку, якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів?», менше половини безпритульних (28 осіб) заявили, що готові звернутися до лікаря одразу, 5 безпритульних - за жодних умов не звертатимуться до медичних закладів (мал. 18). Якщо самолікування не принесе результатів, загальна кількість тих, хто звернеться до лікарів, досягне 47 осіб (66%). Це приблизно відповідає реальній ситуації. На практиці, при тривалому кашлі, до лікарів зверталось 57% безпритульних

Більшість (43 із 71 респондентів, або 61%) в разі тривалого кашлю зволікатимуть із зверненням до лікаря, що ускладнюватиме процес лікування та негативно позначатиметься на епідситуації в цілому. Уразі невдалого самолікування звернуться до медиків 19 безпритульних (27%), за умов гарантій безкоштовного лікування – 26 безпритульних (37%).

Також були проаналізовані відповіді опитаних безпритульних на відкрите запитання: «Що, на Ваш погляд, потрібно зробити, щоб такі люди, як Ви, більш відповідально ставилися до свого здоров'я і вчасно зверталися до лікарів?». В результаті нами було виділено 9 груп відповідей, які можуть вказувати на ключові фактори, що впливають на своєчасне звернення по медичну допомогу (мал. 19).



Малюнок 19. Чинники, які сприятимуть своєчасному зверненню безпритульних до лікарів, осіб, n=71

Скептично налаштованих респондентів, які стверджують, що нічого не зможе примусити хворих із груп ризику піти до лікаря, зовсім мало – 2 особи (3%). Цей показник несуттєво відрізняється від частки респондентів, які не готові лікуватися за будь-яких умов (мал. 18), що служить ще одним підтвердженням нечисленності цієї групи.

Основний фактор, який спонукатиме безпритульних звертатися по медичну допомогу, - доступність лікування і/ або поліпшення умов життя, що дозволить фінансово забезпечити лікування. Це відзначили 62% безпритульних.

*Доступность медицины – бесплатно. По-другому – ни за что (безпритульний, Полтавська обл.).*

*У меня нет денег. И я не могу купить себе лекарства. Жить негде (безпритульний, Донецька обл.).*

На другому місці – необхідність соціального супроводу, який могли б здійснювати надавачі соціальні послуг для цієї категорії (місцеві НУО, обласні центри реінтеграції безпритульних (синоніми) громадян). Саме цей захід може дозволити уникнути відмови при зверненні по медичну допомогу, сформувати більш конструктивну позицію у пацієнтів із числа уразливих груп.

*Обеспечить службу сопровождения «заблудившегося» человека по кабинетам с вымогателями-врачами (безпритульний, Вінницька обл.).*

*Может быть, должно быть, сопровождение социальными работниками. Тогда и к нам было бы другое отношение (безпритульний, Київська обл.).*

Чимало респондентів (третина опитаних) заявляють, що інформування допоможе хворим вчасно звертатися до лікарів. Зазвичай вони згадують інформацію про наслідки захворювання, яка повинна викликати негативні емоції.

*Должны показать, что получится, если не лечиться. Примеры больных людей – умирающих (безпритульний, Донецька обл.).*

*Объяснять бездомным, что он может погибнуть, если не будет лечиться (безпритульний, Сумська обл.).*

Ще одним значущим чинником, здатним спонукати хворих із груп ризику звертатися до медичних установ, є усвідомлення ними необхідності піклуватися про своє здоров'я, думати про наслідки для оточуючих. Його відзначили 28% безпритульних.

*Возродить желание жить. Дать возможность заслужить доверие общества и людей. Я бабушка. Не вижу внуков. Живу, как собака, и отношение как к собаке (безпритульний, Сумська обл.).*

*Пояснювати, що постраждати можуть крім тебе ще й ті люди, які тебе оточують (безпритульний, Львівська обл.).*

*Надо вести нормальный образ жизни (безпритульний, Київська обл.).*

*Буду обстоятельно лечиться, потому что жить хочется (безпритульний, Херсонська обл.).*

*Жить хочется. Молодая. Есть надежда организовать семью (безпритульний, Сумська обл.).*

*Надо себя любить. Бог дал нам жизнь, и ее надо беречь. Больше проводит религиозных мероприятий (безпритульний, Сумська обл.).*

Значно рідше, ніж СІН, безпритульні згадують про необхідність поліпшення умов перебування у лікарні, включаючи зміну ставлення персоналу. Адже для багатьох представників цієї цільової групи умови у будь-якому тубдиспансері є кращими, ніж умови їхнього повсякденного життя.

*Чтобы в больницах к бомжам относились по-людски. Как подумаешь, как с*

*тобой там говорить будут, не хочется идти (безпритульний, Сумська обл.).*

Аналізуючи відповіді респондентів, можна припустити, що у частини представників досліджуваної групи домінують споживацькі настрої, а лікування ТБ розглядається як свого роду «послуга», яку суспільство має оплатити безпритульним.

*Бесплатное лечение и бесплатная кормежка. Водка для профилактики. И хоть какая-то денежная помощь (безпритульний, Харківська обл.).*

Малопопулярним серед безпритульних заходом є примусове лікування ТБ. На його підтримку висловились лише 4 особи.

*Считаю, что надо наказывать, что такую болезнь разносят (безпритульний, Херсонська обл.).*

Водночас серед 12 хворих респондентів, які не зверталися за лікуванням, жоден не згадував цей захід як ефективний при роботі із цільовою групою.

Таким чином, ключовою проблемою виявляється поширеність серед безпритульних установок на несвоєчасне звернення за кваліфікованою медичною допомогою: понад половини опитаних зволікатимуть із відвідуванням лікаря за наявності тривалого кашлю. Основним чинником, здатним змінити поведінку хворих безпритульних на більш свідому, є забезпечення економічної доступності лікування, а саме його безкоштовності, включаючи безоплатні для пацієнта ліки та харчування. Наступним за значимістю є забезпечення соціального супроводу для представників цільової групи, що дозволить зменшити кількість відмов, особливо на етапі первинного звернення по медичну допомогу, та належне інформування про захворювання та умови його лікування. Решта чинників грають значно меншу роль у поведінці безпритульних.

#### **Чинники звернення безпритульних по медичну допомогу**

Дослідження виявило залежність готовності безпритульних звернутися по медичну допомогу від низки чинників, зокрема від обізнаності про виліковність ТБ.

При появі перших ознак захворювання всі респонденти, які вважають туберкульоз невиліковним (5 осіб), звернулися до лікаря. Водночас серед респондентів, які знають про виліковність туберкульозу, до медичної установи звернулося лише 55% (11 безпритульних із 20). Цілком можливо, що свою роль зіграло переживання страху. Більш налякані можливістю летального результату респонденти звернулись до лікаря, щоб розвіяти свої сумніви. А серед осіб, які вважають кашель симптомом важкої, проте виліковної хвороби, чимало тих, хто віддає перевагу самолікуванню. Цей феномен вимагає додаткового вивчення із застосуванням спеціальних психологічних методик.

Розглянемо, як досвід отримання медичної допомоги впливає на готовність звертатися по неї у майбутньому.

Проаналізуємо відповіді респондентів, які мають досвід звернення по медичну допомогу при підозрі на туберкульоз (серед безпритульних таких виявилось 16 осіб) щодо проблем, з якими вони при цьому стикалися. Звернення до реєстратури лікарні було здебільшого безпроблемним у 10 опитаних, 5 безпритульних повідомили про певні проблеми, а 1 безпритульному було відмовлено у допомозі.

*К врачу не дошел, так как в регистратуре мне отказали, узнав, что у меня нет*

*прописки. Даже не стали искать мою карточку, хотя я уверен, что она там есть (безпритульний, Харківська обл.).*

Частині безпритульних надали медичну допомогу тому, що вони змогли пред'явити чужі документи.

*У меня нет документов. Я с чужой карточкой пошел к врачу (безпритульний, Вінницька обл.).*

Більшість безпритульних, які звертались до лікарів (11 із 15 осіб), відзначили, що лікар провів діагностику і призначив лікування, 4 повідомили про проблеми у спілкуванні з лікарем через його недружнє ставлення.

*Врач не был рад, что пришел. Отношение нечеловеческое (безпритульний, Донецька обл.).*

*Врач встретил грубо. Поругал. Написал рецепт и сказал, что можно купить в любой аптеке. Грубо проводил из кабинета, как собаку (безпритульний, Сумська обл.).*

Під час самого процесу лікування проблем не виникало у 7 безпритульних. Решта зазначала низку перешкод, а саме: необхідність купувати ліки за свої гроші (4 особи), грубість персоналу (2 особи), складнощі при госпіталізації (1 особа).

У результаті візиту до лікаря більшість респондентів (13 осіб) пройшли діагностику, 6 безпритульних були проліковані від інших хвороб. Приблизно одна третина респондентів, які звернулися по допомогу (5 осіб), отримали направлення в тубдиспансер.

Стосовно відвідування тубдиспансеру частина пацієнтів передусім відзначає погані умови перебування там, включаючи порушення норм санітарно-епідемічного режиму.

*Там везде грибок. В санкомнате все падает, штукатурка тоже. Условия ужасные. Питание плохое. Одна каша. Финансирования больница не получает. Из лекарств один только тубазид (безпритульний, Херсонська обл.).*

*Не хочу ложиться в больницу, потому что в одной палате могут оказаться люди с разными формами туберкулеза (мульти- и химико-резистивные формы) (безпритульний, Вінницька обл.).*

Для того, щоб виявити, чи впливає досвід звернення до медиків на подальші поведінкові настанови пацієнтів, група респондентів, які впродовж останніх кількох років хворіла із симптомами ТБ (серед безпритульних таких виявилось 28 осіб), була розділена на дві підгрупи. Одну підгрупу склали хворі (7 осіб), які не зазначили проблем у процесі лікування. Другу підгрупу склали всі інші опитані безпритульні, які хворіли, (21 особа). Порівнювалися відповіді на запитання: «За яких умов у майбутньому Ви звернетесь до лікаря у випадку, якщо кашель триватиме більше 2-3 тижнів?» і «Якщо при обстеженні лікар поставить Вам діагноз «туберкульоз», за яких умов Ви будете лікуватись, якщо на це потрібно близько півроку?».

Респонденти, у яких виникали проблеми при лікуванні, виявляють менше бажання звертатися по допомогу у подальшому. В підгрупі респондентів, які не мали проблем в процесі лікування, 3 особи із 7 заявляють, що обов'язково звернуться до лікаря в ситуації тривалого кашлю. Частина тих, хто зіткнувся із проблемами при попередніх зверненнях до лікарів і виявив намір звернутись по допомогу у майбутньому, є значно меншою: 6 осіб із 21. Якщо буде поставлено діагноз «туберкульоз», то серед тих, хто раніше не зазнав проблем, лікуватимуться від туберкульозу 6 осіб із 7, серед другої групи такі наміри виявили близько половини (11 осіб із 21). Але, враховуючи



незначну наповнюваність вказаних груп, ці відмінності варто перевірити у майбутніх дослідженнях.

Тобто на відміну від споживачів ін'єкційних наркотиків, серед безпритульних у випадку тривалого кашлю уявлення особи про невиліковність туберкульозу можуть сприяти прискоренню звернення по медичну допомогу. Негативний досвід звернення до медичних закладів, зокрема із симптомами туберкульозу, навпаки знижує готовність безпритульних звертатися по медичну допомогу і проходити курс лікування при проявах ознак хвороби у майбутньому. Але вказані тенденції також потребують перевірки на більших вибіркових сукупностях.

### 3.4.3. Готовність ромів звертатися по медичну допомогу з приводу туберкульозу

Серед 30 опитаних ромів семеро протягом останніх кількох років хоча б раз хворіли так, що кашель тривав понад 2-3 тижні. При цьому троє з них зверталися по медичну допомогу до закладів первинної ланки (ФАП, поліклініка). Жоден з цих пацієнтів не стикався із серйозними перешкодами ані в реєстратурі, ані під час прийому у лікарів, які оглянули опитаних, призначили необхідні діагностику та лікування.

*«У нас в поселке небольшой фельдшерский пункт. Обращается доктор со всеми национальностями одинаково хорошо. Прописал таблетки от бронхита (респондент, Одеська обл.).*

*Картку свою забрала в реєстратурі без проблем. Єдине, що потрібно, це стояти довго в черзі. Лікар до мене ставився добре (респондент, Закарпатська обл.).»*

Усі троє респондентів пройшли діагностику, двоє згадали про те, що їм був встановлений відповідний діагноз, і вони пройшли курс лікування грипу, бронхіту чи пневмонії. У жодного з пацієнтів не було виявлено туберкульозу, відповідно нікого не направляли в тубдиспансер.

Четверо осіб, які не зверталися до лікарів, пояснили це тим, що в них не було грошей та часу (на ці причини вказали по 2 особи), їм не подобається ставлення медичних працівників до представників їхньої соціальної групи та просто не хотілося йти до лікаря (по 1 особі).

Відповідаючи на запитання, чи звернуться вони в майбутньому по медичну допомогу, якщо кашлятимуть понад 2-3 тижні, більшість опитаних (23 особи) обрали ствердну відповідь. Проте зазначили готовність своєчасно звернутися по медичну допомогу лише 9 опитаних. Значно більше респондентів (14 осіб) уточнили необхідні передумови візиту до лікаря: безкоштовність медичних послуг і/або дуже погане самопочуття/неефективність самолікування.

При цьому потенційних респондентів із числа ромів не лякає необхідність робити флюорографію (29 опитаних сказали, що готові її пройти) та значна тривалість лікування. Так, 27 опитаних зазначили, що якщо в них буде виявлено туберкульоз, то вони обов'язково лікуватимуться, навіть незважаючи на те, що це потребує понад півроку. Інші три особи називали такі умови своєї згоди на лікування, як його безкоштовність (3 особи), регулярне забезпечення пацієнтів гуманітарною допомогою/продуктовими наборами (1 особа). Також 1 респондент сказав, що лікуватиметься лише у випадку, якщо зможе лягти в стаціонар, а другий – навпаки, якщо буде змога лікуватися амбулаторно.

На думку опитаних ромів, важливою передумовою сталої мотивації представників

їхньої соціальної групи до вчасного проходження діагностики та лікування ТБ є інформування (19 осіб). Просвітницька робота має стосуватися наступних питань:

- Якими є ознаки туберкульозу, умови та шляхи його передачі?
- Чим небезпечний туберкульоз для самого хворого та для тих, хто разом з ним проживає (особливо дітей)?
- Куди звертатися, щоб обстежитися на ТБ?

Серед основних шляхів інформування респонденти згадували телебачення, інформування в ромських школах та в місцях масового скупчення ромів, зокрема в таборах, де вони живуть.

Кожен третій опитаний говорив про те, що вчасному зверненню ромів по медичну допомогу сприятиме забезпечення повністю безкоштовного або принаймні доступного лікування, надання допомоги у вигляді продуктових пайків малозабезпеченим ромам (10 осіб) та загальне підвищення рівня життя представників своєї громади (2 особи). Також третина респондентів (10 осіб) звернули увагу на особистісний фактор: кожна людина має сама піклуватися про власне здоров'я, якщо ж вона безвідповідально ставиться до себе, то не лікуватиметься, навіть якщо для цього їй створять ідеальні умови.

По одному опитаному запропонували такі шляхи підвищення мотивації, як надання соціальної допомоги хворим на ТБ і примусове лікування тих, хто відмовляється лікуватися добровільно. Двом респондентам було важко відповісти на дане запитання.

Отже, попри малу вибіркочну сукупність, яка не дозволяє робити «кількісні» висновки, варто зазначити високий рівень незвернення ромів у медичні заклади за наявності симптомів туберкульозу (3 із 7 осіб). Певні сумніви викликають переважно ствердні відповіді ромів (23 із 30 осіб) про готовність у майбутньому до своєчасного звернення до лікарів. Скоріше за все, під час дослідження було отримано чимало соціально прийнятних відповідей, що підтверджується уточненнями опитаних про умови відвідування медичних закладів при тривалому кашлі, а саме: безкоштовність медичних послуг та дуже погане самопочуття/неефективність самолікування (по 15 із 24 осіб), а також експертними оцінками.

### **3.4.4. Експерти про ставлення ромів до офіційної медицини**

Більшість опитаних експертів наголошували на тому, що роми здебільшого не довіряють офіційній медицині.

*Когда приходят к ромам врачи, то они очень опасаются. И приходится нам, представителям общественных организаций, идти вместе с врачами к ромам, тогда они пускают врачей и обследуются (эксперт, Одеська обл.).*

І хоча експерти зазначали, що певна частина ромського населення уважно ставиться до власного здоров'я, вчасно проходить обстеження та виконує рекомендації лікарів, але таких небагато. У більшості своїй ця категорія пацієнтів є досить складною. Зокрема, роми практично не проходять профілактичні медогляди, звертаються по медичну допомогу лише у крайньому випадку та й тоді можуть нехтувати рекомендаціями лікарів.

Звертаються до лікарів тоді, коли вже кашель такий, що виникає задуха. Але на лікування розраховують безкоштовне. Хочуть мати якісь пільги, отримувати без-

коштовні ліки (експерт, Закарпатська обл.).

*Ромы очень плохо относятся к своему здоровью, они практически не обращают на себя внимания (эксперт, Одеська обл.).*

*С этими болезнями (сердечно-сосудистыми) можно жить, если правильно вести себя. Но они не ходят к врачу, и не знают, что нужно делать. Элементарная вещь – принять таблетку при гипертонии. «Сколько Вы не принимали таблетки? – Неделю. – Почему? – Забыл» (эксперт, Одеська обл.).*

Особливо це стосується жінок.

*Она очень предана своей семье. У нее на первом плане дети, ее муж, близкие родственники, а уже потом может быть она. Поэтому она обращается в медицинское учреждение тогда, когда уже ходить не может. А пока ходит, то несмотря на все симптомы болезни, она будет что-то делать для своей семьи и своих близких (эксперт, Одеська обл.).*

При цьому експерт наголошує, що такий стан речей жодним чином не пов'язаний з певними обмеженнями чи заборонами з боку чоловіка. Легковажне ставлення до свого здоров'я з боку ромських жінок є особливістю їх менталітету, який має багатовікові традиції.

*Это сложившийся стереотип, что в цыганских семьях мужья уничтожают своих жен. В каждой семье бывают моменты, когда муж с женой ссорятся. Но я не могу сказать, что мужчины ограничивают женщин в посещении врача, запрещают принимать лекарства. Наоборот я много раз была свидетелем, как муж ругал жену за то, что она не хочет идти к врачу. И мы уже вместе с ним заставляли ее обращаться в больницу (эксперт, Одеська обл.).*

Ситуація ускладнюється також тим, що, за словами деяких експертів, ромські жінки можуть лікуватися лише у лікарів жіночої статі. Зокрема, про це задали двоє опитаних, які самі є по національності ромками. Хоча, можливо, це визначається не стільки національністю, скільки релігією, адже серед ромів Одеської області досить багато мусульман.

*Женщина не может появиться у гинеколога, если врач мужчина... У меня есть много знакомых среди врачей, в том числе и врач-гинеколог. Я с ним могу дружить, решать различные вопросы, отдыхать, но я не могу к нему пойти... (эксперт, Одеська обл.).*

*Большая часть ромов – это мусульмане. А в мусульманской традиции, когда женщина выходит в свет – идет лечиться или учиться, то она должна идти только к женщине, а мужчина должен идти к мужчине (эксперт, Одеська обл.).*

Недовіра ромів до офіційної медицини та небажання звертатися до медичних закладів пояснюється як острахом стигми та дискримінації з боку медпрацівників, так і певним скепсисом щодо можливостей офіційної медицини. Для деяких ромів, які не володіють ані українською, ані російською мовами, проблемою є мовний бар'єр. Про такі випадки згадували експерти, опитані в Закарпатській області.

*Когда-то раньше к ромам приходили за помощью люди других национальностей, в том числе и за лечением... И сейчас ромы неохотно обращаются к официальной медицине. Наверное, часть из них боится того, что их там могут отвергнуть. А часто ромов просто не верят в то, что медицина может им помочь (эксперт, Одеська обл.).*

*Вони (роми) знають, що лікарі до ромів ставляться з острахом. Вони бояться чимось заразитися від ромів (експерт, Закарпатська обл.).*

Щоправда, стосовно об'єктивності звинувачень працівників системи охорони здоров'я в упередженому ставленні до представників ромської громади думки експертів істотно відрізняються. Деякі з них говорили, що таке ставлення до ромів є типовим для працівників медичних закладів, інші – що подібні випадки трапляються зрідка або не мають місця взагалі.

*Таких случаев много. Я даже слышала в свой адрес (експерт, Одеська обл.).*

*Я сейчас могу сказать как медработник, что таких случаев никогда не видела, я только слышала какие-то истории. Но если я этого не видела, то не могу утверждать, это было именно так (експерт, Одеська обл.).*

*Я не слышал ни разу о том, чтобы врачи отказали ромам в медицинской помощи. Таких инцидентов не было (експерт, Одеська обл.).*

Як об'єктивні перешкоди для своєчасного звернення за медичною допомогою експерти згадували проблеми з паспортизацією і пропискою/ реєстрацією, характерні для ромського населення. Також йшлося про те, що значна частина ромського населення живе бідно і грошей на лікування у них немає. При цьому роми досить часто не знають, що відповідно до законодавства лікарі державних медичних закладів зобов'язані їх прийняти (причому безкоштовно), і значна частина діагностичних та лікувальних процедур також є доступними навіть для малозабезпечених людей.

*Ромы не знают, что на законодательном уровне прописаны такие моменты, когда официальная медицина обязана решать вопросы (експерт, Одеська обл.).*

*Если человек ромской национальности идет куда-то на консультацию в поликлинику, то он идет в неизвестность, он не знает, как себя там вести (експерт, Одеська обл.).*

У такій ситуації альтернативою офіційній медицині стають народні засоби та нетрадиційні лікувальні практики. Зокрема, серед ромів досі зберігаються традиції цілительства: жінки старшого покоління активно практикують лікування багатьох хвороб травами та іншими природними речовинами. За свідченнями експертів, ромське населення, особливе ті, хто живе за межами великих міст, віддають перевагу саме таким цілителям.

