



ТВ РЕР

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ПРОЕКТА

**«АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА,
ВРЕМЯ ДЛЯ НАС, ДЕНЬГИ ДЛЯ СТРАНЫ,
ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ!»**

подготовленных Республиканским
общественным объединением
«ПОБЕДИМ ТУБЕРКУЛЕЗ ВМЕСТЕ»
в рамках проекта ТВ-РЕР
(2016-2018 гг.)

СОДЕРЖАНИЕ

Ситуационный анализ по туберкулезу в Республике Беларусь. Документы, определяющие политику в сфере туберкулеза	3
Структура национальной программы по туберкулезу (НТП)	5
Инновации продвижения перехода на амбулаторную модель лечения туберкулеза	6
Результаты исследования по определению барьеров в обеспечении перехода к амбулаторной модели в предоставлении медицинской помощи, основным группам населения, затронутым туберкулезом.....	7
Материалы о проведенных форум-театрах 2017–2018 год	14
Сценарий театрализованного интерактивного мероприятия «Туберкулез – мифы и реальность» проводимого по технологии «Форум-театр» для проживающих в студенческом общежитии	23
Сценарий театрализованного интерактивного мероприятия «Туберкулез – мифы и реальность» проводимого по технологии «Форум-театр» для социальных служб	30
Сценарий театрализованного интерактивного мероприятия «Туберкулез – мифы и реальность» проводимого по технологии «Форум-театр» для трудового коллектива	38
Личные истории	46

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

БОКК	Белорусское Общество Красного Креста	ОУГ	Отдел управления грантами
ВЕЦА	Восточной Европы и Центральной Азии	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека	ПТЛС	Противотуберкулезные лекарственные средства
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	РНПЦ МТ	Республиканский научно-практический центр медицинских технологий
ГУ	Государственное учреждение	РНПЦ ПФ	Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии
ГФСТМ, ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией	РОО	Республиканское общественное объединение
DOTC	Стратегия ВОЗ, предусматривающая лечение под прямым наблюдением	СКК	Страновой Координационный Комитет
МЗ РБ	Министерство здравоохранения Республики Беларусь	СМИ	Средства массовой информации
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью	СТОП-ТБ	Стратегия по преодолению туберкулеза
МОО	Международное общественное объединение	СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита человека
МПОО	Международное просветительское общественное объединение	УЗ	Учреждение здравоохранения
НГО	Негосударственные организации	ТБ	Туберкулез
НТП	Национальная туберкулезная программа	ЦГП	Центральная городская поликлиника
ОГС	Организации гражданского общества	ШЛУ-ТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
ОЗГН ТБ	Основных затронутых групп населения туберкулезом	ТВ-REP	Региональный проект для стран ВЕЦА с целью борьбы с ТБ для укрепления систем здравоохранения
ООН	Организация Объединенных Наций		

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ. ДОКУМЕНТЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОЛИТИКУ В СФЕРЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

В Республике Беларусь проблема ТБ находится на постоянном контроле государства: первая Государственная программа «Туберкулез» действовала в 2000–2002 гг., вторая – с 2005 по 2009 гг.; в ее рамках с 2005 г. в республике были внедрены все элементы программы DOTS, что способствовало улучшению эпидемической ситуации по ТБ. В 2010 г. утверждена Государственная программа «Туберкулез» на 2010–2014 гг., основным направлением которой являлась борьба с МЛУ-ТБ.

В 2014 году закончился срок реализации Государственной программы «Туберкулез» на 2010–2014 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 8 января 2010 г. №11. Реализация указанной программы в совокупности с проектом международной технической помощи позволила достичь значительных успехов: показатель заболеваемости с учетом всех ведомств снизился на 27,9% с 47,9 на 100 000 населения в 2009 г. до 34,5 на 100 000 населения в 2014 г., показатель смертности снизился на 40,5% с 7,9 на 100 000 населения в 2009 г. до 4,7 на 100 000 населения в 2014 г. Увеличился на 6,3% удельный вес пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, выявленных активно при профилактических осмотрах (с 71,1% в 2009 году до 75,6% в 2014 году, плановый индикатор – 5 %).

В 2015 году завершилась реализация Глобального плана действий «Остановить туберкулез» на 2006–2015 гг., в связи, с чем Всемирная организация здравоохранения разработала амбициозную глобальную стратегию «Положить конец туберкулезу» на период после 2015 г., которая была утверждена резолюцией WHA67.1, принятой Всемирной Ассамблеей здравоохранения в 2014 г. Стратегия включает три базовых элемента и несколько контрольных показателей на 2020 и 2025 гг., а также целевые ориентиры на 2030 и 2035 гг., при этом ее основная цель – положить конец эпидемии туберкулеза. В конечном итоге, успех Стратегии будет зависеть от поддержки со стороны государств-членов и партнеров. В связи с этим в резолюции содержится настоятельный призыв ко всем государствам-членам адаптировать применение данной Стратегии к их национальным приоритетам и особенностям, а региональным партнерам предлагается поддержать процесс ее реализации.

В соответствии с указанным Планом действий в Республике Беларусь подготовлен План по профилактике и борьбе с М/ШЛУ-ТБ в Республике Беларусь на 2016–2020 гг.

23 марта 2016 года правительство утвердило новую государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы. Соответствующее решение закреплено постановлением Совета Министров от 14 марта 2016 года № 200. Программа направлена на создание условий для улучшения здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни, развитие и укрепление семейных ценностей, повышение престижа родительства, сокращение уровня смертности, увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Предполагается повышение качества и доступности услуг системы здравоохранения, а также оптимизация внутренних миграционных процессов.

Цель новой подпрограммы «Туберкулез» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. является обеспечение реализации права граждан на сохранение здоровья, закрепленного в Конституции Республики Беларусь, путем предупреждения и снижения распространения туберкулезной инфекции, улучшения эпидемической ситуации.

Задачами подпрограммы являются:

- снижение числа лиц, умерших от туберкулеза;
- снижение числа жителей Республики Беларусь, впервые заболевших туберкулезом;
- повышение качества лечения туберкулеза у пациентов с множественно лекарственно-устойчивыми формами данного заболевания.

Возможные варианты решения задач, оценка преимуществ и рисков.

По задаче «Снижение числа лиц, умерших от туберкулеза» предлагается:

- пересмотр действующих актов и разработка новых нормативно-правовых актов по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с туберкулезом;
- обеспечение постоянного межведомственного взаимодействия по снижению бремени туберкулеза в республике;
- обмен актуальной информацией с международными организациями в целях сравнительного анализа эпидемической ситуации в республике по сравнению с мировыми показателями и принятию соответствующих адекватных решений;

- постоянное и регулярное обеспечение в достаточном количестве противотуберкулезных лекарственных средств основного и резервного рядов, а также лекарственных средств, для купирования побочных эффектов противотуберкулезных лекарственных средств, в целях обеспечения непрерывного лечения пациентов на всех этапах.

По задаче «Снижение числа жителей Республики Беларусь, впервые заболевших туберкулезом» предлагается:

- проведение и сопровождение научных разработок;
- проведение реконструкции и модернизации существующих противотуберкулезных организаций республики;
- закупка рентгенологического оборудования.

По задаче «Повышение качества лечения туберкулеза у пациентов с множественно лекарственно-устойчивыми формами данного заболевания» предлагается:

- проведение мероприятий, направленных на усиление приверженности к лечению пациентов с туберкулезом;
- закупка медицинской техники и изделий медицинского назначения;
- закупка оборудования для лабораторий противотуберкулезных организаций;
- закупка расходных материалов для лабораторий, осуществляющих диагностику туберкулеза.

Выполнение указанных мероприятий позволит повысить качество и своевременность установления диагноза туберкулеза, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью, назначить адекватные схемы химиотерапии для всех пациентов, снизить риск трансмиссии туберкулеза, как к пациенту, так и к медперсоналу.

Республикой Беларусь успешно выполнена программа международной технической помощи «Внедрение стратегии СТОП-ТБ в Беларуси, в частности, направленной на меры по борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)», финансируемая за счет средств из Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ).

Справочно: рейтинги присваиваются Глобальным Фондом стране по результатам выполнения программных показателей, эффективного финансового управления грантами и его целевого использования и пересматриваются каждые 6 месяцев по результатам, достигнутым за полугодие. Рейтинги А1 и А2 даются Глобальным Фондом стране только при 100%-ном выполнении индикаторов, и Республика Беларусь на протяжении нескольких лет получает только рейтинги А1 и А2, которые являются самыми высокими из 24 стран в Восточной Европе и Центральной Азии и в мире.

В результате этого дополнительно одобрено и выделено финансирование в размере 11,8 млн. долларов США от ГФСТМ на 2016–2018 гг., направленное на позиции, которые в настоящее время не могут быть решены за счет государственного бюджета:

- закупка противотуберкулезных лекарственных средств для лечения пациентов с широкой лекарственной устойчивостью, которые в настоящее время не зарегистрированы на территории республики;
- поддержка начатой работы по широкому внедрению быстрых молекулярно-генетических методов диагностики туберкулеза и его резистентных форм с учетом значительной разницы в цене при закупке расходных материалов в стране и на международном рынке;
- совершенствование системы здравоохранения: внедрение новых моделей финансирования амбулаторного лечения и укрепление пациент-ориентированного подхода при организации амбулаторного этапа лечения;
- осуществление технической помощи международными экспертами.

Ожидается, что в результате успешной реализации Плана за 6 лет (суммарно с 2015 по 2020 годы) будет предотвращено появление около 1500 новых больных ТБ и 540 пациентов с МЛУ-ТБ благодаря улучшению диагностики ТБ и Ш/МЛУ-ТБ и улучшению результатов лечения. Применяя расчеты ВОЗ средней стоимости лечения одного пациента в Беларуси с учетом стоимости госпитализации, чистый экономический эффект (без учета косвенных выгод от снижения распространения заболевания ТБ и МЛУ-ТБ) от реализации плана за 6 лет составит порядка 27 млн. долларов США (расчетная стоимость для Беларуси одного случая лечения ТБ в 2012 году составила 8535 долларов США и для одного случая МЛУ-ТБ 27338 долларов США).

СТРУКТУРА НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ (НПТ)

Система здравоохранения Республики Беларусь основывается на государственной модели здравоохранения. Эта система предусматривает обеспечение всеобщего доступа к медицинской помощи, бесплатное оказание медицинской помощи через государственные медицинские учреждения, которые основаны на территориальном принципе подчинения.

Общее руководство противотуберкулезной службой республики осуществляет Министерство здравоохранения, в то же время финансирование и закупки для первичной и вторичной системы медицинской помощи осуществляют областные органы здравоохранения. Специализированные больницы третичного уровня (в том числе Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦ ПФ)) финансируются непосредственно за счет бюджета Министерства здравоохранения. Финансовые фонды аккумулируются из общих налогов; основной пакет медицинских услуг общедоступен и представляется пациентам бесплатно на момент оказания; системы со платежей не существует. Население платит из своего кармана в основном за лекарственные препараты на этапе амбулаторного лечения, за исключением препаратов, назначаемых при таких хронических заболеваниях, как диабет, астма и некоторых других заболеваниях, включая ТБ.

Министерство здравоохранения несет ответственность за осуществление мероприятий по контролю за ТБ в стране и осуществляет надзор за работой ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» (РНПЦ ПФ) в городе Минске, который является основным подразделением НПТ.

В гражданском секторе имеется 24 противотуберкулезные больницы, которые осуществляют лечение в интенсивной фазе. Фаза продолжения лечения ПТЛС обычно обеспечивается через противотуберкулезные диспансеры в крупных областных и районных центрах, или через противотуберкулезные кабинеты (районные противотуберкулезные медицинские кабинеты) в поликлиниках в малых городах, или через сеть первичных медицинских учреждений в сельской местности. Имеется шесть областных противотуберкулезных диспансеров, 29 районных противотуберкулезных диспансеров и 132 противотуберкулезных кабинета, причем все они входят в НПТ. В НПТ работает 540 фтизиатров и 1200 медсестер.

В стране применяется система пассивного и активного выявления случаев туберкулеза. Пассивное выявление туберкулеза проводится на основе исследования пациентов, имеющих симптомы (лиц с подозрением на ТБ), которые обращаются за медицинской помощью. Эта система также включает активное выявление заболевания среди групп риска (заключенные в пенитенциарной системе, в том числе в изоляторах и местах содержания после суда, а также ЛЖВ и ряд других контингентов, оговоренных в действующем законодательстве). Медработники ПМСП отвечают за выявление лиц с симптомами, их регистрацию как лиц с подозрением на ТБ, проведение исследования мокроты и направление таких лиц в специализированные противотуберкулезные службы. Диагностика ТБ проводится в каждом районе страны. Для установки диагноза используются прямая микроскопия мазка, а также дополнительные клинические и рентгенологические обследования, в некоторых случаях с помощью Xpert MTB/RIF.

В Беларуси хорошо развита лабораторная служба для выявления ТБ. Эта служба организована в соответствии с четырьмя уровнями диагностики. Первый уровень включает 150 центров микроскопии мазка в амбулаторных учреждениях ПМСП. Лаборатории второго уровня включают 21 лабораторию, которые расположены в крупных районах (в районных противотуберкулезных диспансерах). Эти лаборатории второго уровня выполняют тесты методом посева на твердых средах. Лаборатории третьего уровня расположены в шести областных противотуберкулезных диспансерах и в РТБ ИК-12. Эти лаборатории выполняют анализ методом посева и ТЛЧ, а также с применением быстрых методов анализа (MGIT, LPA, Xpert и NTM); полученные данные передаются в НРЛ. Лаборатории третьего уровня отвечают за контроль качества в лабораториях второго уровня в соответствующих регионах. Четвертый уровень включает Национальную референс-лабораторию (НРЛ), расположенную в РНПЦ ПФ в городе Минске. Эта лаборатория играет ведущую роль в организации лабораторной службы в стране, разрабатывает протоколы лабораторной диагностики, проводит обучение и осуществляет надзор.

ИННОВАЦИИ ПРОДВИЖЕНИЯ ПЕРЕХОДА НА АМБУЛАТОРНУЮ МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

По итогам научно-практической конференции в ноябре 2014 года, проводимой при поддержке Регионального Бюро ВОЗ, было принято решение о проведении пилотного проекта по изменению модели финансирования. Средства, высвобожденные за счет сокращения нескольких противотуберкулезных коек стационара, предполагалось использовать с целью стимулирования медицинских работников, осуществляющих амбулаторное контролируемое лечение пациентов с ТБ в удаленных сельских регионах.

«Пилотный проект по апробации механизмов контролируемого лечения на амбулаторном этапе» с 01.04.2014 года проводился на основании приказов Министерства здравоохранения. Сессией Могилевского областного совета депутатов было принято решение «О направлении в 2014 году средств областного бюджета на выплату вознаграждения медицинским работникам, привлекаемым для реализации пилотного проекта по апробации механизма, контролируемого лечения пациентов, больных туберкулезом на амбулаторном этапе». Финансовое обеспечение проекта проводилось за счет сокращения 5 коек в учреждении здравоохранения «Могилевский областной противотуберкулезный диспансер».

Рабочая группа Министерства здравоохранения при консультативной помощи Регионального Бюро ВОЗ разработала инструкции о преимущественности выписки пациентов из противотуберкулезных стационаров, а также типовые договоры и формы отчетности для начисления медработникам первичной медицинской помощи, осуществляющим контролируемое лечение, дополнительных выплат: в размере в эквиваленте 1 доллара США за каждый визит пациента с ТБ для получения противотуберкулезного лечения, и около 4 долларов США за каждый визит на дом к пациенту с ТБ с учетом дополнительных временных и транспортных затрат медперсонала. Обеспечение этих выплат, в сравнении, гораздо дешевле себестоимости пребывания пациента в стационаре, которое в Могилевском противотуберкулезном диспансере в 2014 году составляло порядка 27 долларов США за один день пребывания.

Помимо совершенствования модели финансирования амбулаторного лечения, пилотный проект способствовал укреплению системы здравоохранения, так как дополнительные средства были перераспределены в пользу целевой поддержки периферических учреждений первичной медицинской помощи.

Информация о ходе пилотного проекта была доложена на коллегии Министерства здравоохранения. Решением Коллегии Министерства здравоохранения рекомендовано распространить опыт данного пилотного проекта во всех областях республики не менее чем в одном районе.

На основании приказа №995 от 07 октября 2015 года «О контролируемом лечении пациентов, больных туберкулезом органов дыхания, в амбулаторных условиях в государственных организациях здравоохранения» опыт, полученный в ходе реализации пилотного проекта, распространяется на всей территории Республики Беларусь.

После установления диагноза ТБ лечение больных проводится в противотуберкулезных стационарах. Ведение больных ТБ (чувствительных и устойчивых к лекарственным препаратам) проводится в соответствии с международными стандартами с использованием схем лечения, рекомендуемых ВОЗ. На амбулаторном этапе лечения ведение больных и назначение им препаратов осуществляют учреждения ПМСП под надзором фтизиатров.

Знаковыми событиями 2015 года было начало широкого клинического использования новых противотуберкулезных лекарственных средств: бедаквилина, деламаида, клофазимина, внедрение новой схемы лечения пациентов с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя болезни, внедрение новых подходов по выявлению и химиопрофилактике туберкулеза у детей; внедрение социальной поддержки на амбулаторном этапе лечения за счет бюджетного финансирования.

В настоящее время в стране обеспечен всеобщий доступ к лечению всех пациентов с МЛУ-ТБ за счет местных средств и средств доноров. НПТ создала надежную систему управления лекарственными препаратами. В стране реализуется программа для усиления приверженности и сопровождения пациентов (через стимулы и другие мероприятия) также за счет местных и донорских источников финансирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ БАРЬЕРОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПЕРЕХОДА К АМБУЛАТОРНОЙ МОДЕЛИ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОСНОВНЫМ ГРУППАМ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАТРОНУТЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Целевая группа исследования (объект исследования)

1. Люди, затронутые туберкулезом.
2. Медицинский персонал, работающий с пациентами на амбулаторном этапе лечения туберкулеза.

Цель исследования:

определить барьеры и потребности в обеспечении перехода к амбулаторной модели в предоставлении медицинской помощи, основным группам населения, затронутым туберкулезом.

Задачи исследования:

1. Характеристика услуг, получаемых целевой группой.
2. Характеристика удовлетворенности целевой группы основными получаемыми услугами.
3. Оценка качества получаемых услуг и предложений по его улучшению.

Процедура исследования

Исследование проводилось методом индивидуального глубинного интервью. В соответствии с задачами исследования была разработана анкета, на основании которой была проведена оценка барьеров и потребностей в обеспечении перехода к амбулаторной модели. В качестве интервьюеров были привлечены активисты из сообщества людей затронутых туберкулезом имеющие опыт работы в общественном секторе.

Отбор участников и приглашение для участия в интервью проводилось Республиканским общественным объединением «Победим туберкулез вместе».

Интервью были проведены в период с января по сентябрь 2017 года.

Все участники дали устное информированное согласие на участие в интервью. Также с их согласия интервью сопровождалось аудиозаписью на диктофон.

