

СТИСЛИЙ ВИКЛАД
РЕЗУЛЬТАТІВ ОПЕРАЦІЙНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
«Визначення рівня стигми та дискримінації на робочому місці та в процесі
працевлаштування щодо людей, які лікуються/вилікувались від ТБ»



Авторський колектив:

Олександра Яцура, канд.філол.наук – керівниця дослідницької команди;
Наталія Тілікіна, канд.екон.наук – аналітик;
Ірина Пеша, канд.пед.наук – аналітик;
Лілія Тарасюк – координаторка польового етапу дослідження;
Ольга Цвілій – старша менеджерка проєкту МБФ «Альянс громадського здоров'я», рецензентка;
Сергій Миронюк – головний фахівець з управління проєктами та міжнародної співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України;
Олена Донченко – менеджерка проєкту БО «ТБ люди України», рецензентка;
Олександра Денисенко – виконавча директорка БО «ТБ люди України», рецензентка.

Операційне дослідження «Визначення рівня стигми й дискримінації на робочому місці та в процесі працевлаштування щодо людей, які лікують/вилікувались від ТБ» (далі – дослідження) здійснено в рамках проєкту «Захист трудових прав, зниження рівня стигматизації та забезпечення доступу до соціальних послуг для ЛТБ в Україні» (Договір про надання гранту № 1541 від 17.11.2023 р. (STBP/CRG/GSA/2023-210) між МБФ «Альянс громадського здоров'я» та Партнерством СТОП ТБ за фінансування UNOPS) та на виконання Договору №StopTB від 21.03.2024 р. про організацію та проведення дослідження між МБФ «Альянс громадського здоров'я» і ГО «Український центр соціального прогнозування» й у співпраці з БО «ТБ ЛЮДИ УКРАЇНИ».

ВСТУП. Протидія туберкульозу (далі – ТБ) в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. У 2014 р. Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного ТБ. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих по медичну допомогу, пізні виявлення ТБ і поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що зумовлює високий рівень смертності від ТБ і є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному і регіональному рівнях в єдину ефективну систему протидії.¹ Тому останнім часом на державному рівні здійснено багато важливих кроків для подолання захворювання на ТБ: впроваджуються сучасні методи діагностики та лікування, зокрема, інноваційні скорочені режими лікування; забезпечується амбулаторний медичний супровід людей, які проходять лікування ТБ (далі – ЛТБ); поширюється застосування кращих практик людино-орієнтованого підходу й адресного соціального супроводу ЛТБ; відбулось оновлення стандартів медичної допомоги при ТБ²; національні стандарти охорони здоров'я з туберкульозу³ наразі приведені у відповідність до рекомендацій ВООЗ; ухвалено Стратегію розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 рр. та затверджено операційний план заходів з її реалізації⁴. Ці зміни спрямовані на покращення якості життя ЛТБ і їх найближчого оточення, розширення можливостей ЛТБ для розвитку у соціумі, їх працевлаштування й зайнятості.

Загальне населення, зокрема, і працевлаштувачі та колеги по роботі ЛТБ, здебільшого упереджено ставляться до можливостей їх знаходження у трудових колективах. Наявні випадки стигми й дискримінації ЛТБ переважно базуються на відсутності розуміння і достовірної інформації про ТБ та засиллі міфів щодо його небезпеки для оточуючих.

Право ЛТБ на працю – одна з важливих складових захисту прав і інтересів людини. У зв'язку з його порушенням суттєво знижується рівень матеріального благополуччя родини, де є людина, яка проходить лікування/вилікувалась від ТБ. Це стає однією з причин зволікання особи з симптомами ТБ відвідувати лікувальні заклади чи відриву від лікування. Нагальність цього питання відзначена у Стратегії з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу до 2030 року⁵, що містить відповідний напрямок роботи.

¹ <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz>

² Національна відповідь програм протидії ВІЛ, ТБ, ВГ та ЗПТ на широкомасштабне вторгнення росії, Центр Громадського здоров'я, 2022 р. – Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Report_final.ukr_compressed.pdf (Дата звернення 06.04.2024)

³ Наказ МОЗ України від 19.01.2023 № 102. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43242-dn_102_19012023.pdf

⁴ Про схвалення Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024—2026 роки та затвердження операційного плану заходів з її реалізації. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.10.2024 р. № 726-р. – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalessnia-stratehii-rozvytku-systemy-protytuberkuloznoi-medychnoi-dopomohy-s72620824?fbclid=IwY2xjawEe9c5leHRuA2FlbQIxMQABHTLxTAz4u2P5y89Amo2FYdNW5bZfLO-V8IMoLeh30ThJFj5t6oW3VKxWsg_aem_bdRWrrRXqds7uKKdiPaltqg&sfnsn=mo

⁵ Стратегія з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу до 2030 року. – Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Strateghija_z_kompleksnoji_vidpovidi_na_barjery_z_prav_ljudyny_dlja_dostupu_do_poslugh_z_profilyaktyky_i_likuvannja_VIL-infekcii_ta_TB_do_2030_roku.pdf

З огляду на вищезазначене та у контексті нинішньої гуманітарної кризи, викликаної, зокрема повномасштабним вторгненням РФ і військовими діями на території України, проведення операційного дослідження й виявлення проблем з визначення рівня і причин стигми й дискримінації щодо ЛТБ на робочому місці та у процесах працевлаштування з наступним наданням рекомендацій щодо виправлення ситуації може стати вагомим внеском у заходи щодо протидії ТБ в Україні та може бути використане національними партнерами для подальшої імплементації на регіональному й національному рівнях.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ. Дане дослідження ґрунтується на стандартах і рекомендаціях Державної установи «Центр громадського здоров'я» МОЗ України (ЦГЗ), Глобального фонду та Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо проведення досліджень, інших підходах. Підходи до проведення дослідження враховують нормативно-правову базу, зміст документів, розроблених з метою відповіді на епідемію ТБ в Україні.

Цілі дослідження:

- Визначити найпоширеніші прояви стигми та дискримінації у сфері працевлаштування та зайнятості щодо ЛТБ та їх зв'язок з пізнім виявленням чи відривом від лікування ТБ.
- Проаналізувати причини випадків стигми, самостигматизації та дискримінації у сфері працевлаштування й зайнятості щодо ЛТБ.
- Виявити відповідності/невідповідності існуючих нормативних обмежень сучасним уявленням про контагіозність збудника ТБ.

Визначені цілі досягалися шляхом виконання наступних **завдань дослідження:**

- Вивчення найпоширеніших проявів стигми та дискримінації у сфері працевлаштування й зайнятості щодо ЛТБ та їх зв'язок з пізнім виявленням чи відривом від лікування ТБ.
- Виявлення причин випадків стигми, самостигматизації та дискримінації у сфері працевлаштування й зайнятості щодо ЛТБ.
- Аналіз відповідності та невідповідності існуючих нормативних обмежень сучасним уявленням про контагіозність збудника ТБ.
- Розроблення рекомендацій для усіх залучених стейкхолдерів щодо подолання стигми і дискримінації у сфері працевлаштування та зайнятості людей з ТБ.

Методи дослідження: кількісний (базове опитування (анкетування) ЛТБ і напівструктуровані інтерв'ю з роботодавцями) і якісний (фокус-групові дискусії (далі – ФГД) з роботодавцями, головами/представниками ЛКК і параюристами та глибинні інтерв'ю (далі – ГІ) з ЛТБ).

Географія дослідження: Волинська, Дніпропетровська, Запорізька, Івано-Франківська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська та Чернігівська області.

Цільові групи дослідження:

- *Люди, які проходять лікування/вилікувалися від туберкульозу (ЛТБ).*
- *Роботодавці (або особи, які відповідно до своїх функціональних обов'язків безпосередньо відповідають за пошук/відбір чи прийом співробітників на роботу)⁶.*

Всього для участі у дослідженні залучено: для участі в базовому опитуванні – 301 респондент з числа ЛТБ (з яких 40 були учасниками ГІ); з числа роботодавців – 12 для участі у ФГД 15 – у напівструктурованих інтерв'ю; 11 голів/представників протитуберкульозних ЛКК і 10 параюристів взяли участь у 2-х додаткових ФГД⁷.

⁶ Тут і далі по тексту поняття «роботодавці» вживається для визначення представників цільової групи дослідження, які є безпосередньо керівниками чи власниками підприємств, установ, організацій, незалежно від форм власності, виду діяльності, господарювання, так і осіб, уповноважених керівниками чи власниками підприємств/установ/організацій для участі у даному дослідженні, та які, відповідно до своїх функціональних обов'язків, забезпечують процес працевлаштування, прийому і/або звільнення працівників тощо.

⁷ Громадські активісти та представники спільноти, які не обов'язково мають юридичну освіту, але пройшли спеціальне навчання з правових питань, отримали необхідні навички та знання і мають досвід надання правової допомоги ЛТБ.

Збір, зберігання й аналіз емпіричних даних операційного дослідження базувався на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників на добровільність, анонімність та конфіденційність.

