

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КОМІТЕТ З ПИТАНЬ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ІНШИМ СОЦІАЛЬНО
НЕБЕЗПЕЧНИМ ХВОРОБАМ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИКИ І БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ МОЗ
УКРАЇНИ

**МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ ІПСШ ПРЕДСТАВНИКАМ УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ**
(методичний посібник)

ПІДГОТОВЛЕНО ПРИ ПІДТРИМЦІ
МБФ „МІЖНАРОДНИЙ АЛЬЯНС З ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ”

КИЇВ – 2009

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КОМІТЕТ З ПИТАНЬ ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ІНШИМ СОЦІАЛЬНО
НЕБЕЗПЕЧНИМ ХВОРОБАМ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР ПРОФІЛАКТИКИ І БОРОТЬБИ ЗІ СНІДОМ МОЗ
УКРАЇНИ

<p>«ПОГОДЖЕНО»</p> <p>Голова Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам</p>  <p>С.О. Черенько</p> <p>«24» березня 2009 р.</p> 	<p>« ПОГОДЖЕНО»</p> <p>Директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України</p>  <p>М.П. Жланова</p> <p>«24» березня 2009 р.</p> 
---	---

**МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПОСЛУГ З ДІАГНОСТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ ІПСШ ПРЕДСТАВНИКАМ УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ**
(методичний посібник)

КИЇВ-2009

РОЗРОБНИК:

Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ:

Єщенко Олена Григорівна – кандидат медичних наук, заступник голови Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам”.

Мавров Геннадій Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач відділенням інфекцій, що передаються статевим шляхом ДУ “Інститут дерматології та венерології АМН України”.

Круглов Юрій Валентинович – кандидат медичних наук, науковий співробітник ДУ "Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України”.

Курпіта Володимир Іванович – кандидат медичних наук, директор Департаменту закупівель та лікування ВБО „Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД”.

Миронюк Іван Святославович – кандидат медичних наук, головний лікар Закарпатського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом .

Сторожук Людмила Анатоліївна – заступник директора Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Кошикова Ганна Анатоліївна – старший фахівець відділу закупівель Департаменту закупівель та лікування ВБО „Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД”.

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Щербінська Алла Михайлівна – доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, директор Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.

Боброва Ганна Олегівна – спеціаліст з лікування ВІЛ/СНІД/ЗПСШ, Бюро ВООЗ в Україні.

ЗАТВЕРДЖЕНО ПРОФІЛЬНОЮ ПРОБЛЕМНОЮ КОМІСІЄЮ МОЗ ТА АМН УКРАЇНИ ЗА ФАХОМ «ДЕРМАТОЛОГІЯ ТА ВЕНЕРОЛОГІЯ»

(голова – **Мавров Іван Іванович** - д-р мед. наук, професор, директор ДУ „Інститут дерматології та венерології АМН України”)

Протокол № 6 від 26 грудня 2008 р.

ПІДГОТОВЛЕНО ПРИ ПІДТРИМЦІ МБФ „МІЖНАРОДНИЙ АЛЬЯНС З ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ”

Зміст

Перелік використаних скорочень і абревіатур	5
Вступ	6
1 Організація надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп населення	8
1.1 Моделі та етапність надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп в різних умовах	10
1.1.1 Класична модель.	11
1.1.2 Модель пасивної переадресації.	12
1.1.3 Модель активної переадресації.	14
1.1.4 Модель активного пошуку клієнта.	15
1.1.4.1 Система «довіреного лікаря».	17
1.1.4.2 Мобільна амбулаторія.	18
1.2 Надання послуг з діагностики та лікування ПСШ у закладах охорони здоров'я:	18
1.2.1 Надання послуг через мобільні амбулаторії.	22
1.2.1.1 Організація роботи мобільної амбулаторії.	25
2 Консультування і тестування на ВІЛ в системі надання послуг з діагностики та лікування ПСШ для представників уразливих груп	25
2.1 Передтестове консультування	27
2.2 Тестування	28
2.3 Післятестове консультування	28
3 Методи роботи неурядових організацій з представниками уразливих груп.	30
3.1 Переадресація клієнтів до інших установ та організацій	33
3.2 Значення соціально-психологічного супроводу у забезпеченні надання послуг з діагностики та лікування ПСШ для представників уразливих груп населення.	35
4 Форми та механізми взаємодії між партнерськими організаціями на етапах реалізації моделей.	35
4.1 Формування системи взаємодії між партнерськими організаціями	35
4.2 Бар'єри, які можуть виникнути при впровадженні і можливі шляхи їх усунення.	37
4.2.1 Загальна характеристика перешкод на шляху ефективної реалізації моделі.	37
4.2.2 Рекомендації щодо визначення та усунення бар'єрів	39
5 Оцінка якості надання послуг з діагностики та лікування ПСШ	41
ЛІТЕРАТУРА	44

Перелік використаних скорочень і абревіатур

АРТ – антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВІЛ-інфекція – інфекційна хвороба, збудником якої є вірус імунодефіциту людини, який вражає клітини крові, так звані СД4-лімфоцити, що захищають організм людини від інфекційних захворювань, розвитку злоякісних пухлин та інших уражень.

ВБНОН – Відділ по боротьбі з незаконним обігом наркотиків

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГО – громадські організації

ДКТ – добровільне консультування і тестування на ВІЛ

ЗМІ – засоби масової інформації

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ІХА-діагностика – діагностичне обстеження експрес-тестами з використанням імунохроматографічного методу

КТ – консультування і тестування на ВІЛ

ЛЖВС – люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом

ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади

Мережа ЛЖВС – Всеукраїнська благодійна організація „Всеукраїнська мережа ЛЖВС”

МіО – моніторинг і оцінка

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

НУО – неурядова організація

ПОШ – пункт обміну шприців для споживачів ін'єкційних наркотиків

ППС – патрульно-постова служба

РКС – робітники комерційного сексу

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту – це пізня стадія ВІЛ-інфекції, яка характеризується глибоким імунодефіцитом і наявністю СНІД-індикаторних захворювань.

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

Центр СНІДу – центр профілактики і боротьби зі СНІДом

ЧСЧ – чоловіки, які мають секс з чоловіками

ШВД – шкірно-венерологічний диспансер

ЮНЕЙДС – об'єднана програма ООН по СНІДу

Вступ

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ПСС) – національна проблема охорони здоров'я України. За даними МОЗ в Україні щорічно реєструється близько 400 тисяч нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу. Офіційна статистка відображає, за різними оцінками, від 30% до 40% реальної кількості випадків ПСС. Це пов'язано зі збільшенням прихованих форм і тим, що окремі групи населення не отримують належної дерматовенерологічної допомоги.

Проблему ПСС не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки одним з основних шляхів передачі ВІЛ-інфекції є статевий. Відповідно до оперативної інформації, наданої Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом, станом на 1 грудня 2008 року частка випадків зараження ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (37,3 %) вперше за останні 12 років поступила долі випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом, що зросла до 41,7 %. Це зумовлює необхідність інтенсифікації заходів з діагностики та лікування ПСС в уразливих до ВІЛ групах населення з метою попередження подальшого розповсюдження ВІЛ в Україні.

За результатами численних досліджень встановлено, що наявність ПСС суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Зокрема передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, що зумовлено ПСС, ослаблюють чинники захисту організму від інфікування ВІЛ.

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ПСС в популяції розподілена нерівномірно. Виділяють групи підвищеного ризику (ядерні групи) – уразливу частину населення, що відіграють провідну роль у динаміці епідемічного процесу ((робітники комерційного сексу (РКС), чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СН) та ін.):

- СН (споживачі ін'єкційних наркотиків) – люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Широке визначення включає як осіб, які ін'єкційно вводили наркотики експериментально або продовжують вводити іноді, так і осіб з важкою залежністю, які можуть вводити наркотики декілька разів на день. СНи можуть вживати легальні та нелегальні наркотики, стимулянти (наприклад, кокаїн або амфетаміни), депресанти (наприклад, героїн або бензодіазепіни) або інші речовини, такі як стероїди. Вони можуть вводити наркотики внутрішньом'язево або внутрішньовенно. (Загальна нарада щодо відповіді охорони здоров'я на профілактику та догляд за ВІЛ/СНІД у молодих людей. Досягаючи глобальної мети: доступ до послуг. Технічний звіт по нараді ВООЗ, Монтре, Швейцарія, 17-21 березня 2003 року);
- РКС (робітники комерційного сексу) – особи, які надають платні сексуальні послуги (Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, схваленої Розпорядженням КМУ від 21.05.2008 № 728-р.);
- ЧСЧ (чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками) - термін включає не лише чоловіків, які ідентифікують себе як геї або гомосексуалісти і мають секс лише з іншими чоловіками, а також бісексуалів, транссексуалів і гетеросексуальних чоловіків, які можуть іноді мати секс з іншими чоловіками. Секс між чоловіками виникає у різних обставинах; між чоловіками, чий досвід, стиль життя, поведінка та поєднані фактори інфікування ВІЛ можуть мати суттєві відмінності. Він включає спектр типів сексуальної та гендерної приналежності людей у різних соціально-культурних контекстах. ЧСЧ часто є одруженими, особливо, у випадку існування дискримінаційних законів або соціальної стигми по відношенню до сексуальних стосунків між чоловіками. Секс між підлітками чоловічої статі може розглядатися як частина сексуальних експериментів. У місцях, де чоловіки тривалий час перебувають у суто чоловічому оточенні, наприклад, тюрмах або школах-інтернатах, секс між чоловіками може бути звичайним явищем, незалежно від

сексуальної приналежності, та може бути насильницьким. (HIV and SEX BETWEEN MEN. Policy brief. UNAIDS, August 2006).

Внаслідок спільного шляху передачі, а саме статевого, ВІЛ та ПСШ, уразливі до ВІЛ групи водночас є уразливими до ПСШ, і навпаки.

Термін «уразливі» використовується відносно ризику інфікування ВІЛ, який може бути високим як результат специфічної поведінки або ситуацій. Прикладами останніх можуть бути сексуальні стосунки дискордантних пар, яким невідомо про їх ВІЛ-статус, або реципієнство крові або її препаратів, що не пройшли дослідження на ВІЛ. Саме поведінка, а не факт приналежності до групи, штовхає особу у ситуації, в яких вона може бути інфікована ВІЛ. Деякі групи населення можуть піддаватися підвищеному ризику інфікування ВІЛ. (UNAIDS Terminology Guidelines (March 2007).

За даними дозорних епідеміологічних досліджень епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в уразливих групах населення, а саме серед РКС, ЧСЧ, СІН. Дозорні епідеміологічні дослідження, проведені у 2007 році, встановили, що найбільшу частку ВІЛ-інфікованих осіб виявлено серед СІН (від 24 до 55%), серед РКС – (від 8 до 32%), серед хворих на ПСШ (від 1,7 до 12,3%). Отримані показники відрізняються від даних офіційної статистики і свідчать про високий рівень інфікованості ВІЛ представників вказаних груп населення.

Метою даного посібника є рекомендації з організації системи надання дерматовенерологічної допомоги представникам уразливих груп населення для протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на виконання Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, схваленої Розпорядженням КМУ від 21.05.2008 № 728-р.

Ефективна реалізація програми діагностики та лікування ПСШ серед представників уразливих до інфікування ВІЛ груп населення (далі – програма) можлива при забезпеченні доступності, прийнятності і ефективності відповідних послуг, що вимагає наявності наступних складових:

- Розвиненої системи надання послуг з діагностики та лікування ПСШ із необхідним матеріально-технічним та кадровим забезпеченням (медичні установи, НУО, підготовлений медичний та немедичний персонал, укладені партнерські відносини та дієві механізми взаємодії);
- Доступу надавачів послуг до представників цільової групи отримувачів послуг, в тому числі шляхом активного виходу на цільову групу;
- Доступ представників цільових груп до послуг;
- Матеріально-технічне забезпечення надання послуг (наявність необхідних діагностичних тест-систем, лікарських засобів, засобів профілактики, витратних матеріалів тощо).

Зрозуміло, що відсутність або низький рівень реалізації окремих компонентів програми призведе до зниження ефективності виконання програми в цілому або окремих її завдань.

Враховуючи особливості представників цільових груп («закритість» групи, низька прихильність до ЛПЗ, діагностики та лікування, суспільна стигматизація представників цільових груп), регіональні особливості ситуації (чисельність цільових груп, особливості життєдіяльності представників цільових груп (наркосцена, системи організації сексбізнесу), розвитку інфраструктури організацій, що мають вихід на представників цільових груп, розвитку епідситуації з ПСШ та ВІЛ/СНІДу, ефективна реалізація єдиної уніфікованої моделі надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп не є можливою та потребує застосування диференційованого підходу до організації послуг з діагностики і лікування ПСШ для різних груп населення.

Саме тому у посібнику представлено декілька підходів щодо організації дерматовенерологічної допомоги. Кожна з представлених моделей має свої позитивні та негативні сторони, висуває різні вимоги до кадрового і матеріально-технічного забезпечення. Пріоритетна

модель повинна визначатися з урахуванням регіональних особливостей ситуації з метою забезпечення максимального охоплення представників уразливих груп максимально повним пакетом якісних послуг з діагностики і лікування ПСШ. Найбільш ефективним є впровадження і комбінація кількох моделей, що може значно підвищити ефективність роботи програми в цілому.

1 Організація надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп населення

Діагностика, лікування та профілактика ПСШ в групах населення, уразливих до ВІЛ, є суттєвим елементом в системі заходів, що протидіють розповсюдженню ВІЛ-інфекції в Україні.

Знаходячись в конфлікті з суспільними нормами поведінки, представники уразливих груп здебільшого негативно ставляться до лікування венеричних хвороб в офіційно визнаних установах і досить часто ухиляються від обстеження і лікування. В силу об'єктивних причин, ефективність диспансерної роботи серед таких контингентів вкрай низька.

Забезпечення доступу до лікування ПСШ, як одного з необхідних компонентів програм з профілактики ВІЛ-інфекції і інших ПСШ, є найскладнішим завданням для організацій, що реалізують комплексні програми профілактики серед РКС, СІН, ЧСЧ, тощо.

