

УДК 614.254.3:001.891.5:616.98:578.828-054.7(477.87)

**Миронюк І.С.**

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ  
ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ  
ТРУДОВИМ МІГРАНТАМ ТА ЇХ НАЙБЛИЖЧОМУ ОТОЧЕННЮ В  
ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
(м. Київ)**

Дана робота є фрагментом планової НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України» № державної реєстрації 0112U002809.

**Вступ.** Розширення надання послуг консультування і тестування на ВІЛ (КіТ на ВІЛ) різним категоріям населення є одним із пріоритетів державної політики в системі протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні [11]. В умовах концентрованої стадії епідемії, яка спостерігається у країні [9], необхідно максимум зусиль сфери охорони здоров'я направити на охоплення послугами КіТ на ВІЛ представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (ГПР), які є основною рушійною силою епідемії [1]. Перелік основних ГПР у країні взагалі затверджено на національному рівні: споживачі ін'єкційних наркотиків; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками; статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків; клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду та статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками [10]. В той же час, на думку ВООЗ, в межах однієї країни можуть спостерігатися на окремих територіях регіональні субепідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в розвитку яких приймають участь особливі регіональні ГПР [12]. Так, в Закарпатській області

констатується регіональна субепідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу, основною рушійною силою якої є регіональна ГПР – трудові мігранти та їх найближче оточення (постійні сексуальні партнери) [3, 5].

Хоча в Україні існує розгалужена система надання послуг КіТ на ВІЛ за добровільною згодою особи як через медичних працівників загальної лікувальної мережі, так і через спеціалізовані кабінети «Довіра» та регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом є проблема доступу трудових мігрантів до отримання послуги КіТ на ВІЛ. Це пов'язано з короткими періодами перебування даної мобільної групи населення за місцем постійного проживання в основному в періоди великих релігійних свят, які є вихідними днями [6]. Тому існує необхідність розробки та впровадження окремих моделей організації надання послуг КіТ на ВІЛ для даної групи населення.

**Мета роботи** - розробка, впровадження та визначення життєздатності організаційно-функціональної моделі надання послуг КіТ на ВІЛ лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів представникам регіональної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ - трудові мігранти та їх найближче оточення в Закарпатській області України.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження являлась система надання послуг КіТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів різним групам населення в Закарпатській області. При розробці моделі застосовувалися методи структурно-логічного аналізу, системного підходу, бібліосемантичний та концептуального моделювання. При розробці моделі використовувалися результати ретроспективного епідеміологічного аналізу розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області [8], результатах спеціальних епідеміологічно-

поведінкових досліджень серед ВІЛ-інфікованих осіб в регіоні [4] та нормативно-правових актів з питань організації надання послуг КіТ на ВІЛ в закладах охорони здоров'я України, в тому числі і з ініціативи медичного працівника [2].