В целевой группе, число участников интервью, составило по 6 человек.

Все интервью были проведены при заинтересованности участников (представители целевой группы) в обсуждаемых вопросах. Участники интервью отвечали на вопросы, приводили примеры ситуаций из личной жизни. Интервью прошли продуктивно.

Ограничения исследования

1. При интерпретации результатов исследования следует учитывать специфику метода интервью, в ходе которого обследованию подвергается не вся генеральная совокупность (целевая группа), а только несколько респондентов. Поэтому интервьюирование является качественным методом сбора информации и не предоставляет данные, репрезентирующие всю целевую группу. Функцией интервью является выявление качественных особенностей исследуемых явлений с помощью изучения конкретных случаев или мнений отдельных респондентов.
2. При интерпретации результатов исследования следует учитывать, что на результаты интервью большое влияние оказывает правильный подбор участников, которые должны отбираться в соответствии с целью и задачами исследования, представлять разные подгруппы в составе целевой группы (по полу, по регионам, находящихся на амбулаторном этапе лечения ТБ, переболевшим ТБ, медицинский персонал).

С учетом имеющихся ограничений предлагается проведение дальнейших исследований по изучаемой тематике, таких как экспертный опрос, в котором в качестве экспертов выступают сотрудники общественных организаций, оказывающих услуги целевым группам. Также возможно дальнейшее углубленное изучение наиболее актуальных потребностей целевых групп, в том числе с учетом региональной специфики этих потребностей, в рамках глубинных интервью с представителями целевых групп.

Ключевые результаты исследования.

Характеристика целевой группы (Люди, затронутые туберкулезом).

В исследовании в равных долях приняли участие мужчины и женщины в возрасте от 25 до 55 лет.

Из 6 участников интервью:

- 16,7 % опрошенных проходят повторное лечение (МЛУ);
- 16,7% проходящих лечение не знают свою лекарственную чувствительность к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС);
- 33,3% закончили лечение (МЛУ);
- 33,3% закончили лечение, не зная о своей лекарственной чувствительности к ПТЛС.

В исследовании была изучена система получения лечения и временные рамки, затраченные на получение противотуберкулезного лечения на первом этапе стационарно, втором этапе амбулаторно.

Было установлено что, пациентов направляли на лечение следующие специалисты: участковый терапевт, врач-фтизиатр районной больницы.

Временные рамки противотуберкулезного лечения в стационаре составили от четырех с половиной месяцев до полутора лет, на амбулаторном – от двух до девяти месяцев.

Была выявлена особенность приема ПТЛС каждым участником лечения так один интервьюируемый указал на прохождение 5 курсов лечения. Среди опрошенных два человека находились на принудительном лечении в течение 6 месяцев. Один опрошенный указал на ежегодное прохождение обследования.

На вопрос где именно, Вы получаете (получали) амбулаторное лечение респонденты указали места получения лечения: противотуберкулезный диспансер, районную поликлинику, ФАП по месту жительства и амбулаторию по месту работы. А 16,7 % отметили возможность смены места получения контролируемого лечения на амбулаторном этапе по желанию пациента *«Получал препараты на ФАП, но потом в связи с изменением графика работы, мне перенесли лечение в амбулаторию уже по месту работы».*

Отдельный блок вопросов был посвящен опыту получения лечения на стационарном и амбулаторном этапах лечения.

подавляющее большинство респондентов отметили, что предпочли бы лечить туберкулез амбулаторно, с момента абацеллирования. Так один из участников отметил

«На мой взгляд, абацеллироваться больной должен в больнице под контролем медицинского персонала, а после этого можно получать лечение амбулаторно. В больнице всегда рядом квалифицированная помощь, к врачу можно в любой момент обратиться, а при амбулаторном лечении надо самому следить за своим самочувствием после приема препаратов...»

Тем не менее была отмечена нецелесообразность длительного лечения в стационаре

«С другой стороны, 9 месяцев в больнице – это очень тяжело и просто принять препараты можно и в поликлинике».

«Мне больше нравится амбулаторное лечение, из минусов – это приходиться каждый день, тем, кто далеко живет очень неудобно, хорошо было бы, если выдавали бы препараты на неделю, можно осуществлять видеоконтроль».

Были также отмечены положительные стороны в пользу амбулаторного этапа лечения:

- Возможность работать при получении соответствующего разрешения;
- Предоставление удобного графика работы для получения ПТЛС;
- Более комфортные условия лечения на дому;
- Отсутствие посторонних людей при плохом самочувствии;
- Возможность не выставлять на показ последствия побочных эффектов.

В качестве негативных сторон амбулаторного лечения респонденты отметили:

- Сложность ежедневного получения препаратов в ущерб работе при дефиците рабочих мест;
- Скучные продуктовые наборы, которые не обеспечивают качественного питания.

Опрошенные отметили положительные стороны стационарного лечения такие как бесплатный пансион, частичное освобождение от оплаты коммунальных платежей, постоянный медицинский контроль над лечением.

В рамках исследования участникам был предоставлен выбор места получения лечения, а также вскрыты причины этого выбора. Несмотря на то, что 33,3% выбрали стационарную форму лечения объ-

яснив это безопасностью окружающих, полного контроля над лечением, вплоть до принудительного. Большинство (66,7%) опрошенных предпочли амбулаторную форму, позволяющую при правильном приеме препаратов не терять социальные связи.

Сегодня амбулаторный этап лечения не всегда учитывает потребности пациентов. Так респонденты отмечали удаленность от места получения ПТЛС, невозможность получения родственниками ПТЛС при болезни самого пациента, неудобный график получения препаратов, побочные эффекты, не позволяющие вести трудовую деятельность.

В процессе исследования было изучено отношение медицинского персонала к пациентам. Им было предложено выставить оценку по шкале от 1 до 4-х, где 1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – хорошо, 4 – очень хорошо. Большинство участников положительно оценили отношение медицинского персонала.

«И поговорят со мной, и пообщаются, все было хорошо».

«Мне шли навстречу: когда не получалась прийти за препаратами, то мне их приносили на дом без проблем».

В ТОЖЕ ВРЕМЯ участниками были отмечены факторы, которые влияют на негативное восприятие их близким окружением. Например, формализм, не соблюдение врачебной тайны повлекшие за собой отрицательные социальные последствия для самих пациентов и членов их семьи.

Участники высказывали разное мнение по этому поводу:

«Было и хорошее, и плохое. Семья поддерживала, а негатив был от коллег: некоторые общались, а некоторые избегали. Один из знакомых увидев меня, перешел дорогу на другую сторону, чтобы не разговаривать со мной. Некоторые сочувствовали, но в основном это те, кто сам переболел туберкулезом или кого затронула эта болезнь».

Важным вопросом было изучение приверженности к лечению. На основе ответов респондентов были выделены следующие причины отказа от приема ПТЛС:

- Алкогольная зависимость;
- Тяжелая переносимость ПТЛС;
- Работа за пределами страны;
- Уход за ребенком;
- Улучшение самочувствия;
- Непонимание важности завершения лечения;
- Отсутствие психологической поддержки;
- Побочные эффекты от приема ПТЛС (психические расстройства);
- Отсутствие информации о воздействии ПТЛС на организм человека.

Участники назвали необходимые виды помощи, которые могли бы способствовать формированию приверженности к лечению.

- Предоставление социальной поддержки/содействие в трудоустройстве пациентов, находящихся на амбулаторном этапе;
- Профессиональная переподготовка;
- Психологическая помощь;
- Предоставление материальной помощи в виде, продуктового набора и проездного билета, единовременной помощи от профсоюза;
- Предоставление доступной и достоверной информации по вопросам туберкулеза в привлекательной форме.

«Создание обучающего видео, консультации фтизиатра, информационные буклеты о том, что болезнь излечима только при правильном подходе, соблюдении режима лечения и что можно избежать рецидива, о правах пациента, гражданина или инвалида (менее защищены юридически, чем люди, живущие с ВИЧ), для близкого окружения памятки по проблеме туберкулеза, по предметам гигиены, по психологическим проблемам».

Большинство опрошенных не в полной мере удовлетворены объемом и качеством получаемых услуг.

Для более доступного и эффективного лечения по месту жительства участники опроса высказали свои предложения по изменению системы и законодательной базы которая регулирует амбулаторный этап:

- Внедрение индивидуального подхода при определении метода лечения с учетом социального статуса;
- Видеоконтролируемое лечение;
- Материальное поощрение с возможностью самостоятельного распоряжения выделенными средствами за соблюдение схемы лечения;
- Удобный график выдачи ПТЛС для работающих пациентов;
- Исключение записи из трудовой книжки: «Уволен по состоянию здоровья»;
- Возможность бесплатной профессиональной переподготовки;
- Обеспечение социальной защиты при амбулаторном этапе лечения.

«Пока пациент болеет должна быть какая-то финансовая поддержка, чтобы была возможность платить коммунальные платежи. Мне не хватает продуктового пакета, хочется чая с сахаром и хлеба. Хотелось бы социальных гарантий, чтобы с учетом моего заболевания можно было выжить».

В целом, участники опроса продемонстрировали понимание проблем целевой группы, а также указали на высокий уровень потребностей целевой группы в развитии спектра социальных и психологических услуг. Такая помощь, наряду с медицинской, является весьма важной, поскольку повышает психоэмоциональное состояние пациентов, их мотивацию к лечению, в конечном счете, влияя на успешность и эффективность лечения.

В настоящее время социальная помощь людям, затронутым туберкулезом, обеспечивается только государственными медицинскими учреждениями и социальными службами.

По результатам опроса людей, затронутых проблемой туберкулеза выявлены ключевые барьеры в обеспечении перехода к амбулаторной модели медицинской помощи:

- Стигматизация со стороны общества;
- Удаленность мест (пунктов) выдачи ПТЛС от места жительства, работы;
- Отсутствие заинтересованности со стороны работодателей в организации создания условий (вплоть до увольнения) для лечения пациентов;
- Отсутствие шансов нового трудоустройства;
- Позиционирование со стороны медицинских работников необходимости пребывания в стационаре не менее 6 месяцев, которое связано с эпидемиологической опасностью для семьи и близких;
- Положения Постановления 47 (2009) не позволяют направить пациентов с ТБ в территориальные центры социального обслуживания населения (уход на дому, доставка продуктов питания, оформление документов);
- Разрыв социальных связей (работа, школа, семья, ограничения в оказании медицинской помощи).

Ключевые результаты исследования.

Характеристика целевой группы (медицинские работники). В исследовании приняли участие 100% женщин, из них 33,3% врачи, остальные средний медицинский персонал. 16,7% работающих в сельской местности, 83,3% в городе.

Большинство респондентов отметило ключевую роль первичного звена в успешном лечении ТБ.

«Одна из самых главных — ключевая роль. Наиважнейшая. Она заключается в выявлении заболевания, оказании первой медицинской помощи, в контроле над лечением».

Участники опроса оценили готовность системы первичной медицинской помощи лечить пациентов с туберкулезом с 1-го дня в амбулаторных условиях по шкале от 1 до 4-х, где 1 — очень плохо, 2 — плохо, 3 — хорошо, 4 — очень хорошо. Средняя оценка составила 2,7 балла. Респондентами были высказаны следующие мнения:

- *Если пациент не представляет эпидемиологической опасности для окружающих, то может лечиться с первого дня амбулаторно, если это лекарственно-чувствительный туберкулез. А если это лекарственно-устойчивый туберкулез, то он тоже может лечиться, но с первого дня не получится, потому что он будет БК+, а когда он будет БК-, то уже нет никаких препятствий, за исключением того, если ему нужно будет получать какие-то внутривенные препараты. Вот здесь есть тогда проблема, а так не вижу никаких препятствий.*

- *Не хватает территории, чтобы одновременно проводить обследование и контроль над лечением.*
- *Недопустимо, чтобы пациенты с туберкулезом лечились в поликлинике, поскольку это инфекционное заболевание. А тем более если больные с бактерио выделением, то они должны проходить лечение в специализированном учреждении.*
- *Не знаю, они же будут бациллярные все ходить к нам. Если с первого дня, то это проблематично: если 2–3 месяца походить, то выдержат, а если курс полугодовой, то это сложно. Увеличится количество пациентов, нагрузка будет намного больше. Некоторым назначают уколы семь раз в неделю, и надо будет работать по выходным».*

По мнению опрошенных, пациенты, представляющие эпидемиологическую опасность, не выполняющие предписанное лечение, с клиническими показателями, из социально-уязвимых групп нуждаются в обязательном стационарном лечении туберкулеза.

«Пациент должен находиться в стационаре, когда он представляет эпидемиологическую опасность. Если не представляет, то может лечиться и дома, если он в удовлетворительном состоянии (не лежачий). А так, не вижу препятствий, даже если он плохо лечится, не привержен».

Однако есть также мнение о том, что при лечении пациента необходимо применять комплексный подход, приглашать для работы с пациентом, психолога, нарколога и других необходимых специалистов.

Участники указали на проблемы, с которыми они сталкиваются при предоставлении амбулаторного лечения больным туберкулезом:

- нежелание пациентов ежедневно приходить за получением ПТЛС;
- пациенты с различными видами зависимостей;
- пациенты, не осознающие необходимость лечения;
- большая территория обслуживания пациентов при отсутствии транспорта;
- отсутствие в противотуберкулезном диспансере койко-места для проведения внутривенных вливаний.

Респонденты отметили возможность принимать ПТЛС по месту жительства в поликлинике по желанию пациента, обратившегося к своему лечащему врачу, как положительный фактор, влияющий на приверженность.

Все участники опроса сталкивались со случаями прерывания лечения ТБ в стационаре и указали причины, по которым это происходит:

- Безработица
- Употребление алкоголя
- Работа за пределами страны
- Болезнь близкого человека
- Плохая переносимость ПТЛС
- Ошибочное мнение, что у них нет заболевания
- Трудности соблюдения режима нахождения в стационаре.

По наблюдениям опрошенных, отношение к больному туберкулезу со стороны общества разное, скорее отрицательное, чем положительное.

«Чаще всего, конечно, коллеги по работе – отрицательно, но есть и коллективы, где относятся с пониманием и человека не делают изгоем. Чаще всего негативно, но есть и положительно. Родственники: если больной наркозависим или алкоголик и приносит своей семье проблемы, то, как к нему относились плохо, так плохо и относятся. Все индивидуально. А есть родственники, которые переживают, приходят, интересуются, поддерживают».

Респонденты отметили виды помощи, в которых нуждаются пациенты для успешного завершения лечения:

- Информационная;
- Психологическая;
- Социальная;
- Материальная.

Участники назвали услуги, которые получают пациенты в настоящее время:

- Материальная помощь (обращение к помощи профсоюзов раз в год, а также адресно в органы социальной защиты);
- Оплата медицинских рецептов органами социальной защиты (для официально безработных);
- Продуктовые наборы (только для пациентов с ТБ органов дыхания), предоставляемые учреждением здравоохранения;
- Проездной на транспорт (только для пациентов с множественным лекарственно устойчивым туберкулезом);
- Видеоконтролируемое лечение (не везде, только для пациентов с множественным лекарственно устойчивым туберкулезом);
- Группы по формированию приверженности к лечению при противотуберкулезных диспансерах (не везде, только для пациентов с множественным лекарственно устойчивым туберкулезом);
- Паллиативный уход (ВИЧ+ТБ) (БОО «Красный Крест»);
- Перенаправление в другие организации («Альтернатива»).

Было отмечено, что такие услуги оказываются государственными медицинскими учреждениями, государственными социальными службами из средств Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Спецификой получаемых услуг (кроме лечения и диагностики) является то, что они могут оказываться не всем пациентам ТБ, а только отдельным категориям (в зависимости от диагноза, официально зарегистрированным безработным), а также в отдельных регионах.

Опрошенные отметили, что бы им помогло более успешно предоставлять амбулаторное лечение туберкулеза:

- Информационные материалы для пациентов и близкого окружения;
- Финансовая помощь со стороны министерства здравоохранения на организацию одного койко-места для дневного стационара (купирование побочных эффектов);
- Повышение заработной платы медицинским работникам;
- Повышение качества оказания услуг (организация пространства на рабочем месте для соблюдения инфекционного контроля);
- Предоставление закрепленного автотранспорта.

Участники внесли следующие предложения по изменению системы лечения туберкулеза по месту жительства (амбулаторно):

- Перейти на пациент-ориентированную модель предоставления услуг;
- Ввести материальное поощрение медсестрам за посещение на дому и пациентам за посещение места выдачи препаратов.

Опрошенные предложили внести изменения в законодательство, чтобы лечение туберкулеза по месту жительства сделать более доступным и эффективным:

- Необходимо пересмотреть допуск возвращения к работе;
- Ввести страхование медицинских работников;
- Уравнивать по доплатам работников сельской местности, работающими с ТБ больными, с городским персоналом (т.к. на сельскую местность доплаты не распространяются);
- Повысить эффективность работы правоохранительных органов по поимке ушедших пациентов со стационара.

По результатам опроса среди медицинских работников необходимо отметить существующие ключевые барьеры для обеспечения перехода к амбулаторной модели медицинской помощи:

- Отсутствие надбавки за риск инфицирования при работе в поликлиниках и сельской местности;
- Отсутствие (недостаток) коммуникативных навыков по работе с уязвимыми группами населения;
- Поведенческие особенности и зависимости пациентов.

Выводы

1. Исследование показало, что люди, затронутые туберкулезом наименее активны в социальном плане. Поэтому при развитии сервисов для людей, затронутых ТБ, большое значение имеет активность, мотивированность и инициативность сотрудников, предоставляющих услуги, в том числе, и в части консолидации самих сообществ и вовлечении их в решение существующих проблем. Та-

ким качествами обладают общественные организации, которые призваны продвигать интересы своих целевых групп и более гибко реагируют на потребности сообществ.

2. Актуальными остаются вопросы обеспечения конфиденциальности/анонимности получения услуг во избежание стигматизации и дискриминации. Решением может стать создание комплексной системы медицинской и социальной помощи с участием доверенных специалистов, дружесвенных потребностям людей, затронутых туберкулезом.
3. Люди, затронутые туберкулезом, в наименьшей степени охвачены социальными услугами. Специфика этой группы состоит в том, что, во-первых, заболевшие туберкулезом люди вынуждены длительное время на этапе лечения в стационаре находиться в отрыве от социума, во-вторых, в настоящее время немногочисленные общественные организации, защищающие интересы пациентов ТБ, только начинают свою деятельность. Таким образом, пациенты ТБ оказываются один на один с множеством бытовых и социальных проблем. Исследование показало, что наряду с решением ряда проблем, имеющихся у пациентов ТБ, особое внимание надо обратить именно на период пребывания в стационаре, обеспечив пациентам не только лечение, но и возможность участия в жизни общества, так называемую социальную занятость. Разработка принципов, содержания и организации такой социальной занятости пациентов ТБ на сегодняшний день может помочь в решении многих насущных проблем пациентов (это может быть, например, организация дистанционного (по Скайпу) информирования и консультирования пациентов по важным для них вопросам – правовым, трудоустройства, психологическим, медицинским; организация дистанционного обучения; дистанционного общения с близкими и т.д.). Преодоление такой вынужденной социальной изоляции является важнейшим элементом в работе с данной целевой группой.
4. Медицинским работникам не хватает специальных навыков по работе с уязвимыми группами населения. Социально уязвимые группы рассматриваются как серьезная угроза амбулаторному лечению. Основные используемые стратегии – контроль и принудительная изоляция. Принудительное лечение является распространенной практикой, на него уходит значительная часть средств.