Існує ряд причин, що обмежують доступ до послуг офіційних медичних установ представників уразливих до ВІЛ груп, зокрема:

- *З боку цільової групи:*
 - Недостатня інформованість;
 - Відсутність документів, що засвідчують особу;
 - Специфіка роботи;
 - Звичні сексуальні практики;
 - Неприйняття використання презервативів;
 - Самостигматизація і соціальна стигма;
 - Недовіра до представників державної медицини і небажання звертатися по медичну допомогу;
 - Низька прихильність лікуванню (недотримання схем призначеного лікування, порушення режиму прийому препаратів, тощо);
 - Небажання інформувати партнера.

- *З боку державних медичних установ:*
 - Недоступність послуг з діагностики та лікування ПСШ для представників цільових груп (територіальна віддаленість, коштовність, неприйнятний графік роботи тощо);
 - Неможливість надання медичних послуг особам без документів;
 - Обмежений набір безкоштовних послуг;
 - Недоступність повного пакету послуг з діагностики і лікування ПСШ при першому візиті пацієнта;
 - Неможливість призначення лікування ПСШ на підставі клінічних проявів та/або результатів експрес-тестування та необхідність проведення тривалих і коштовних підтверджуючих лабораторних досліджень;
 - Затверджена наказами керівних органів охорони здоров'я процедура постановки на диспансерний облік пацієнтів з виявленими захворюваннями;
 - Засуджуюче (нетолерантне) ставлення до представників уразливих груп з боку працівників ЛПЗ.

Забезпечення діагностики і лікування ПСШ має ґрунтуватися на принципі «5 К»:

1. Контакти: інформування і лікування статевого партнера;
2. Консультування: навчання щодо зниження ризику;

3. «Комплайанс»: забезпечення прихильності до лікування;
4. Кондоми: забезпечення презервативів та мотивування до їх використання;
5. Конфіденційність: дотримання принципу приватності.

Ефективний контроль за поширенням ІПСШ можна досягнути шляхом поєднання заходів, які складають так званий пакет послуг, відповідно до підходів охорони громадського здоров'я.

Основними компонентами пакету послуг з профілактики і контролю ІПСШ є:

- Мотивування до безпечної сексуальної поведінки;
- Розповсюдження презервативів;
- Мотивування до звернення за медичною допомогою;
- Інтеграція послуг з профілактики і лікування ІПСШ до первинної ланки системи охорони здоров'я, закладів репродуктивного здоров'я, приватних клінік тощо;
- Специфічні послуги для уразливих груп, наприклад, РКС, ЧСЧ тощо;
- Комплексне ведення випадку ІПСШ;
- Профілактика і лікування вродженого сифілісу і кон'юнктивіту новонароджених;
- Раннє виявлення симптоматичних і безсимптомних інфекцій.

Ведення випадку ІПСШ («кейс-менеджмент») передбачає надання допомоги особі з синдромом, пов'язаним з ІПСШ, або позитивним результатом тестування на одну або кілька ІПСШ.

Компонентами комплексного ведення випадку ІПСШ є:

- збір анамнезу,
- клінічне обстеження,
- встановлення правильного діагнозу,
- раннє та ефективне лікування,
- консультування щодо сексуальної поведінки,
- мотивування до використання презервативів та забезпечення ними,
- консультування щодо інформування статевого партнера та його лікування,
- подальше клінічне спостереження.

Забезпечення допомоги при ІПСШ передбачає впровадження ефективних підходів до ведення як клінічно маніфестних, так і безсимптомних випадків ІПСШ.

Види тестування на ІПСШ:

1. Діагностичне тестування: проводиться за клінічними показаннями пацієнтам з маніфестними формами захворювання для визначення етіології виявлених клінічних симптомів;
2. Виявлення випадку: проведення тестування особам без симптомів ІПСШ, які звернулися по медичну допомогу як контактні (статеві партнери пацієнтів з ІПСШ) або через інші, ніж ІПСШ, причини;
3. Скринінг: обстеження осіб без симптомів ІПСШ, які безпосередньо не звертаються за будь-якою медичною допомогою. Скринінгом можуть бути охоплені популяції поза межами ЛПЗ, досягненні за допомогою аутріч-роботи. Скринінг може проводитися як в медичних установах, так і в немедичних. Скринінг має проводитися із дотриманням принципів конфіденційності і поваги до прав людини та може слугувати ефективним заходом виявлення безсимптомних інфекцій. Рутинному скринінгу підлягають усі пацієнти з ризиком інфікування ІПСШ. Цільовий скринінг в групах високого ризику підвищує економічну ефективність скринінгових програм.

Види лікування ІПСШ:

1. Превентивне лікування (епідеміологічне, профілактичне) призначається на підставі результатів оцінки ризику інфікування ІПСШ. Прикладом є епідеміологічне лікування статевих партнерів пацієнтів з діагнозом ІПСШ. Дозволяє забезпечити високий рівень охоплення представників уразливих груп та досягти швидкого зниження захворюваності на ІПСШ в регіонах з її високим рівнем.
2. Синдромне лікування призначається на підставі результатів клінічного обстеження та оцінки ризику інфікування ІПСШ. Є ефективним та економічно обґрунтованим заходом для зниження захворюваності на ІПСШ та дозволяє забезпечити високий рівень охоплення цільових груп. Застосування синдромного лікування є виправданим при клінічно маніфестних формах ІПСШ.
3. «Напівсиндромне» лікування призначається на підставі результатів клінічного обстеження, оцінки ризику та лабораторних досліджень методом ІХА. Дозволяє забезпечити високий рівень охоплення представників цільових груп, призначення лікування при першому візиті пацієнта, проте відрізняється вищою специфічністю, порівняно з синдромним лікуванням.
4. Етіологічне лікування призначається на підставі результатів клінічного обстеження та підтверджуючих лабораторних досліджень та відрізняється високою ефективністю і специфічністю. Застосування даного підходу не дозволяє досягти високого рівня охоплення уразливих груп і швидкого зниження захворюваності на ІПСШ серед них через неможливість наближення послуг з діагностики та лікування ІПСШ до клієнтів, неможливість призначення лікування при першому візиті, високу вартість діагностичних заходів, пізній початок лікування внаслідок тривалості проведення лабораторних досліджень.

Найбільший вплив на епідемію ІПСШ мають «низькопорогові» послуги, які дозволяють забезпечити максимальне охоплення уразливих груп за мінімальний період часу. Зростання пороговості послуг від превентивного лікування до етіологічного зменшує доступ представників уразливих груп до них.

1.1 Моделі та етапність надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп в різних умовах

З метою підвищення ефективності програм з профілактики й лікування ІПСШ у осіб уразливих до ВІЛ груп, необхідна розробка системи моделей надання послуг з діагностики і лікування ІПСШ у них для забезпечення максимального охоплення представників уразливих груп, що повинно призвести до зниження захворюваності на ІПСШ і, як наслідок, зменшення ризику інфікування ВІЛ представників цільових груп.

Завдання, що повинні бути реалізовані в результаті впровадження моделей:

- забезпечити максимальне охоплення представників цільових груп на території реалізації моделі за рахунок підвищення доступу до послуг;
- Забезпечити максимальну якість та повноту надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам цільових груп;
- Забезпечити дотримання протоколів та стандартів діагностики та лікування ІПСШ, зокрема для уразливих до ВІЛ груп населення;
- Забезпечити дотримання клієнтами режимів діагностики, лікування та контролів виліковування виявлених інфекцій (високий рівень прихильності клієнтів);
- Сприяти зміні поведінки клієнта програми на більш безпечну щодо інфікування ВІЛ/ІПСШ («вторинна» профілактика);
- Забезпечити надання засобів профілактики інфікування ВІЛ (презервативи, лубриканти);
- Забезпечити комплексність надання послуг, в тому числі шляхом інтеграції з іншими послугами для представників уразливих до ВІЛ груп населення (програмами зменшення шкоди, ЗПТ, соціально-психологічного супроводу тощо).

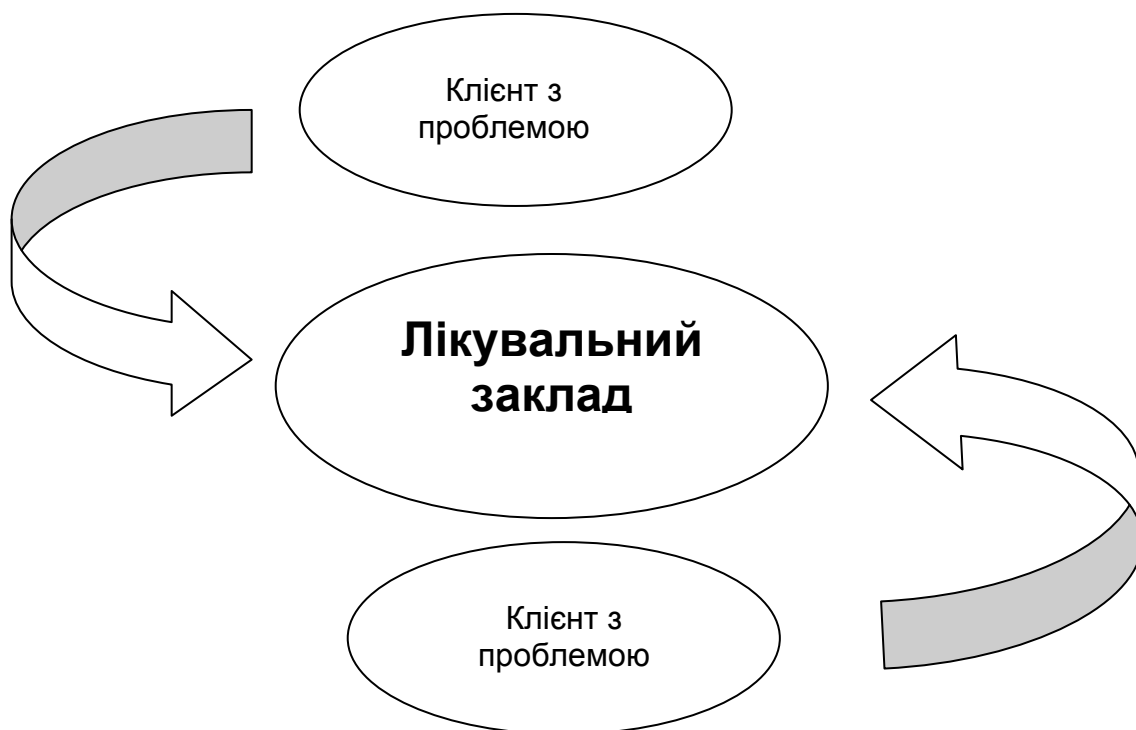
Існує багато підходів до організації дерматовенерологічної допомоги різним групам населення. У даному посібнику розглядаються наступні моделі:

1. Класична.
2. Пасивна переадресація.
3. Активна переадресація.
4. Активний пошук клієнта.

Кожна із зазначених моделей розглядається у відповідних підрозділах даного посібника.

1.1.1 Класична модель

Реалізується у випадку самозвернення клієнта безпосередньо до спеціалізованого ЛПЗ (ШВД, відділення, кабінет, Центр СНІДу). Зазначена модель є класичною системою організації надання дерматовенерологічної допомоги населенню в Україні.



Переваги моделі:

1. Можливість отримання повного спектру медичних послуг з діагностики та лікування ППСШ відповідно до стандартів і протоколів надання даної допомоги – забезпечення високої якості медичної допомоги;
2. Наявна мотивація клієнта до діагностики та лікування – потенційно високий рівень дотримання режимів лікування та контролю виліковування;
3. Не потребує окремого специфічного матеріально-технічного та кадрового забезпечення реалізації.

Недоліки моделі:

1. Низький рівень охоплення представників уразливих груп через недоступність або неприйнятність послуг для них;
2. Резистентність до впровадження інноваційних методів діагностики та лікування ППСШ.

Матеріально-технічне та кадрове забезпечення:

1. Стандартний набір послуг, наявний у спеціалізованих ЛПЗ та визначений протоколами та стандартами надання дерматовенерологічної допомоги населенню;
2. Комплект діагностикумів та медикаментів, що забезпечується у рамках виконання завдань програми.

Бар'єри, які можуть виникнути у впровадженні моделі:

1. Відсутність системи інформування представників уразливих груп про можливість безоплатного отримання послуг – інформація «ДЕ? ЯК? КОЛИ?».
2. Відсутність мотивації до повторних (необхідних) візитів клієнта в ЛПЗ.
3. Упередженість медичних працівників до отримувачів послуг (дискримінація, стигма).
4. Незручність режиму роботи медичних установ або територіальна віддаленість від цільових груп.
5. Висока вартість діагностичних процедур та/або лікарських засобів для представників цільових груп.
6. Відсутність системи активного виходу на цільові групи та можливостей наближення надання послуг до клієнтів.
7. Відсутність послуг з соціально-психологічного супроводу клієнта, в тому числі щодо формування прихильності до лікування та безпечної поведінки.

1.1.2 Модель пасивної переадресації.

Реалізується шляхом інформування клієнта через представників так званих «організацій-містків», наближених до цільових груп, про можливість отримання допомоги у спеціалізованих ЛПЗ (ШВД, відділення, кабінет, Центр СНІДу). Зазначена модель потенційно може призвести до підвищення рівня охоплення представників уразливих груп послугами.



Організації-містки (посередники):

1. Державні структури:

- 1.1. ЛПЗ:
 - первинної та вторинної ланки (загальна лікувально-профілактична мережа): сільські лікарські амбулаторії, амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, підрозділи районних та міських лікарень;
 - спеціалізовані медичні служби «високого рівня контакту»: наркологічна, фізіатрична, акушерсько-гінекологічна, швидка медична допомога, хірургічна тощо;
- 1.2. Заклади Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді.
- 1.3. Заклади Державної служби зайнятості.
- 1.4. Заклади освіти.
- 1.5. Правоохоронні органи (ППС, ВБНОН, відділи протидії торгівлі людьми).
- 1.6. Інші.
2. **Неурядові організації:**
 - 2.1. НУО, що реалізують проекти «зменшення шкоди» серед представників уразливих груп;
 - 2.2. НУО, що надають інші послуги представникам уразливих груп (ком'юніті-центри, центри реабілітації та ресоціалізації, психо-соціальні супроводи, догляд і підтримка);
 - 2.3. Мережа ЛЖВС;
 - 2.4. Молодіжні, громадські, благодійні організації, що реалізують програми первинної профілактики, формування здорового способу життя;
 - 2.5. Релігійні організації.
3. **ЗМІ.**
4. **Інші.**

Переваги моделі:

1. Можливість отримання повного спектру медичних послуг з діагностики та лікування ІПСШ відповідно до стандартів і протоколів надання даної допомоги – забезпечення високої якості медичної допомоги.
2. Наявна мотивація клієнта до діагностики та лікування – потенційно високий рівень дотримання режимів лікування та контролю виліковування.
3. Не потребує окремого специфічного матеріально-технічного та кадрового забезпечення реалізації.

