

Отчет №: AUS0001298

Республика Таджикистан

Оценка воздействия финансирования по результатам деятельности в отрасли здравоохранения Республики Таджикистан: Отчет по итогам промежуточного качественного исследования

Январь 2020

Здравоохранение, питание и народонаселение

© 2020 The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Телефон: 202-473-1000; Интернет: www.worldbank.org

Некоторые права защищены

Настоящая работа подготовлена сотрудниками Всемирного банка. Содержащиеся в настоящей работе заключения, толкования и выводы не обязательно отражают взгляды Исполнительных директоров Всемирного банка или представляемых ими правительств. Всемирный банк не гарантирует точности приводимых в настоящей работе данных. Границы, цвета, обозначения и прочая информация, указанная на какой-либо карте в настоящей работе, не подразумевают какого-либо суждения в отношении правового статуса какой-либо территории или подтверждения таких границ со стороны Всемирного банка.

Права и разрешения

Материал, приводимый в настоящей работе, защищен авторским правом. Поскольку Всемирный банк приветствует распространение знаний, настоящую работу можно воспроизводить — полностью или частично — в некоммерческих целях при условии наличия полной библиографической ссылки на настоящую работу.

Библиографическая ссылка. При цитировании работы, пожалуйста, используйте следующую библиографическую ссылку: Всемирный банк. 2020. *Оценка воздействия финансирования по результатам деятельности в отрасли здравоохранения Республики Таджикистан: Отчет по итогам промежуточного качественного исследования.* Всемирный банк.

По любым вопросам касательно прав и лицензий, в том числе по вопросам производных прав, обращайтесь в издательство Всемирного банка: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

1. Оглавление

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ	I
АББРЕВИАТУРЫ	II
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	1
1. ВВЕДЕНИЕ	3
1.1. КОНТЕКСТ.....	3
1.2. ОБЗОР ПРОЕКТА	4
1.3. ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ФРД.....	5
2. МЕТОДЫ	7
2.1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ	7
2.2. СТРАТЕГИЯ ВЫБОРКИ	7
2.2.1. <i>Участки и учреждения ПМСП, включенные в исследование.....</i>	<i>7</i>
2.2.2. <i>Участники</i>	<i>9</i>
2.3. МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ.....	9
2.4. КОМАНДА, ОСУЩЕСТВЛЯВШАЯ СБОР ДАННЫХ	10
2.5. ЭТИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РАЗРЕШЕНИЕ.....	12
2.6. СБОР ДАННЫХ.....	12
2.7. УПРАВЛЕНИЕ ДАННЫМИ	13
2.8. АНАЛИЗ ДАННЫХ.....	13
3. РЕЗУЛЬТАТЫ	15
3.1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ УЧАСТНИКОВ.....	15
3.2. ТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ.....	16
3.2.1. <i>Матери с маленькими детьми</i>	<i>19</i>
3.2.2. <i>Распознавание детских заболеваний и восприятие степени их тяжести</i>	<i>19</i>
3.2.3. <i>Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью и барьеры, препятствующие использованию услуг.....</i>	<i>21</i>
3.2.4. <i>Выбор медицинского учреждения.....</i>	<i>29</i>
3.3. ОПЫТ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	37
3.3.1. <i>Оценка проблем, с которыми сталкиваются медицинские учреждения</i>	<i>37</i>
3.3.2. <i>Оценка поведения сообществ</i>	<i>38</i>
3.3.3. <i>Оценка улучшений в рамках ФРД.....</i>	<i>43</i>
4. ОБСУЖДЕНИЕ	46
4.1. ОСНОВНЫЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ	46
4.2. ВОЗМОЖНОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ	48
4.2.1. <i>Распознавание матерями детского заболевания</i>	<i>48</i>
4.2.2. <i>Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью.....</i>	<i>48</i>
4.2.3. <i>Выбор медицинского учреждения.....</i>	<i>49</i>
4.3. СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ И ОГРАНИЧЕНИЯ	51
4.4. ОБЩИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ.....	52
5. ЛИТЕРАТУРА	54
ПРИЛОЖЕНИЕ А. ВИНЬЕТКА, ИСПОЛЬЗОВАВШАЯСЯ ПРИ ОПРОСЕ ДОМОХОЗЯЙСТВ	56
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. МОДЕЛЬ «УБЕЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ЗДОРОВЬЯ»	57

Рисунки

Рисунок 1. Выборка учреждений ПМСП	8
Рисунок 2. Структура исследовательской команды.....	11
Рисунок 3. Общие траектории обращения за медицинской помощью матерями, имеющими маленьких детей.....	37

Таблицы

Таблица 1. Обзор графика тренинга.....	12
Таблица 2. Резюме выборки: общее количество участников.....	15
Таблица 3. Резюме выборки: участники по районам и сёлам.....	15
Таблица 4. Резюме заключений по итогам ПСИ.....	16
Таблица 5. Факторы, препятствующие и способствующие использованию услуг в учреждениях ПМСП	36
Таблица 6. Проблемы в учреждениях ПМСП, перечисленные сельскими медицинскими работниками.....	37

Врезки

Врезка 1. Распознавание детских заболеваний и восприятие степени их тяжести: резюме заключений.....	21
Врезка 2. Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью и барьеры, препятствующие использованию услуг: резюме заключений.....	28
Врезка 3. Выбор медицинского учреждения: резюме заключений	35
Врезка 4. Опыт медицинских работников: резюме заключений	45

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящее качественное исследование проводилось под руководством главного исследователя (ГИ)/консультанта Всемирного банка Намриты Сингх, которая также подготовила настоящий отчет. Непосредственную поддержку и методическую помощь оказывал Гил Шапира. Сбор данных и полевую работу осуществляла компания «Z-Analytics Group», функционирующая на базе Центра социологических исследований «Зеркало», Душанбе. Со стороны компании «Z-Analytics Group» основным качественным исследователем для целей настоящего промежуточного исследования являлась Гульнора Бекназарова, координатором исследования и руководителем полевых работ — Гульсия Шерзамонова. Анализ данных и написание отчета выполнили Намрита Сингх и Гульнора Бекназарова.

Более обширное исследование по оценке воздействия проводилось командой во главе с Кейт Мандевилль (старший специалист по здравоохранению, GHN03), а ранее — Анисой Арур (старший экономист, GHN02), Дэмьеном де Вальком (ГИ, DECHD) и Гилом Шапирой (ГИ, DECHD). Предыдущие руководители команды Проекта улучшения медицинских услуг в Республике Таджикистан (ПУМУ) и оценки его воздействия—Вейвей Ванг (старший экономист, GHN03), Ха Нгуен (старший экономист, GHN03) и Уэзи Мсиша (старший специалист по здравоохранению, HAFH2). Поддержку в проведении оценки оказывала группа по реализации ПУМУ под руководством Махбубы Мустафозода.

Мы хотели бы поблагодарить всех участников исследования за их готовность принять участие в настоящем исследовании, время и ценный вклад. Мы также хотели бы выразить благодарность Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и руководству районных и сельских учреждений первичной медико-санитарной помощи за оказанную ими поддержку и содействие при проведении полевых работ. Кроме того, мы хотели бы выразить признательность за значительный вклад всем лицам, осуществившим сбор данных, переводчикам и административно-техническому персоналу компании «Z-Analytics Group» и Всемирного банка (в городе Душанбе и городе Вашингтоне, округ Колумбия).

Настоящая работа проводилась при поддержке Инновационного трастового фонда результатов здравоохранения (ИТФРЗ).

АББРЕВИАТУРЫ

ГИ	Главный исследователь
ДЗ	Дом здоровья
ЗМИР	Здоровье матери и ребенка
ЗППП	Заболевания, передающиеся половым путем
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИТФРЗ	Инновационный трастовый фонд результатов здравоохранения
НИЗ	Неинфекционное заболевание
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПСИ	Полуструктурированное интервью
ПУМУ	Проект улучшения медицинских услуг в Республике Таджикистан
СУК	Совместное улучшение качества
СЦЗ	Сельский центр здоровья
ФРД	Финансирование по результатам деятельности
ЭКГ	Электрокардиограмма

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предпосылки. Таджикистан – бывшая советская республика в Центральной Азии – достиг значительного прогресса в улучшении показателей здравоохранения. Однако критические пробелы в доступе к услугам, их использовании и качестве сказываются на низких показателях здравоохранения, в частности, по женщинам и детям. Эти пробелы особенно выражены в сельской местности республики, где проживает около трех четвертей населения. В ответ на потребность в увеличении охвата критически важными медицинскими услугами в сельских регионах и повышении их качества был инициирован Проект улучшения медицинских услуг в Республике Таджикистан, который включал пилотное внедрение финансирования по результатам деятельности с фокусом на здоровье матери и ребенка. Финансирование по результатам деятельности реализуется с 2015 года Министерством здравоохранения и социальной защиты населения при финансовой поддержке Всемирного банка и Инновационного трастового фонда результатов здравоохранения. Проект реализовывался в сельских учреждениях первичной медико-санитарной помощи в пилотных районах Хатлонской и Согдийской областей.

Цель исследования. В настоящем отчете представлены основные результаты целенаправленного промежуточного качественного исследования, проведенного после промежуточного количественного анализа. По итогам данной оценки воздействия выявлено неоднозначное влияние на обращаемость за медицинской помощью на фоне значительного улучшения ее качества, наблюдаемого в медицинских учреждениях, реализующих финансирование по результатам деятельности, по сравнению с контрольными медицинскими учреждениями. Цель промежуточного качественного исследования – понять мотивы и решения, влияющие на обращение в сельские учреждения первичной медико-санитарной помощи, особенно те, которые не связаны с качеством услуг.

Методы. Фокус исследования направлен на опыт лечения детских заболеваний опекунами/матерями и работниками первичной медико-санитарной службы. Исследование включало качественную оценку: 1) практики ухода за детьми опекунов / матерей и их мотивации для обращения за услугами в медицинские учреждения; 2) опыта работы медицинских работников по схеме финансирования по результатам деятельности и основных направлений, в которых отмечаются улучшения; и 3) основных барьеров, с которыми продолжают сталкиваться медицинские работники в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Данные были собраны в конце 2018 года с использованием таких методов как интервью со свободным листингом (с медицинскими работниками и клиницистами, заведующими сельскими медицинскими учреждениями) и полуструктурированные интервью (с медицинскими работниками, клиницистами, заведующими сельскими медицинскими учреждениями, и матерями маленьких детей). В выборку были включены восемь сёл из двух проектных районов — Фархор и Яван — Хатлонской области, в которых реализуется проект.

Основные заключения. Результаты ответа на основной вопрос исследования показывают, что жители сообществ в целом имеют положительный опыт обращения в сельские медицинские учреждения и опыт положительного взаимодействия с сельскими медицинскими работниками, включая — в некоторых случаях — доверительные отношения с местными поставщиками услуг. Полученные результаты коррелируют с результатами количественного анализа, показывающего, что в сообществах, где реализуется проект, отмечается повышение качества услуг в сельских медицинских учреждениях, а также большая удовлетворенность получаемыми услугами. Однако ограниченный потенциал учреждений и ограниченное число поставщиков услуг лишают жителей стимулов к тому, чтобы чаще обращаться в сельские медицинские учреждения. Как следствие, по информации как жителей сообществ, так и сельских медицинских работников, пациенты направляются в районные медицинские учреждения. Жители также отметили, что они хотели бы, чтобы были доступны специалисты, измерительное и лабораторное оборудование и аптеки, обычно недоступные в сельских медицинских учреждениях. Медицинские работники также выразили потребность в лабораторных анализах, аптеках и таких специалистах как гинекологи. Несмотря на то, что в целом жители осведомлены о детских заболеваниях, они отметили, что не спешат обращаться за медицинской помощью, так как предпочитают осуществлять уход с помощью домашних средств или в соответствии с другими культурными нормами, и что они не могут своевременно распознать симптомы. При рассмотрении этих результатов важно отметить, что финансирование по результатам деятельности было ориентировано на повышение качества услуг первичной медико-санитарной помощи, а не на преодоление других барьеров, препятствующих здоровьесберегающему поведению и использованию услуг. Эти барьеры по-прежнему составляют часть контекстуального ландшафта, формирующего здоровьесберегающее поведение, помогая, таким образом, объяснить, почему оценка воздействия показала неоднозначное влияние на количество обращений за медицинской помощью.

Выводы. Результаты качественного исследования включают предпосылки для совершенствования программы финансирования по результатам деятельности. Если рассматривать вместе результаты промежуточных количественного и качественного исследований, можно сделать вывод о том, что благодаря пилотному финансированию по результатам деятельности в значительной степени улучшилось качество услуг первичной медико-санитарной помощи в сельской местности. Для повышения числа обращений в сельские центры здоровья и дома здоровья могут быть полезными просветительские усилия в области здравоохранения среди населения с фокусом на обеспечение эффективности услуг, которые доступны в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и изменение ожиданий населения о возможностях первичной медико-санитарной помощи.

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Контекст

Таджикистан — бывшая советская республика в Центральной Азии — достиг значительного прогресса в улучшении показателей здравоохранения. Однако критические пробелы в доступе к услугам, их использовании и качестве остаются. Это сказывается на низких показателях здравоохранения, в частности, по женщинам и детям. Хотя уровень охвата услугами по охране здоровья матери и ребенка (ЗМиР), такими как дородовая медицинская помощь и вакцинация, является средним по республике по сравнению с соседними странами, отмечаются большие географические различия, причем уровень охвата услугами особенно ограничен в сельской местности. Это связано как с ограниченностью ресурсов, потенциала и инфраструктуры на уровне медицинских учреждений, так и с барьерами, препятствующими доступу к медицинской помощи, с которыми сталкиваются сельские домохозяйства, в частности транспортными и иными расходами, связанными с использованием медицинских услуг. Также в Таджикистане недостаточное качество услуг по охране детского здоровья. По данным исследования, проведенного Всемирным банком в 2013 году, лишь 46% больных детей обследовались в соответствии с рекомендациями, предусмотренными стандартами Интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ). Также рекомендованные изделия, материалы и оборудование отсутствовали минимум в 60% обследованных учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Восполнение этих пробелов в доступе и качестве является особенно важной задачей, учитывая, что в сельской местности проживает около трех четвертей населения республики, или почти 7 миллионов человек — из общей численности населения страны, которая по состоянию на 2019 год составляла приблизительно 9,1 миллиона человек (ПРТ, 2019). Несмотря на значительный экономический рост, достигнутый за последнее десятилетие, и уровень грамотности, составляющий почти 100%, Таджикистан является одной из беднейших бывших советских республик и относится Всемирным банком к странам с низким уровнем дохода. Значительное количество населения, особенно мужчины — трудовые мигранты в Российской Федерации, и отправляемые ими денежные переводы вносят существенный вклад в экономику республики (World Bank 2019).

Система здравоохранения Республики Таджикистана в целом остается централизованной: медицинские услуги предоставляются в основном государством, и исторически основное внимание больше уделяется оказанию госпитальной и лечебной помощи, чем оказанию ПМСП. В Таджикистане выделяют четыре уровня государственного управления: республиканский (национальный), областной, районный уровни и уровень джамоатов (муниципалитетов). Предоставление медицинских услуг в городе заметно отличается от предоставления медицинских услуг на селе, что необходимо учитывать при восполнении пробелов в доступе и качестве. В городской местности первичным звеном медицинской помощи являются городские центры здоровья, в то время как районные больницы оказывают базовую вторичную медицинскую помощь, а областные и

национальные больницы — специализированную помощь. В сельской местности и первичную, и базовую вторичную медицинскую помощь оказывают сельские центры здоровья (СЦЗ), подведомственные районным центрам здоровья. Персонал СЦЗ обычно включает минимум одного врача, но в большинстве случаев СЦЗ не предоставляют лабораторные и стационарные услуги. В ведомстве СЦЗ также могут находиться несколько домов здоровья (ДЗ), которые предоставляют услуги изолированным сёлам или дополнительно оказывают медицинскую помощь в более крупных сёлах. В ДЗ обычно работает средний медицинский персонал, и здесь оказывается базовая медицинская помощь (например, вакцинация, первая медицинская помощь). Уровень предоставляемых в ДЗ и СЦЗ услуг зависит от имеющихся ресурсов и инфраструктуры. Помимо работы в учреждениях, работники ДЗ и СЦЗ осуществляют визиты на дом. Различия в обращении за медицинской помощью в сельской местности проявляются в отношении основных услуг, и на селе обращаемость за медицинскими услугами значительно ниже, чем в городе (Ahmed et al. 2019).

1.2. Обзор проекта

Учитывая такие непреходящие критические пробелы в доступе к услугам и их качестве, был инициирован Проект улучшения медицинских услуг в Республике Таджикистан (ПУМУ), направленный на увеличение охвата услугами ПМСП и повышение их качества. Министерство здравоохранения и социальной защиты населения реализует проект с 2013 года при финансовой поддержке Всемирного банка и Инновационного трастового фонда результатов здравоохранения (ИТФРЗ). Мероприятия проекта реализуются в учреждениях ПМСП в десяти районах — в основном в Хатлонской и Согдийской областях.

Цель проекта — увеличить охват услугами ПМСП и повысить их качество с упором на услуги по охране ЗМиР и неинфекционные заболевания, в частности гипертонию (повышенное кровяное давление). В качестве мероприятий проекта были включены несколько стратегий по улучшению медицинской помощи, включая финансирование по результатам деятельности (ФРД), инструменты и методы совместного улучшения качества (СУК) и гражданские балльные карточки. Основным компонентом проекта является пилотное внедрение ФРД в ПМСП, начавшееся в 2015 году — единственный компонент проекта, освещаемый в настоящем отчете.