*Обращаются к своим старшим. Я имею в виду женщин почтенного возраста. Они приходят на помощь. Правда если аппендицит или перитонит, то уже ничего не поделаешь, нужна официальная медицина. Так что все зависит от ситуации (експерт, Одеська обл.).*

*К целителям они обращаются наверно раза в два чаще, чем к официальной медицине. Практически в каждой семье есть какая-то бабушка-знахарка (експерт, Одеська обл.).*

*Вони більше звертаються до цілителів, ніж до представників медицини. Вони знають, що у лікарів до них погане відношення, що за візит до лікаря потрібно платити гроші (експерт, Закарпатська обл.).*

Зокрема, експерти згадували про те, що ромські цілителі, «беруться» і за лікування ТБ, зрозуміло, немедикаментозними засобами.

*Чула, що від туберкульозу вони лікуються собачим жиром. Це їх народний засіб. Бабці знають, з якої собаки можна брати жир, а з якої – ні (експерт, Закарпатська обл.).*

Попри досить неоднозначне ставлення ромів до офіційної медицини, всі експерти були одностайні в тому, що на готовність ромських батьків вакцинувати своїх дітей воно істотно не впливає. Остання цілком і повністю визначається загальними тенденціями в цій сфері, які склалися на рівні всього суспільства. Зокрема, значна частина ромів, подібно до батьків інших національностей, почали відмовлятися від вакцинації після хвилі повідомлень у ЗМІ про випадки смерті дітей після щеплень.

*Раньше, когда вакцинация была массовой, то ромские женщины тоже прививали своих детей. Сейчас пошли разговоры о том, что это опасно делать. Все, что происходит в государстве, отражается и на ромской общине. Только там еще хуже, потому что информации меньше, а у страха глаза большие. И начинаются выдумки (експерт, Одеська обл.).*

*В последнее время боятся вакцинировать детей, но только потому, что сейчас много говорится о некачественной вакцине. До этого все было нормально (експерт, Одеська обл.).*

Батьки, які все-таки виявляють бажання зробити щеплення своїм дітям, часто стикаються з проблемою нестачі вакцини в медичних закладах.

*Вакцинація зараз не проводиться бо її не вистачає. Раніше, якщо лікар казав, то вони ходили і робили. А зараз приходять – а їм кажуть, що вакцини немає (експерт, Закарпатська обл.).*

Тобто в цілому ставлення ромів до офіційної медицини та їхня готовність звертатися за своєчасними діагностикою та лікуванням ТБ залишає бажати кращого. При цьому недовіра до системи охорони здоров'я спричинена не лише об'єктивними причинами (наприклад, стигматизацією ромів з боку деяких медпрацівників або іншими перешкодами, з якими вони стикаються при отриманні медичної допомоги), а й поширеними серед них стереотипами про неспроможність офіційної медицини вилікувати ті чи інші хвороби, про необхідність платити за будь-яку медичну допомогу. Важливу роль грають національні традиції, а саме: переважна орієнтація на самолікування та звернення до ромських цілителів, особливо серед населення, яке проживає поза межами великих міст. Перешкодою є також гендерні установки, зокрема другорядне місце збереження здоров'я у структурі цінностей ромських жінок, «статеві» обмеження при зверненні до лікарів, особливо у прихильників мусльманської релігії.

### **3.4.5. Забезпечення безперервності лікування туберкульозу засудженими після відбування покарання**

Аналіз, представлений у цьому підрозділі, ґрунтується на даних напівструктурованих інтерв'ю з особами, яким під час відбування покарання був встановлений діагноз «туберкульоз». На момент інтерв'ю вони звільнились із виправних закладів не більше 4 років тому.

З 65 опитаних проходили курс лікування туберкульозу в пенітенціарних закладах 52 особи (80%). Не отримували такого курсу лікування 13 осіб (20%), проте всі вони після звільнення зверталися в тубдиспансер за місцем проживання, отримали там

медичну допомогу, починали лікування. Але двоє осіб перервали його. Основною причиною, через яку респонденти не закінчили лікування, - зневіреність у позитивному результаті.

*Нет денег у государства и пациентов. Нечего есть, и лекарства там тоже нет. Во время войны госпиталь лучше выглядел, чем у нас диспансер. Умереть за месяц можно. (колишній засуджений, Миколаїв).*

Після звільнення з 65 опитаних респондентів у тубдиспансер не звернулося 6 осіб (9%). В одного з них не було документів для реєстрації, не було де жити, бракувало грошей, саме з цих причин він не звертався по медичну допомогу. Хоча інші (п'ятеро осіб) стверджували, що закінчили лікування в колонії, відповіді двох з них свідчать про недостовірність їх тверджень. Один у відповідях на відкриті запитання дав уточнення справжніх причин свого незвернення до лікарів.

*Думал, что само все пройдет. Боялся позора. Жадность к деньгам и работу не хочется терять (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

Другий стверджував, що лікувався від туберкульозу в колонії менше трьох місяців. Цей термін, на думку спеціалістів, є замалий для успішного лікування. Таким чином, з 6 осіб, які не звернулися в тубдиспансер, тільки половина могла пройти повний курс лікування під час ув'язнення, друга половина мала, але відмовилася його продовжувати після звільнення.

Значимих відмінностей щодо частки респондентів, які звернулися до тубдиспансеру, в підгрупах колишніх засуджених, що звільнилися менше 2 років тому та 2-4 роки тому, не виявлено. У першій підгрупі по медичну допомогу звернулися 40 осіб із 44 (91%), у другій – 19 осіб із 21 (91%).

З 59 осіб, які звернулися в тубдиспансер за місцем проживання, без перешкод отримали консультацію лікаря та у разі необхідності були госпіталізовані 47 осіб (80%). Мали проблеми при зверненні в тубдиспансер 12 (20%). Зокрема, 6 осіб відзначили організаційні проблеми, а саме: довгі черги, неприйнятні умови госпіталізації та упереджене ставлення лікарів до пацієнтів із числа звільнених.

*Очереди. Неудобно и долго добираться (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Не хотіли госпіталізувати. Казали, що легені в нормальному стані. Потім пішли до головного лікаря і тоді поклали в стаціонар (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Предложили лечение в Сливино, где активная форма ТБ. А у меня – неактивная. Туда лечь – значит заразиться активной формой ТБ. И я отказалась (колишній засуджений, Миколаївська обл.).*

*Байдужість медичних працівників. Мені сказали, що я стільки відсидів, що вже здоровим не буду (колишній засуджений, Львівська обл.).*

Ще 6 осіб вказали на фінансові перешкоди, вимагання грошей з боку медичного персоналу за прийнятні умови госпіталізації та подальше лікування.

*Проблема в тому, що потрібно було платити. Нема нічого безкоштовного (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Чтобы лечь на лечение, надо врачу дать взятку 500 грн. (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Когда пришел, сразу началось выколачивание денег (колишній засуджений, Кіровоградська обл.).*

*Заплатила и не было никаких трудностей. Без денег не хотят даже разговаривать. Хорошо, что были деньги (колишній засуджений, Миколаївська обл.).*

*Чтобы лечь в городе в областной – нужно дать врачу взятку (колишній засуджений, Київська обл.).*

З 12 осіб, що зазнали проблем при зверненні в тубдиспансер, одна людина вважає себе здоровою і тому не потребувала лікування.

*Вылечила его в тюрьме. Не было симптомов. Себя чувствую хорошо. Поэтому после освобождения в лечени не нуждалась (колишній засуджений, Миколаївська обл.).*

Решта 11 проходили лікування туберкульозу в диспансері. Тобто, якщо є бажання вилікуватися, перешкоди зазвичай долаються, проблеми, що виникають, не зупиняють пацієнтів.

З 59 осіб, які звернулися в диспансер, 45 осіб (76%) проходили лікування туберкульозу, 14 осіб (24%) - не проходили його.

З 14 осіб, які не проходили лікування в тубдиспансері, 10 осіб заявили, що після обстеження було виявлено, що їхні аналізи в нормі і немає необхідності госпіталізації. Ці респонденти практично здорові і знаходяться під наглядом лікарів, періодично проходячи обстеження. 2 респонденти сказали, що проходять амбулаторне лікування, ще 2 – відмовилися продовжувати лікування.

*У меня была закрытая форма. Чувствовала себя нормально. Анализы сдавать не хотела, и никто не настаивал. К врачу не обращалась (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

Серед 45 осіб, які проходили лікування в тубдиспансері, лише 5 осіб зазначили відсутність пов'язаних з цим проблем. Інші 40, відповідаючи на відкрите запитання про проблеми, які виникли під час лікування, дали досить змістовні відповіді, які були згруповані авторами звіту і представлені на мал. 20.

Частіше за інших респонденти скаржились на необхідність платити за лікування, докупувати необхідні ліки, шприці, крапельниці через їх нестачу в тубдиспансерах (37 осіб, 82%).



**Малюнок 20. Проблеми, з якими зіткнулися респонденти під час лікування в тубдиспансері, % до тих, хто проходив лікування в тубдиспансері (n=45)**

- Погані умови перебування в стаціонарі (16 осіб, 36%).

*Испугалась – здание старое и грязное. Контингент тех, кто там лежат – страшный. Там даже варят ширку, пьют. Никто за этим не следит (колишній засуджений, Донецька обл.).*

*Всех хроников стараются отправить в Веселянку. Но там жуткие условия. Полная антисанитария. Здание полуразвалившееся. Питьевая вода привозная. Нет магазинов. В общем, никаких условий (колишній засуджений, Запорізька обл.).*

*Абсолютная антисанитария. Отсутствие толерантности со стороны медперсонала, понимания всего человеческого (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Грязные палаты. Контингент пьющий и свободно употребляют наркотики (колишній засуджений, Донецька обл.).*

- в тому числі недотримання епідемічного режиму, внаслідок чого стан здоров'я пацієнтів погіршився.

*В палате по 6 человек с разной формой туберкулеза (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

*Была закрытая форма болезни. Заразился открытой (колишній засуджений, Донецька обл.).*

- Погане харчування та необхідність витратити чималі кошти на придбання продуктів (16 осіб, 36%).

*Там – нищета, голод и срач (колишній засуджений, Донецька обл.).*

*Питание никакое (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Питание отвратительное. Низкокалорийное. Маленькие порции (колишній засуджений, Харківська обл.).*

*Питание в диспансере очень скудное. В сравнении с другими больницами – лучше. Но все равно, очень скудное. Не хватает даже хлеба (колишній засуджений, Запорізька обл.).*

- Негативне або байдуже ставлення з боку медперсоналу, стигма щодо колишніх засуджених (13 осіб, 29%).

*К нам относились очень плохо. Наши судьбы всем безразличны (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Байдуже ставився персонал (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Тяжко потрапити в диспансер. Дізнаються, що сидів, і не хочуть класти в лікарню. Довелося подолати багато бар'єрів перед тим, як мене поклали в лікарню (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

Серед інших проблем, про які згадали 5 респондентів (11%), варто також зазначити:

- некваліфіковану медичну допомогу, медичні помилки:

*Поставили неправильный диагноз – неправильно сделали флюорографию (человек высокий и нижняя часть не попала на снимок, а там был очаг) (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Поместили не в то отделение, не зная результатов микроскопии (колишній засуджений, Вінниця)*



- відсутність кваліфікованої соціально-психологічної підтримки пацієнтів під час тривалого курсу лікування в стаціонарі, непродуманість організації їх «вільного» часу, як це було за радянських часів (організація лікувальної гімнастики, просвітницьких бесід, навчальних занять тощо).

*Морально давить на психику, когда видишь умирающих при тебе людей, у которых нет денег на лечение. Моральная сторона очень тяжелая, сравнима с испытаниями, тяжелее, чем в тюрьме (колишній засуджений, харківська обл.).*

*От скуки там люди умирают (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

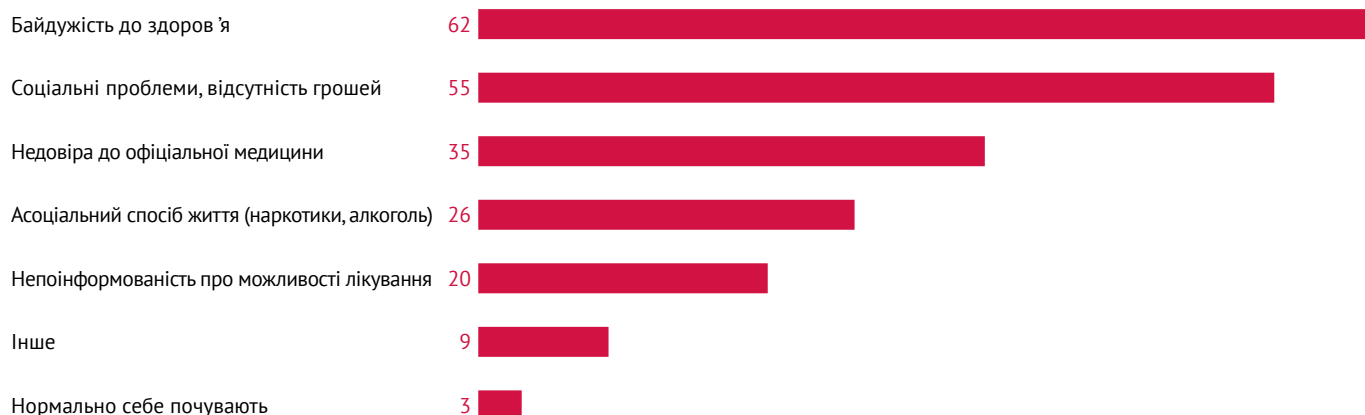
*..нечем заняться, вот некоторых и тянет на подвиги (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

*Зробити більш гуманним перебування хворого у тубдиспансері, адже він там знаходиться довго, і це важко витримати (колишній засуджений, Львівська обл.).*

Таким чином, більшість проблем, що знижують прихильність пацієнтів до лікування, є наслідками вкрай обмеженого бюджетного фінансування лікувальних закладів (нестача медикаментів, погане харчування, неприйнятні умови перебування). Вирішення цих проблем на практиці відбувається за рахунок пацієнтів (або їх родичів), а у випадках неплатоспроможності останніх часто-густо спостерігаються відмови від лікування. Додатковою серйозною перешкодою залишається негативне ставлення персоналу до колишніх засуджених.

Водночас, крім «зовнішніх» чинників, які перешкоджають своєчасному зверненню звільнених за діагностикою та продовженням лікування туберкульозу, на думку більшості опитаних представників цільової групи, є їх позиція – байдуже/недбале ставлення до власного здоров'я. Саме цей чинник найчастіше згадували респонденти, відповідаючи на відкрите запитання: «Чому деякі хворі на туберкульоз після звільнення не лікуються в тубдиспансерах?» (мал. 21).

Систематизація відповідей опитаних дозволила виокремити основні чинники, які перешкоджають колишнім засудженим своєчасно звертатися по медичну допомогу:



Малюнок 21. **Причини, через які деякі хворі на туберкульоз після звільнення не лікуються в тубдиспансерах, %**

- недбале ставлення до власного здоров'я (62%);

*Не хотят. У них такое отношение к себе и своему здоровью (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Просто не хотять. На свободі отрываються – п'ють, колються і т.д. (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Облом ходить і займається своїм здоров'ям (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Наверное, не хотять. Может, есть более важные проблемы, чем туберкулез (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

- що доповнюється їх асоціальним способом життя, передусім вживанням алкоголю та/або наркотиків (26%);

*А ще багато хто йдуть в запії або приймають наркотики. Тому їй важко їм лікуватися (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Способствует способ жизни – если человек выпивает, то у него нет места жительства, нет возможности пройти курс лечения. Так же из-за потребления наркотиков – занят поисками наркотиков (колишній засуджений, Полтавська обл.).*

*Водка, наркотики и отсутствие денег (колишній засуджений, Харківська обл.).*

- соціальні проблеми, з якими стикаються колишні засуджені після виходу на свободу: відсутність роботи і, як наслідок, грошей, місця проживання, прописки/реєстрації тощо (55%);

*Немає можливості, фінансів. Людина виходить з в'язниці і їй нема де жити і де працювати. Тому здоров'я відходить на другий план. Це не першочергове завдання (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Недоступность лечения. Неудобное расположение диспансеров (колишній засуджений, Київська обл.).*

*У многих нет прописки и документов (колишній засуджений, Харківська обл.).*

*Через те, що немає можливості купувати ліки (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Немає сенсу лікуватися, якщо немає грошей. Лікування дуже дороге. Все за свій рахунок (колишній засуджений, Львівська обл.).*

Посилюють скептичне ставлення до лікування туберкульозу і призводять до відмови від нього:

- поширені серед колишніх засуджених думки про вкрай упереджене до них ставлення медичних працівників, у т.ч. фтизіатрів, і уявлення про погані умови перебування в тубдиспансері (35%);

*Уважающий себя человек, зная, как живут другие люди и как можно лечиться нормально, просто туда не пойдет (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Боятся предвзятого к себе отношения (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Думают, что вони нікому не потрібні і їх в лікарню не візьмуть (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Тому що лікарі не хочуть приймати колишніх ув'язнених. Лікарні переповнені (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Плохое отношение к нам из-за отсутствия денег. В тубдиспансере постоянно врачи заставляют докупать какие-то лекарства (колишній засуджений, Харківська обл.).*

- непоінформованість про наявні можливості лікування, зокрема скептичні оцінки щодо виліковності туберкульозу, можливості безкоштовно отримати основний курс його лікування (20%);

*Не знают, что хворіють, і не знають, що можна вилікуватися (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Не знают, что лечение в тубдиспансере в принципе бесплатное (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Немає інформації про можливість лікування (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Немає інформації в місцях позбавлення волі. Ніхто нічого не розповідає та не пояснює (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

Корисним для визначення стратегії та тактики роботи з особами, які звільняються, став аналіз думок респондентів стосовно відкритого запитання: «Яким чином можна мотивувати засуджених, які звільняються, продовжувати лікування туберкульозу на волі?». На основі отриманих відповідей ми виокремили 7 ключових чинників, що впливають на своєчасне звернення по медичну допомогу (мал. 22).



**Малюнок 22. Способи, якими можна мотивувати засуджених, які звільняються, продовжувати лікування туберкульозу на волі, %**

на мотивувати засуджених, які звільняються, продовжувати лікування туберкульозу на волі?». На основі отриманих відповідей ми виокремили 7 ключових чинників, що впливають на своєчасне звернення по медичну допомогу (мал. 22).

На важливість надання більш повної інформації про небезпечність цього захворювання та умови його лікування вказав кожен другий респондент (31 особа, 48%). Майже усі з цих опитаних акцентували увагу на покращенні просвітницької роботи із засудженими ще в пенітенціарних закладах. Основним джерелом інформації при цьому мають стати тюремні лікарі, додатковим – підготовлені працівники неурядових організацій.

*Еще во время отбывания наказания нужно было дать информацию в доступной форме со стороны медперсонала о болезни «туберкулез»,*

*об учреждениях, которые занимаются только туберкулезом. Описать последствия болезни, чем грозит нелечение (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Більше інформації в місцях позбавлення волі. Щоб допомога була відчутна і можна було легко дізнатися інформацію (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Інформувати про те, що це виліковно. Сказати, як це треба зробити, до кого звертатися. Інформувати про те, що якщо не лікувати, то можна померти та заразити інших (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Необходимо работать с людьми еще на зоне – побольше информации о болезнях, о том, что может случиться в случае нелечения (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

*Многих заключенных неправильно информируют о болезни и ее лечении (колишній засуджений, Полтавська обл.).*

*Проводить больше программ в тюрьмах. Больше информации доводить, общаться с ними. Рассказывать, что есть лечебные заведения (колишній засуджений, Донецька обл.).*

*Больше информации давати перед освобождением, какие-то памятки с информацией, куда можно обратиться за помощью. Привлечение общественных организаций для работы в пенитенциарной системе (колишній засуджений, Запорізька обл.).*

Зокрема, частина опитаних зазначали, що така інформація має актуалізувати у хворих почуття страху.

*Приводить примеры смерти друзей (колишній засуджений, Миколаївська обл.).*

*Запугивать. Ведь в Библии сказано: «Иных страхом спасайте» (колишній засуджений, Донецька обл.).*

Наступними за значимістю є можливості забезпечення доступності лікування, яке включає в себе його безоплатність, наявність житла та роботи (27 осіб, 42%), допомога в соціальній реабілітації (22 особи, 34%).

*Бесплатное лечение. Сейчас многие сами выписываются, так как нет возможности (денег) здесь находится (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

*Полностью обеспечить лекарствами и не только от туберкулеза (колишній засуджений, Донецька обл.).*

*Чтобы был устроен на работу. Имел жилье. Была возможность вести нормальный образ жизни (колишній засуджений, Сумська обл.).*

*Щоб було більше підтримки від держави. Щоб соціальні працівники нам допомагали з лікуванням (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Щоб більше працював психолог із звільненими і соціальні працівники. Багато бар'єрів між засудженими та лікарями. Щоб соціальні працівники допомагали лягти в лікарню (колишній засуджений, Тернопільська обл.).*

*Приходя в общественную организацию, они должны получать как информацию о болезни и о том, как ее лечить, так и бесплатные витамины и лекарства (колишній засуджений, Київська обл.).*

Ще однією значущою умовою, здатною спонукати хворих з груп ризику звертатися по медичну допомогу, є покращення умов в тубдиспансері та поліпшення ставлення медперсоналу до хворих (16 осіб, 25%).

*Хорошими условиями в тубдиспансере. Некоторые просто боятся туда ложиться: боятся контингента в больнице, боятся еще больше заразиться или вообще не вылечиться в тех условиях (колишній засуджений, Донецька обл.).*

*В начале – социально защитит, улучшит питание в медучреждениях. Чтобы не было показухи, что якобы лечат (колишній засуджений, Харківська обл.).*

*Хорошие условия содержания, качественные лекарства, отсутствие поборов (колишній засуджений, Донецька обл.).*

*Спростити процес госпіталізації колишніх ув'язнених, а не футболити так, як це є зараз. Покращити харчування та умови перебування в лікарні. Безкоштовно надавати всі ліки (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Чтобы городской диспансер быстрее оформлял (колишній засуджений, Миколаївська обл.).*

*Должен быть специальный тубдиспансер для людей, освободившихся из мест лишения свободы. Нужно обеспечить этих людей бесплатным лечением (колишній засуджений, Вінницька обл.).*

Відносно незначною є частка опитаних (11 осіб, 17%), які найбільш дієвим шляхом вирішення проблеми вважають примусове лікування.