Недоліки моделі:

1. Недостатній рівень охоплення представників цільової групи, хоча вище ніж при застосуванні класичної моделі через недоступність або неприйнятність послуг для них.
2. Прогностично низький відсоток клієнтів, що звернулися в ЛПЗ за послугами від фактично проінформованих.
3. Рівень охоплення значно залежить від охоплення представників уразливих груп послугами НУО і державних структур на території вцілому.

Матеріально-технічне та кадрове забезпечення:

1. Стандартний набір медичних послуг, наявний у спеціалізованих ЛПЗ та визначений протоколами та стандартами надання дерматовенерологічної допомоги населенню.
2. Комплект діагностикумів та медикаментів, що забезпечується у рамках виконання завдань програми.
3. Фінансування розробки та видання інформаційних матеріалів (візитівок, направлень і т.д.) для інформування клієнтів про можливість програми.

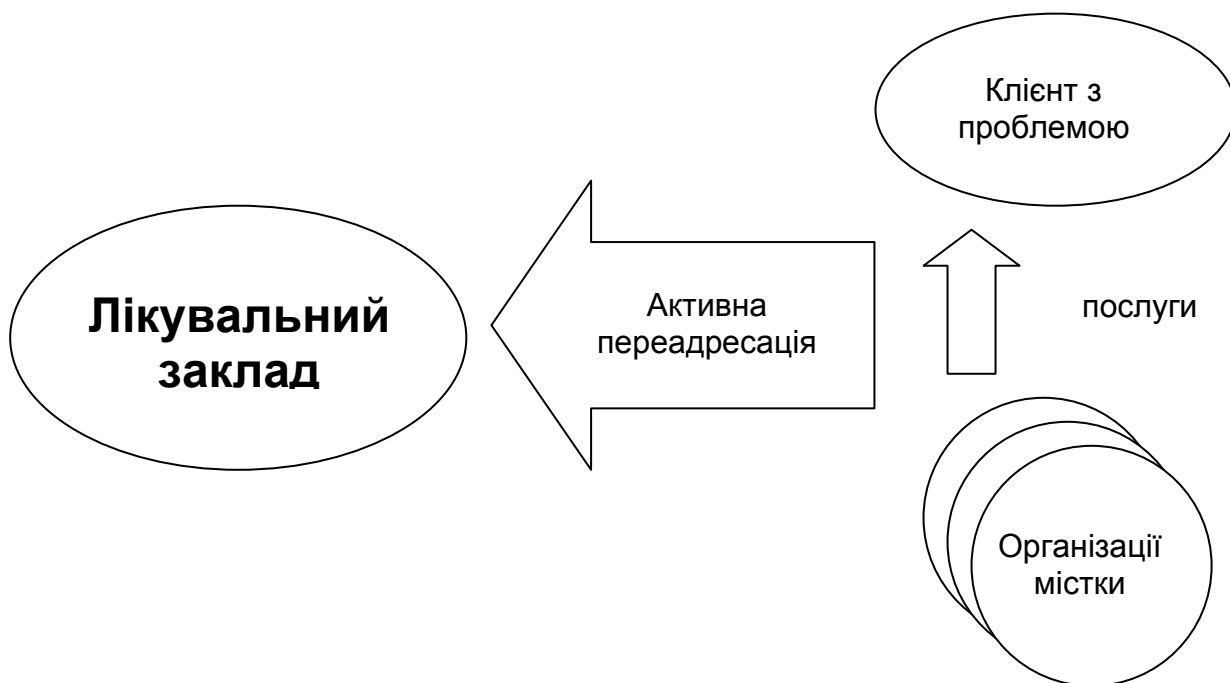
Бар'єри, які можуть виникнути у впровадженні моделі:

1. Відсутність ефективної співпраці між надавачами послуг та організаціями-містками.
2. Відсутність мотивації до повторних (необхідних) візитів клієнта в ЛПЗ.

3. Упередженість медичних працівників до отримувачів послуг (дискримінація, стигма).
4. Незручність режиму роботи медичних установ або територіальна віддаленість від цільових груп.
5. Висока вартість діагностичних процедур та/або лікарських засобів для представників цільових груп.
6. Відсутність системи активного виходу на цільові групи та можливостей наближення надання послуг до клієнтів.
7. Відсутність послуг з соціально-психологічного супроводу клієнта, в тому числі щодо формування прихильності до лікування та безпечної поведінки.

1.1.3 Модель активної переадресації.

Реалізується шляхом активної переадресації клієнта представниками організацій-містків до спеціалізованого ЛПЗ (ШВД, відділення, кабінет, Центр СНІДу тощо), включає інформування, мотивування клієнтів та забезпечення безперервного психосоціального супроводу на усіх етапах реалізації моделі. Є ефективною лише за умови якісного забезпечення компонентів супроводу, що вимагає додаткових видатків.



Переваги моделі.

1. Можливість отримання більш повного пакету послуг з діагностики та лікування ПСШ відповідно до стандартів і протоколів надання даної допомоги – забезпечення високої якості медичної допомоги.
2. Забезпечення прихильності клієнта – підготовка мотивації до діагностики та лікування, контроль і підтримка дотримання режимів лікування, контроль виліковування.
3. Підвищення відсотку клієнтів, що звернулися до ЛПЗ за послугами від фактично поінформованих, порівняно з моделлю пасивної переадресації.
4. Зниження ризику переривання терапії та можливість мотивування до зміни поведінки для зменшення ризиків повторного інфікування ПСШ.

Недоліки моделі.

1. Рівень охоплення представників цільової групи перебуває у безпосередній залежності від відсотка охоплення представників уразливих груп послугами НУО та державних структур на території, що обслуговується.

2. Вимагає окремого фінансового та кадрового забезпечення компоненту психосоціального супроводу.
3. Значно залежить від фахової підготовки представників організацій, що забезпечують супровід.
4. Вимагає тісної партнерської співпраці між НУО і ЛПЗ.

Матеріально-технічне та кадрове забезпечення.

1. Стандартний набір послуг, наявний у спеціалізованих ЛПЗ та визначений протоколами та стандартами надання дерматовенерологічної допомоги населенню.
2. Комплект діагностикумів та медикаментів, що забезпечується у рамках виконання завдань програми.
3. Стандартний набір послуг, що надається немедичними працівниками та визначений стандартами соціальних послуг.
4. Фінансове забезпечення діяльності проектів з психосоціального супроводу клієнтів програми.
5. Фахова підготовка медичних та соціальних працівників, що забезпечують такий супровід.

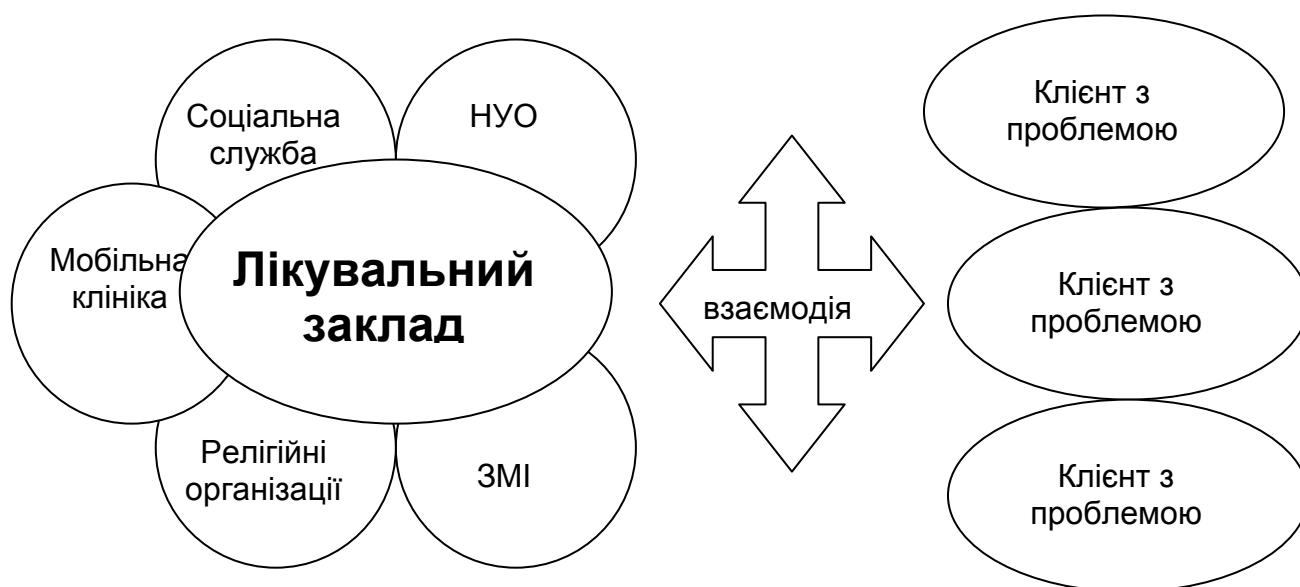
Бар'єри, які можуть виникнути у впровадженні моделі.

1. Упередженість медичних працівників до отримувачів послуг (дискримінація, стигма).
2. Відсутність або недостатнє фінансове забезпечення проектів супроводу.
3. Низький рівень охоплення представників уразливих груп послугами проектів супроводу на території, що обслуговується.
4. Незручність режиму роботи медичних установ або територіальна віддаленість від цільових груп.
5. Недостатній рівень фахової підготовки медичних та соціальних працівників.

1.1.4 Модель активного пошуку клієнта.

Реалізується через активний вихід на клієнтів безпосередньо у місцях їх перебування. Включає форми аутріч-роботи, надання первинного пакету діагностично-лікувальних послуг на місці з наступним скеруванням до спеціалізованого ЛПЗ через надання інформації або супроводу клієнта.

Аутріч-робота – (від англ. outreach – зовнішній контакт) – форма просування послуг, що надаються медичними і ГО, в закриті соціальні групи в звичних для них місцях.



Зазначена модель є найбільш динамічною та забезпечує найвищий рівень охоплення представників уразливих груп послугами, але вимагає значних додаткових матеріально-технічних

ресурсів та кадрового забезпечення. Ефективність моделі повністю залежить від якості виконання кожного етапу її реалізації. Дана модель реалізується на основі командного мультидисциплінарного підходу до ведення випадку клієнта, що передбачає тісну співпрацю медичних (лікар, медична сестра) та немедичних працівників (соціальні працівники, кейс-менеджери, психологи, консультанти «рівний-рівному», аутріч-працівники), а також вимагає тісної партнерської взаємодії між ЛПЗ та НУО.

Переваги моделі.

1. Забезпечення максимального охоплення представників цільової групи комплексом послуг з діагностики та лікування ПСШ.
2. Високий рівень охоплення первинною (скринінговою) діагностикою.
3. Ранній початок лікування, вплив на поширення інфекції.
4. Можливість призначення лікування при першому візиті клієнта.
5. При повноцінній реалізації другого етапу моделі:
 - можливість отримання повного пакету послуг з діагностики та лікування ПСШ відповідно до стандартів і протоколів надання даної допомоги – забезпечення високої якості допомоги;
 - наявна мотивація клієнта до діагностики та лікування – потенційно високий рівень дотримання режимів лікування та контролю виліковування.

Недоліки моделі.

1. За відсутності ефективної реалізації другого етапу реалізації моделі можливе зниження якості надання послуг з діагностики і лікування ПСШ.
2. Необхідність підтвердження позитивних результатів ІХА-діагностики іншими лабораторними тестами для встановлення остаточного діагнозу (вимоги регламентуючих документів МОЗ).
3. Необхідність переадресації клієнта до спеціалізованих ЛПЗ для забезпечення підтверджуючої діагностики та контролю виліковування.
4. Фінансові видатки на забезпечення функціонування моделі.

Матеріально-технічне та кадрове забезпечення моделі.

1. Стандартний набір послуг, наявний у спеціалізованих ЛПЗ та визначений протоколами та стандартами надання дерматовенерологічної допомоги населенню.
2. Комплект діагностикумів та медикаментів, що забезпечується у рамках виконання завдань програми.
3. Стандартний набір послуг, що надається немедичними працівниками та визначений стандартами соціальних послуг.
4. Матеріально-технічне та кадрове забезпечення реалізації першого етапу моделі (утримання штатних одиниць, обладнання, кабінетів та мобільних амбулаторій, закупівля ІХА-діагностикумів та забезпечення санітарно-епідеміологічного режиму їх використання і т.д.).

Бар'єри, які можуть виникнути у впровадженні моделі.

1. Відсутність або недостатня фінансова підтримка.
2. Низький рівень охоплення представників уразливих груп організаціями, що повинні мати на них вихід.
3. Недостатній рівень фахової підготовки медичних та соціальних працівників.
4. Недостатній рівень співпраці з організаціями-містками та контролюючими органами (наприклад: перепони в роботі мобільної амбулаторії представниками правоохоронних органів тощо).

Існує декілька форм реалізації першого етапу моделі для надання первинного пакету послуг з діагностики та лікування на місці. Такі форми можуть реалізовуватися через

- систему «довіреного лікаря» в структурі організацій-містків, що мають безпосередній вихід на цільову групу;

- створення «мобільних амбулаторій», які підтримуються лікувальним закладом та партнерськими організаціями, що мають безпосередній вихід на цільову групу.

Велике значення мають подальші етапи реалізації даної моделі, а саме можливість скерування клієнта до спеціалізованого ЛПЗ для забезпечення якості діагностики, лікування та контролю виліковування.

1.1.4.1 Система «довіреного лікаря».

Форма роботи, яка здійснюється через активний вихід на клієнтів та надання первинного комплексу діагностично-лікувальних послуг медичними та соціальними працівниками, які працюють в організації, що має безпосередній вихід на представників цільової групи (наприклад: проекти зменшення шкоди).

Лікар може надавати наступні послуги:

- клінічне обстеження з метою виявлення типових симптомів/синдромів ПСШ, встановлення клінічного діагнозу, визначення показань до обстеження та лікування, в тому числі превентивного;
- інтерпретація результатів експрес-тестування на ПСШ та ВІЛ;
- призначення і забір матеріалу для проведення підтверджуючих досліджень на базі спеціалізованих ЛПЗ (матеріал з цервікального каналу, уретри);
- призначення первинної (превентивної) терапії (на підставі синдромного та напівсиндромного підходу);
- інтерпретація результатів підтверджуючих досліджень;
- призначення етіологічного лікування;
- контроль ефективності лікування;
- перенаправлення до ЛПЗ різного профілю, в тому числі центрів профілактики і боротьби зі СНІДом, за наявності відповідних медичних показань.