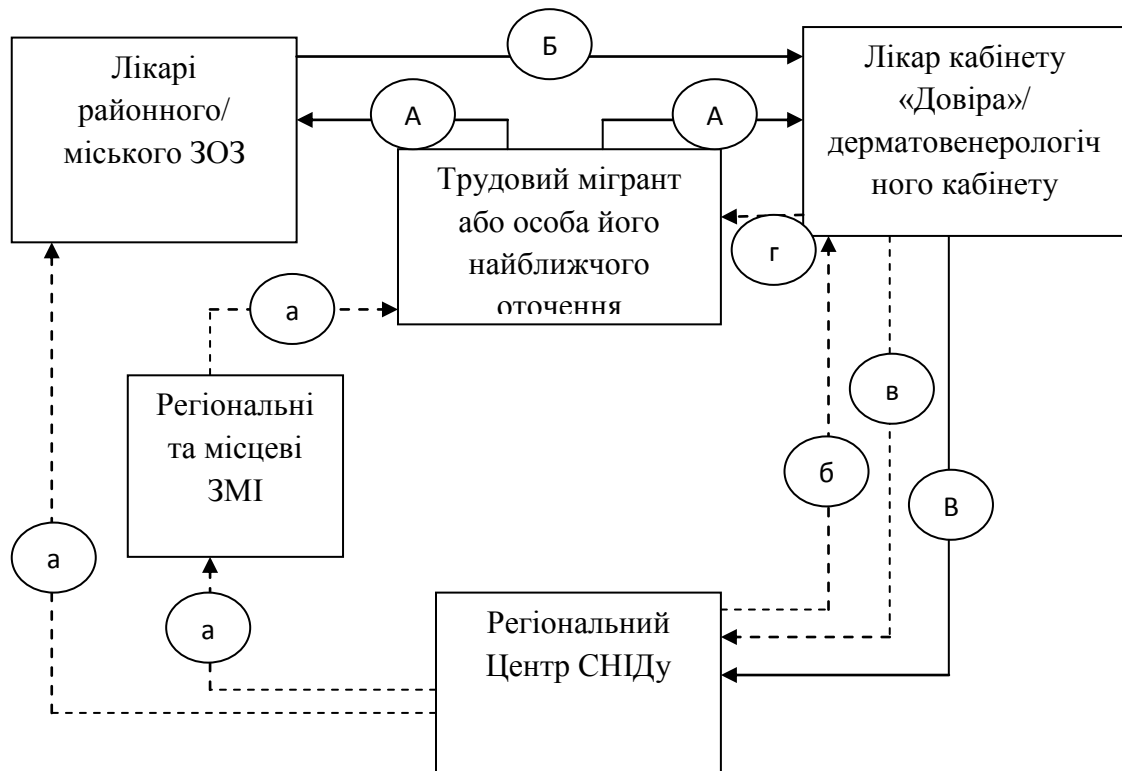
Визначення приналежності особи до цільової групи надання послуг КіТ на ВІЛ – трудових мігрантів та їх найближчого оточення проводилося за наступними критеріями: представник групи «трудова мігранти» - особа, яка за результатами попереднього опитування мала епізоди виїзду з метою працевлаштування за межі області на строк більше 1 місяця протягом останніх 3-х років; представник групи «найближче оточення трудового мігранту» - особа, що являється постійним статевим партнером трудового мігранта, але сама на заробітки не виїздить.

Оцінка стану функціонування впровадженої моделі проводилася за результатами аналізу щомісячних звітів лікарів кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів в районах Закарпатської області, які в пілотному режимі надавали послуги КіТ на ВІЛ з застосуванням швидких тестів для визначення антитіл до ВІЛ (ШТ на ВІЛ) згідно запропонованої моделі. Щомісячний звіт лікарів містить інформацію щодо кількості осіб цільової групи населення, яким надано послугу КіТ на ВІЛ; кількість осіб з позитивним результатом ШТ на ВІЛ, які були направлені для верифікаційного обстеження та постановки на диспансерний облік.

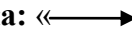

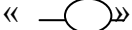
**Результати досліджень та їх обговорення.** Мета запропонованої моделі – максимальне охоплення послугами КіТ на ВІЛ представників цільової групи впливу – трудових мігрантів та їх найближчого оточення послугами КіТ на ВІЛ як одним з основних компонентів заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні. КіТ на ВІЛ трудових мігрантів та їх найближчого оточення як компонент заходів протидії епідемії включає в себе: первинна профілактика інфікування ВІЛ шляхом проведення

інформаційного консультування; визначення індивідуальних поведінкових ризиків інфікування ВІЛ пацієнта та розробка плану їх усунення в процесі дотестового та післятестового консультування, визначення ВІЛ-статусу представника цільової групи з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та своєчасного призначення специфічного лікування.

Модель містить наступні структурні компоненти: об'єкт – трудові мігранти та їх найближче оточення; суб'єкт – лікар кабінету «Довіра» і/або дерматовенерологічного кабінету (на базі районної/міської лікарні) та компоненти, що забезпечують інформаційну підтримку, супровід та організаційно-методичне забезпечення функціонування моделі: засоби масової інформації (ЗМІ); лікарі закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), на базі якого впроваджується модель; регіональний центр профілактики та боротьби із СНІДом (Центр СНІДу) (рис).