I. Соціально-демографічні характеристики респондентів дослідження

1.1. Соціально-демографічні характеристики учасників базового опитування – ЛТБ

У базовому опитуванні взяв участь 301 респондент з визначених за географією дослідження областей України: Волинської (n=35), Дніпропетровської (n=32), Запорізької (n=32), Івано-Франківської (n=26), Миколаївської (n=38), Одеської (n=38), Полтавської (n=32), Рівненської (n=32), Чернігівської (n=36).

Переважну більшість опитаних складають чоловіки (n=219, 72,8% проти n=82, 27,2% жінок).

У розподілі за віком найчисельнішими категоріями є «35-44 роки» (n=119; 39,5%), «45-54 роки» – 94 (31,2%), а група «55 років і більше» налічує 35 (11,6%) осіб. Більша частина ЛТБ (n=248; 82,3%) припадає на людей середнього і старшого віку, а на групи «25-34 роки» – 49 (16,3%) та «18-24 роки» – 4 (1,3%) особи відповідно.

При визначенні соціальної категорії (респонденти надавати множинну відповідь) найбільш чисельною стала категорія «хворію або хворів(-ла) на ТБ» – 259 (або 42,0% від наданих відповідей на це запитання (n=617)). Тут спостерігається небажання певної частки ЛТБ-учасників опитування (n=42) згадувати про свій діагноз ТБ, хоча потрапляння респондентів у вибірку дослідження визначалося саме наявністю діагнозу ТБ.

125 (20,3%) опитаних також визначають себе як «курці». Категорія «малозабезпечена особа» налічує 116 (18,8%) ЛТБ. Інші соціальні категорії набрали менш ніж 5%.

Про свій сімейний стан 109 (36,2%) респондентів вказали, що мають «офіційного(-у) чоловіка/дружину (офіційний шлюб)»; 62 (20,6%) – мають «неофіційного(-у) чоловіка/дружину (партнера/партнерку)»; 89 (29,6%) – «самотні»; 31 (10,3%) – «розлучений/розлучена». Отже, більшість опитаних мають офіційний шлюб. Водночас, 96 (31,9%) проживають з родиною (або з партнером чи з партнером і дитиною); 82 (27,2%) – самостійно; 42 (14,0%) – із своїм партнером (-кою), а 43 (14,3%) – з родичами.

Більшість респондентів мають «середню або середню спеціальну освіту» (n=212; 70,4%), 40 (13,3%) – «неповну середню освіту», лише 38 (12,6%) – «вищу освіту».

Більше половини опитаних наразі «проходять повний курс лікування ТБ вперше» (n=164; 54,5%); біля третини (n=86; 28,6%) – «вже повністю вилікувався(-лась) від ТБ»; 49 (16,3%) – «проходять повторний курс лікування від ТБ»; а 2 (0,7%) – перервали курс лікування від ТБ.

Абсолютна більшість респондентів не мають офіційної зайнятості (n=206; 68,4%); лише третина учасників дослідження з числа ЛТБ працюють офіційно (n=89; 29,6%); і 6 (2,0%) мають неповну офіційну зайнятість.

Соціально-демографічні характеристики респондентів з числа ЛТБ – учасників ГІ (n=40) у звіті не розглядаються, оскільки всі вони попередньо були учасниками базового опитування⁸.

1.2. Соціально-демографічні характеристики респондентів – роботодавців

У рамках дослідження проведено напівструктуровані інтерв'ю з 15 роботодавцями з 9 регіонів (7 чоловіків і 8 жінок). Вік респондентів становив переважно від 35 до 54 років: 8 осіб з категорії «45–54 роки», 4 особи – «35–44 роки».

За видами зайнятості учасники опитування є працівниками чи керівниками товариств з обмеженою відповідальністю (n=5), закладів/установ державної або комунальної форми власності, фізичними особами-підприємцями, представниками благодійних організацій/фондів (по 3 відповідно) та громадської організації (n=1). За сферами діяльності учасники опитування працюють у таких сферах: соціально-гуманітарна (n=3), охорона здоров'я, торгівля, аграрна діяльність і ремонтно-будівельна справа (по 2 відповідно), комерційна, освітня, благодійна, правоохоронна діяльність та обслуговування (по 1 відповідно).

⁸ Дані про учасників ГІ ввійшли до загального масиву даних, що описано вище.

При рекрутингу учасників ФГД з числа роботодавців також дотримано принцип за регіонами дослідження, за сферами і видами діяльності.

У додаткових 2-х ФГД взяли участь 11 голів/представників ЛКК і 10 параюристів.

II. Обстеження й лікування ЛТБ – респондентів дослідження

2.1. Дотримання регулярності обстежень на ТБ

Більшість респондентів регулярно проходять обстеження на ТБ (78,1%), 13,9% – проходять, коли це їм вдається, 2,3% (n=7) не проходять регулярні обстеження на ТБ з різних причин, а 5,6% – не проходять більше обстеження на ТБ, бо «вже вилікувався(-лась)».

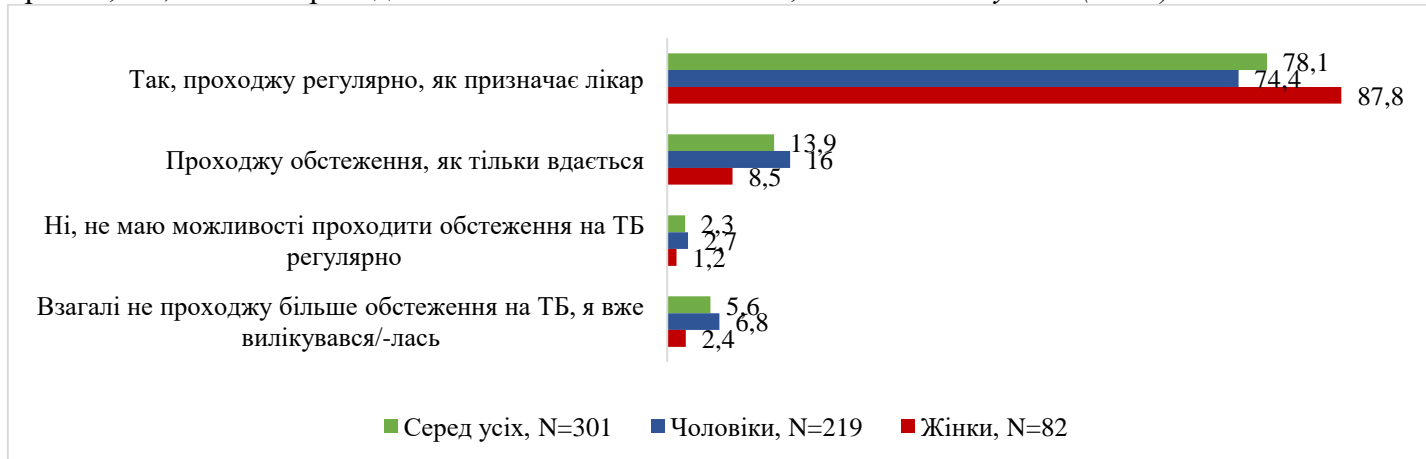


Рис. 2.1.1. Розподіл відповідей на запитання «Чи регулярно ви проходите обстеження на ТБ?», %, за статтю

Серед причин непроходження обстежень виділено: страх виходити на вулицю через не оновлені дані щодо мобілізації (n=2); труднощі з доїздом до лікувального закладу через відсутність коштів або неможливість пересуватися (n=4); зловживання алкоголем (n=1); воєнний стан; відсутність часу. Понад половина опитаних зазначили, що не існує жодних бар'єрів для проходження своєчасного обстеження на ТБ (52,2%). Частіше про відсутність будь-яких бар'єрів для своєчасного обстеження на туберкульоз зазначали жінки, ніж чоловіки (63,4% проти 47,9%).

Серед факторів, що заважають респондентам проходити своєчасно обстеження на ТБ, вказано: «не вважали за необхідне проходити обстеження на ТБ» (17,3%) та «погане транспортне сполучення» (9,5%). Рідше згадувалися страх розголосу результату обстеження, незнання до кого звернутися, відсутність коштів на обстеження, небажання проходити обстеження на ТБ, довгі черги у кабінетах і відсутність часу на обстеження, оскільки багато працювали.

Про неможливість проходити регулярні обстеження через війну засвідчили 3,3% респондентів (n=10), це переважно чоловіки (4,1% проти 1,2% жінок) і респонденти з вікових груп «25-34 років» (4,1%) і «35-44 роки» (5,0%), що швидше пов'язано з тим, що це особи призовного віку, які уникають мобілізації. Серед чинників, що заважають проходити регулярні обстеження через війну, названо: мобілізацію, ТЦК і блокпости (n=5), обстріли, повітряні тривоги (n=2), перебування у військовій частині, на фронті (n=1).

Учасники ГІ серед таких причин вказали: «побоювання, що визнають інші», «переїздив до іншого регіону, більш безпечнішого», «некоректне ставлення лікарів» тощо.