Настоящий проект представляет собой один из проектов, поддерживаемых Всемирным банком, который в пилотном порядке реализовал ФРД в разных условиях. Основная гипотеза, заложенная в основу этих проектов, заключается в том, что ФРД может способствовать улучшению доступа к соответствующим медицинским услугам, повышению качества медицинской помощи и объема услуг, а также формированию здоровьесберегающего поведения среди потенциальных пользователей услуг, включая повышение уровня использования услуг и обращения в медицинские учреждения (Fritsche, Soeters, and Meessen. 2014). ФРД — это подход к повышению качества базовых медицинских услуг и увеличению охвата ими для достижения всеобщего охвата услугами

здравоохранения (Ringold et al. 2012). В рамках ФРД платежи и финансовые поощрительные выплаты распределяются в зависимости от соблюдения протоколов контроля качества, качества работы и объема предоставленных услуг. ФРД включает следующие основные компоненты: (а) взаимосвязь между оплатой и результатами, которая находит отражение в привязке выплат к производительности труда, включая бонусы по результатам труда для медицинских работников; (б) независимый мониторинг результатов; (в) систематический надзор за медицинскими учреждениями; и (г) предоставление медицинским учреждениям управленческой автономии.

По ПУМУ в Таджикистане гипотеза (Ahmed et al. 2019) состояла в том, что подход оплаты по результатам труда, при котором выплаты медицинским учреждениям и медицинским работникам привязываются к услугам и их качеству, может:

- создать стимулы для увеличения охвата приоритетными услугами ПМСП и повышения их качества;
- мотивировать медицинских работников к использованию имеющихся у них навыков и знаний для достижения результатов;
- способствовать снижению неофициальных платежей за счет увеличения выплат медицинским работникам и одновременно повышения их ответственности за результаты;
- улучшить функционирование медицинских учреждений за счет предоставления их руководителям автономии при использовании средств ФРД в целях закупки ресурсов, необходимых для оказания медицинских услуг;
- увеличить объем средств по приоритетным услугам ПМСП, дополняя поддержку в денежном и натуральном выражении, которую медицинские учреждения получают в рамках существующих механизмов и источников.

1.3. Оценка воздействия ФРД

Воздействие пилотного ФРД в Таджикистане оценивалось посредством многоэтапного процесса оценки воздействия с применением нескольких методов. Использовались как количественные, так и качественные методы; базовое качественное исследование проводилось в 2014-2015 годах. При количественной оценке воздействия для сравнения изменений в показателях между районами, реализующими ФРД, и контрольными районами (районами сравнения) в тех же областях использовался метод «разность разностей». Оценка охвата населения основными услугами ПМСП (т.е. услугами по охране ЗМиР, услугами по диагностике и лечению гипертензии) осуществлялась посредством базового и промежуточного обследований домохозяйств, причем последнее проводилось спустя три года после внедрения ФРД. Оценка качества услуг ПМСП осуществлялась посредством базового и промежуточного обследований медицинских учреждений, которые включали общую оценку медицинских учреждений, интервью с

работниками ПМСП и прямые клинические наблюдения за взаимодействием между пациентами и персоналом (Ahmed et al. 2019).

Результаты промежуточной количественной оценки стали убедительным свидетельством улучшившегося качества в учреждениях ПМСП. В сообществах заметили это изменение в качестве, причем участники в районах ФРД отметили значительную большую удовлетворенность работой местных медицинских учреждений и чаще сообщали, что учреждения улучшились за последние три года. Несмотря на такие улучшения, однако, воздействие на количество обращений сообществ за медицинскими услугами было лишь умеренным. Хотя в районах, реализующих ФРД, по сравнению с контрольными районами отмечается статистически значимое положительное воздействие на своевременное оказание послеродовой медицинской помощи и долю взрослого населения, у которого в предшествующий год измерялось кровяное давление, значительных улучшений в отношении других услуг, стимулируемых в рамках ФРД, не отмечается.

Было принято решение изучить полученные результаты посредством промежуточного качественного исследования. В настоящем отчете описываются методы и основные результаты по итогам исследования, проведенного в декабре 2018 года.

2. МЕТОДЫ

2.1. Цели и задачи исследования

Качественное исследование было сфокусировано на общем выводе количественной оценки, а именно: в районах, реализующих ФРД, увеличение обращаемости за услугами ПМСП не было таким же заметным как повышение качества медицинской помощи. Таким образом, был сформулирован следующий исследовательский вопрос:

- Почему отмечается значительное повышение качества медицинской помощи, а обращение за медицинскими услугами является умеренным?

Чтобы получить ответ на данный вопрос, мы обратились к связанному с лечением детских заболеваний опыту ухаживающих за детьми опекунов/матерей и опыту медицинских работников. Таким образом, задачи нашего исследования включали проведение качественной оценки: (а) практики ухода за детьми опекунами/матерями и их мотивации для обращения за услугами в учреждения ПМСП; (б) опыта работы медицинских работников по пилотной схеме ФРД в учреждениях ПМСП и основных направлений, в которых отмечаются улучшения; и (в) основных барьеров, с которыми продолжают сталкиваться медицинские работники в учреждениях ПМСП.

Важно отметить, что, хотя качественное исследование в основном сосредоточено на лечебной помощи для детей, в рамках пилотного ФРД лечебные консультации не стимулировались. Однако пилотное ФРД было направлено на повышение качества таких услуг иным образом. Во-первых, поставщики ПМСП были переобучены семейной медицине.¹ Во-вторых, индикаторы по лечебной помощи были частью балла медицинских учреждений по качеству, в соответствии с которым определялись поощрительные выплаты. Такие индикаторы включали, например, наличие основных лекарственных средств, основного оборудования и протоколов, ведение журналов и общие меры по профилактике и контролю инфекционных заболеваний.

2.2. Стратегия выборки

2.2.1. Участки и учреждения ПМСП, включенные в исследование

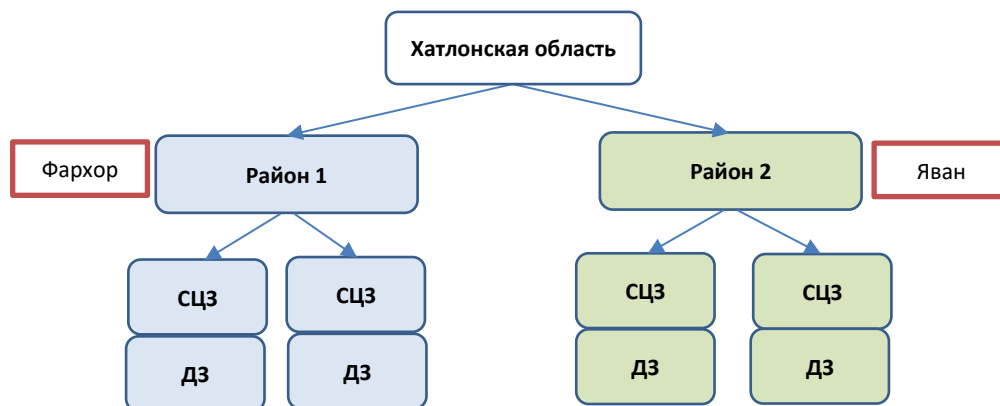
Пилотное ФРД реализовывалось в двух регионах Таджикистана — Согдийской и Хатлонской областях. Для целей промежуточного качественного исследования была выбрана Хатлонская область. Проектные районы и прикрепленные участки СЦЗ целенаправленно отбирались на основе баллов по качеству, генерируемых программой ФРД на ежеквартальной основе, и показателей обращаемости, определенных по итогам

¹ История развития первичной медико-санитарной помощи в Таджикистане говорит о том, что, возможно, не все врачи и медицинские сестры первичного звена медицинской помощи обучены семейной медицине. В рамках ПУМУ проводятся шестимесячные учебные курсы семейной медицины, чтобы подготовить работников в проектных медицинских учреждениях.

промежуточного количественного исследования. Такой подход использовался для того, чтобы узнать об опыте обращения за помощью в медицинских учреждениях и сообществах, где, несмотря на нахождение в одной и той же географической зоне, отмечаются разные показатели обращаемости. Качество медицинской помощи улучшилось на трех прикрепленных участках СЦЗ из четырех, при этом уровень использования услуг повысился лишь в некоторых случаях. На оставшемся участке отмечается рост как числа обращений за медицинской помощью, так и ее качества. Мы включили в выборку больше учреждений, в которых не наблюдается значительных улучшений в показателях обращаемости, поскольку было интересно узнать, что удерживает людей от обращения в медицинские учреждения, несмотря на улучшение качества. На прикрепленных участках посещались сёла, которые были включены в промежуточное количественное исследование. Окончательный отбор участков осуществлялся в консультации с местной исследовательской компанией «Z-Analytics Group» и более широким составом команды по оценке воздействия.

Мы отобрали два проектных района: Фархорский и Яванский районы. В каждом районе отобрали по два СЦЗ, каждому из которых подведомствен ДЗ, участвующий в программе ФРД. Таким образом, мы включили в выборку по два СЦЗ и по два ДЗ в каждом районе — в целом восемь учреждений ПМСП (рисунок 1). Соответственно, в каждом районе мы посетили по четыре села — в целом восемь сёл — которые прикреплены к включенным в выборку медицинским учреждениям.

Рисунок 1. Выборка учреждений ПМСП



Были отобраны следующие проектные районы и сёла, а также медицинские учреждения в каждом селе:

(а) Фархорский район:

- «Арча» (СЦЗ) и «Пингони» (подведомственный ДЗ);
- «Ватан» (СЦЗ) и «Бахор» (подведомственный ДЗ).

(б) Яванский район:

- «Дусти» (СЦЗ) и «Навобод» (подведомственный ДЗ);
- «Парджасой» (СЦЗ) и «Оли Сомон» (подведомственный ДЗ).

2.2.2. Участники

В стратегии выборки участников применялся подход «типичных случаев» (Patton 1990) с целью выбрать лица с конкретными характеристиками. Целевыми для включения в выборку были три группы участников:

- Директора СЦЗ и заведующие ДЗ в учреждениях, включенных в выборку;
- Другие медицинские работники в СЦЗ и ДЗ, включенных в выборку;
- Матери детей до пяти лет, проживающие на прикрепленных участках учреждений ПМСП, включенных в выборку.

В каждом включенном в выборку медицинском учреждении мы планировали отобрать по два-три медицинских работника — в целом около 16-24 интервью с медицинскими работниками — таким образом, чтобы каждое медицинское учреждение было представлено как руководством, так и другими медицинскими работниками. В каждом медицинском учреждении медицинские работники целенаправленно отбирались из числа клинического персонала ПМСП, чтобы включить в выборку как (а) руководство и других медицинских работников, так и (б) при возможности врачей и медицинских сестер. В каждом селе мы планировали включить в выборку примерно по пять-шесть домохозяйств (или приблизительно 10 домохозяйств в расчете на один прикрепленный участок СЦЗ и подведомственного ему ДЗ) — в целом около 40–50 интервью с домохозяйствами. Домохозяйства отбирались из базы данных выборки промежуточного обследования, чтобы включить лишь домохозяйства, в которых проживает мать, имеющая минимум одного ребенка до пяти лет. Команда систематически отбирала каждое пятое домохозяйство из списка правомочных домохозяйств, пока не были выбраны пять целевых домохозяйств. Если мать ребенка до пяти лет из включенного в выборку домохозяйства не могла участвовать в исследовании, выбиралось следующее по списку домохозяйство.

2.3. Методы сбора данных

С матерями детей до пяти лет проводились полуструктурированные интервью (ПСИ). ПСИ с матерями охватывали следующие основные направления с использованием разных методологических подходов:

- Установки и нормы относительно практики ухода за детьми с применением подхода виньеток.** Метод виньеток использовался в других исследованиях, посвященных изучению практики ухода (Mebratie et al. 2014) и восприятия пациентов (Lawton, Gardner, and Plachcinski 2010). Третья сторона/гипотетические виньетки могут побудить участников к описанию сложившегося отношения и предполагаемого здоровьесберегающего поведения при меньшем влиянии социальной приемлемости и ошибок памяти. В настоящем исследовании

участникам зачитывалась вымышленная история о молодой матери Тахмине и ее маленьком сыне Адхаме, который страдает от симптомов диареи (см. Приложение А). Наводящие вопросы побуждали матерей делиться своим мнением относительно того, что Тахмина должна делать, ухаживая за Адхамом, а также своим собственным опытом лечения детской диареи.

- (б) **Практики ухода за детьми в прошлом с применением подхода повествовательной истории заболевания (Amare, Paul, and Sibley 2018).** Вопросы формулировались на основе четырех компонентов Модели «Убеждения относительно здоровья», постулат которой заключается в том, что вероятность здоровьесберегающего поведения обусловлена основными факторами, включая воспринимаемую степень тяжести заболевания, воспринимаемые выгоды в противовес воспринимаемым препятствиям, сигналам к действию или распознаванию, а также уверенность в своих силах (см. Приложение Б). Матерей просили ретроспективно описать самый последний пример детского заболевания, с которым они столкнулись, включая распознавание симптомов, воспринимаемую степень тяжести заболевания, запрошенные/полученные советы и принятые меры. Затем матерей просили обсудить решения относительно обращения в разные медицинские учреждения и указать причину, по которой они обращались или не обращались в учреждения ПМСП.

Интервью также проводились с руководством и другими медицинскими работниками учреждений. Они включали:

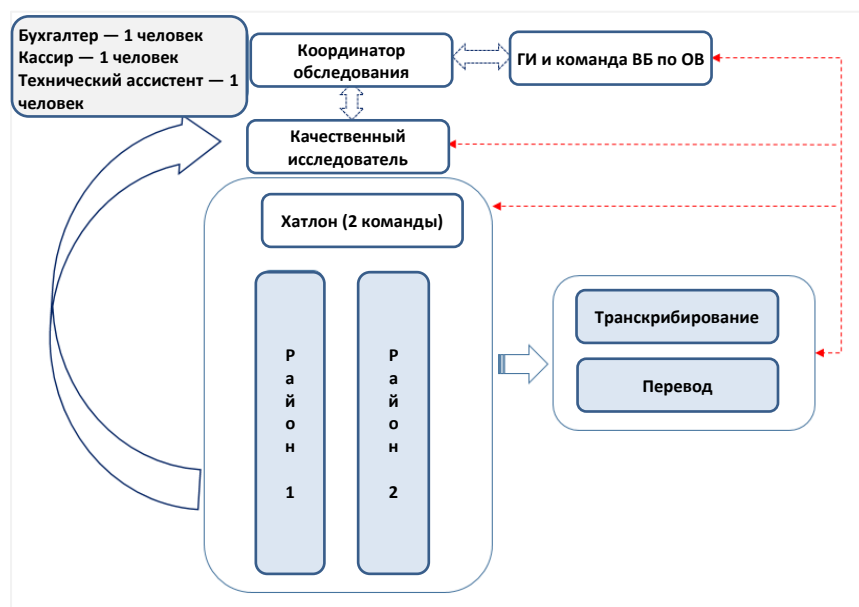
- ПСИ, чтобы понять, как медицинские работники оценивают здоровьесберегающее поведение сообществ, а также как они воспринимают улучшение качества и проблемы в медицинских учреждениях, и
- Интервью со свободным листингом, во время которых медицинских работников просили перечислить все трудности, с которыми они сталкиваются в настоящее время в своих учреждениях, и кратко описать каждую трудность или проблему. Интервью со свободным листингом полезны для того, чтобы эффективно узнать, как оцениваются проблемы или другие элементы условий труда (Bolton and Tang. 2002).

2.4. Команда, осуществлявшая сбор данных

Местная исследовательская фирма «Z-Analytics Group» наняла качественных интервьюеров в консультации с командой Всемирного банка, ответственной за проведение оценки воздействия. В качестве интервьюеров привлекались таджикские медики, знакомые с принципами семейной медицины и охраны ЗМиР и обладающие опытом в области проведения исследований. Были определены и обучены пять интервьюеров, один из которых был интервьюером-дублером. Полевую работу осуществляли две команды, каждая из которых состояла из двух интервьюеров. Каждая команда отвечала за сбор данных в одном районе — Фархорском или Яванском районе — включая четыре

медицинских учреждения (два СЦЗ и два ДЗ) и 20 домохозяйств на каждом прикрепленном участке. На рисунке 2 показана структура исследовательской команды компании «Z-Analytics Group». Данные собирались командой интервьюеров в декабре 2018 г. Полевые работы осуществлялись под руководством и надзором координатора качественных исследований и супервайзера полевых работ компании «Z-Analytics Group». Супервайзер полевых работ ранее был обучен консультантом Всемирного банка по качественным исследованиям и работал над базисным качественным исследованием. Супервайзер тесно отслеживал деятельность полевых команд, обеспечивал качество данных и соблюдение протокола исследования и при необходимости оказывал логистическую поддержку. Консультант по качественным исследованиям провел для интервьюеров обучение этике проведения исследований на человеке, качественным методам и протоколу исследования в ноябре 2018 г.

Рисунок 2. Структура исследовательской команды



Примечание: ГИ = главный исследователь; ОВ = оценка воздействия.

Интервьюеры прошли четырехдневный тренинг, проведенный в компании «Z-Analytics Group» в Душанбе незадолго до начала сбора данных. Тренинг проводился консультантом Всемирного банка по качественным исследованиям и качественным исследователем компании «Z-Analytics Group» и сочетал в себе дидактические инструкции, интерактивные ролевые игры и практические упражнения в полевых условиях. В последний день также проводилось предварительное тестирование по руководству по проведению интервью. В таблице 1 показаны дни и тематика тренинга.

Таблица 1. Обзор графика тренинга

День	Тематика
День 1	<ul style="list-style-type: none"> • Введение в цели и задачи проекта • Ознакомление с принципами качественных исследований • Обзор качественных методов • Этика проведения исследований
День 2	<ul style="list-style-type: none"> • Интервью и фасилитация • Сложные сценарии и ролевые игры • Использование диктофона
День 3	<ul style="list-style-type: none"> • Ведение заметок • Выборка и место проведения интервью • Полевая логистика и управление данными
День 4	<ul style="list-style-type: none"> • Практика в полевых условиях с использованием руководства • Групповое обсуждение результатов практического упражнения

2.5. Этическое заключение и разрешение

Прежде чем начать сбор данных и полевые мероприятия, в Министерстве здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан были получены этическое заключение и разрешение. Лица, собиравшие данные, были строго обучены этике проведения исследований на человеке, и для обеспечения того, чтобы любые проблемы или неблагоприятные события оперативно документировались, сообщались и решались, были введены отчетные протоколы. Каких-либо неблагоприятных событий не произошло.