Медична сестра може надавати наступні послуги:

- Забір матеріалу для постановки експрес-тестів та підтверджуючих досліджень (кров);
- Постановка експрес-тестів на ПСШ та ВІЛ ;
- видача препаратів та/або проведення лікувальних маніпуляцій (ін'єкції препаратів, місцеві лікувальні процедури) за призначенням лікаря;
- ведення відповідної медичної документації;
- проведення підготовки, реєстрації та маркування проб біологічного матеріалу, що підлягає відправці на уточнюючі та додаткові дослідження;
- видача пацієнтам результатів обстеження.

Соціальний працівник може надавати наступні послуги:

- консультування щодо методів профілактики, діагностики і лікування ПСШ та ВІЛ, зменшення ризику, правильного використання презервативів, необхідності інформування статевих партнерів у разі виявлення ПСШ; мотивування щодо звернення по медичну допомогу, перенаправлення до спеціалізованих ЛПЗ або довіреного лікаря, прихильності до лікування;
- перед- та післятестове консультування;
- надання (за потреби) інформації з правових та соціальних питань;
- супровід до ЛПЗ, перенаправлення та супровід до програм зменшення шкоди, реабілітаційних центрів, програм надання соціальної допомоги тощо.

Реалізація цього етапу може здійснюватися у спеціально обладнаних пунктах (кабінетах), що відвідуються представниками уразливих груп (ПОШ, групи взаємодопомоги, реабілітаційні табори, центри інтегрованих послуг). Інтеграція послуг з профілактики, діагностики і лікування ПСШ з іншими видами медичних та немедичних послуг є високоефективним підходом для підвищення охоплення цільових груп. Існує позитивний досвід реалізації такої системи у Російській Федерації. Передбачена можливість скерування клієнта до спеціалізованого ЛПЗ.

1.1.4.2 Мобільна амбулаторія.

Форма роботи, яка реалізується через активний вихід на клієнтів та територіального наближення послуг до цільових груп безпосередньо до місць їх перебування та надання первинного пакету діагностично-лікувальних послуг на місці («у полі») медичними працівниками на базі спеціально обладнаної мобільної амбулаторії (мікроавтобус, обладнаний робочим місцем лікаря і мобільної лабораторією експрес-діагностики) за активної підтримки організації, що має безпосередній вихід на представників цільової групи.

Більш детально інформація по організації надання послуг через мобільні амбулаторії представлена у наступних розділах Існує позитивний досвід реалізації такої системи у країнах ЄС та Україні.

1.2 Надання послуг з діагностики та лікування ПСШ у ЛПЗ:

Надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп повинна бути однією з основних форм роботи ЛПЗ і, за наявності відповідних організаційних рішень, може забезпечити значний рівень охоплення представників цільових груп цими послугами.

Послуги з контролю ПСШ мають бути доступними, прийнятними та ефективними. Послуги, які надаються централізовано закладами дерматовенерологічного профілю на основі диспансерного принципу роботи часто є недоступними та неприйнятними для цільових груп, а тому розцінюються як недостатньо ефективний підхід з точки зору охорони громадського здоров'я.

У відповідності до ситуації може бути застосований як первинний (скринінговий) рівень діагностики ПСШ та призначення відповідного лікування на основі синдромного або напівсиндромного підходу (превентивне лікування), так і забезпечення остаточної діагностики і етіологічного лікування у відповідності до діючих стандартів МОЗ України. Організація такої форми роботи не потребує значних додаткових фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів.

При виборі тактики діагностики та лікування ПСШ може використовуватися класичний, синдромний або напівсиндромний підхід. При цьому медичні послуги з діагностики та лікування ПСШ можуть надаватися у:

- ЛПЗ дерматовенерологічного профілю;
- спеціально обладнаних кабінетах центрів СНІДу;
- спеціально обладнаних кабінетах при ЛПЗ первинної ланки (поліклініки);
- в умовах пересувних лабораторій/амбулаторій.

Даний розділ відображає лише загальні принципи організації надання допомоги представникам уразливих груп у ЛПЗ. Більш детальна інформація щодо конкретних клінічних алгоритмів діагностики і лікування окремих ПСШ в уразливих групах викладена у відповідних посібниках та керівництвах, затверджених МОЗ України, а саме в наказі МОЗ України від 07.06.2004 № 286 «Про удосконалення дермато-венерологічної допомоги населенню України», Методичних рекомендаціях «Особливості лікування ПСШ в групах населення, уразливих стосовно зараженню вірусом імунодефіциту людини», погоджених МОЗ України, Академією медичних наук України та Українським центром наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи.

Суттєвим і необхідним компонентом допомоги представникам уразливих груп є активна і тісна співпраця ЛПЗ з представниками НУО, які мають безпосередній вихід на цільову групу та забезпечують психосоціальний супровід клієнтів.

Під час організації медичної допомоги представникам уразливих груп постають етичні проблеми¹ пов'язані з неприйняттям та осудженням суспільством їхнього способу життя, наявністю стигми та дискримінації в ЛПЗ та закритістю цих груп. Для вирішення даного питання під час роботи повинні бути враховані наступні аспекти:

- Забезпечення конфіденційності. Під конфіденційністю розуміють нерозголошення інформації, отриманої від клієнтів або в результаті проведення лабораторних чи інших досліджень, з метою порушення права пацієнта на приватне життя. Для забезпечення конфіденційності дуже часто використовується принцип анонімності, відповідно до якого паспортні дані клієнта замінюють умовним кодуванням. Політику конфіденційності повинен розуміти та дотримуватися увесь персонал, який працює в програмах надання послуг з діагностики та лікування ПСШ.
- Огляд, обстеження і лікування пацієнтів необхідно проводити після детального пояснення пацієнту доцільності проведення призначених процедур, отримання від пацієнта інформованої згоди на їх проведення, за умови доброзичливого (не засуджувачого) ставлення та психосоціальної підтримки з боку персоналу. При цьому необхідно у зрозумілій формі надати пацієнту інформацію про можливу користь і ризики проведених заходів.

Для забезпечення конфіденційності надання медичної допомоги необхідно створення форм обліку та звітності, еквівалентних до затверджених МОЗ форм (наприклад Історія хвороби), в які, замість паспортних даних, вноситься індивідуальний код, вік та стать пацієнта. Зазначена форма первинного обліку повинна включати:

- Скарги пацієнта;
- попередній загальномедичний анамнез;
- епідеміологічний, зокрема - сексуальний анамнез, враховуючи види статевих контактів, послідовність і надійність використання засобів профілактики (для жінок додатково зазначаються дані про менструальний цикл та прийом контрацептивів, акушерський анамнез);
- попередні діагнози ПСШ та їх лікування;
- використання медикаментів з інших причин (з наголосом на нещодавнє застосування антибактеріальних препаратів);
- наявність алергії до лікарських засобів;
- опис наявних клінічних симптомів та синдромів;
- результати експрес-тестування (якщо проводилося);
- результати підтверджуючих досліджень (якщо проводилися);
- призначене лікування та його результати (якщо відомі).

Визначення показань до проведення обстеження на ПСШ ґрунтується на оцінці ризику та/або клінічних даних. Показаннями для заохочення клієнтів до проведення скринінгу на ПСШ є наявність факторів ризику інфікування ПСШ, приналежність до однієї або одразу кількох уразливих груп, наявність ПСШ у статевого партнера.

Ризикована поведінка, особливо проникаючі статеві контакти без застосування засобів захисту з новим статевим партнером, кількома статевими партнерами, партнером, який має

¹ Етичні проблеми, подібні до перерахованої вище, неминуче підпадут під вплив Законодавства України, професійних, етичних стандартів і культурних норм. Однак Україна підписала Конвенцію Ради Європи по правах людини та біомедицини, що гарантує право пацієнтів на одержання їх згоди (статті 5 і 6) і конфіденційність – тобто анонімність (стаття 10), визнаючи одночасно, що іноді буває необхідно обмежити ці права “в інтересах суспільної безпеки для запобігання злочину, для захисту суспільного здоров'я чи для захисту прав і свобод інших” (стаття 26).

одночасні статеві контакти з іншими особами, партнером, якому нещодавно вставлено діагноз ППСШ, є суттєвим чинником можливого інфікування ППСШ. Особливу увагу слід приділяти у випадку залучення особи до комерційного сексу, як в якості працівника, так і в якості клієнта, підозри на сексуальне насильство.

У випадку виявлення у пацієнта симптомів ППСШ показане діагностичне обстеження. Клінічні симптоми, які потребують обстеження на ППСШ, мають відмінності у чоловіків і жінок, та є наступними:

- у жінок:
 - біль в нижній частині живота (може свідчити про запальні захворювання органів малого тазу);,
 - порушення менструального циклу (можуть свідчити про запальні захворювання органів малого тазу);,
 - виділення з піхви (можуть свідчити про вагініт, вульвовагініт, цервіцит).
- у чоловіків:
 - виділення з уретри (можуть свідчити про уретрит, цистит);
 - кільцеподібний баланіт (запалення крайньої плоті);
 - біль та/або набряк калитки (як прояв епідидиміту).

У жінок і чоловіків:

- генітальні виразки;
- невиразкове ураження шкіри генітальної області;
- порушення сечовиділення (дизуричні симптоми, що можуть свідчити про уретрит, цистит);
- біль у прямій кишці чи патологічні виділення (особливо за наявності в анамнезі анальних статевих контактів);
- болі у суглобах, кон'юнктивіт, особливо у поєднанні з сечостатевими симптомами.

Окрім того, навіть за відсутності клінічних проявів ППСШ медичні та соціальні працівники повинні пропонувати клієнту пройти скринінг за наявності наступних супутніх захворювань:

- аногенітальні бородавки;
- генітальний або перигенітальний контагіозний моллюск;
- короста;
- лобковий педикульоз;
- ВІЛ-інфекція;
- вірусні гепатити В, С.

При проведенні огляду лікарем (у ЛПЗ чи мобільній амбулаторії) необхідно забезпечити можливість проведення наступних фізикальних методів:

- огляд аногенітальної області у чоловіків і жінок;
- обстеження жінок за допомогою дзеркала;
- бімануальне дослідження малого тазу у жінок;
- проктоскопія у чоловіків і жінок.

В якості компоненту стандартного пакету послуг для усіх пацієнтів доцільно передбачити можливість проведення лабораторних досліджень, в тому числі з застосуванням методу ІХА, на :

- *Chlamydia trachomatis*;
- *Neisseria gonorrhoeae*;
- *Candida albicans*;
- *Trichomonas vaginalis*;

- Сифіліс;
- ВІЛ-інфекцію;
- Генітальний герпес.

У випадку наявності додаткових ознак чи симптомів, обтяженому сексуальному анамнезі можливе проведення додаткових досліджень з метою виявлення²:

- бактеріального вагінозу;
- корости;
- лобкового педикульозу;
- шанкроїду;
- венеричної лімфогранульоми;
- пахової гранульоми;
- вірусного гепатиту В.

Діагноз повинен ґрунтуватися на результатах опитування пацієнта з метою оцінки ризику інфікування, вивчення анамнезу та скарг, результатах фізикального обстеження: наявності клінічних ознак та симптомів/синдромів ПСШ. Безумовно, важливим діагностичним методом є проведення швидких лабораторних досліджень методом імунохроматографічного аналізу, і, за можливості, підтверджувальних тестів у сертифікованій лабораторії. Зважаючи на широке розповсюдження безсимптомних та атипичних форм ПСШ, наявність у клієнта факторів ризику інфікування, тобто приналежність до уразливої групи або групи-мостику, є показанням до проведення скринінг-діагностики. За наявності клінічних симптомів/синдромів ПСШ лабораторна діагностика полегшує призначення адекватного лікування.

Якщо при проведенні лабораторних обстежень за допомогою швидких тестів виникають сумніви у їх інтерпретації, пацієнт повинен отримати зрозуміле пояснення та, за можливості, бути направлений для проведення підтверджуючих лабораторних досліджень до ЛПЗ відповідного профілю. Після встановлення діагнозу пацієнт повинен отримати повне й зрозуміле роз'яснення щодо нього з можливістю поставити необхідні запитання. Відповіді та пояснення варто робити повними, зрозумілою пацієнту мовою та розширювати їх, надаючи друковану інформацію.

Лікування варто розпочинати при первинній консультації, тобто намагатися надати якомога більш широкий пакет послуг з профілактики, діагностики і лікування ПСШ під час першого візиту клієнта. Там, де це можливо, варто застосовувати одноразову терапію, що призначається лікарем та проводиться під контролем медичного персоналу або навченого соціального працівника та є оптимальною з точки зору дотримання пацієнтом запропонованого режиму лікування.

При наявності факторів ризику інфікування, пацієнтам необхідно рекомендувати утримання від статевих контактів без засобів захисту.

В усіх випадках необхідно розглянути можливість та призначити дату повторної консультації або візиту, в тому числі з наданням додаткових дистанційних консультацій з використанням телефонного зв'язку тощо.

Повторне консультування дозволяє:

- інформувати пацієнта про результати підтверджувальних лабораторних досліджень;
- оцінити виконання пацієнтом запропонованих режимів лікування;
- довідатися про можливі побічні ефекти проведеного лікування;
- оцінити результати терапії, включаючи необхідність проведення контролю виліковності; мотивувати клієнта до використання засобів профілактики.

Ведення статевих партнерів пацієнтів з ПСШ.

² При вирішенні питання про проведення того чи іншого дослідження необхідно приймати до уваги місцеві епідеміологічні дані й наявність швидких відбіркових або підтверджувальних тестів

Інформування статевих партнерів та їх мотивування до звертання по медичну допомогу, швидке і ефективно лікування ПСШ є важливими компонентами ефективних програм протидії ПСШ. Водночас дані заходи мають застосовуватися з урахуванням соціальних та культурних факторів з метою запобігання етичним та побутовим проблемам, наприклад, стигматизації, дискримінації або насиллю, особливо по відношенню до жінок.

Інформування статевого партнера може проводитися:

- Самим пацієнтом, до чого його слід заохочувати під час консультиування;
- Медичним працівником, за умов дотримання конфіденційності, добровільності та не примусовості.

Основною метою інформування партнера є його направлення на діагностику та лікування ПСШ.