2.2. Несвоєчасність обстежень і переривання лікування ТБ через ризик втратити роботу

Побоювання щодо втрати роботи стали для 25,2% респондентів приводом для несвоєчасного обстеження на ТБ, тоді як 74,8% не мали таких побоювань. Майже кожен другий респондент пізно пройшов(-ла) обстеження на ТБ (46,1%); 30,3% – лікувались деякий час вдома. Також через побоювання втратити роботу 13,2% опитаних пізно здали аналізи за направленням лікаря, 9,2% – обстежилися, але не змогли своєчасно забрати результати аналізів.

Серед тих, хто вказав приводом (ризиком) для несвоєчасного обстеження на ТБ побоювання втратити роботу (n=76), 15,8% опитаних зазначили, що переривали і лікування ТБ (серед жінок та серед респондентів віком 25-34 роки таких більше). Майже половина тих, хто

переривав лікування, зробили це через те, що їхнє «самопочуття покращилося від лікування, тому вони вийшли на роботу».

III. Самостигматизація та прояви стигми й дискримінації стосовно ЛТБ

3.1. Самостигматизація ЛТБ

Найбільш розповсюджені форми (прояви) самостигматизації, з якими зустрічалися респонденти, представлено у Таблиці 3.1.1 нижче.

Таблиця 3.1.1. Форми (прояви) самостигматизації, з якими респонденти зустрічаються найчастіше, за статтю і віком

Відповіді респондентів	Серед усіх, N=301		За статтю		За віком				
	Кількість відповідей	%*	Чоловіки, N=219	Жінки, N=82	18-24 роки, N=4	25-34 роки, N=49	35-44 роки, N=119	45-54 роки, N=94	55 років і більше, N=35
Намагання приховати наявність хвороби від знайомих/сусідів/сім'ї	178	59,1	56,2	67,1	75,0	61,2	63,0	53,2	57,1
Побоювання того, що колеги на роботі дізнаються про діагноз ТБ	112	37,2	35,2	42,7	25,0	38,8	40,3	35,1	31,4
Побоювання розповісти своїй родині про захворювання ТБ	100	33,2	32,0	36,6	50,0	38,8	31,9	31,9	31,4
Почуття самотності та безпорадності	81	26,9	23,3	36,6	25,0	26,5	31,1	23,4	22,9
Заперечення перед людьми своєї хвороби	58	19,3	21,0	14,6	25,0	20,4	21,0	18,1	14,3
Від них (ЛТБ) йдуть друзі, коли їм розповідають про те, що особа хворіє ТБ	29	9,6	9,6	9,8	25,0	6,1	10,1	11,7	5,7
Побоювання йти до поліклініки для лікування ТБ, щоб інші люди там їх не побачили	27	9,0	8,2	11,0	25,0	6,1	11,8	6,4	8,6
Побоювання розповідати, що хворі на ТБ, оскільки інші можуть подумати, що вони також живуть із ВІЛ	26	8,6	8,7	8,5	25,0	8,2	8,4	11,7	0,0
Страх звернення по допомогу до установ охорони здоров'я через погане ставлення лікарів до людей, які хворіють на ТБ	16	5,3	4,1	8,5	25,0	2,0	6,7	4,3	5,7
Нічого з вищенаведеного, взагалі нічого	25	8,3	9,6	4,9	0,0	6,1	5,9	10,6	14,3
Важко відповісти, не знаю	2	0,7	0,9	0,0	0,0	2,0	0,8	0,0	0,0

* сума відповідей не дорівнює 100%, тому що респондент міг обрати декілька варіантів відповідей

У своїх *глибинних інтерв'ю* (ГІ) респонденти з числа ЛТБ як підтверджували наявність проявів самостигматизації, так і казали, що «ніякої самостигматизації не відчували, бо захворіти може кожен», «з кожним може таке статися» і таке інше (майже у кожному 8-му ГІ). 7 опитаних підтвердили, що найрозповсюдженішим кроком серед ЛТБ є намагання приховати наявність хвороби від знайомих/сусідів/сім'ї. Також вказувалось, що окрім побоювань розголосу діагнозу ТБ, додаткові прояви самостигматизації виникають на фоні острахів інфікувати близьке оточення.

Учасники ФГД для роботодавців вказали, що самостигматизація і «страх стигми» є однією із проблем, яка ускладнює стосунки ЛТБ з оточуючими: «хворим на ТБ соромно оприлюднити свій діагноз, їм здається, що до них упереджено ставляться колеги» (n=3); а основним проявом самостигми у ЛТБ є «побоювання втратити роботу через ТБ».

3.2. Прояви стигматизації та дискримінації стосовно ЛТБ

Понад половина опитаних ЛТБ ніколи не відчували проявів стигми й дискримінації стосовно себе (57,8%). Про це частіше зазначали чоловіки, ніж жінки (61,2% проти 48,8%). Так само частіше відчували прояви стигми і дискримінації до себе респонденти віком 55 років і старші (80,0%), ніж з вікової групи «25-34 роки» (51,0%) і «35-44 роки» (49,6%).

Кожен шостий з опитаних мав особистий досвід прояву стигми і дискримінації з боку сусідів (16,3%) і на роботі (14,6%); кожен п'ятий – відчував прояв стигми і дискримінації до себе через ТБ повсюди (10,6%) та у закладах охорони здоров'я (7,6%); 5,3% опитаних – вдома (в сім'ї, з боку родичів). Повідомили також про поодинокі випадки прояву стигми і дискримінації у місцях позбавлення волі, з боку представників ТЦК та з боку незнайомих людей.

За віком респондентів значних відмінностей стосовно проявів стигми й дискримінації не виявлено, хоча опитані з вікових груп «25-34 років» і «35-44 років» децю частіше мали особистий досвід стигматизації з боку сусідів та на роботі (детальніше – див. Таблицю 3.2.1).

Таблиця 3.2.1. Особистий досвід стигматизації та дискримінації через діагноз ТБ, за віком і статтю

Відповіді респондентів	Серед усіх, N=301		За статтю		За віком				
	Кількість відповідей*	%	Чоловіки, N=219	Жінки, N=82	18-24 роки, N=4	25-34 роки, N=49	35-44 роки, N=119	45-54 роки, N=94	55 років і більше, N=35
Ніколи не відчував(-ла) проявів стигми і дискримінації до себе	174	57,8	61,2	48,8	0,0	51,0	49,6	66,0	80,0
Мав(-ла)/маю особистий досвід прояву стигми і дискримінації з боку сусідів	49	16,3	13,7	23,2	0,0	20,4	21,8	12,8	2,9
Мав(-ла)/маю особистий досвід прояву стигми та дискримінації на роботі	44	14,6	11,9	22,0	50,0	22,4	16,0	9,6	8,6
Відчуваю повсюди прояв стигми й дискримінації до себе через ТБ	32	10,6	9,6	13,4	50,0	12,2	11,8	8,5	5,7
Мав(-ла)/маю особистий досвід прояву стигми і дискримінації у ЗОЗ	23	7,6	6,8	9,8	25,0	8,2	8,4	8,5	0,0
Мав(-ла)/маю особистий досвід прояву стигми й дискримінації вдома (в сім'ї, з боку родичів)	16	5,3	5,0	6,1	0,0	8,2	6,7	4,3	0,0
Приховував(-ла) діагноз через страх осуду, самостигматизація	3	0,9	0,9	1,2	0,0	2,0	0,0	1,1	2,9
Мав у місцях позбавлення волі	1	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Мав особистий досвід стигматизації й дискримінації з боку представників ТЦК	1	0,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Мав(-ла)/маю особистий досвід стигми і дискримінації з боку незнайомих	1	0,3	0,5	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0

* сума відповідей не дорівнює 100%, тому що респондент міг обрати декілька варіантів відповідей

IV. Поінформованість респондентів-роботодавців щодо туберкульозу

4.1. Обізнаність щодо ТБ

Респондентам з числа роботодавців як під час напівструктурованих інтерв'ю (n=15), так і під час ФГД (n=12), було запропоновано відповісти на ряд запитань щодо їхньої обізнаності щодо ТБ і умов дотримання безпечних контактів із ЛТБ.

Так, більшість учасників напівструктурованих інтерв'ю (n=11) не згодні з висловом «туберкульоз – це хвороба безпритульних та знедолених людей» (1 респондент дав позитивну відповідь, 3 – «важко відповісти»). Були надані такі пояснення власної оцінки висловлювання: «захворіти на ТБ може будь-хто» (n=9), «вислів не відповідає дійсності» (n=3), «від ТБ не застраховані фахівці, які працюють із людьми» (n=2), «підтримувати такі висловлювання можуть люди, які погано обізнані щодо ТБ» (n=1). Респондент, який дав позитивну відповідь пояснив це існуванням такої думки у суспільстві і що «... людей переконувати в іншому дуже складно».