2.6. Сбор данных

Сбор данных осуществлялся в декабре 2018 года, на каждый район было выделено по 10 дней. Все лица, собиравшие данные, получили детальные инструкции по логистическим вопросам, включая контактные номера, ежедневные графики полевых работ и контакты СЦЗ/ДЗ. Каждая команда начинала работу в отобранном целевом районе с посещения местного органа управления/районного исполнительного органа государственной власти и центра ПМСП, чтобы представить полевую команду руководителю районного медицинского учреждения. После одобрения со стороны местного органа управления/районного исполнительного органа государственной власти и руководителя районного медицинского учреждения команды направлялись в отобранные СЦЗ, ДЗ и сёла для проведения интервью. Интервью проводились командами из двух человек на таджикском и узбекском языках, их продолжительность составляла около одного часа, и для целей анализа все интервью записывались на диктофон, транскрибировались и переводились на английский язык. Пары интервьюеров ежедневно организовывали вечерние собрания или делали обзор по итогам дня, чтобы делиться опытом и ежедневно сверяться с координатором качественных исследований и супервайзером полевых работ компании «Z-Analytics Group». Кроме того, супервайзер полевых работ осуществлял регулярные полевые выезды для наблюдения за процессом

сбора данных каждой командой и обеспечения обратной связи с ними. В конце периода сбора данных интервьюеры передали все материалы и аудиофайлы, связанные со сбором данных, сотрудникам компании «Z-Analytics Group» и приняли участие в групповом обзоре итогов сбора данных, во время которого они поделились опытом и мнением относительно процесса интервьюирования.

2.7. Управление данными

Ответственными за обеспечение качества собранных данных и соблюдение протокола исследования были координатор качественных исследований и супервайзер полевых работ компании «Z-Analytics Group». Поскольку мониторинговый процесс проводился в то же время, что и сбор данных, сотрудники компании «Z-Analytics Group» могли осуществлять обратную связь с полевыми командами в режиме реального времени, чтобы они улучшили свою работу в процессе сбора данных. В конце сбора данных внимание полевых команд было обращено на то, что было сделано хорошо, а что можно было бы улучшить. Во время обучения интервьюеров в обучение были вовлечены расшифровщики аудиозаписей, чтобы они ознакомились с тематикой и методами исследования. Компания «Z-Analytics Group» и консультант Всемирного банка по качественным исследованиям предоставили дополнительные руководства расшифровщикам аудиозаписей и переводчикам и провели для них дополнительное обучение. Получив переведенные файлы, компания «Z-Analytics Group» направила записи консультанту по качественным исследованиям с помощью файлового хостинга «Dropbox». Компания «Z-Analytics Group» проследила, чтобы все данные были в точности получены от лиц, собиравших данные, и введены в базу данных. Все данные были рассмотрены консультантом по качественным исследованиям на предмет их качества.

2.8. Анализ данных

Чтобы определить основные факторы, влияющие на принятие решений относительно обращения за медицинской помощью, мы использовали тематический контент-анализ. Для обеспечения максимальной эффективности данные рассматривались на разных уровнях кодирования. Для того чтобы обеспечить большую сопоставимость, анализ данных был полустандартизированным по включенным в выборку участкам и участникам. Однако, чтобы можно было определить и изучить новую информацию и возникающие темы, также использовались интерпретационные конструкции. Данные интервью со свободным листингом проблем, с которыми сталкиваются медицинские работники в своих учреждениях, кодировались и сортировались по частоте цитирования категории проблемы. Цель этого анализа заключалась в том, чтобы определить наиболее часто упоминаемые вопросы, которые влияют на качество, а также вопросы, которые могут повлиять на использование услуг. Данная информация является фоном для контекстуализации поведения членов сообществ, связанного с использованием медицинской помощи. Затем были проанализированы данные ПСИ с домохозяйствами и медицинскими работниками. Все интервью были скорректированы на предмет устранения ошибок и рассмотрены для ознакомления и понимания основных посылов и качества

данных. Подход посегментного кодирования с помощью книги шифров на основе вопросов интервью применялся с использованием программного обеспечения «QSR NVivo 12». Запросы осуществлялись по ключевым кодам, чтобы организовать данные и разработать тематический анализ данных. Учитывая небольшое количество участников в каждом учреждении или селе, мы не проводили сопоставительный анализ ответов медицинских работников или ответов матерей с разных участков. Достоверность заключений оценивалась посредством анализа актуальности заключений и триангуляции ответов сообществ и медицинских работников.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ

3.1. Демографический портрет участников

В целом в СЦЗ, ДЗ и домохозяйствах опрошено 68 участников. Разбивка количества участников по этим группам представлена в таблице 2, разбивка участников по типам, районам и сёлам — в таблице 3. Учитывая, что исследование направлено на изучение опыта матерей, дизайн предусматривал, что основную часть выборки будут составлять женщины, при этом 10 мужчин представляли подвыборку медицинских работников. Чтобы обеспечить анонимность, при представлении заключений руководители медицинских учреждений отнесены к категории медицинских работников.

Таблица 2. Резюме выборки: общее количество участников

Единица выборки	Итого
Проектные районы	2
Сёла	8
Медицинские учреждения	8
СЦЗ	4
ДЗ	4
Руководители	8
Руководители СЦЗ	4
Руководители ДЗ	4
Медицинские работники	20
Другие медицинские работники СЦЗ	13
Другие медицинские работники ДЗ	7
Матери с детьми до 5 лет	40
Матери, зарегистрированные в СЦЗ	20
Матери, зарегистрированные в ДЗ	20
Всего участников	68

Таблица 3. Резюме выборки: участники по районам и сёлам

Тип участников	Фархорский район				Яванский район				Итого
	СЦЗ «Арча»	ДЗ «Пингони»	СЦЗ «Ватан»	ДЗ «Бахор»	СЦЗ «Дусти»	ДЗ «Навобод»	СЦЗ «Парджасой»	ДЗ «Олисомон»	
Руководители медицинских учреждений	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Другие медицинские работники	3	2	3	2	4	1	3	2	20
Матери	5	5	5	5	5	5	5	5	40
Всего участников исследования									68

3.2. Тематический анализ

В настоящем разделе представлены результаты тематического анализа интервью как с матерями, так и с медицинскими работниками. Во время настоящего анализа были определены следующие основные темы:

- распознавание детских заболеваний и восприятие степени их тяжести;
- принятие решений относительно обращения за медицинской помощью и барьеры, препятствующие использованию услуг;
- выбор медицинского учреждения;
- оценка со стороны медицинских работников.

В таблице 4 резюмированы основные заключения по итогам этих интервью (как ПСИ, так и интервью со свободным листингом), и за ней следует более детальное описание заключений в разрезе двух типов участников — матерей с маленькими детьми и медицинских работников.

Таблица 4. Резюме заключений по итогам ПСИ

Тема	Резюме заключений
Распознавание детских заболеваний и восприятие степени их тяжести	<ul style="list-style-type: none">• При зачитывании виньеток большинство матерей могли определить детскую диарею, хотя некоторые не распознали заболевание по симптомам.• Некоторые матери могли определить причину диареи — т.е. заболевание, связанное с бактериальным заражением, в то время как другие предположили, что причина — холодная температура.• При описании истории детских заболеваний многие матери отметили, что они распознают необходимость лечения заболеваний, исходя из наблюдения за симптомами, опыта, общей обеспокоенности/тревоги и рекомендаций членов семьи. Однако некоторые не распознают, что заболевание их ребенка требует лечения, до тех пор, пока симптомы не становятся более выраженными или пока не получена рекомендация медицинского работника.
Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью и барьеры, препятствующие использованию услуг	<ul style="list-style-type: none">• Большинство матерей убеждены, что Тахмина — вымышленная мать в виньетке — должна отвести к медицинскому работнику своего больного ребенка, чтобы ему оказали помощь. Матери предположили, что как местные/сельские медицинские работники, так и врачи в более крупных медицинских учреждениях могли бы помочь. Некоторые матери предложили использовать домашние средства.• Некоторые матери отметили, что Тахмине нужно будет получить разрешение мужа или его родственников, чтобы обратиться в медицинское учреждение.• Дополнительные воспринимаемые барьеры, препятствующие обращению Тахмины за помощью в медицинское учреждение, включают транспортные расходы, чтобы добраться до районной больницы, или расходы на лабораторные/иные анализы.

Тема	Резюме заключений
	<ul style="list-style-type: none"> • При описании истории недавних заболеваний своих детей матери отметили, что использовали традиционные или домашние средства в сочетании с обращением в медицинские учреждения. • Традиционные или домашние средства используются в качестве первичного реагирования в связи с предпочтением таких методов/доверием к ним, воспринимаемой низкой степенью тяжести симптомов, воспринимаемыми или реальными барьерами, препятствующими доступу к услугам в медицинских учреждениях, такими как стоимость лекарств. Иногда такие средства используются вместо обращения в медицинские учреждения в связи с предпочтениями родственников мужа или в связи с тем, что они не разрешают обращаться в медицинские учреждения из-за обеспокоенности сопряженными расходами. • Большинство матерей говорили об обращении в учреждения ПМСП и получении лечения с помощью назначенных лекарств или уколов — часто после того, как они пытались лечить заболевания домашними средствами, но иногда и незамедлительно из-за того, что распознавали симптомы, или из-за страха/обеспокоенности. • Матери также отметили, что они обращаются за помощью в районные медицинские учреждения — обычно после обращения в учреждения ПМСП или консультаций с медицинскими работниками в местных медицинских учреждениях/учреждениях ПМСП. • Матери отметили, что в социальном и культурном отношении от них ожидается, что при принятии решения относительно обращения за медицинской помощью они должны следовать наставлениям родственников мужа и/или самого мужа. Иногда это означает, что они избегают обращаться в медицинские учреждения из-за неприятия современной медицины и желания использовать традиционные или религиозные средства в связи со стоимостью лекарств. При необходимости матери также обращаются к членам семьи, чтобы добраться до медицинских учреждений. • На решения относительно обращения за медицинской помощью влияют расходы на транспорт и его наличие, а также состояние дорог — это относится как к посещению районных медицинских учреждений, так и к сёлам, где СЦЗ/ДЗ находятся далеко от сельского центра. Другими отмеченными барьерами, препятствующими доступу, являются расходы на лекарства или анализы и отсутствие местного доступа к аптекам, лабораторным анализам или отсутствие гинекологов и педиатров. • Принятие решений матерями ограничивают и такие гендерные факторы как отсутствие образования, отсутствие возможности принимать самостоятельные решения и значительные домашние обязанности.
Выбор медицинского учреждения	<ul style="list-style-type: none"> • Матери и семьи принимают решения о том, в какое медицинское учреждение обратиться, исходя из ряда факторов, включая распознавание заболевания, восприятие степени тяжести заболевания, предпочтение домашних средств, желание обратиться за консультациями, график вакцинации, необходимость срочного вмешательства медицинского работника, доверительные отношения с поставщиками услуг, опыт, направления и рекомендации, оценка качества и компетентности, желание или необходимость сдать анализы/посетить аптеку, удобство/доступность, транспортные расходы и расходы на лекарства.

Тема	Резюме заключений
	<ul style="list-style-type: none"> • В целом, по мнению матерей, до учреждений ПМСП удобнее добираться и доступ к ним является более удобным — особенно учитывая, что с медицинскими работниками часто можно связаться по телефону после рабочих часов, или медицинские работники посещают домохозяйства, — а также обращение в учреждения ПМСП является более доступным в ценовом отношении с точки зрения транспортных расходов. • В целом, по описаниям, учреждения ПМСП и медицинские работники знакомы матерям, и матери относятся к ним с доверием. Матери отмечали положительное взаимодействие с местными медицинскими работниками. Об отрицательном опыте взаимодействия с медицинскими работниками или их отрицательном поведении не сообщалось. • Некоторые матери отметили, что они, вероятнее всего, обратятся в СЦЗ/ДЗ в случае менее тяжелого детского заболевания и после того, как они сначала попробуют решить проблему самостоятельно. • С другой стороны, некоторые также отметили, что они обращаются в учреждения ПМСП, когда проблема становится неотложной и требуется незамедлительное вмешательство медицинского работника. • В целом матери чувствуют ограниченность услуг, предлагаемых СЦЗ/ДЗ: такие услуги часто ограничиваются консультациями и направлениями в районные медицинские учреждения, за исключением случаев вакцинации. • Многие матери хотели бы, чтобы в учреждениях ПМСП у них был более регулярный доступ к врачам, в том числе к педиатрам и гинекологам, особенно к врачам-женщинам. Некоторые матери имеют доступ к этим врачам в учреждениях ПМСП. Другие матери хотели бы, чтобы в их селе был доступ к лабораторным анализам и аптекам, что позволило бы не выезжать в район. • Некоторые матери выразили мнение, что качество услуг в районных медицинских учреждениях выше, потому что в них имеется больше сканирующего и тестового оборудования, например, аппараты УЗИ и лаборатории, а также специалисты. Матери обычно ассоциируют компетентность и качество со специализацией. • Матери также обращаются в районные больницы по направлениям от местных врачей/медицинских работников в учреждениях ПМСП или по совету или опыту членов семьи. Некоторые матери могут обойти учреждения ПМСП, ожидая, что они получат такие направления, и им в любом случае придется обращаться в районные медицинские учреждения. • Большинство матерей отметили, что они, вероятнее всего, будут обращаться только в учреждения ПМСП, если: у них будет доступ к педиатрам и гинекологам, им будут назначать лечение, у них будет доступ к аптекам/назначенным лекарствам, у них будет доступ к лабораторным анализам (особенно для беременных женщин), — и будут обращаться в скорую помощь при необходимости.
Оценка со стороны медицинских работников	<ul style="list-style-type: none"> • Когда медицинских работников просили описать трудности, с которыми они сталкиваются в своих учреждениях, большинство назвали различные инфраструктурные вызовы, например отсутствие достаточного пространства, ограниченный доступ к аптекам, отсутствие лабораторных средств, отопления/охлаждения, инструментов и стульев для медицинского осмотра и бесперебойного водоснабжения.

Тема	Резюме заключений
	<ul style="list-style-type: none"> • Большинство медицинских работников предположили, что нежелание жителей обращаться к ним связано с отсутствием аптек, лабораторий, оборудования для медицинского осмотра и регулярного доступа к врачам. • Некоторые медицинские работники выразили мнение, что нежелание жителей сообществ обращаться в учреждения ПМСП может быть связано с отсутствием комфортных условий, например, отапливаемых комнат ожидания и смотровых стульев. • Медицинские работники отметили, что часто они сами направляют пациентов в районные медицинские учреждения. • Однако медицинские работники не отмечали вопросы качества оказываемой ими помощи, такие как уровень подготовки или соблюдение протоколов. • В подавляющем большинстве медицинские работники положительно отзывались об опыте работы с программой ФРД, отмечая среди прочего улучшения в оснащенности учреждений и строительство зданий, а также увеличение числа обращений сообществ за медицинской помощью и повышение качества услуг. Многие медицинские работники также отметили положительное воздействие участия в семинарах, направленных на их профессиональное развитие, и выразили желание, чтобы проект продолжался и в дальнейшем.

3.2.1. Матери с маленькими детьми

В настоящем разделе более детально описываются результаты опроса матерей по каждой из основных тем — с отдельным описанием результатов в разрезе двух методов, т.е. метода виньеток и метода повествовательной истории заболевания.

3.2.2. Распознавание детских заболеваний и восприятие степени их тяжести

Ответы по методу виньеток

Когда была представлена виньетка с историей о молодой матери Тахмине и ее заболевшем трехлетнем сыне Адхаме, многие матери определили, что описываемое заболевание — детская диарея. Некоторые конкретно определили данное заболевание как дизентерию или диарею, в то время как другие говорили о воспалении кишечника или инфекции. В нескольких случаях участницы не были уверены или не распознали, что стало причиной заболевания Адхама, предположив, например, что желудочно-кишечные симптомы вызваны голодом/потерей аппетита или холодом. Даже среди тех, кто правильно определил заболевание Адхама, звучали самые разные ответы на вопрос, что стало его причиной, многие из которых не были конкретными или не отражали верную причинно-следственную связь. Несколько участниц предположили, что причиной заболевания Адхама было чувство холода. Например, одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Оли Сомон» думала, что заболевание «связано, возможно, с холодом — возможно, в доме холодно». Другая мать на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» определила заболевание Адхама как «диарею бегуна» или «дизентерию», но предположила, что его причиной было чувство холода:

«Он и его мать съели что-то нездоровое и холодное. Если она кормящая мать, то простудилась, или, возможно, ее сын сидел на холодном полу и заболел воспалением кишечника».

Однако другие объяснили причину заболевания Адхама неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями или немытыми продуктами. Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Навобод» пояснила:

«Возможно, он съел немытые фрукты или сырое [продукты], потому что боль в желудке связана только с этим... Инфекция? Грязное? Если съесть какие-либо необработанные продукты, можно заразиться, что также может сказаться на горле и повредить кишечник».

Некоторые определили, что причина — зараженные продукты или «грязь», но предположили, что ребенок заболел из-за невнимательности матери или из-за ее занятости домашними делами. Одна участница на прикрепленном участке СЦЗ «Ватан» подробно описала заболевание Адхама и его причину. Кстати, раньше она хотела стать акушером-гинекологом, но получила образование лишь до 8 класса. Она пояснила, что:

«Ребенок выходит, пока его мать занимается домашними делами. Возможно, его мать не знала, что ее сын съел что-то грязными руками — ему это дала она сама или кто-то другой, и он подхватил бактерии, инфекцию через этот продукт и дизентерию».