МАТЕРИАЛЫ О ПРОВЕДЕННЫХ ФОРУМ-ТЕАТРАХ 2017-2018 ГОД

На протяжении 9 месяцев, с июня 2017 года по февраль 2018 года, партнёрами проекта в Беларуси Республиканским общественным объединением «Победим туберкулёз вместе» проводилась оценка влияния профилактических мероприятий с использованием технологии «Форум-театр» на уровень знаний и формирования толерантного отношения к людям, затронутым туберкулёзом.

К оценке привлекались зрители, которые заполняли анкету до и после спектаклей. Вопросы анкеты были спланированы таким образом, чтобы увидеть изменения уровня знаний о туберкулёзе, а также отношения участников к людям, затронутым туберкулёзом, в результате участия в постановке.

Один из основных стереотипов, на преодоление которого были направлены сценарии постановок, касался опасности заразиться туберкулёзом от пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. Это широко распространённое ошибочное убеждение ведёт к социальной изоляции людей, проходящих лечение в амбулаторных условиях, а также к неготовности врачей первичного звена медико-санитарной помощи и работников социальных служб работать с такими пациентами.

За всё время проведения оценки, в ней приняло участие 250 человек. Данные оценки свидетельствуют, что после спектаклей, уровень знаний и толерантности повысился у аудитории на 28,9%. Этот показатель говорит об эффективном воздействии технологии «Форум-театр» на повышение знаний о туберкулёзе у участников мероприятий и изменении их отношения к людям, болеющим туберкулёзом.

Перемены в знаниях и отношении отличаются у участников разных возрастных групп. Так, наиболее интенсивные изменения продемонстрировала возрастная группа 15–29 лет (38,1%), а самые низкие — люди старше 60 лет (7,1%). При этом важно отметить, что у людей старше 60 лет, изначально уровень знаний и толерантности был самый высокий (53,5%) по сравнению с другими возрастными группами (24% у молодежи и 28,9% у людей среднего возраста). Очевидно, это связано с тем, что люди старшего возраста, с одной стороны, имеют более широкий опыт общения с людьми, затронутыми туберкулёзом и большую толерантность (возможно, сформированную жизненным опытом), а с другой стороны менее охотно меняют свои знания и ценностные установки.

Также прослеживается взаимосвязь между профессиональной подготовкой и уровнем изменений в отношении и знаниях. Так, в Гомеле, Витебске, Гродно и Могилеве в профилактических мероприятиях приняли участие специалисты Территориальных центров социального обслуживания, что повлияло на распределение ответов в возрастной категории 15–29 лет и 30–59 лет. Специалисты, в силу соответствующего образования и социальной направленности работы, продемонстрировали более высокий уровень знаний о туберкулёзе и толерантности по отношению к людям, затронутым этим заболеванием, чем студенты в Минске и Бресте.

Учитывая, что возрастная группа 15–29 лет, склонна к значительным изменениям знаний и отношения, профилактическая работа по технологии «форум-театр» среди студенческой молодежи и молодежных трудовых коллективов, является наиболее актуальной.

В то же время, опыт вовлечения специалистов социальной сферы и пожилых людей, очертил перспективы для дальнейшей программной деятельности организации — данные оценки свидетельствуют о потенциале этих групп для оказания поддержки больным туберкулёзом на уровне территориальных общин.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ «ФОРУМ-ТЕАТР»

История создания «Форум-театра»

Основоположителем «Форум-театра» является бразильский режиссер Августо Боаль. В 60-х годах 20 столетия он создал «газетный театр», в котором труппа занималась инсценировкой газетных статей. Эти спектакли демонстрировались тем, кто не был обучен грамоте. На одном из таких выступлений, рассказывающем о бунте на фабрике, когда актеры проигрывали мизансцену, кто-то из зрителей сказал СТОП. «Почему вы остановили спектакль?» — спросил Августо Боаль. «Вы неправильно рассказываете, я там был, я знаю» — ответил мужчина. «Тогда покажите, как было дело на самом деле», и мужчина вышел из толпы, встал на место актера и, проигрывая, изменил ситуацию. Когда труппа начала играть заново, мужчина вновь выкрикнул СТОП и снова вышел заменять актеров. Так и появился «Форум-театр». В настоящее время в «Форум-театре» в ходе спектакля разыгрывается конкретная, заранее спла-

нированная и отрепетированная сцена, отражающая проблему. В качестве проблемы рассматриваются реальные повседневные конфликты (в семье, в школе и т. д.), а затем следует драматическая ситуация и кульминация. Таким образом, сценическая постановка выставляет на рассмотрение социальную проблему, а каждый персонаж в игре выполняет определенную социальную роль.

Основная работа по представленной проблеме разворачивается в процессе последующего сотрудничества с аудиторией. Посредником взаимодействия становится ведущий. Он предлагает зрителям объяснить, что происходило на сцене, в чем заключается проблема и предоставляет зрителю возможность самому стать актером и сыграть в спектакле, заменив кого-то из исполнителей. В роли актера зритель глубже погружается в эмоциональные переживания персонажа, ощущая результат своего вмешательства. Попытка участия может привести к иному осмыслению проблемы, и вероятно возможность выхода из создавшейся ситуации.

Задачи «Форум-театра»:

- устранение причин зависимости;
- разрушение отрицательных качеств, стереотипов поведения;
- поддержка положительных проявлений в поведении.

Основа «Форум-театра» Методика театрального сценического действия и обратная связь с аудиторией. Особенность «Форум-театра» Отсутствие рекомендаций как следует поступать в сложившейся ситуации.

Преимущества «Форум-театра» в сравнении с классической постановкой Театральная постановка очень отличается от постановки «Форум-театра». Спектакль имеет эстетические качества, это произведение искусства, в то время как постановка «Форум-театра» – наиболее приближенная к жизни, к быту. Постановка «Форум-театра» – это тренинг с использованием театрального искусства (имеется в виду само понятие Постановки, основы мастерства актера), имеет профилактическую воспитательную направленность, развивает умение фантазировать, думать, оценивать психологическое состояние людей, придумывать различные модели поведения. «Форум-театр» – практикум-игра в интерактивной форме. А театр имеет свои прелести и достоинства. Он может чему-то научить, но в другой форме, порой – на подсознательном уровне, на уровне чувств, впечатлений. Иногда яркий сценический образ может лишь через много лет раскрыть свою тайну зрителю, и не нести какой-то образовательный фактор.

Преимущества «Форум-театра» в сравнении с классической постановкой:

- хорошая форма для усвоения информации по профилактике туберкулеза;
- постоянный контакт со зрителем;
- профилактическая информация передается ненавязчиво;
- информация лучше усваивается зрителем;
- игровая форма работы по изменению поведения;
- возможность изменения не только знаний и поведения, но и отношения к людям, затронутым проблемой туберкулеза.

ПОДГОТОВКА И ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ

На протяжении мая 2017 года активно проводилось информирование организаций гражданского общества Республики Беларусь о планах реализации мероприятий проекта по технологии «Форум-театр», направленных на снижение стигмы по отношению к людям, затронутым проблемой туберкулеза, а также о планах подготовки волонтеров в ходе «Мастер-класса по использованию технологии «Форум-театр» с проведением информационной сессии по вопросам туберкулеза» для реализации мероприятий проекта «Амбулаторное лечение туберкулеза – время для нас, деньги для страны, здоровье для всех!».

На объявление с предложением выступить в качестве партнера в реализации проекта откликнулись две организации: волонтерский клуб ГУ «Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина», Витебский Клубный дом «Крылья Надежды», при поддержке ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения Первомайского района г. Витебска».

Мастер-класс по использованию технологии «Форум-театр» с проведением информационной сессии по вопросам туберкулеза был проведен 26-27-28 мая 2017 года в пос. Ратомка, Минского р-на Республики Беларусь.

Результаты мероприятия:

- участники получили информацию по вопросам современных подходов к профилактическим мероприятиям и лечению туберкулеза;

- участники получили информацию о технологиях измерения и проведения оценки запланированных изменений у зрителей;
- участники развили компетенции, необходимые для организации, создания и реализации мероприятий по технологии «Форум-театр»;
- участники написали предварительные черновики трех сценариев спектаклей, по технологии «Форум-театр», направленные на снижение стигмы по отношению к людям, затронутым проблемой туберкулеза.

В ходе проведения мастер-класса было подготовлено 2 коллектива для организации мероприятий по технологии «Форум-театр» в 3 городах. Было принято решение об участии коллектива из Витебского Клубного дома «Крылья надежды» в 2 городах: 22 июня в Витебске и 19 июля в Гродно.

Участниками мастер-класса были подготовлены три черновика сценариев для театрализованных интерактивных мероприятий «Туберкулез - мифы и реальность» и впоследствии доработаны экспертами по театральным технологиям и профилактическим мероприятиям, привлеченными для участия в реализации проекта РОО «Победим туберкулез вместе».

В основе сценариев были использованы 2 основных коммуникативных сообщения:

1. Туберкулез излечим!
2. Человек на амбулаторном лечении туберкулеза безопасен для общества.

Участниками мастер-класса был предоставлен выбор целевой аудитории для профилактических мероприятий. Однако на практике выбор целевой аудитории для мероприятий был определен на этапе отбора партнеров по проекту. Так в Бресте это были студенты, проживающие в общежитии университета, в Витебске и Гродно – сотрудники и посетители территориальных центров социального обслуживания населения (далее ТЦСОН), в том числе люди с особенностями психического развития и пожилые граждане.

В связи с продлением проекта было проведено с участием коллектива из Витебского Клубного дома «Крылья надежды» еще 3 мероприятия в 3 городах: 6 декабря 2017 года в Могилеве, 21 декабря 2017 года в Минске и 14 февраля 2018 года в Гомеле. В роли зрителей и участников выступили сотрудники и посетители территориальных центров социального обслуживания населения, сотрудники общественных организаций, студенты специальности социальная психология.

В рамках проекта были разработаны сценарии для 3 категорий зрителей: 1) Студентов, проживающих в общежитии; 2) Социальных работников и их клиентов; 3) Членов трудовых коллективов.

В ходе организации и подготовки к мероприятиям в трех городах РОО «Победим туберкулез вместе» предоставил партнерам проекта экспертную поддержку:

- в предоставлении информации по вопросам современных подходов к профилактическим мероприятиям и лечению туберкулеза;
- в проведении оценки запланированных изменений у зрителей;
- в доработке сценариев мероприятия по технологии «Форум-театр», направленного на снижение стигмы по отношению к людям, затронутым проблемой туберкулеза;
- в применении на практике компетенций, необходимых для организации, создания и реализации мероприятий по технологии «Форум-театр».

РОО «Победим туберкулез вместе» организовал выезд экспертов в г. Брест 7 июня, в город Витебск 22 июня 2017 г. и г. Гродно 19 июля 2017 года для участия в мероприятиях с использованием технологии «Форум-театр», совместный анализ экспертов и участников после проведения мероприятия, что позволит в будущем организациям партнерам самостоятельно продолжить проведение мероприятий, направленных на профилактику туберкулеза и изменение отношения к людям, затронутым проблемой туберкулеза.

С успехом состоялись премьеры, поставленные по созданным в рамках проекта сценариям, которые были с успехом использованы в проведенных интерактивных мероприятиях по технологии «Форум-театр» 7 июня 2017 года в г. Бресте «Наедине с собою», 22 июня 2017 года «Стена» в г. Витебске.

ОТЧЕТ ОБ ОЦЕНКЕ

В период с июня 2017 года по февраль 2018 года проведена оценка влияния профилактических мероприятий с использованием технологии «Форум-театр» на уровень знаний и формирования толерантного отношения к людям, затронутым туберкулезом.

Методология оценки:

Цель оценки: изучить изменение уровня знаний и отношения участников к людям, затронутым туберкулезом, до и после профилактического мероприятия с использованием технологии форум-театр.

Задачи:

- Выявить изменение уровня знаний об излечимости туберкулеза и опасности для окружающих пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.
- Выявить изменение отношения участников к людям, затронутым туберкулезом.

Предмет оценки – знания об опасности туберкулеза для окружающих и отношение к людям, затронутым заболеванием.

Объект оценки – участники профилактических мероприятий в Бресте, Витебске, Гомеле, Гродно, Минске и Могилеве.

Метод: анкетный опрос участников до и после профилактического мероприятия.

Информация об участниках анкетного опроса до и после мероприятий:

В профилактических мероприятиях в разных городах приняли участие разные категории населения. Так в Бресте и Минске это были студенты, в остальных городах – сотрудники и посетители территориальных центров социального обслуживания населения (далее ТЦСОН), в том числе люди с особенностями психического развития и пожилые граждане.

При анализе рассматривались только анкеты, пригодные для анализа: 257 заполненных до профилактического мероприятия и 250 – после него.

Диаграмма 1. Распределение респондентов по регионам:

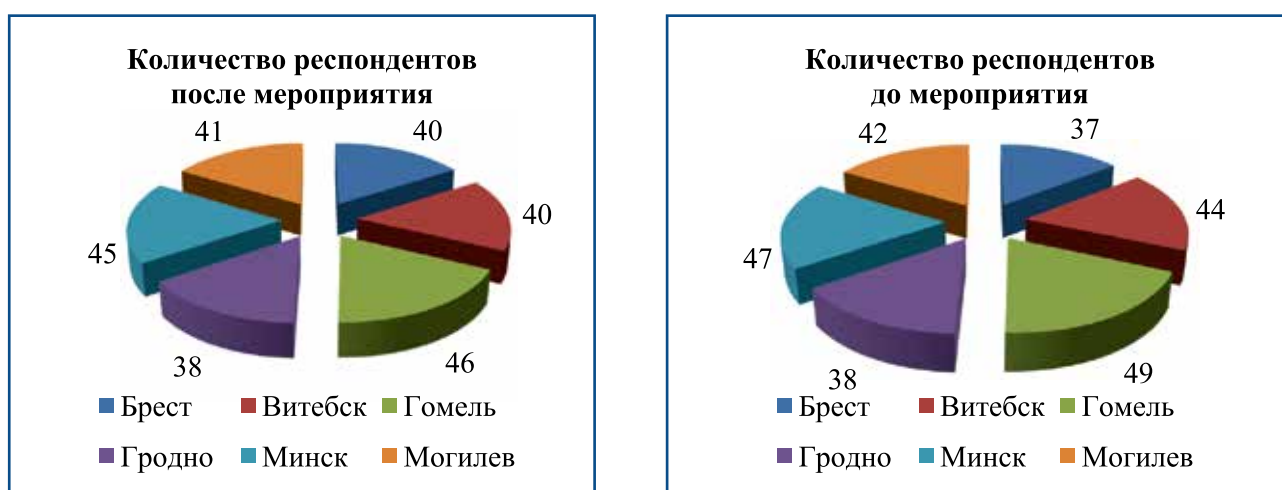


Таблица 1. Распределение респондентов по полу.

Город	До мероприятия		После мероприятия	
	Мужчин	Женщин	Мужчин	Женщин
Брест	10,8%	89,2%	10%	90%
Витебск	13,6%	86,4%	15%	85%
Гомель	28,6%	71,4%	37%	63%
Гродно	28,9%	71,1%	21,1%	78,9%
Минск	31,9%	68,1%	31,1%	68,9%
Гродно	16,7%	83,3%	9,8%	90,2%
Всего по шести городам	22,2%	77,8%	21,2%	77,8%

Таблица 2. Распределение респондентов по возрасту.

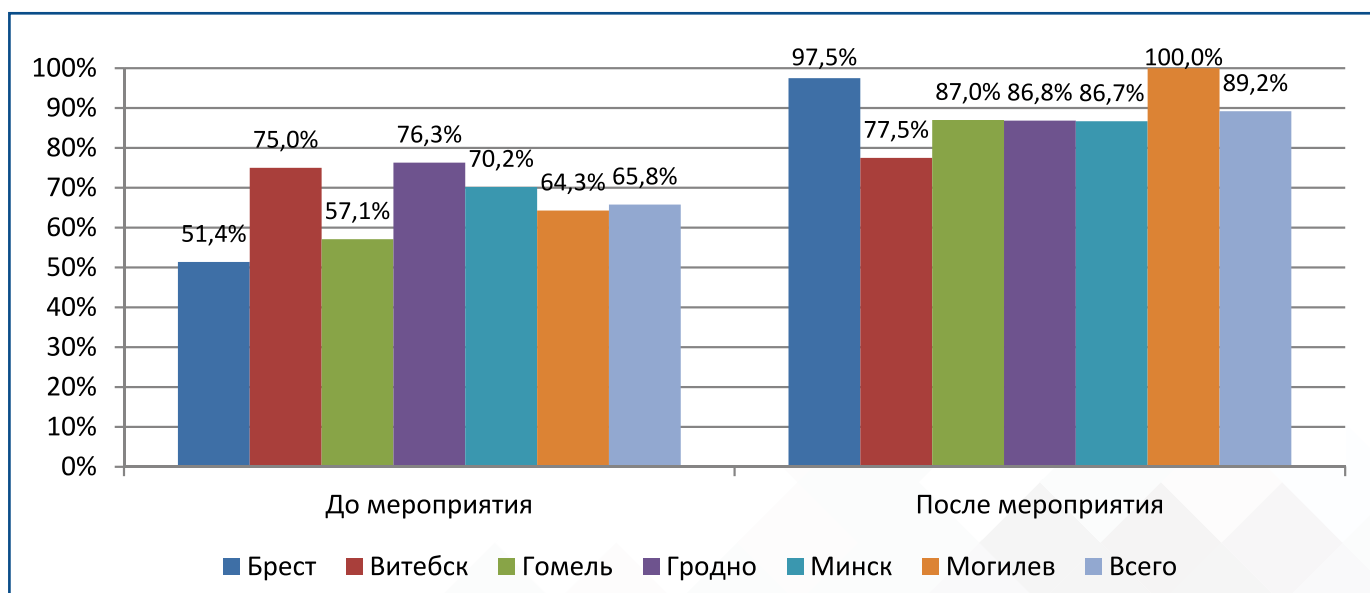
Город	До мероприятия			После мероприятия		
	15–29 лет	30–59 лет	60 лет и старше	15–29 лет	30–59 лет	60 лет и старше
Брест	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Витебск	27,3%	40,9%	31,8%	37,5%	42,5%	20%
Гомель	10,2%	55,1%	34,7%	10,9%	58,7%	30,4%
Гродно	26,3%	47,4%	26,3%	18,4%	55,3%	26,3%
Минск	63,8%	34%	2,1%	68,9%	28,9%	2,2%
Могилев	14,3%	83,3%	2,4%	12,2%	87,8%	0%
Всего по шести городам	38,9%	44,4%	16,7%	41,2%	45,6%	13,2%

Разное соотношение по полу и возрасту до и после мероприятий произошло по двум причинам:

1. В процессе проведения мероприятий присоединялись опоздавшие участники, соответственно они не заполняли анкету до мероприятия.
2. Некоторая часть анкет оказалась не пригодна для анализа из-за того, что не были указаны пол или возраст участников.