Щодо вислову «туберкульоз невиліковний», то більшість роботодавців з ним не згодні (14 осіб із 15) і переконані, що: «ТБ виліковний» (n=6); «ТБ лікується, але це потребує багато часу і зусиль» (n=4); «ТБ виліковний за умови своєчасного лікування» (n=3); «лікування ТБ не є перешкодою для роботи» (n=1). Один із респондентів, який особисто не згодний з висловом «туберкульоз не лікується», визнав, що така думка існує у суспільстві. А один роботодавець продемонстрував необізнаність: «Я не фахівець, але мені невідомо про те, що туберкульоз повністю виліковний, і що хворий на туберкульоз не несе загрози оточуючим».

Більшість респондентів не вважають, що «усі хворі на туберкульоз заразні» (12 осіб з 15), до такої оцінки були надані наступні пояснення: «не усі люди, які лікуються від ТБ, заразні» (n=5); «не заразні, якщо пройти відповідний курс лікування» (n=4); «ЛТБ, від яких можна заразитися, лікують в умовах стаціонару» (n=2). Один із учасників опитування вважає, що «усі ЛТБ «заразні», і від них можна інфікуватись ТБ»; 2 – не орієнтуються щодо цього питання.

Більшість опитаних роботодавців вважають, що лікувати ТБ можна і амбулаторно, і не згодні з висловом що «лікувати туберкульоз можна, лише перебуваючи на стаціонарі» (10 осіб з 15); а 4 з них вказали, що лікувати ТБ слід виключно у стаціонарних медзакладах, тому що: «лише в умовах стаціонару хворі на ТБ пройдуть належне лікування» (n=3), «у такому випадку не буде поширюватися інфекція» (n=1); 1 із респондентів вагався щодо визначення форм лікування ТБ: «не знаю, мабуть можливо лікуватись і на дому після стаціонару».

Думки роботодавців щодо можливості інфікуватись ТБ через особисті речі хворої людини розділилися: 7 осіб із 15 вказали, що не можна, бо «обізнані з цього питання» (n=5) і «не

стикалися з такими випадками» (n=2); 5 – вважають, що можна; 4 – було важко визначитися, а по 2, відповідно, не знають відповіді.

Щодо оцінки рівня власної обізнаності про ТБ, то більше половини респондентів (8 осіб з 15) вважають, що їм цілком вистачає знань про цю хворобу і вони не потребують додаткової інформації. 4 респонденти визнали, що їм не вистачає знань, і вони потребують будь-яку інформацію про хворобу (n=3) та інформацію про шляхи передачі ТБ, організацію життя і роботи людини після одужання (n=1).

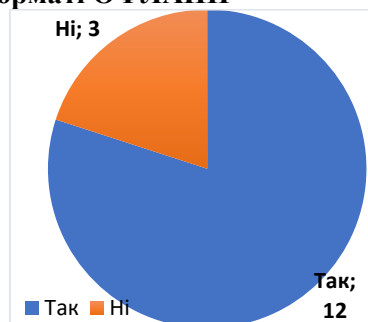
Також учасники напівструктурованих інтерв'ю і ФГ надали свої оцінки щодо ризику інфікування ТБ у різних життєвих ситуаціях за такою шкалою: 0 – ризик інфікування відсутній взагалі, 5 – найбільший рівень інфікування (їх відповіді див. у Таблиці 4.1.1).

Таблиця 4.1.1. Оцінка роботодавцями ситуацій, щодо інфікування ТБ

Ситуації	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
	Оцінки учасників напівструктурованих інтерв'ю (N=15)						Колективна оцінка учасників ФГД (N=12)					
Здорова особа проживає з хворою людиною в одному помешканні	-	-	-	6	2	7	0	1	2	3	4	5
Колега по роботі проходить лікування від ТБ	3	9	2	1	-	-	0	1	2	3	4	5
У транспорті є особа, яка проходить лікування/вилікувалася (завершила лікування) від ТБ	2	3	3	3	4	-	0	1	2	3	4	5
У черзі є особа, яка проходить лікування/вилікувалася (завершила лікування) від ТБ	1	4	3	3	3	1	0	1	2	3	4	5
На вулиці особа, яка проходить лікування/вилікувалася (завершила лікування) від ТБ, спілкується із здоровою людиною	3	8	1	1	1	1	0	1	2	3	4	5
Вчителька (вихователька) дитячого закладу вилікувалася (завершила лікування) від ТБ і виходить на роботу	1	6	2	-	2	4	0	1	2	3	4	5
Спілкування з людьми, які знають, що хворіють на ТБ, але приховують це	-	-	-	-	-	1						

Щодо того, чи може людина, яка проходить лікування/вилікувалася (завершила лікування) від ТБ, працювати, усі учасники напівструктурованих інтерв'ю для роботодавців таку можливість підтвердили за умови організації роботи онлайн (n=15), а 12 із них вважають, що ЛТБ можуть працювати офлайн (рис. 4.1.1).

Робота у форматі ОФЛАЙН



Робота у форматі ОНЛАЙН

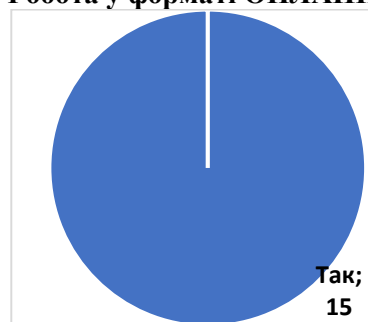


Рис. 4.1.1. Відповідь на запитання «Чи може людина, яка проходить лікування /вилікувалася (завершила лікування) від ТБ, працювати в офлайн або онлайн форматі?», N=15

4.2. Побоювання роботодавців щодо працевлаштування ЛТБ

Учасники напівструктурованих інтерв'ю визначили, які мають застереження щодо працевлаштування ЛТБ на роботу (n=7): «працівники приховують інформацію про захворювання на ТБ» (n=5); «працівник, людина з ТБ, може інфікувати інших співробітників» (n=4); «необхідність виплачувати страховку у випадку, якщо хворий співробітник інфікує інших» (n=1). Водночас, 8 респондентів зазначили, що жодних застережень щодо прийому на роботу ЛТБ не мають.

У деяких установах/підприємствах/організаціях обов'язковою умовою при працевлаштуванні є надання медичної довідки або даних медичного обстеження – про це

повідомили 8 із 15 респондентів, які працюють у таких сферах діяльності: охорона здоров'я, обслуговування, торгівля, охорона правопорядку (поліція), освіта, ремонтно-будівельна діяльність.

Учасники ФГД при обговоренні ситуацій, які виникли через захворювання на ТБ працівників їхніх організацій/установ, додали, що такі працівники пройшли лікування і повернулися до роботи (n=7). Проте, зустрічаються випадки, за яких працівники після лікування не повертаються на робоче місце: «після визначення діагнозу працівниця звільнилася з роботи за власної ініціативи» (n=1); «працівниця не завершила курс лікуванні і померла» (n=1). Один із *учасників ФГД* визнав, що йому відомо про випадки, коли при працевлаштуванні працівники приховують, що проходять лікування від ТБ, щоб лише влаштуватися на роботу і отримувати виплати, перебуваючи на лікарняному.

4.3. Налаштованість роботодавців взяти на роботу ЛТБ

Більшість *роботодавців – учасників опитування* – дали ствердну відповідь, що *готові взяти на роботу* людину з ТБ (12 осіб з 15) – «однозначно «так» (n=4) і вже мають такий досвід (n=5); *готові взяти на роботу, але за певних умов, «якщо людина лікується і не становить загрозу для оточуючих, та якщо є потреба у такому спеціалісті»* (n=3). Роботодавці, які не готові брати на роботу ЛТБ, пояснюють відмову особливістю організації роботи (n=3).

У випадку, якщо після працевлаштування з'ясується, що людина проходить лікування/вилікувалася (завершила лікування) від ТБ, більшість роботодавців (n=12) не будуть звільняти працівника через ТБ, а решта запропонують йому(їй) звільнитися за власним бажанням (n=3).

Стосовно того, що особисто їх як роботодавців може переконати мати серед працівників людей, які проходять лікування/вилікувалися (завершили лікування) ТБ, то половина респондентів (n=7) вказали, що їх не потрібно переконувати, вони адекватно сприймають ЛТБ. Деякі роботодавці назвали умови, які впливають на їхнє особисте сприйняття співпраці з ЛТБ – відповідальне виконання ЛТБ професійних обов'язків (n=2); через специфіку організації праці у їхній установі/організації, їх ніщо не переконає взяти на роботу людину з ТБ (n=3).

На запитання, що саме могло б переконати інших роботодавців працевлаштовувати ЛТБ, респондентами, окрім вищевказаного, вказували: медичний висновок про можливість подальшої роботи і мотивація роботодавців щодо працевлаштування ЛТБ.

На думку *учасників ФГД*, переконати роботодавців мати серед працівників ЛТБ, має медичний висновок про завершений курс лікування і можливість подальшої роботи (n=3).