*Была бы такая мера принудительная - это было очень правильно (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

*Потрібно контролювати тих, хто звільнився, і карати тих, хто ходить з відкритою формою (колишній засуджений, Львівська обл.).*

*Принудительно лечить (колишній засуджений, Сумська обл.).*

*Если отказывается, то узнать причину отказа. Если не веская причина, значит лечить в принудительном порядке. Должна быть предусмотрена статья такая в кодексе – наказание за нежелание лечиться от смертельных и опасных для других болезней. Это можно расценивать как умышленное заражение (колишній засуджений, Київська обл.).*

Така ж частка респондентів (11 осіб, 17%) нагадує про дієвість етичної мотивації, що усвідомлення необхідності лікування самими хворими, турбота про близьких і хоча б психологічна підтримка останніх може спонукати їх до лікування.

*Если человек не захочет сам, то его ничем не замотивируешь. Разве что должна быть поддержка родных и близких людей (колишній засуджений, Київська обл.).*

*Если они заразят своих же родственников, то они друг за другом пополнят ряды заболевших. Другим ничем не замотивируешь (колишній засуджений, Донецька обл.).*

Підбиваючи попередні підсумки, варто зазначити, що розуміння необхідності лікування туберкульозу у представників цієї соціальної групи здебільшого є. Всі 13 осіб, яким у місцях позбавлення волі був поставлений діагноз «туберкульоз», але вони не проходили там лікування, після звільнення звернулися в тубдиспансер за місцем проживання. Ще одним підтвердженням цього висновку слугує той факт, що з 12 чоловік, які мали проблеми при зверненні в тубдиспансер, практично всі (11 осіб) знайшли можливість продовжити лікування.

Разом з тим, для цієї категорії людей основною цінністю є почуття власної свободи, і всі інші життєві проблеми, включаючи здоров'я, відступають на другий план.

*Запах свободы одурманит любого человека, и не думаешь, что нужно лечиться (колишній засуджений, Херсонська обл.).*

Не випадково недбале ставлення до свого здоров'я було названо самими звільненими основною причиною відмови від лікування туберкульозу (62%). Тому свого часу інформацію про туберкульоз і можливості його лікування вони слухали «в піввуха», наслідком чого стало те, що більшість її не пригадує. Крім того, з 13 осіб, яким в місцях позбавлення волі був встановлений діагноз «туберкульоз», але вони не проходили там лікування і після звільнення звернулись в тубдиспансер за місцем проживання, всього один респондент вказав,

Таблиця 24.

**Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Чи розповідав Вам лікар перед звільненням про те, ...», %**

Чи розповідав Вам лікар перед звільненням про те, ...	Чи можна в наш час ви-лікувати ТБ?		
	Так	Ні	Не пам'ятаю
куди Ви повинні звернутися після звільнення, щоб продовжити лікування туберкульозу	62	29	9
як треба лікувати туберкульоз	49	42	9
що буде, якщо лікування туберкульозу не довести до кінця	49	42	9
що є громадські організації, які можуть підтримати Вас під час лікування туберкульозу	23	65	12
Інше	8	92	0
нічого не розповідав	11	89	0

що отримав довідку про обстеження, яке проводилося в УВП.

Більше половини опитаних (40 осіб, 62%) зазначили, що перед звільненням лікар поінформував їх про те, куди їм потрібно звернутися після звільнення, щоб продовжити лікування ТБ. Близько половини респондентів (32 особи, 49%) сказали, що їм розповідали про особливості лікування ТБ та про наслідки перерв або незавершеності лікування. Значно рідше надавалася засудженим інформація про НУО, до яких вони можуть звернутися після виходу на свободу: про це зазначили 15 опитаних із 65 (23%) (табл. 24).

При цьому 29 опитаних (45%) зазначили, що вони отримали досить комплексну інформацію, яка включала висвітлення трьох основних аспектів, пов'язаних із лікуванням ТБ, одночасно (як потрібно лікуватися, чому лікування не можна переривати та куди потрібно звернутися, щоб продовжити його на волі), а 41 респондент (63%) – хоча б про один із вказаних аспектів. Всі 15 опитаних (23%), яким розповідали про громадські організації відповідного спрямування також входять до числа 29 опитаних, кому була надана вичерпна інформація.

Тобто всі опитані, на перший погляд, досить чітко розподіляються на дві групи: 63% (41 особа) тих, хто перед звільненням з УВП отримав більш-менш детальну інформацію щодо більшості питань, пов'язаних із лікуванням ТБ, та решта опитаних, які не отримували ніякої інформації. Зокрема, 7 осіб із 65 (11%) вказали на те, що лікар перед звільненням нічого їм не розповідав, решта – на кожне із запитань щодо конкретних аспектів інформування давали відповіді «ні» або «не пам'ятаю».

Але не варто занадто покладатися на пам'ять респондентів у цьому питанні. Зокрема, після звільнення з колонії шестеро із семи осіб, яким начебто зовсім нічого не розповідали про лікування ТБ, звернулися в тубдиспансер. Швидше за все, ці події (розповіді лікарів, видача документів про проведене лікування) були для респондентів не значимими, тому вони не звернули на них належної уваги і не змогли їх запам'ятати. Або респонденти прагнуть представити себе з кращого боку, знявши з себе провину за можливі перерви у лікуванні туберкульозу. Та коли хвороба «припече», тоді вони починають розуміти важливість лікування, і їм хочеться, щоб було більше інформації, на яку вони раніше уваги не звертали.

Для тих, хто розуміє важливість лікування, основним фактором, який перешкоджає продовженню лікування туберкульозу після звільнення, стає проблема соціальної адаптації, забезпечення прийнятних умов життя (наявність житла, роботи), які дозволять проходити тривалий курс лікування. Розірвані соціальні контакти, стигма стосовно колишніх засуджених звужують коло можливої підтримки з боку суспільства і роблять важливим соціальний супровід цієї групи людей як під час їх звернення до лікувальних закладів, так і в період проходження лікування.

## **3.5. Джерела інформації про туберкульоз та особливості інформування представників цільових груп**

### **3.5.1. Джерела інформації для безпритульних, СІН та колишніх засуджених**

Загалом серед представників різних уразливих груп простежуються подібні тенденції щодо популярності та рівня довіри до різних джерел інформації про здоров'я. Зокрема, опитані найчастіше отримують інформацію від медичних працівників і представників громадських організацій/соціальних закладів, із ЗМІ (телебачення, радіо, газет і журналів), а також із листівок, буклетів та інших роздаткових друкованих матеріалів і в подальшому хотіли б отримувати інформацію практично із тих же джерел (табл. 25).

Ще більш чітко проявляються вказані тенденції при розгляді загальних показників. Останні були розраховані як частка респондентів, які отримували/хотіли б отримувати інформацію хоча б із одного із вказаних джерел:

- телебачення, радіо, газети і журнали, а також зовнішня реклама (інформаційні щити, плакати на вулицях, в транспорті) та інші друковані матеріали інформаційно-просвітницького характеру (листівки, буклети та інші друковані матеріали, інформаційні матеріали в поліклініках, лікарнях, аптеках) були об'єднані під умовною назвою «ЗМІ»;
- категорія «спеціалісти» представлена медпрацівниками і співробітниками громадських і благодійних організацій;
- родичі, друзі, сусіди і знайомі/ (для засуджених - сусіди по палаті, знайомі) та авторитетні для респондента люди разом становлять «соціальне оточення респондента».

При інтерпретації загальних показників по ЗМІ варто враховувати, що вони включають в себе 5 альтернатив для засуджених і 7 – для представників інших уразливих груп, тоді як інші показники розраховувалися на основі двох альтернатив. Вочевидь саме цим частково пояснюється той факт, що перший із загальних показників перевищує два інших, коливаючись у межах 76-85% для представників різних уразливих груп.

Водночас простежується і певна специфіка, обумовлена особливостями способу життя залучених до опитування представників різних уразливих груп. Зокрема, СІН дещо частіше, ніж безпритульні, у якості джерела отримання інформації згадували листівки, буклети та інші друковані матеріали, адже абсолютна більшість опитаних

Таблиця 25.

**Джерела отримання інформації та бажані канали інформування респондентів за уразливими групами, %**

Джерела інформування	СІН		Безпритульні		Колишні засуджені	
	Отримували	Хотіли б отримувати	Отримували	Хотіли б отримувати	Отримували	Краще інформувати
Телебачення	59	36	49	29	31	19
Працівники громадських і благодійних організацій (в.т.ч Червоний Хрест), соціальних служб, притулків, реабілітаційних центрів і т.п.	46	39	27	43	35	52
Радіо	25	3	32	13	11	11
Газети і журнали	36	21	39	35	35	17
Інформаційні щити, плакати на вулицях	15	2	20	6	-	-
В транспорті	8	2	14	6	-	-
Родичі, друзі, сусіди і знайомі/ (для засуджених - сусіди по палаті, знайомі)	33	7	47	16	42	6
Інформаційні матеріали в поліклініках, лікарнях, аптеках	33	8	24	12	-	-
Медичні працівники	48	41	35	37	52	43
Авторитетні для мене люди	12	5	20	10	11	9
Листівки, буклети та інші друковані матеріали	44	25	23	16	-	-
Інше	20	20	14	9	9	17
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю де саме/важко відповісти	0	2	4	2	3	0
Такої інформації не отримували/ така інформація не потрібна	0	0	0	0	5	0
<b>ЗМІ (загальний показник)</b>	<b>85</b>	<b>66</b>	<b>76</b>	<b>68</b>	<b>82</b>	<b>65</b>
<b>Соціальне оточення (загальний показник)</b>	<b>38</b>	<b>11</b>	<b>59</b>	<b>25</b>	<b>43</b>	<b>15</b>
<b>Спеціалісти (загальний показник)</b>	<b>69</b>	<b>66</b>	<b>45</b>	<b>59</b>	<b>63</b>	<b>79</b>

\*Сума по кожному стовпцю перевищує 100%, бо респонденти могли обирати кілька варіантів

СІН є клієнтами НУО, тоді як серед безпритульних таких було значно менше. Подібним чином СІН і колишні засуджені частіше, ніж безпритульні отримували інформацію про здоров'я від спеціалістів (загальний показник становить 69% та 63% відповідно проти 45% для безпритульних), тоді як останні вдовольнялися спілкуванням із представниками соціального оточення (загальний показник становить 59% проти 43% для засуджених та 38% для СІН).

Найвищий рівень довіри респонденти демонструють до спеціалістів: медиків і соціальних працівників (саме від них хотіли б отримувати інформацію про здоров'я від третини до половини респондентів різних груп), дещо нижчий – до ЗМІ (за винятком радіо, його як бажане джерело інформації вказала незначна частка опитаних). Можливо, відмінності між частками респондентів, які отримували інформацію із різних ЗМІ та хотіли б отримувати її з них в подальшому, визначаються тим, що частина респондентів до «інформації про здоров'я», яку вони отримували, віднесли рекламу медичних препаратів і різних товарів медичного призначення, якої у мас-медіа досить багато. Що стосується «популярності» такого джерела інформації, як працівники НУО або соціальних закладів та високого до нього рівня довіри респондентів, то це певною мірою визначається особливостями рекруту - більшість представників різних уразливих груп були залучені до участі в дослідженні саме через громадські організації та соціальні заклади. При цьому найвищим є загальний показник «довіри» до ЗМІ, що коливається в межах 59-79%

Неформальне спілкування з друзями, родичами, знайомими (зокрема, у випадку колишніх засуджених – із сусідами по палаті) також є досить вагомим джерелом інформації. Про такий шлях отримання інформації

згадали від третини до половини опитаних в різних групах, водночас частка тих, хто бажав би і в подальшому користуватися ним, є незначною. Тобто респонденти в більшості своїй усвідомлюють ненадійність цього джерела інформації.

На рівні загальних показників також простежуються подібні тенденції. Більшість респондентів із різних уразливих груп хотіли б отримувати інформацію із ЗМІ (65-68%) та від спеціалістів (59-79%). Причому у першому випадку частка тих, хто висловив бажання отримувати інформацію із ЗМІ, є нижчою від частки тих, хто реально користувався цим джерелом інформації, а в другому випадку – навпаки, вищою. Отже, у питанні здоров'я найбільше респонденти довіряють інформації, яка виходить від спеціалістів.

Більшість опитаних отримують інформацію за кількома каналами (відповідаючи на це запитання, кожен респондент обрав в середньому 3,5 джерела), причому здебіль-



Таблиця 26.

**Частка респондентів із задовільним рівнем знань у залежності від джерел отримання інформації, за уразливими групами, %\***

Джерела інформування		СІН	Без-притульні	Колишні засуджені
ЗМІ	Отримували	42	48	40
	Не отримували	44	6	25
Соціальне оточення	Отримували	48	33	43
	Не отримували	40	45	32
Спеціалісти	Отримували	43	34	42
	Не отримували	42	41	29

\* У таблиці не представлені відповіді «важко відповісти»

шого тими, що належать до різних типів. Так, лише із ЗМІ та інформаційно-просвітницьких матеріалів отримували інформацію про здоров'я 23% СІН (14 осіб), 18% безпритульних (13 осіб) та 12% колишніх засуджених (8 осіб). 14% безпритульних (10 осіб) та 3% засуджених (2 особи) обмежувалися виключно спілкуванням із представниками соціального оточення, а 5% СІН (3 особи), 8% безпритульних (6 осіб) і 5% засуджених (3 особи) – отримували інформацію лише від спеціалістів. Хоча можна припустити, що чимало респондентів не шукають цю інформацію цілеспрямовано, а отримують її випадково.

Взаємозв'язок рівня знань респондентів і джерел отримання інформації істотно відрізняється в різних уразливих групах (табл. 26).

Серед колишніх засуджених частка респондентів, які є достатньо обізнаними про туберкульоз, є вищою серед тих, хто користувався кожним із джерел інформування, ніж серед тих, хто такої інформації не отримував. Тобто рівень поінформованості респондентів цієї групи про туберкульоз визначається не стільки особливостями конкретних каналів інформування, скільки загальним обсягом отриманої інформації. Серед СІН і безпритульних подібного зв'язку не простежується, що може свідчити як про недоліки інформаційно-просвітницької роботи з питань туберкульозу серед представників цих уразливих груп, так і про те, що питання ТБ становили незначну частину всієї інформації про здоров'я, яку вони отримували.

Також більшість опитаних не хотіли б у майбутньому обмежуватися лише одним джерелом інформації: більшість з них обирали по 2-3 канали інформування, яким вони довіряють. Щоправда, досить часто обрані респондентами джерела інформації належать до одного і того ж типу. Зокрема, чверть опитаних СІН (25%) та безпритульних (24%) і 11% колишніх засуджених хотіли б отримувати інформацію лише із ЗМІ, а ще майже чверть респондентів з числа колишніх засуджених (23%) та СІН (21%) і 11% безпритульних – лише від спеціалістів.

Усі опитані СІН і практично всі безпритульні (крім трьох) вміють читати (колишнім засудженим це запитання не ставилося). Але оскільки це запитання інтерв'юер заповнював самостійно на основі власних спостережень за реакцією респондента на картку, то не виключено, що три згадані респонденти читати вміють, але не можуть без окулярів. Про подібні випадки інтерв'юери зазначили в 11 анкетах. Тобто друковані матеріали є цілком прийнятним засобом інформування представників цих уразливих груп.

Також більшість опитаних СІН (85%) і безпритульних (76%) зазначили, що інформацію про здоров'я їм зручніше було б отримувати російською мовою. Щоправда, цей показник є похідним від регіону опитування: у Тернопільській та, частково, Львівській областях респонденти віддавали перевагу українській мові, а в Київській зазначали, що вони однаково добре розуміють і українську, і російську. Для респондентів решти областей більш прийнятною була російська мова.

Привертає увагу той факт, що жоден респондент не сказав, що йому особисто (представникам його соціальної групи) інформація про здоров'я не потрібна взагалі.

У якості основних мотивів, на актуалізацію яких має бути орієнтована інформаційна кампанія, можна виокремити наступні:

- страх за своє життя;
- турботу про здоров'я своїх близьких (для тих, у кого є сім'я);
- прагнення повноцінного життя, яке неможливе для хворої людини.

Але найбільш дієвим є перший із вказаних мотивів. Зокрема, респонденти, які вважають туберкульоз невиліковним, звертаються до лікаря відразу після виникнення підозри на туберкульоз. Ті ж, хто вважає, що це захворювання виліковується, не поспішають звертатися по медичну допомогу.

Виходячи із даних опитування, основними напрямками інформаційної кампанії мають стати наступні.

### **1. Формування загального уявлення про хворобу, її симптоми, шляхи передачі, можливості лікування.**

Щоправда, інформаційна кампанія, в якій розповідається, що туберкульоз легко виліковується, може призвести до зменшення кількості звернень по медичну допомогу. Люди будуть займатися самолікуванням, до останнього зволікаючи із зверненням до лікарів. Потрібно акцентувати увагу на важливості своєчасної (при перших ознаках захворювання) кваліфікованої діагностики і лікування. Цьому сприятиме інформація про негативні наслідки несвоєчасного звернення до лікаря.

### **2. Формування відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.**

Варто враховувати, що групи ризику є неоднорідними, наприклад, більшість СІН хотіли б лікувати туберкульоз амбулаторно, тоді як більшість безпритульних, виходячи із умов їхнього життя, – стаціонарно. Тому інформаційні заходи мають бути орієнтовані на певну цільову аудиторію, не може бути кампанії, розрахованої на всіх одразу.

У процесі інформаційно-просвітницької роботи представники груп ризику більше довірятимуть людині із власного середовища.

*Нужно из тубдиспансеров направлять в общественные организации. Здесь много людей, переболевших ТБ. Они могут быть более убедительными. Они могут сказать то, что не скажут врачи. И такие люди больше убеждают (СІН, Полтавська обл.).*

*Консультации равный-равному. Друг другу рассказывать о своих проблемах (СІН, Вінницька обл.).*

Наше дослідження не передбачало вивчення ролі лікаря (або іншої авторитетної людини). Але на основі відповідей на відкриті запитання можна зробити наступні висновки. Досвід людей, які хворіли (на ТБ або інші захворювання дихальних шляхів) і зверталися по медичну допомогу, дуже різноманітний. Частина респондентів характеризує лікарів позитивно, відзначаючи, що вони належним чином виконують свої обов'язки.

*Врач-фтизиатр нормальный. Относится к людям хорошо и пробует помочь (СІН, Київська обл.).*

*Пошел к участковому терапевту. Врач выслушал. Принял нормально (СІН, Вінницька обл.).*

*Относятся в пределах своих обязанностей. Ни хорошо, ни плохо. С пониманием (безпритульний, Київська обл.).*

А частина опитаних має негативний досвід спілкування з лікарями, зіткнувшись з упередженим ставленням до себе.

*Отношение нечеловеческое (безпритульний, Донецька обл.).*

*Обращаются очень не приветливо, и не хочется идти к врачу (СІН, Сумська обл.).*

*Врачи смотрят всегда косо и не очень доброжелательно (СІН, Сумська обл.).*

*Ведь нас здесь не считают за людей. Мне хамят и грубят (СІН, Херсонська обл.).*

*Не хочется идти к врачу, так как смотрят как на конченного (СІН, Харківська обл.).*

Загалом для респондентів характерне вкрай неоднозначне ставлення до офіційної медицини. З одного боку, як уже зазначалося, у випадку захворювання понад 90% респондентів готові звертатися по медичну допомогу.

*Доверяю врачам. Эту болезнь можно вылечить только в больнице. Самостоятельно вылечить нельзя (безпритульний, Сумська обл.).*

З іншого боку, чимало респондентів висловлювали протилежну думку, заперечуючи доцільність звернення до офіційних лікувальних закладів.

*Я не звик звертаться до лікарів (безпритульний, Львівська обл.).*

*Не верю врачам. Верю только в переломы. Остальное они не лечат. Это просто выкачка денег (безпритульний, Миколаївська обл.).*

*Знакомые лечились собачьим жиром (безпритульний, Миколаївська обл.).*

*Дед болел, но травку с Алтая привезли. Третью стадию болезни вылечил (СІН, Донецька обл.).*

Інші особи, за винятком соціальних працівників НУО, при відповіді на відкриті запитання не фігурували, тобто навряд чи можна говорити про людей, авторитетних для більшості представників уразливих груп.

*Частина респондентів вважає за доцільне звертатися до Бога.*

*Надо пойти и покаяться Богу тогда и болезней не будет (безпритульний, Київська обл.).*

Серед опитаних було лише кілька осіб, готових активно відстоювати свої права, тобто така модель поведінки є скоріше винятком.

*Хотела в газету писать – поднимать всех на уши!!! (СІН, Миколаївська обл.)*

*Мы писали в «Критичну точку» и Облздравотдел о таком отношении и условиях в больнице (безпритульний, Херсонська обл.).*

Натомість переважна більшість опитаних розуміють свою соціальну вразливість, а тому готові приймати існуючі умови такими, якими вони є. Але якщо хто-небудь (наприклад, громадські організації) виявляє бажання надавати їм підтримку та від-

стоявати їхні права, представники уразливих груп сприймають це як належне, і починають розраховувати на їхню підтримку.

Таким чином, респонденти найчастіше отримували інформацію про здоров'я із ЗМІ (76-85%) та від спеціалістів (45% безпритульних та 63-69% в інших уразливих групах) і в майбутньому хотіли б її отримувати з тих же джерел. Зокрема, найбільше респонденти довіряють фахівцям (59% безпритульних, 66% СІН та 79% колишніх засуджених) та ЗМІ (65-68%).