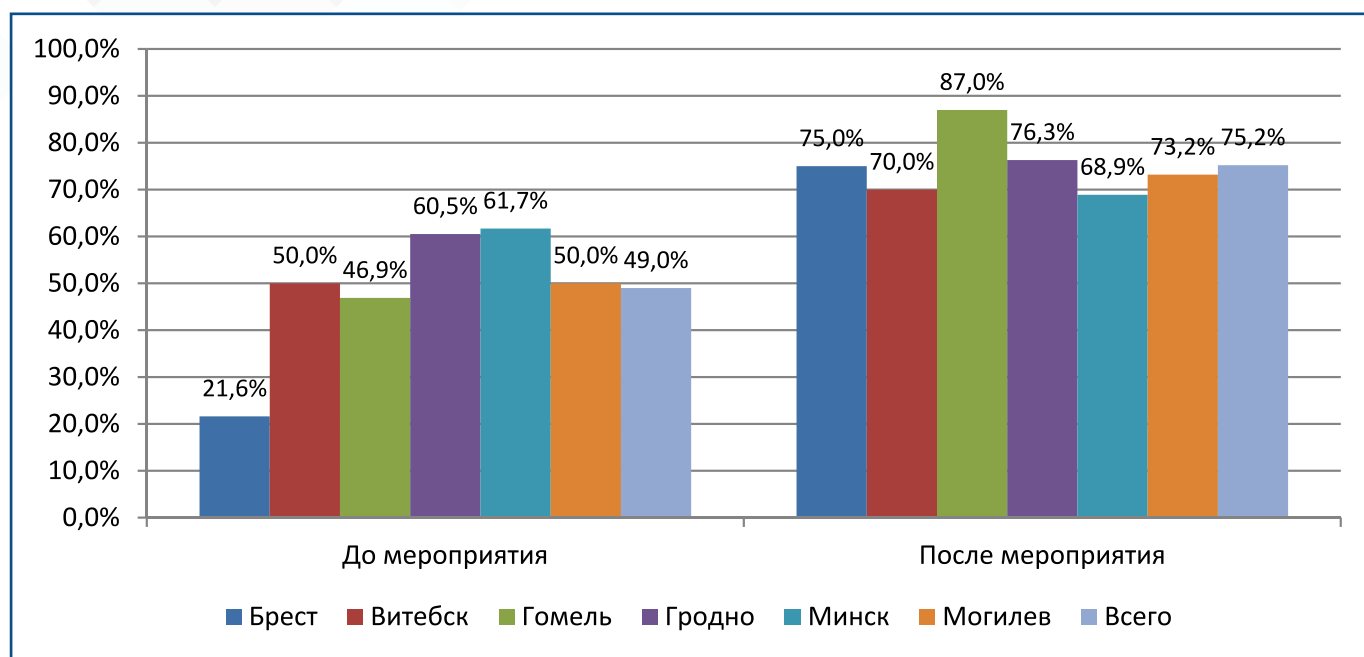
Уровень знаний

Диаграмма 2. Распределение ответов «Да» на вопрос «Излечим ли туберкулез?» по городам до и после мероприятия



На вопрос «Излечим ли туберкулез?» утвердительно ответили 65,8% респондентов до мероприятия и 89,2% после мероприятия. Таким образом, уровень информированности общей совокупности респондентов по этому вопросу повысился на 23,4%. В Бресте наблюдается повышение на 46,1%, в Витебске — 2,5% с 75% до 77,5%, в Гомеле — 29,1%, в Гродно — 10,5%, в Минске — 16,5%, Могилеве — 35,7%.

Диаграмма 3. Распределение ответов «Нет» на вопрос «Если человек вышел из больницы, но продолжает ежедневно принимать лекарства, может ли он передать туберкулез другому человеку?» по городам до и после мероприятия



На второй вопрос «Если человек вышел из больницы, но продолжает ежедневно принимать лекарства, может ли он передать туберкулез другому человеку?» количество отрицательно ответивших респондентов выросло на 26,2%: с 49% до мероприятия и 75,2% после мероприятия. По городам такая разница составила 53,1% в Бресте, 20% в Витебске, 40,1% в Гомеле, 15,8% в Гродно, 7,2% в Минске и 23,2% в Могилеве.

Доля респондентов, ответивших правильно на оба вопроса, увеличилась на 33,5% (с 38,9% до мероприятия до 72,4% после него). В разбивке по городам разница в уровне знаний до и после мероприятия составила 56,1% в Бресте, 22% в Витебске, 43,7% в Гомеле, 23,7% в Гродно, 23,9% в Минске и 32,7% в Могилеве.

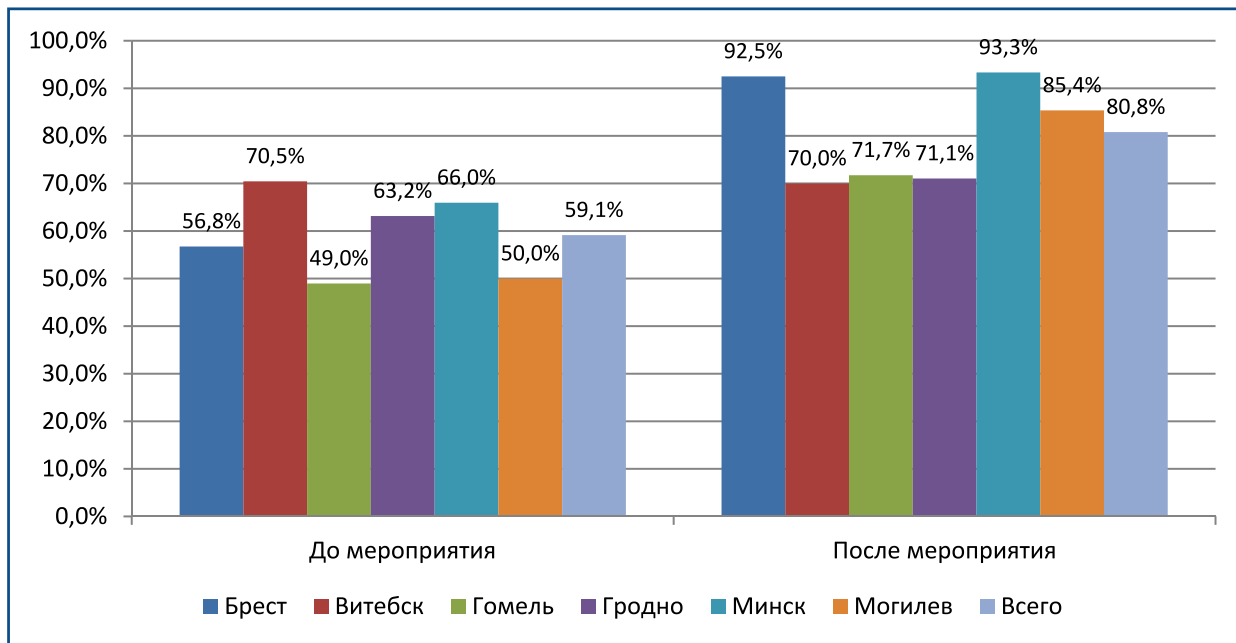
Таблица 3. Распределение правильных ответов на два вопроса до и после профилактического мероприятия по возрастам респондентов.

Возраст	До мероприятия				После мероприятия			
	15 – 29 лет	30 – 59 лет	60 лет и старше	Всего	15 – 29 лет	30 – 59 лет	60 лет и старше	Всего
Брест	18,9%			18,9%	75,0%			75,0%
Витебск	33,3%	38,9%	64,3%	45,5%	73,3%	58,8%	75,0%	67,5%
Гомель	60,0%	25,9%	47,1%	36,7%	80,0%	81,5%	78,6%	80,4%
Гродно	60,0%	44,4%	60,0%	52,6%	85,7%	81,0%	60,0%	76,3%
Минск	26,7%	56,3%	100,0%	38,3%	58,1%	69,2%	100,0%	62,2%
Могилев	33,3%	40,0%	100,0%	40,5%	40,0%	77,8%		73,2%
Всего	30,0%	39,5%	58,1%	38,9%	68,9%	75,4%	72,7%	72,4%

Из таблицы 3 следует, что наиболее интенсивное изменение уровня знаний показали респонденты возрастной категории 15–19 лет (38,9%), а самое слабое – люди старше 60 лет (14,6%). Также видно, что пожилые люди демонстрируют более высокий начальный уровень знаний по сравнению с молодежью и респондентами среднего возраста.

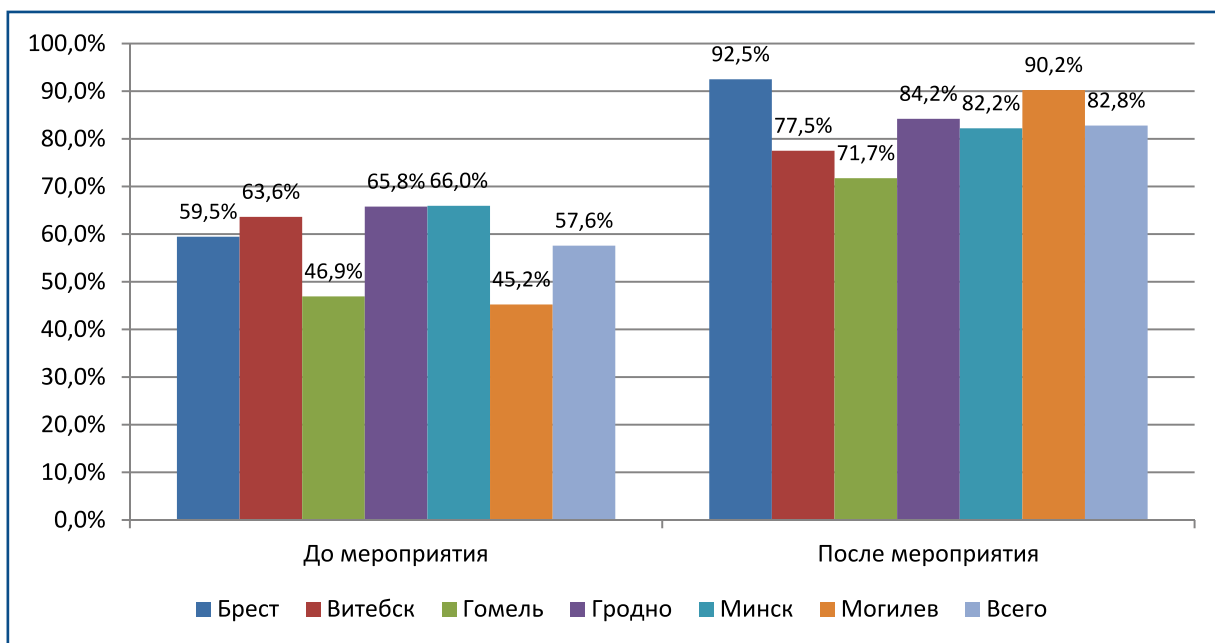
Уровень толерантности

Диаграмма 4. Распределение толерантных ответов на вопрос «Если Ваш друг проходит курс лечения от туберкулеза, ежедневно принимая лекарства, пойдете ли Вы к нему на день рождения?» по городам до и после мероприятия.



На вопрос «Если Ваш друг проходит курс лечения от туберкулеза, ежедневно принимая лекарства, пойдете ли Вы к нему на день рождения?» утвердительно ответили 59,1% респондентов до мероприятия и 80,8% – после. В Бресте количество утвердительных ответов увеличилось с 56,8% до 92,5%, в Гомеле – с 49% до 71,7%, в Гродно – с 63,2% до 71,1%, Минске – с 66% до 93,3% и Могилеве – с 50% до 85,4%. В Витебске изменения не произошло.

Диаграмма 5. Распределение толерантных ответов на вопрос «Будете ли Вы работать/учиться с человеком в одном помещении, если узнаете, что он проходит курс лечения от туберкулеза, ежедневно принимая лекарства?» по городам до и после мероприятия.



57,6% респондентов до мероприятия и 82,8% после него указали на готовность работать или учиться в одном помещении с человеком, находящимся на амбулаторном этапе лечения. Таким образом, изменение отношения составило 25,2% по всем участникам опросов, в Бресте эта разница составила 33%, Витебске – 13,9%, Гомеле – 24,8%, Гродно – 18,4%, Минске – 16,2% и Могилеве – 45%.

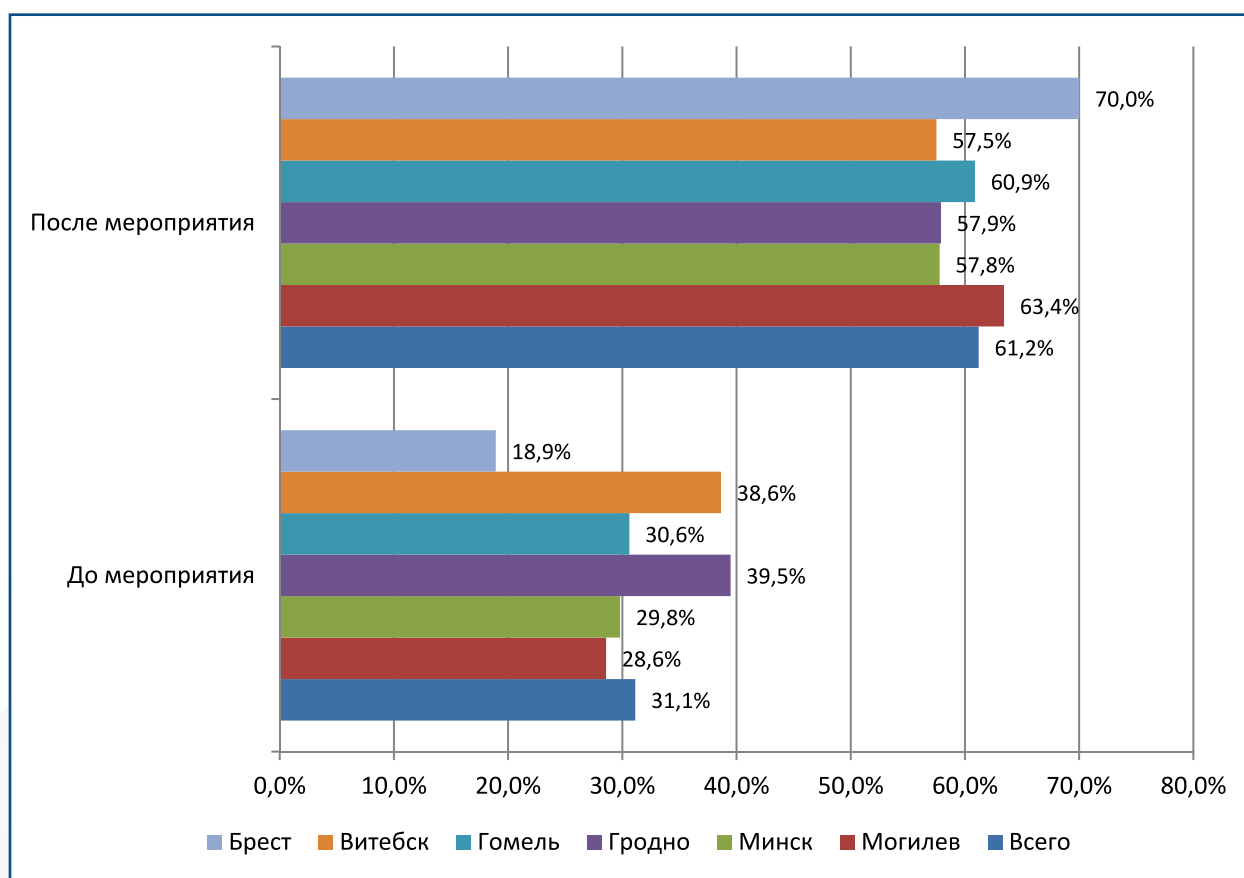
Доля респондентов, ответивших толерантно на оба вопроса, увеличилась на 29,7% (с 47,5,8% до мероприятия до 77,2% после него). В разбивке по городам разница в уровне знаний до и после мероприятия составила 34,8% в Бресте, 18,4% в Витебске, 26,4% в Гомеле, 21,1% в Гродно, 28,9%, в Минске и 44,8% в Могилеве.

Таблица 4. Распределение толерантных ответов на два вопроса до и после профилактического мероприятия по возрастам респондентов.

Возраст	До мероприятия				После мероприятия			
	15 – 29 лет	30 – 59 лет	60 лет и старше	Всего	15 – 29 лет	30 – 59 лет	60 лет и старше	Всего
Брест	51,4%			51,4%	90,0%			90,0%
Витебск	33,3%	61,1%	78,6%	59,1%	60,0%	88,2%	87,5%	77,5%
Гомель	60,0%	29,6%	47,1%	38,8%	80,0%	63,0%	64,3%	65,2%
Гродно	40,0%	44,4%	70,0%	50,0%	71,4%	66,7%	80,0%	71,1%
Минск	50,0%	43,8%	100,0%	48,9%	80,6%	69,2%	100,0%	77,8%
Могилев	33,3%	37,1%	100,0%	38,1%	80,0%	83,3%		82,9%
Всего	47,0%	41,2%	65,1%	47,5%	80,6%	74,6%	75,8%	77,2%

Из таблицы 4 также следует, что наиболее интенсивное изменение уровня толерантности показали респонденты возрастной категории 15–19 лет (33,6%), а самое слабое – люди старше 60 лет (10,7%). Самый высокий начальный уровень толерантности также продемонстрировали пожилые люди.

Диаграмма 6. Распределение правильных и толерантных ответов на 4 вопроса до и после профилактического мероприятия по городам



Рост правильных и толерантных ответов на все 4 вопроса составил 30,1% (с 31,1% перед мероприятием до 61,2% после него), в Бресте – 51,1%, Витебске – 18,9%, Гомеле – 30,3%, Гродно – 18,4%, Минске – 28% и Могилеве – 34,8%.

Таблица 5. Распределение правильных и толерантных ответов на 4 вопроса до и после профилактического мероприятия по возрастам респондентов

Возраст	До мероприятия				После мероприятия			
	15 – 29 лет	30 – 59 лет	60 лет и старше	Всего	15 – 29 лет	30 – 59 лет	60 лет и старше	Всего
Брест	18,9%			18,9%	70,0%			70,0%
Витебск	16,7%	33,3%	64,3%	38,6%	46,7%	58,8%	75,0%	57,5%
Гомель	60,0%	18,5%	41,2%	30,6%	80,0%	59,3%	57,1%	60,9%
Гродно	40,0%	33,3%	50,0%	39,5%	71,4%	57,1%	50,0%	57,9%
Минск	23,3%	29,8%	100,0%	29,8%	58,1%	53,8%	100,0%	57,8%
Могилев	16,7%	28,6%	100,0%	28,6%	40,0%	66,7%		63,4%
Всего	24,0%	28,9%	53,5%	31,1%	62,1%	60,5%	60,6%	61,2%

Повышение уровня знаний и толерантности по четырем вопросам составило 38,1% у молодежи, 31,6% – у людей среднего возраста и 7,1% – у пожилых респондентов.