V. Бар'єри у сфері зайнятості й процесах працевлаштування ЛТБ

5.1. Проблеми ЛТБ, пов'язані із пошуком роботи

За даними базового опитування 102 (33,9%) респонденти з числа ЛТБ мали проблеми при пошуку роботи чи працевлаштуванні за останній рік, через те, що вони мають/мали ТБ. 199 респондентів (66,1%) таких проблем не мали. Серед основних проблем зазначено такі (див. таблицю 5.1.1):

Таблиця 5.1.1. Проблеми при пошуку роботи / працевлаштуванні, пов'язані з ТБ (останні 12 міс.)

	Відповіді респондентів	Всього відповідей	
		N	%
Проблеми при пошуку роботи/працевлаштуванні, що виникали у респондентів через діагноз ТБ (за останні 12 місяців) (множинний вибір відповіді)	Мені відмовили у працевлаштуванні	37	29,6
	Мені відмовили у працевлаштуванні, тому що я потребував(-ла) полегшеної роботи	27	21,6
	Я приховав (-ла) свій діагноз ТБ при прийомі на роботу, а коли про нього дізналися, мене звільнили	10	8,0
	Мені відмовили у працевлаштуванні, оскільки маю інвалідність із-за діагнозу ТБ	10	8,0
	Мені відмовили у працевлаштуванні та порадили звернутися до приватного підприємця	7	5,6
	Мене змусили написати заяву про звільнення за власним бажанням	6	4,8
	Мені відмовили у працевлаштуванні та порадили звернутися до Центру зайнятості	5	4,0
	Не шукав роботу через погане самопочуття або сором через діагноз	5	4,0
	Мені відмовили у працевлаштуванні та порадили звернутися до ГО, яка опікується ЛТБ	4	3,2
	Просили не повідомляти нікому про діагноз	4	3,2
	Погане самопочуття	3	2,4
	Мене прийняли на роботу, але трудовий колектив виступив проти, і мене звільнили	2	1,6
	Вимагали довідку	1	0,8

Складно знайти роботу	1	0,8
Відправили на лікування	1	0,8
Інше	2	1,6
Загалом	125	100,0

Щодо вирішення наведених вище типів проблем третина з тих респондентів, які надали відповідь, зазначали (n=36; 34,6%), що їх проблеми було вирішено, але більшість (n=49; 47,1%) відповіли «ні», для 19 (18,3%) «*питання знаходиться на стадії вирішення*».

Як саме вирішувалися проблеми з пошуком роботи/працевлаштуванням: майже половина з тих, хто відзначив вирішення цих проблем, «*самостійно знайшли іншу роботу*» – 18 (46,2% від тих, хто відповів); 7 (17,9%) відповіли, що їм запропонували іншу роботу; 5 (12,8%) «*все ж таки отримали роботу, на яку подавались*»; 4 (10,3%) відмітили допомогу ГО у їх працевлаштуванні; 1 (2,6%) – звертався до юриста. По одному (2,6%) респонденту, відповідно, дали такі відповіді: «*Я вже не хочу працювати*», «*Я в декреті*», «*Почав працювати сам на себе*», «*Займаюсь домогосподарством*».

Для більшості опитаних питання щодо їх працевлаштування досі не вирішене, оскільки вони захворіли – 22 (41,5% від тих, хто відповідав); 16 (30,2%) відмовили у прийнятті на роботу через їх діагноз ТБ; 5 (9,4%) вказали, що вакансію закрили; 2 (3,8%) переїхали до іншого міста; 1 (1,9%) не може знайти відповідну для себе роботу. 7 (13,2%) – передумали працевлаштовуватися на цю роботу через «*погане самопочуття*», «*потребу у лікуванні*» і «*бажання іншої роботи*».

Щодо дій з вирішення проблем під час пошуку роботи, то третина з тих, хто відповів (n=25; 30,5%), вказали, що вживали заходів для працевлаштування; 21 (25,6%) почали шукати можливості працевлаштування з приватними підприємцями, намагалися вирішити проблему на особистому рівні; 16 (19,5%) – звернулися до ГО, яка займається проблемами ЛТБ; 15 (18,3%) – розмістили своє резюме в мережі Інтернет; до центру зайнятості звернулося 4 (4,9%) респонденти, до агенцій з працевлаштування – 1 (1,2%). Отже, респонденти зорієнтовані на вирішення проблем самостійно, через особисті зв'язки, контакти і допомогу ГО.

Учасники ГІ підтверджували інформацію про наявність у ЛТБ системних проблем з працевлаштуванням, зокрема з поновленням на попередній роботі після проходження лікування від ТБ. Також вказувалося про збільшення кількості випадків пошуку роботи ЛТБ через Інтернет.

6 *учасників напівструктурованих інтерв'ю для роботодавців* визнали, що знали про діагноз працівника, якого взяли на роботу. Рішення про працевлаштування ЛТБ приймалося роботодавцями після особистої бесіди (n=5), один працівник, окрім співбесіди, надав рекомендації з попереднього місця роботи. В усіх випадках ЛТБ були прийняті на роботу (на повну зайнятість у офлайн-форматі (n=4), сезонні роботи (n=1), часткову зайнятість (n=1)), незалежно від поінформованості роботодавця про захворювання кандидата.

У більшості випадків (n=5) у роботодавців не виникало проблем при працевлаштуванні ЛТБ. Єдина проблемна ситуація виникла, коли роботодавець, якого працівник при прийомі на роботу не проінформував про свій діагноз, запропонував йому звільнитися.

Учасники ФГД для параюристів визнали, що у своїй роботі стикались із випадками відмови працівникам у працевлаштуванні із-за їхнього діагнозу ТБ (n=3).

5.2. Ставлення до ЛТБ у трудовому колективі

Згідно з даними опитування, 80 (45,7% з тих, хто відповів) респондентів вважають, що до них «*позитивно*» ставляться у колективі; про «*нейтральне*» ставлення вказали 66 (37,7%) опитаних; 4 (2,3%) зазначили, що «*відчувають негативне ставлення до себе*». По одному (0,6%) респонденту, відповідно, вказали, «*працюю сам*» і «*ніхто не знає про діагноз*».

Але 5 із 40 *учасників ГІ*, які приховували свій діагноз, висловились щодо того, що все ж мають певний страх, якщо у колективі дізнаються про наявність у них ТБ.

Усі *учасники напівструктурованих інтерв'ю для роботодавців* мали досвід, коли їхні співробітники проходили лікування/вилікувалися (завершили лікування) від ТБ. Більшість опитаних визнали, що інформацію про захворювання на ТБ колеги керівництво і працівники сприйняли спокійно (n=9); про негативне сприйняття зазначили троє. Більшість опитаних визнали, що співробітникам установи/організації було відомо про захворювання працівників на ТБ (n=12); лише у 2-х випадках про діагноз працівника знало обмежене коло осіб.

За свідченням *роботодавців-учасників ФГД* ставлення до ЛТБ у трудових колективах є неоднозначним – від підтримки до припинення спілкування. Серед реакцій трудового колективу визначалися наступні: лояльне ставлення, контакт під час лікування, надання моральної підтримки (n=2); насторожене ставлення, відмова спілкуватися з ЛТБ через страх інфікуватися ТБ або ж через те, що вони не знають, як підтримати людину (n=4); ЛТБ самі відмовляються від допомоги, підтримки контактів з колегами (n=3). На думку *роботодавців - учасників ФГД* найбільш лояльне ставлення до колег з ТБ у тих трудових колективах, які за професійними обов'язками контактують з ЛТБ і добре обізнані щодо захворювання (n=2) – це лікарі або представники ГО, які працюють з соціально вразливими категоріями клієнтів, поінформовані щодо можливості захворіти на ТБ, і сприймають це як один із професійних ризиків своєї роботи.

Параюристи - учасники ФГД назвали ряд проблем, які вони допомагали вирішувати ЛТБ у разі порушення трудових прав: пропозиція звільнитися через ТБ (n=6); звільнення працівників з ТБ – особливо це стосувалось неофіційного працевлаштування, часто без відповідних виплат (n=5); порушення прав військових і військовозобов'язаних чоловіків (n=5); проблеми з отриманням виплат за лікарняним листом працівникам, які перебувають на лікуванні, оформлення грошового забезпечення військовослужбовцям з ТБ (n=2).

Представники ЛКК-учасники ФГД вказали на такі проблеми, з якими стикаються ЛТБ: дискримінація ЛТБ (n=3); звільнення працівників, які лікуються від ТБ, й упереджене ставлення до ЛТБ у трудовому колективі, стигматизація працівників (по 2 особи відповідно).

5.3. Стигма і дискримінація у сфері зайнятості серед ЛТБ

За останні 12 місяців 17,3% респондентів відчували стигматизуюче ставлення чи дискримінацію до себе під час роботи (з боку співробітників) через те, що вони лікувалися/вилікувалися (завершили лікування) від ТБ. Серед респондентів жіночої статі таких майже вдвічі більше ніж серед чоловічої (29,3% проти 12,8%). Так само найчастіше відчували стигматизуюче ставлення під час роботи респонденти молодших вікових груп «25-34 роки» і «35-44 роки».