Повествовательная история заболевания

Матерей спросили, была ли у их детей когда-либо проблема как у Адхама, и какие меры они принимали. Матери, дети которых имели такое заболевание, отметили несколько способов, с помощью которых они распознали, что заболевание требует лечения. Такие способы включали наблюдение за серьезными симптомами у ребенка, следование рекомендациям и советам старших в семье и прошлый опыт. По словам нескольких участниц, они, по сути, не распознали, что заболевание требует лечения, поздно обратившись за помощью в медицинские учреждения, или поняли, что заболевание было дизентерией/детской диареей только после обращения в медицинское учреждение. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» рассказала, что она обратилась за помощью из-за страха:

«Нет. Нет. Я сразу обращаюсь к врачу, потому что меня это пугает. Сначала я прошу о помощи старших, потом отвожу его в больницу. Мы приобретаем назначенные лекарства и после этого своевременно делаем уколы. После лечения я иду на осмотр в назначенные день и время».

Участниц также попросили описать последний раз, когда их ребенок болел, и описать историю заболевания. Матери описывали похожие способы распознавания заболевания у своих детей. Это в основном наблюдение за такими симптомами, как жар, изменение мочи и стула, диарея, слабость, кожная сыпь, болезненное горло, рвота, потеря аппетита/ребенок не ест, плач, чувство боли и изменения в поведении, например, ребенок становится

пассивным и неразговорчивым. Участницы также отметили, что они могут определить симптомы или распознать проблему, исходя из прошлого опыта и рекомендаций врачей, членов семьи/родственников мужа и чувства страха.

Врезка 1. Распознавание детских заболеваний и восприятие степени их тяжести: резюме заключений

- При зачитывании виньеток большинство матерей могли определить детскую диарею, хотя некоторые не распознали заболевание по симптомам.
- Некоторые матери могли определить причину диареи — т.е. заболевание, связанное с бактериальным заражением, в то время как другие предположили, что причина — холодная температура.
- При описании истории детских заболеваний многие матери отметили, что они распознают необходимость лечения заболеваний, исходя из наблюдения за симптомами, опыта, общей обеспокоенности/тревоги и рекомендаций членов семьи. Однако некоторые не распознают, что заболевание их ребенка требует лечения, до тех пор, пока симптомы не становятся более выраженными или пока не получена рекомендация медицинского работника.

3.2.3. Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью и барьеры, препятствующие использованию услуг

Ответы по методу виньеток

Определяя, какие шаги Тахмина должна предпринять для сына, матери в основном рекомендовали, чтобы Тахмина отвела ребенка к медицинскому работнику, например, к семейному врачу или семейной медсестре. Так, одна женщина на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» отметила, что в ее учреждении ПМСП имеются квалифицированные врачи:

«Отвести его в больницу... Где-нибудь здесь или поблизости. В нашем селе есть сельский центр здоровья, она может отвести его туда. Там есть квалифицированные врачи, и они смогут хорошо лечить его».

Некоторые женщины также предложили, чтобы Тахмина отвела сына в более крупное медицинское учреждение, если местный врач не может помочь. Другая мать на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» отметила:

«В нашем районе и селе есть больницы. Сначала она должна отвести его сюда; если они не смогут помочь, потом в район. Возможно, у них будет койка, но она должна купить лекарства и делать уколы».

Несколько участниц предложили методы лечения, либо являющиеся несоответствующими, либо способные задержать получение эффективной медицинской помощи, в том числе прием лекарств или лечение на дому. В одном случае участница на прикрепленном участке ДЗ «Бахор» полагает, что ребенка необходимо отвести к неврологу в районную больницу:

«Если ребенок плачет, не стоит ли показать его неврологу?.. Я думаю, что его плач связан с неврологическими проблемами. Возможно, это его мозг или, может быть, внутричерепное давление. Например, как у моей младшей. Нам пришлось возить ее в Душанбе».

Однако, в данном случае выясняется, что эта участница в конечном итоге все же распознала заболевание как диарею. История с дизентерией у его собственного ребенка включала визит к неврологу. В результате она подробно описала, какое участие в случае заболевания диареей принимают неврологи в целом:

«[В больнице города Душанбе] мы пошли во второй блок. [Блок] специально для случаев диареи и подобных заболеваний. Там мне сказали обратиться к неврологу... там есть хорошие специалисты. У них большой опыт... Я была там, когда у моего ребенка была дизентерия, она очень много плакала из-за боли в желудке. Когда мы вылечили желудок, она плакала меньше, и, в конце концов, ей снова стало хорошо. Потом брат сказал мне, что он знает там одного врача — невролога. Он сказал, что это хороший специалист... Да, потом мы отвели ребенка туда вместе с братом. Нам сказали сделать УЗИ и потом нам сказали, что у нее была какая-то трещина/травма. После этого мы прошли полное лечение, и у нее все хорошо».

Этот пример показывает, каким образом такие сложные факторы как специфика истории заболевания и советы родственников могут усложнить процесс распознавания, принятия решения и обращения за медицинской помощью.

С точки зрения того, кто в домохозяйстве принимает решения относительно обращения за медицинской помощью, некоторые участницы отметили, что для того, чтобы отвести ребенка в медицинское учреждение, Тахмине сначала нужно посоветоваться с мужем и его родственниками. По их словам, даже если молодая мать знает, что ребенка необходимо отвести в медицинское учреждение, для этого ей нужны разрешение и финансовая поддержка мужа или его родственников, особенно свекрови. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» сказала:

«Возможно, она [Тахмина] боится старших. То есть без их разрешения она не может никуда отвести ребенка. Если старшее поколение подтвердит диагноз (действительно ли он болен), я имею в виду состояние здоровья ребенка, и ей разрешат обратиться в больницу, дав ей деньги на лечение, она так и сделает».

С другой стороны, некоторые женщины отметили, что некоторые семьи могут не разрешить женщине обратиться в медицинское учреждение, что может привести к задержкам в лечении и серьезным осложнениям. Одна участница на прикрепленном участке СЦЗ «Ватан» пояснила:

«Возможно, женщины, которые не имеют образования и имеют плохие условия в семье или страдают из-за отсутствия финансовых средств, могут ошибочно подумать, что он скоро поправится, и ничего не делают, даже не консультируются с врачом, что приводит к ухудшению состояния здоровья ребенка. И когда они, наконец, отведут его в больницу, может быть поздно».

Участниц спросили, по каким причинам Тахмина, возможно, не сможет отвести ребенка в медицинское учреждение. Большинство выразили мнение, что основным препятствием для Тахмины могут быть финансовые расходы. Это связано с транспортными расходами, если нужно обращаться в районную больницу, расходами на лабораторные

анализы и УЗИ и расходами на лекарства. Некоторые отметили, что муж женщины или его родственники могут не дать разрешение из-за таких расходов.

История заболевания: варианты практики ухода

Когда матерей спросили, было ли у их детей когда-либо заболевание как у Адхама, и какие меры они принимали, у некоторых были такие случаи, и они использовали традиционные или домашние средства в сочетании с обращением в медицинские учреждения. Эти матери упомянули, что обращались к врачам или в медицинские учреждения — в основном, в учреждения ПМСП в их селе — и лечили детей с помощью назначенных лекарств или уколов. Например, одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Дусти» пояснила, что она отвела ребенка в местный СЦЗ, потому что это учреждение находится поблизости: если бы они попытались поехать в районную больницу, то ушло бы много времени, и состояние ребенка ухудшилось бы.

Несколько участниц также упомянули использование традиционных домашних средств — либо по рекомендациям семьи, либо самостоятельно — и иногда в сочетании с обращением в медицинские учреждения. Обычно традиционные средства используются в качестве первичного реагирования в связи с предпочтением таких методов/доверием к ним, воспринимаемой низкой степенью тяжести симптомов, воспринимаемыми или реальными барьерами, препятствующими доступу к услугам в медицинских учреждениях. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» пояснила, что ее свекровь не позволила ей обратиться в местное медицинское учреждение из-за стоимости лекарств и вместо этого настояла на использовании традиционных домашних средств. И только когда состояние ребенка стало критическим, они обратились в СЦЗ:

«Моя свекровь не разрешила мне с ребенком обратиться к врачу и использовала все эти вышеназванные традиционные средства — давала ему несоленый хлеб и т.д. [полынь]. Ребенок был на грани смерти, это ухудшило состояние его здоровья. Наконец, мы отвезли его в местную больницу [СЦЗ]. Он был в критическом состоянии — на шаг от смерти».

Она продолжает описывать неприятие ее свекровью современных лекарств:

«У нас были финансовые проблемы, и мы не могли позволить себе лечить ребенка. Она [свекровь] говорит: „Ну, пойдешь ты к врачу, что он тебе посоветует? Конечно же, выпишет лекарства. Зачем ребенку все эти уколы? В наше время мы никогда не делали никакие уколы, наши дети выздоравливали только с помощью этих [старых] средств“. Я думаю, они применялись в их время, но сейчас лечение и выздоровление невозможны без врачебной помощи и всех этих лекарств и уколов. Есть большой риск умереть».

Пара участниц упомянули, что прибегали к религии как форме лечения. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Ватан» сказала, что для лечения дизентерии у ребенка она обращалась к мулле и — впоследствии — в медицинское учреждение:

«Поскольку мой муж был в России, я попросила свекровь помочь мне. Она отвела меня к мулле, чтобы он почитал некоторые дуа — „традиционное мусульманское лечение“. Однако это не помогло, ребенок не выздоравливал, температура поднималась три дня. Я попросила ее отвезти ребенка в больницу, и когда мы приехали в больницу, врачи сделали уколы, поставили капельницу и сбили температуру тела».

У участниц также спросили о случае, когда их ребенок болел в последний раз, и практике ухода за ним. Матери описали разные варианты ухода в случае, если их ребенок болен (см. Рисунок 3). Это включает лечение детей с помощью лекарств на дому, обращение за помощью в учреждения ПМСП и районные медицинские учреждения или в медицинские учреждения более высокого уровня — обычно после обращения в учреждения ПМСП или консультаций с сельскими врачами и медицинскими работниками.

В некоторых случаях, прежде чем обратиться за помощью в медицинское учреждение, матери сначала пробуют использовать домашние средства или иные методы лечения. Такое решение, видимо, зависит от восприятия матерью и/или семьей степени тяжести заболевания и его распознавания:

«Когда я вижу, что они совсем плохо себя чувствуют, я отвожу их к врачу. Но если заболевание несерьезное, я лечу их сама, и они выздоравливают. Я даю им лекарства, проверяю их состояние, стараюсь держать их в тепле, если холодно». (СЦЗ «Ватан».)

«Я использовала некоторые традиционные методы лечения, однако [это] не сработало, и мы все-таки отвезли ее в больницу». (ДЗ «Бахор».)

В основе решений относительно обращения за медицинской помощью часто лежит совет со стороны родственников мужа/старших в семье, а также сельских медицинских работников. По словам некоторых участниц, они регулярно обращаются в местные учреждения ПМСП, поскольку это удобно, доступно, и они знакомы с ними. Одна женщина на прикрепленном участке ДЗ «Бахор» описала положительный опыт обращения к местному врачу в местном СЦЗ, когда у ее ребенка заболел желудок: врач назначил лекарства и сделал уколы, и участница смогла купить лекарства в аптеке, расположенной около медицинского учреждения.

В некоторых случаях матери отмечали, что сразу отводят больного ребенка в медицинское учреждение, не пробуя использовать домашние средства, — в учреждения ПМСП и районные больницы. Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Оли Сомон» сказала, что ее муж боится, когда дети болеют, и сразу отводит их к сельскому врачу. Страх, или тревога, таким образом, также является ключевым мотивирующим фактором для обращения в медицинские учреждения или к местным медицинским работникам.

По словам участниц, они также часто обращаются к медицинским работникам в учреждениях ПМСП, которые рекомендуют им продолжить лечение в районных медицинских учреждениях, например, чтобы сделать УЗИ. Некоторые матери отметили, что в случае, когда в учреждениях ПМСП отсутствуют семейные врачи или педиатры, они принимают решение сразу обратиться в районные медицинские учреждения. По-

видимому, решение участниц относительно обращения в районное медицинское учреждение обусловлено чувством знакомства и доверия, а также удобством. В некоторых случаях участницы посещают местных врачей, которые работают в районной больнице, но живут в том же селе, что и они:

«Мы отвели ее к районному врачу; она живет в нашем селе. Мы пошли вместе со свекровью и мужем». (СЦЗ «Парджасой».)

Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Навобод» пояснила, что она обращается только в районную больницу, потому что ее семья живет в городе:

«Хотя дело не в доверии, я всегда там лечусь, обращаюсь только к одному знакомому врачу, поэтому я обращаюсь только к нему».

История заболевания: принятие решений в домохозяйстве

Матерей попросили описать, как они принимали решение относительно лечения в последний раз, когда болел их ребенок. Большинство участниц пояснили, что решения относительно того, как лечить больных детей, обычно принимает не мать, а муж и его родственники. Когда мужа нет — обычно из-за того, что он работает в России в качестве трудового мигранта, — мать спрашивает разрешения у старших в домохозяйстве. Те женщины, которые живут отдельно от родственников мужа, более независимы при принятии решений. Участницы отметили, что в соответствии с местными культурными ценностями и нормами от них ожидается, что они будут обращаться за советом к родственникам мужа — особенно к свекрови — которые могут помочь отвести ребенка в медицинское учреждение или покрыть расходы на лекарства. Однако часто матери сами отводят детей в медицинское учреждение — во многих случаях пешком. Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Навобод» пояснила, что решение относительно обращения за медицинской помощью принимает ее свекровь из-за:

«Моего опыта и возраста. Они своими руками вырастили детей до меня. Они могут лучше помочь».

Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Пингони» рассказала об этих нормах:

«Если она сама отведет его, это непорядочно. Например, в нашем селе обычно спрашивают разрешения у старших: „Мама, можно я отведу ребенка к врачу?“ Также спрашивают согласия свекра. В селе у нас так. Если они живут отдельно, они смогут сами отвести ребенка к врачу, не спрашивая ни у кого разрешения. Если они живут со старшими, будет как-то неумно просить их идти куда-либо, и поэтому они спрашивают разрешения: „Отвести или не отвести?“ — затем детей отводят с мужем или со свекровью или свекром... путь очень длинный, и если они найдут транспорт, они едут с мужем, если нет — идут пешком».

Однако матери также сталкиваются с реальной возможностью того, что родственники мужа запретят им обращаться в медицинские учреждения. Причины, по которым родственники мужа не разрешают обращаться в медицинские учреждения, могут быть связаны с оценкой

стоимости лекарств как высокой или верой в действенность традиционных или религиозных методов. Участницы предположили, что причинами также может быть и то, что они не завоевали доверие родственников мужа, что они не разговаривают с родственниками мужа «мягко и вежливо», а также неприятие родственниками мужа медицинских учреждений:

«Есть некоторые дома, где не хотят, чтобы невестка отводила ребенка к врачу. Она спрашивает, можно ли отвести ребенка к врачу; если она говорят «да», то она может отвести ребенка к врачу». (СЦЗ «Дусти».)

Несколько участниц описали траекторию обращения матерей маленьких детей за медицинской помощью: начиная с самооценки и лечения, за которыми следуют консультации со старшими в семье, и заканчивая их обращением за официальными медицинскими услугами:

«Если ее ребенок заболел, она должна посоветоваться. Сначала она должна приготовить еду и накормить ребенка; если это не поможет, она должна посоветоваться со свекровью. Если свекровь не сможет помочь, тогда она должна попросить свою мать. Если ее мать не может помочь, тогда она должна проконсультироваться с врачом». (СЦЗ «Ватан».)

Большинство участниц выразили чувство уверенности в своих силах при лечении умеренного заболевания и применении лекарств, отметив низкую уверенность, когда дело касается решения более серьезных проблем со здоровьем. В этом случае, по словам участниц, они обычно обращаются за решением относительно лечения к родственникам мужа, учитывая их опыт ухода за детьми, или за советом к врачам и медицинским работникам. Некоторые матери также описали времена, когда они принимали решения самостоятельно. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Дусти» описала случай, когда она воспротивилась совету родственников мужа, хотя обычно она всегда следовала их советам:

«Я не думала об этом раньше, я думала, что ничего не могу сделать. Когда живешь с родителями мужа — ничего, просто слушаешься, что бы они ни сказали, но потом думаешь, что нужно, чтобы твой ребенок был здоров, и тогда можно найти решение».

Она описала время, когда ее дочь заболела диареей — рвота, потеря аппетита, слабость; все это и ее оценка степени тяжести симптомов как высокой вынудили ее обратиться в учреждение ПМСП, несмотря на то, что родственники мужа отговаривали ее:

«Члены семьи сказали, что она поправится. Родители мужа сказали [так]. Ребенок был слишком маленьким, и, если бы я ждала, ей стало бы еще хуже, [поэтому] я отвела ее в [сельский] центр здоровья. [Модератор: „Они сказали немного подождать, Вы не послушались, почему?“] Ну... так как он [СЦЗ] был рядом, я отвела ее. Эта болезнь могла что-то сделать с ребенком, это очень плохая болезнь — диарея. Если не лечить ребенка, и если слишком поздно, мой ребенок может умереть... от обезвоживания».

История заболевания: барьеры, препятствующие доступу

Матери отметили, что решение относительно обращения за медицинской помощью часто обусловлено транспортными расходами, наличием транспорта и состоянием дорог. Поездка в район для получения медицинской помощи часто обходится слишком дорого, поэтому вместо этого участницы обращаются в учреждения ПМСП. Однако для некоторых участниц даже обращение в учреждение ПМСП сопряжено с трудностями из-за отсутствия местной скорой помощи или транспорта, а идти пешком, возможно, далеко. Одна мать описала, как наличие транспорта и расходы влияют на решение относительно того, куда и как обращаться за медицинской помощью:

«Например, я учитываю расходы. Если обстоятельства позволяют, то я отвожу его к хорошему врачу. Но если я вижу, что условий нет, я отвожу его к ближайшему врачу. А если обстоятельства и этого не позволяют, я лечу его сама. Жизнь в селе такая». (ДЗ «Пингони».)

Еще одним барьером, который отметили участницы, являются расходы на назначенные лекарства или анализы. Многие матери отметили, что сельские медицинские работники доступны — по времени и способу коммуникации; однако некоторые также пояснили, что в учреждениях ПМСП имеется недостаточно врачей, например, педиатров или гинекологов. Другим барьером для некоторых было отсутствие местного доступа к лабораторным анализам или аптекам.