Выводы:

1. Уровень знаний и толерантности повысился на 28,9% после проведенных профилактических мероприятий. Таким образом, технология форум-театр эффективно воздействует на изменение знаний о туберкулезе и отношении участников к людям, затронутым этим заболеванием.
2. Наиболее интенсивные изменения в знаниях и толерантности продемонстрировала возрастная группа 15–29 лет (38,1%), а самые низкие – люди старше 60 лет (7,1%), при этом у последней категории начальный уровень знаний и толерантности был самый высокий (53,5%) по сравнению с другими возрастными группами (24% у молодежи и 28,9% людей среднего возраста). Это связано с тем, что люди постарше с одной стороны, имеют больший опыт общения с людьми, затронутыми туберкулезом, а с другой стороны менее охотно меняют знания, установки и ценности.
3. В Гомеле, Витебске, Гродно и Могилеве в профилактических мероприятиях приняли участие специалисты и посетители ТЦСОНов старше 60 лет, а также люди с особенностями психического развития, с которыми работает общественная организация «Клубный дом «Крылья надежды». Возрастная категория 15–29 лет и 30–59 лет состояла в основном из специалистов, которые в силу соответствующего образования и социальной направленности работы имеют более высокий уровень знаний о туберкулезе и толерантности по отношению к людям, затронутым этим заболеванием, чем студенты в Минске и Бресте. Таким образом, профилактическую работу целесообразно проводить среди студенческой молодежи и молодежных трудовых коллективов, представители которых обладают наиболее низким уровнем знаний по вопросам, связанным с туберкулезом, а к проведению деятельности по профилактике и поддержке в связи с туберкулезом можно привлекать специалистов и пожилых людей.

Сценарий театрализованного интерактивного мероприятия «Туберкулез – мифы и реальность» проводимого по технологии «Форум-театр» для проживающих в студенческом общежитии

ЗАНЯТИЕ ДОЛЖНО ПРОХОДИТЬ В ПРОСТОРНОМ ПОМЕЩЕНИИ.
ПОКАЗ СПЕКТАКЛЯ ПРОВОДИТСЯ НА ОДНОМ УРОВНЕ СО ЗРИТЕЛЕМ (НЕ НА СЦЕНЕ),
ЗРИТЕЛИ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ДВА-ТРИ ПОЛУКРУГА.

ШАГ 1

(Джокер представляет себя, группу «форум-театра», организацию)

ДЖОКЕР.

Здравствуйте, меня зовут _____, вместе со мной _____, _____, _____, _____, _____. Мы представляем Брестский педагогический университет (небольшой рассказ о Волонтерском клубе) и сегодня мы вам представим технологию – «Форум-театр».

(группа садится к зрителям)

ДЖОКЕР.

Основоположником «Форум-театра» является бразильский режиссер Августо Боаль. В 60-х годах 20 столетия он создал «газетный театр», в котором труппа занималась инсценировкой газетных статей. Эти спектакли демонстрировались тем, кто не был обучен грамоте. На одном из таких выступлений, рассказывающем о бунте на фабрике, когда актеры проигрывали мизансцену, кто-то из зрителей сказал СТОП.

«Почему вы остановили спектакль?» – спросил Августо Боаль.

«Вы не правильно рассказываете, я там был, я знаю» – ответил мужчина.

«Тогда покажите, как было дело на самом деле», и мужчина вышел из толпы, встал на место актера и, проигрывая, изменил ситуацию. Когда труппа начала играть заново, мужчина вновь выкрикнул СТОП и снова вышел заменять актеров. Так и появился «форум-театр» или «театр угнетенных».

В настоящее время в «Форум-театре» в ходе спектакля разыгрывается конкретная, заранее спланированная и отрепетированная сцена, отражающая проблему. В качестве проблемы рассматриваются реальные ситуации. В нашем спектакле мы поговорим с Вами о проблеме амбулаторной модели лечения туберкулеза.

ШАГ 2

ДЖОКЕР.

Для нашей дальнейшей работы я попрошу каждого из вас заполнить Анкету. Она поможет нам понять отношение к людям, затронутым туберкулезом. Анкета анонимная, результаты будут использованы только в обобщенном виде. При заполнении внимательно читайте каждый вопрос и выбирайте вариант ответа, наиболее точно отражающий Ваше мнение. Выбранный ответ обводите кружком.

Наши актеры раздадут Анкеты, ручки у вас есть. Спасибо. *(Актеры идут в зал для раздачи Анкет)*. Теперь наши актеры соберут заполненные Анкеты.

ШАГ 3

ДЖОКЕР.

Сейчас вы увидите наш спектакль, во время которого все ваше внимание должно быть направлено на актеров. Если у вас есть мобильный телефон, то отключите или поставьте его в вибро-режим. Еще одно важное условие, во время спектакля не комментируйте и не обсуждайте то, что будет происходить. Наш спектакль называется «**Наедине с проблемой**». Мы начинаем.

(Показ спектакля)

Действующие лица

ЛИЗА – 100% угнетенный

КАРИНА – 100% угнетатель

ОЛЯ – 70% к угнетенному

ТАНЯ – 70% к угнетателю

ВИКА – 70% к угнетателю

СЦЕНА 1.

УТРОМ В ХОЛЛЕ ОБЩЕЖИТИИ

(Лиза разговаривает с мамой по телефону, Карина красится, подслушивает разговор).

ЛИЗА. *(разговаривая по телефону).*

Да, мам, я уже в общегаге... спасибо, все хорошо... да, комната та же... Анализы? Да, сдала, только потом съезжу в Тубдиспансер. Спасибо, мам, целую.

СЦЕНА 2.

ТЕМ ЖЕ ВЕЧЕРОМ, КОМНАТА В ОБЩЕЖИТИИ

(девушки общаются в комнате)

ОЛЯ.

Привет, Вероника! У меня новость. Лизка с академки вернулась. Год не было, я так соскучилась по ней.

ТАНЯ.

И что? Блин, теперь не будет свободной кровати.

(Входит Карина)

ОЛЯ.

О, привет, Карина! Ты уже слышала новость? К нам Лиза вернулась.

КАРИНА.

Вот об этом я хочу с вами поговорить. Я услышала её разговор с мамой. Она больная, походу туберкулёзом.

ТАНЯ.

Ты серьёзно? Охренеть! А что это?

КАРИНА.

В интернете почитай! Передается по воздуху и Туберкулез не излечим!

ТАНЯ.

Это что же...мы...я...

ОЛЯ.

Девочки, успокойтесь. Это же Лиза!

КАРИНА.

Ты не боишься заразиться? В общем, вы как хотите, а я своим здоровьем рисковать не буду. Я сделаю всё, чтобы она тут не жила и не училась.

СЦЕНА 3.

НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ ПЕРЕД ПАРОЙ В УНИВЕРСИТЕТЕ

(Лиза проходит мимо Оли, целует ее в щеку)

ЛИЗА.

Привет девчонки, сча подойду.

ТАНЯ.

Отойди от неё. *(Отдергивает Вику, стоящую рядом с Олей.)*

ОЛЯ.

Вы чего?

КАРИНА.

Ты чё? Совсем охренела? Ты с ней общаешься?

ОЛЯ.

И что здесь такого?

КАРИНА.

Она заразная.

ТАНЯ.

Я почитала, это не лечится. Таких людей изолируют от общества.

ВИКА.

Девочки, это скандал.

(Возвращается Лиза, Карина и Таня закрывают рот и нос одеждой, Вика отвернулась)

ЛИЗА.

Что случилось?

ТАНЯ.

Да понятно, что случилось.

ЗИНА.

Весь универ уже знает.

ОЛЯ.

Лиза, они знаю про...

ЛИЗА.

А, туберкулёз. Девочки, я уже вылечилась. Со мной всё хорошо. Я здорова, так же как и вы.

КАРИНА.

Да ладно? Это не излечимо.

СЦЕНА 4.

ЧЕРЕЗ ЧАС В УНИВЕРСИТЕТЕ

ТАНЯ.

Она походу не понимает по-хорошему.

КАРИНА.

Не понимает по-хорошему, будет по-нашему. Бери лист и пиши.

ТАНЯ.

Пиши, пиши.

(Вика записывает под диктовку)

КАРИНА.

«Вали отсюда, тварь!»

ОЛЯ.

Я не собираюсь в этом участвовать. *(отходит)*

КАРИНА.

Будешь с ней заодно, вали с нашей комнаты и с нашей компании.

(Записку подкладывают Лизе в тетрадь. Лиза садится за свою парту, улыбается, находит записку, читает, меняется выражение лица, медленно подходит к Оле, берет ее за руки)

ЛИЗА. (беря за руки).

Оля, ну скажи им, ты же выше этого.

ОЛЯ. (одергивает руки).

Тебе лучше уйти. (отходит к девочкам)

ЛИЗА. (ошарашена. Теряет блокнот)

Но...

КАРИНА (зло кричит).

ПОШЛА ВОН!

СТОП

ДЖОКЕР.

Давайте поаплодируем нашим актерам.

ШАГ 4

ДЖОКЕР.

Друзья, вы посмотрели наш спектакль. Пожалуйста, обсудите то, что вы увидели в течение 30 секунд с соседом справа и слева. Спасибо! А теперь внимание, мы повторим спектакль сначала, и вашей главной задачей будет сделать так, чтобы трагедии в дальнейшем не произошло. Вы можете встраиваться в ход действия в любом моменте, заменяя собой любого актера, кроме **Карины** (актер делает шаг вперед). Для этого вам необходимо сделать **СТОП**, его можно сделать, сказав слово **СТОП** и хлопнуть в ладоши. Давайте попробуем (зритель пробует). Запомните, вы можете заменить по ходу действия только одного героя. Замена героя в данном моменте совсем не означает, что его больше нельзя поменять именно в этом моменте, сколько людей столько и мнений. Помните, вы должны сделать так, чтобы трагедии в дальнейшем не произошло. Я желаю вам удачи. Мы начинаем спектакль заново.

*(Примечание. Джокер должен спрашивать у заменяющего зрителя, с какого момента он бы хотел начать и «отмотать» действие именно на этот момент. После встраивания, джокер спрашивает у зрителя, с какого момента они бы хотели начать спектакль и снова «отматывает» действие. Когда зритель встраивается и пытается изменить ситуацию, джокер внимательно следит за ходом его действия, и когда оно зашло в тупик, делает **СТОП**. После этого джокер просит зрителя поаплодировать, и спрашивает у заменяющего:*

- что вы хотели изменить в данном моменте?
- после вашего действия, трагедия произойдет?

Обязательно после вопросов джокер благодарит зрителя за работу.

*Если зритель пропускает в ходе действия, заранее заложенную «бомбу», джокер делает **СТОП** и наводящими вопросами (можно ли в этом моменте что-нибудь изменить?) побуждает зрителя на замену.*

Во время стадии «форум» в определенных моментах джокер должен «передавать» профилактическую информацию по поднимаемой в данном спектакле проблемы. Оптимально, если джокер выведет на рассуждение зрителя.

Стадию «форум» джокер заканчивает тогда, когда видит, что замены начали повторяться и реальных выходов из ситуации больше нет. В таком случае, он благодарит зрителей и актеров за работу, и переходит к следующей стадии «обратная связь».

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 1 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций первой сцены нет).

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям.)

Что такое туберкулез? (Услышав варианты ответов зрителей, озвучивает ответ на вопрос.) Туберкулез — одна из старейших болезней, известных человечеству. На Руси её называли «сухотной болезнью», а позднее — «чахоткой». В Древней Греции недуг прославился под именем *phtisis*, что означает «истощение». От этого слова и происходит современное

название медицинской отрасли, изучающей проблему туберкулеза – фтизиатрии. А доктор, специализирующийся на лечении туберкулезных больных, известен всем, как фтизиатр. Туберкулез – это инфекционное заболевание, которое распространяется аэрогенно, через воздух при дыхании попадая в легкие. Туберкулез вызывается бактерией, которая обычно поражает легкие, но также может затронуть и другие органы. Самым важным и наиболее эффективным способом профилактики туберкулеза является как можно более раннее диагностирование, выявление заболевания и обеспечение прохождения полного курса лечения. Именно поэтому очень важно обнаружить болезнь на ранней стадии.

- Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти в мире.
- В 2015 году туберкулезом заболели 10,4 миллиона человек, и 1,8 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни.
- С 2000 года заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5% в год. Для достижения контрольных показателей на 2020 год, предусмотренных Стратегией по ликвидации туберкулеза, эти темпы снижения необходимо ускорить до 4–5% в год.
- По оценкам, за период с 2000 по 2015 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 49 миллионов человеческих жизней.
- В Республике Беларусь в 2016 году зарегистрировано 2684 новых случаев туберкулеза.
- В Республике Беларусь было зарегистрировано в 2016 году 35 новых случаев туберкулеза, у детей до 18 лет.
- На 01.01. 2017 года в республике зарегистрировано 3 150 случаев ВИЧ/ТБ.
- За 2016 год, смертность в республике составила 323 человека.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 2 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций второй сцены нет).

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Как распространяется туберкулез? (Услышав варианты ответов зрителей, озвучивает ответ на вопрос). Когда человек заболевший туберкулезом не начавший лечение, кашляет, чихает, плюет или смеется, туберкулезные бактерии могут попасть в воздух. В закрытом помещении эти бактерии могут оставаться в воздухе долгое время. Если другие люди дышат этим же воздухом, то бактерии могут попасть в их организм, и они могут заразиться туберкулезом. Любой человек, находящийся в одном закрытом помещении с больным открытой формой туберкулеза, не начавший лечение, и дышащий с ним одним воздухом, подвергается риску заражения.

ДЖОКЕР (обращаясь к зрителям задает уточняющий вопрос).

Так как же можно инфицироваться туберкулезом? **Важно! Проговорить, если зритель не ответил, сделать акцент, что если человек не начал лечение туберкулеза. Если начал лечение, он не будет опасен для общества. Туберкулез не распространяется** через бытовые контакты, поэтому этой болезнью невозможно заразиться через пожатие руки, при пользовании посудой, постельным бельем, или туалетом. Предметы, находившиеся в контакте с больным человеком не требуют специальной обработки.

Джокер.

Основные симптомы туберкулеза:

- Кашель в течение 3-х и более недель
- Потливость по ночам
- Потеря веса
- Потеря аппетита
- Кашель с мокротой или кровью
- Повышенная температура
- Повышенная утомляемость

Если у Вас есть эти симптомы, идите к врачу! Не сомневайтесь и не стесняйтесь! Если у Вас нет этих симптомов, но у человека рядом с вами есть, то посоветуйте ему сходить к врачу. При необходимости поддержите его или ее.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 3 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций третьей сцены нет).

ДЖОКЕР.

Все люди с подозрением на заболевание должны быть немедленно направлены к врачу или в туберкулезный диспансер для проведения медицинского обследования. Туберкулез

поддается лечению с использованием противотуберкулезных препаратов. Лечение туберкулеза предполагает прием нескольких химиопрепаратов в течение длительного периода времени. Противотуберкулезные препараты назначаются врачом-специалистом по лечению туберкулеза и должны приниматься регулярно, каждый день.

Излечим ли туберкулез? В настоящее время имеется много противотуберкулезных препаратов, прием которых позволяет полностью излечить болезнь. Главными условиями лечения туберкулеза являются своевременное выявление путем профилактических осмотров и раннее обращение больных за специализированной медицинской помощью к врачу-фтизиатру. Больной туберкулезом должен своевременно принимать лечение в полном объеме, предписанном ему врачом. Перерывы в лечении приводят к развитию устойчивой к лекарствам формы туберкулеза, вылечить которую намного сложнее.

Как долго больной туберкулезом должен лечиться? Больной должен полноценно пролечиться в течение 2–3...6 месяцев в туберкулезном стационаре (больнице) или может начать лечение с первого дня «Амбулаторно» находясь дома. Если же больной начинал лечение на стационарном этапе, то выписавшись из больницы, человек продолжает принимать лечение амбулаторно, приходя в туберкулезный кабинет каждый день, для приема противотуберкулезных препаратов. Противотуберкулезные препараты очень дорогие, но больному они предоставляются бесплатно. Если больной прекратит лечение досрочно или не будет принимать все прописанные ему лекарства, это приведет к возникновению лекарственной устойчивости и впоследствии бактерией туберкулеза с лекарственной устойчивостью могут быть инфицированы члены семьи больного и окружающие. Общая длительность лечения лекарственно устойчивого туберкулеза составляет два года и более. Поэтому главное — соблюдение больными предписанных сроков и методов лечения и прием всех препаратов, которые прописал врач-фтизиатр.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 4 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций четвертой сцены нет).

ДЖОКЕР.

Клиническое излечение больных туберкулезом. Под клиническим излечением от туберкулеза понимают стойкое заживление туберкулезного поражения, подтвержденное клинико-рентгенологическими и лабораторными данными на протяжении длительных сроков наблюдения. Восстановление трудоспособности является одной из основных целей лечения больных туберкулезом. Наряду с данными клинико-рентгенологического и лабораторного обследования при решении вопроса о клиническом излечении туберкулеза учитывается и восстановление трудоспособности больного. После излечения человек, возвращается в учебный или трудовой коллектив. Ведет обычный образ жизни. Не является опасным для окружающих людей. **ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ!!!** Пора перестать думать, что туберкулез где-то далеко. Туберкулез это болезнь, как и любая другая, заболеть может каждый, независимо от пола, возраста, социального положения, образования или дохода. Люди заболевают туберкулезом в любой стране и на любом континенте вне зависимости от расы и национальности. Среди заболевших — пожилые и молодые, высокие и низкие. Многие думают, что туберкулез стал болезнью, которой могут заразиться только те, кто беден и живет в плохих условиях. Ни одно из этих предубеждений не является правильным. Туберкулез все еще представляет угрозу для нас всех. Среди заболевших есть школьники и студенты, государственные служащие, бухгалтера, сантехники, медицинские работники, ИТ-специалисты, продавцы и т.д.

Берегите друг друга, уважайте жизнь и права людей, находящихся рядом с ВАМИ!!! И помните, **ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ!!! Человек, начавший и продолжающий лечение, не опасен для общества!!!**

ДЖОКЕР.

Спасибо большое за участие в мероприятии. Просим Вас еще раз заполнить анкету, которая поможет нам понять, насколько полезно и эффективно было наше мероприятие. Анкета анонимная, результаты будут использованы только в обобщенном виде. При заполнении внимательно читайте каждый вопрос и выбирайте вариант ответа, наиболее точно отражающий Ваше мнение. Выбранный ответ обводите кружком.

Наши актеры раздадут Анкеты, ручки у вас есть. Спасибо. *(Актеры идут в зал для раздачи Анкет)*. Теперь наши актеры соберут заполненные Анкеты.