У розподілі за регіонами найбільше про таке ставлення зазначали респонденти з Івано-Франківської області (92,3%), дещо менше – Полтавської (25,0%) і Волинської (20,0%) областей.

Яким чином проявляється подібне ставлення – див. рис. 5.3.1:

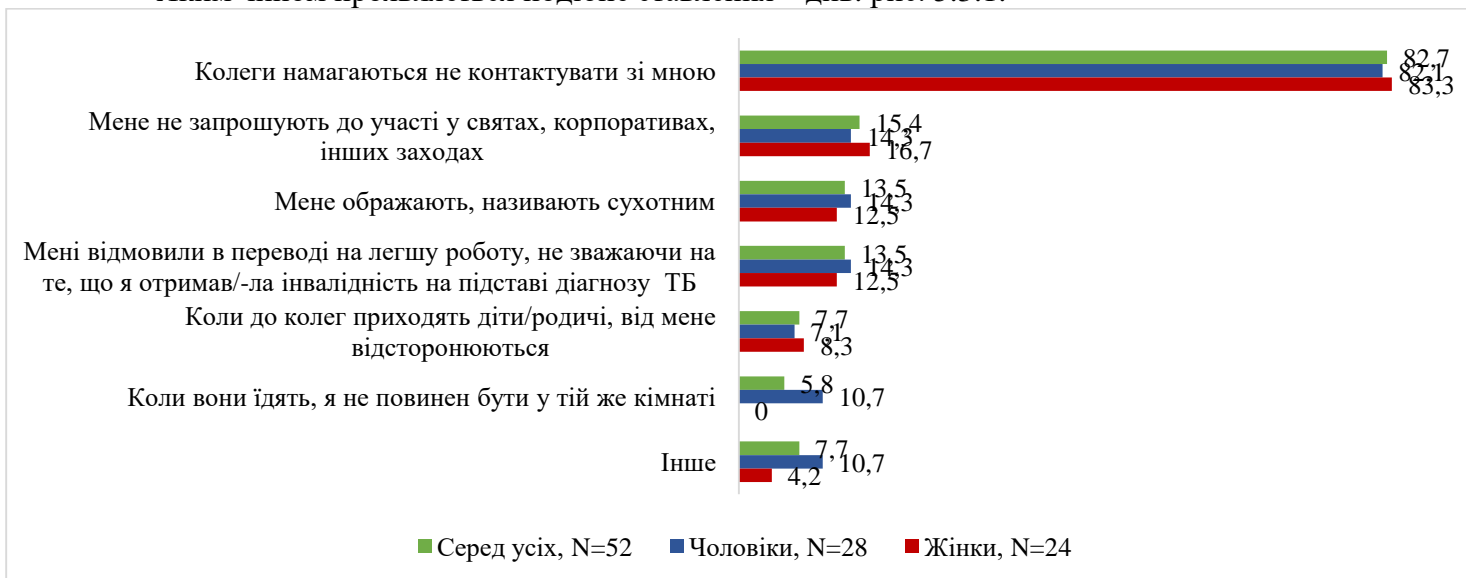


Рис. 5.3.1. Розподіл відповідей на запитання «Яким чином проявляється стигматизуюче ставлення чи дискримінація щодо вас на роботі?», % серед тих, хто за останній рік (12 місяців) відчував стигму чи дискримінацію до себе під час роботи (з боку співробітників) через ТБ, N=52
(сума відповідей не дорівнює 100%, тому що респондент міг обрати декілька варіантів відповідей)

Серед «іншого» опитані вказали: «не працюю», «не можу пояснити, оскільки напряму ніхто не каже», «колеги незадоволені тим, що тепер їм треба більше працювати через те, що я на лікарняному».

Серед чинників, що впливають на стигматизуюче ставлення чи дискримінацію стосовно ЛТБ респондентами визначено наступні (див. таблицю 5.3.1):

Таблиця 5.3.1. Чинники, які впливають на стигматизуюче ставлення чи дискримінацію з боку роботодавців чи співробітників щодо ЛТБ (серед тих, хто за останній рік (12 місяців) відчував стигму чи дискримінацію до себе під час роботи (з боку співробітників) через ТБ, N=52), за статтю

Відповіді респондентів	Серед усіх, N=52		За статтю	
	Кількість відповідей	%*	Чоловіки, N=28	Жінки, N=24
Люди бояться заразитися	44	84,6	89,3	79,2
Люди не знають сучасної ситуації з лікуванням ТБ	30	57,7	67,9	45,8
Серед загального населення відповідальними організаціями / установами ведеться недостатня роз'яснювальна робота щодо протидії поширення ТБ	16	30,8	25,0	37,5
Національні ЗМІ недостатньо висвітлюють тему ТБ	16	30,8	35,7	25,0
Керівники організацій (відповідальні працівники) не проводять роз'яснювальної роботи серед свого колективу щодо шляхів інфікування і профілактики поширення ТБ	12	23,1	17,9	29,2
Деякі ЛТБ справді не стежать за собою, не лікуються, можуть інфікувати оточуючих	6	11,5	7,1	16,7

* сума відповідей не дорівнює 100%, тому що респондент міг обрати декілька варіантів відповідей

84,6% респондентів серед тих, хто за останній рік (12 місяців) відчував стигматизуюче ставлення чи дискримінацію до себе під час роботи/з боку співробітників, зазначили, що для того, щоб забезпечити уникнення проявів стигматизації чи дискримінації на робочому місці щодо ЛТБ, потрібна інтенсивна і грамотна роз'яснювальна робота у сфері протидії ТБ серед загального населення. Кожен другий (50,0%) вважає, що потрібна посилена інформаційна робота щодо ТБ у колективах. Кожен третій вважає, що уникнути таких проявів можна, якщо «громадські організації (об'єднання) посилять вплив та адвокаційну діяльність щодо захисту прав і інтересів ЛТБ на працевлаштування й зайнятість» (32,7%); «роботодавці будуть нести адміністративну/юридичну відповідальність за порушення прав працездатної особи на працевлаштування» (30,8%) і за «формування стигматизуючого ставлення та дискримінацію стосовно ЛТБ» (30,8%).

На дружнє ставлення й відсутність проявів стигматизації чи дискримінації з боку роботодавців і/або співробітників щодо респондентів особисто впливало таке (див. таблицю 5.3.2):

Таблиця 5.3.2. Чинники, які вплинули на дружнє ставлення й відсутність проявів стигматизації чи дискримінації з боку роботодавців чи співробітників щодо респондентів, за статтю і віком

Відповіді респондентів	Серед усіх, N=301		За статтю		За віком				
	Кількість відповідей	%*	Чоловіки, N=219	Жінки, N=82	18-24 роки, N=4	25-34 роки, N=49	35-44 роки, N=119	45-54 роки, N=94	55 років і більше, N=35
Ніхто не знає про мій діагноз ТБ	138	45,8	48,9	37,8	50,0	40,8	46,2	48,9	42,9
Ваша правильна поведінка (дотримувався рекомендацій лікаря щодо дотримання схеми лікування ТБ та недопущення поширення ТБ в оточуючому середовищі)	122	40,5	35,6	53,7	0,0	40,8	38,7	41,5	48,6
Ваш охайний вигляд	56	18,6	17,4	22,0	0,0	22,4	20,2	13,8	22,9
Наявність у колективі особистих друзів	52	17,3	17,4	17,1	0,0	26,5	15,1	12,8	25,7
Усвідомленість/розуміння теми поширення ТБ керівництвом і колегами	40	13,3	11,9	17,1	0,0	12,2	14,3	12,8	14,3
Я професіонал своєї справи і мій діагноз ТБ ніяк не впливає на ставлення до мене	31	10,3	11,9	6,1	0,0	8,2	6,7	12,8	20,0
Не працюю/ працював(-ла), на лікарняному	13	4,7	4,6	4,9	0,0	4,1	3,4	2,1	2,9
Роботодавець мій родич/знайомий, тому мене не звільнять	9	3,0	2,7	3,7	0,0	2,0	2,5	0,0	0,0
Важко відповісти, не знаю	6	1,3	1,4	1,2	0,0	2,0	5,9	4,3	5,7
Не контактую з колегами (працюю на відкритому повітрі, дистанційно)	3	0,7	0,9	0,0	0,0	2,0	0,0	1,1	0,0
Немає дружнього ставлення, зазнаю стигматизації	4	1,3	0,9	2,4	50,0	0,0	0,8	1,1	0,0

* сума відповідей не дорівнює 100%, тому що респондент міг обрати декілька варіантів відповідей

Переважна частина учасників ПІ з числа ЛТБ висловлювали у своїх інтерв'ю досить протилежні думки: по-перше, що задля уникнення стигматизації до себе слід «мовчати», «заборонити розголошувати свій діагноз», «віддати перевагу відмові від працевлаштування, ніж розголосити діагноз» тощо, і, по-друге, що існує необхідність перегляду нормативно-правових підходів щодо захисту прав і інтересів ЛТБ.