История заболевания: гендерная динамика и влияние

Участницы также описали гендерные вопросы, которые влияют на их опыт ухода за детьми и здоровьесберегающее поведение. Такие вопросы включают: отсутствие образования или разрешения со стороны семьи, чтобы продолжить учебу или выйти на работу; значительные домашние обязанности и дела; для некоторых отсутствие мужей, которые, в основном, являются трудовыми мигрантами в России; отсутствие влияния или возможности принимать самостоятельные решения; насилие в семье. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Ватан» пояснила, что большинство мужей в ее селе работают в России, и поэтому женщины должны советоваться со свекровьями и золовками. Это говорит о коллективном процессе принятия решений, которые описали некоторые участницы — в данном случае решения принимаются исключительно женщинами. Другая мать на прикрепленном участке ДЗ «Пингони» описала, как на ней сказало то, что она носила воду в домохозяйстве во время беременности и не участвовала в принятии решений, которые могли повредить ее здоровью:

«У меня боль во всем теле, но что я могу сделать... Я не могу сказать, что не принесу воду».

Хотя при принятии решений относительно своих детей молодые матери часто должны спрашивать разрешения старших или мужа, они все же определяют себя в качестве основных лиц, ухаживающих за детьми. И иногда матери отмечают, что принимают собственные решения без разрешения других или идут против наставлений членов семьи.

Врезка 2. Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью и барьеры, препятствующие использованию услуг: резюме заключений

- Большинство матерей убеждены, что Тахмина — вымышленная мать в виньетке — должна отвести к медицинскому работнику своего больного ребенка, чтобы ему оказали помощь. Матери предположили, что как местные/сельские медицинские работники, так и врачи в более крупных медицинских учреждениях могли бы помочь. Некоторые матери предложили использовать домашние средства.
- Некоторые матери отметили, что Тахмине нужно будет получить разрешение мужа или его родственников, чтобы обратиться в медицинское учреждение.
- Дополнительные воспринимаемые барьеры, препятствующие обращению Тахмины за помощью в медицинское учреждение, включают транспортные расходы, чтобы добраться до районной больницы, или расходы на лабораторные/иные анализы.
- При описании истории недавних заболеваний своих детей матери отметили, что использовали традиционные или домашние средства в сочетании с обращением в медицинские учреждения.
- Традиционные или домашние средства используются в качестве первичного реагирования в связи с предпочтением таких методов/доверием к ним, оценкой степени тяжести симптомов как низкой, воображаемыми или реальными барьерами, препятствующими доступу к услугам в медицинских учреждениях, такими как стоимость лекарств. Иногда такие средства используются вместо обращения в медицинские учреждения в связи с предпочтениями родственников мужа или в связи с тем, что они не разрешают обращаться в медицинские учреждения из-за обеспокоенности сопряженными расходами.
- Большинство матерей говорили об обращении в учреждения ПМСП и получении лечения с помощью назначенных лекарств или уколов — часто после того, как они пытались лечить заболевания домашними средствами, но иногда и незамедлительно из-за того, что распознавали симптомы, или из-за страха/обеспокоенности.
- Матери также отметили, что они обращаются за помощью в районные медицинские учреждения — обычно после обращения в учреждения ПМСП или консультаций с медицинскими работниками в местных медицинских учреждениях/учреждениях ПМСП.
- Матери отметили, что в социальном и культурном отношении от них ожидается, что при принятии решения относительно обращения за медицинской помощью они должны следовать наставлениям родственников мужа и/или самого мужа. Иногда это означает, что они избегают обращаться в медицинские учреждения из-за неприятия современной медицины и желания использовать традиционные или религиозные средства в связи с высокой (по их оценке) стоимостью лекарств. При необходимости матери также обращаются к членам семьи, чтобы добраться до медицинских учреждений.
- На решения относительно обращения за медицинской помощью влияют расходы на транспорт и его наличие, а также состояние дорог — это относится как к посещению районных медицинских учреждений, так и к сёлам, где СЦЗ/ДЗ находятся далеко от сельского центра. Другими отмеченными барьерами, препятствующими доступу, являются расходы на лекарства или анализы и отсутствие местного доступа к аптекам, лабораторным анализам или отсутствие гинекологов и педиатров.
- Принятие решений матерями ограничивают и такие гендерные факторы, как отсутствие образования, отсутствие возможности принимать самостоятельные решения и значительные домашние обязанности.

3.2.4. Выбор медицинского учреждения

Обращение в учреждения ПМСП

Основные факторы, определяющие, обратятся ли матери в СЦЗ или ДЗ, включают оценку степени тяжести заболевания, желание получить консультацию, вакцинацию, потребность в срочном совете или вмешательстве медицинского работника, удобство/доступность и доверие к местным врачам (полный перечень препятствующих и способствующих факторов приведен в таблице 5). Несколько матерей пояснили, что они обращаются за помощью в учреждение ПМСП после того, как сначала пытаются решить проблемы самостоятельно, и только в тех случаях, когда такие усилия оказываются неэффективными, и дети чувствуют себя хуже. Одна участница на прикрепленном участке СЦЗ «Ватан» пояснила, что она посещает СЦЗ, если у ребенка «легкая болезнь», а другая участница на прикрепленном участке ДЗ «Навобод» сказала, что она посещает местного врача, если что-то небольшое, например кашель или грипп:

«Мы отвозим его в район, потому что здесь [в СЦЗ] нет квалифицированного врача. Там [в районной больнице] квалифицированные врачи. Несколько раз свекровь отводила мою дочь в СЦЗ... Мы отвезли его в район на операцию. Если у него легкая болезнь, мы отводим его в СЦЗ. Например, если у него температура или если что-то случится, они [сельские медицинские работники] приглашают сами».

Несколько участниц отметили, что они, скорее всего, обратятся в учреждение ПМСП, когда им нужен будет совет относительно того, как решать проблему, ожидая, что лечение и лекарства они получат в районном медицинском учреждении. Одна мать пояснила, что большинство людей в ее селе обращаются за консультациями к местному врачу в ДЗ, который обычно направляет их на осмотр в районную больницу.

Участницы также обращаются в учреждения ПМСП, когда им назначена вакцинация. Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Навобод» отметила, что обращается в ДЗ за профилактическими услугами — вакцинацией и профилактикой заболеваний. Она пояснила, что когда ее ребенок болел и у него был просто кашель, она могла лечить его дома:

«Нет, мы не отводили его туда. Причина, по которой мы не рассматривали ДЗ — болезнь не была такой серьезной... он выздоровел с помощью лекарств, которые мы давали ему дома».

Однако, когда у ее детей более серьезные заболевания, они сразу обращаются в районную больницу, так как, исходя из прошлого опыта, они поняли, что местные медицинские учреждения не могут оказать соответствующую помощь, в частности, потому, что они там не встретили ни одного специалиста:

«Потому что у врачей нет необходимых средств. Там нет специалиста, который мог бы помочь при желтухе, — вот почему. Мы это знаем, потому что во многих случаях, когда моим детям было плохо, я отводила их туда, но не встретила там врачей. Поэтому».

нам приходится ездить в медицинское учреждение Яванского района, это единственный оптимальный для нас вариант».

Когда ее спросили, обращалась ли она в СЦЗ, когда ее ребенок болел желтухой, она ответила, что не обращалась, а напрямую обратилась в районное медицинское учреждение, поскольку не было местных врачей:

«[О]н не в хорошем состоянии... я знаю, потому что когда моя дочь болела желтухой, мы не смогли найти там специалиста, который лечит желтуху; в результате, чтобы найти врача, мы поехали в Яван... Поскольку в нашем центре нет средств, мы в основном предпочитаем ездить в Яван — я уверена, там они быстро выздоровеют. В ДЗ нет соответствующих условий/средств, там ничего нет — нет врачей, которым можно было бы показать ребенка. Когда мой ребенок очень сильно болел дома, мне пришлось отвезти его в Яван. Даже сейчас если он немного заболит, например кашель или грипп, мы отвозим его туда, потому что в ДЗ нет врачей».

Поэтому, исходя из опыта обращения за медицинской помощью в случае более серьезного заболевания, она не обращается в учреждения ПМСП при менее серьезных заболеваниях, даже когда для лечения таких проблем не обязательно присутствие врача. По-видимому, эта мать определяет, что проблема является либо достаточно умеренной и она может лечить ее дома, либо достаточно тревожной, ей нужна помощь врача, и она должна обратиться в районное медицинское учреждение. С другой стороны, когда в учреждениях ПМСП есть больше врачей, участницы утверждают, что они обращаются к ним, например в ДЗ «Пингони» или СЦЗ «Дусти», куда, по словам участниц, они обращались к гинекологу.

Некоторые отметили, что они обращались бы в учреждения ПМСП чаще, если в них было бы такое оборудование, как аппараты УЗИ или рентгеновские аппараты, лаборатории для проведения анализов, врачи, доступные регулярно, и специалисты узкого профиля. Участницы выразили мнение, что было бы удобнее и приемлемее в ценовом отношении, если бы такие услуги были доступны на местах, и это служило бы для них стимулом, чтобы чаще обращаться в учреждения ПМСП. Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Навобод» объяснила:

«У многих проблемы с сердцем, повышенное кровяное давление. Таким людям нужны доступные врачи и учреждения здесь, в селе, чтобы им не приходилось ездить в Яван. Нам нужно такое учреждение. [Нам нужны] врачи, средства для УЗИ, ЭКГ, рентген и т.д., чтобы нам не приходилось проделывать весь этот путь до Явана. Если оно будет полностью оснащено, мы, конечно же, будем рассматривать возможность обращения в это учреждение, потому что было бы так удобно — мы перестали бы ездить в Яван. Яван находится далеко, и наем такси, чтобы добраться отсюда туда, — тоже проблема... Это основная проблема, с которой мы сталкиваемся».

Другим основным вопросом, который подняли несколько участниц, является то, что в их селе не всегда доступны аптеки:

«Здесь тоже не всегда есть хорошая аптека. Мы хотели бы, чтобы здесь была хорошая аптека. Другие ездят в районный центр и покупают там». (СЦЗ «Ватан».)

Для нескольких участниц основным способствующим фактором является доверие к местным медицинским работникам и положительный опыт предыдущих обращений. Например, одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Оли Сомон» пояснила, что ее семья всегда сначала обращается к местному врачу, так как они считают, что это единственный хороший врач, — если он советует обратиться районную больницу, они обращаются. Также важно, чтобы поставщики услуг были образованными и чувствовали ответственность по отношению к своим пациентам и сообществу:

«Мы видим местного врача каждый день, у него хорошее отношение. Часто спрашивает о состоянии пациента, посещает. В целом наш местный врач очень хороший и всегда поддерживает... Например, давайте обращаться к тому, кто нам однажды помог, кто назначил хорошее лечение и вежлив». (ДЗ «Пингони».)

«[Медицинский специалист] учился и имеет диплом. Его работа — служить сообществу. Поэтому отводят ребенка к нему, ожидая, что он сможет найти наилучший способ лечения. Он назначает некоторые лекарства; вы возьмете и дадите лекарства ребенку, чтобы он выздоровел». (СЦЗ «Ватан».)

В некоторых случаях участницы отмечают, что обращаются в соседние медицинские учреждения, а не в свои. Это обусловлено различными причинами, включая рекомендации членов семьи, удобство и наличие определенных врачей. Одна участница пояснила, что вместо своего СЦЗ ее семья обращается к врачу, который живет в другом селе, так как к этому врачу в прошлом обращалась ее свекровь. Другая участница на прикрепленном участке ДЗ «Бахор» пояснила, что их ДЗ построен на том же месте, что и мечеть, и по этой причине ее муж и семья не разрешают ей туда ходить; вместо этого они обращаются в учреждение ПМСП в соседнем селе:

«Раньше [ДЗ] находился где-то в другом месте, и люди туда обращались, когда у них были проблемы с кровяным давлением, простуда, а детей отводили на вакцинацию. С тех пор, как его перенесли в мечеть, люди совсем перестали туда обращаться. Это основная причина, почему люди отказываются туда идти».

Обращаться в учреждения ПМСП легче, так как они физически расположены ближе, и часто не нужно искать транспорт. Некоторые участницы также отметили, что могут свободно позвонить местным медицинским работникам и посоветоваться с ними, приходить к ним домой, когда учреждение закрыто, или попросить, чтобы медицинские работники посетили их на дому:

«[Если мой ребенок болен], если я не вижу улучшений, то мы отводим его домой к врачу, [который] живет далеко, мы идем к нему даже среди ночи, и он помогает нам. Он назначает нам лечение, мы возвращаемся и делаем, что он назначил». (ДЗ «Пингони».)

Несколько участниц также рассказали, что они живут по соседству со своими врачами, некоторые из которых также работают в районных медицинских учреждениях и приглашают их туда на консультацию.

Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Дусти» пояснила, что когда ее дети болеют, она всегда сначала обращается в СЦЗ и редко обращается в районную больницу, за исключением тех случаев, когда необходима госпитализация. Это связано со следующими причинами: центр здоровья находится рядом, и до него легко добраться; не нужно искать транспорт и нести соответствующие расходы; медицинские работники доступны даже ночью; не нужны какие-либо другие платежи. Эти факторы настолько значимы, что она может поступиться мнением семьи относительно обращения за помощью:

«Да, я думала, что сначала здесь [в СЦЗ] нам могут помочь. Я всегда прихожу сюда — что бы ни случилось, это рядом с нами... Они и рядом, и всегда доступны, и мы всегда сначала обращаемся сюда... Ночью, днем — медсестры соглашаются помочь... Иногда они даже не берут деньги. Они помогают. [Модератор: „Вы не думали о том, что подумают семья, родители мужа, когда вы отводите туда ребенка?“] Да, вы не можете это учитывать. Когда ребенок выздоровеет, они поймут».

Несколько участниц упомянули, что условия в учреждениях ПМСП улучшились. Одна мать на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» отметила, что раньше она обращалась в районное медицинское учреждение, так как СЦЗ не было, но сейчас она предпочитает обращаться в местное медицинское учреждение, поскольку это удобнее, и она довольна качеством услуг, которые она там получает. Другая участница на прикрепленном участке СЦЗ «Арча» чувствует, что важно обращаться в местное медицинское учреждение, так как оно находится в ее селе. Если они не могут помочь, только тогда она обращается в другое медицинское учреждение. Она также отметила положительные изменения на уровне учреждения:

«Произошли большие изменения... Лучше обратиться в это СЦЗ и родить ребенка без каких-либо проблем, так как обеспечены все условия и имеются врачи».

Обращение в районную больницу

Матери отметили несколько основных факторов, которые определяют, отведут ли они больного ребенка в районную больницу. Такие факторы включают следующее: оценка степени тяжести заболевания, необходимость или желание обратиться к стационарному врачу, необходимость или желание провести лабораторные анализы/использовать сканирующее оборудование, оценка качества врачей и медицинских учреждений, статус, рекомендации медицинских работников в учреждениях ПМСП или семьи, неудовлетворенность лечением или потребность в дальнейшем лечении после обращения в учреждения ПМСП. В целом матери выразили мнение, что, по их оценке, качество услуг медицинских работников районных центров здоровья и самих районных центров здоровья выше, чем в учреждениях ПМСП, и поэтому они больше доверяют районным медицинским учреждениям, особенно в случае более серьезных заболеваний.

Некоторые матери считают, что в районной больнице условия лучше, чем в их местных медицинских учреждениях, и в качестве примера приводят нестабильное электроснабжение. Многие участницы также пояснили, что они обращаются в районные медицинские учреждения, когда считают или им говорят, что нужны результаты УЗИ и лабораторные анализы. Некоторые участницы знают, что такие анализы они могут сделать в районных медицинских учреждениях, а также считают, что анализы важны для лечения и говорят о качестве услуг.

Многие матери пояснили, что врачи в районных больницах — это опытные и высококвалифицированные специалисты, и что такие специалисты отсутствуют в их СЦЗ или ДЗ. Если бы были такие специалисты, матери, скорее всего, обращались бы в учреждения ПМСП, поскольку последние являются более доступными. Для нескольких участниц на решение относительно обращения в районную больницу влияет тот факт, что в их местных медицинских учреждениях отсутствуют врачи-женщины или что им нужен гинеколог. Одна мать на прикрепленном участке ДЗ «Оли Сомон» пояснила, что, учитывая отсутствие гинеколога, для родов беременной женщине необходимо обращаться в районное медицинское учреждение. Некоторые привели конкретные случаи, когда нужны были специалисты. У одной матери на прикрепленном участке ДЗ «Бахор» дочь нуждалась в помощи невролога, и она отметила, что было лучше обратиться в районную больницу, так как в ее ДЗ не было врача, который знал бы неврологию. По словам одной матери на прикрепленном участке СЦЗ «Дусти», местные врачи понимают только грипп и жар, но не более сложные заболевания, а в СЦЗ:

«дают лишь некоторые лекарства, если они у них есть; если лекарств нет, они их назначают и дают рецепт, чтобы вы купили».

Врачи в районных медицинских учреждениях описываются как более квалифицированные в основном потому, что они специалисты. Участницы связывают более высокое качество не с поведением медицинского работника или взаимодействием с ним, а именно с возможностью оказывать специализированную помощь. Участницы также не отзываются отрицательно о качестве помощи, оказываемой медицинскими работниками в учреждениях ПМСП. Скорее всего, участницы связывают более высокое качество услуг с оборудованием и специализацией — будь то общее восприятие или конкретный опыт.