**Рис.** Модель організації надання послуг КіТ на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню.

**Примітка:** «» - напрямок руху особи;  
 «» - напрямок руху інформації;  
 «» - шифр функції (див. табл.1).

Кожен із структурних компонентів моделі виконує свої функції, які і забезпечують умови досягнення поставленої мети моделі (табл.1).

**Таблиця 1**

**Функції структурних компонентів моделі організації надання послуг КіТ на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню**

Структурний компонент	Функції	
	Зміст	Шифр
Трудовий мігрант/ особа з найближчого оточення трудового мігранта (цільова група)	Самозвернення з приводу захворювання (любого), з профілактичною метою (профілактичні огляди та диспансеризація) або ціленаправлено для обстеження на ВІЛ	<b>А</b>
Лікарі ЗОЗ, на базі якого працює кабінет «Довіра»/ дерматовенерологічний кабінет	Рекомендація представнику цільової групи отримати добровільно та безоплатно послугу КіТ на ВІЛ Направлення представника цільової групи для отримання послуги КіТ на ВІЛ	<b>Б</b>
Лікар кабінету «Довіра»/	Пропозиція отримання послуги КіТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника	<b>Г</b>

дерматовенерологічного кабінету	Проведення профілактичного консультування	
	Проведення дотестового консультування	
	Проведення тестування на ВІЛ з використанням ШТ	
	Проведення післятестового консультування	
	Направлення пацієнта для верифікаційного обстеження та постановки на диспансерний облік (при позитивному результаті ШТ на ВІЛ)	<b>В</b>
	Звітування згідно вимог нормативних документів	<b>в</b>
Регіональні та місцеві ЗМІ	Інформаційне забезпечення функціонування моделі (надання інформації щодо необхідності та доступності послуги КіТ на ВІЛ для представників цільової групи)	<b>а</b>
Регіональний центр СНІДу	Інформаційне забезпечення функціонування моделі	<b>а</b>
	Організаційно-методична підтримка	<b>б</b>
	Моніторинг та оцінка ефективності роботи	

Як представлено на **рис. 1** і в **табл.1**, при розробці моделі ставилося завдання максимально обмежити потоки руху особи (представника цільової групи) та максимально розширити потоки інформації між структурними компонентами моделі. Так, власне представник цільової групи в процесі надання йому завершеної послуги КіТ на ВІЛ контактує максимум з двома іншими структурними компонентами (лікарем ЗОЗ, до якого дана особа звернулася з приводу якогось захворювання або з профілактичною метою та з лікарем, який безпосередньо надає послугу КіТ на ВІЛ (лікар кабінету «Довіра» або дерматовенерологічного кабінету). Лише у випадку виявлення позитивного ШТ на ВІЛ особа направляється в регіональний центр СНІДу для верифікаційного обстеження та постановки на диспансерний облік. Таке обмеження було зроблено з метою створення умов для максимального збереження конфіденційності інформації про дану особу. В той же час, для отримання максимального охоплення представників цільової групи послугами КіТ необхідно створення масивного «інформаційного поля» навколо представників цільової групи щодо необхідності та доступності даної послуги. Тому, основні зв'язки між структурними компонентами моделі носять саме інформаційний характер. Максимум функцій структурних компонентів моделі направлені на залучення представників цільової групи до отримання послуги КіТ на ВІЛ.

Дана модель у жовтні 2011 року була впроваджена в пілотному режимі в 7 пілотних районах Закарпатської області за технічної підтримки МБФ «Фонд Вільяма Дж.Клінтона» в Україні. В кожному районі було задіяно по 1 лікарю кабінету «Довіра» або дерматовенерологічного кабінету, які працюють на базі районної лікарні. В чотирьох пілотних регіонах модель було впроваджено через лікарів кабінетів «Довіра»: Берегівський, Виноградівський, Міжгірський та Перечинський райони.