Ведення статевих партнерів, яке ґрунтується на інформації про діагноз ПСШ у вказаного пацієнта (синдромного або етіологічного), може відбуватися відповідно до трьох стратегій:

1. Пропозиція негайного епідеміологічного лікування (лікування, що ґрунтується лише на основі діагнозу відомого пацієнта) без будь-якого лабораторного обстеження;
2. Пропозиція негайного лікування з забором матеріалу для подальшого лабораторного обстеження;
3. Відстрочення початку лікування до отримання результатів лабораторного обстеження.

Рішення про застосування тієї чи іншої стратегії має враховувати наступні чинники:

- Ризик інфікування;
- Небезпечність захворювання;
- Доступність ефективних діагностичних тестів;
- Ймовірність повернення особи для повторного консультиування;
- Наявність інфраструктури для спостереження пацієнтів;
- Доступність ефективного лікування;
- Ймовірність розповсюдження інфекцій внаслідок не призначення епідеміологічного лікування.

Рекомендується надання епідеміологічного лікування з застосуванням тих же схем, що і у відомої особи, усім сексуальним партнерам.

1.2.1 Надання послуг через мобільні амбулаторії.

Надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп через мобільні амбулаторії забезпечує значний рівень охоплення представників цільової групи послугами як первинної (скринінгової) діагностики ПСШ та ранньої первинної терапії, так і дає можливість забезпечення у подальшому проведення поглибленого діагностичного пошуку і призначення комплексної етіологічної терапії з метою повної санації організму від інфекційного агенту. Основною перевагою мобільних амбулаторій є територіальне наближення послуг з діагностики і лікування ПСШ до цільових груп, виключаючи необхідність організації складних ланцюгів перенаправлення. У той же час організація такої форми активного виходу на цільову групу вимагає значних фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів. Важливим компонентом реалізації даної форми роботи є активна і тісна співпраця персоналу мобільної амбулаторії (ядром якого є медичні працівники) з немедичними працівниками (соціальні працівники, консультанти за принципом «рівний-рівному», співробітники проектів зменшення шкоди, кейс-менеджери, аутріч-працівники тощо), які мають безпосередній вихід на цільову групу і реалізують свої програми у формі аутріч-роботи. При даній моделі надання послуг клієнту

здійснюється мультидисциплінарною командою (МДК), до складу якої входить лікар, медична сестра та соціальний працівник, що пройшли відповідне навчання.

Основні завдання мобільних амбулаторій полягають у:

1. Забезпеченні максимального охоплення представників цільових груп мінімальним пакетом послуг з профілактики, діагностики і лікування ППСШ на території реалізації діяльності;
2. Забезпечення ранньої діагностики та раннього початку терапії ППСШ представникам цільових груп, шляхом:
 - скринінгової та швидкої діагностики основних ППСШ «на місці»;
 - забезпечення забору біологічного матеріалу для дообстеження і проведення підтверджувальних лабораторних досліджень з метою встановлення остаточного діагнозу;
 - забезпечення раннього початку терапії у формі превентивного лікування на основі принципів синдромного та напівсиндромного підходу;
 - первинного профілактичного консультування з питань зниження ризику інфікування ВІЛ/ППСШ.

Виконання вищезазначених завдань дозволяє попередити подальшу передачу ППСШ від представника уразливої групи, який отримав мінімальний пакет послуг, та є ефективним заходом профілактики розповсюдження ВІЛ/ППСШ в уразливих групах населення, а також до груп-мостиків і, нарешті, загальної популяції.

Для забезпечення оптимальної роботи мобільної амбулаторії до її штату повинні входити:

1. Лікар (дерматовенеролог, уролог, гінеколог), який пройшов додаткову підготовку з особливостей надання допомоги представникам уразливих груп на основі принципів кейс-менеджменту (ведення випадку);
2. Медична сестра;
3. Соціальний працівник-консультант;
4. Водій.

Кадрове забезпечення бригади мобільної амбулаторії може бути скорочене з обов'язковою передачею функцій відсутньої штатної одиниці іншому працівнику. Наприклад: функції консультанта можуть бути покладені на середнього медичного працівника за умови наявності у нього відповідної фахової підготовки.

Необхідно зазначити, що окрім основних функціональних обов'язків, визначених посадовими інструкціями та кваліфікаційними характеристиками, на працівників мобільних амбулаторій покладаються наступні завдання:

Лікар-дерматовенеролог відповідає за:

- проведення первинного прийому пацієнта;
- клінічне обстеження з метою виявлення типових симптомів/синдромів ППСШ, встановлення клінічного діагнозу, визначення показань до обстеження та лікування, в тому числі превентивного;
- первинний скринінг на ППСШ (з використанням експрес-тестів);
- консультування і тестування на ВІЛ (з використанням експрес-тестів);
- призначення і забір біологічного матеріалу для проведення досліджень (матеріал з цервікального каналу, уретри);
- оцінка та інтерпретація результатів експрес-діагностики;
- призначення первинної (превентивної) терапії (на підставі синдромного та напівсиндромного підходу);
- за можливості, контроль ефективності лікування;

- перенаправлення до ЛПЗ різного профілю, залежно від наявних клінічних показань.

Медична сестра відповідає за:

- проведення забору біологічного матеріалу (кров) для проведення експрес діагностики;
- виконання медичних маніпуляцій за призначенням лікаря;
- проведення постановки експрес-діагностики;
- видача медикаментів за призначенням лікаря;
- ведення відповідної медичної документації;
- проведення підготовки, реєстрації та маркування проб біологічного матеріалу, що підлягає відправці на уточнюючі та додаткові дослідження;
- видача пацієнтам результатів обстеження.

Соціальний працівник забезпечує:

- консультування щодо методів профілактики, діагностики і лікування ПСШ, зменшення ризику, правильного використання презервативів, необхідності інформування та лікування статевих партнерів у разі виявлення ПСШ, мотивування щодо звернення по медичну допомогу, прихильності до лікування, методів профілактики ПСШ та ВІЛ;
- проведення дотестового та післятестового консультування;
- надання (при потребі) інформації з правових та соціальних питань;
- скерування клієнта до спеціалізованого ЛПЗ, у разі необхідності;
- перенаправлення до програм зниження шкоди, реабілітаційних центрів, програм надання соціальної допомоги тощо;
- ведення відповідної облікової документації;

Водій забезпечує:

- транспортування бригади до місць здійснення основної діяльності;
- безперебійне та безпечне функціонування обладнання та систем мобільної амбулаторії.

Однією з основних умов забезпечення ефективної роботи мобільної амбулаторії є відповідне її облаштування та матеріально-технічне забезпечення безпосереднього надання послуг. Потрібно враховувати, що в автомобілі (мікроавтобусі) потрібно забезпечити відповідні умови для виконання цілої низки дій і робіт, які вимагають дотримання суворих вимог щодо температурного режиму, освітлення, водопостачання, санітарно-епідеміологічного режиму, конфіденційності і т.д. Для цього варто перебачити облаштування щонайменше трьох робочих місць:

- лікаря (столік для записів, маніпуляційний столик, гінекологічне крісло і т.д.);
- медичної сестри (враховуючи необхідність проведення маніпуляцій);
- консультанта.

Безперечно, рівень технічного обладнання мобільної амбулаторії залежить від конкретних завдань, які будуть на неї покладені та умов, в яких вона буде працювати. Наприклад: автономне джерело енергопостачання є необхідним при роботі “на трасі”, в той же час при роботі біля ПОШ можливе підключення обладнання амбулаторії до міської електромережі. В усіх випадках технічне оснащення амбулаторій повинно бути орієнтованим на створення умов для виконання наступних маніпуляцій:

- проведення первинного гінекологічного та урологічного огляду;
- проведення забору біологічного матеріалу з шийки матки та уретри;
- забір капілярної та венозної крові;

- проведення постановки ІХА-діагностики;
- проведення інших медичних маніпуляцій (ін'єкції, перев'язки, місцеві лікувальні процедури тощо);
- зберігання медикаментів та виробів медичного призначення;
- проведення дезінфекції рук, обладнання, інструментарію та знезараження забруднених біоматеріалом витратних матеріалів;
- ведення медичної і облікової документації;
- забезпечення зберігання та транспортування біоматеріалів (дотримання “холодового ланцюгу”).

Цей перелік може бути доповнений для кожної окремої амбулаторії та залежить від специфіки її окремих завдань.

1.2.1.1 Організація роботи мобільної амбулаторії.

Організація роботи мобільної амбулаторії повинна бути направлена на досягнення основної мети, задля якої, власне, вона і створювалася. Тобто перед персоналом мобільної клініки стоїть завдання забезпечити максимальне охоплення представників цільової групи визначеним пакетом послуг з діагностики та лікування ПСШ. Враховуючи вищезазначене, мобільна амбулаторія повинна знаходитися і працювати “у необхідному місці у потрібний час”, тобто там де перебувають представники цільової групи у періоди їх максимального скупчення, мати відповідний “кредит довіри” у представників цільової групи.

В сучасних умовах існує дві можливості створення мобільної амбулаторії для виконання завдань проекту:

- на базі державного ЛПЗ (він же і кінцевий надавач послуг). У цьому випадку штат мобільної амбулаторії може бути повністю укомплектований з працівників закладу (лікар, медична сестра, соціальний працівник/психолог, водій);
- на базі НУО, яке має безпосередній вихід на представників цільової групи (досвід надання послуг за іншими проектами). У такому випадку окремі працівники амбулаторії будуть працювати за сумісництвом або трудовими угодами.

Кожна із зазначених можливостей має свої переваги і недоліки, труднощі, які можуть виникнути при організації роботи. Обов'язково слід враховувати, що уразливі групи є “закритими”, що зумовлено відсутністю толерантного ставлення до них у суспільстві, “криміналізацією” зазначених груп чинним законодавством чи іншими стигматизуючими суспільними чинниками. Тому, вільний вихід на цільову групу представників державних структур, зокрема медичних працівників, є обмеженим. Для забезпечення такого “виходу” існує необхідність у “посередниках”: “авторитетному” представнику цільової групи або представнику організації-містка. Саме ці посередники можуть забезпечити розробку оптимального маршруту та графіку роботи амбулаторії, сформулювати та підтримувати довіру клієнтів до працівників амбулаторії.

Таким чином, ефективна робота мобільної амбулаторії можлива лише при активній співпраці ЛПЗ, які є кінцевими надавачами послуг, та представників організацій-містків, які забезпечують вихід на цільові групи, на основі командного мультидисциплінарного підходу.

2 Консультавання і тестування на ВІЛ в системі надання послуг з діагностики та лікування ПСШ для представників уразливих груп

КТ представників уразливих груп є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ЛЖВ. Його здійснення є доцільним у тісній взаємодії державного сектору та НУО, які мають найбільший доступ до даної категорії населення, що дозволяє забезпечити доступність до послуг КТ та підвищити його ефективність.

Перед- та післятестове консультавання може проводитись в автономних пунктах КТ, ЛПЗ, за умови дотримання відповідних принципів, викладених у Порядку добровільного

консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколи), затвердженому наказом МОЗ України від 19.08.2005р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (далі – Протокол).

Високих результатів можна досягти через надання послуг з КТ неурядовими організаціями, які, відповідно до українського законодавства, залучають до тестування медичних працівників відповідно до Протоколу.

Усі пункти, де надаються послуги з перед- та післятестового консультування, повинні пропонувати та надавати клієнтам друковані матеріали з достовірною та актуальною інформацією про можливість отримання додаткових консультацій, проведення тестування та інших послуг. Ці матеріали необхідно надати пацієнту під час консультування з урахуванням його індивідуальних потреб, поінформувати щодо безоплатності або вартості таких послуг, їх конфіденційності та анонімності.

Необхідно забезпечити постійне інформування населення про перелік організацій та обсяг послуг, що ними надаються.

Проводити перед- та післятестове консультування мають право медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники ГО, що працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (включаючи групи ЛЖВ), які пройшли відповідне навчання.

Для забезпечення моніторингу ефективності консультування в усіх закладах або організаціях, що надають послуги з КТ, доцільно проводити аналіз подальших звернень в ЛПЗ для тестування на ВІЛ-інфекцію, а також в соціальні, психологічні, юридичні служби для отримання допомоги та підтримки. Для забезпечення моніторингу ефективності системи взаємодії необхідно вести журнал реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації № 503/о) і відміткою про здійснені візити та їх результати.

Консультування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу може здійснюватися за межами ЛПЗ.

Основними завданнями КТ для представників уразливих груп є

- інформування щодо шляхів поширення ВІЛ-інфекції та ризиків інфікування, пов'язаних з кожним з них;
- ознайомлення з заходами та засобами зниження ризику інфікування ВІЛ;
- оцінка індивідуального ризику інфікування ВІЛ, сприяння формуванню у пацієнта власної оцінки ступеня особистого ризику інфікування ВІЛ;
- інформування про процедуру тестування та практичне значення результатів;
- тестування на ВІЛ-інфекцію;
- надання психологічної та соціальної підтримки;
- інформування про існуючі державні і комунальні ЛПЗ, інші державні та комунальні установи, організації та заклади, медичні заклади інших форм власності, об'єднання громадян, що надають медичну, психологічну, юридичну, соціальну та інші види допомоги особам, які її потребують;
- сприяння щодо прийняття добровільного інформованого рішення стосовно проходження тестування на ВІЛ-інфекцію;
- інформування з правових питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Згідно чинного законодавства тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта. Перед- та післятестове консультування, а також повідомлення про результат тесту слід здійснювати з дотриманням конфіденційності.

Розголошення службовою особою ЛПЗ, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження ВІЛ або захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, тягне за собою кримінальну відповідальність.

За бажанням пацієнта консультація та тестування можуть бути проведені анонімно, тобто без зазначення будь-яких даних, за якими може бути ідентифікована особа (паспортні дані, місце проживання тощо). У такому випадку ДКТ проводиться з використанням коду, який надається пацієнту для проходження консультування та тестування з отриманням його результатів.

2.1 Передтестове консультування

Передтестове консультування – це співбесіда (з дотриманням принципів ДКТ) між консультантом та пацієнтом з метою надання інформації щодо профілактики передачі ВІЛ, емоційної і психологічної підтримки тим, хто вагається стосовно проходження тесту на ВІЛ, допомоги у прийнятті усвідомленого рішення щодо тестування.

Оптимальною формою консультування є індивідуальне консультування, метою проведення якого є оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зменшення цього ризику та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для пацієнта.