Тобто наявні та бажані джерела інформування істотним чином залежать від особливостей способу життя представників різних уразливих груп. Найменш «соціалізованими» серед наших респондентів виявилися безпритульні. Відповідно, їхній доступ до достовірної інформації про здоров'я, джерелом якої можуть стати поради спеціалістів та, до певної міри, ЗМІ, є більш обмеженим, порівняно із представниками інших уразливих груп, а дефіцит знань поповнюється за рахунок спілкування із представниками соціального оточення.

### 3.5.2. Наявні та бажані джерела інформації для ромів

Таблиця 27.

**Наявні та бажані джерела отримання інформації для респондентів, осіб**

Джерела інформування	Отримували	Хотіли б отримувати
Телебачення	26	18
Листівки, буклети та інші друковані матеріали	20	7
Родичі, друзі, сусіди і знайомі	15	1
Медичні працівники	10	9
Газети і журнали	10	2
Радіо	4	2
Інформаційні щити, плакати на вулицях	2	0
Інформаційні матеріали в поліклініках, лікарнях, аптеках	1	0
Працівники НУО, соціальних служб, притулків, реабілітаційних центрів і т.п.	1	0
В транспорті	0	0
Авторитетні для мене люди	0	0
Інше	0	0
Інформацію зустрічав/ли, але не пам'ятають, де саме/важко відповісти	0	0
Такої інформації не отримували/ така інформація не потрібна	0	0

\* Сума відповідей по кожному стовпцю перевищує  $n=30$ , оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

Опитані роми найчастіше отримують інформацію про здоров'я із телебачення (26 осіб із 30), з листівок/буклетів та інших друкованих матеріалів (20 осіб), від родичів, друзів, знайомих (15 осіб), а також із газет/журналів та від медичних працівників (по 10 осіб). Практично не користуються вони такими джерелами інформації, як реклама у транспорті, консультації працівників НУО, інформаційні матеріали в медичних закладах та аптеках, інформаційні щити, плакати на вулицях та радіо (табл. 27).

За відповідями респондентів, в подальшому вони хотіли б отримувати інформацію із телебачення (18 осіб), від медичних працівників (9 осіб), із листівок, буклетів та інших друкованих матеріалів (8 осіб). Жоден респондент не сказав, що інформація про здоров'я йому не потрібна.

### 3.5.3. Експерти про особливості інформування цільової групи ромів

Думки експертів дещо відрізняються від відповідей представників ромської громади. Всі опитані експерти в обох регіонах були однастайні в тому, що найбільш прийнятним способом інформування ромів є спілкування з ними фахівців (лікарів або представників НУО). Друковані матеріали будуть менш ефективними, оскільки, по-перше, рівень освіти ромів здебільшого невисокий, а, по-друге, вони більше довірятимуть не паперовим носіям інформації, а людині, яку вони бачать і з якою безпосередньо спілкуються.

*Читати вони не будуть. Їх треба збирати, і щоб хтось з їх середовища їм читав та розказував. Можна також показувати фільми, а просто буклети та листівки, то для них «нуль» (експерт, Закарпатська обл.).*

*С ромами надо общаться. Буклеты и книги здесь не пройдут. Должен быть только личный контакт. Это может быть массовое собрание, но они должны видеть того человека, который им будет рассказывать (експерт, Одеська обл.).*

Щоправда, до вибору такої людини потрібно підходити обережно, оскільки наявність медичної освіти не гарантує того, що роми довірятимуть цій людині, важливими є також особистісні якості, вміння спілкуватися із представниками даної групи «на рівних». Враховуючи певну закритість ромського середовища, по можливості, до інформаційно-просвітницької діяльності варто залучати або безпосередньо представників ромської громади, або людей, які мають певне відношення до неї (наприклад, досвід взаємодії з ромами та дружні зв'язки в їхньому середовищі). Також важливо, щоб цю людину роми знали і довіряли їй.

*Є такі лікарі та медсестри, яким роми довіряють. А є таке, що не дай боже, аби вони там побачили когось з лікарів, кого вони не люблять, то можуть бути й великі проблеми (експерт, Закарпатська обл.).*

Зокрема, свою допомогу в цьому плані пропонували задіяні в опитуванні представники громадських організацій, які працюють з ромами.

*Они (люди, которые планируют проводить информационные мероприятия по профилактике ТБ среди ромского населения) могут связаться со мной. А я проведу по общинам и покажу, что надо сделать. (експерт, Одеська обл.).*

*Если такая программа (по обследованию на туберкулез ромов) будет существовать, то мы, как работники общественных организаций, будем проводить с ними занятия и тренинги, объяснять, что это необходимо для их здоровья (експерт, Одеська обл.).*

При цьому експерти наголошували, що просвітницькі візити спеціалістів до ромських громад варто починати із налагодження контактів з лідерами цих громад («баронами»). Це дозволить не лише застрахуватися від будь-яких непорозумінь і конфліктних ситуацій, а й істотно підвищити ефективність такої роботи.

*В кожному таборі є люди, яким вони довіряють. Це барони. Якщо барон скаже, щоб вони пішли та зробили аналізи, то це буде зроблено безперечно. Аби якась програма запрацювала, потрібно звертатися до ромських організацій та йти до баронів, і з ними налагоджувати контакти. І тільки тоді можна починати якісь дії (експерт, Закарпатська обл.).*

На друге місце за ефективністю інформування представників цільової групи експерти поставили ЗМІ, а саме телебачення. Щоправда, цей спосіб донесення інформації є прийнятним лише для роботи із ромами, які ведуть осілий спосіб життя та мають певний рівень матеріального достатку.

На думку експертів, серед ромів могла б користуватися успіхом така форма друкованих матеріалів, як комікси, що в доступній формі зображують шляхи передачі ТБ та способи його профілактики. Про це говорили експерти в обох задіяних у дослідженні регіонах.

*Вони більше люблять інформацію в коміксах, яку можна переглянути, тому що читати вони не всі вміють (експерт, Закарпатська обл.).*

*Это должны быть простые на уровне комиксов информационные картинки. Если открытая форма туберкулеза, то должно быть показано, что она распространяется воздушно-капельным путем. Очень простыми картинками показано (эксперт, Одеська обл.).*

За спостереженнями інтерв'юєрів, більшість опитаних ромів (24 із 30) вміють читати. При цьому особи, дотичні до ромів, які брали участь в опитуванні, звертали увагу на істотні відмінності за рівнем грамотності між ромами, які проживають у великих містах та за їх межами, між людьми старшого покоління та молоддю.

*К счастью, на сегодняшний день читать умеют все: и молодежь, и дети. Но это если говорить про Одессу, а если копнуть чуть глубже, то там дела обстоят намного печальнее (эксперт, Одеська обл.).*

*Практически все ромские дети умеют читать и писать. А среди людей старшего возраста, очень много безграмотных (эксперт, Одеська обл.).*

Але в цілому рівень освіти ромів нижчий, ніж решти населення України, зокрема, серед них дуже рідко зустрічаються люди з вищою освітою. Це потрібно врахувати у процесі просвітницької роботи. Зокрема, інформаційні матеріали мають бути максимально простими (не містити складної медичної термінології) та дуже детальними. Наприклад, якщо в буклеті йдеться про діагностику або лікування ТБ, то він має докладно описувати всі кроки, починаючи від того, куди саме треба звернутися, і закінчуючи тим, що робити, якщо медпрацівники відмовлять в допомозі.

При цьому експерти наголошували на необхідності дотримуватися тонкої грані: матеріали мають бути доступними для представників цільової групи, але не повинні жодним чином ображати ромів або принижувати їхню гідність.

*Нужно запомнить, что ромы такие же люди, как и все. Надо быть с ними на одном уровне. Ромы не любят, когда их ставят в положение немного неграмотных людей, необразованных (эксперт, Одеська обл.).*

Що стосується бажаної мови подачі інформації, то відповіді опитаних досить рівномірно розподілилися між трьома запропонованими варіантами. Українську обрали 13 опитаних (6 із 20 респондентів у Закарпатській області та 7 із 10 – в Одеській), російську 6 (при чому 5 у Закарпатті), а «іншу» 11 осіб (9 із них – мешканці Закарпаття). При цьому респонденти, які обрали варіант відповіді «інше», мали на увазі не тільки ромську мову, а й угорську.

Виходячи із порівняння відповідей експертів і «пересічних» представників ромської громади, виокремлюються два основних підходи до інформування з питань ТБ представників даної цільової групи:

- Усне інформування в ході зустрічей із фахівцями (наприклад, лікарями, бажано із числа представників ромської громади). Цей спосіб є найбільш прийнятним для найбільш освіченої та найменш освіченої частини ромського населення, яка здебільшого проживає поза межами великих міст, передусім у таборах.
- Інформування за допомогою телебачення, інших ЗМІ, що може задовольнити потреби більш забезпечених і освічених ромів. Цю діяльність варто реалізовувати у межах національних інформаційних заходів, орієнтованих на загальне населення України.

Як додаткове джерело інформації експерти називали листівки типу коміксів, які у вигляді картинок зображують основну інформацію про ТБ. Подібні друковані матеріали можуть доповнювати спілкування з фахівцями, але ніяк не замінити його.

## 3.6. Висновки

Близько 90% представників уразливих груп (безпритульні, СІН, колишні засуджені) правильно називають основні ознаки туберкульозу. Понад 90% опитаних обізнані про головний шлях його передачі (повітряно-крапельний), від половини до двох третин у різних уразливих групах – про можливість заразитися ТБ через м'ясо/молоко хворої тварини. Роми – це єдина із досліджених уразливих груп, в якій головний шлях передачі ТБ (повітряно-крапельний) назвали абсолютно всі респонденти.

Водночас досить багато респондентів з усіх груп називали «опосередковані» (через поцілунки або при спільному проживанні з хворим) та малоймовірні (наприклад, через спільний посуд) шляхи передачі ТБ. Тобто в цілому рівень знань опитаних про ТБ (навіть за допомогою картки, де було викладено перелік можливих і помилкових шляхів передачі і симптомів) є невисоким (загальний показник знань коливається в межах 59-66%) і потребує корекції щодо подолання поширених серед них стереотипів про можливість інфікуватися ТБ побутовим шляхом. Загалом рівень знань ромів є нижчим порівняно із представниками інших груп ризику. Зокрема, загальний показник знань для них становить 50% проти 59-66% для інших груп.

Практично всі опитані СІН при наявності симптомів туберкульозу (якщо кашель триватиме 2-3 тижні) готові звертатися по медичну допомогу (лише одиниці не підуть до лікаря за жодних умов) і в реальній ситуації практично всі (96%) зверталися по неї. Разом з тим, лише 57% СІН заявляють, що при появі ознак туберкульозу звернуться до лікаря одразу. Основні причини, що зменшують готовність звертатися по допомогу: переконаність стосовно високої вартості лікування, негативного ставлення медичних працівників, погані умови перебування у стаціонарі.

Серед опитаних безпритульних 93% респондентів заявляють, що при наявності симптомів туберкульозу готові звертатися по медичну допомогу, а в реальності зверталися 57%. Всього 39% безпритульних висловлюють готовність при появі ознак туберкульозу звертатися до лікаря відразу. У цій групі основною перешкодою є зубожіння та постійний брак коштів, що унеможлиблює будь-які витрати на лікування, значно рідше згадуються інші чинники (відсутність реєстрації, документів тощо). Грубість медичного персоналу, неналежні умови перебування в лікарнях також є причинами, що знижують готовність звертатися до лікарів, проте менш значущими, ніж для СІН.

Статистичний аналіз свідчить про наявність тенденції: СІН частіше, ніж безпритульні, готові звертатися до лікаря як при підозрі на туберкульоз (91% проти 66%), так і в реальній (96% проти 57%) ситуації захворювання (статистична значимість відмінностей між групами  $p = 0,01$ ). Це, скоріше за все, пояснюється особливостями у способі життя представників цих груп і служить ще одним непрямим доказом важливості матеріального чинника при зверненні по медичну допомогу, особливо для безпритульних.

Загалом більшість зафіксованих розбіжностей між групами пов'язані із особливостями їхнього способу життя. Зокрема, безпритульні досить часто за необхідну умову



лікування ТБ називали можливість проходити його в умовах стаціонару, тоді як для СІН більш бажаним є навпаки амбулаторне лікування. Безпритульні також частіше, ніж СІН, висловлювали побажання щодо забезпечення соціального супроводу як фактору, що сприятиме своєчасному зверненню по медичну допомогу, а СІН, в свою чергу, частіше, ніж безпритульні, наголошували на необхідності поліпшення умов перебування у тубдиспансері.

На відміну від споживачів ін'єкційних наркотиків, серед безпритульних у випадку тривалого кашлю уявлення особи про невиліковність туберкульозу можуть сприяти прискоренню звернення по медичну допомогу. Негативний досвід звернення до медичних закладів, зокрема із симптомами туберкульозу, навпаки знижує готовність безпритульних звертатися до медиків і проходити курс лікування при проявах ознак хвороби у майбутньому. Але вказані тенденції також потребують перевірки на більших вибіркових сукупностях.

Основною причиною незвернення до медичних закладів осіб, звільнених з місць позбавлення волі з діагнозом туберкульоз, є недбале ставлення до власного здоров'я. Ситуація ускладнюється особливостями способу життя (алко- та наркозалежність), відсутністю засобів існування і соціальною невлаштованістю представників даної соціальної групи (проблеми з житлом, роботою, втрата родинних зв'язків, соціальна ізоляція), що суттєво обмежує доступ до лікування. Ускладнюють проходження лікування представниками даної групи такі фактори, як фінансові труднощі, що не дозволяють пройти курс лікування в повному обсязі, а також неналежні умови лікування (розруха та антисанітарія в тубдиспансерах, погане харчування, негативне ставлення персоналу до колишніх засуджених).

Доступність безкоштовних ліків, забезпечення прийнятних умов лікування, соціальний супровід хворих, переконлива інформація про можливості лікування, а також усвідомлення відповідальності за стан власного здоров'я - основні чинники, які здатні спонукати людей з груп ризику в разі тривалого кашлю звертатися до лікаря. Уявлення особи про невиліковність туберкульозу також можуть сприяти прискоренню звернення представників груп ризику по медичну допомогу у такій ситуації. Натомість негативний досвід лікування туберкульозу суттєво знижує готовність респондентів з груп ризику звертатися по медичну допомогу і проходити курс лікування при проявах ознак хвороби у майбутньому.

Попри малу вибіркочу сукупність, яка більш придатна для розробки певних гіпотез з метою їх подальшої перевірки у наступних дослідженнях, а не для отримання достовірних кількісних висновків, варто зазначити низький рівень готовності ромів звертатися по допомогу в медичні заклади, у тому числі для своєчасних діагностики і лікування ТБ. Наявні поведінкові орієнтації спричинені не лише об'єктивними причинами (наприклад, стигматизацією ромів з боку деяких медпрацівників, відсутністю у певної частки ромів реєстрації або іншими перешкодами, з якими вони стикаються при отриманні медичної допомоги, наприклад, мовним бар'єром), а й поширеними серед них стереотипами про неспроможність офіційної медицини вилікувати ті чи інші хвороби, про необхідність платити за будь-яку медичну допомогу.

Важливу роль у житті ромів грають національні традиції, а саме: переважна орієнтація на самолікування та звернення до ромських цілителів, особливо серед населення, яке проживає поза межами великих міст. Перешкодою є також гендерні особливості, зокрема, другорядне місце збереження здоров'я у структурі цінностей ромських жінок, «статеві» обмеження при зверненні до лікарів, особливо у прихильників мусульманської релігії, коли пацієнти із числа жінок можуть звертатися лише до лікарів-жінок, а чоловіки – до лікарів-чоловіків.

Респонденти найчастіше отримували інформацію про здоров'я із ЗМІ (76-85%) та

від спеціалістів (45% безпритульних та 63-69% в інших уразливих групах) і в майбутньому хотіли б її отримувати з тих же джерел. Зокрема, найбільше респонденти довіряють фахівцям (59% безпритульних, 66% СІН та 79% колишніх засуджених) та ЗМІ (65-68%). Наявні та бажані джерела інформування істотним чином залежать від особливостей способу життя представників різних уразливих груп. Найменш «соціалізованими» серед наших респондентів виявилися безпритульні. Відповідно, їхній доступ до достовірної інформації про здоров'я, джерелом якої можуть стати поради спеціалістів та, до певної міри, ЗМІ, є більш обмеженим, порівняно із представниками інших уразливих груп, а дефіцит знань поповнюється за рахунок спілкування із представниками соціального оточення.

### **3.7. Рекомендації щодо організації послуг та інформування з питань туберкульозу представників уразливих груп**

Важливим способом збільшення кількості осіб з уразливих груп, які звернуться по допомогу при підозрі на туберкульоз, є інформаційно-просвітницька робота в середовищі цих груп, що спонукатиме людей більш відповідально ставитися до свого здоров'я.

**Основними напрямками інформування для СІН мають стати наступні:**

- Інформування про небезпечність захворювання на ТБ. Респонденти з груп ризику мають уявлення про небезпечність туберкульозу. Але частина з них (23% СІН і 42% безпритульних) не готова відразу звертатися по допомогу. Тобто інформаційні матеріали для цих груп мають, в першу чергу, бути спрямовані на роз'яснення важливості своєчасного звернення до лікаря при перших ознаках захворювання, акцентуючи увагу на негативних наслідках пізнього звернення по медичну допомогу.
- В ході інформаційної кампанії також варто звернути увагу на поширений серед представників уразливих груп стереотип про те, що засобами сучасної медицини ТБ вилікувати не можна, а можна лише «залікувати», наголошуючи на тому, що такі проблеми виникають лише при несвоєчасному зверненні по медичну допомогу, а якщо виявити ТБ на ранній стадії, то вилікувати його цілком реально.
- Інформування про те, куди звертатися при підозрі на ТБ, щоб пройти діагностику і, при необхідності, лікування.
- При роботі з тими, хто вже хворіє або підозрює у себе туберкульоз, особливу увагу варто приділити роз'ясненню неефективності і навіть небезпечності самолікування, особливо, якщо воно обмежується лише «народними засобами». Для цього доцільно розробити окремі буклети, брошури, які б наочно демонстрували негативні наслідки самолікування та високу ефективність кваліфікованої медичної допомоги.
- Формування усвідомлення необхідності піклуватися про своє здоров'я, думати про наслідки поширення захворювання для своїх близьких.
- Особливу увагу варто звертати на безкоштовність діагностики і основного ме-

дикаментозного курсу лікування, відсутність (обмеженість) перешкод для госпіталізації, зокрема те, що відсутність паспорта і реєстрації не є перешкодою для отримання кваліфікованої медичної допомоги.

При цьому інформаційні матеріали варто подавати від імені медпрацівників, адже, за даними дослідження, у питаннях здоров'я респонденти найбільше довіряють саме фахівцям.

Оскільки однією з істотних перешкод для доступу хворих з груп ризику до медичної допомоги є стигматизоване ставлення до них з боку медичного персоналу, то виникає потреба проведення відповідної роботи з працівниками закладів охорони здоров'я. Сприяти вирішенню даної проблеми може також запровадження практики соціального супроводу представників уразливих груп соціальними працівниками НУО/соціальних закладів (як практикується у ВІЛ-сервісних НУО), особливо на етапі первинного звернення по медичну допомогу (до поліклініки за місцем проживання).

Своєчасному виявленню ТБ серед представників уразливих груп можуть сприяти превентивні заходи у місцях скупчення представників цільових груп (наприклад, в місцях, де надають свої послуги для СІН проекти Зменшення шкоди, в установах тимчасового проживання для безпритульних, на вокзалах та інших місцях їх перебування тощо): робота мобільних лабораторій, у яких можна буде пройти експрес-діагностику ТБ (флюорографію), доповнена консультаціями соціальних працівників щодо мотивування осіб, у яких виявлений ТБ, до проходження необхідного лікування та, при необхідності, забезпеченням соціального супроводу останніх до медичних установ.

Більшість перешкод, з якими стикаються представники цільової групи безпосередньо на етапі лікування, так чи інакше пов'язані із недоступністю лікування в силу фінансових причин. Адже безкоштовним є лише основний курс лікування ТБ. Всі додаткові медикаменти (зокрема підтримуючу терапію) пацієнти змушені купувати самостійно. Подібна ситуація складається і щодо харчування в стаціонарах, яке в багатьох випадках є вкрай обмеженим, навіть не забезпечуючи фізіологічний мінімум. Відповідно, за власні кошти пацієнтам доводиться докуповувати також продукти харчування. Вирішенням даної проблеми могло б стати запровадження неурядовими організаціями соціальних програм, орієнтованих на підтримку представників уразливих груп у процесі лікування ТБ (зокрема забезпечення пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні, необхідними препаратами, продуктами харчування).

**Стосовно хворих на ТБ, які звільняються з місць позбавлення волі, крім вищевказаного, варто також:**

- Вдосконалити інформаційно-просвітницьку роботу щодо необхідності продовження лікування ТБ на волі, яка ведеться в установах виконання покарань, зокрема, залучаючи до цього представників НУО та надаючи матеріали про громадські організації, які сприяють ресоціалізації колишніх засуджених;
- Соціальним працівникам у бесідах із тими, хто повертається з місць позбавлення волі, доцільно висвітлювати питання, пов'язані із соціальним захистом цієї категорії населення, а саме: куди звертатись на волі у випадку підозри на ТБ, що робити у випадку, коли громадянин, який звільнився і хворіє або має підозру на ТБ, ще не отримав реєстрації, які права та пільги щодо лікування ТБ на волі мають особи, які повернулися з місць позбавлення волі;
- вдосконалити систему обліку колишніх засуджених, у яких протягом перебування у ВК був виявлений туберкульоз, та запровадити певні заходи контролю

за їхньою поведінкою щодо продовження лікування після виходу на свободу;

- впровадити проекти соціальної підтримки і супроводу (наприклад, силами НУО) засуджених з діагнозом «туберкульоз», які б включали просвітницьку роботу на етапі підготовки до звільнення, соціальний супровід до медичних закладів після звільнення та соціально-психологічну підтримку впродовж всього періоду стаціонарного лікування.
- Результативність просвітницької роботи з даною цільовою групою може посилити залучення до інформаційних заходів представників цієї групи (тобто колишніх ув'язнених), які на власному досвіді переконалися у доступності медичної допомоги, діагностики та лікування ТБ, за методом «рівний-рівному».