ШАГ 5

ДЖОКЕР.

Спасибо всем за активное участие. Все это и есть «форум-театр». Сейчас я предлагаю нам с вами обсудить то, что здесь происходило. Для начала я попрошу вас ответить на мои вопросы:

- что вы чувствовали после первого просмотра спектакля?
- что вы чувствовали по отношению к герою (*называет имя героя 100% угнетателя и 100% угнетенного*)?
- что вы чувствовали, заменяя актеров?
- что вы чувствовали, когда вам не удалось изменить ситуацию?
- может ли эта ситуация произойти в нашей жизни?

Каждый, кто выходил и пытался изменить ситуацию (*джокер вспоминает несколько замен*), предлагает свое видение на ее разрешение, но специфика данной технологии в том, что актеры до конца должны следовать своему статусу и поставленным целям. Благодаря этому с вашей стороны, со стороны зрителя, идет постоянный поиск решения проблемы и прорабатывается ряд новых путей выхода из ситуации. Когда мы рассматриваем ситуацию на месте, мы продумываем, какое будет наше поведение, и выстраиваем четкую линию замены, но, сталкиваясь с определенными преградами (*герой спектакля*), наша линия ломается, и, импровизируя, мы ищем новые пути решения данной проблемы.

А теперь давайте по кругу ответим на вопрос:

- ваши ощущения после проведенного нами «форум-театра». Чтобы вы хотели добавить или изменить?

(Примечание: в этой фазе важно, чтобы зритель раскрывал свои эмоции, чувства. Только тогда анализ будет считаться полным.)

ДЖОКЕР.

Спасибо вам за то, что вы приняли участие в нашем «форум-театре», мы надеемся, что он заставил вас задуматься над моделью своего поведения и что похожая ситуация никогда не произойдет в вашей жизни. Еще раз спасибо за работу и наши аплодисменты в ваш адрес. На выходе из зала Вы можете оставить свои пожелания, мнения, видения в нашей Книге.

ШАГ 6

После проведенного «форум-театра» джокер должен обсудить его результаты в группе и выявить положительные и отрицательные моменты.



«Форум-театр», проведенный на базе
ГУ социального обслуживания «Дом ветеранов» г. Гродно,
эксперты и волонтеры

Сценарий театрализованного интерактивного мероприятия «Туберкулез – мифы и реальность» проводимого по технологии «Форум-театр» для социальных служб

ЗАНЯТИЕ ДОЛЖНО ПРОХОДИТЬ В ПРОСТОРНОМ ПОМЕЩЕНИИ.
ПОКАЗ СПЕКТАКЛЯ ПРОВОДИТСЯ НА ОДНОМ УРОВНЕ СО ЗРИТЕЛЕМ (НЕ НА СЦЕНЕ),
ЗРИТЕЛИ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ДВА-ТРИ ПОЛУКРУГА.

ШАГ 1

(Джокер представляет себя, группу «форум-театра», организацию)

ДЖОКЕР.

Здравствуйте, меня зовут _____, вместе со мной _____, _____, _____, _____, _____, _____. Мы представляем Витебский Клубный Дом (небольшой рассказ о Клубном Доме) и сегодня мы вам представим технологию – «Форум-театр».

(группа садится к зрителям)

ДЖОКЕР.

Основателем «Форум-театра» является бразильский режиссер Августо Боаль. В 60-х годах 20 столетия он создал «газетный театр», в котором труппа занималась инсценировкой газетных статей. Эти спектакли демонстрировались тем, кто не был обучен грамоте.

На одном из таких выступлений, рассказывающем о бунте на фабрике, когда актеры проигрывали мизансцену, кто-то из зрителей сказал СТОП.

«Почему вы остановили спектакль?» – спросил Августо Боаль.

«Вы не правильно рассказываете, я там был, я знаю» – ответил мужчина.

«Тогда покажите, как было дело на самом деле», и мужчина вышел из толпы, встал на место актера и, проигрывая, изменил ситуацию. Когда труппа начала играть заново, мужчина вновь выкрикнул СТОП и снова вышел заменять актеров. Так и появился «форум-театр» или «театр угнетенных».

В настоящее время в «Форум-театре» в ходе спектакля разыгрывается конкретная, заранее спланированная и отрепетированная сцена, отражающая проблему. В качестве проблемы рассматриваются реальные ситуации. В нашем спектакле мы поговорим с Вами о проблеме амбулаторной модели лечения туберкулеза.

ШАГ 2

ДЖОКЕР.

Для нашей дальнейшей работы я попрошу каждого из вас заполнить Анкету. Она поможет нам понять отношение к людям, затронутым туберкулезом. Анкета анонимная, результаты будут использованы только в обобщенном виде. При заполнении внимательно читайте каждый вопрос и выбирайте вариант ответа, наиболее точно отражающий Ваше мнение. Выбранный ответ обводите кружком.

Наши актеры раздадут Анкеты, ручки у вас есть. Спасибо. *(Актеры идут в зал для раздачи Анкет.)* Теперь наши актеры соберут заполненные Анкеты.

ШАГ 3

ДЖОКЕР

Сейчас вы увидите наш спектакль, во время которого все ваше внимание должно быть направлено на актеров. Если у вас есть мобильный телефон, то отключите или поставьте его в вибро-режим. Еще одно важное условие, во время спектакля не комментируйте и не обсуждайте то, что будет происходить. Наш спектакль называется «Стена». Мы начинаем.

(Показ спектакля)

Действующие лица:

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ – 100% угнетенный

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК – 100% угнетатель

СЫН – 70% к угнетенному

АННА – 70% к угнетателю

РОДИТЕЛЬ АННЫ – 70% к угнетателю

СЦЕНА 1.

ДОМА, НА КУХНЕ.

(Александр Александрович разговаривает по телефону)

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Добрый день!

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.

Добрый! Социальная служба для людей с психическими заболеваниями Витебский клубный дом, специалист по социальной работе Вероника Александровна, слушаю вас.

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Меня зовут Александр Александрович. У меня сын имеет психическое заболевание, и мы недавно узнали, что открылась ваша служба. Мы бы хотели прийти к вам, познакомиться. Мы посмотрели ваш сайт, вижу, вы занимаетесь важным и полезным делом.

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.

Отлично! Приходите завтра – познакомимся, оформим документы. Не переживайте, никаких справок не надо. Будем рады вас видеть!

(входит сын)

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Вот, сынок, у меня для тебя отличная новость. Пока ты был в больнице, лечился от туберкулёза, я узнал, что у нас в Витебске открылся Клубный Дом.

СЫН.

А что я там буду делать?

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Там ребята, такие, как и ты, собираются, общаются, занимаются интересными делами. И самое главное – там, ты обязательно найдёшь себе друзей!

СЫН.

А там есть кто-нибудь с туберкулёзом?

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Скорее всего, нет....Но я думаю, это не имеет значения. Тем более, ты же на амбулаторном лечении.

СЦЕНА 2.

НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ В КЛУБНОМ ДОМЕ.

(Александр Александрович с сыном заходят в клубный дом и здороваются со всеми за руку)

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК *(Александр Александровичу).*

Приветствуем вас в клубном доме! Проходите, не стесняйтесь. Вот это наше помещение, здесь мы трудимся, занимаемся все вместе, общаемся. Атмосфера у нас дружелюбная, тёплая. Вот, кстати, и член нашего клубного дома – Аня. *(Ане)* Анечка, вы как наш активный участник, расскажите нашим гостям о клубном доме.

АННА.

Ой, ну у нас здесь круто! А главное — дружно. Мы всё-всё делаем вместе: планируем, решаем, готовим, кушаем, убираем и даже праздники отмечаем все вместе!

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.

Как видите, дел и вопросов у нас много. Не переживайте и для вашего Валерия занятие найдём.

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Здорово! Мы рады, что открылась такая служба. Только подскажите время вашей работы?

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.

Стандартное — с 9 утра до 5 вечера.

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Скажите, а может мой Валера приходить после 12 часов. Ему просто с утра надо ещё за лекарствами в тубкабинет успеть.

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.

Подождите... Так что, ваш сын болен туберкулёзом?!

(Анна начинает нервно платком протирать руку)

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Да, у него туберкулез. Но он пролечился на стационаре и теперь на амбулаторном лечении.

СЫН.

Я знал, что так и будет.

СЦЕНА 3.

ЭТОТ ЖЕ ДЕНЬ, ДОМА У АННЫ

АННА *(входя, бросая свою сумку).*

Папа (либо мама)!! Всё! Я больше в клубный дом ходить не буду!

РОДИТЕЛЬ АННЫ.

Что такое? Почему? Тебе же там так нравилось?

АННА.

Но, папа! У нас же теперь там будет туберкулёзник! Представляешь, он со мной за руку поздоровался! А у нас завтра кухонная группа! Я не собираюсь с ним готовить и есть за одним столом! А вдруг он на меня чихнёт *(начинает хныкать и плакать)*.

РОДИТЕЛЬ АННЫ.

Таааак! Быстро иди в душ мойся! Ну, я им устрою, я с ними разберусь!

СЦЕНА 4.

НА СЛЕДУЮЩИЙ ДЕНЬ, В КЛУБНОМ ДОМЕ

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК *(Анне).*

Анечка, ну не переживайте так! Я разговаривала с вашим отцом, всё будет хорошо.

(Входят Александр Александрович с сыном)

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Здравствуйте!

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК *(подрываясь и отгораживаясь рукой).*

Здравствуйте, здравствуйте! Александр Александрович, мы не можем принять вашего сына! У него же туберкулез! У меня родители жалуются, и ребята не хотят ходить теперь из-за него в клубный дом!

СЫН.

Папа, но ты же говорил, что меня здесь примут! Что я смогу найти друзей!

(машет рукой и убегает)

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Валераааа! *(нервно и возбуждённо.)* Знаете, нелепо слышать от людей, от специалистов! *(акцент на этом слове.)*, занимающихся здоровьем социума, от людей, кричащих у себя на сайтах и в буклетах о борьбе со стигмой такие слова! Мой сын не заразен! Он принимает лекарства! И заразности в нём, не больше, чем во мне или в вас!

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК.

Давайте честно, туберкулез нельзя вылечить, можно только подлечить! Он же мне тут всех перезаразит. Да я из-за вашего Валеры всех своих ребят растеряю!

АЛЕКСАНДР АЛЕКСАНДРОВИЧ.

Вы...

СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК *(зло и громко).*

Все разговор окончен!

СТОП

ДЖОКЕР.

Давайте поаплодируем нашим актерам.

ШАГ 4

ДЖОКЕР.

Друзья, вы посмотрели наш спектакль. Пожалуйста, обсудите то, что вы увидели в течение 30 секунд с соседом справа и слева. Спасибо! А теперь внимание, мы повторим спектакль сначала, и вашей главной задачей будет сделать так, чтобы трагедии в дальнейшем не произошло. Вы можете встраиваться в ход действия в любом моменте, заменяя собой любого актера, кроме **Вероники Александровны** *(актер делает шаг вперед)*. Для этого вам необходимо сделать СТОП, его можно сделать, сказав слово СТОП и хлопнуть в ладоши. Давайте попробуем *(зритель пробует)*. Запомните, вы можете заменить по ходу действия только одного героя. Замена героя в данном моменте совсем не означает, что его больше нельзя поменять именно в этом моменте, сколько людей столько и мнений. Помните, вы должны сделать так, чтобы трагедии в дальнейшем не произошло. Я желаю вам удачи. Мы начинаем спектакль заново.

(Примечание. Джокер должен спрашивать у заменяющего зрителя, с какого момента он бы хотел начать и «отмотать» действие именно на этот момент. После встраивания, джокер спрашивает у зрителя, с какого момента они бы хотели начать спектакль и снова «отматывает» действие. Когда зритель встраивается и пытается изменить ситуацию, джокер внимательно следит за ходом его действия, и когда оно зашло в тупик, делает СТОП. После этого джокер просит зрителя поаплодировать, и спрашивает у заменяющего:

- что вы хотели изменить в данном моменте?
- после вашего действия, трагедия произойдет?

Обязательно после вопросов джокер благодарит зрителя за работу.

Если зритель пропускает в ходе действия, заранее заложенную «бомбу», джокер делает СТОП и наводящими вопросами (можно ли в этом моменте что-нибудь изменить?) побуждает зрителя на замену.

Во время стадии «форум» в определенных моментах джокер должен «передавать» профилактическую информацию по поднимаемой в данном спектакле проблеме. Оптимально, если джокер выведет на рассуждение зрителя.

Стадию «форум» джокер заканчивает тогда, когда видит, что замены начали повторяться и реальных выходов из ситуации больше нет. В таком случае, он благодарит зрителей и актеров за работу, и переходит к следующей стадии «обратная связь».

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 1 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций первой сцены нет).

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Что такое туберкулез? *Услышав варианты ответов зрителей, озвучивает ответ на вопрос.* Туберкулез – одна из старейших болезней, известных человечеству. На Руси её называли «сухотной болезнью», а позднее – «чахоткой». В Древней Греции недуг прославился под именем *phtisis*, что означает «истощение». От этого слова и происходит современное название медицинской отрасли, изучающей проблему туберкулеза – фтизиатрии. А доктор, специализирующийся на лечении туберкулезных больных, известен всем, как фтизиатр.

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Как распространяется туберкулез? *Услышав варианты ответов зрителей, озвучивает ответ на вопрос.* Заражение и возможное последующее заболевание туберкулезом вызывает микроорганизм *Mycobacterium tuberculosis*. Возбудитель туберкулеза *M. tuberculosis* передается от человека к человеку по воздуху. Если человек болеет открытой (заразной) формой туберкулеза легких или горла, то при кашле, чихании, разговоре пении в воздух попадает большое количество частиц мокроты, содержащих микобактерии. Большинство частиц не оседает, а высыхает и надолго остается в воздухе. Если человек вдыхает воздух, содержащий эти аэрозольные ядрышки, возможна передача инфекции, то есть перенос микроорганизмов от одного человека к другому. Быстро оседающие крупные частицы не опасны, потому что они оседают на поверхности, смешиваясь с пылью, и по причине своего размера обычно не попадают глубже верхних дыхательных путей. **Туберкулез не распространяется через бытовые контакты**, поэтому этой болезнью невозможно заразиться через рукопожатие, при пользовании одной посудой, постельным бельем или туалетом. Предметы, находившиеся в контакте с человеком больным туберкулезом (посуда, мебель) не требует специальной обработки. Не всегда заражается человек, имевший непосредственный контакт с больным туберкулезом не находящимся на лечении.

При передаче туберкулеза от человека к человеку определяющими являются 4 фактора:

1. Степень инерционности (то есть заразности) больного, то есть количества выдыхаемых в воздух бактерий;
 2. Концентрация бактерий в воздухе, которая зависит от размера помещения и вентиляции;
 3. Продолжительность контакта с больным туберкулезом;
 4. Состояние дыхательных путей и иммунной системы здорового человека.
- Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти в мире.
 - В 2015 году туберкулезом заболели 10,4 миллиона человек, и 1,8 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни.
 - С 2000 года заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5% в год. Для достижения контрольных показателей на 2020 год, предусмотренных Стратегией по ликвидации туберкулеза, эти темпы снижения необходимо ускорить до 4–5% в год.
 - По оценкам, за период с 2000 по 2015 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 49 миллионов человеческих жизней.
 - В Республике Беларусь в 2016 году зарегистрировано 2684 новых случаев туберкулеза.
 - В Республике Беларусь было зарегистрировано в 2016 году 35 новых случаев туберкулеза, у детей до 18 лет.
 - На 01.01. 2017 года в республике зарегистрировано 3 150 случаев ВИЧ/ТБ.
 - За 2016 год, смертность в республике составила 323 человека.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 2 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций второй сцены нет).

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Назовите основные симптомы туберкулеза?

Основные симптомы туберкулеза:

- Кашель в течение 3-х и более недель
- Потливость по ночам
- Потеря веса
- Потеря аппетита
- Кашель с мокротой или кровью

- Повышенная температура
- Повышенная утомляемость

Если у Вас есть эти симптомы, идите к врачу! Не сомневайтесь и не стесняйтесь! Если у Вас нет этих симптомов, но у человека рядом с вами есть, то посоветуйте ему сходить к врачу. При необходимости поддержите его или ее. Все люди с подозрением на заболевание должны быть немедленно направлены к врачу или в туберкулезный диспансер для проведения медицинского обследования. Туберкулез поддается лечению с использованием противотуберкулезных препаратов. Лечение туберкулеза предполагает прием нескольких химиопрепаратов в течение длительного периода времени. Противотуберкулезные препараты назначаются врачом-специалистом по лечению туберкулеза и должны приниматься регулярно, каждый день.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 3 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций третьей – сцены нет).

ДЖОКЕР (обращаясь к зрителям, задает уточняющий вопрос).

Так как же можно инфицироваться туберкулезом? **Важно! Проговорить, если зритель не ответил, сделать акцент, что если человек не начал лечение туберкулеза. Если начал лечение, он не будет опасен для общества.**

ДЖОКЕР.

Излечим ли туберкулез? В настоящее время имеется много противотуберкулезных препаратов, прием которых позволяет полностью излечить болезнь. Главными условиями лечения туберкулеза являются своевременное выявление путем профилактических осмотров и раннее обращение больных за специализированной медицинской помощью к врачу-фтизиатру. Больной туберкулезом должен своевременно принимать лечение в полном объеме, предписанном ему врачом. Перерывы в лечении приводят к развитию устойчивой к лекарствам формы туберкулеза, вылечить которую намного сложнее.

Как долго больной туберкулезом должен лечиться? Больной должен полноценно пролечиться в течение 2–3...6 месяцев в туберкулезном стационаре (больнице) или может начать лечение с первого дня «Амбулаторно» находясь дома. Если же больной начинал лечение на стационарном этапе, то выписавшись из больницы, человек продолжает принимать лечение амбулаторно, приходя в туберкулезный кабинет каждый день, для приема противотуберкулезных препаратов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует в основном проводить амбулаторное лечение пациентов, которое проходит на дому или в амбулаторных медицинских учреждениях. Некоторым пациентам по клиническим или социальным причинам требуется госпитализация для обеспечения возможности тщательного мониторинга (отслеживания) процесса лечения. Кроме того, некоторым пациентам с тяжелыми формами туберкулеза требуется длительная изоляция на дому или в больничных условиях для предотвращения распространения инфекции в обществе.

У большинства больных туберкулезом наблюдается быстрое улучшение симптомов после начала лечения/терапии. Для достижения успешного полного излечения туберкулеза необходимо ежедневно строго соблюдать режим лечения. Противотуберкулезные препараты очень дорогие, но больному они предоставляются бесплатно. Если больной прекратит лечение досрочно или не будет принимать все прописанные ему лекарства, это приведет к возникновению лекарственной устойчивости и впоследствии бактерией туберкулеза с лекарственной устойчивостью могут быть инфицированы члены семьи больного и окружающие. Общая длительность лечения лекарственно устойчивого туберкулеза составляет два года и более. Поэтому главное – соблюдение больными предписанных сроков и методов лечения и прием всех препаратов, которые прописал врач-фтизиатр.