Участницы также решают обратиться в районный центр здоровья, исходя из рекомендаций местных врачей в учреждениях ПМСП или семьи. Одна мать пояснила, что она сначала обращается к местному врачу, к которому ее семья обращается на протяжении продолжительного времени, и который живет по соседству, но ей часто рекомендуют поехать в район. Многие участницы также отметили, что они могут сначала обратиться в ДЗ или СЦЗ, но их направляют в районное медицинское учреждение, чтобы им оказали дополнительную помощь, которую невозможно оказать в местном медицинском учреждении. В некоторых случаях на оценке компетентности поставщиков услуг сказывается тот факт, что местные медицинские работники могут направить их в медицинское учреждение более высокого уровня. Например, по словам одной матери на прикрепленном участке ДЗ «Бахор»:

«Врачи [вероятно, медицинские работники, которые не могут назначить лекарства] здесь некомпетентные, поэтому мы отвезли ее туда к квалифицированным врачам... Эти врачи порекомендовали нам обратиться туда за рецептом врача; без рецепта запрещалось делать уколы».

Несколько других участниц пояснили, что свекровь или другие родственники советуют обратиться им в районную больницу — иногда потому, что районная больница находится ближе к другой семье.

«Больница около дома ее отца — ее свекровь посоветовала ей обратиться туда, и когда она туда обращается, она может получить помощь своих родителей. В ином случае она одна в селе, и сложнее». (ДЗ «Бахор».)

И наконец, несколько участниц предположили, что обращение в районную больницу — это вопрос финансов или, возможно, статуса, так как те, которые могут себе это позволить, обращаются туда:

«Так как у них есть деньги, они обращаются туда, и там их тщательно осматривают опытные врачи. А те, у кого нет денег, приезжают в колхоз [село], и их лечат так, как может позволить их карман. В районе расходы очень большие: транспортные расходы, УЗИ, анализы». (ДЗ «Пингони».)

В случае принятия решений относительно того, в какое медицинское учреждение обратиться, какие-либо четко распознаваемые тенденции или различия в ответах при сравнении двух районов, или восьми сёл, не выявлены.

Врезка 3. Выбор медицинского учреждения: резюме заключений

- Матери и семьи принимают решения о том, в какое медицинское учреждение обратиться, исходя из ряда факторов, включая распознавание заболевания, оценку степени тяжести заболевания, предпочтение домашних средств, желание обратиться за консультациями, график вакцинации, необходимость срочного вмешательства медицинского работника, доверительные отношения с поставщиками услуг, опыт, направления и рекомендации, оценка качества и компетентности, желание или необходимость сдать анализы/посетить аптеку, удобство/доступность, транспортные расходы и расходы на лекарства.
- В целом, по мнению матерей, до учреждений ПМСП удобнее добираться и доступ к ним является более удобным — особенно учитывая, что с медицинскими работниками часто можно связаться по телефону после рабочих часов, или медицинские работники посещают домохозяйства, — а также обращение в учреждения ПМСП является более доступным в ценовом отношении с точки зрения транспортных расходов.
- В целом, по описаниям, учреждения ПМСП и медицинские работники знакомы матерям, и матери относятся к ним с доверием. Матери отмечали положительное взаимодействие с местными медицинскими работниками. Об отрицательном опыте взаимодействия с медицинскими работниками или их отрицательном поведении не сообщалось.
- Некоторые матери отметили, что они, вероятно всего, обратятся в СЦЗ/ДЗ в случае менее тяжелого детского заболевания и после того, как они сначала попробуют решить проблему самостоятельно.
- С другой стороны, некоторые также отметили, что они обращаются в учреждения ПМСП, когда проблема становится неотложной, и требуется незамедлительное вмешательство медицинского работника.
- В целом матери чувствуют ограниченность услуг, предлагаемых СЦЗ/ДЗ: такие услуги часто ограничиваются консультациями и направлениями в районные медицинские учреждения, за исключением случаев вакцинации.
- Многие матери хотели бы, чтобы в учреждениях ПМСП у них был более регулярный доступ к врачам, в том числе к педиатрам и гинекологам, особенно к врачам-женщинам. Некоторые матери имеют доступ к этим врачам в учреждениях ПМСП. Другие матери хотели бы, чтобы в их селе был доступ к лабораторным анализам и аптекам, что позволило бы не выезжать в район.
- Некоторые матери выразили мнение, что качество услуг в районных медицинских учреждениях выше, потому что в них имеется больше сканирующего и тестового оборудования, например аппараты УЗИ и лаборатории, а также специалисты. Матери обычно ассоциируют компетентность и качество со специализацией.
- Матери также обращаются в районные больницы по направлениям от местных врачей/медицинских работников в учреждениях ПМСП или по совету или опыту членов семьи. Некоторые матери могут обойти учреждения ПМСП, ожидая, что они получат такие направления, и им в любом случае придется обращаться в районные медицинские учреждения.
- Большинство матерей отметили, что они, вероятнее всего, будут обращаться только в учреждения ПМСП, если: у них будет доступ к педиатрам и гинекологам, им будут назначать лечение, у них будет доступ к аптекам/назначенным лекарствам, у них будет доступ к лабораторным анализам (особенно для беременных женщин), — и будут обращаться в скорую помощь при необходимости.

Таблица 5. Факторы, препятствующие и способствующие использованию услуг в учреждениях ПМСП

Препятствующие факторы	Способствующие факторы
Неосведомленность или недостаточное распознавание симптомов/заболевания	Понимание или распознавание симптомов/заболевания; прошлый опыт
Оценка степени тяжести заболевания как низкой и желание обратиться к самолечению	Оценка степени тяжести заболевания как высокой или потребность в срочной медицинской рекомендации/срочном медицинском вмешательстве
Применение или предпочтение традиционных/домашних средств или альтернативных источников помощи, например, религии	Плановые визиты или вакцинация
Проблема, которая воспринимается как сложная и требующая медицинской помощи на районном уровне	Проблема, которая воспринимается как несложная с нетрудным лечением
Необходимость получения разрешения мужа или его родственников	Самостоятельное принятие решений, так как семья живет отдельно от родственников мужа, или самостоятельное принятие решений, несмотря на советы родственников мужа
Ожидаемые расходы на лекарства или анализы	Страх или тревога из-за симптомов/заболевания
Транспортные расходы	Возможность обращаться к врачам, проживающим по соседству, или возможность посещения медицинскими работниками на дому
Наличие транспорта/состояние дорог	Учреждение ПМСП находится поблизости/доступ к нему не затруднен
Недостаточный доступ к врачам в учреждениях ПМСП, например к педиатрам или гинекологам/отсутствие регулярного доступа к таким врачам. Отсутствие врачей-женщин	Сельские медицинские работники всегда доступны, даже в ночное время и по телефону
Отсутствие в селе аптеки или лаборатории	Наличие в селе аптеки
Прошлый опыт или знакомство с врачами в районных медицинских учреждениях	Доверительные отношения с местными врачами или медицинскими работниками
Ожидание, что сельские медицинские работники направят в районное медицинское учреждение; случаи, когда было нужно направление в районное медицинское учреждение	Рекомендации членов семьи
Восприятие, что в районных медицинских учреждениях качество услуг более высокое из-за наличия специалистов и тестового оборудования, например, аппарата УЗИ	Положительный прошлый опыт обращения в учреждения ПМСП

На рисунке 3 жирными стрелками обозначена общая последовательность действий в процессе принятия матерями решений относительно обращения за медицинской помощью. Однако также регулярно описываются и траектории, обозначенные простыми стрелками. Факторы, влияющие на решение при выборе той или иной траектории, приведены в таблице 5.

Рисунок 3. Общие траектории обращения за медицинской помощью матерями, имеющими маленьких детей



3.3. Опыт медицинских работников

3.3.1. Оценка проблем, с которыми сталкиваются медицинские учреждения

С помощью подхода свободного листинга медицинских работников попросили перечислить все трудности, с которыми они сталкиваются в настоящее время в своих учреждениях. Проблемы, которые упоминались медицинскими работниками минимум пять раз, представлены в таблице 6 (необходимо отметить, что участники могли отметить проблему более одного раза; поэтому приведенные цифры не обязательно напрямую соответствуют количеству участников, называющих каждую проблему). Проблемы приведены в той формулировке, которую давали участники.

Таблица 6. Проблемы в учреждениях ПМСП, перечисленные сельскими медицинскими работниками

Отмеченная проблема	Количество упоминаний
Неподходящие условия для работы [инфраструктура]	24
Проблема — бесперебойное водоснабжение	18
Отсутствует лаборатория	17
Дороги в ужасном состоянии	16
У нас нет кареты скорой помощи или машины для посещения домохозяйств	15

Отмеченная проблема	Количество упоминаний
Нет специалистов	15
Учреждение и кабинеты некомфортные	14
Отсутствуют оборудование и материалы для женских потребностей и материнского здоровья	13
Много ходить [при посещении домохозяйств] утомительно, и мы боеем	12
Отсутствие оборудования	11
Заработная плата	9
Кабинеты не отапливаются	9
Нет туалета	9
Недостаточно кабинетов	8
Нам нужна горячая вода/Нет водонагревателя	7
Нет аптеки	7
Нет материнского кабинета и кушетки [смотрового кресла] для беременных женщин	5

Медицинских работников также спрашивали об этих вызовах во время интервью, и они в целом озвучили те же самые типы трудностей — т.е. трудности с инфраструктурой, оборудованием и отсутствием специалистов. Несмотря на то, что при составлении свободного листинга в качестве проблемы была озвучена заработная плата, во время интервью многие отметили улучшения с заработной платой, хотя некоторые также выразили желание, чтобы ее дополнительно увеличили.

3.3.2. Оценка поведения сообществ

Медицинских работников попросили поразмышлять об обращении сообществ за медицинской помощью и о том, что удерживает жителей сообществ от обращения в их медицинские учреждения. В целом медицинские работники отметили такие же сложности, как и матери, включая отсутствие оборудования, отсутствие врачей или специалистов, отсутствие возможностей для проведения лабораторных анализов, отсутствие местных аптек, отсутствие машин скорой помощи и/или барьеры, затрудняющие доступ в медицинское учреждение, некомфортные условия в медицинском учреждении. В результате, по словам медицинских работников, они чувствуют, что их возможности помогать людям ограничены, и что они часто лишь проводят консультации и затем направляют жителей в районные медицинские учреждения. Лишь несколько участников предположили, что ограниченное обращение за медицинской помощью связано с недоверием к медицинским учреждениям, однако большинство медицинских работников отметили, что многие члены сообществ не обращаются к ним из-за их ограниченного потенциала. Жители, по-видимому, по опыту знают, что будет более эффективно, если они напрямую обратятся в районные медицинские учреждения для получения лечения, рецептов и — в некоторых случаях — осмотра вместо того, чтобы сначала обращаться в прикрепленное медицинское учреждение. Один медицинский работник в ДЗ «Навобод», однако, пояснила, что она старается призывать жителей к тому, чтобы они сначала консультировались с участковыми врачами/специалистами:

«Я всегда говорю людям: „Прежде чем обращаться в другие больницы в других местах, сначала проконсультируйтесь с нами. Проконсультируйтесь с нами, посоветуйтесь с нами, и потом можете [обращаться] куда хотите. Решите ли вы поехать в Душанбе или в другие районные больницы, сначала вы должны обратиться к нам. Потому что когда вы обращаетесь [в] эти места, первое, о чем спросит врач, — обращались ли вы в ДЗ/сельский центр здоровья по месту жительства?“ В идеальном случае при обращении за консультацией не по участку и к другому врачу пациент должен взять у нас направление».

Некоторые медицинские работники отметили, что у них нет необходимых инструментов или оборудования для осмотра и диагностики, например, электрокардиографов (ЭКГ) для больных гипертоний, весов и инструментов для осмотра. Многие отметили, что на обращении жителей за медицинской помощью сказывается отсутствие диагностического оборудования, к примеру, аппарата УЗИ, — в некоторых случаях медицинские работники считают, что наличие такого аппарата могло бы помочь при проведении осмотров и диагностики. Также, со слов одного из врачей СЦЗ «Ватан», наличие такого оборудования позволит улучшить качество предоставляемых услуг и послужит своего рода мотивацией для пациентов:

«Например, у человека грипп/простуда, но он говорит: „Я пойду и сделаю УЗИ“— мы стараемся объяснить, что „в Вашем случае вам не нужно УЗИ. Зачем Вам делать УЗИ? Если Вы считаете, что вам нужно сделать УЗИ, идите и сделайте. Но почему Вы сначала не обращаетесь к нам, мы все Вам объясним. Вам не нужно принимать или покупать много лекарств. Обратитесь к нам за консультацией, и мы объясним, какие лекарства Вам нужны, чтобы вылечиться, например, от простуды/гриппа“».

Медицинские работники также пояснили, что отсутствие врачей или узких специалистов, в том числе педиатров и гинекологов, сказывается на их работе и возможности оказывать более качественную медицинскую помощь и сдерживает жителей от обращения в их медицинские учреждения. В СЦЗ «Арча» было отмечено, что хотя имеется педиатр, отсутствуют врачи для лечения взрослых заболеваний, и поэтому больные гипертонией, диабетом или респираторными заболеваниями обращаются за помощью в районную больницу. По рекомендации медицинского работника в ДЗ «Оли Сомон»:

«Должны быть врачи, хотя женщины и приходят сюда. Однако из-за отсутствия семейных врачей, гинеколога, лаборатории для анализа крови, мочи, проведения теста на наличие СПИД, ЭДС, ЭКГ, УЗИ невозможно провести полный медицинский осмотр и предоставлять более качественные услуги. Поэтому мы вынуждены отправлять всех этих обращающихся женщин в район для полного медицинского осмотра и лечения даже после постановки на учет. Я думаю, что наличие семейного врача, лаборатории, аппарата УЗИ, ЭКГ, инструментов и т.д. могло бы мотивировать людей к тому, чтобы они обращались в этот ДЗ вместо того, чтобы ездить в район, который находится так далеко, и им приходится нести транспортные расходы. Они могли бы обращаться сюда достаточно часто. На данный момент отсутствие всех вышеназванных наименований служит барьером, который удерживает их от обращения к нам».

Некоторые медицинские работники среднего звена также отметили, что они чувствуют ограниченность в связи с тем фактом, что они не могут оказывать услуги без предписаний врача, например, не могут проводить вакцинацию, когда в их учреждениях врачи не присутствуют регулярно. Участник в ДЗ «Оли Сомон» пояснил, что у них есть семейный врач, который проводит медицинский осмотр, благодаря чему члены сообщества не обращаются в районные медицинские учреждения. Медсестра в СЦЗ «Парджасой» пояснила, что поскольку у них нет постоянного врача, который мог бы сделать назначения, им приходится направлять пациентов в другие медучреждения:

«Мы можем проводить необходимые манипуляции и процедуры, но у нас нет права делать назначения, мы просто осматриваем их, оказываем первую помощь и, конечно, отправляем их в больницу, к врачу».

Другим барьером, который препятствует своевременному обращению населения за медицинской помощью, является отсутствие лабораторных услуг и близлежащих аптек. Медицинские работники отметили, что не могут проводить клинические анализы крови, экспресс-тесты на наличие заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), и анализ мочи. Это сказывается на решении жителей относительно обращения за помощью и поведении медицинских работников. Один медицинский работник в СЦЗ «Арча» пояснил, что из-за отсутствия в их СЦЗ лаборатории пациенты в обход сельского центра здоровья и обращаются напрямую в медучреждения района. Другой работник в СЦЗ «Ватан» отметил, что ввиду отсутствия лаборатории зачастую медицинские работники сами отправляют пациентов в районные медицинские учреждения:

«У нас здесь нет лаборатории. Поэтому для медицинского осмотра, когда нам нужны самые базовые анализы, нам приходится отправлять пациентов в район, например, для сдачи анализа на малярию или анализа крови и т.д. Людям дорого проделывать весь этот путь до центра, чтобы сдать анализы. На это уходит много денег. Однако если бы у нас была лаборатория здесь, мы смогли бы все это делать сами».

Некоторые медицинские работники также предположили, что жители хотели бы, чтобы у них была возможность добраться до медицинского учреждения на машине скорой помощи в экстренных ситуациях или в случаях, когда им трудно добираться до своего медицинского учреждения из-за расстояния или плохого состояния дорог. Многие медицинские работники также описали трудности, с которыми они сталкиваются при посещении домохозяйств, когда им необходимо преодолевать большие расстояния по дорогам в плохом состоянии. Например, один работник в ДЗ «Пингони» пояснил, что для посещения пациентов врачам приходится проходить 2,5 км в одну сторону. Медицинский работник в ДЗ «Оли Сомон» описал транспортные барьеры, с которыми сталкиваются как жители, так и медицинские работники:

«Поскольку сёла находятся так далеко отсюда, пациенты всегда жалуются, что мы приходим поздно. У нас уходит час, чтобы добраться до пациентов с гипертонией или детей с жаром. Они спорят или плачут, если дело касается детей. Кроме того, беременные женщины на последних месяцах беременности — 7-8 месяцев — должны посещать нас, или наоборот; однако им так тяжело приходить сюда, учитывая их

положение, большое расстояние и разбитые дороги. Поэтому было бы лучше, если бы здесь была машина скорой помощи, чтобы мы могли приезжать к людям вовремя».

Медицинские работники также отметили некомфортные условия в медицинских учреждениях, что ограничивает услуги, которые они могли бы предоставлять, и удерживает жителей, особенно женщин, от обращения. Это включает отсутствие туалетов на территории медицинских учреждений, отдельных смотровых кабинетов и достаточного пространства, смотровых стульев, отопления и охлаждения. Один медицинский работник в СЦЗ «Арча» описал, как отсутствие отопления и охлаждения в здании влияет на пациентов:

«Ну, я имею в виду кондиционер в зимнее и летнее время для охлаждения и отопления. Матери, которые приходят для вакцинации своих детей, в холодную погоду не могут ждать на улице или в холодных помещениях... Мы раздеваем детей, они почти нагие во время вакцинации от коревой краснухи и других заболеваний; некоторые могут вспотеть перед тем, как войти в кабинет, поэтому есть высокий риск того, что они простудятся или подхватят какое-нибудь другое заболевание. В летнее время нужен кондиционер, чтобы охладить помещение, чтобы дети и их родители чувствовали себя комфортно в процессе иммунизации, чтобы они не находились на солнце».