**Розробляючи основні підходи до інформування з питань ТБ представників ромської громади, важливо звернути увагу на їх суттєве освітнє та економічне розшарування.**

- Перша група - достатньо освічена і забезпечена частина громади. За чисельністю вона є відносно меншою, проживає здебільшого у великих містах, значною мірою інтегрована у загальне населення. Її інформування варто проводити у межах національних просвітницьких заходів, орієнтованих на загальне населення України. Найбільш актуальним каналом інформування тут виявляється телебачення.
- Друга частина ромської громади (переважно бідні або злиденні, з невисоким рівнем освіти, частина – не вміють читати) зазвичай проживає поза межами великих міст, передусім у таборах. Просвітницька робота серед представників цієї частини громади буде значно складнішою і повинна передбачати передусім усне інформування в ході зустрічей із фахівцями. Як додаткове джерело (наочний матеріал) варто розповсюджувати листівки типу коміксів, які у вигляді картинок зображують основну інформацію про ТБ. Подібні друковані матеріали можуть доповнювати спілкування з фахівцями, але ніяк не замінити його.
- Враховуючи зазначені національні традиції та гендерні особливості, особливу увагу слід приділити соціальній та просвітницькій роботі серед жінок у таборах. При цьому актуальними є заходи із підвищення у свідомості ромських жінок цінностей здоров'я, його збереження, «розвінчання» міфів про правові перешкоди і економічну недоступність допомоги у медичних закладах.
- Для реалізації активної просвітницької стратегії у місцях компактного проживання ромів бажано залучати лікарів із числа представників ромської громади. Обов'язковою умовою є включення до «мобільних» просвітницьких команд спеціалістів як жінок, так і чоловіків (особливо в Одеській області). Не варто забувати про мовне питання: в команді мають бути лікарі, які володіють мовою місцевих громад, причому в Закарпатській області це не лише ромська, але й угорська мови.
- Запорукою ефективності просвітницьких заходів у таборах стане налагодження взаємозв'язків з місцевими «баронами». Їх допоможуть встановити активісти дотичних до ромських громад НУО.

Для розробки більш детальної інформаційної стратегії в таборах, інших місцях компактного проживання ромів неабияку актуальність набуває проведення більш масштабного медико-соціального дослідження з фокусом на апробацію окремих складових майбутньої просвітницької кампанії та з'ясування регіональних і гендерних особливостей.

## 4. Практичне втілення висновків та рекомендацій дослідження знань, ставлення, практики та поведінки в Національній стратегії адвокації, комунікації та соціальної мобілізації на 2012-2016 роки

Дослідження знань, ставлення, практики та поведінки має на меті в першу чергу надання практичних рекомендацій для розробки та втілення стратегії адвокацій, комунікації та соціальної мобілізації як компоненту національної програми з контролю над туберкульозом. Досягнення цілей програми неможливе без залучення ресурсів суспільства та спільноти до подолання проблеми туберкульозу. Світовий досвід доводить, що впровадження АКСМ-стратегії сприяє покращенню виявлення туберкульозу на ранніх стадіях захворювання, підвищенню прихильності до лікування туберкульозу, зменшенню стигми та дискримінації, створенню більш сприятливого політичного середовища для впровадження Програми боротьби з туберкульозом.

Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація (далі – АКСМ) є системою комплексних заходів із залучення ресурсів громади, спрямованих на вдосконалення державної політики протидії туберкульозу та покращення надання населенню протитуберкульозної допомоги, а також для забезпечення безперешкодного доступу різних верств населення до якісних медичних та соціальних послуг з профілактики, виявлення та лікування туберкульозу. В основі АКСМ-підходу є прагнення змінити ставлення до проблеми туберкульозу як з боку влади, так і населення в цілому, але в першу чергу – тих груп населення, які є найбільш уразливими до захворювання на туберкульоз, та спрямування зусиль різних суспільних секторів на протидію туберкульозу.

Національна стратегія адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (далі – Національна АКСМ-стратегія) розроблена членами робочої групи (ACSM Task Force), пройшла широке громадське обговорення на національному та регіональному рівнях та лягла в основу розробки регіональних АКСМ-стратегій та розробку Програм з контролю над туберкульозом.

Складна ситуація із захворюванням на туберкульоз в Україні склалася внаслідок низки проблем, зокрема, через недосконалість фармменеджменту та фармакологічного нагляду за протитуберкульозними препаратами та невідповідність Протоколів лікування сучасним підходам до ведення випадків туберкульозу, останнім рекомендаціям ВООЗ призвело до зростання випадків мультирезистентного туберкульозу. Більш того, епідемія ВІЛ-інфекції постійно посилює епідемію туберкульозу, недосконаліми є і заходи з інфекційного контролю у лікувально-профілактичних закладах на фоні недосконалої системи з моніторингу та оцінки протитуберкульозних заходів.

Вищезазначені проблемні аспекти мають тісний взаємозв'язок, більшість з них одночасно є причиною та наслідком. **З одного боку має місце низький рівень знань населення про туберкульоз та про необхідність звернутися до лікаря для обстеження, з іншого – неготовність системи охорони здоров'я забезпечити якісне виявлення та діагностику туберкульозу.** Недовіра практично всіх груп населення до системи охорони здоров'я повністю виправдана недоліками системи охорони здоров'я. Низька прихильність хворих до лікування зумовлена як відсутністю адекватних знань пацієнтів і попереднім негативним досвідом отримання медичних послуг, так і високим рівнем стигми та дискримінації. Наявність законів та протоколів не гарантує їх виконання. Наявність знань не призводить до зміни поведінки.

Ситуацію може і повинна змінити Загальнодержавна соціальна цільова програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки за підтримки АКСМ-стратегії, розробленої відповідно до існуючих потреб.

*Метою Національної АКСМ-стратегії є створення сприятливого середовища для впровадження орієнтованих на потреби пацієнта послуг з профілактики, виявлення, діагностики та лікування туберкульозу відповідно до мети та завдань Глобального плану «Зупинити туберкульоз» та Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки.*

Створення сприятливого середовища для надання послуг з виявлення та лікування туберкульозу передбачає виконання наступних стратегічних напрямів та завдань:

## **Стратегічний напрям 1**

**Мобілізація політичної волі та ресурсів для вирішення проблеми туберкульозу (адвокація).**

**Завдання 1.1.** Підняти рівень управлінської компетенції, розуміння та дотримання Стратегії Стоп ТБ посадовцями, відповідальними за реалізацію Загальнодержавної та регіональних програм.

**Завдання 1.2.** Вдосконалити систему фінансування (ефективне використання існуючих ресурсів, в тому числі через соціальне замовлення) Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки та регіональних програм для створення регуляторних та фінансових можливостей для впровадження комплексного підходу до протидії епідемії.

## **Стратегічний напрям 2**

**Ініціювання та впровадження необхідних змін в політиці та нормативному забезпеченні для подолання бар'єрів впровадження ДОТС-стратегії (адвокація).**

**Завдання 2.1.** Уможливити реформування системи надання протитуберкульозної допомоги населенню з метою забезпечення доступних та якісних послуг з виявлення та лікування туберкульозу.

**Завдання 2.2.** Сприяти узгодженню системи виявлення випадків активного туберкульозу відповідно до компонентів ДОТС-стратегії.

**Завдання 2.3.** Удосконалити нормативну базу та протоколи щодо надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.

## **Стратегічний напрям 3**

**Покращення менеджменту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016.**

**Завдання 3.1.** Інтегрувати систему моніторингу та оцінки заходів з АКСМ для посилення системи моніторингу та оцінки заходів з контролю над туберкульозом на національному та регіональному рівнях.

**Завдання 3.2.** Усунути існуючі регуляторні перешкоди для створення системи ефективного менеджменту протитуберкульозних препаратів.

**Завдання 3.3.** Забезпечити координацію спільних заходів щодо протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ на центральному та регіональному рівнях.

**Завдання 3.4.** Забезпечити дотримання вимог та заходів індивідуального інфекційного контролю та регулярної диспансеризації підопічних закладів та установ соціального захисту (соціального обслуговування), які надають соціальні послуги уразливим до туберкульозу групам, в тому числі шляхом внесення відповідних положень до нормативних документів щодо діяльності цих закладів.

## Стратегічний напрям 4

### **Адаптація медичних та соціальних послуг до потреб хворих на туберкульоз.**

**Завдання 4.1.** Підтримка впровадження навчальних заходів без відриву від робочого процесу: тренінгові центри, навчання тренерів, наочна агітація та інформаційні кампанії тощо.

**Завдання 4.2.** Удосконалити систему додипломної та післядипломної освіти з питань фтизіатрії, налагодити механізм обміну досвідом та поширення кращих практик.

**Завдання 4.3.** Запровадити орієнтований на потреби пацієнта підхід та систему консультування з медико-соціальних питань для покращення взаємодії медичного працівника та пацієнта.

**Завдання 4.4.** Посилити потенціал суб'єктів, зокрема недержавних, що надають соціальні послуги хворим та уразливим до туберкульозу групам, задля забезпечення їх якості та можливості участі не тільки державних установ та закладів, а й недержавних організацій у державних тендерах на закупівлю соціальних послуг.

## Стратегічний напрям 5

### **Зміна поведінки різних верств населення для своєчасного звернення за медичною допомогою.**

**Завдання 5.1.** Покращити рівень знань населення щодо туберкульозу та можливості профілактики, виявлення, діагностики та лікування туберкульозу.

**Завдання 5.2.** Знизити рівень стигми та дискримінації хворих на туберкульоз та людей, що перехворіли туберкульозом.

**Завдання 5.3.** Підвищити імідж медичного працівника та системи охорони здоров'я в цілому.

## Стратегічний напрям 6

### **Об'єднання зусиль та ресурсів громади і впровадження заходів соціальної мобілізації для підвищення рівня виявлення випадків туберкульозу в уразливих групах та прихильності до лікування.**

**Завдання 6.1.** Забезпечити мобілізацію лідерів місцевих громад для мотивації їх чле-



нів щодо участі у заходах з протидії епідемії ТБ, подолання стигми та дискримінації хворих на ТБ та представників уразливих груп.

**Завдання 6.2.** Залучати неурядові організації для покращення інтенсивного виявлення туберкульозу в уразливих групах населення.

**Завдання 6.3.** Розробити алгоритм та стандарти впровадження програм підтримки прихильності до лікування ТБ серед уразливих груп (включаючи людей, які живуть з ВІЛ, споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які звільнились з місць позбавлення волі, безпритульних, ромське населення, проте не обмежуючись лише цими групами).

**Завдання 6.4.** Забезпечити підтримку недержавних організацій, у т.ч. фінансову, залучених до виявлення випадків туберкульозу та формування прихильності до лікування.

**Завдання 6.5.** Забезпечити координацію та взаємодію державних та недержавних надавачів соціальних послуг, медичних закладів з метою покращення проведення профілактики, виявлення та формування прихильності до лікування туберкульозу.

## Стратегічний напрям 7

### Розширення можливостей пацієнтів та спільнот для покращення та поширення медико-соціальних послуг.

**Завдання 7.1.** Залучати пацієнтів та лідерів спільнот до прийняття рішень на національному та регіональному рівнях та забезпечення зворотного зв'язку щодо якості та доступності медико-соціальних послуг.

**Завдання 7.2.** Запровадити систему громадського контролю над виконанням вимог законодавства у сфері боротьби з туберкульозом.

**Завдання 7.3.** Залучати людей, які вилікувалися від туберкульозу, та/або їх найближче оточення до впровадження програм з вироблення прихильності до лікування туберкульозу, профілактики ВІЛ серед хворих на туберкульоз, догляду та підтримки на етапах лікування, консультування за принципом «рівний-рівному», тощо.

Для ефективного впровадження Національної АКСМ-стратегії розроблені регіональні АКСМ-стратегії з урахуванням специфіки та потреб відповідного регіону. Завдання та заходи регіональних АКСМ-стратегій також були включені у відповідні регіональні обласні програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки.

*З повною версією Національної АКСМ-стратегії можна ознайомитися на сайті Програми «Зупинимо туберкульоз в Україні», яку виконує Фонд Ріната Ахметова «Розвиток України» за посиланням <http://www.stoptb.in.ua/ua/acsm>*

# Додаток 1

## Розподіл відповідей респондентів за соціально-демографічними ознаками

### 1 Як ви в цілому оцінюєте свої знання про туберкульоз? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вище/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Відмінно	<b>6,0</b>	6,1	5,8	4,8	6,8	6,0	2,2	3,7	5,5	9,3	5,5	5,6	5,8	6,5
Добре	<b>29,1</b>	27,7	30,2	28,5	28,9	30,0	20,3	26,2	29,7	32,8	28,6	32,9	29,4	27,5
Задовільно	<b>42,2</b>	41,8	42,5	44,3	43,5	37,5	37,1	40,7	43,4	43,2	46,6	39,4	43,8	40,3
Погано	<b>15,6</b>	17,0	14,5	16,2	14,8	16,2	23,9	20,0	14,8	11,0	13,2	15,6	16,1	16,8
Нічого не знаю	<b>4,8</b>	5,0	4,7	3,9	3,8	7,7	12,6	6,2	4,8	2,2	3,6	5,6	3,9	5,7
Важко відповісти	<b>2,2</b>	2,3	2,2	2,3	2,1	2,5	3,9	3,3	1,8	1,5	2,5	1,0	1,0	3,3

**2** Якими, на вашу думку, є основні ознаки туберкульозу? (%)  
% до всіх, окрім тих, хто зазначив, що нічого не знає про ТБ, n=4756

**Без картки**

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Висипання на шкірі	1,0	0,8	1,1	1,3	0,9	0,8	1,4	0,8	0,8	1,3	1,7	0,6	1,0	0,7
Кашель	60,3	59,9	60,6	61,2	60,2	59,3	55,1	60,2	58,5	63,4	60,1	56,4	61,2	61,7
Кашель, що триває більше трьох тижнів	27,3	27,0	27,5	28,1	27,3	26,3	22,7	25,3	29,7	26,9	28,4	29,9	28,3	24,9
Кашель із кров'ю	24,3	26,1	22,8	25,8	25,4	20,6	20,8	19,1	26,0	27,4	24,3	22,9	24,7	24,8
Виділення мокротиння при кашлі	15,6	15,3	15,8	12,8	15,9	18,4	9,9	14,6	15,4	17,7	16,6	15,8	17,5	13,9
Головний біль	3,3	3,7	3,0	3,5	2,9	3,6	3,5	2,8	3,3	3,6	3,7	2,4	3,3	3,4
Нудота	2,2	2,4	2,1	2,2	2,1	2,5	3,9	1,6	2,4	2,3	1,9	2,6	2,6	2,1
Втрата ваги, схуднення	21,1	19,4	22,5	17,4	22,6	23,2	20,5	16,9	20,9	25,0	18,0	18,3	23,7	22,8
Температура без видимої причини, що тримається понад 7 днів	28,1	24,6	31,1	26,0	29,3	28,8	19,6	23,2	30,0	31,7	31,4	25,6	30,9	26,1
Біль у грудях	8,0	8,3	7,8	7,8	8,7	7,2	7,2	6,6	8,4	9,0	6,8	7,2	9,4	8,4
Пітливість уночі	6,2	5,7	6,5	5,0	6,7	6,7	3,4	4,1	6,9	7,6	7,1	5,0	7,8	5,3
Важке дихання	8,8	8,4	9,2	8,7	8,4	9,8	8,1	7,5	8,8	10,2	10,7	8,5	8,5	8,1
Постійна слабкість (недомогання)	17,2	16,5	17,7	14,3	19,4	16,9	11,4	12,3	17,2	22,5	16,7	21,5	19,0	14,5
Важко відповісти/ Не знаю	3,6	4,3	3,0	4,4	2,7	4,0	10,2	5,4	2,1	2,5	3,1	2,3	1,7	5,4
Інше	3,3	2,4	3,9	2,3	3,2	4,5	4,5	3,1	3,1	3,4	3,0	4,2	2,4	3,4

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

### З карткою

	Всього по ма-сиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінче-на вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Висипання на шкірі	<b>3,6</b>	3,9	3,4	3,7	3,9	3,1	4,4	2,2	4,1	4,1	5,4	3,3	3,3	2,9
Кашель	<b>69,5</b>	69,4	69,5	70,7	68,8	69,1	67,0	69,5	67,1	72,8	71,7	63,5	68,5	71,5
Кашель, що триває більше трьох тижнів	<b>62,6</b>	61,6	63,4	62,5	63,9	60,5	55,1	59,2	63,7	65,6	65,2	63,6	62,7	60,6
Кашель із кров'ю	<b>67,9</b>	69,5	66,6	68,9	69,0	64,6	63,9	67,7	67,9	68,8	65,8	66,1	69,5	69,0
Виділення мокротиння при кашлі	<b>51,0</b>	49,5	52,2	48,1	52,3	52,4	39,6	48,1	51,2	55,4	54,0	50,5	51,9	49,0
Головний біль	<b>18,2</b>	17,4	18,8	18,5	17,3	19,1	19,3	16,9	19,3	17,7	19,5	20,5	15,7	17,6
Нудота	<b>12,0</b>	12,2	11,8	11,2	12,1	12,9	14,1	11,7	12,9	10,9	13,1	10,9	10,9	12,5
Втрата ваги, схуднення	<b>64,8</b>	62,1	67,1	59,6	68,6	64,9	59,2	59,8	64,6	70,5	60,8	62,5	65,7	67,7
Температура без видимої причини, що тримається понад 7 днів	<b>62,2</b>	58,6	65,1	59,2	63,3	63,9	53,2	58,9	62,0	66,8	64,0	63,4	64,7	59,2
Біль у грудях	<b>44,9</b>	43,3	46,1	46,2	44,7	43,4	41,6	42,7	44,4	47,9	43,2	39,5	46,2	47,5
Пітливість уночі	<b>35,3</b>	32,1	37,9	30,4	37,3	38,1	32,8	31,2	36,0	38,6	33,5	36,5	37,2	34,8
Важке дихання	<b>49,8</b>	49,0	50,5	48,8	51,2	48,8	45,9	47,3	48,5	54,3	49,3	48,3	51,1	50,2
Постійна слабкість (недомагання)	<b>56,1</b>	52,6	58,9	52,7	59,8	53,8	44,8	49,9	56,6	62,8	52,3	58,3	60,8	54,7
Важко відповісти/ Не знаю	<b>1,2</b>	1,5	1,0	1,4	1,0	1,4	5,4	1,4	0,8	0,8	1,0	0,8	0,7	1,8
Інше	<b>0,7</b>	0,6	0,8	0,4	0,7	1,0	0,8	0,7	0,5	0,8	0,5	1,2	0,1	0,9

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

### 3 Як ви вважаєте, як можна заразитися на туберкульоз? (%)

% до всіх, окрім тих, хто зазначив, що нічого не знає про ТБ, n=4756

#### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Через використання спільного посуду з хворим на туберкульоз	33,2	31,1	34,9	29,8	33,7	36,7	35,8	33,1	33,9	32,1	34,1	27,6	34,5	34,6
Через повітря, коли хворий на туберкульоз кашляє або чихає	84,2	84,7	83,7	85,3	86,2	79,1	72,8	82,0	85,4	86,6	84,7	84,7	89,2	81,0
При поцілунках	11,6	11,7	11,6	11,8	11,6	11,3	8,2	9,0	12,1	14,0	11,0	10,3	13,0	11,9
Статевим шляхом	2,6	2,9	2,3	3,4	2,1	2,4	3,1	3,1	2,8	1,7	3,4	2,3	2,1	2,5
Через журнали, гроші	2,1	2,1	2,1	1,9	2,2	2,1	3,0	1,9	2,1	2,1	2,3	1,7	1,9	2,3
Через м'ясо або молоко хворої на туберкульоз тварини	5,8	6,0	5,6	5,9	5,6	5,9	4,3	4,3	6,2	7,0	7,0	4,6	6,3	5,4
Якщо торкатися до предметів у громадських місцях (дверних ручок, поручнів у транспорті)	15,1	14,1	15,9	12,7	16,6	15,5	14,4	14,5	15,9	14,7	20,2	13,1	16,1	12,6
Через рукостискання	4,9	5,4	4,4	3,4	5,3	5,9	4,0	5,1	5,3	4,4	5,8	3,0	4,9	5,2
При спільному проживанні з хворим в одній квартирі, кімнаті	17,2	16,1	18,1	15,3	17,6	19,0	15,2	16,4	18,0	17,3	17,1	17,8	19,3	15,9
Від хворої вагітної матері до новонародженого	2,1	2,0	2,2	2,9	1,9	1,4	2,3	1,1	2,2	2,7	2,5	1,3	2,4	2,1
Спадково	1,3	1,1	1,5	1,0	1,4	1,6	0,6	1,4	1,6	1,1	0,8	1,5	0,9	1,7
Важко відповісти/ Не знаю	2,5	2,5	2,5	2,8	1,6	3,7	7,8	3,9	1,8	1,3	1,2	2,1	2,0	3,8
Інше	2,6	3,0	2,3	3,0	2,3	2,6	2,8	2,7	2,7	2,4	3,2	4,3	2,2	1,7