ДЖОКЕР (обращается с вопросом к зрителям).

Конфиденциальность и доверие, что это такое? Защита информации о лице называется конфиденциальностью. Конфиденциальность означает защиту всей письменной и электронной информации, полученной в результате сотрудничества больного туберкулезом и медицинского персонала. Доверие – это ключ к успеху в сотрудничестве между больным и медицинским работником, в ходе которого соблюдаются права и обязанности со всех сторон.

Самым важным методом является знание и понимание больного человека. Необходимо помнить, что каждый уникален и у него может иметься очень серьезная причина для

уклонения от лечения. Например, стигматизирующее отношение близкого окружения к больному человеку. Стигма (от др.-греч. *στίγμα* — «знак, клеймо, татуировка, пятно, отметина») это социальный ярлык, который полностью меняет отношение к другим людям и к самим себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества.

На людей, затронутых проблемой туберкулез, часто смотрят отрицательно, и общественное отношение может нанести ущерб больным людям или тем, кого подозревают в том, что они больны. Дискриминация определяется, в основном, юридическими правами и правами человека. Когда человек теряет работу из-за отрицательного подтекста или восприятия в связи с болезнью, это очевидная дискриминация.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 4 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций четвертой сцены нет).

ДЖОКЕР.

Клиническое излечение больных туберкулезом. Под клиническим излечением от туберкулеза понимают стойкое заживление туберкулезного поражения, подтвержденное клинико-рентгенологическими и лабораторными данными на протяжении длительных сроков наблюдения. Восстановление трудоспособности является одной из основных целей лечения больных туберкулезом. Наряду с данными клинико-рентгенологического и лабораторного обследования при решении вопроса о клиническом излечении туберкулеза учитывается и восстановление трудоспособности больного. После излечения человек, возвращается в учебный или трудовой коллектив. Ведет обычный образ жизни. Не является опасным для окружающих людей. **ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ!!!** Пора перестать думать, что туберкулез где-то далеко. Туберкулез это болезнь, как и любая другая, заболеть может каждый, независимо от пола, возраста, социального положения, образования или дохода. Люди заболевают туберкулезом в любой стране и на любом континенте вне зависимости от расы и национальности. Среди заболевших – пожилые и молодые, высокие и низкие. Многие думают, что туберкулез стал болезнью, которой могут заразиться только те, кто беден и живет в плохих условиях. Ни одно из этих предубеждений не является правильным. Туберкулез все еще представляет угрозу для нас всех. Среди заболевших есть школьники и студенты, государственные служащие, бухгалтера, сантехники, медицинские работники, ИТ-специалисты, продавцы и т.д.

Берегите друг друга, уважайте жизнь и права людей, находящихся рядом с ВАМИ!!! И помните, **ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ!!! Человек, начавший и продолжающий лечение, не опасен для общества!!!**

ДЖОКЕР.

Спасибо большое за участие в мероприятии. Просим Вас еще раз заполнить анкету, которая поможет нам понять, насколько полезно и эффективно было наше мероприятие. Анкета анонимная, результаты будут использованы только в обобщенном виде. При заполнении внимательно читайте каждый вопрос и выбирайте вариант ответа, наиболее точно отражающий Ваше мнение. Выбранный ответ обводите кружком.

Наши актеры раздадут Анкеты, ручки у вас есть. Спасибо. *(Актеры идут в зал для раздачи Анкет)*. Теперь наши актеры соберут заполненные Анкеты.

ШАГ 5

ДЖОКЕР.

Спасибо всем за активное участие. Все это и есть «форум-театр». Сейчас я предлагаю нам с вами обсудить то, что здесь происходило. Для начала я попрошу вас ответить на мои вопросы:

- что вы чувствовали после первого просмотра спектакля?
- что вы чувствовали по отношению к герою (*называет имя героя 100% угнетателя и 100% угнетенного*)?
- что вы чувствовали, заменяя актеров?
- что вы чувствовали, когда вам не удалось изменить ситуацию?
- может ли эта ситуация произойти в нашей жизни?

Каждый, кто выходил и пытался изменить ситуацию (*джокер вспоминает несколько замен*), предлагает свое видение на ее разрешение, но специфика данной технологии в том, что актеры до конца должны следовать своему статусу и поставленным целям. Благодаря

этому с вашей стороны, со стороны зрителя, идет постоянный поиск решения проблемы и прорабатывается ряд новых путей выхода из ситуации. Когда мы рассматриваем ситуацию на месте, мы продумываем, какое будет наше поведение, и выстраиваем четкую линию замены, но, сталкиваясь с определенными преградами (*герой спектакля*), наша линия ломается, и, импровизируя, мы ищем новые пути решения данной проблемы.

А теперь давайте по кругу ответим на вопрос:

– ваши ощущения после проведенного нами «форум-театра». Чтобы вы хотели добавить или изменить?

(Примечание: в этой фазе важно, чтобы зритель раскрывал свои эмоции, чувства. Только тогда анализ будет считаться полным.)

ДЖОКЕР.

Спасибо вам за то, что вы приняли участие в нашем «форум-театре», мы надеемся, что он заставил вас задуматься над моделью своего поведения и что похожая ситуация никогда не произойдет в вашей жизни. Еще раз спасибо за работу и наши аплодисменты в ваш адрес. На выходе из зала Вы можете оставить свои пожелания, мнения, видения в нашей Книге.

ШАГ 6

После проведенного «форум-театра» джокер должен обсудить его результаты в группе и выявить положительные и отрицательные моменты.



«Форум-театр», проведенный на базе
ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения
Первомайского района г. Витебска»,
эксперты и волонтеры

Сценарий театрализованного интерактивного мероприятия «Туберкулез – мифы и реальность» проводимого по технологии «Форум-театр» для трудового коллектива

ЗАНЯТИЕ ДОЛЖНО ПРОХОДИТЬ В ПРОСТОРНОМ ПОМЕЩЕНИИ.
ПОКАЗ СПЕКТАКЛЯ ПРОВОДИТСЯ НА ОДНОМ УРОВНЕ СО ЗРИТЕЛЕМ (НЕ НА СЦЕНЕ),
ЗРИТЕЛИ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ДВА-ТРИ ПОЛУКРУГА.

ШАГ 1

(Джокер представляет себя, группу «форум-театра», организацию)

ДЖОКЕР.

Здравствуйте, меня зовут _____, вместе со мной _____, _____, _____, _____, _____. Мы представляем _____ (небольшой рассказ об организации) и сегодня мы вам представим технологию – «Форум-театр» (группа актеров садится к зрителям).

ДЖОКЕР.

Основателем «Форум-театра» является бразильский режиссер Августо Боаль. В 60-х годах 20 столетия он создал «газетный театр», в котором труппа занималась инсценировкой газетных статей. Эти спектакли демонстрировались тем, кто не был обучен грамоте. На одном из таких выступлений, рассказывающем о бунте на фабрике, когда актеры проигрывали мизансцену, кто-то из зрителей сказал СТОП.

«Почему вы остановили спектакль?» – спросил Августо Боаль.

«Вы не правильно рассказываете, я там был, я знаю» – ответил мужчина.

«Тогда покажите, как было дело на самом деле», и мужчина вышел из толпы, встал на место актера и, проигрывая, изменил ситуацию. Когда труппа начала играть заново, мужчина вновь выкрикнул СТОП и снова вышел заменять актеров. Так и появился «форум-театр» или «театр угнетенных».

В настоящее время в «Форум-театре» в ходе спектакля разыгрывается конкретная, заранее спланированная и отрепетированная сцена, отражающая проблему. В качестве проблемы рассматриваются реальные ситуации. В нашем спектакле мы поговорим с Вами о проблеме амбулаторной модели лечения туберкулеза.

ШАГ 2

ДЖОКЕР.

Для нашей дальнейшей работы я попрошу каждого из вас заполнить Анкету. Она поможет нам понять отношение к людям, затронутым туберкулезом. Анкета анонимная, результаты будут использованы только в обобщенном виде. При заполнении внимательно читайте каждый вопрос и выбирайте вариант ответа, наиболее точно отражающий Ваше мнение. Выбранный ответ обводите кружком.

Наши актеры раздадут Анкеты, ручки у вас есть. Спасибо. *(Актеры идут в зал для раздачи Анкет)*. Теперь наши актеры соберут заполненные Анкеты.

ШАГ 3

ДЖОКЕР.

Сейчас вы увидите наш спектакль, во время которого все ваше внимание должно быть направлено на актеров. Если у вас есть мобильный телефон, то отключите или поставьте его в вибро-режим. Еще одно важное условие, во время спектакля не комментируйте и не обсуждайте то, что будет происходить. Наш спектакль называется «Возвращение». Мы начинаем.

(Показ спектакля)

Действующие лица:

ИННА – 100% угнетатель

АЛЛА – 100% угнетенный

ИРА – 70% к угнетателю

КАТЯ – 70% к угнетенному

СЦЕНА 1.

УТРОМ НА ПРОХОДНОЙ ПРЕДПРИЯТИЯ

АЛЛА.

Привет Катя!

КАТЯ.

Привет Алла, давненько тебя видно не было, чем болела? Почему так долго на больничном была?

Алла.

Да так, простуда затянулась.

КАТЯ.

Хорошо, что ты снова с нами, столько всего произошло, дня не хватит рассказать.

(входит Ира)

ИРА.

Привет, с выходом, это нужно отметить.

АЛЛА.

Мне пока нельзя.

ИРА.

Да ладно, за встречу, за здоровье, давайте после работы.

КАТЯ.

Я не против, думаю, Даша и Оля к нам присоединятся.

АЛЛА.

Простите, мне нельзя... я не могу.

СЦЕНА 2.

НЕМНОГО ПОЗЖЕ В ОТДЕЛЕ КАДРОВ

ИННА.

Этого не может быть, у нее туберкулез, а это так быстро не лечится.

КАТЯ.

Но ведь больничный закрыли, а это значит что Алла не опасна для общества.

ИННА.

А как же общаться? Нет, так дело не пойдет. Почему она никому не сказала про свою болезнь, значит, боится, что мы узнаем, и правильно боится. Одно дело простуда, другое дело туберкулез. Он ведь заразен, а я не хочу заразиться, у меня семья.

КАТЯ.

Надо с ней поговорить.

ИННА.

О чем разговаривать, гнать таких людей надо.

СЦЕНА 3.

НЕМНОГО ПОЗЖЕ В ОТДЕЛЕ КАДРОВ

ИННА.

Вы должны написать заявление по собственному желанию, поймите коллектив вас не примет.

АЛЛА.

Коллектив или вы?

ИННА.

А вы как думаете, туберкулез пугает людей, а все заботятся о своем здоровье.

АЛЛА.

А на что мне жить? Мне нужно зарабатывать, чтобы продолжать амбулаторное лечение. Где мне взять деньги?

ИННА.

Ничем не могу помочь, мой вам совет, лучше увольтесь по собственному желанию.

АЛЛА.

Вы не имеете права, закон на моей стороне.

ИННА.

Закон можно обойти. Подавайте в суд!

СЦЕНА 4.

ЧЕРЕЗ ЧАС, НА КОРИДОРЕ

(Ира и Катя разговаривают, Алла выходит и говорит в сторону)

АЛЛА *(выходя, говоря в сторону).*

Я здорова, сколько можно говорить. (коллегам) девчонки, ну хоть вы помогите мне, поддержите меня, мне нужно работать.

ИРА.

У моего знакомого есть вакансия сторожа, может тебе туда податься...

АЛЛА.

Мне не нужна новая работа, мне нужна справедливость, от этого никто не застрахован.

КАТЯ.

Как так тебя угораздило, не переживай, мысленно мы с тобой.

АЛЛА.

Хотелось бы не только мысленно, но...

(когда Ира говорит следующую фразу, Катя поднимает телефон)

ИРА.

Против правил не попрёшь, ладно нам пора работать.

КАТЯ *(после фразы Иры, смотря в глаза Алле).*

Нет Даша, вечером все отменяется...

(Ира и Катя уходят, голос с приемной)

ГОЛОС.

Алла Васильевна, зайдите к директору.

(Алла выдыхает воздух, показывает состояние нерешительности)

СТОП

ДЖОКЕР.

Давайте поаплодируем нашим актерам.

ШАГ 4

ДЖОКЕР.

Друзья, вы посмотрели наш спектакль. Пожалуйста, обсудите то, что вы увидели в течение 30 секунд с соседом справа и слева. Спасибо! А теперь внимание, мы повторим спектакль сначала, и вашей главной задачей будет сделать так, чтобы трагедии в дальнейшем не произошло. Вы можете встраиваться в ход действия в любом моменте, заменяя собой любого актера, кроме *Иины* (*актер делает шаг вперед*). Для этого вам необходимо сделать СТОП, его можно сделать, сказав слово СТОП и хлопнуть в ладоши. Давайте попробуем (*зритель пробует*). Запомните, вы можете заменить по ходу действия только одного героя. Замена героя в данном моменте совсем не означает, что его больше нельзя поменять именно в этом моменте, сколько людей столько и мнений. Помните, вы должны сделать так, чтобы трагедии в дальнейшем не произошло. Я желаю вам удачи. Мы начинаем спектакль заново.

(Примечание. Джокер должен спрашивать у заменяющего зрителя, с какого момента он бы хотел начать и «отмотать» действие именно на этот момент. После встраивания, джокер спрашивает у зрителя, с какого момента они бы хотели начать спектакль и снова «отматывает» действие. Когда зритель встраивается и пытается изменить ситуацию, джокер внимательно следит за ходом его действия, и когда оно зашло в тупик, делает СТОП. После этого джокер просит зрителя поаплодировать, и спрашивает заменяющего:

- что вы хотели изменить в данном моменте?
- после вашего действия, трагедия произойдет?

Обязательно после вопросов джокер благодарит зрителя за работу.

Если зритель пропускает в ходе действия, заранее заложенную «бомбу», джокер делает СТОП и наводящими вопросами (можно ли в этом моменте что-нибудь изменить?) побуждает зрителя на замену.

Во время стадии «форум» в определенных моментах джокер должен «передавать» профилактическую информацию по поднимаемой в данном спектакле проблеме. Оптимально, если джокер выведет на рассуждение зрителя.

Стадию «форум» джокер заканчивает тогда, когда видит, что замены начали повторяться и реальных выходов из ситуации больше нет. В таком случае, он благодарит зрителей и актеров за работу, и переходит к следующей стадии «обратная связь».

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 1 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций первой сцены нет).

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Что такое туберкулез? (*Услышав варианты ответов зрителей, озвучивает ответ на вопрос.*) Туберкулез – одна из старейших болезней, известных человечеству. На Руси её называли «сухотной болезнью», а позднее – «чахоткой». В Древней Греции недуг прославился под именем *phtisis*, что означает «истощение». От этого слова и происходит современное название медицинской отрасли, изучающей проблему туберкулеза – фтизиатрии. А доктор, специализирующийся на лечении туберкулезных больных, известен всем, как фтизиатр.

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Как распространяется туберкулез? (*Услышав варианты ответов зрителей, озвучивает ответ на вопрос.*) Заражение и возможное последующее заболевание туберкулезом вызывает микроорганизм *Mycobacterium tuberculosis*. Возбудитель туберкулеза *M. tuberculosis* передается от человека к человеку по воздуху. Если человек болеет открытой (заразной) формой туберкулеза легких или горла, то при кашле, чихании, разговоре пени в воздух попадает большое количество частиц мокроты, содержащих микобактерии. Большинство частиц не оседает, а высыхает и надолго остается в воздухе. Если человек вдыхает воздух, содержащий эти аэрозольные ядрышки, возможна передача инфекции, то есть перенос микроорганизмов от одного человека к другому. Быстро оседающие крупные частицы не опасны, потому что они оседают на поверхности, смешиваясь с пылью, и по причине своего размера обычно не попадают глубже верхних дыхательных путей.

Наибольший риск передачи инфекции туберкулеза приходится на период до постановки диагноза и начала лечения. Риск передачи инфекции значительно снижается в течение двух недель после начала соответствующей терапии чувствительного к лекарствам. При туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) риск передачи инфекции сохраняется дольше после начала терапии.

Туберкулез не распространяется через бытовые контакты, поэтому этой болезнью невозможно заразиться через рукопожатие, при пользовании одной посудой, постельным бельем или туалетом. Предметы, находившиеся в контакте с человеком больным туберкулезом (посуда, мебель) не требуют специальной обработки. Не всегда заражается человек, имевший непосредственный контакт с больным туберкулезом не находящимся на лечении.

При передаче туберкулеза от человека к человеку определяющими являются 4 фактора:

1. Степень инерционности (то есть заразности) больного, то есть количества выдыхаемых в воздух бактерий;
 2. Концентрация бактерий в воздухе, которая зависит от размера помещения и вентиляции;
 3. Продолжительность контакта с больным туберкулезом;
 4. Состояние дыхательных путей и иммунной системы здорового человека.
- Туберкулез (ТБ) является одной из 10 ведущих причин смерти в мире.
 - В 2015 году туберкулезом заболели 10,4 миллиона человек, и 1,8 миллиона человек (в том числе 0,4 миллиона человек с ВИЧ) умерли от этой болезни.
 - С 2000 года заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5% в год. Для достижения контрольных показателей на 2020 год, предусмотренных Стратегией по ликвидации туберкулеза, эти темпы снижения необходимо ускорить до 4–5% в год.
 - По оценкам, за период с 2000 по 2015 год благодаря диагностике и лечению туберкулеза было спасено 49 миллионов человеческих жизней.
 - В Республике Беларусь в 2016 году зарегистрировано 2684 новых случаев туберкулеза.
 - В Республике Беларусь было зарегистрировано в 2016 году 35 новых случаев туберкулеза, у детей до 18 лет.
 - На 01.01. 2017 года в республике зарегистрировано 3 150 случаев ВИЧ/ТБ.
 - За 2016 год, смертность в республике составила 323 человека.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 2 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций второй сцены нет).

ДЖОКЕР (задает вопрос зрителям).

Назовите основные симптомы туберкулеза легких?