Лікарі дерматовенерологічних кабінетів були задіяні до впровадження моделі в трьох пілотних регіонах: Іршавський, Хустський та Рахівський райони Закарпатської області.

Усі лікарі, залучені до надання послуг КіТ на ВІЛ пройшли відповідне навчання та були забезпечені необхідними методичними матеріалами та діагностичними наборами (ШТ на ВІЛ). Так, за період відпрацювання моделі (з жовтня 2011 року по грудень 2013 року) лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів пілотних регіонів було надано послуги КіТ на ВІЛ 2 884 особам цільової групи, з яких 1 968 (68,2 %) осіб являються власне трудовими мігрантами, а 916 (31,8 %) є особами з найближчого оточення трудових мігрантів (постійними статевими партнерами трудових мігрантів). У 32 осіб виявлено позитивні результати тестування на ВІЛ з використанням ШТ на ВІЛ, що склало 1,1 % від обстежених.

Зважаючи на те, що основною метою даної моделі є забезпечення максимального охоплення послугами КіТ на ВІЛ представників цільової групи, яка являється регіональною ГПР інфікування ВІЛ, життєздатність моделі нами оцінювалася по показнику охоплення даними послугами власне трудових мігрантів. Показник охоплення послугами КіТ на ВІЛ вираховувався щоквартально протягом періоду впровадження проекту у відсотках від оціночної чисельності власне трудових мігрантів, що являються мешканцями пілотних районів. Індикатором ефективності моделі було визначено охоплення за період пілотного відпрацювання моделі не менше 5% оціночної чисельності трудових мігрантів, що мешкають на території району. Оціночна чисельність власне трудових мігрантів на території пілотних районів було отримано за результатами наших попередніх досліджень [7]. Дані щодо оціночної чисельності осіб, що відносяться до групи найближчого оточення трудових мігрантів



(постійні статеві партнери трудових мігрантів) наразі розрахувати за існуючими методиками не можливо. Результати охоплення трудових мігрантів послугами КіТ на ВІЛ в семи пілотних регіонах за запропонованою моделлю за весь період впровадження (з жовтня 2011 року по грудень 2013 року) представлено в **табл.2**.

**Таблиця 2**

**Результати охоплення послугами КіТ на ВІЛ трудових мігрантів в пілотних районах Закарпатської області**

Пілотний район	Оціночна чисельність трудових мігрантів	Надано послуг КіТ на ВІЛ	
		абс. (осіб)	охоплення (% від оціночної)
Берегівський	3 518	348	9,9
Виноградівський	10 208	464	4,5
Іршавський	11 857	192	1,6
Міжгірський	3 154	279	8,8
Перечинський	869	235	27,0
Рахівський	15 743	301	1,9
Хустський	22 960	149	0,6
Всього	68 309	1 968	2,9

Як представлено в **табл.2**, рівень охоплення послугами КіТ на ВІЛ представників групи трудових мігрантів в пілотних районах області суттєво відрізняється. Так, якщо в загальному по усім пілотним районам було охоплено даними послугами 2,9% від оціночної чисельності трудових мігрантів, що проживають на цих територіях, то у Хустському, Іршавському та Рахівському районах показник охоплення є значно нижче: 0,6%; 1,6% та 1,9% відповідно. В той же час, в окремих районах показник

охоплення є досить високим. Зокрема це спостерігається в тих районах, де оціночна чисельність трудових мігрантів відносно мала: Перечинський район (27,0%), Берегівський (9,9%) та Міжгірський (8,8%). При цьому абсолютна кількість осіб, яким була надана послуга КіТ на ВІЛ найбільша в Виноградівському районі, але враховуючи значну оціночну чисельність трудових мігрантів (більше 10 тисяч осіб) показник охоплення, хоч і вище загального по пілотним регіонам, не достатній. В пілотних регіонах, де оціночна чисельність трудових мігрантів більше 10 тисяч осіб досягти індикатора ефективності охоплення (не менше 5% оціночної чисельності) за період пілотного відпрацювання запропонованої моделі не вдалося.