### 3 карткою

	Всього по ма-сиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінче-на вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ-село
Через використання спільного посуду з хворим на туберкульоз	<b>81,5</b>	80,4	82,4	77,9	83,5	82,6	81,0	80,0	82,2	82,1	82,0	78,3	81,5	82,7
Через повітря, коли хворий на туберкульоз кашляє або чихає	<b>96,6</b>	97,0	96,2	96,9	96,7	96,0	95,1	96,1	96,7	97,2	96,6	96,6	97,5	96,1
При поцілунках	<b>59,7</b>	58,2	60,9	61,5	60,4	56,0	49,0	55,9	59,5	65,1	59,0	65,0	63,8	55,5
Статевим шляхом	<b>12,4</b>	12,9	12,1	14,4	12,0	10,7	12,7	13,6	12,3	11,6	15,9	10,3	10,5	12,5
Через журнали, гроші	<b>23,1</b>	21,9	24,1	18,5	24,1	27,1	20,2	23,9	23,1	22,9	19,8	24,2	27,3	22,2
Через м'ясо або молоко хворої на туберкульоз тварини	<b>48,0</b>	45,4	50,0	45,4	49,5	48,6	39,1	44,6	49,6	50,5	46,0	41,8	49,2	51,3
Якщо торкатися до пред-метів у громадських місцях (дверних ручок, поручнів у транспорті)	<b>52,1</b>	49,3	54,4	47,8	53,0	55,9	50,0	50,3	53,5	52,3	54,7	51,3	54,4	49,7
Через рукостискання	<b>26,8</b>	25,9	27,6	22,5	28,0	30,3	28,6	27,3	26,5	26,6	28,8	25,2	27,9	25,9
При спільному проживанні з хворим в одній квартирі, кімнаті	<b>75,1</b>	73,9	76,2	73,7	76,2	75,0	64,8	73,7	75,4	77,9	71,9	73,6	77,5	76,4
Від хворої вагітної матері до новонародженого	<b>27,7</b>	24,8	30,1	27,5	27,8	27,9	27,4	26,8	27,3	29,1	27,1	22,2	31,2	28,8
Спадково	<b>11,8</b>	10,5	12,9	10,4	11,7	13,9	12,3	13,0	11,4	11,2	10,1	9,9	14,0	12,5
Важко відповісти/ Не знаю	<b>0,7</b>	0,5	0,9	0,6	0,6	1,0	2,6	1,2	0,4	0,4	0,5	0,7	0,3	1,1
Інше	<b>0,4</b>	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,7	0,9	0,1	0,2

#### 4 Чи вважаєте ви, що у наш час можна вилікувати туберкульоз? (%)

% до всіх, окрім тих, хто зазначив, що нічого не знає про ТБ, n=4756

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Так	<b>73,3</b>	71,9	74,4	74,4	73,7	71,1	62,1	69,5	72,6	79,3	74,5	74,3	74,8	71,3
Ні	<b>16,1</b>	17,1	15,3	15,2	15,8	17,9	23,9	18,1	16,1	13,1	15,1	15,6	15,5	17,4
Важко відповісти/ Не знаю	<b>10,6</b>	11,0	10,3	10,4	10,5	11,0	14,0	12,4	11,3	7,6	10,5	10,1	9,7	11,4

#### 5 Як ви вважаєте, як довго зазвичай триває лікування туберкульозу? (%)

% до тих, хто вважає, що ТБ виліковний, n=3455

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Менше півроку	<b>10,5</b>	10,5	10,5	12,0	10,7	8,1	8,4	10,8	9,6	11,5	11,3	11,0	11,4	9,2
Півроку – рік	<b>47,0</b>	44,4	49,0	44,8	49,2	46,0	39,7	44,8	47,6	49,1	49,4	44,3	45,4	47,7
Кілька років	<b>25,0</b>	25,0	25,0	24,2	24,2	27,5	28,3	25,7	24,9	24,2	23,4	26,1	27,1	24,3
Все життя	<b>3,3</b>	3,6	3,1	3,4	2,9	3,7	3,1	3,7	3,0	3,3	2,6	3,7	2,8	3,8
Не виліковний	<b>0,6</b>	0,9	0,4	0,6	0,8	0,3	0,6	0,6	0,7	0,5	0,3	0,3	1,0	0,8
Важко відповісти/ Не знаю	<b>13,6</b>	15,6	12,0	15,0	12,2	14,4	19,9	14,4	14,2	11,5	13,1	14,6	12,3	14,2

## 6 Скільки в реальному житті коштує для людини діагностика (виявлення) туберкульозу? (%)

% до всіх, окрім тих, хто зазначив, що нічого не знає про ТБ, n=4756

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вище/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Безкоштовно	<b>24,6</b>	25,4	23,8	26,0	25,6	20,9	17,4	21,5	23,6	29,6	26,4	24,5	24,4	23,6
Дешево	<b>15,6</b>	15,9	15,4	17,8	17,4	9,8	6,0	13,5	16,7	18,0	15,2	23,5	16,3	11,9
Дорого	<b>35,0</b>	32,6	37,0	33,5	33,4	39,7	45,5	36,4	35,9	30,9	34,5	30,6	36,6	36,5
Дуже дорого/ недоступно	<b>7,3</b>	6,9	7,6	5,9	7,0	9,4	7,7	8,3	7,3	6,2	6,8	6,1	6,4	8,5
Важко відповісти/ Не знаю	<b>17,5</b>	19,2	16,2	16,7	16,6	20,1	23,5	20,3	16,4	15,4	17,1	15,4	16,3	19,4

## 7 Скільки в реальному житті коштує для пацієнта лікування туберкульозу? (%)

до всіх, окрім тих, хто зазначив, що нічого не знає про ТБ, n=4756

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вище/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Безкоштовно	<b>7,2</b>	6,8	7,5	7,9	7,1	6,5	5,6	6,4	7,0	8,4	6,9	7,6	8,9	6,3
Дешево	<b>2,6</b>	2,7	2,5	2,6	3,1	1,7	1,4	3,2	2,3	2,6	3,1	2,4	2,5	2,4
Дорого	<b>49,5</b>	48,9	49,9	51,1	49,8	46,7	41,5	48,3	50,3	50,9	48,2	47,0	54,2	48,9
Дуже дорого/ недоступно	<b>27,6</b>	26,5	28,5	24,0	27,6	32,0	33,4	28,0	28,2	25,4	28,9	28,2	25,1	27,8
Важко відповісти/ Не знаю	<b>13,2</b>	15,1	11,7	14,3	12,4	13,1	18,0	14,2	12,2	12,7	12,9	14,8	9,2	14,7



## 8 Що ви будете робити, якщо ваш кашель буде тривати більше ніж 2-3 тижні? (%)

### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Звернуся до того, хто вже хворів	1,3	1,1	1,5	1,6	1,1	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,4	1,1	1,7	1,3
Пораджуся з родичами, знайомими	6,5	6,9	6,3	7,5	5,6	6,9	8,6	6,6	6,8	5,9	7,3	8,5	6,1	5,4
Пошукаю інформацію в Інтернеті	3,2	4,0	2,6	5,4	3,0	0,9	0,9	2,2	3,2	4,7	5,2	3,6	3,3	1,9
Звернусь до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера	73,4	72,4	74,2	75,4	76,0	66,6	54,7	73,1	74,2	76,4	75,6	73,1	70,6	73,7
Звернусь в тубдиспансер/до фтизіатра	10,7	10,3	11,1	11,0	10,8	10,3	7,6	10,3	10,1	12,5	9,5	8,9	12,2	11,5
Подзвоню на гарячу телефонну лінію з питань туберкульозу	1,0	1,0	1,0	1,2	1,0	0,7	0,9	1,0	0,9	1,3	1,8	0,4	0,6	1,0
Піду в аптеку/ Займусь самолікуванням	15,0	14,2	15,6	11,8	13,5	21,3	26,5	15,6	15,7	11,3	17,1	13,8	17,1	13,3
Піду до представників народної медицини і нетрадиційних методів лікування	2,4	2,5	2,4	1,4	2,4	3,7	5,6	2,8	1,9	2,0	1,8	3,1	1,9	2,6
Піду до священика	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2	0,5	0,7	0,3	0,2	0,5	0,3	0,2	0,6	0,3
Перевірю дітей і зроблю їм Манту	1,4	1,4	1,5	1,7	1,5	1,0	1,2	0,7	1,6	2,0	0,9	1,7	0,5	2,1
Нікуди не піду	2,3	2,9	1,9	1,6	2,2	3,4	7,8	2,0	1,9	2,0	1,8	1,4	2,2	3,1
Вважаю, що у мене не може бути туберкульозу	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,5	0,9	0,5	0,6	0,9	0,9	0,5	0,6	0,8
Важко відповісти/ Не знаю	1,8	2,4	1,3	2,0	1,3	2,5	2,9	1,8	1,7	1,8	1,6	2,8	1,0	1,9
Інше	2,5	2,4	2,6	2,7	2,5	2,1	1,0	1,9	3,2	2,4	3,0	3,1	2,0	2,1

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

### З карткою

	Всього по ма-сиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінче-на вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Звернуся до того, хто вже хворів	<b>4,9</b>	4,3	5,4	5,0	4,5	5,4	5,9	5,3	5,2	4,0	4,2	4,1	3,8	6,2
Пораджуся з родичами, знайомими	<b>18,7</b>	19,3	18,1	22,8	15,8	18,6	16,0	20,1	19,2	17,3	17,5	19,8	17,1	19,6
Пошукаю інформацію в Інтернеті	<b>9,9</b>	10,5	9,3	16,0	9,5	3,0	2,2	6,2	9,2	15,7	14,8	11,0	9,6	6,7
Звернусь до дільничного або сімейного лікаря, фельдшера	<b>85,1</b>	84,2	86,0	86,6	87,1	80,2	70,2	86,4	86,0	86,0	86,5	87,5	82,6	84,6
Звернусь в тубдиспансер/до фтизіатра	<b>32,6</b>	31,6	33,4	34,0	32,3	31,3	25,3	29,3	32,7	36,9	30,4	31,4	33,2	34,0
Подзвоню на гарячу телефонну лінію з питань туберкульозу	<b>5,6</b>	5,1	6,0	6,6	5,8	4,0	4,2	4,9	5,7	6,4	5,5	5,1	6,5	5,4
Піду в аптеку/ Займусь самолікуванням	<b>21,5</b>	20,6	22,3	18,8	20,5	26,6	29,6	23,4	21,8	17,9	21,7	21,0	23,9	20,4
Піду до представників народної медицини і нетрадиційних методів лікування	<b>6,1</b>	5,5	6,6	4,6	5,9	8,1	8,6	6,7	5,5	5,7	4,1	6,2	6,9	6,7
Піду до священика	<b>2,0</b>	1,9	2,2	1,3	2,2	2,5	3,1	2,0	1,5	2,4	2,4	1,2	2,3	2,0
Перевірю дітей і зроблю їм Манту	<b>11,2</b>	9,4	12,8	13,0	12,3	7,4	6,8	9,0	11,2	14,2	9,9	12,6	10,5	11,8
Нікуди не піду	<b>3,3</b>	3,9	2,8	2,6	2,8	4,9	10,4	3,2	2,8	2,6	2,7	2,4	3,0	4,2
Вважаю, що у мене не може бути туберкульозу	<b>1,1</b>	0,9	1,2	1,0	1,1	1,1	1,3	0,8	1,0	1,4	1,8	0,5	0,8	1,0
Важко відповісти/ Не знаю	<b>1,0</b>	1,3	0,9	1,0	0,8	1,5	3,3	1,0	0,9	0,9	0,6	1,6	0,5	1,3
Інше	<b>0,8</b>	0,9	0,8	0,8	0,7	1,2	0,7	0,9	1,1	0,5	0,8	1,2	0,3	0,9

## 9 Через який час після появи кашлю ви звернетесь до лікаря? (%)

### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Одразу (протягом першого тижня)	<b>29,8</b>	29,3	30,2	35,0	29,0	24,6	17,9	30,6	28,6	32,8	27,7	29,0	32,8	29,7
Якщо кашель триватиме більше ніж 2-3 тижні	<b>44,7</b>	44,0	45,3	44,0	46,9	41,9	35,1	40,7	47,4	46,9	48,7	45,3	44,5	42,3
Після того, як самолікування не принесе результатів	<b>12,2</b>	12,2	12,3	11,0	11,4	15,1	19,4	13,7	12,4	9,2	11,7	12,5	11,9	12,6
Звернусь до лікаря лише тоді, коли серйозно захворію/ буду дуже погано почуватися	<b>7,8</b>	8,5	7,3	6,2	7,8	9,9	13,9	8,2	6,8	7,5	6,7	8,9	7,0	8,4
Я не буду звертатися до лікаря	<b>3,1</b>	3,1	3,1	1,7	2,5	5,6	10,2	4,1	2,2	1,7	2,6	1,8	2,2	4,3
Важко відповісти/ Не знаю	<b>2,1</b>	2,7	1,5	1,5	2,1	2,7	3,5	2,4	2,2	1,4	2,2	2,2	1,3	2,3
Інше	<b>0,3</b>	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,0	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4

### 3 карткою

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Одразу (протягом першого тижня)	<b>27,6</b>	27,3	27,9	32,2	27,3	22,6	16,1	28,8	26,6	30,1	26,7	26,9	29,8	27,4
Якщо кашель триватиме більше ніж 2-3 тижні	<b>46,9</b>	46,2	47,5	46,2	48,8	44,7	38,3	43,7	49,0	49,1	51,6	48,5	45,3	44,4
Після того, як самолікування не принесе результатів	<b>11,2</b>	11,7	10,9	10,7	10,9	12,5	14,9	11,1	12,1	9,6	9,3	11,4	11,9	11,9
Звернусь до лікаря лише тоді, коли серйозно захворію/ буду дуже погано почуватися	<b>10,5</b>	10,9	10,1	8,6	10,0	13,5	18,8	11,5	9,5	9,0	9,7	10,4	10,2	11,1
Я не буду звертатися до лікаря	<b>2,5</b>	2,4	2,6	1,2	2,0	5,0	9,0	3,4	1,7	1,5	1,8	1,5	2,0	3,7
Важко відповісти/ Не знаю	<b>1,0</b>	1,4	0,7	0,8	0,8	1,5	3,0	1,5	0,7	0,5	0,8	1,1	0,5	1,3
Інше	<b>0,2</b>	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3

**10** Зазначте причини, які заважають вам одразу звернутися до лікаря? (%)  
% до тих, хто зазначив, що НЕ звернеться до лікаря одразу і протягом 2-3 тижнів, n=1274

**Без картки**

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Сімейні обставини	6,2	5,5	6,7	7,5	7,4	3,6	3,7	6,2	7,3	5,6	8,8	6,9	3,3	6,0
Не знаю, куди йти	1,8	1,4	2,1	2,0	1,5	1,9	2,2	1,9	1,3	2,0	2,9	1,7	1,0	1,6
Висока вартість медичних послуг	27,3	22,8	31,2	18,7	23,2	39,2	37,7	31,2	29,4	15,0	18,5	26,9	22,6	33,3
Немає часу стояти в чергах	17,2	19,3	15,4	23,7	21,3	7,1	7,0	13,3	19,0	23,8	20,3	22,3	17,8	13,6
Складнощі з транспортом/ велика відстань до лікаря	3,7	2,7	4,5	2,3	2,4	6,3	6,3	4,1	3,4	2,3	3,2	1,8	1,4	5,6
Не довіряю професіоналізму лікарів	17,7	18,4	17,1	18,0	17,9	17,3	18,4	13,3	18,4	21,8	18,1	17,1	22,2	15,8
Побічні ефекти від лікування небезпечніші, ніж туберкульоз	1,8	1,6	1,9	2,3	1,8	1,4	2,0	1,8	1,2	2,6	1,4	0,7	2,5	2,1
Не хочу робити флюорографію (рентген), вона небезпечна	2,5	2,3	2,6	3,5	2,6	1,6	2,9	4,1	1,9	1,2	0,5	2,1	2,4	3,6
Боюсь примусового лікування	2,4	2,4	2,4	2,2	2,3	2,6	3,5	2,9	1,6	2,4	2,7	1,7	1,6	2,8
Боюсь операції	0,6	0,9	0,4	0,4	0,9	0,5	0,9	0,7	0,3	0,9	0,4	0,0	0,8	0,9
Не подобається ставлення медичних працівників до пацієнтів	9,2	9,4	9,1	7,5	10,6	8,9	8,8	5,6	9,1	13,9	8,2	10,6	11,9	7,9
Не можу відлучитися з роботи (час роботи співпадає з часом роботи медичного закладу)	6,0	9,4	3,0	10,0	7,8	0,7	0,0	3,8	6,6	10,5	9,3	9,5	7,9	2,4
Не хочу знати свій діагноз	2,6	1,9	3,3	0,7	3,5	3,1	3,6	5,2	1,0	1,5	1,1	0,4	3,5	3,8
Немає реєстрації (прописки за місцем проживання)	0,1	0,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0
Якщо діагноз підтвердиться, не хочу, щоб до мене ставились, як до заразно людини	2,3	2,3	2,3	2,7	2,3	2,0	0,0	2,5	2,9	2,3	2,6	1,8	1,7	2,6
Просто не хочу йти до лікаря	20,3	22,2	18,6	20,7	18,2	22,4	20,0	24,8	17,3	19,3	18,9	18,4	25,5	19,3
Важко відповісти/ Не знаю	6,7	7,1	6,3	7,5	6,6	6,2	6,8	7,0	5,8	7,6	11,3	6,9	4,5	5,6
Інші причини	4,1	4,0	4,2	4,3	3,9	4,3	6,6	2,1	5,4	3,5	7,6	2,8	2,6	3,9

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

### З карткою

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/ Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінче- на вища/ Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Сімейні обставини	<b>8,1</b>	7,2	8,9	9,5	9,1	5,8	7,8	7,0	9,3	7,8	10,3	10,0	5,0	7,8
Не знаю, куди йти	<b>3,4</b>	3,0	3,7	4,1	3,1	3,1	4,5	3,0	3,1	3,7	4,2	3,4	1,6	3,8
Висока вартість медичних послуг	<b>42,1</b>	37,3	46,2	28,8	40,7	54,3	50,3	46,6	45,0	28,8	32,7	43,7	37,1	47,6
Немає часу стояти в чергах	<b>28,8</b>	32,8	25,3	37,1	35,8	13,7	11,6	25,4	31,8	36,2	35,5	29,2	31,1	24,8
Складнощі з транспортом/ велика відстань до лікаря	<b>6,3</b>	4,6	7,8	6,0	3,8	9,7	11,7	6,4	6,2	3,9	5,5	3,8	2,1	9,5
Не довіряю професіоналізму лікарів	<b>30,2</b>	30,5	29,9	31,4	29,3	30,3	30,1	25,3	31,6	34,0	28,0	32,2	36,1	27,7
Побічні ефекти від лікування небезпечніші, ніж туберкульоз	<b>6,7</b>	6,9	6,5	8,2	7,2	4,8	5,2	5,7	6,7	8,4	6,6	6,2	6,1	7,1
Не хочу робити флюорографію (рентген), вона небезпечна	<b>7,8</b>	7,0	8,6	8,7	8,6	6,2	7,5	8,1	6,9	8,9	5,0	6,9	7,3	9,6
Боюсь примусового лікування	<b>6,9</b>	6,5	7,1	5,9	6,6	7,9	5,8	7,4	6,7	6,9	7,7	7,1	4,3	7,6
Боюсь операції	<b>3,2</b>	3,6	2,8	2,9	3,3	3,3	3,0	3,5	3,2	2,7	1,9	2,6	2,2	4,4
Не подобається ставлення медичних працівників до пацієнтів	<b>25,1</b>	23,6	26,5	22,8	25,2	27,0	24,1	21,4	27,0	27,4	26,4	26,5	30,8	21,5
Не можу відлучитися з роботи (час роботи співпадає з часом роботи медичного закладу)	<b>11,1</b>	15,0	7,6	19,5	13,3	1,6	0,0	8,7	12,8	16,3	15,0	14,9	13,3	6,9
Не хочу знати свій діагноз	<b>5,8</b>	4,8	6,8	3,2	6,7	6,9	6,4	8,6	4,1	4,8	4,0	2,3	6,8	7,6
Немає реєстрації (прописки за місцем проживання)	<b>1,0</b>	1,2	0,8	0,9	1,7	0,2	0,7	0,8	1,2	1,0	2,4	2,3	0,0	0,3
Якщо діагноз підтвердиться, не хочу, щоб до мене ставились, як до заразної людини	<b>7,5</b>	6,8	8,2	8,5	6,6	7,8	3,2	9,0	5,9	10,1	8,8	9,0	4,3	7,9
Просто не хочу йти до лікаря	<b>28,1</b>	29,7	26,7	28,6	27,0	29,0	29,2	32,5	25,8	25,6	29,5	26,4	32,6	26,1
Важко відповісти/ Не знаю	<b>4,5</b>	5,3	3,7	4,8	4,9	3,7	3,8	4,4	3,5	6,3	8,8	3,8	3,0	3,6
Інші причини	<b>2,5</b>	2,3	2,7	2,0	2,8	2,6	3,9	1,5	2,9	2,6	4,0	2,4	2,2	2,1

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## 11 Скільки часу вам потрібно, щоб дістатися до найближчого медичного закладу (поліклініки, фельдшерсько-акушерського пункту тощо)? (%)

### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Менше півгодини	<b>79,8</b>	80,6	79,2	83,7	81,1	73,1	66,3	76,7	78,5	87,1	85,2	83,6	85,9	72,1
Година - дві	<b>17,9</b>	17,5	18,2	14,6	17,1	23,0	26,5	20,3	19,6	11,8	12,7	14,8	11,9	25,2
Півдня і більше	<b>1,2</b>	0,8	1,5	0,9	0,7	2,3	3,8	1,5	0,9	0,7	0,3	0,2	1,1	2,1
Важко відповісти/ Не знаю	<b>1,1</b>	1,1	1,1	0,7	1,1	1,6	3,4	1,5	1,0	0,4	1,8	1,4	1,0	0,6

## 12 Оцініть, будь-ласка, для себе ризик (ймовірність) заразитися туберкульозом? (%)

### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Значний ризик	<b>28,3</b>	26,6	29,8	28,2	31,4	23,3	20,0	26,7	28,5	31,3	30,3	25,6	32,8	26,2
Невеликий ризик	<b>48,5</b>	50,7	46,7	50,1	49,2	45,2	38,3	46,0	50,5	50,3	43,9	53,1	47,6	49,3
Немає ризику	<b>14,7</b>	13,5	15,7	14,1	11,3	21,0	22,3	17,7	13,7	11,7	15,6	12,5	12,6	16,2
Важко відповісти/ Не знаю	<b>8,5</b>	9,2	7,9	7,5	8,1	10,4	19,4	9,7	7,3	6,8	10,3	8,8	6,9	8,3