Медицинские работники выразили чувство, что эти условия ограничивают их. Одна участница (медицинский работник) в СЦЗ «Дусти» выразила расстройство из-за того, что она не может оказать помощь:

«Даже если их [пациентов] пригласят, у нас самих нет условий, и помещение слишком маленькое и холодное. По этой причине они приходят редко... Также нам нужно осматривать беременных женщин, которых мы полностью регистрируем, из-за отсутствия [пространства] мы не можем их осматривать. Мы не можем разрешить все их жалобы, мы все работаем в одном кабинете, поэтому они не могут высказывать нам все жалобы, поэтому нам трудно».

Из-за этих ограничений медицинским работникам часто приходится отправлять пациентов в район, чтобы они получили там дополнительную помощь. Медицинский работник в ДЗ «Оли Сомон» пояснил:

«Сюда приходят больные гипертонией и дети с высокой температурой. Мы не можем помочь им и оказать услуги, поэтому мы просто даем некоторые лекарства, сбиваем кровяное давление, оказываем первую помощь, берем такси и отправляем их в район для полного осмотра и лечения».

С другой стороны, несколько участников также отметили, что посещение районных медицинских учреждений оказывается неудобным или недоступным в ценовом отношении (из-за транспортных расходов) для большинства пациентов, и если бы у них производились лабораторные исследования, то отпала бы необходимость в перенаправлении больных.

Лишь несколько участников предположили, что обращению за медицинской помощью препятствуют недоверие к местным медицинским учреждениям или их негативное восприятие. Медсестра в СЦЗ «Ватан» полагает, что, возможно, есть некоторые случаи, когда жители не доверяют врачам в ее СЦЗ или не ладят с медсестрами. Однако она также считает, что в целом пациенты чувствуют, что в СЦЗ с ними обращаются хорошо, и они не хотят никуда больше идти. Врач в СЦЗ «Ватан» пояснил, что людям, возможно, не разрешают обращаться в медицинское учреждение члены их семьи:

«Поскольку некоторые все еще достаточно консервативны. По сути, отсутствует доверие к нашему центру, хотя центр во многом улучшился, и условия у нас намного лучше. У нас здесь много врачей».

Этот медицинский работник предположил, что важно повышать медицинскую грамотность сообщества и предоставлять населению необходимую информацию о профилактике заболеваний. Медицинский работник в ДЗ «Бахор» поднял проблемы, связанные с тем, что их ДЗ находится в мечети. В результате многие жители не решаются обратиться в их учреждение и вместо этого обращаются в СЦЗ в соседнем селе, в котором условия лучше и имеется постоянный врач. Из всех выключенных в выборку участков настоящая обеспокоенность ограничивается лишь ДЗ «Бахор» — не ожидается, что это общая для проектных участков проблема.

Не все медицинские работники обсуждали вызовы, препятствующие обращению за медицинской помощью. Один медицинский работник в СЦЗ «Ватан» пояснил, что использование услуг, в том числе среди детей и больных гипертонией и диабетом, по сути, увеличилось после того, как учреждение было отремонтировано. Другой медицинский работник в СЦЗ «Парджасой» отметила, что хотя их СЦЗ расположен далеко от сельского центра и до него сложно добраться, она и ее коллеги являются районными акушерками, и поэтому они много посещают домохозяйства; поэтому их услуги востребованы. Другой медицинский работник в СЦЗ «Ватан» отметил, что не было случаев, когда жители предпочли бы обратиться в районную больницу вместо СЦЗ. Медсестра в ДЗ «Бахор» отметила сложности обращения за медицинской помощью. С другой стороны, благодаря произошедшим в рамках проекта улучшениям, жители имеют больше надежд относительно помощи, которую может оказать их ДЗ. С другой стороны, реальные трудности по-прежнему препятствуют обращению за помощью:

«Хорошо, что женщины стали очень активными. Они сами обращаются сюда. Когда мы просим их прийти на определенную консультацию, они, соответственно, приходят, и мы подготавливаемы для их визита весы и ростомеры, медицинские карты с историей беременности и все другое. В этом отношении они стали очень активными, они постепенно начинают понимать важность регулярных осмотров и т.д. И когда они приходят сюда к нам, у них появляется надежда, что есть ДЗ, который позаботится об их общем благополучии во время беременности. Однако проблемы в основном касаются отсутствия родильных кресел/специальных кресел для гинекологического осмотра и т.д. Поскольку такие кресла отсутствуют, нам приходится отправлять их в районный центр — чтобы получить эти услуги, они проделывают большой путь».

Данная медсестра связывает рост обращаемости с вниманием, которое медицинские работники уделяют повышению медицинской грамотности по вопросам беременности и регулярных осмотров. Она также отметила семинары, которые проводились по данным вопросам.

3.3.3. Оценка улучшений в рамках ФРД

Медицинских работников также спросили о том, что идет хорошо в их работе, и об улучшении качества, которые они отмечают в своих учреждениях и работе благодаря пилотному внедрению ФРД. Хотя участники назвали некоторые логистические недостатки и трудности, с которыми они сталкиваются в своих учреждениях, в целом они положительно оценивают пилотную программу ФРД и ее воздействие на качество. Медицинские работники отметили улучшения по нескольким основным направлениям, которые произошли благодаря пилотной программе ФРД. Это улучшение оснащенности и строительство зданий, а также увеличение числа обращений, положительное восприятие учреждений ПМСП среди жителей сообществ, качество оказания услуг, соблюдение клинических протоколов, заработная плата и мотивация медицинских работников. Медицинские работники особенно подчеркнули положительное воздействие, которое на них оказало участие в семинарах и повышение знаний и навыков. Многие выразили желание, чтобы проект продолжился. Ниже процитированы несколько иллюстративных ответов в обоих районах.

Фархорский район:

- *«После сотрудничества с этим проектом условия в нашем медицинском учреждении значительно улучшились. Имеются все необходимые инструменты, мебель и рабочие условия. Отсутствовали кресла, кушетки, столы, ручки, карандаши — сейчас все предоставлено бесплатно. Еще одна привилегия — для нас организуются семинары, которые мы посещаем и расширяем свой интеллектуальный и профессиональный кругозор». (СЦЗ «Арча».)*
- *«Ну, воздействие есть. Лично мне стало так легко заполнять карточки: раньше у нас были трудности с доступом к ним, и мы закупали их в разных местах. Сейчас мы идем и получаем их на медико-санитарных постах — в любом необходимом количестве. Мне это очень помогло, действительно... [Проект] тесно сотрудничает с нами, у нас нет каких-либо жалоб; однако, если они продолжат сотрудничать с нами, это было бы хорошо для нашего общего блага. Например, недавно мы слышали, что они собираются прекратить работу с нами — было действительно печально услышать это. Мы надеемся, что они продолжат сотрудничать с нами, потому что с их помощью мы значительно улучшились». (ДЗ «Бахор».)*
- *«Да, люди, кажется, счастливы и довольны с тех пор, как начал работать этот центр здоровья. Мы призываем людей обращаться в учреждение, посмотреть учреждение, которое было предоставлено здешнему населению. Мы не ожидали, что из руин, которые здесь были до этого центра здоровья, однажды восстанет полностью оснащенный центр со всеми условиями и средствами. Теперь у нас тоже есть мотивация работать и служить людям. Да, конечно, отношение меняется; люди в этом селе*

также, кажется, довольны, потому что они проделывают большой путь, чтобы добраться сюда». (СЦЗ «Ватан».)

- *«Ну, наша работа и деятельность улучшилась, они осуществляют надзор за нами, например, в связи с этим мы принимаем больше пациентов, например, беременные женщины встают на учет своевременно в течение 12 недель; возможно, до этого они вставали на учет позже, теперь в рамках проекта мы [их] часто посещаем, новорожденных посещаем спустя шесть дней после рождения, акушерка посещает шесть дней; возможно, раньше так не было, теперь им платят хорошую заработную плату, они оказывают помощь, наблюдают за ними; мы, например, определяем гипертонию по индикаторам, регистрируем их и оказываем помощь». (ДЗ «Пингони».)*

Яванский район:

- *«Я работаю с этим проектом два года и приобрела новые навыки, знания, к которым у нас не было никакого доступа раньше. Было бы невозможно повысить качество услуг без этого проекта. Раньше не соблюдалась никакая рабочая дисциплина или стратегия, и ремонт делали, когда хотели; однако теперь все планируется соответствующим образом и выполняется своевременно, особенно учитывая предпочтение, которое отдается пациентам с повышенным кровяным давлением, беременным женщинам и детям. Вышеупомянутый проект дал нам возможность расширить свой интеллектуальный и профессиональный кругозор благодаря обновлению существующих и приобретению новых знаний. Это опыт, способный изменить жизнь. Спасибо тем, кто реализует проект». (ДЗ «Навобод».)*
- *«Выгода этой программы — организация для нас семинаров и проведение информативных сессий. Мы посещаем много семинаров и многое узнали, расширили свой профессиональный кругозор. Мы узнали, как подготавливать отчеты, заполнять медицинскую историю беременных женщин, регистрировать детей с пониженной массой тела, больных гипертонией и анемией, а также лечить их... Раньше мы подготавливали отчеты так, как считали лучше; однако в рамках этого проекта были применены инновации. Например, нас учили регистрировать беременных женщин на 11-12 неделе беременности. Мы представляем квартальный отчет по индикаторам, в том числе по детям младше одного года, их весу и росту, беременным женщинам и т.д.». (ДЗ «Оли Сомон».)*
- *«Ну, он не повлиял отрицательно, только положительный эффект, т.е. улучшение. Это стало прогрессом в нашей работе, деньги, которые они платили, стали стимулом для нас. Ну, мы хотим, чтобы этот проект продвигался дальше. Пусть его восстановят. Пусть его восстановят, для нас было очень хорошо, что проводились семинары, каждый квартал мы получали оплату, затем они приходили проверять наши документы своевременно, наши документы были в порядке и подготавливались своевременно, они все проверяли, нам очень нравился этот проект». (СЦЗ «Дусти».)*
- *«Конечно, с того дня, как начался проект, произошли улучшения. Этот проект научил нас, и мы научим людей. Исправлено много недостатков, многие из которых нам объясняли. Мы благодарны проекту за то, что он помог нам». (СЦЗ «Парджасой».)*

Врезка 4. Опыт медицинских работников: резюме заключений

- Когда медицинских работников просили описать трудности, с которыми они сталкиваются в своих учреждениях, большинство назвали различные инфраструктурные вызовы, например, отсутствие достаточного пространства, ограниченный доступ к аптекам, отсутствие лабораторных средств, отопления/охлаждения, инструментов и стульев для медицинского осмотра и бесперебойного водоснабжения.
- Большинство медицинских работников предположили, что нежелание жителей обращаться к ним связано с отсутствием аптек, лабораторий, оборудования для медицинского осмотра и регулярного доступа к врачам.
- Некоторые медицинские работники выразили мнение, что нежелание жителей сообществ обращаться в учреждения ПМСП может быть связано с отсутствием комфортных условий, например, отапливаемых комнат ожидания, смотровых стульев и туалетов.
- Медицинские работники отметили, что часто они сами направляют пациентов в районные медицинские учреждения.
- Однако медицинские работники не отмечали вопросы качества оказываемой ими помощи, такие как уровень подготовки или соблюдение протоколов.
- В подавляющем большинстве медицинские работники положительно отзывались об опыте работы с программой ФРД, отмечая среди прочего улучшения в оснащенности учреждений и строительство зданий, а также увеличение числа обращений сообществ за медицинской помощью и повышение качества услуг. Многие медицинские работники также отметили положительное воздействие участия в семинарах, направленных на их профессиональное развитие, и выразили желание, чтобы проект продолжался и в дальнейшем.

4. ОБСУЖДЕНИЕ

4.1. Основные заключения

Ниже резюмированы основные заключения настоящего исследования по основным темам:

Оценка со стороны медицинских работников

- Барьеры, которые определили сельские медицинские работники в своих учреждениях, в основном касаются вопросов инфраструктуры, например, отсутствие достаточного пространства для консультаций, оборудования и инструментов, возможностей для проведения лабораторных анализов и бесперебойного водоснабжения.
- При посещении домохозяйств медицинские работники сталкиваются с транспортными трудностями и плохим состоянием дорог. По их мнению, транспортные вопросы являются также барьером, препятствующим обращению членов сообществ в медицинские учреждения.
- Медицинские работники определили несколько других барьеров, препятствующих обращению членов сообществ в медицинские учреждения, в том числе отсутствие близлежащих аптек или узких специалистов, таких как педиатры и гинекологи.
- Некоторых медицинских работников расстраивают невозможность проведения полных медицинских обследований пациентов/членов сообществ и необходимость их направления в районные медицинские учреждения. При этом они понимают, что пациенты нуждаются в более полном обследовании, которое может быть предоставлено на районном уровне.
- Медицинские работники весьма положительно оценивают пилотную программу ФРД, отмечая рост числа обращений членов сообществ, повышение качества оказания услуг, соблюдение протоколов и высокую удовлетворенность тренингами и семинарами, направленными на их профессиональное развитие.

Здоровьесберегающее поведение сообществ

- Матери в целом могли определить симптомы детских заболеваний, например, диареи, но не всегда могли правильно определить причину. Некоторые матери не распознают, что заболевание требует лечения, до тех пор, пока симптомы не станут более выраженными или пока член семьи или медицинский работник не даст соответствующих советов.

- В домохозяйстве ответственными за принятие решений относительно обращения за медицинской помощью являются в основном муж или старшие члены семьи. Ожидается, что молодые матери будут следовать наставлениям старших.
- Учреждения (СЦЗ/ДЗ), к которым прикреплены охваченные исследованием домохозяйства, воспринимаются как более удобный, экономичный и доступный вариант по сравнению с районными медицинскими учреждениями. Матери могут проконсультироваться с медицинскими работниками в селе (во время подворового обхода/патронажа), даже если они не обращаются в медицинские учреждения.
- Медицинские учреждения районного уровня воспринимаются как учреждения, где оказывается больший спектр услуг для диагностики и лечения из-за регулярного присутствия врачей/специалистов, наличия лабораторий, аппаратов УЗИ и аптек.
- Прикрепленные СЦЗ/ДЗ рассматриваются как важные учреждения для предоставления плановых и профилактических медицинских услуг населению, в то время как районные медицинские учреждения рассматриваются как критически важные учреждения для более сложных вопросов и лечения.
- Матери обращались бы в учреждения ПМСП более регулярно, если бы в них на постоянной основе осуществляли деятельность такие врачи как педиатры и гинекологи для оказания специализированной помощи (проведения осмотра и назначения лечения) а также если бы там было необходимое оборудование для проведения лабораторных исследований, аптеки находились бы в шаговой доступности и не было бы проблем с приобретением лекарственных препаратов.
- Матери чаще подчеркивают, что на принятие решений относительно обращения за медицинской помощью в близлежащие медицинские центры больше влияют доверие и знакомство, чем чувство физического комфорта в самом учреждении (например, наличие отопления или мест для ожидания).
- Матери положительно отзываются о качестве помощи, которую они получают в учреждениях ПМСП.

Воздействие гендерных факторов

- На здоровьесберегающее поведение молодых матерей влияют социальные и культурные нормы. Значительный объем домашних обязанностей может повлиять на возможности матери ухаживать за своими детьми. У молодых матерей ограничены возможности принятия самостоятельных решений, и от них ожидается, что они будут следовать наставлениям мужа и старших членов семьи. Однако некоторые могут принимать самостоятельные решения.

- На обращаемости населения и посещении домохозяйств медицинскими работниками отрицательно сказывается плохое состояние дорог, особенно в сёлах, в которых медицинское учреждение находится далеко от сельского центра/большинства домохозяйств.
- Медицинские работники и матери отметили недавние улучшения в медицинских учреждениях. Однако обе группы также отметили, что на использовании услуг отрицательно сказывается ограниченность оснащения и имеющихся услуг.

4.2. Возможное объяснение основных заключений

4.2.1. Распознавание матерями детского заболевания

Рассматривая ответы матерей, мы можем сравнить их отношение, установки и нормы, как это показали их ответы на историю в виньетке, когда они описывали свои реальные истории заболевания. Многие матери распознали заболевание вымышленного мальчика Адхама как диарею, а некоторые также могли определить причину его заболевания — заболевание, связанное с подверженностью бактериям. Другие, однако, связали причину с чувством холода, именуемую в медицинской антропологической литературе горяче-холодной этиологией заболевания (Pool 1987). Отсутствие раннего распознавания или понимания симптомов приводит к задержке обращения за помощью в медицинские учреждения, особенно когда мать или семья решают сначала использовать домашние средства. Некоторые матери также отметили, что Тахмина — мать в виньетке — возможно, была занята или невнимательна из-за домашних дел, и это является основной причиной, почему Адхам заболел. Вероятно, матери спроецировали на себя чувство ответственности или вины за благополучие своих детей, будучи основными лицами, ухаживающими за ними, но неясно, может ли это потенциально повлиять на принятие решения относительно обращения за медицинской помощью.

Многие матери утверждают, что у их детей были такие же симптомы, как у Адхама, и описали несколько способов, с помощью которых они распознали необходимость лечения диареи, включая наблюдение за серьезными симптомами, прошлый опыт и следование рекомендациям семьи. В отношении других заболеваний, которыми болели их дети, матери отметили те же способы распознавания, а также пояснили, что распознать необходимость лечения им помогают рекомендации врачей, поведение детей и чувство страха. Однако некоторые матери признали, что они не обращались за помощью в медицинские учреждения - будь то детская диарея или другие проблемы — до тех пор, пока симптомы не стали более выраженными.

4.2.2. Принятие решений относительно обращения за медицинской помощью

Матерей попросили определить шаги, которые должна предпринять Тахмина для ухода за Адхамом. Их предложения отражают установки и социальные нормы

относительно принятия решений в семье и тесно связаны с описанием своего здоровьесберегающего поведения при заболевании их собственных детей. Основные особенности обращения за медицинской помощью включают следующее: консультации с мужем и его родственниками и следование их наставлениям/выполнение их решений, использование домашних/традиционных средств, самостоятельное применение лекарственных средств, посещение учреждений ПМСП для получения консультаций и направлений и обращение в районные медицинские учреждения для консультаций с врачами или специалистами и получения лечения. Матери также определили основные барьеры, препятствующие обращению за медицинской помощью, которые включали следующее: запрет родственниками мужа обращаться в медицинские учреждения, транспортные трудности и финансовые барьеры, которые препятствуют обращению за лабораторными услугами, обращение в районные больницы и расходы на лекарства и другое лечение.