Бажано, щоб перед- та післятестове консультування проводив той самий консультант.

Під час консультування представників уразливих груп, окрім загальних положень, рекомендовано наголосити наступні питання:

Інформування про заходи та засоби профілактики інфікування ВІЛ статевим шляхом	З'ясувати про користування пацієнтом засобами запобігання інфікуванню ПСШ, у т.ч. якісними презервативами для орального та анального сексу тощо. Обговорити додаткові заходи для запобігання інфікуванню. Розглянути правила застосування презервативів (використовувати за наявності демонстраційні матеріали: схеми, малюнки, презервативи, муляжі). Обговорити дії у разі, якщо презерватив розірвався. Запитати про наявність та причини випадків сексу без презерватива та власну оцінку ризику інфікування за таких обставин. Разом з особою, що консультується, визначити шляхи уникнення таких ситуацій.
Оцінка ризику щодо сексуального насильства. Обговорення правил поведінки для зменшення цього ризику	З'ясувати: власну оцінку ризику щодо імовірності інфікування; поширеність сексуального насильства серед оточення, з чим це може бути пов'язано
Інформування щодо екстреної профілактики інфікування у разі сексуального насильства	Роз'яснити: причини підвищеного ризику інфікування ВІЛ та ПСШ при сексуальному насильстві (суттєве травмування слизових оболонок тощо); можливість екстреної профілактики ВІЛ у випадку сексуального насильства
Оцінка ризику, пов'язаного із вживанням психоактивних речовин	З'ясувати щодо випадків сексуальних контактів під впливом наркотиків чи алкоголю. Роз'яснити високий ризик інфікування ВІЛ під впливом наркотиків, особливо ін'єкційних. Розробити індивідуальний план зменшення ризику інфікування ВІЛ та дізнатися про наміри щодо особистого захисту. Виходячи з конкретних проблем пацієнта, необхідно: <ul style="list-style-type: none"> • сприяти усвідомленню ним власного ризику; • приділити увагу дисонансу (коли думки/принципи не збігаються з поведінкою) та амбівалентності (суперечливості) почуттів пацієнта щодо зменшення ризику; • підвищити його впевненість у собі, віру в свої сили та

	<p>здатність щось зробити;</p> <ul style="list-style-type: none"> • посилатися на норми, які існують в суспільстві та в тій соціальній групі, до якої належить пацієнт; • вивчити та визначити ресурси для підтримки пацієнта.
Визначення ризиків, пов'язаних із статевими контактами, та шляхів профілактики	<p>З'ясувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наявність постійного статевого партнера (партнерів); • використання партнером засобів запобігання інфікуванню ПІІШ; • оцінку пацієнтом безпечності сексу з постійним партнером. <p>Обговорити додаткові заходи щодо запобігання інфікуванню</p>
Визначення факторів підвищеного ризику для РКС	<p>Пояснити:</p> <ul style="list-style-type: none"> • що при статевих контактах, які супроводжуються сильним травмуванням слизових оболонок, підвищується ризик інфікування ВІІ; • про більшу вразливість щодо інфікування ВІІ для осіб з запальними захворюваннями статевих шляхів. <p>Скласти з РКС план зменшення його/її ризику інфікування</p>
Надання інформації та визначення оптимальних профілактичних засобів	<p>З'ясувати прийнятність, умови, переваги, недоліки та перешкоди у застосуванні профілактичних засобів</p>

2.2 Тестування

Відповідно до Протоколу медичний огляд на ВІІ-інфекцію проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, що направляються до спеціальної лабораторії діагностики СНІД. Особі, в якій за даними цього обстеження виявлено ВІІ-інфекцію, повідомляється про це працівником державного або комунального ЛПЗ з урахуванням вимог щодо конфіденційності зазначеної інформації.

На проведення тестування медичний працівник державного або комунального ЛПЗ повинен отримати інформовану згоду пацієнта (форма первинної облікової документації № 503-1/о "Інформована згода на проходження тесту на ВІІ", далі – форма № 503-1/о).

Обов'язковим під час проведення дотестового консультування є орієнтація клієнта на подальше спілкування з консультантом після проходження тесту, формування стосунків, які ґрунтуються на довірі до консультування, впевненості у його професіоналізмі та гарантії дотримання конфіденційності.

Після погодження клієнта пройти тестування слід домовитись про час наступної зустрічі після отримання результату тесту.

Для проведення тесту на виявлення антитіл до ВІІ використовуються лише зареєстровані та сертифіковані в Україні тест-системи.

2.3 Післятестове консультування

Післятестове консультування є конфіденційним діалогом між пацієнтом та консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІІ, надання необхідної інформації та психологічної підтримки.

Повідомлення про результат тесту має обов'язково супроводжуватись післятестовим консультуванням. Розрив у часі між повідомленням про результат та післятестовим консультуванням є неприпустимим.

Післятестове консультування, що проводиться одразу ж після повідомлення результату тесту (первинне післятестове консультування), може проводитись лише у державних та комунальних ЛПЗ.

Бажано, щоб післятестове консультування пацієнта проводив той самий консультант, який проводив передтестове консультування. Якщо передтестове консультування проводилось в іншій установі чи іншим фахівцем, консультанту необхідно з'ясувати у пацієнта, коли та в якому обсязі воно проводилось, якою інформацією щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу пацієнт вже володіє.

Враховуючи, що відомості про результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомлення про них дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, ЛПЗ, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Ці відомості не можуть бути повідомлені в державні немедичні або в недержавні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян, навіть якщо передтестове консультування було проведено у цих установах, організаціях, закладах. Відповідно, післятестове консультування (не первинне) може проводитись там лише за умові активного звернення пацієнта та повідомлення ним самим про результат його тесту.

Якщо результат тесту – негативний.

При негативному результаті важливо обговорити заходи зниження ризику інфікування ВІЛ. Необхідно провести консультування з питань безпечної поведінки та розглянути можливості направлення до інших служб, що допомагають змінити ризикований спосіб життя на менш ризикований.

Консультант повинен повідомити про результат тесту простими словами, уникаючи специфічної термінології. Потрібно дозволити пацієнту відчувати задоволення від того факту, що він не є ВІЛ-інфікованим, в той же час підкреслити необхідність зміни ризикованої поведінки з тим, щоб уникнути інфікування ВІЛ у майбутньому.

Необхідно тактовно переконати пацієнта у необхідності повторного тестування при наявності ризикованої поведінки протягом останніх 3-х місяців (з урахуванням наявності „серологічного вікна”).

При позитивному результаті тесту дуже важливо передбачати психологічну реакцію пацієнта на повідомлення щодо його ВІЛ-інфікування, забезпечити адекватну підтримку.

Окрім цього, важливим елементом післятестового консультування є:

Роз'яснення необхідності дотримання пацієнтом профілактичних заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції	Роз'яснити пацієнту про необхідність дотримання профілактичних заходів, спрямованих на недопущення поширення ВІЛ-інфекції, а саме про: <ul style="list-style-type: none"> • відмову від донорства крові, тканин та органів; • виключення незахищених статевих контактів та необхідність повідомлення сексуальних партнерів про його позитивний ВІЛ-статус; • виключення спільного використання засобів особистої гігієни(лез для гоління, зубних щіток, манікюрних інструментів тощо), медичного інструментарію (клізм, шприців, голок), в тому числі для нанесення татувань, пірсінгу, приготування та вживання наркотиків ін'єкційним шляхом тощо. Пояснити про відсутність загрози інфікування для членів сім'ї, співробітників при звичайних побутових контактах
Ознайомлення з положеннями Закону України „Про	Поінформувати щодо: <ul style="list-style-type: none"> • Гарантій дотримання прав і свобод ВІЛ- інфікованих;

запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” та Кримінального кодексу України	<ul style="list-style-type: none"> • Наслідків виявлення ВІЛ-інфекції та обов'язків ВІЛ-інфікованих осіб (статті 14-16 зазначеного Закону України); • Соціального захисту осіб, інфікованих ВІЛ, хворих на СНІД та членів їх сімей (статті 17-24 зазначеного Закону України). • Кримінальну відповідальність за поставлення в небезпеку зараження та зараження інших осіб ВІЛ (стаття 130 Кримінального кодексу України)
Отримання медичним працівником державного або комунального ЛПЗ письмового засвідчення факту одержання пацієнтом інформації про зараження його ВІЛ відповідно до статті 14 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”	Пояснити пацієнту, що відповідно до статті 14 Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” він повинен письмово засвідчити факт одержання інформації про зараження його ВІЛ, попередження про необхідність дотримання профілактичних заходів з метою запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції та про кримінальну відповідальність за завідоме поставлення в небезпеку зараження або зараження іншої особи (осіб). Запропонувати пацієнту заповнити форму первинної облікової документації № 503-3/о “Попередження особи, інфікованої вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ)” (далі - форма № 503-3/о)
Встановлення подальших доброзичливих стосунків	Запропонувати пацієнту при потребі звертатися за подальшими консультаціями. При необхідності домовитись про час наступної зустрічі

Пацієнт повинен отримати повну інформацію щодо рекомендованих наступних кроків для уточнення діагнозу, необхідного обсягу обстеження, можливості лікування, а також чіткий перелік установ, в які йому рекомендовано звернутися.

Слід також надати повну інформацію щодо ГО, які працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу у даному регіоні та можуть забезпечити соціальний, психологічний, адвокаційний супровід, а також надати їх адреси, номери телефонів, телефон лінії довіри, веб-сайти.

3 **Методи роботи НУО з представниками уразливих груп**

У системі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення ГО відіграють роль організацій-містків, сполучної ланки між ЛПЗ, соціальними службами, правоохоронними органами та пацієнтами (клієнтами). Саме ГО можуть мати доступ до представників уразливих груп, а іноді вони є єдиними, хто має такий доступ. Насамперед це ВІЛ-сервісні організації, організації, що реалізують проекти зменшення шкоди та профілактики ВІЛ-інфекції, у майбутньому необхідно створення та підтримки організацій, які реалізуватимуть Програму з профілактики ІПСШ організації ЛЖВ.

Основними завданнями ГО у системі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ є забезпечення доступу до представників цільової групи; надання первинної інформації про ризиковану поведінку та її наслідки, можливі ризики та наслідки зараження ІПСШ та роль наявних ІПСШ у інфікуванні ВІЛ-інфекцією, мотивування клієнта до отримання послуг в організації; переадресація для діагностики та необхідного лікування до ЛПЗ та немедичних державних установ; подальший соціальний супровід.

У процесі роботи з представниками уразливих груп працівники ГО використовують наступні методи:

- індивідуальне консультування;
- кризове консультування;

- мотиваційне консультування;
- інформаційне консультування;
- групова робота;
- соціальний супровід/ведення випадку;
- переадресація до державних медичних та немедичних установ, інших ГО.

Індивідуальне консультування

У системі соціальної роботи з представниками уразливих груп індивідуальне консультування займає провідну позицію та, зазвичай, надається як невід’ємна частина довготривалого соціального супроводу. Основною задачею індивідуального консультування є забезпечення психологічної підтримки, надання допомоги при визначенні та вирішенні проблем конкретного пацієнта (клієнта). Консультації повинні бути ефективним шляхом поширення інформації про сутність ППСШ, їх перебіг, способи передачі.

Головна мета консультування – допомогти клієнту усвідомити свою особисту відповідальність за власний стиль життя шляхом надання психологічної підтримки та допомоги в процесі прийняття рішень.

У своїй роботі консультант повинен керуватись основними принципами консультування та враховувати психологічні особливості, притаманні представникам різних уразливих груп:

1. Конфіденційність

Конфіденційність не дозволяє розповсюдження будь-якої інформації про клієнта за винятком професійних стосунків консультанта з іншими спеціалістами за згодою клієнта. Цей принцип лежить в основі формування довірливих стосунків між клієнтом та консультантом, які є необхідною умовою ефективності в процесі надання психологічної допомоги та підтримки.

2. Доброзичливість

Консультант повинен виявляти позитивне ставлення та повагу до клієнтів незалежно від їхнього стилю життя, соціального статусу та особистісних характеристик. Неприпустимим є висловлення оцінки і тим більше засудження колишньої та теперішньої поведінки клієнта.

3. Емпатія

Принцип емпатії, співчуття та співпереживання передбачає вміння поставити себе на місце клієнта, розуміння його переживань, почуттів та думок. Консультант демонструє емпатію, застосовуючи навички уважної поведінки, заохочувальні стимули, переповідання та підсумовування.

4. Самостійність

Оскільки однією з цілей консультаційного процесу є формування адаптивних моделей поведінки та вдосконалення процесу прийняття рішень, консультант має заохочувати та підтримувати самостійні рішення та поведінку клієнта, які забезпечують підвищення самоповаги та відповідальності.

5. Мобілізація ресурсів

Для того, щоб допомогти клієнту подолати стан безпорадності та повернути контроль над своїм життям, консультант має навчити клієнта використовувати всі наявні ресурси – як внутрішні, так і зовнішні. Для підвищення впевненості та самоповаги клієнта, консультант має робити акцент на сильних сторонах клієнта та працювати над їх розвитком. Важливим є максимальне використання зовнішніх ресурсів. Консультант може порадишити клієнтові звернутись до інших структур з метою отримання соціальної, юридичної та інших видів допомоги та наголошувати на використанні такої неформальної допомоги, як підтримка родини, друзів, груп самопомоги.

Також консультант має володіти повною інформацією щодо інших державних структур та недержавних організацій, з метою переадресації клієнта для отримання спеціалізованої допомоги та послуг.

Індивідуальне консультування є ефективним методом проведення первинного оцінювання клієнта, складання плану догляду, встановлення довірливих стосунків з клієнтом. Виходячи з

потреб клієнта та ресурсів організації індивідуальне консультування може проводитись соціальним працівником, психологом, консультантом за принципом «рівний-рівному».

Специфічними видами індивідуального консультування є кризове, мотиваційне, інформаційне консультування.

Кризове консультування

Кризове консультування є одним з компонентів моделі кризового втручання у соціальній роботі. Вважається, що кризове консультування слід застосовувати у таких ситуаціях, як:

- відсутність важливих взаємостосунків та зв'язків у житті клієнта, спричинена безпритульністю, проблемами із представниками правоохоронних органів, криміналізацією способу життя клієнта, відмовою родичів та близьких надавати підтримку;
- неможливість здійснювати діяльність у значущій для клієнта сфері внаслідок вживання психоактивних речовин, проблем із законом, встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, наявності ПСШ та інших захворювань.