## 12 Оцініть, будь-ласка, для себе ризик (ймовірність) заразитися туберкульозом? (%)

### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Значний ризик	<b>28,3</b>	26,6	29,8	28,2	31,4	23,3	20,0	26,7	28,5	31,3	30,3	25,6	32,8	26,2
Невеликий ризик	<b>48,5</b>	50,7	46,7	50,1	49,2	45,2	38,3	46,0	50,5	50,3	43,9	53,1	47,6	49,3
Немає ризику	<b>14,7</b>	13,5	15,7	14,1	11,3	21,0	22,3	17,7	13,7	11,7	15,6	12,5	12,6	16,2
Важко відповісти/ Не знаю	<b>8,5</b>	9,2	7,9	7,5	8,1	10,4	19,4	9,7	7,3	6,8	10,3	8,8	6,9	8,3

## 13 Як ви вважаєте, наскільки туберкульоз небезпечний для населення України? (%)

### Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Дуже небезпечний	<b>75,1</b>	72,5	77,3	71,0	77,1	76,7	69,4	73,1	75,6	77,4	78,7	70,7	79,9	72,7
Частково небезпечний	<b>19,9</b>	22,3	18,0	23,9	18,9	16,8	17,3	20,5	20,4	19,4	18,0	24,6	16,2	20,7
Безпечний	<b>1,1</b>	1,2	1,1	1,3	1,0	1,2	2,5	1,0	1,1	1,0	0,8	1,5	1,1	1,2
Важко відповісти/ Не знаю	<b>3,8</b>	4,0	3,7	3,8	3,0	5,3	10,8	5,4	2,9	2,2	2,5	3,3	2,8	5,4



# 14 Як можна уникнути зараження туберкульозом? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вище/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Уникати рукостискання	16,4	15,9	16,9	13,7	16,3	20,0	18,5	17,5	17,4	13,9	16,7	16,4	16,1	16,4
Проходити щорічне медичне обстеження на туберкульоз, робити флюорографію, пробу Манту	79,4	79,3	79,5	81,6	81,6	73,1	65,7	77,1	81,5	81,7	76,2	79,9	85,8	77,7
Закривати вікна в приміщенні	2,7	2,2	3,1	3,1	2,4	2,6	3,7	2,5	2,7	2,7	2,6	2,5	3,0	2,7
Уникати посуду загального користування	49,3	45,8	52,1	48,6	49,4	49,8	43,5	47,3	49,9	51,4	42,9	45,6	55,2	51,5
Повноцінно харчуватися	52,1	49,7	54,1	48,3	54,9	52,1	44,2	46,4	53,4	57,3	48,5	54,0	54,6	52,1
Мити руки після дотику до предметів у громадських місцях, дотримуватися правил особистої гігієни	73,4	70,6	75,7	73,9	73,7	72,5	69,8	71,9	74,0	74,8	69,4	74,0	79,8	72,1
Вживати в їжу особливі речовини або продукти	10,7	10,6	10,8	10,9	10,6	10,7	13,8	9,5	11,1	10,7	11,9	10,5	10,3	10,3
Вести здоровий спосіб життя (сон, фізична активність)	55,1	54,1	55,9	54,0	57,7	52,1	44,5	50,9	55,3	60,8	48,2	58,3	55,8	57,1
Вакцинувати дітей проти туберкульозу	44,4	40,5	47,5	48,0	44,9	39,0	33,7	40,5	44,7	49,5	41,1	42,6	47,8	45,3
Не купувати молочні та м'ясні продукти на стихійних ринках	29,7	26,8	32,1	28,3	30,9	29,5	25,7	24,6	31,6	32,9	32,4	24,8	30,3	30,2
Регулярно провітрювати приміщення	35,6	33,2	37,6	34,5	36,6	35,3	26,0	32,1	35,6	40,7	35,8	37,0	39,9	32,6
Пити горілку для дезінфекції після контакту з тим, хто кашляє	9,2	12,3	6,7	7,8	10,1	9,4	12,1	10,0	9,9	7,0	10,0	6,2	8,5	10,5
Їсти багато сала та/ або масла	13,6	14,0	13,3	9,6	14,6	16,8	19,8	13,7	14,7	10,9	13,0	8,3	15,5	15,5
Дихати чистим сосновим, гірським повітрям	33,1	30,4	35,4	31,8	35,2	31,3	25,4	29,0	34,1	37,2	32,7	32,6	35,7	32,3
Уникати місць скупчення підозрілих/ соціально неблагополучних людей	59,3	56,8	61,4	60,0	61,5	54,7	53,0	54,4	59,3	65,0	57,8	57,1	61,9	59,8
Важко відповісти/ Не знаю	1,2	1,5	1,0	0,9	0,9	2,2	6,4	1,3	0,9	0,5	1,2	0,8	0,4	1,9
Інше	1,2	1,3	1,1	0,8	1,2	1,6	0,5	1,8	1,2	0,8	1,0	1,3	0,8	1,5

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

# 15 Як ви вважаєте, хто може захворіти на туберкульоз? (%)

## Без картки

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Ті, хто відбуває покарання в місцях позбавлення волі	<b>54,6</b>	54,9	54,4	54,3	55,2	54,0	61,0	56,0	52,4	54,8	47,8	49,3	55,5	60,4
Будь-яка людина	<b>74,5</b>	74,8	74,3	75,7	75,8	70,8	63,9	73,3	74,7	77,5	75,0	73,3	76,6	73,8
Безпритульні	<b>46,0</b>	45,6	46,3	44,7	46,3	47,1	54,8	45,8	44,1	46,7	37,8	41,5	49,7	50,8
Алкоголіки	<b>37,5</b>	37,3	37,7	35,6	38,0	38,9	44,9	37,7	36,4	37,2	27,9	33,3	38,6	44,2
Наркомани	<b>40,4</b>	40,1	40,6	39,8	40,8	40,3	48,2	41,9	38,1	40,1	30,8	36,0	40,2	47,8
Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом	<b>31,6</b>	31,3	31,9	32,5	32,9	28,5	31,7	29,8	31,5	33,5	26,2	25,2	32,4	37,3
Малозабезпечені люди	<b>34,5</b>	33,9	35,0	31,5	36,2	35,3	40,9	32,6	33,5	36,1	27,4	26,8	33,9	42,3
Важко відповісти/ Не знаю	<b>1,4</b>	1,4	1,5	1,2	1,2	2,1	6,4	1,7	1,0	0,6	1,3	0,8	0,9	2,0
Інші	<b>0,9</b>	0,8	1,0	0,9	0,7	1,1	0,3	0,7	0,9	1,2	1,0	1,7	0,3	0,8

## 16 Чи згодні ви з такими твердженнями...? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вище/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село

### 16. 1. Хворі на туберкульоз повинні відчувати підтримку інших людей, їх добре ставлення

Згоден/а	<b>91,5</b>	90,0	92,7	91,5	92,3	90,1	85,9	90,4	92,2	92,7	92,6	89,8	92,6	91,1
Не згоден/а	<b>3,2</b>	3,6	2,9	3,2	3,2	3,1	2,3	3,7	3,5	2,5	2,8	4,0	2,6	3,3
Важко відповісти/ Не знаю	<b>5,3</b>	6,4	4,4	5,3	4,5	6,7	11,8	5,9	4,3	4,8	4,6	6,2	4,8	5,6

### 16. 2. Якщо б Ви дізналися, що з Вами працюють люди, які перехворіли на туберкульоз, то Ви попросили б пересадити Вас в інший кабінет або перевести в інший підрозділ/ зміну

Згоден/а	<b>33,2</b>	33,9	32,6	35,9	31,5	32,7	37,0	37,4	32,8	29,1	27,8	32,9	28,5	38,7
Не згоден/а	<b>45,3</b>	45,6	45,1	44,1	47,9	42,7	31,5	41,5	45,5	51,4	50,7	46,3	51,1	39,0
Важко відповісти/ Не знаю	<b>21,5</b>	20,5	22,3	20,1	20,6	24,6	31,6	21,1	21,7	19,5	21,5	20,8	20,4	22,3

### 16. 3. Люди, які вилікувались від туберкульозу, повинні мати право працювати у сфері обслуговування (офіцанти, касирами, водіями автобусів і т.п.)

Згоден/а	<b>43,6</b>	43,9	43,4	47,9	43,6	38,4	31,9	40,7	45,4	46,3	47,6	47,8	46,2	38,1
Не згоден/а	<b>37,1</b>	37,7	36,6	34,3	37,1	40,5	43,3	41,3	34,6	35,2	32,5	35,0	33,6	42,5
Важко відповісти/ Не знаю	<b>19,3</b>	18,4	20,0	17,7	19,3	21,1	24,8	18,0	19,9	18,6	19,9	17,2	20,2	19,4

### 16. 4. Якщо б у мене були діти-школярі, я б не заперечував/ла, щоб у них вів уроки вчитель, який перехворів на туберкульоз і повністю вилікувався

Згоден/а	<b>40,9</b>	39,7	41,8	39,1	43,8	38,3	31,9	39,9	41,2	43,2	45,3	43,8	42,7	36,1
Не згоден/а	<b>39,0</b>	41,1	37,2	41,4	37,8	37,9	41,4	39,9	38,1	38,8	34,3	38,2	36,2	43,4
Важко відповісти/ Не знаю	<b>20,2</b>	19,2	20,9	19,5	18,4	23,8	26,7	20,2	20,8	18,0	20,4	18,0	21,1	20,5

## 16 Чи згодні ви з такими твердженнями...? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село

### 16. 4. Якщо б у мене були діти-школярі, я б не заперечував/ла, щоб у них вів уроки вчитель, який перехворів на туберкульоз і повністювилікувався

Згоден/а	<b>40,9</b>	39,7	41,8	39,1	43,8	38,3	31,9	39,9	41,2	43,2	45,3	43,8	42,7	36,1
Не згоден/а	<b>39,0</b>	41,1	37,2	41,4	37,8	37,9	41,4	39,9	38,1	38,8	34,3	38,2	36,2	43,4
Важко відповісти/ Не знаю	<b>20,2</b>	19,2	20,9	19,5	18,4	23,8	26,7	20,2	20,8	18,0	20,4	18,0	21,1	20,5

### 16. 5. Я спокійно поїв/ла би в ресторані, якщо б знав/ла, що кухар та/або офіціантка повністювилікувались від туберкульозу

Згоден/а	<b>32,9</b>	33,5	32,5	33,7	34,3	29,8	25,5	31,1	32,9	36,2	35,4	35,7	33,9	29,8
Не згоден/а	<b>44,3</b>	46,6	42,4	45,5	43,4	44,3	48,5	46,2	42,9	43,4	37,5	42,9	43,0	49,3
Важко відповісти/ Не знаю	<b>22,8</b>	19,9	25,1	20,8	22,3	25,9	25,9	22,7	24,3	20,4	27,1	21,4	23,0	20,8

### 16. 6. Я намагаюся триматися подалі від людей, які перехворіли на туберкульоз

Згоден/а	<b>43,0</b>	43,2	42,8	41,8	42,6	45,2	52,8	47,1	42,3	38,2	34,1	39,4	42,0	50,1
Не згоден/а	<b>38,5</b>	39,1	38,1	39,5	39,2	36,4	24,4	34,0	39,5	44,4	43,7	45,3	39,3	32,2
Важко відповісти/ Не знаю	<b>18,5</b>	17,7	19,0	18,7	18,3	18,4	22,8	18,9	18,3	17,4	22,2	15,3	18,7	17,7

### 16. 7. Якщо людина хворіє на туберкульоз, але відмовляється лікуватися, її потрібно штрафувати

Згоден/а	<b>63,6</b>	61,8	65,0	63,0	65,6	60,9	62,0	62,7	65,5	62,3	61,1	64,3	65,8	63,5
Не згоден/а	<b>19,6</b>	21,4	18,2	20,5	18,7	20,3	20,3	18,1	19,2	21,4	20,4	21,4	20,0	18,2
Важко відповісти/ Не знаю	<b>16,8</b>	16,8	16,8	16,6	15,7	18,8	17,7	19,2	15,2	16,3	18,5	14,3	14,2	18,3

## 16 Чи згодні ви з такими твердженнями...? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село

### 16. 8. Я з розумінням ставлюся до людей, які переривають спілкування з хворими на туберкульоз родичами/близькими

Згоден/а	<b>38,9</b>	39,6	38,3	41,9	38,6	35,7	40,3	36,8	38,5	40,9	36,5	38,6	39,4	40,0
Не згоден/а	<b>41,6</b>	41,2	41,9	39,9	42,6	41,9	32,6	44,4	42,1	40,1	42,7	45,2	42,5	38,9
Важко відповісти/ Не знаю	<b>19,5</b>	19,2	19,8	18,3	18,8	22,4	27,1	18,7	19,4	18,9	20,8	16,3	18,1	21,1

### 16. 9. Туберкульоз – це страшна хвороба, тому хворого потрібно звільнити з роботи, щоб він не заражав інших людей

Згоден/а	<b>48,2</b>	48,4	47,9	49,5	45,9	50,2	55,5	54,2	47,6	41,8	41,0	45,6	49,2	52,8
Не згоден/а	<b>33,0</b>	33,1	32,9	31,2	35,3	31,3	26,1	28,6	33,7	37,5	36,0	34,7	34,9	29,6
Важко відповісти/ Не знаю	<b>18,8</b>	18,5	19,1	19,3	18,7	18,4	18,3	17,2	18,6	20,7	22,9	19,8	15,9	17,6

### 16. 10. Якщо людина хвора на туберкульоз, але відмовляється лікуватися, її потрібно примусово ізолювати від здорових людей

Згоден/а	<b>85,2</b>	84,7	85,7	84,2	86,4	84,5	81,4	85,3	87,4	83,3	86,6	82,0	88,9	84,1
Не згоден/а	<b>7,0</b>	7,5	6,6	7,0	6,7	7,4	6,4	7,5	5,8	8,1	5,5	10,1	5,0	7,3
Важко відповісти/ Не знаю	<b>7,8</b>	7,9	7,8	8,8	6,9	8,1	12,2	7,2	6,8	8,7	7,9	7,9	6,1	8,6

### 16. 11. Хворі на туберкульоз повинні самі приймати рішення, як і де їм лікуватися

Згоден/а	<b>43,4</b>	42,7	44,0	44,7	43,1	42,4	42,8	43,7	43,7	42,9	44,7	41,1	41,2	44,8
Не згоден/а	<b>39,8</b>	42,1	37,9	39,0	41,4	38,1	32,4	38,5	41,2	40,7	34,3	46,5	42,1	38,6
Важко відповісти/ Не знаю	<b>16,8</b>	15,3	18,1	16,3	15,6	19,6	24,8	17,8	15,1	16,4	21,0	12,4	16,7	16,6

# 17 З яких джерел ви найчастіше отримуєте інформацію про здоров'я? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Телебачення	<b>80,6</b>	79,7	81,4	77,5	81,4	83,1	80,7	80,6	82,1	78,9	75,7	81,3	80,7	83,0
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	<b>7,0</b>	6,9	7,1	7,6	7,3	5,8	4,7	5,3	6,6	9,5	6,7	6,2	8,0	7,1
Радіо	<b>31,1</b>	30,6	31,5	24,6	31,3	38,5	39,2	28,4	33,6	28,8	22,9	28,3	33,8	35,5
Газети та журнали	<b>47,6</b>	44,3	50,4	41,4	51,1	49,4	41,9	41,4	51,8	49,4	41,6	44,9	54,8	48,6
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	<b>14,7</b>	14,7	14,8	17,3	16,3	9,1	8,3	11,9	14,7	18,7	14,3	15,8	13,4	15,2
Реклама на транспорті	<b>10,8</b>	11,4	10,3	12,9	11,4	7,2	8,6	9,3	10,3	13,3	11,9	12,9	9,4	10,0
Інтернет	<b>25,1</b>	27,8	22,9	43,4	22,8	6,8	7,6	18,6	21,5	38,9	30,2	29,7	26,7	19,3
Родичі, друзі, сусіди та колеги	<b>38,7</b>	37,9	39,4	38,4	39,5	37,8	37,0	36,5	39,3	40,3	38,5	39,5	42,1	36,8
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	<b>35,2</b>	32,9	37,0	38,1	37,0	28,6	25,4	28,1	36,8	41,7	38,8	37,6	39,7	29,8
Медичні працівники	<b>55,3</b>	54,2	56,2	55,5	57,9	50,8	45,7	53,1	55,8	58,8	57,9	58,5	56,7	51,8
Медична/ спеціалізована література	<b>23,9</b>	21,7	25,7	25,1	26,0	19,1	14,3	17,6	24,6	30,8	28,2	21,6	21,2	24,0
Викладачі в школах, ВНЗ	<b>8,8</b>	7,7	9,8	14,6	7,5	4,0	3,7	7,8	7,0	13,1	9,9	10,1	7,6	8,3
Інше, що?	<b>1,1</b>	1,2	1,1	1,1	1,0	1,4	1,2	1,1	1,2	1,1	0,6	2,0	0,8	1,2
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме/ Важко відповісти	<b>3,8</b>	4,1	3,6	4,0	4,1	3,1	4,4	4,1	3,9	3,3	4,6	3,6	3,1	3,9
Такої інформації не зустрічав/ла	<b>1,0</b>	1,1	0,9	0,8	0,8	1,5	2,9	1,8	0,5	0,4	0,9	1,0	1,1	0,9

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## 18 З яких джерел вам найзручніше отримувати інформацію про здоров'я? (%)

Не більше 3-х варіантів.

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Телебачення	<b>63,6</b>	63,0	64,1	59,2	63,5	69,2	61,3	68,2	65,6	57,5	57,5	63,5	59,5	69,1
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	<b>2,4</b>	2,5	2,3	2,3	2,3	2,7	3,7	1,7	2,1	3,2	3,2	2,9	2,0	2,0
Радіо	<b>17,3</b>	16,6	17,8	12,1	16,4	25,0	28,6	16,5	17,8	15,1	14,3	13,8	16,6	20,9
Газети та журнали	<b>23,1</b>	21,7	24,2	17,5	24,5	27,5	21,7	21,4	25,9	21,3	20,8	20,7	23,1	25,3
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	<b>4,7</b>	4,6	4,8	4,7	5,7	2,9	1,6	4,4	4,8	5,4	5,3	5,5	3,0	4,8
Реклама на транспорті	<b>3,6</b>	3,9	3,4	4,7	3,6	2,2	2,0	3,4	3,5	4,3	4,4	5,1	2,4	3,1
Інтернет	<b>19,0</b>	21,0	17,3	35,0	16,0	4,4	4,8	13,0	16,1	30,8	24,9	24,0	20,2	12,8
Родичі, друзі, сусіди та колеги	<b>12,9</b>	13,1	12,8	13,1	12,1	14,0	17,0	14,2	11,8	12,3	12,5	14,8	12,7	12,4
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	<b>15,0</b>	14,2	15,6	15,0	16,3	12,8	11,9	12,9	14,7	17,8	16,4	16,5	18,4	11,8
Медичні працівники	<b>25,0</b>	24,1	25,7	24,5	26,1	23,9	26,5	25,5	25,6	23,5	23,0	28,0	25,3	24,5
Медична/ спеціалізована література	<b>7,8</b>	6,7	8,7	7,4	9,1	6,2	3,6	5,8	8,5	9,6	9,9	7,9	4,4	8,3
Викладачі в школах, ВНЗ	<b>2,0</b>	1,5	2,4	3,9	1,3	0,7	0,0	1,9	1,7	2,8	2,4	3,7	0,8	1,5
Інше, що?	<b>1,1</b>	1,0	1,2	1,3	1,1	0,9	0,0	0,8	1,2	1,4	0,5	1,9	1,4	0,9
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме/ Важко відповісти	<b>1,5</b>	1,6	1,4	1,2	1,8	1,4	1,4	1,5	1,6	1,3	1,4	1,5	1,2	1,6
Ніде не зручно	<b>1,9</b>	2,2	1,6	1,8	1,7	2,2	4,8	2,4	1,3	1,4	2,8	1,9	1,2	1,7

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## 19 Яким джерелам інформації про здоров'я ви довіряєте? (%)

Не більше 3-х варіантів.