### **Висновки.**

1. Представлена організаційно-функціональна модель надання послуг КіТ на ВІЛ представникам регіональної ГПП - трудові мігранти та їх найближче оточення через лікарів кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів забезпечує ефективне охоплення представників цільової групи даними послугами при умові незначної оціночної чисельності трудових мігрантів на території району (до 10 тисяч осіб).
2. При оціночній чисельності представників групи трудових мігрантів більше 10 тисяч осіб є необхідність розширення моделі з метою залучення додаткових надавачів послуги КіТ на ВІЛ: лікарів інших кабінетів поліклінічних відділень районних (міських) лікарень; лікарів, які працюють у медичних структурах розміщених не лише в районному центрі, а територіально наближені до отримувачів послуги (дільничні лікарні, амбулаторії загальної практики-сімейної медицини).

**Перспективи подальших досліджень.** Планується удосконалення з послідуєчим пілотним впровадженням запропонованої моделі для регіонів, в яких оціночна чисельність трудових мігрантів перевищує 10

тисяч осіб, шляхом розширення переліку структурних компонентів, які безпосередньо надають послугу КіТ на ВІЛ представникам цільової групи населення.

### Література

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №40. — К. : МОЗ України, Укр. центр контролю за соціально небезпечними хворобами, 2013.— 24 с.
2. Методичні рекомендації для медичних працівників щодо надання послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію/ Т.А. Александріна, І.В. Андріанова, Л.І. Андрущак, [ та ін.]. — К. : МОЗ України, 2011. — 20 с.
3. Миронюк І.С. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області: окремі особливості розвитку/ І.С. Миронюк // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». — 2011. — Вип. 3(42). — С. 188-192.
4. Миронюк І.С. Особливості ризикованої поведінки ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів Закарпатської області залежно від регіону міграції / І.С. Миронюк // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». — 2012. — Випуск 1 (43). — С. 146-151.
5. Миронюк І.С. Поведінкові ризики інфікування ВІЛ осіб, пов'язаних з трудовою міграцією / І.С. Миронюк // Профілактична медицина. — 2012. — № 2 (18). — С. 7-10.
6. Миронюк І.С. Результати визначення пріоритетних періодів та точок виходу профілактичних програм на регіональну групу підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Закарпатській області – трудових мігрантів / І.С. Миронюк // Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я

- світового співтовариства», Одеса, 10-11 травня 2013 року, — Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2013. — С. 67-71.
7. Миронюк І.С. Результати оцінки масштабів та напрямків трудової міграції в Закарпатті / І.С. Миронюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2011. — №2. — С. 5-9.
  8. Миронюк І.С. Результати визначення стадії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області / І.С. Миронюк, В.Й. Шатило // Україна. Здоров'я нації – 2012. – №1(21). – С. 39-43.
  9. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2012 р. — К. : Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, 2012. — 12 с.
  10. Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 лютого 2013 року №104.
  11. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 13 травня 2013 року № 356-р.
  12. Guidelines on Surveillance among Populations Most at Risk for HIV. — WHO/UNAIDS, 2011. — 57 p.

УДК 614.254.3:001.891.5:616.98:578.828-054.7(477.87)

**ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТРУДОВИМ МІГРАНТАМ ТА ЇХ НАЙБЛИЖЧОМУ ОТОЧЕННЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

**Миронюк І.С.**

**Резюме.** Представлено організаційно-функціональну модель надання послуг консультування і тестування на ВІЛ представникам регіональної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ - трудові мігранти та їх найближче оточення лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів в Закарпатській області України. Результати впровадження даної моделі показали її ефективність по показнику охоплення представників цільової групи населення в регіонах, де оціночна чисельність трудових мігрантів не перевищує 10 тисяч осіб. В регіонах де оціночна чисельність трудових мігрантів перевищує 10 тисяч осіб є необхідність удосконалення даної моделі шляхом розширення переліку безпосередніх надавачів послуги консультування та тестування на ВІЛ представникам цільової групи населення.