Кризове консультування полягає у полегшенні сильно виражених емоцій та переживань, налаштуванні на спілкування та співпрацю, досягненні розуміння та усвідомлення клієнтом його проблем та почуттів, підтримці самооцінки клієнта. У ході кризового консультування необхідно проаналізувати ресурси клієнта, наявні для того, щоб подолати кризу (підтримка з боку близьких людей, захоплення, робота тощо).

У стані кризи для клієнта характерні такі відчуття, як шок, страх, заперечення, гнів. При кризовому втручанні почуття повинні бути в центрі уваги консультанта. Процес консультування має бути направлений на відновлення контролю клієнта над собою та своїм життям. Особливе місце у кризовому консультуванні посідає консультування осіб, яким встановлено діагноз ВІЛ-інфекція. У такому випадку консультант має зробити наголос на можливості життя з хворобою протягом тривалого часу і дати клієнту зрозуміти, що його випадок не є єдиним, наводячи позитивні приклади з життя інших ВІЛ-інфікованих.

Кризове консультування має передбачати наступні основні компоненти:

- сприйняття клієнта як людини, яка нездатна до звичної життєдіяльності через складні життєві обставини, які вона не в змозі подолати без сторонньої професійної підтримки;
- директивну позицію особи, що проводить консультування (соціальний працівник, психолог, консультант «рівний-рівному»), яка в екстремальній ситуації бере відповідальність на себе;
- наявність плану дій з боку консультанта, а не клієнта;
- орієнтацію на пом'якшення впливу стресової ситуації/події на клієнта;
- мобілізацію всіх наявних можливостей та ресурсів клієнта для подолання кризи.

Мотиваційне консультування

Основним завданням мотиваційного консультування є усвідомлення клієнтом можливих негативних наслідків ризикованої поведінки та вироблення мотивації до їх зменшення чи формування нової моделі поведінки. Окрім цього, мотиваційне консультування на базі недержавних організацій у системі надання послуг з діагностики та лікування ПСШ представникам уразливих груп населення має на меті спрямування клієнтів до ЛПЗ для діагностики та отримання необхідного лікування.

Інформаційне консультування

Цей вид консультування рідко використовується у соціальній роботі з уразливими групами, оскільки у більшості випадків представники цих груп потребують не тільки надання інформації, а комплексу різних послуг, зокрема консультування з метою надання підтримки. Тому, цей метод роботи переважно використовується у поєднанні з іншими видами консультування. Метою інформаційного консультування є надання клієнтові найбільш повної та достовірної інформації, що стосується негативних наслідків ризикованої поведінки, особливостей перебігу ВІЛ-інфекції та/або інших ПСШ, особливостей їх перебігу та лікування. Важливим моментом таких

консультації є надання клієнтові точної інформації про інші організації та установи, в яких він може отримати допомогу, а саме ЛПЗ, державні немедичні установи, інші НУО. Інформаційні консультації можуть проводитися у формі групової роботи – інформаційної зустрічі для клієнтів на визначену тему.

Особливості консультування щодо ІПСШ

Консультування має проводитися підготовленим фахівцем та має ґрунтуватися на оцінці індивідуальних потреб пацієнта. Звичайно консультування вимагає витрат 15-20 хвилин та має передбачати можливість повторних консультацій і подальшого спостереження. Консультаційні послуги звичайно не є доступними в дерматовенерологічних та ЛПЗ загального профілю. Консультування має бути інтерактивним конфіденційним процесом, при якому консультант допомагає пацієнту усвідомити проблеми, пов'язані з ІПСШ, а також визначити можливі напрямки дій.

Аспекти, які мають висвітлюватися під час консультування щодо ІПСШ:

- Необхідність інформування партнера (партнерів) про наявність діагнозу ІПСШ та проведення його лікування;
- Оцінка ризику пацієнта щодо інфікування ВІЛ та вирішення питання щодо проведення тестування на ВІЛ;
- Інформування про несприятливі наслідки ІПСШ, такі як безпліддя та вроджений сифіліс;
- Поводження з невиліковними ІПСШ, такими як генітальний герпес, які можуть передаватися статевому партнерові;
- Попередження інфікування у подальшому, в тому числі шляхом обговорення і забезпечення застосування презервативів з партнерами;
- Проблеми конфіденційності, розкриття діагнозу та ризику насилля або стигматизації з боку чоловіка або дружини, партнера (партнерів), родини або друзів;
- Заохочення пацієнта взяти на себе відповідальність за власне життя та попередження захворювань.

Соціальний супровід/ ведення випадку

Соціальний супровід або ведення випадку – найбільш традиційний метод соціальної роботи. Він складається з наступних етапів:

1. Звернення клієнта.
2. Первинне оцінювання.
3. Встановлення цілей та планування втручання (складання плану догляду).
4. Втручання.
5. Моніторинг виконання плану втручання, його корекція.
6. Кінцеве оцінювання діяльності.

Основна мета соціального супроводу – забезпечення представникам уразливих груп необхідної комплексної підтримки для покращення якості їх життя. Ключовим моментом у цьому процесі є складання та виконання спільно з клієнтом плану втручання/догляду, який містить кроки, необхідні для покращення ситуації в різних сферах життя клієнта – задоволення медичних потреб клієнта, покращення психоемоційного стану, забезпечення ресоціалізації.

3.1 Переадресація клієнтів до інших установ та організацій

У процесі переадресації ГО є одними з організацій-містків, які є компонентами таких моделей надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп, як пасивна та активна переадресація, модель активного виходу на клієнта. Роль НУО в системі переадресації має найбільш вагоме значення у моделі активної переадресації та активного виходу на клієнта, оскільки тільки ці дві моделі можуть забезпечити доступ до цільових груп та комплекс

послуг соціального супроводу клієнта, тобто реалізацію принципів кейс-менеджменту – ведення випадку пацієнта.

Задля ефективного здійснення переадресації представників уразливих груп до державних медичних та немедичних установ, інших НУО, в організації має бути складений повний перелік установ/організацій, в яких клієнт може отримати необхідну допомогу з зазначенням спектру послуг, які надає кожна з перелічених установ. У цьому випадку корисними є карти соціальних та медичних мереж, тобто перелік організацій, які працюють на території певного району чи міста з зазначенням контактних осіб, до яких можна звернутись.

Враховуючи особливості уразливих груп, соціальному працівнику ГО слід забезпечувати супровід клієнтів до організації/установи, до якої його було направлено. Особливо це стосується ЛПЗ, оскільки клієнти часто уникають звернення до них через страх розкриття діагнозу, дискримінації з боку медичних працівників. Якщо супровід клієнта неможливо забезпечити, або клієнт відмовляється від нього, необхідно зв'язатись з клієнтом після планованої дати його візиту та дізнатись про результати.

Слід зазначити, що послуги з переадресації не повинні бути формальним наданням інформації клієнту про організації/установи, в яких він може отримати допомогу. Якщо переадресація відбувається в рамках виконання плану втручання/догляду з дотриманням принципів ведення випадку, завданням соціального працівника є постійний моніторинг виконання його кроків клієнтом, тому соціальний працівник повинен перевірити, чи відбувся запланований візит, якими були його результати, у разі необхідності – забезпечити супровід клієнта та представництво його інтересів в іншій організації/установі, спланувати подальші етапи роботи з клієнтом.

Таким чином основними методами, які можуть використовуватися для переадресації є:

- надання клієнту інформації про медичні та соціальні заклади, які знаходяться у районі та можуть допомогти або сприяти вирішенню певних проблем. У випадку ПСШ – це може бути інформація про дерматовенерологічні кабінети або диспансери, лабораторії, тощо;
- співпраця НУО з конкретним ЛПЗ та/або «довіреном» лікарем) (договірні стосунки) дозволяє досягти значно кращого результату. У цьому випадку клієнт може отримати детальнішу інформацію не лише про розташування закладу, але й про час роботи, перелік послуг, які надаються у закладі, оптимальні часи відвідування спеціалістів або забору матеріалу для досліджень. Поняття «довіреного» лікаря – тобто спеціаліста, у якого є договір з НУО щодо прийому представників певної уразливої групи, особливо доречно використовувати при реалізації моделі активної переадресації. У цьому випадку можна обговорити з медичним працівником не лише принципи прийому представників, але й умови: наприклад відмінний час прийому, наявність окремого входу, наявність слова пароля, тощо. Окрім того визначення «довіреного лікаря» дозволяє забезпечити моніторинг переадресації за допомогою телефонних дзвінків, інформування лікаря про візит пацієнта або обговорення результатів під час спільних зустрічей медичних працівників та представників НУО. Окрім того у випадку результативної роботи визначення спеціального «довіреного лікаря» сприятиме поширенню «неофіційної інформації» і серед представників уразливих груп, що підвищуватиме кредит довіри до ЛПЗ;
- застосування методу відривних талонів, які використовують ВІЛ-сервісні організації, дозволяє значно оптимізувати роботу з ЛПЗ. У випадку направлення клієнта до ЛПЗ, йому надається спеціальний талон, який залишається у закладі, що дозволяє проводити моніторинг ефективності роботи НУО з переадресації клієнтів;
- використання спеціальних методів стимулювання, наприклад, компенсація коштів на проїзд до ЛПЗ, видача харчових пайків або гігієнічних пакетів. Такі методи особливо важливо застосовувати у випадку віддаленості ЛПЗ та місць перебування представників уразливих груп.

3.2 Значення соціального супроводу у забезпеченні надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ для представників уразливих груп населення.

Соціальний супровід відіграє важливу роль як у випадку одноразового звернення клієнта за послугами з діагностики та лікування ІПСШ, так і у довгостроковому наданні таких послуг представникам уразливих груп. Світовий та український досвід довели, що програми лікування АРТ не є ефективними без повноцінного соціального супроводу пацієнтів на лікуванні. Хоча лікування антиретровірусними препаратами має свою специфіку з точки зору забезпечення соціального компоненту лікування, завдання соціального супроводу пацієнтів є досить схожими.

Першочерговим завданням соціального супроводу у забезпеченні надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ є формування довіри пацієнта до лікаря та ЛПЗ вцілому. У цьому випадку соціальні працівники відповідають за надання інформації пацієнту про можливості діагностики та лікування, працюють над формуванням мотивації пацієнта для проходження діагностики та подальшого лікування, переадресовують пацієнтів для отримання інших послуг відповідно до потреб (реабілітація, психологічні консультації, послуги юриста тощо).

У випадку ведення клієнтів у зв'язку з діагностикою та лікуванням ІПСШ також можна говорити про формування прихильності пацієнтів до лікування, яка є результатом роботи соціальних працівників. У результаті отримання одноразової допомоги у пацієнта має сформуватись довіра до ЛПЗ вцілому, прихильність до звернення за послугами з діагностики та лікування ІПСШ у майбутньому.

4 Форми та механізми взаємодії між партнерськими організаціями на етапах реалізації моделей.

У ході реалізації ефективної моделі надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп існує необхідність активної співпраці і взаємодії різних партнерських організацій. Варто зазначити, що на різних етапах провідна роль у співпраці та механізми взаємодії між ними можуть змінюватися, організації-партнери можуть забезпечувати виконання різних функцій та завдань. Водночас, ефективна реалізація співпраці вимагає і чіткого розподілу функцій між ними, визначення конкретних завдань та індикаторів ефективності їх виконання. Відсутність постійної взаємодії та діалогу між партнерами в процесі роботи може призвести до зниження якості кінцевого результату роботи, навіть при ефективному виконанні своїх функцій окремими партнерами.

Завдання і функції, які розподіляються між партнерськими організаціями залежать від пріоритетної моделі організації роботи, яка реалізується на даній території обслуговування, і у значній мірі формується в залежності від регіональних особливостей – розвитку мережі партнерських організацій, їх потужності та кадрового потенціал, ступеня розвитку матеріально-технічної бази організацій, чисельності і особливостей цільових груп і т.д.

4.1 Формування системи взаємодії між партнерськими організаціями

При реалізації будь-якої моделі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп кінцевим надавачем даних послуг, який забезпечує основні кількісні і якісні показники виконання завдань програми, являється спеціалізований ЛПЗ. Отже, саме цей партнер є своєрідним замовником послуг та допомоги інших партнерських організацій на етапах реалізації окремої моделі і планує дії з метою отримання кінцевого результату. Отже, і завдання практичної організації системи взаємодії та її координації покладається саме на ці державні структури.

На сьогоднішній день практично в усіх регіонах України вже сформовані різні системи співпраці між багатьма організаціями, які в тій чи іншій мірі причетні до надання різноманітних пакетів послуг представникам уразливих груп. Зазвичай ступінь розвитку співпраці та механізми її реалізації різноманітні, і тому розробка єдиної уніфікованої системи налагодження співпраці в межах даної програми не є можливою. Пропонується наступне бачення практичних кроків

кінцевого надавача комплексу послуг, визначених програмою в умовах нульового (базового) рівня співпраці з можливими партнерськими організаціями для реалізації моделі. У різних регіонах, у різних вихідних умовах ЛПЗ (ШВД, Центри СНІДу тощо) можуть скористатися окремими кроками представленого алгоритму створення і розвитку механізмів співпраці з різними партнерськими організаціями. Власне алгоритм може бути умовно розділений на декілька етапів зазначених нижче.

I етап

Етап планування показників (індикаторів) діяльності, тобто визначення кількісних і якісних показників, які повинні бути досягнуті на кінцевій або проміжній стадії реалізації програми. Даний етап в сучасних умовах може бути реалізований двома напрямками:

- А. організація самостійно визначає кількісні (кількість клієнтів кожної цільової групи, охоплених окремим пакетом послуг на кінець окремого етапу реалізації програми в зоні обслуговування) та якісні (об'єм мінімального та максимального пакету послуг, що надаються клієнтам програми) показники;
- В. організація отримує готові індикатори від національного координатора програми.

У випадку застосування напрямку А виникає необхідність консультування з партнерськими організаціями для отримання достовірної базової інформації: оціночна чисельність представників цільових груп, відсоток охоплення послугами партнерських організацій (оціночне число клієнтів, яких потенційно можливо залучити до програми) і т.д. Для забезпечення ефективної реалізації першого етапу потрібно виконати такі кроки з метою залучення майбутніх партнерських організацій до співпраці:

Крок 1: збір та аналіз інформації про потенційні партнерські організації у реалізації моделей.

Мета: визначитися з максимально повним переліком установ та організацій, з якими можна налагодити співпрацю по реалізації проекту на території обслуговування.