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Телебачення	<b>39,8</b>	40,1	39,6	36,5	39,0	45,0	41,8	43,5	41,6	33,8	31,0	38,5	37,4	46,5
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	<b>2,8</b>	2,9	2,8	3,0	3,0	2,5	3,1	2,2	2,7	3,4	3,6	2,3	4,0	2,1
Радіо	<b>8,9</b>	8,7	9,1	6,5	8,0	13,4	15,1	9,2	9,5	6,7	5,2	6,5	9,6	11,7
Газети та журнали	<b>14,5</b>	13,8	15,2	10,6	15,3	18,0	17,2	14,8	15,3	12,9	10,8	13,3	15,4	16,8
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	<b>2,0</b>	1,6	2,2	2,0	2,5	0,9	1,1	1,7	2,3	1,9	2,6	2,0	1,3	1,9
Реклама на транспорті	<b>1,1</b>	1,2	1,0	1,2	1,1	0,8	0,9	0,5	1,2	1,4	1,1	1,4	0,7	1,0
Інтернет	<b>10,5</b>	11,2	9,8	19,4	8,7	2,5	2,5	7,6	9,2	16,2	12,9	12,4	11,0	8,0
Родичі, друзі, сусіди та колеги	<b>13,1</b>	13,5	12,7	12,9	13,1	13,3	14,4	13,8	12,2	13,2	12,7	16,5	10,5	13,0
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	<b>17,7</b>	16,6	18,6	18,3	19,1	14,6	12,5	13,2	18,7	21,6	20,7	20,9	20,9	13,0
Медичні працівники	<b>44,3</b>	43,9	44,7	43,6	46,6	41,5	38,0	43,0	45,0	46,1	46,3	48,5	45,1	41,0
Медична/ спеціалізована література	<b>17,2</b>	15,7	18,4	18,0	19,8	11,9	8,1	11,6	17,3	24,0	22,5	14,7	13,9	17,1
Викладачі в школах, ВНЗ	<b>3,4</b>	3,2	3,5	5,7	2,7	1,7	1,5	3,1	2,3	5,3	6,2	4,7	2,0	1,9
Інше, що?	<b>1,4</b>	1,2	1,6	1,1	1,5	1,6	0,9	1,4	1,5	1,4	1,1	2,8	0,9	1,2
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме/ Важко відповісти	<b>2,1</b>	2,0	2,1	1,4	2,4	2,4	2,8	2,3	1,8	2,1	2,8	1,0	1,1	2,7
Нікому не довіряю	<b>5,4</b>	5,9	4,9	4,5	5,3	6,5	10,7	6,8	4,5	4,0	6,4	4,5	4,6	5,6

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей



## 20 Яка інформація про туберкульоз була би вам цікава?

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		Чоловіча	Жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Будь-яка інформація про туберкульоз	<b>62,9</b>	62,8	62,9	62,1	63,4	62,8	61,7	61,8	65,2	61,2	63,0	59,9	61,5	64,9
Як передається туберкульоз	<b>12,1</b>	11,7	12,5	13,7	12,4	9,8	9,8	12,8	11,4	12,9	11,6	11,4	12,4	12,6
Як зменшити ризик захворіти на туберкульоз	<b>18,3</b>	18,0	18,5	21,8	18,1	14,3	13,9	17,3	17,9	20,5	18,9	20,7	17,6	17,2
За якими ознаками (симптомами) можна запідозрити туберкульоз	<b>11,6</b>	10,6	12,3	13,0	11,8	9,4	8,4	11,2	10,9	13,3	12,3	10,7	12,8	10,9
Як точно визначити (діагностувати) туберкульоз	<b>10,4</b>	10,0	10,8	11,9	10,8	8,0	4,7	10,9	9,8	12,0	9,7	13,1	11,3	9,2
Де лікують туберкульоз	<b>7,3</b>	6,9	7,7	8,2	7,8	5,6	3,8	8,7	7,0	7,2	7,8	6,8	7,0	7,5
До яких лікарів звертатися, якщо є підозра на туберкульоз	<b>6,8</b>	6,3	7,2	7,3	6,8	6,2	5,1	7,0	6,9	6,9	7,2	6,3	6,7	6,9
Як лікують туберкульоз (ліки, строки)	<b>9,6</b>	9,4	9,8	11,3	9,3	8,0	5,5	10,3	9,8	9,6	6,9	13,7	10,7	8,6
Про нетрадиційні методи лікування туберкульозу	<b>7,3</b>	6,5	7,9	7,1	7,7	6,9	4,2	6,8	7,5	8,1	5,8	10,3	9,7	5,5
Форми захворювання на туберкульоз	<b>7,4</b>	6,4	8,3	9,1	7,3	5,7	4,9	7,3	7,9	7,6	6,4	6,5	9,3	7,4
Яка відповідальність передбачена за ухилення від лікування туберкульозу	<b>5,0</b>	4,9	5,0	6,3	4,7	3,8	2,4	5,0	4,6	5,9	4,1	4,2	6,9	4,8
Як поводити себе з людьми, які лікувалися від туберкульозу	<b>11,2</b>	10,1	12,1	12,4	11,5	9,2	6,2	10,1	11,9	12,3	10,7	10,5	14,0	10,4
Як поводити себе з хворими на туберкульоз	<b>12,7</b>	11,4	13,8	14,6	12,5	10,9	8,1	11,5	12,6	15,0	12,5	13,4	14,8	11,5
Інше	<b>0,5</b>	0,5	0,5	0,3	0,6	0,5		0,2	0,7	0,7	0,6	0,5	0,9	0,3
Ніяка інформація не цікава	<b>6,0</b>	7,1	5,1	3,3	5,4	10,3	15,0	7,5	4,6	4,6	6,2	5,0	5,4	6,7

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## Д1 Стать респондента (%)

	Всього по масиву	Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		До 34	35-59	60+	Початкова/ Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінче- на вища/ Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Чоловіча	<b>45,1</b>	50,8	46,9	35,2	34,4	47,7	44,9	45,0	44,7	44,2	45,0	45,8
Жіноча	<b>54,9</b>	49,2	53,1	64,8	65,6	52,3	55,1	55,0	55,3	55,8	55,0	54,2

## Д2 Ваш вік? (%)

	Всього по масиву	Стать		Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	Початкова/ Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінче- на вища/ Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
до 34 років	<b>31,3</b>	35,2	28,0	10,7	31,4	25,4	42,6	33,3	34,7	31,2	28,6
35-59 років	<b>42,9</b>	44,7	41,5	10,4	38,5	52,8	41,3	43,1	42,2	43,8	42,7
60+	<b>25,8</b>	20,1	30,5	78,9	30,1	21,8	16,1	23,6	23,1	25,0	28,7

## Д3 Яка у вас освіта? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Початкова/ Неповна середня	<b>6,0</b>	4,6	7,2	2,1	1,5	18,5	3,4	3,3	4,8	9,4
Середня загальна	<b>27,1</b>	28,7	25,8	27,2	24,3	31,6	24,2	22,8	23,0	32,8
Середня спеціальна	<b>36,9</b>	36,8	37,0	29,9	45,4	31,2	33,9	37,1	40,9	36,5
Незакінчена вища/ Вища	<b>29,9</b>	29,9	30,0	40,8	28,8	18,7	38,5	36,8	31,3	21,3

## Д4 Як би ви оцінили матеріальне становище вашого домогосподарства, тобто членів вашої родини, які живуть разом із вами? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/ Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчена вища/ Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Грошей не вистачає навіть на їжу	<b>5,8</b>	4,7	6,7	2,0	4,7	12,4	17,4	7,6	5,1	2,9	3,1	7,2	5,2	7,0
Вистачає лише на їжу, на всьому іншому постійно економимо	<b>31,1</b>	27,8	33,9	21,5	28,1	47,8	58,6	38,9	31,3	18,2	25,4	25,9	30,3	37,1
Ви можете купувати їжу, одяг, предмети першої необхідності, але не можете відкладати гроші, купувати меблі, техніку	<b>48,3</b>	49,4	47,4	54,9	52,4	33,3	18,6	44,6	51,9	53,1	51,2	51,4	50,8	43,9
Ви досить вільні у засобах	<b>10,1</b>	12,8	7,8	15,9	9,9	3,3	3,9	5,7	7,4	18,6	13,5	10,4	12,0	7,0
Ви можете дозволити собі значні витрати	<b>1,3</b>	1,5	1,1	1,6	1,3	0,8	0,3	0,3	1,2	2,3	1,3	1,2	0,5	1,7
Важко відповісти	<b>3,5</b>	3,8	3,2	4,1	3,7	2,4	1,2	2,9	3,1	4,9	5,5	3,9	1,3	3,3

## Д5 Які з перерахованих проблем характерні для вашої квартири/ будинку, в якому ви постійно проживаєте? (%)

	Всього по масиву	Стать		Вік, років			Освіта				Тип поселення			
		чоловіча	жіноча	До 34	35-59	60+	Початкова/ Неповна середня	Середня загальна	Середня спеціальна	Незакінчене вища/ Вища	Більше ніж 500 тис.	100-499 тис.	До 99 тис.	СМТ+ село
Постійно холодно	<b>8,7</b>	7,7	9,5	7,1	8,5	10,9	16,8	10,2	7,8	6,7	12,0	10,5	7,4	6,6
Сирість, грибок на стінах, стелі	<b>6,7</b>	5,7	7,6	7,6	6,4	6,2	8,1	8,2	5,8	6,2	9,9	7,1	7,3	4,5
Куріння одного/декількох членів сім'ї в квартирі	<b>12,0</b>	14,0	10,4	13,8	12,9	8,4	9,9	12,9	12,7	10,9	13,1	12,7	9,8	12,3
Близькість підприємства з "шкідливими відходами"	<b>8,2</b>	6,9	9,3	7,7	8,6	8,3	6,0	7,8	8,9	8,3	6,9	12,8	9,1	6,5
Багато людей, які проживають на малій житловій площі, дуже тісно	<b>4,5</b>	3,7	5,1	5,4	4,8	2,9	3,6	4,6	4,6	4,5	5,9	4,9	3,7	3,9
Нічого із зазначеного	<b>67,3</b>	68,2	66,6	66,7	66,7	69,2	65,1	65,1	67,1	70,1	63,1	61,3	69,7	71,3

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## Додаток 2

### Блок запитань щодо туберкульозу, які задавалися респондентам в ході дослідження 2005 року

(N=1998)

#### 25 Чи чули ви коли-небудь про туберкульоз?

Так	99
Ні	1

#### 26 Наскільки серйозною для вашого населеного пункту є проблема туберкульозу?

*До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)*

Дуже серйозною	45
Скоріш, серйозною	29
Важко сказати, серйозна чи ні	19
Скоріш, не серйозною	6
Зовсім не серйозною	1

#### 27 Які симптоми туберкульозу ви знаєте?

*До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)*

Сильний головний біль	11
Втрата ваги	42
Висипання	4
Кашель	90
Нудота	11
Біль у грудях	51
Задишка	36
Постійне відчуття втоми	49
Температура без видимої причини, яка тримається більше 7 днів	60
Інше	5

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

#### 28 Назвіть, будь ласка, основні шляхи передачі туберкульозу

*До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)*

Через рукостискання	11
Через повітря, при кашлі або чханні хворого на туберкульоз	86
При спільному використанні посуду	54
При дотику до предметів в громадських місцях (дверні ручки, поручні у транспорті і т.п.)	33
Через мокротиння, яке виділяється під час харкання	77
Інше	3
Важко відповісти	4

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

#### 29 Як ви вважаєте, хто може заразитися туберкульозом?

*До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)*

Будь-яка людина	74
Малозабезпечені люди	39
Безпритульні	43
Алкоголіки	33
Споживачі наркотиків (наркомани)	28
Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом	21
Ті, хто відбувають покарання у місцях позбавлення волі	45
Інші	2
Важко відповісти	2
Інше	5

### 30 Оцініть, будь ласка, для себе ризик (вірогідність) заразитися туберкульозом?

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

Значний ризик	20
Невеликий ризик	46
Немає ризику	15
Важко відповісти	19

### 31 Як ви вважаєте, чи можна в даний час вилікувати туберкульоз?

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

Так	66
Ні	12
Важко відповісти	22

### 32 Що ви будете робити, якщо запідозрите у себе симптоми туберкульозу (кашель протягом 3 тижнів, біль у грудях)?

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

Підете до лікаря	90
Підете до аптеки	2
Займетесь самолікуванням (трави і т.п.)	5
Порадіться зі знайомими, родичами	5
Інше	1
Важко відповісти	4

### 33 В якому саме випадку ви звернетесь до лікаря?

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

Коли самолікування не принесе результатів	8
Коли симптоми, схожі на ознаки туберкульозу, продовжуватимуться більше 3-4 тижнів	28
Як тільки зрозумію, що симптоми можуть бути пов'язані з туберкульозом	61
Я не буду звертатися до лікаря	3

### 34 Якщо ви не будете звертатися до лікаря, то з яких саме причин?

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

	n	
Не знаю, куди звертатися	0	0
Мене не влаштовує вартість медичних послуг	23	38
Важко добратися до медичного закладу (відстань, відсутність транспорту тощо)	7	11
Не довіряю медичним працівникам	21	34
Мені не подобається ставлення медичних працівників	4	7
Не можу покинути роботу (графік роботи співпадає з графіком прийому лікаря)	1	2
Не маю „реєстрації” (прописки за місцем проживання)	0	0
Не хочу знати, що у мене дійсно є серйозні проблеми	6	9
Якщо діагноз підтвердиться, не хочу, щоб до мене ставилися, як до «заразної» людини	10	17
Інше	10	16
Важко відповісти	4	7

### 35 Чи знаєте ви людей, хворих на туберкульоз?

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

Так	37
Ні	58
Важко відповісти	5

## 36 Наскільки ви згодні з такими твердженнями:

До тих, хто коли-небудь чув про туберкульоз (n=1981)

	Згоден/ згодна	Не згоден/ не згодна	Важко сказати/ Не знаю
24.1. Люди, хворі на туберкульоз, мають відчувати підтримку інших людей, їх добре ставлення	89	2	9
24.2. Якщо б я узнав/ла, що зі мною працюють хворі на туберкульоз, то я б по-прохав/ла пересадити мене в інший кабінет чи перевести в інший підрозділ/зміну	41	25	34
24.3. Туберкульоз – це страшна хвороба, тому людину, яка захворіла на туберкульоз, треба звільнити з роботи, щоб вона не інфікувала інших людей	29	40	31
24.4. Діагностику туберкульозу можна пройти безкоштовно	42	31	27
24.5. Лікування туберкульозу можна пройти безкоштовно	21	54	25
24.6. Діагностувати туберкульоз можна не тільки за допомогою флюорографії	32	22	46
24.7. Існують ліки, які дуже швидко виліковують туберкульоз	20	29	51

## 44 З яких саме джерел ви отримували інформацію щодо туберкульозу?

Медична/спеціалізована література	23
Газети і журнали	44
Радіо	28
Телебачення	59
Реклама на вулицях	6
Реклама на транспорті	5
Інформаційні матеріали в поліклініках, лікарнях	38
Брошури, плакати, буклети	16
Медичні працівники	33
Психологи, соціальні працівники	4
Педагоги	9
Родичі	16
Друзі, знайомі, колеги по роботі	25
Лекції	6
Тематичний кінофільм	5
Тематичний концерт	1
Інше	1
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме	6
Такої інформації не зустрічав/ла	6

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## 46 яким джерелам інформації щодо туберкульозу ви найбільше довіряєте?

Медична/спеціалізована література	39
Газети і журнали	14
Радіо	8
Телебачення	36
Реклама на вулицях	1
Реклама на транспорті	0
Інформаційні матеріали в поліклініках, лікарнях	28
Брошури, плакати, буклети	6
Медичні працівники	44
Психологи, соціальні працівники	2
Педагоги	2
Родичі	5
Друзі, знайомі, колеги по роботі	6
Лекції	3
Тематичний кінофільм	3
Тематичний концерт	0

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

## Додаток 3

### Розподіл відповідей на запитання щодо джерел інформації про тб за областями

#### 3.1 Розподіл відповідей на запитання: «З яких джерел ви найчастіше отримуєте інформацію про здоров'я?», за областями, %

	Всього по масиву	АР Крим	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Донецька	Житомирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Чернігівська	м.Київ
Телебачення	81	82	90	81	91	78	77	79	83	82	74	73	83	84	83	72	95	85	65	88	83	85	86	80	86	63	69
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	7	5	5	6	2	9	2	40	3	28	11	4	5	2	5	3	1	6	12	7	8	7	5	8	5	1	9
Радіо	31	19	51	30	37	17	26	68	29	28	31	34	30	35	17	17	48	48	55	37	29	24	37	32	46	21	25
Газети та журнали	48	40	56	51	44	36	27	70	44	53	24	48	52	53	41	29	76	58	63	46	63	59	48	50	66	44	45
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	15	16	15	4	15	13	7	42	6	10	13	26	32	9	10	8	2	16	15	4	26	26	12	15	19	3	14
Реклама на транспорті	11	12	13	2	13	9	5	32	6	13	7	13	22	4	4	5	7	15	7	7	21	19	5	10	20	1	7
Інтернет	25	26	25	14	29	27	4	61	16	20	17	25	39	19	23	27	19	31	14	24	33	22	23	28	31	10	27
Родичі, друзі, сусіди та колеги	39	35	52	43	49	29	28	24	18	30	31	56	52	41	34	41	69	52	51	53	35	48	33	34	59	13	28
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	35	38	30	28	24	33	15	34	32	31	46	35	49	32	34	42	21	30	54	33	46	41	35	28	39	28	44
Медичні працівники	55	49	51	62	62	57	52	78	58	77	29	55	65	46	52	71	15	71	51	32	55	55	72	63	62	45	55
Медична/ спеціалізована література	24	16	18	18	32	18	17	50	33	33	19	18	15	23	14	19	42	26	24	21	20	18	33	31	29	17	31
Викладачі в школах, ВНЗ	9	5	7	5	19	9	3	5	5	2	8	8	11	7	7	6	3	13	4	11	10	15	11	13	22	9	8
Інше, що?	1	1	1	1	5	0	1	0	5	1	1	7	0	1	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме	4	3	0	0	1	2	12	0	0	17	17	11	0	1	2	4	6	0	1	1	2	2	1	4	0	2	13
Такої інформації не зустрічав/ла	1	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	3	2	0	0	0	1	0	4	1

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей



## 3.2 Розподіл відповідей на запитання: «З яких джерел вам найзручніше отримувати інформацію про здоров'я?», за областями, %

	Всього по масиву	АР Крим	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Донецька	Житомирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Чернігівська	м.Київ
Телебачення	64	62	70	64	70	54	75	80	69	78	66	48	65	61	59	49	84	68	54	78	69	72	65	56	77	53	54
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	2	2	0	2	1	6	0	7	1	11	3	0	1	0	3	0	0	2	6	2	4	2	1	3	1	0	5
Радіо	17	8	29	9	13	9	31	39	19	16	26	12	15	22	8	6	20	27	41	27	19	5	29	12	24	5	18
Газети та журнали	23	16	26	28	17	15	26	31	21	28	5	19	22	26	20	11	50	30	36	17	42	24	24	21	29	25	25
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	5	3	3	1	3	8	3	10	2	5	8	7	6	2	1	1	1	4	3	8	11	1	5	4	4	2	7
Реклама на транспорті	4	3	3	1	5	6	4	5	1	9	4	4	3	1	0	0	1	2	2	9	9	5	5	2	3	0	3
Інтернет	19	20	16	11	17	21	2	48	14	18	15	10	29	15	20	19	14	24	7	21	26	14	21	24	21	10	24
Родичі, друзі, сусіди та колеги	13	11	16	17	7	11	15	3	3	10	11	22	17	16	8	16	41	13	14	20	12	8	17	10	25	4	13
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	15	18	14	13	4	15	5	12	12	11	36	15	17	13	10	20	9	10	43	19	18	13	9	8	6	9	21
Медичні працівники	25	20	25	41	20	30	32	23	12	36	20	35	36	27	27	39	6	24	19	11	22	37	14	24	25	28	24
Медична/ спеціалізована література	8	6	6	10	12	9	5	10	8	6	9	5	6	11	5	6	8	9	4	10	7	8	8	8	7	7	9
Викладачі в школах, ВНЗ	2	1	1	1	2	4	1	0	2	1	3	2	3	0	1	2	0	1	1	5	4	2	0	2	2	2	2
Інше, що?	1	1	1	0	5	1	1	2	2	0	2	7	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	1
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме	2	2	0	0	0	0	4	0	5	0	1	12	0	1	3	1	5	1	0	1	2	0	2	1	0	0	2
Такої інформації не зустрічав/ла	2	3	1	2	7	3	3	0	0	0	1	2	1	1	1	1	0	1	2	1	1	3	0	5	0	6	1

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей

### 3.3 Розподіл відповідей на запитання: «Яким джерелам інформації про здоров'я ви довіряєте?», за областями, %

	Всього по масиву	АР Крим	Вінницька	Волинська	Дніпропетровська	Донецька	Житомирська	Закарпатська	Запорізька	Івано-Франківська	Київська	Кіровоградська	Луганська	Львівська	Миколаївська	Одеська	Полтавська	Рівненська	Сумська	Тернопільська	Харківська	Херсонська	Хмельницька	Черкаська	Чернівецька	Чернігівська	м.Київ
Телебачення	40	32	54	49	22	34	62	59	34	49	60	16	37	46	38	25	62	25	44	66	41	52	24	33	43	47	39
Громадські та благодійні організації (у т.ч. Товариство Червоного Хреста)	3	2	0	2	1	4	1	9	1	23	3	1	0	1	3	2	0	2	2	5	4	2	2	3	2	1	4
Радіо	9	6	19	7	3	3	15	19	6	5	20	4	10	14	2	3	13	9	28	18	10	3	7	5	12	11	8
Газети та журнали	15	9	24	17	5	10	12	18	12	10	7	11	10	19	13	7	42	13	29	7	23	13	13	11	26	29	18
Інформаційні щити, плакати, матеріали у транспорті	2	3	2	0	0	3	1	3	1	2	4	0	3	0	1	1	0	1	2	1	5	0	1	1	1	2	5
Реклама на транспорті	1	1	0	0	0	1	1	4	1	4	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Інтернет	11	12	7	7	7	12	1	38	7	9	13	3	17	10	12	9	12	8	3	11	9	8	6	11	14	4	19
Родичі, друзі, сусіди та колеги	13	15	15	14	14	8	18	1	9	6	11	17	17	10	10	19	50	10	8	20	12	9	19	10	20	3	7
Інформаційні матеріали у поліклініках, лікарнях, аптеках	18	19	15	13	6	18	11	12	23	10	34	7	20	14	16	21	17	13	39	20	25	12	20	9	7	23	26
Медичні працівники	45	38	33	51	42	46	42	72	55	71	21	41	58	32	44	61	10	58	31	32	48	47	64	44	36	41	44
Медична/ спеціалізована література	17	11	11	11	27	12	14	43	30	25	13	9	6	16	6	12	35	21	18	20	15	9	29	19	13	13	20
Викладачі в школах, ВНЗ	3	1	1	2	13	5	1	1	3	1	2	4	3	1	1	2	1	1	2	6	5	2	5	3	2	4	4
Інше, що?	1	1	1	0	6	2	1	0	3	0	1	7	0	1	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	4	0	2
Інформацію зустрічав/ла, але не пам'ятаю, де саме	2	1	0	0	0	2	5	0	2	0	0	18	0	2	5	2	5	1	0	1	3	0	4	5	0	1	6
Такої інформації не зустрічав/ла	5	11	4	4	14	8	7	0	1	0	3	4	7	4	10	5	2	6	3	1	4	3	1	8	2	6	5

\* Сума перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати кілька варіантів відповідей