**Ключові слова:** організаційно-функціональна модель, консультування і тестування на ВІЛ, трудові мігранти.

**УДК** 614.254.3:001.891.5:616.98:578.828-054.7(477.87)

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ И ИХ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Миронюк И.С.**

**Резюме.** Представлена организационно-функциональная модель предоставления услуг консультирования и тестирования на ВИЧ представителям региональной группы повышенного риска инфицирования ВИЧ - трудовые мигранты и их ближайшее окружение врачами кабинетов «Доверия» и дерматовенерологических кабинетов в Закарпатской области Украины. Результаты внедрения данной модели показали ее эффективность по показателю охвата представителей целевой группы

населения в регионах, где оценочная численность трудовых мигрантов не превышает 10 тысяч человек. В регионах, где оценочная численность трудовых мигрантов более 10 тысяч человек есть необходимость совершенствования данной модели путем расширения перечня непосредственных поставщиков услуги консультирования и тестирования на ВИЧ представителям целевой группы населения.

**Ключевые слова:** организационно-функциональная модель, консультирование и тестирование на ВИЧ, трудовые мигранты.

UDC 614.254.3:001.891.5:616.98:578.828-054.7(477.87)

**Functional Organization Model of Providing HIV Counseling and Testing Services to Labor Migrants and to their Immediate Surrounding in Transcarpathia Region**

**Myronyuk I.S.**

**Abstract.** *Objective:* To develop, implement and determine the viability of the organizational and functional model of providing VCT for HIV services by doctors of medical stations "Dovira" and by dermatovenerology stations to representatives of regional HIV infection high risk groups – to labor migrant and their immediate surrounding in the Transcarpathia region of Ukraine.

*Object and methods of research.* The object of study was the system of providing VCT for HIV services upon initiative of doctors, provided by the physicians of the medical stations "Dovira" and by dermatovenerology stations to different groups in the Transcarpathia region. While developing this model the methods of structural and logical analysis, a systematic approach, bibliosemantic and conceptual simulation were used.

Estimation of the functionality of this model was carried out on the basis of the monthly reports analysis of the medical stations "Dovira" and dermatovenerology stations in Transcarpathia region, which provided VCT for

HIV services in pilot mode, using rapid tests for the detection of antibodies to HIV, according to the model proposed.

*Results and discussion.* The purpose of the model proposed is the maximum reach to target group of the VCT for HIV services. Provision of VCT for HIV services for labor migrants and their immediate surrounding is one of the main components of retroaction to HIV/AIDS epidemic in the region. The model has the following structural components: the object, that is labor migrant and their immediate surrounding; the subject - doctors of the medical stations "Dovira" and of dermatovenerology stations (on the basis of district/municipal hospital) and components that provide informational support, maintenance and organizational and methodological support for functioning of the model: the mass media; the doctors of the medical centers, on the basis of which this model is to be implemented; Regional Centre for AIDS Prevention and Control. Each of the structural components of the model has their particular functions that provide the conditions for achieving the goal of the model.

During of the model work-up period (from October 2011 to December 2013) by doctors of the medical stations "Dovira" and of dermatovenerology stations in 7 pilot areas VCT for HIV services were provided to 2 884 individuals of the target group, 1968 (68.2 %) of which were actually migrant workers, and 916 (31.8%) individuals were persons from their immediate surrounding (steady sexual partners of the labor migrants). Over the period mentioned the index of target group reaching was 2.9% as a whole while performance indicator monitoring of not less than 5%. While analyzing the results of reaching separately for each of the seven pilot areas it was revealed that this model in the form proposed was operating effectively in the region with an estimated number of migrants up to 10 thousand people (index of reaching excesses 5%), and needed to be improved in the region with an estimated number of labor migrant of more than 10 thousand people.

*Conclusions.* The model proposed effectively operates in the areas with an unimportant number of labor migrants. In case if the ratable number of labor migrants exceeds 10 thousand persons this model needs to be improved by expanding the list of structural components that provide direct VCT for HIV service to representatives of target groups.

**Key words:** organizational model, HIV counseling and testing, labor migrants.

*Рецензент – проф. Дубинська Г.М.*

*Стаття надійшла 12.04.2014 р.*