Учасники опитування для роботодавців, оцінюючи рівень стигми і дискримінації людей, які проходять лікування /вилікувалися (завершили лікування) від ТБ, у нашій країні за шкалою

від 0 (відсутність дискримінації) до 5 (найвищий рівень), визнали, що *рівень дискримінації ЛТБ є високим*: по 6 осіб дали оцінку 4 і 3 бали.

Серед проявів стигми і дискримінації стосовно ЛТБ роботодавці визначили наступні: «*відмова при працевлаштуванні, недружнє ставлення з боку колег*» (по 10 респондентів відповідно); «*недружнє ставлення з боку керівництва, скорочення посади, на якій працює ЛТБ*» (по 9 відповідно); «*примус до звільнення*» (n=8); «*створення важких умов праці*» (n=5).

Серед причин дискримінації ЛТБ на робочому місці *роботодавці - учасники ФГД* назвали наступні: «*необізнаність переважної більшості населення щодо причин і наслідків ТБ, умов безпечних контактів з ЛТБ*» (n=4); «*співробітники та оточуючі бояться контактувати із хворим на ТБ*» (n=4); «*роботодавці не зацікавлені у співробітниках, які довгий час будуть відсутні на роботі через курс лікування, звільняють або переводять ЛТБ*» (n=2). А *параюристи-учасники ФГД* відзначили «*необізнаність роботодавців, членів трудового колективу щодо ТБ, трудових прав осіб, які хворіють/вилікувалися від ТБ*» (n=5); «*ЛТБ не налаштовані, відмовляються захищати свої права, навіть за підтримки соціальних працівників і юристів*» (n=5); «*негативне ставлення, стигматизацію ЛТБ з боку оточуючих, особливо у невеликих населених пунктах, сільській місцевості*» (n=5); «*негативне ставлення до працівників, які хворіють на ТБ, з боку роботодавців і трудового колективу*» (n=4); «*самостигматизацію ЛТБ*» (n=3); «*низький рівень поінформованості працівників, які хворіють на ТБ, щодо власного діагнозу і своїх прав*» (n=3); «*необізнаність медичного персоналу щодо ТБ, стигматизацію ЛТБ*» (n=3); що «*працівники при працевлаштуванні або захворюванні на ТБ приховують інформацію про свій діагноз*» (n=1).

VI. Організація праці ЛТБ під час лікування ТБ та після одужання

6.1. Оформлення листків тимчасової непрацездатності

Представники ЛКК – учасники ФГД – відзначили, що лікарняні листки ЛТБ оформлюють і ведуть сімейні лікарі та медичні заклади.

Учасники напівструктурованого інтерв'ю для роботодавців вказали, що оформлення листків тимчасової непрацездатності для ЛТБ, залежить від форми зайнятості. 7 опитаних засвідчили, що на ЛТБ, які офіційно працевлаштовані, листки непрацездатності оформляються відповідно до законодавства; 8 – що на працівників не було оформлено лікарняних листків через тривале лікування, оскільки «*працівники пройшли лікування до того, як оформилися на роботу*» (n=2) або «*працівники не були офіційно оформлені*» (n=2).

Термін тимчасової непрацездатності ЛТБ визначається медпрацівниками відповідно до доповнення до нових протоколів лікування, що стосується працевлаштування і повернення на роботу ЛТБ. *Учасники ФГД для представників ЛКК* додали, що, якщо немає ускладнень захворювання, термін тимчасової непрацездатності становить від 2-3 тижнів до 1-2 місяців.

Продовження курсу лікування ЛТБ й оформлення лікарняних листків відбувається згідно з рішенням ЛКК. Термін продовження лікарняного листка залежить від ряду обставин: умов праці пацієнта (n=4); перебігу захворювання (n=4); переносимості препаратів (n=1). При легкому перебігу захворювання й відповідних умовах праці, ЛТБ можуть продовжувати працювати і проходити лікування без оформлення лікарняного листка. Термін і умови продовження листків тимчасової непрацездатності ЛТБ контролюють представники Пенсійного фонду.

7 роботодавців – учасників напівструктурованих інтерв'ю – вказали, що їхні співробітники проходили лікування від ТБ більше місяця; незважаючи на тривалу відсутність на роботі, ЛТБ не було запропоновано звільнитися. Один із *учасників ФГД для роботодавців* визнав наявність випадків, коли працівники, які проходять лікування від ТБ, зловживають своїм становищем і намагаються продовжити лікарняний, щоб не виходити на роботу й отримувати виплати.

6.2. Допуск до роботи і/або навчання ЛТБ

За свідченням *учасників ФГД для представників ЛКК*, ЛТБ, які працюють у шкідливих умовах, контактують з людьми (працівники медичних чи освітніх закладів), на час лікування перебувають на лікарняному і допускаються до роботи лише після закінчення повного курсу лікування (n=5).

У випадку захворювання на ТБ *медичних працівників* протитуберкульозних закладів, обов'язковою умовою після завершення лікування є переведення їх на іншу посаду, що виключає контакт із шкідливим фактором, яким викликано захворювання. Але через обмежену кількість фахівців зустрічаються випадки, коли медпрацівники після лікування ТБ за певних обставин і далі працюють у шкідливих умовах: у разі неможливості знайти фахівця на заміну (n=1) чи медпрацівники під власну відповідальність повертаються на робоче місце, де є фактори ризику (n=1).

У разі необхідності оформлення допуску до навчання *студентів* ЛТБ, рішення приймається індивідуально, враховуючи можливість дистанційного навчання. Також студентам, які проходять лікування від ТБ, надаються довідки на проходження індивідуального навчання. Останнім часом не було випадків оформлення довідок на академічну відпустку таким студентам, але були випадки недопуску до практики студентів, які навчаються за певними спеціальностями.

ЛКК надають медичні довідки працівника(-цям) ЛТБ, які працевлаштовуються чи повертаються на попереднє місце роботи, з підтвердженням того, що людина може виконувати професійні обов'язки і не наражає оточуючих на ризик інфікування ТБ (n=4).

Рішення про допуск/недопуск до роботи/навчання ЛТБ приймається головою і членами ЛКК. Безпосередньо за прийняті ЛКК рішення відповідає Голова комісії.

6.3. Переведення на легшу роботу за станом здоров'я

Частіше працівники(-ці)-ЛТБ не переводяться на роботу з полегшеними умовами праці. Лише троє *учасників опитування для роботодавців* перевели працівників-ЛТБ, на легшу роботу за станом здоров'я⁹ (із них одному оформлено посаду з меншою оплатою, проте це його влаштувало; ще один не звертався з такою вимогою і продовжує працювати, як і до захворювання).

Роботодавці-учасники ФГД визнали, що переведення на роботу з полегшеними умовами праці, здійснюється згідно з висновком МСЕК. Довідка про можливість подальшої праці видається медиками відповідно до оцінки умов праці та стану здоров'я людини з ТБ.

6.4. Оформлення інвалідності

Оформлення інвалідності відбувається згідно з нормами законодавства України.

За свідченням *учасників опитування для роботодавців*, працівники, які вилікувалися, почували себе нормально і не оформлювали інвалідність (n=6), або ще лікуються (n=4); 2 роботодавці вказали, що їх працівникам інвалідність було оформлено ще до працевлаштування у них.

6.5. Звільнення працівників

Факт того, що працівники звільнилися за власним бажанням після того, як стало відомо, що вони захворіли на ТБ, визнали двоє *учасників опитування*. У одному із випадків це було пов'язано з умовами виробництва – не було можливості замінити працівника на час лікування. Один із респондентів визнав, що вони хотіли звільнити працівника, який не повідомив при влаштуванні на роботу, що лікується, проте, через втручання юристів, його були вимушені залишити на роботі.

Двоє *учасників ФГД для роботодавців* визнали випадки звільнення працівників ЛТБ за власним бажанням через страх інфікувати оточуючих і неможливість ЛТБ продовжувати працювати через стан здоров'я (слабкість); одна учасниця *ФГД*, лікар-фтизіатр, визнала, що останнім часом не було випадків звільнення працівників з ТБ, раніше такі були непоодинокі.

6.6. Допомога ЛТБ у вирішенні трудових спорів у зв'язку із захворюванням на ТБ

Усі *роботодавці-учасники ФГД* визнали, що їм невідомо про існування організацій/установ, які надають допомогу ЛТБ при працевлаштуванні та вирішенні трудових спорів.

Допомогу й підтримку ЛТБ надають *параюристи* і соціальні працівники, які працюють у благодійних та громадських організаціях, зокрема серед їхніх послуг – інформування роботодавців щодо ТБ і роз'яснення юридичних прав ЛТБ (n=9); допомога ЛТБ в оформленні медичної довідки для роботодавця, яка засвідчує, що людина не становить небезпеки для

⁹ Переведення працівника за станом здоров'я на легшу роботу передбачено статтею 170 КЗпП України.