Основные симптомы туберкулеза:

- Кашель в течение 3-х и более недель
- Потливость по ночам
- Потеря веса
- Потеря аппетита
- Кашель с мокротой или кровью
- Повышенная температура
- Повышенная утомляемость

Если у Вас есть эти симптомы, идите к врачу! Не сомневайтесь и не стесняйтесь! Если у Вас нет этих симптомов, но у человека рядом с вами есть, то посоветуйте ему сходить к врачу. При необходимости поддержите его или ее. Все люди с подозрением на заболевание должны быть немедленно направлены к врачу или в туберкулезный диспансер для проведения медицинского обследования. Туберкулез поддается лечению с использованием противотуберкулезных препаратов. Лечение туберкулеза предполагает прием нескольких химиопрепаратов в течение длительного периода времени. Противотуберкулезные препараты назначаются врачом-специалистом по лечению туберкулеза и должны приниматься регулярно, каждый день. Существует латентная туберкулезная инфекция и заболевание туберкулезом. Если в организм человека микобактерии туберкулеза, но активное заболевание туберкулез не развилось, такое состояние называется латентной туберкулезной инфекцией. Такие люди не являются заразными, не чувствуют себя плохо и не выглядят больными. Только у 100% людей с нормальным иммунитетом в течение жизни развивается заболевание туберкулез. Факторы образа жизни и заболевания организма, такие как инфекция ВИЧ, диабет, плохое питание и курение, ослабляют иммунную систему и повышают риск прогрессирования латентного течения инфекции до

состояния активного заболевания туберкулезом. Лекарственная устойчивость означает, что препараты, используемые для лечения туберкулеза, более не эффективны для уничтожения бактерий туберкулеза. Устойчивость к лекарственным препаратам часто вызывается неправильным или несоответствующим использованием противотуберкулезных препаратов, использованием неэффективных препаратов и досрочным прерыванием терапии. Также возможно первоначальное инфицирование формой туберкулеза, уже обладающей лекарственной устойчивостью. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – форма туберкулеза, устойчивая, как минимум к двум наиболее мощным противотуберкулезным препаратам. Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – форма, которая дополнительно обладает устойчивостью к любому из фторхинолонов (препараты антибактериального действия) и, как минимум, одному из трех инъекционных противотуберкулезных препаратов.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 3 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций третьей – сцены нет).

ДЖОКЕР (обращаясь к зрителям, задает уточняющий вопрос).

Так как же можно инфицироваться туберкулезом? **Важно! Проговорить, если зритель не ответил, сделать акцент, что если человек не начал лечение туберкулеза. Если начал лечение, он не будет опасен для общества.**

ДЖОКЕР.

Излечим ли туберкулез? В настоящее время имеется много противотуберкулезных препаратов, прием которых позволяет полностью излечить болезнь. Главными условиями лечения туберкулеза являются своевременное выявление путем профилактических осмотров и раннее обращение больных за специализированной медицинской помощью к врачу-фтизиатру. Больной туберкулезом должен своевременно принимать лечение в полном объеме, предписанном ему врачом. Перерывы в лечении приводят к развитию устойчивой к лекарствам формы туберкулеза, вылечить которую намного сложнее.

Как долго больной туберкулезом должен лечиться? Больной должен полноценно пролечиться в течение 2–3...6 месяцев в туберкулезном стационаре (больнице) или может начать лечение с первого дня «Амбулаторно» находясь дома. Если же больной начинал лечение на стационарном этапе, то выписавшись из больницы, человек продолжает принимать лечение амбулаторно, приходя в туберкулезный кабинет каждый день, для приема противотуберкулезных препаратов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует в основном проводить амбулаторное лечение пациентов, которое проходит на дому или в амбулаторных медицинских учреждениях. Некоторым пациентам по клиническим или социальным причинам требуется госпитализация для обеспечения возможности тщательного мониторинга (отслеживания) процесса лечения. Кроме того, некоторым пациентам с тяжелыми формами туберкулеза требуется длительная изоляция на дому или в больничных условиях для предотвращения распространения инфекции в обществе. У большинства больных туберкулезом наблюдается быстрое улучшение симптомов после начала лечения/терапии. Для достижения успешного полного излечения туберкулеза необходимо ежедневно строго соблюдать режим лечения. Противотуберкулезные препараты очень дорогие, но больному они предоставляются бесплатно. Если больной прекратит лечение досрочно или не будет принимать все прописанные ему лекарства, это приведет к возникновению лекарственной устойчивости и впоследствии бактерией туберкулеза с лекарственной устойчивостью могут быть инфицированы члены семьи больного и окружающие. Общая длительность лечения лекарственно устойчивого туберкулеза составляет два года и более. Поэтому главное – соблюдение больными предписанных сроков и методов лечения и прием всех препаратов, которые прописал врач-фтизиатр.

ДЖОКЕР (обращается с вопросом к зрителям).

Конфиденциальность и доверие, что это такое? Защита информации о лице называется конфиденциальностью. Конфиденциальность означает защиту всей письменной и электронной информации, полученной в результате сотрудничества больного туберкулезом и медицинского персонала. Доверие – это ключ к успеху в сотрудничестве между больным и медицинским работником, в ходе которого соблюдаются права и обязанности со всех сторон.

Самым важным методом является знание и понимание больного человека. Необходимо помнить, что каждый уникален и у него может иметься очень серьезная причина для

уклонения от лечения. Например, стигматизирующее отношение близкого окружения к больному человеку. Стигма (от др.-греч. στίγμα — «знак, клеймо, татуировка, пятно, отметина») это социальный ярлык, который полностью меняет отношение к другим людям и к самим себе, заставляя относиться к человеку только как к носителю нежелательного качества.

На людей, затронутых проблемой туберкулез, часто смотрят отрицательно, и общественное отношение может нанести ущерб больным людям или тем, кого подозревают в том, что они больны. Дискриминация определяется, в основном, юридическими правами и правами человека. Когда человек теряет работу из-за отрицательного подтекста или восприятия в связи с болезнью, это очевидная дискриминация.

Профилактическая информация для зрителей после Сцены 4 (информация подается с того момента, когда замены начались повторяться и реальных выходов из ситуаций четвертой сцены нет).

ДЖОКЕР.

Клиническое излечение больных туберкулезом. Под клиническим излечением от туберкулеза понимают стойкое заживление туберкулезного поражения, подтвержденное клинко-рентгенологическими и лабораторными данными на протяжении длительных сроков наблюдения. Восстановление трудоспособности является одной из основных целей лечения больных туберкулезом. Наряду с данными клинко-рентгенологического и лабораторного обследования при решении вопроса о клиническом излечении туберкулеза учитывается и восстановление трудоспособности больного. После излечения человек, возвращается в учебный или трудовой коллектив. Ведет обычный образ жизни. Не является опасным для окружающих людей. **ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ!!!** Пора перестать думать, что туберкулез где-то далеко. Туберкулез это болезнь, как и любая другая, заболеть может каждый, независимо от пола, возраста, социального положения, образования или дохода. Люди заболевают туберкулезом в любой стране и на любом континенте вне зависимости от расы и национальности. Среди заболевших – пожилые и молодые, высокие и низкие. Многие думают, что туберкулез стал болезнью, которой могут заразиться только те, кто беден и живет в плохих условиях. Ни одно из этих предубеждений не является правильным. Туберкулез все еще представляет угрозу для нас всех. Среди заболевших есть школьники и студенты, государственные служащие, бухгалтера, сантехники, медицинские работники, ИТ-специалисты, продавцы и т.д.

Берегите друг друга, уважайте жизнь и права людей, находящихся рядом с ВАМИ!!! И помните, **ТУБЕРКУЛЕЗ ИЗЛЕЧИМ!!! Человек, начавший и продолжающий лечение, не опасен для общества!!!**

ДЖОКЕР.

Спасибо большое за участие в мероприятии. Просим Вас еще раз заполнить анкету, которая поможет нам понять, насколько полезно и эффективно было наше мероприятие. Анкета анонимная, результаты будут использованы только в обобщенном виде. При заполнении внимательно читайте каждый вопрос и выбирайте вариант ответа, наиболее точно отражающий Ваше мнение. Выбранный ответ обводите кружком.

Наши актеры раздадут Анкеты, ручки у вас есть. Спасибо. *(Актеры идут в зал для раздачи Анкет)*. Теперь наши актеры соберут заполненные Анкеты.

ШАГ 5

ДЖОКЕР.

Спасибо всем за активное участие. Все это и есть «форум-театр». Сейчас я предлагаю нам с вами обсудить то, что здесь происходило. Для начала я попрошу вас ответить на мои вопросы:

- что вы чувствовали после первого просмотра спектакля?
- что вы чувствовали по отношению к герою *(называет имя героя 100% угнетателя и 100% угнетенного)*?
- что вы чувствовали, заменяя актеров?
- что вы чувствовали, когда вам не удалось изменить ситуацию?
- может ли эта ситуация произойти в нашей жизни?

Каждый, кто выходил и пытался изменить ситуацию *(джокер вспоминает несколько замен)*, предлагает свое видение на ее разрешение, но специфика данной технологии в том, что актеры до конца должны следовать своему статусу и поставленным целям. Благодаря

этому с вашей стороны, со стороны зрителя, идет постоянный поиск решения проблемы и прорабатывается ряд новых путей выхода из ситуации. Когда мы рассматриваем ситуацию на месте, мы продумываем, какое будет наше поведение, и выстраиваем четкую линию замены, но, сталкиваясь с определенными преградами (*герой спектакля*), наша линия ломается, и, импровизируя, мы ищем новые пути решения данной проблемы.

А теперь давайте по кругу ответим на вопрос:

– ваши ощущения после проведенного нами «форум-театра». Чтобы вы хотели добавить или изменить?

(Примечание: в этой фазе важно, чтобы зритель раскрывал свои эмоции, чувства. Только тогда анализ будет считаться полным.)

ДЖОКЕР.

Спасибо вам за то, что вы приняли участие в нашем «форум-театре», мы надеемся, что он заставил вас задуматься над моделью своего поведения и что похожая ситуация никогда не произойдет в вашей жизни. Еще раз спасибо за работу и наши аплодисменты в ваш адрес. На выходе из зала Вы можете оставить свои пожелания, мнения, видения в нашей Книге.

ШАГ 6

После проведенного «форум-театра» джокер должен обсудить его результаты в группе и выявить положительные и отрицательные моменты.



Елена Барило,

Витебский Клубный Дом «Крылья надежды»,
руководитель

ЛИЧНЫЕ ИСТОРИИ

История № 1

СЕРГЕЙ

В 2002 году я был трудоустроен официально в «Бел-Фарм», ну и случались также дополнительные подработки (халтуры). Надо было взять на недельку больничный. Пошел я в поликлинику, мне сказали сделать снимок. Я все сделал, а через два дня меня вызвали в поликлинику. Так все и началось.

Меня положили в больницу в Новинки. Тогда я еще поинтересовался у врача: «Сколько мне лежать в больнице, наверное, долго, недели две?» На что врач ответила: «Ну что ты, минимум 6 месяцев». Лекарства принимал все. Потом меня выписали со стационара и перевели на амбулаторное лечение, которое я проходил во 2-м тубдиспансере г. Минска. Принимал лекарства. Но врач мне сказал, что тубазид следует пить через день, что я и начал делать. В результате у меня возникла устойчивость к тубазиду. Так я попал в больницу во второй раз.

Я опять пролежал 5 месяцев, и опять меня выписали на амбулаторное лечение. Принимал я все препараты ежедневно, плюс к этому мне выдавали талон на дополнительное питание. Это было в 2004 году. И с тех пор — тьфу, тьфу, тьфу — у меня все нормально.

Препараты я всегда принимал, как необходимо, независимо от того, находился я в больнице или на амбулаторном лечении. Хочу сказать лично мое мнение: В больнице ты все же чувствуешь себя, как-то более ущемленно. Вот сейчас лучше: ты пролежал месяц-полтора в стационаре без бактериовыделения, и тебя переводят на амбулаторное лечение, ты можешь посещать работу и принимать таблетки. А так как ты лежишь там по полгода и тайком бегаешь на работу, то это, конечно, не выход. Жаль, что ни власти, ни врачи этого не понимают или не хотят понять. Их обоснование: У нас хорошее питание, и, главное, ты не простудишься. Но хорошее питание подразумевает собой хорошие деньги, а это, в свою очередь, хорошую работу.

История № 2,

АНДРЕЙ

Заболел в 1997 году в тюрьме, лечился в тюремной больнице, освободился и продолжал лечение в туберкулезной больнице в Новинках (район города Минска). Прошел через Волковичи (больница закрытого типа), лечился амбулаторно. Сняли с учета по выздоровлению в 2013 году. Лечение длилось столь долго из-за пьянок. Пьянки, сроки, пьянки, снова сроки.

Потом пить надоело. Я сказал сам себе: «Хватит пить. Просто хватит пить. Не хочу, не буду». Я хотел тогда доказать сам себе, что смогу. Так как я Овен по гороскопу, т.е. упертый баран, вот я и доказываю, что могу.

Туберкулез достаточно сильно повлиял на мою жизнь. Я многое узнал о нашем социальном государстве для народа, когда ты со своей болезнью не можешь никуда устроиться. От тебя требуют посещения (диспансера), а если ты не посещаешь, с тобой поступают так же, как поступили со мной: через суд решили отправить меня в больницу закрытого типа.

На данный момент я клинически излеченный. Сейчас с моим суждением, медицина делает все, что от нее зависит в рамках возможного, т.е. предоставляются все необходимые медикаменты, худо-бедно созданы условия, которые возможны в нашей стране для лечения туберкулеза.

Почему я изначально не принял такого решения: лечиться и не пить? Ну, например, в 2000 году? В 2002 я в очередной раз попал за решетку. В Орше я проходил лечение, но заканчивались препараты. Т.е. лечат этамбутолом, в один прекрасный момент он заканчивается, и нет его недели две—три. Затем он опять появляется, но вместе с ним появляется и устойчивость к этому препарату. Если сразу, как я начал лечиться, у меня была чувствительность ко всем препаратам, то когда я заканчивал лечение, у меня была чувствительность только к 2 препаратам, т.е. ко всем остальным у меня была устойчивость.

Лечиться мне хотелось, но такие перебои с лекарствами создавали дополнительные трудности.

Почему удалось излечиться только в условиях принудительной изоляции? Трудно сказать. Может, такие условия, какие-то более-менее, скажем так, ограниченные. По большому счету там ничем другим и не займешься, кроме как лечением. Там много и не надо: просто подумать про свою жизнь, вылечить-

ся и выйти на свободу. Дорога оттуда одна. Ну, а умирать-то и тоже не хочется. Есть время, есть возможность вылечиться, так почему бы и нет?

Я хотел бы пожелать пациентам, таким, как и я, не самым добросовестным, прежде всего уважать медицинский персонал, который за свою мизерную зарплату пытается их хоть как-то вылечить. Это прежде всего. А потом взяться за голову, серьезнее относиться к этой болезни, потому что она может и кому-то другому достаться и передаться: и женам, и детям, и родителям. Т.е. относиться ко всему этому серьезнее.

История 3

В апреле 2016 года мне поставили диагноз МБТ (–) и направили на амбулаторное лечение в туб-диспансер г. Гомеля. Препараты я принимал регулярно, хотя случались пропуски по несколько дней в месяц. В ноябре я пропустил неделю лечения. Когда пришел в диспансер за таблетками, у меня уже почему-то стал плюсовой анализ мокроты, т.е. бактериовыделение, и мне сказали лечиться в больницу. Но в больницу я не поехал и прибыл туда самостоятельно только в январе.

Меня положили в открытое отделение, в котором я провел месяц, хочу заметить, что без единого нарушения. Но моя приверженность к лечению не повлияла ни на что. Пришло решение суда, согласно которому меня перевели в закрытое отделение № 2. Лечащий врач сказал, что меня выпишут через 8 месяцев по завершению курса интенсивной терапии и уколов, т.к. ни одного плохого анализа у меня не было за весь срок пребывания в больнице. Но на этом все и заглохло.

В июне 2017 г. меня перевели в другое закрытое отделение (№ 5), где я нахожусь и по сей день, несмотря на то, что анализы мокроты все время отрицательные и никаких нарушений у меня никогда не было. Причем таких пациентов, как я, здесь процентов 70%. Но у консилиума мнение непоколебимо никакими доводами разума. Для них, если ты попал на «закрытку», быть тебе весь срок (или курс лечения, как они это называют), т.е. более 20 месяцев, за высоким забором с колючей проволокой, под круглосуточным прицелом видеокамер и крохотным прогулочным двориком, где можно покурить и подышать воздухом. Хотя ни в одном из действующих законов Минздрава не прописано однозначно, что весь курс лечения должен проходить исключительно в закрытом отделении. И решение суда дается только на полгода. Хотя затем оно автоматически продлевается, даже без присутствия на заседании самого заинтересованного лица, т.е. пациента. (И это при том, что согласно результатам медицинских исследований пациент не представляет собой социальной опасности и не может никого заразить). Я и некоторые другие пациенты пытались привлечь внимание к этой проблеме, обращались и к главврачу больницы, и в облздрав, и в Минздрав. Но все наши письма перенаправлялись в нашу же больницу и никаких результатов мы не получили, впрочем как и внятных доводов невозможности замены «закрытки» пусть не на амбулаторное лечение, но хотя бы на открытый стационар, где ты не чувствуешь себя настолько угнетенно, как в этой комфортабельной тюрьме.

Хотелось бы, чтобы Минздрав обратил все же внимание на несовершенство существующей сейчас системы принудительной госпитализации и лечения и принял соответствующие меры для нормализации сложившейся ситуации.

История 4,

ТАТЬЯНА

Хочу поделиться с вами, друзья, историей о том, как в один момент перевернулась вся моя жизнь. Это даже не одна история, а две, т.к. коснулась она не только меня, но и моего гражданского мужа, с которым мы прожили вместе достаточно долгое время.

В 2014 году ему поставили страшный диагноз – открытый туберкулез легких. Ранее он никогда не страдал какими-либо расстройствами органов дыхания, чувствовал себя отлично. Даже простудные и вирусные инфекции избегали его. И тут вдруг – такое!

Мы были в шоке. Я каждый год прохожу флюорографическое обследование легких, никаких патологий никогда не выявлялось. Срочно сделала снимок – «легкие и сердце в норме», 2015 год – то же самое. Муж проходил лечение, но, видимо, начатое довольно поздно, оно не принесло результата. Летом 2015 года он скончался в больнице.

В конце марта 2016 года флюорография показала отклонения от нормы в моих легких. Получив направление, я отправилась на прием к фтизиатру Гомельского городского туберкулезного диспансера. После ряда обследований и анализов через неделю ВКК поставила мне диагноз: ТБ(-). Началось лечение, которое проходило амбулаторно в диспансере и которое я прервала в силу сложившихся обстоятельств в личной жизни. Врачи предупреждали меня, к чему может привести прерывание курса, но я легкомысленно не прислушалась к их советам. Несмотря на то, что курс был прерван менее чем на два месяца (что не предусматривает по существующим медицинским предписаниям грубого нарушения, влекущего за собой изоляцию, как я узнала позднее) суд вынес решение о моей принудительной госпитализации.

В результате, с 28 июня 2016 года и по сей день, я нахожусь на принудительном лечении в закрытом отделении Гомельской областной туберкулезной больницы. И все это притом, что на протяжении всего периода положительных результатов мокроты у меня не наблюдается ни в посевах, ни в скопии. Тогда я еще не до конца понимала и осознавала все «прелести» принудительного лечения и систему его функционирования. В двух словах — это «тайна за семью печатями», писать о которой можно очень долго и обязательно нужно. Не просто нужно, а необходимо чтобы, во-первых, предостеречь остальных, а во-вторых, и это главное — привлечь внимание государства, Минздрава, общественных организаций и просто неравнодушных граждан к проблемам людей, живущих с ТБ. Сообща найти пути к оптимальному решению многочисленных вопросов и трудностей морального и материального характера, возникающих в ходе лечения туберкулеза, в том числе разобраться со спорным вопросом об эффективности принудительной системы в целом.