Основная особенность траекторий обращения за медицинской помощью — это роль, которую играют в принятии решений родственники мужа, особенно свекровь. У матерей ограничены возможности принятия самостоятельного решения, и — согласно культурным нормам — ожидается, что они будут следовать наставлениям старших членов семьи, особенно самых старших женщин в домохозяйстве. Женщины пояснили, что эти нормы существуют, поскольку старшие члены семьи имеют опыт и могут наставлять их. Принятие решения относительно обращения за медицинской помощью, таким образом, является в домохозяйстве коллективным процессом. Однако некоторые матери могут не следовать предложениям других членов семьи, если имеются факторы, способствующие обращению в местные медицинские учреждения. По словам некоторых матерей, старшие родственники отговаривают их обращаться в медицинские учреждения и предпочитают традиционные средства. Вероятно, у старших родственников был менее положительный опыт обращения в учреждения ПМСП до того, как началась пилотная программа ФРД; это, возможно, сказалось на их советах, которые они дают молодым матерям.

4.2.3. Выбор медицинского учреждения

В целом качественный анализ показал значительное совпадение ответов работников учреждений ПМСП и матерей маленьких детей. Что касается времени обращения в медицинское учреждение, матери описывают случаи обращения в местные СЦЗ или ДЗ, а также районные медицинские учреждения. Матери и семьи склонны обращаться в местные, сельские медицинские учреждения в случае заболеваний, которые воспринимаются ими как менее серьезные или менее сложные, или в случае, если им нужна консультация или направление к специалисту в районном медицинском учреждении. Медицинские работники пояснили, что — с помощью пилотной программы ФРД — они работали над повышением медицинской грамотности сообществ, чтобы повысить частоту обращений за медицинской помощью.

Многие матери отмечают, что обращаются в учреждения ПМСП, понимая и ожидая, что их направят в районное медицинское учреждение. Поскольку многие ожидают, что их

направят в район или что им придется ехать в район, чтобы сдать лабораторные анализы, пройти врачебный осмотр или посетить аптеку, многие также обходят местные медицинские учреждения и напрямую обращаются в район. Исходя из опыта направления в районные медицинские учреждения, некоторые матери, возможно, считают учреждения ПМСП неэффективными. Однако медицинские работники стараются призывать семьи к тому, чтобы они, прежде чем обратиться в районные медицинские учреждения, сначала обращались в свои местные медицинские учреждения. Другие медицинские работники выражают расстройство из-за того, что они не могут сами проводить осмотр или назначать лекарства из-за отсутствия врачей и оборудования. Некоторые матери предпочитают обращаться в районные медицинские учреждения, если это рекомендуют члены семьи или если у них установлены взаимоотношения с поставщиком услуг в этих учреждениях. Матери отмечают, что они обращаются в районные больницы для гинекологического или педиатрического осмотра в случаях, когда соответствующие врачи отсутствуют в учреждениях ПМСП. Это подтвердили медицинские работники, которые также пояснили, что врачи, предоставляющие консультации в учреждениях ПМСП, не имеют возможности проводить там осмотр и просят их обратиться в районную больницу.

Некоторые матери выразили мнение, что районные медицинские учреждения «лучше», потому что там есть доступ к специалистам, процедурам и УЗИ. Некоторые также полагают, что районные врачи более образованы. Поэтому матери и их семьи склонны к тому, чтобы придавать больше символической действенности материальному представлению медицины и технологий, например, аппаратам УЗИ. Однако матери также признают, что поездка в район является менее удобным и более затратным вариантом, учитывая транспортные расходы. Возможно, для некоторых возможность обратиться в районное медицинское учреждение, проходить сканирование или сдавать анализы, даже если для этого отсутствуют клинические показания, связана с более высоким социальным статусом. Один медицинский работник отметил, что некоторые члены сообщества хотели сдать анализы или пройти сканирование даже несмотря на то, что отсутствовала необходимость. Это согласуется с заключениями количественного исследования: относительно высокая доля населения обращается в учреждения более высокого уровня за услугами, которые они могут получить на уровне ПМСП. Кроме того, количественное исследование не выявило воздействия на обращаемость в сельские учреждения ПМСП для получения дородовой медицинской помощи.

С другой стороны, матери также признают, что их учреждения ПМСП оказывают качественную помощь, хотя предлагаемые услуги ограничены. Несмотря на то, что в учреждения ПМСП обычно обращаются по повседневным вопросам, часто они являются первым пунктом, куда люди обращаются за экстренной помощью. Учреждения ПМСП считаются в значительной степени более удобными и доступными. Часто матери могут обратиться в учреждение ПМСП из-за доверительных отношений с местными врачами или медицинскими работниками. Матерям также очень удобно, что их могут посещать на дому, или что они могут вызывать медицинских работников в своем селе даже в ночное время. Некоторые медицинские работники, однако, отметили, что им сложно пешком посещать домохозяйства, и что препятствием как для медицинских работников, так и для членов

сообществ является расстояние между медицинским учреждением и домохозяйствами. Большинство медицинских работников также отметили состояние медицинских учреждений и необходимость наличия отопления и охлаждения, большего пространства и смотровых стульев или комнат ожидания. Хотя, по их словам, эти проблемы сказываются на комфорте членов сообществ и, возможно, удерживают их от обращения в учреждения, матери не часто упоминали эти вопросы в качестве барьеров, препятствующих обращению в учреждения ПМСП.

4.3. Сильные стороны и ограничения

Настоящее исследование представляло собой глубинное изучение динамики использования медицинских услуг с точки зрения как сообществ, так и медицинских работников, которое позволило дать более полную и контекстуальную оценку опыта взаимодействия с сельскими учреждениями ПМСП в Таджикистане. В рамках исследования также использовались многочисленные методы, в том числе метод виньеток для членов сообществ и интервью со свободным листингом для медицинских работников, которые дополнили собой и усилили более традиционные качественные методы опроса. Для обеспечения беспристрастности качественных методов были приняты основные меры, в том числе предварительное тестирование инструментов сбора данных, интерактивный тренинг с полевым персоналом и итоговые обзорные сессии с лицами, осуществлявшими сбор данных.

Другие сильные стороны — это широкий спектр собранных данных с точки зрения содержания, охваченного во время интервью, и разных типов респондентов, а также многочисленные методы, использованные для сбора и анализа данных. Кроме того, инструменты сбора данных разрабатывались в несколько этапов — от рассмотрения сотрудниками компании «Z-Analytics Group» двух предварительных испытаний в полевых условиях до двух итоговых обзорных семинаров с лицами, осуществлявшими сбор данных. Тренинг был интерактивным, при его проведении использовались разные подходы, и в рамках тренинга лица, осуществлявшие сбор данных, получили информацию, которую они могут использовать в своей работе в дальнейшем.

На качество данных повлияли ограничения, связанные с переводом, особенно переводом интервью с жителями сообществ. Перевод одних записей был менее ясным или точным, чем перевод других, что, возможно, сказалось в некоторой степени на интерпретации заключений. Полнота содержания интервью также различалась в зависимости от интервьюеров и участников, что и ожидается при проведении качественных исследований. Это в большой степени относится к случаям, когда женщин опрашивали в присутствии их свекровей, которые обычно вмешивались во время разговора. В таких случаях, хотя интервьюеры в вежливой форме и просили свекровей, чтобы они позволили участницам выразить свои мысли, женщины, по-видимому, не решались делиться своим мнением. Также вероятно, что медицинские работники, в том числе руководители медицинских учреждений, не решались критически отозваться о пилотной программе ФРД.

Также глубину заключений исследования ограничивают сжатые сроки сбора данных. Сформулированные выводы также ограничивает тот факт, что в сообществах мы собирали данные лишь среди матерей, — вероятно, что другие члены домохозяйств, ухаживающие за детьми, или ключевые информанты могли бы поделиться иными взглядами и соображениями относительно здоровьесберегающего поведения и иной моделью использования услуг. Результаты можно распространить на другие пилотные районы ФРД. Однако, поскольку речь идет о качественном исследовании, заключения нельзя обобщить для всех проектных районов или других сообществ в Таджикистане, и их необходимо интерпретировать, учитывая ограничения.

4.4. Общие заключения

Качественное исследование, а также настоящий отчет — это целенаправленное исследование, проводившееся с целью ответить на заключение количественного анализа, а именно: изменение числа обращений за медицинскими услугами не было таким же заметным, как повышение качества медицинской помощи. Задачи качественного исследования включали проведение качественной оценки: (а) здоровьесберегающего поведения ухаживающих за детьми лиц/матерей и их мотивации для обращения за услугами в медицинские учреждения; (б) опыта работы медицинских работников по схеме ФРД в учреждениях и основных направлений, в которых отмечаются улучшения; и (в) основных вызовов, с которыми продолжают сталкиваться медицинские работники в учреждениях. В настоящем отчете представлены основные заключения промежуточного качественного исследования, направленного на понимание мотивов и решений, лежащих в основе обращения за помощью в учреждения ПМСП, особенно тех элементов поведения, которые не обусловлены исключительно стоимостью или качеством услуг.

Хотя качественное исследование в основном сосредоточено на лечебной помощи для детей, в рамках пилотного ФРД лечебные консультации не стимулировались. Однако пилотное ФРД было направлено на повышение качества таких услуг иным образом, например, посредством переобучения поставщиков медицинских услуг семейной медицине и включения индикаторов, связанных с лечебной помощью для детей, в баллы учреждений по качеству. Поэтому заключения необходимо интерпретировать с учетом этих факторов.

Данные собирались с использованием таких методов как интервью со свободным листингом (с медицинскими работниками) и ПСИ (с медицинскими работниками и матерями маленьких детей). В выборку были включены восемь сёл в двух проектных районах — Фархоре и Яване — Хатлонской области, в которой реализуется проект. В ответ на основной исследовательский вопрос, сформулированный для целей настоящего исследования, заключения позволяют предположить, что жители сообществ в целом имеют положительный опыт обращения в учреждения ПМСП и положительное взаимодействие с сельскими медицинскими работниками, включая — в некоторых случаях — регулярные, доверительные отношения с местными поставщиками услуг. Эти заключения согласуются с заключениями количественного анализа, которые показывают,

что сообщества, где реализуется проект, отмечают повышение качества в медицинских учреждениях, реализующих ФРД.

Однако ограниченный потенциал по оказанию услуг, ограниченное наличие поставщиков услуг в учреждениях ПМСП, а также направление пациентов в районные медицинские учреждения лишают население стимулов к тому, чтобы чаще обращаться в учреждения ПМСП. Жители обычно ассоциируют более высокое качество и компетентность со специализацией поставщиков услуг и наличием тестового оборудования. Кроме того, некоторые жители с задержкой обращаются за помощью в медицинские учреждения из-за того, что не распознают симптомы или предпочитают использовать домашние средства. Для повышения числа обращений в сельские центры здоровья и дома здоровья могут быть полезными просветительские усилия в области здравоохранения среди населения с упором на обеспечение эффективности услуг на более низком уровне, которые доступны в учреждениях ПМСП. Заключение несет в себе предпосылки для совершенствования интервенционных компонентов ФРД.

При рассмотрении этих заключений важно отметить, что, за исключением качества медицинских услуг, пилотная программа ФРД не была ориентирована на преодоление других барьеров, препятствующих обращению в медицинские учреждения, с которыми сталкиваются участники, таких как:

- Ограниченное наличие лабораторных услуг (лаборатории имеются примерно в 20% включенных в проектную выборку СЦЗ);
- Восприятие, что для первичной медико-санитарной помощи нужны специалисты;
- Высокая стоимость лекарств в аптеках (поскольку они не предоставляются в медицинском учреждении) и отсутствие аптек в отдаленных сёлах; и
- Динамика в домохозяйствах в части, касающейся обращения за медицинской помощью.

Тем не менее, хотя пилотная программа ФРД напрямую не направлена на преодоление этих барьеров, они по-прежнему составляют часть контекстуального ландшафта, формирующего здоровьесберегающее поведение, помогая, таким образом, объяснить, почему по итогам количественного исследования выявлено лишь умеренное воздействие на обращаемость за медицинской помощью. В целом, рассматривая результаты как количественного, так и качественного исследования, мы можем заключить, что пилотная программа ФРД в значительной степени способствовала улучшению качества медицинских услуг в учреждениях ПМСП.

5. ЛИТЕРАТУРА

- Ахмед Т., А. Арур, Д. де Уолк и Г. Шапира. 2019. Стимулирование количества и качества медицинских услуг: данные оценки влияния финансирования на основе результатов деятельности в сфере здравоохранения в Таджикистане. Аналитическая записка 8951. Вашингтон, округ Колумбия: Группа Всемирного банка.
- Amare, Y., S. Paul, and L. M. Sibley. 2018. "Illness Recognition and Appropriate Care Seeking for Newborn Complications in Rural Oromia and Amhara Regional States of Ethiopia." *BMC Pediatrics* 18 (265): 1-9.
- /Амаре Я., С. Пол и Л. М. Сибли. 2018. Распознавание заболевания и обращение за соответствующей медицинской помощью при осложнениях у новорожденных в сельских региональных штатах Оромия и Амхара в Эфиопии. Журнал «*BMC Pediatrics*», выпуск 18 (265): 1-9./
- Bolton, P., and A. M. Tang. 2002. "An Alternative Approach to Cross-cultural Function Assessment." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 37: 537–543.
- /Болтон П. и А. М. Танг. 2002. Альтернативный подход к кросс-культурной функциональной оценке. Журнал «*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*», выпуск 37: 537–543./
- Fritsche, G. B., R. Soeters, and B. Meessen. 2014. *Performance-based Financing Toolkit*. World Bank Publications.
- /Фритше Г. Б., Р. Сотерс и Б. Мессен. 2014. *Инструментарий финансирования по результатам деятельности*. World Bank Publications./
- ПРТ (Правительство Республики Таджикистан). 2019. *Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан: основные индикаторы*. <https://www.stat.tj/en/>. Дата обращения: 13 декабря 2019 года.
- Lawton, R., P. Gardner, and R. Plachcinski. 2010. "Using Vignettes to Explore Judgements of Patients about Safety and Quality of Care: The Role of Outcome and Relationship with the Care Provider." *Health Expectations* 14: 296–306.
- /Лотон Р., П. Гарднер и Р. Плачински. 2010. Использование виньеток для изучения суждений пациентов о безопасности и качестве медицинской помощи: роль результатов и взаимодействия с поставщиком медицинской помощи. Журнал «*Health Expectations*», выпуск 14: 296–306./
- Mebratie, A. D., E. Van de Poel, Z. Yilma, D. Abebaw, G. Alemu, and A. S. Bedi. 2014. "Healthcare-seeking Behaviour in Rural Ethiopia: Evidence from Clinical Vignettes." *BMJ Open* 4:e004020.
- /Мебрати А. Д., Е. Ван де Пёл, З. Йилма, Д. Адебо, Г. Алему и А. С. Беди. 2014. Здоровьесберегающее поведение в сельской Эфиопии: данные на основе клинических виньеток. Журнал «*BMJ Open*», выпуск 4:e004020./

- Patton, M. 1990. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- /Паттон М. 1990. *Качественные методы оценки и исследования*. Беверли-Хиллс, Калифорния: Sage Publications./
- Pool, R. 1987. "Hot and Cold as an Explanatory Model: The Example of Bharuch District in Gujarat, India. *Social Science & Medicine* 25 (4): 389–399.
- /Пул Р. 1987. Жара и холод как объяснительная модель: на примере района Бхаруч в Гуджарате, Индия. Журнал «*Social Science & Medicine*», выпуск 25 (4): 389–399./
- Ringold, D., A. Holla, M. Koziol, and S. Srinivasan. 2012. *Citizens and Service Delivery: Assessing the Use of Social Accountability Approaches in Human Development*. Washington, DC: World Bank.
- <http://documents.worldbank.org/curated/en/426741468331758042/pdf/657450PUB0EPI1065724B09780821389805.pdf>. Accessed December 13, 2019.
- /Ринголд, Д., А. Холла, М. Козиол и С. Шринавасан. 2012. *Граждане и оказание услуг: оценка использования подходов социальной подотчетности в человеческом развитии*. Вашингтон, округ Колумбия: Всемирный банк.
- <http://documents.worldbank.org/curated/en/426741468331758042/pdf/657450PUB0EPI1065724B09780821389805.pdf>. Дата обращения: 13 декабря 2019 года./
- World Bank. 2019. *World Development Indicators*.
- <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.МКТР.KD.ZG>. Accessed December 13, 2019.
- /Всемирный банк. 2019. *Показатели мирового развития*.
- <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.МКТР.KD.ZG>. Дата обращения: 13 декабря 2019 года./

ПРИЛОЖЕНИЕ А. ВИНЬЕТКА, ИСПОЛЬЗОВАВШАЯСЯ ПРИ ОПРОСЕ ДОМОХОЗЯЙСТВ

Сейчас я прочитаю Вам краткое описание вымышленной женщины, которая, возможно, похожа на женщин здесь, в Вашем селе.

Тахмина — 26-летняя женщина, которая живет здесь, в этом селе. Она живет с мужем, его родителями и двумя маленькими детьми. Ее дочери Парване 4 года, сыну Адхаму один год. Парвана здорова и чувствует себя хорошо. У Адхама, казалось, тоже все хорошо. Но последнюю неделю Адхам болеет и теряет вес. Тахмина замечает, что у Адхама кровянистый и водянистый стул три раза в день. Тахмина очень обеспокоена. Адхам очень часто плачет и капризничает. Тахмина разговаривала с матерью и свекровью, и они посоветовали ей продолжать кормить его. Кажется, ничего не помогает, и Тахмина не знает, что ей нужно делать.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б. МОДЕЛЬ «УБЕЖДЕНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ЗДОРОВЬЯ»