оточуючих і може працювати у трудовому колективі (n=4); підтримка та допомога ЛТБ, мотивація щодо захисту власних прав (n=4); роз'яснення ЛТБ особливостей захворювання на ТБ, власних прав щодо працевлаштування (n=2); переконання роботодавців у необхідності проведення медобстеження усіх працівників установи/організації (n=2); перенаправлення ЛТБ до фахових юристів, установ/організацій, які надають допомогу, зокрема з працевлаштування (n=1); стимулювання роботодавців щодо переведення ЛТБ після проходження курсу лікування на полегшену роботу (n=1); примус роботодавців провести розрахунки і оплату роботу у разі звільнення ЛТБ (n=2) тощо.

6.7. Нормативно-правові неузгодженості

Лише окремі *учасники опитування для роботодавців* орієнтуються в нормативних документах, які регулюють питання організації роботи або звільнення ЛТБ. Одна із *учасниць ФГД для роботодавців* визнала, що в Україні діє нормативна база, яка регулює працевлаштування та організацію роботи ЛТБ.

Учасники ФГД для представників ЛКК визнали неврегульованість різних аспектів нормативно-правових документів: згідно з нормативом, що регулює роботу МСЕК, ЛТБ можуть подавати документи на МСЕК через 8-10 місяців перебування на лікарняному, а за новим стандартом лікування ТБ триває 6 місяців (n=4). Також згадано про нормативні колізії: у наказі МОЗ № 246¹⁰ чітко не визначено вимоги щодо допуску до роботи і переведення на інші посади медпрацівників протитуберкульозних закладів, які проходять лікування від ТБ (n=3); накази 280¹¹ і 102¹² не узгоджені між собою (n=3); у наказах 246 і 102 не узгоджене питання щодо визначення терміну допуску до роботи людей, які відносяться до декретованих категорій і мають отримувати допуск до роботи за умови проходження повного курсу лікування (n=1); нормативно не врегульоване питання щодо звільнення військовослужбовців, які проходять лікування від ТБ, оформлення їм виплат у разі непрацездатності (n=1); у наказі 905¹³ є розбіжності щодо визначення критеріїв виділення мікобактерій ТБ (n=1) тощо.

У нормативних документах слід конкретніше визначити терміни надання ЛТБ лікарняного листка, оскільки виникають проблеми з оплатою лікарняних. Також при прийнятті рішення щодо допуску на роботу потрібне розділення у нормативних документах форм ТБ «з бактеріовиділенням» і без (n=5), зокрема слід враховувати функціональні обмеження пацієнта і рекомендації інших фахівців.

VII. Подолання нормативних бар'єрів щодо людей з ТБ у сфері працевлаштування й зайнятості

Нормативно-правова база, яка регулює стосунки ЛТБ на робочому місці чи у закладі освіти ЛТБ, потребує перегляду з метою подолання низки бар'єрів і задля забезпечення їх прав на працевлаштування й зайнятості.

Зміна стандарту надання медичної допомоги людям з ТБ (*додаток 6 до Стандартів медичної допомоги «Туберкульоз»*) спричинює зміну підходів у сфері праці та навчання таких людей. По-перше, людина з ТБ легень, позитивним за мазком мокротиння під час виявлення, до роботи або навчання може повернутися після 3 тижнів ефективного лікування, якщо:

- ефективність лікування підтверджено лабораторними аналізами;

¹⁰ Наказ МОЗ України від 21 травня 2007 р. № 246 «Про затвердження Порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій», зареєстровано в Мін'юсті України 23 липня 2007 р. за № 846/14113. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0846-07#Text>

¹¹ Наказ МОЗ України від 23 липня 2002 р. № 280 «Щодо організації проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв і організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб», зареєстровано в Мін'юсті України 8 серпня 2002 р. за № 639/6927. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0639-02#Text>

¹² Наказ МОЗ України від 19.01.2023 № 102. – Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43242-dn_102_19012023.pdf

¹³ Наказ МОЗ України від 28 грудня 2015 р. № 905 «Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації» із змінами, затвердженими наказом МОЗ України від 15 липня 2021 р. № 1447 «Про затвердження Зміни до Критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації», зареєстровано в Мін'юсті України 15 вересня 2021 р. за № 1214/36836. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1214-21#n2>

- надано висновок ЛКК щодо допуску ЛТБ до роботи або навчання.

По-друге, продовжувати роботу або навчання впродовж усього курсу лікування можуть люди з ТБ легень, негативним за мазком мокротиння під час виявлення та з позалегеновим ТБ, якщо це дозволяє їхній стан.

Потребує перегляду законодавча база, яка регулює відносини на робочому місці, оскільки:

- Стандарт медичної допомоги «Туберкульоз» не враховано в законодавчій базі, зокрема в наказах МОЗу;
- не розділено питання та проблеми людей із ТБ із бактеріовиділенням, підтвердженим бактеріологічно, людей з ТБ легень, негативним за мазком мокротиння під час виявлення, та з позалегеновим ТБ, які загрози для оточуючих не несуть;
- не передбачено адміністративної та кримінальної відповідальності за порушення прав ЛТБ, зокрема у сфері праці;
- не закріплено обов'язки роботодавців у випадках, коли у них працюють ЛТБ;
- не передбачена відповідальність суб'єктів у сфері медіа за поширення протизаконних або дискримінаційних висловлювань стосовно ЛТБ.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Врегулювати у нормативних документах питання стосовно захисту трудових прав і інтересів ЛТБ.
- Визначити та запровадити заходи, спрямовані на недопущення проявів стигми і дискримінації щодо людей, які проходять лікування /вилікувалися (завершили лікування) від ТБ, зокрема упередженого ставлення до ЛТБ; підвищення рівня обізнаності населення України в цілому у сфері протидії поширенню ТБ; надання всебічної медико-соціальної й психологічної допомоги ЛТБ та їх оточенню, зокрема сім'ям з дітьми; проведення роботи з ЛТБ щодо їх відповідального ставлення до свого захворювання, аби не наражати на ризик інфікування оточуючих тощо.
- Розглянути можливість прискорення надання медиками висновків про перебіг захворювання, аби роботодавці могли орієнтуватися щодо організації подальшої роботи ЛТБ.
- Готувати медичний персонал до роботи з людьми, які проходять лікування від ТБ, стосовно нерозголошення інформації щодо діагнозу ЛТБ. Проводити спільні навчання медичних працівників, які залучаються до проведення обстеження контактних осіб.
- Забезпечити проведення інформаційно-просвітницької роботи із загальним населенням і з роботодавцями, зокрема щодо ТБ, ризиків інфікування, умов безпечної поведінки.
- Проводити інформаційну роботу з роботодавцями щодо умов працевлаштування і організації роботи з ЛТБ, необхідності проходження медичного обстеження усіх працівників установ/організацій.
- Посилити роботу громадських організацій (об'єднань), які працюють у сфері подолання епідемії ТБ на національному й місцевих рівнях.

ВИСНОВКИ

Дані дослідження підтверджують попередньо висловлену гіпотезу дослідження:

- прояви стигми, самостигматизації та дискримінації у сфері працевлаштування та зайнятості щодо ЛТБ призводять до пізнього виявлення ТБ та відривів від лікування;
- реальні обмеження, які мають ЛТБ у сфері зайнятості та працевлаштування, не відповідають сучасним поглядам на контагіозність збудника туберкульозу;
- стигма та дискримінація ЛТБ з боку роботодавців та колег спричинена передусім їх недостатньою обізнаністю щодо ТБ.

Існування проблеми з працевлаштуванням і зайнятістю є пріоритетною проблемою ЛТБ.

Незначна частка респондентів базового опитування та учасники глибинних інтерв'ю не спостерігали у себе проявів самостигматизації. Найбільш розповсюдженими проявами є намагання приховати наявність хвороби від знайомих/сусідів/сім'ї та побоювання того, що колеги на роботі дізнаються про діагноз ТБ – такі думки були висловлені й респондентами з числа роботодавців, голів/представників ЛКК і параюристами.

Кожен другий респондент ніколи не відчував проявів стигми стосовно себе. А кожен п'ятий опитаний відчув стигматичне ставлення до себе чи дискримінацію під час роботи через те, що лікувався/вилікувався (завершив лікування) від ТБ. Проявами стигматизуючого ставлення переважно були ігнорування та намагання не контактувати з респондентом.

Жінки частіше зазначали про прояви самостигматизації, стигматизуючого ставлення чи дискримінації стосовно себе, що свідчить про більшу відкритість жіночої аудиторії.

Про існування проявів стигми і дискримінації стосовно ЛТБ свідчили роботодавці, представники ЛКК і параюристи, які безпосередньо мали досвід або знають про такі випадки з власної практики.

Чинниками, що впливають на стигматизуюче ставлення, переважно є те, що люди бояться інфікуватись та не знають сучасної ситуації з лікуванням ТБ – це підтверджують усі категорії респондентів дослідження. Також спостерігається досить низький рівень обізнаності у сфері протидії поширенню ТБ серед самих роботодавців та у трудових колективах, що обумовлює додаткові стигматизуючі й дискримінуючі прояви стосовно ЛТБ.