Можливі джерела отримання інформації: управління юстиції державної адміністрації, відділи реєстрації та легалізації місцевих органів влади, відділи та управління статистики, національні та міжнародні донорські організації, які мають партнерські організації в регіонах, національні ГО, які мають відділення і представництва в регіонах і т.д.

Крок 2: первинна комунікація і визначення готових до співпраці партнерських організацій.

Мета: визначення партнерських організацій, готових до сумісної реалізації програми та первинний розподіл завдань та цільових груп серед них.

Можлива форма реалізації: проведення спільного засідання з представниками організацій для обговорення мети, завдань програми та можливих моделей її реалізації.

Крок 3: спільне визначення кількісних та якісних показників діяльності на окремі періоди реалізації програми.

Мета: можливість планування окремих етапів реалізації програми та розробки комплексу заходів для забезпечення їх досягнення.

Можлива форма реалізації: планування ЛПЗ (ШВД, Центром СНІДу тощо) потреби в діагностикумах та медикаментах, кадрове та штатне забезпечення надання медичних послуг або матеріально-технічної бази для інформування тощо.

II етап

Етап визначення основних моделей організації надання послуг представникам уразливих груп населення, з урахуванням досвіду, можливостей кожного з організацій-партнерів.

Крок 4: кожна організація-партнер визначається з моделлю надання послуг, завданнями і функціями, які може взяти на себе в межах даної моделі кожний з партнерів.

Мета: розподіл функцій та завдань між усіма учасниками реалізації програми з метою досягнення кінцевої мети.

Крок 5: визначення форми взаємодії та взаємозв'язків між організаціями-партнерами при виконанні ними визначених завдань на різних етапах реалізації моделі.

Мета: забезпечення послідовності та безперервності надання послуг клієнту і уникнення дублювання функцій або втрати клієнтів на окремих етапах реалізації моделі.

III етап

Забезпечення поточної реалізації проекту.

Крок 6: первинне визначення системи обміну інформацією, графіків і режимів роботи на дотичних ділянках, що забезпечуються різними партнерами, механізмів вирішення робочих питань, які можуть виникнути в процесі сумісної роботи.

Мета: узгодження графіків та режимів роботи, визначення координаторів по співпраці від кожної організації-партнера тощо.

Крок 7. впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності реалізації етапів моделі всіма партнерськими організаціями.

Мета: створення системи динамічного планування та корекції компонентів та механізмів співпраці у процесі реалізації моделі з метою досягнення найкращого результату.

Рівень співпраці, об'єм і складність завдань, які можуть виконуватися партнерськими організаціями у процесі реалізації моделі в значній мірі залежить від фінансового та матеріально-технічного забезпечення цих видів діяльності. Тому постає питання пошуку джерел фінансування окремих компонентів та етапів реалізації моделі. Одним з ефективних напрямків роботи є планування фінансування на реалізацію даної програми, як компоненту нової Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки та відповідних регіональних програм, підтримка донорськими організаціями проектів партнерських НУО, направлених на реалізацію їх завдань в реалізації етапів моделі та інші.

4.2 Бар'єри, які можуть виникнути при впровадженні програми, і можливі шляхи їх усунення.

У процесі реалізації кожної із запропонованих моделей надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп, як зазначено вище, можуть виникнути перешкоди, що призводять до зниження ефективності роботи або уможливають реалізацію програми в цілому. За умови партнерської взаємодії різних організацій перешкоди можуть виникати як на етапах, що реалізуються окремим партнером самостійно, так і у процесі спільних активностей. Виявлені перешкоди можуть нести об'єктивний або суб'єктивний характер. Запобігти або передбачити усі бар'єри, що можуть виникнути у процесі роботи не можливо, а шляхи їх усунення в значній мірі залежать від особливостей ситуації, що склалася у момент їх виникнення. Найефективнішим підходом є прогнозування і попередження виникнення частини перешкод.

4.2.1 Загальна характеристика перешкод на шляху ефективної реалізації моделі.

Об'єктивні бар'єри – це перешкоди на шляху ефективної реалізації компонентів моделі, які виникли незалежно від дій (бездіяльності) партнерських організацій, що впроваджують дану модель (відсутність фінансування на реалізацію моделі, відсутність згоди на співпрацю окремих потенційних партнерів і т.д.). Окрім того до об'єктивних бар'єрів можна віднести стихійні лиха, розвиток світової економічної кризи, тощо.

Суб'єктивні бар'єри – це перешкоди, що виникли в процесі дій і взаємодії партнерських організацій, що впроваджують модель (неякісне виконання своїх функцій організаціями-партнерами, порушення системи взаємодії між партнерськими організаціями і т.д.).

Крім того існують бар'єри, які можуть виникнути при реалізації будь-якої моделі – загальні перешкоди для усіх моделей – **загальні бар'єри**, а також перешкоди, які можуть виникнути лише при впровадженні окремої моделі (наприклад: відсутність коштів на ремонт автомобільної амбулаторії) – **специфічні бар'єри**. Існують бар'єри, **які можливо усунути** і продовжити

реалізацію даної моделі, але і можливе виникнення бар'єрів, що призведуть до **необхідності зміни** моделі впровадження програми.

Нижче перераховані найімовірніші бар'єри та перешкоди на шляху організації допомоги представникам уразливих груп населення:

1. Нерозуміння деякими лікарями цілей та завдань програми та підходів до роботи з уразливими групами.
Метод усунення – організація тренінгів, семінарів, конференцій, включення питання до програм післядипломної освіти, організаційні заходи з боку керівників ЛПЗ.
2. Невиконання показників ефективності діагностики та лікування ППСШ серед представників уразливих груп.
Метод усунення – розробка, затвердження та впровадження відповідних рекомендацій.
3. Відсутність у дерматовенерологічної служби офіційної класифікації уразливих груп, даних про поширення серед них ППСШ.
Метод усунення – використання показників та визначень, які ґрунтуються на рекомендаціях міжнародних організацій (ЮНЕЙДС, ВООЗ), із урахуванням особливостей епідеміологічної ситуації в країні.
4. Несвоєчасне подання або відсутність звітності з боку лікувальних установ та НУО.
Метод усунення – спільні наради, інформування, дисциплінарна відповідальність.
5. Проблеми зі звітністю перед ревізійними органами.
Метод усунення - впровадження системи кодування для відстежування клієнтів.
6. Узгодження даних щодо виконання індикаторів програми між лікарями та представниками НУО.
Метод усунення - налагодження взаємодії між ЛПЗ та НУО шляхом укладання спеціальних угод.
7. Специфічність поведінки представників уразливих груп: відсутність документів, небажання надавати інформацію про себе, переривання курсів лікування.
Метод усунення – використовувати досвід роботи НУО з цільовими групами.

Інші бар'єри та шляхи їх подолання дозорних епідеміологічних досліджень

Бар'єри, що зумовлюють недосяжність послуг:

- Відсутність необхідної нормативної бази;
Подоланню цього бар'єру сприятиме розробка нормативних документів та впровадження підходів, які враховують особливі потреби цільових груп, та контроль їх дотримання.
- Територіальне розташування: віддаленість ЛПЗ від місць проживання представників уразливих груп;
Подоланню цього бар'єру сприятиме використання мобільних клінік, створення спеціалізованих кабінетів на базі ЛПЗ первинного рівня тощо.
- Графік роботи ЛПЗ не завжди прийнятний для представників уразливих груп населення;
Подоланню цього бар'єру сприятиме організація прийому у вечірні або нічні години, протягом неробочих днів.
- Платні медичні послуги з профілактики, діагностики та лікування ППСШ;
Подоланню цього бар'єру сприятиме забезпечення безкоштовності надання послуг або використання економічно ефективних підходів до них.

Бар'єри, що зумовлюють неприйнятність послуг:

- Стигма, недружнє ставлення з боку надавачів послуг;
Подоланню цього бар'єру сприятиме додаткове навчання фахівців, залучених до надання послуг з профілактики, діагностики і лікування ІПСШ.
- Недостатня конфіденційність;
Подоланню цього бар'єру сприятиме додаткове навчання фахівців, залучених до надання послуг з профілактики, діагностики і лікування ІПСШ, створення гнучкої системи звітності щодо використання діагностичних засобів та лікарських препаратів, розробка системи кодування пацієнтів.
- Недоліки управління діяльністю клініки: невпевненість користувачів послуг у високій якості допомоги, високому професійному рівні фахівців;
Подоланню цього бар'єру сприятиме додаткове навчання фахівців, залучених до надання послуг з профілактики, діагностики і лікування ІПСШ, а також діяльність НУО, спрямована на підвищення кредиту довіри цільових груп до ЛПЗ.
- Недостатня забезпеченість медичними препаратами та витратними матеріалами;
Подоланню цього бар'єру сприятиме забезпечення сталого фінансування програм з профілактики, діагностики і лікування ІПСШ за рахунок коштів Державного бюджету та донорських організацій, використання економічно ефективних підходів до надання послуг.
- Неможливість отримання послуг з діагностики і лікування при першому візиті;
Подоланню цього бар'єру сприятиме розробка та впровадження практики ведення випадку ІПСШ на національному та регіональному рівні з використанням принципів синдромного та напівсиндромного менеджменту.

4.2.2 Рекомендації щодо визначення та усунення бар'єрів

Під час обговорення між організаціями-партнерами моделей організації спільної роботи можливе визначення ймовірних перешкод під час впровадження проекту та шляхи їх попередження. У випадку виявлення непереборних перешкод необхідно обговорити можливість зміни моделі на більш реалістичну. Такий метод визначається як - *прогнозування виникнення можливих бар'єрів на етапі планування*

Своєчасне виявлення бар'єрів в процесі реалізації моделі (використовуючи інструменти моніторингу і оцінки), їх констатація, оцінка причин появи та шляхів усунення або мінімізації негативних наслідків. Виявлення, констатація бар'єру та пошук шляхів усунення проводиться спільно усіма партнерськими організаціями з плануванням дій кожного партнера по забезпеченню виходу із ситуації, що склалася.

Впровадження динамічного моніторингу і оцінки ефективності дій усіх партнерських організацій по реалізації плану подолання констатованого бар'єру з метою впровадження своєчасних інтервенцій для їх максимальної ефективності.

Оцінка причин виникнення даного бар'єру з метою розробки дій по попередженню їх виникнення в майбутньому.

Єдиного рецепту попередженню та усуненню бар'єрів на шляху реалізації окремих компонентів моделі в конкретних умовах не існує. Кожен бар'єр є практично унікальним, тому що виникає в конкретних умовах, у конкретних партнерських організацій і може бути усунутий лише конкретними діями з урахуванням особливостей умов реалізації моделі. У жодному випадку бар'єри не можна розглядати як причини відмови від реалізації програми в цілому.

Окремі приклади:

Приклад I. У ході реалізації програми запроваджувалася модель активної переадресації. На певному етапі встановлено, що організації, які забезпечували активний супровід клієнта, не мають достатнього матеріально-технічного та кадрового ресурсу для забезпечення супроводу більшої кількості клієнтів – відсутній потенціал підвищення рівня активного охоплення представників уразливої групи (в той же час кінцевий надавач послуг має можливість забезпечення надання послуг більшій кількості клієнтів).

Вид бар'єру - недостатність матеріально-технічного забезпечення реалізації окремого компоненту моделі.

Організації-партнери під час обговорення можуть запропонувати наступні шляхи подолання перешкоди.

1. Посилення ресурсу організації-партнера:
 - 1.1. Подання заявки на розширення фінансування до організації-донора, що вже підтримує проект супроводу.
 - 1.2. Подання заявки до іншого донора на розширення охоплення цільової групи.
 - 1.3. Залучення коштів з місцевого бюджету через цільові регіональні програми.
2. Посилення компонентів, що не вимагають значних фінансових затрат і окремого кадрового забезпечення:
 - 2.1. Розширення охоплення через впровадження додатково компонентів моделі пасивної переадресації.
 - 2.2. Розповсюдження інформації у середовищі потенційних клієнтів програми через уже існуючих клієнтів – “вторинне інформування” інформаційними листівками.

Важливим є динамічний моніторинг і оцінка ефективності обраних шляхів подолання бар'єру, основним індикатором ефективності якого повинно бути планове зростання показника охоплення представників цільової групи послугами.

Приклад II. НУО, що надають послуги представникам вразливої групи і є партнером-містком програми, охоплюють послугами лише жителів великих міст. В маленьких населених пунктах НУО не працюють і виходу на представників цільової групи немає.

Вид бар'єру - низький відсоток охоплення послугами представників вразливих груп організаціями-містками на території обслуговування – прогнозовано низький рівень охоплення послугами даної програми.

Організації-партнери впроваджують активний пошук можливих ситуаційних партнерів, які в процесі своєї основної діяльності можуть мати опосередкований вихід на цільову групу або ж шукають можливості розширення зони обслуговування уже існуючих партнерів (організацій-містків). Для досягнення результату можна запропонувати використання наступних напрямків:

1. Пошук ситуаційних партнерів, їх залучення до сумісної роботи:
 - 1.1. Інформування і налагодження співпраці з первинною ланкою медичної допомоги населенню (сільські лікарські амбулаторії, ФАП, сімейні лікарі).
 - 1.2. Інформування і налагодження співпраці з відділеннями державних структур, що мають розгалужену мережу: соціальні служби для молоді.
 - 1.3. Інформування і налагодження співпраці з ГО, що мають розгалужену мережу відділення Товариства Червоного Хреста.
 - 1.4. Залучення місцевих ЗМІ щодо інформування населення.
2. Залучення ресурсів для розширення зони обслуговування існуючих партнерів.

Приклад III. Низький рівень мотивації клієнтів – низький рівень прихильності до діагностики та терапії – зниження якості послуг.

Організації-партнери проводять визначення причин, що призвели до зазначеної ситуації і напрямків покращення мотивації наявних клієнтів програми. Можливі причини: відсутність активного супроводу, низький рівень надання послуг консультування по виробленню прихильності. Для усунення бар'єру можливе використання наступних кроків:

1. Пошук ресурсів для розширення пакету послуг, що надаються існуючими організаціями-партнерами (проекти супроводу).
2. Підвищення рівня підготовки фахівців, що надають консультаційні послуги у рамках програми (навчання, семінари, залучення зовнішніх тренерів).
3. Залучення нових партнерів до співпраці, які мають висококваліфікованих консультантів в даній сфері (соціальні служби для молоді та інші).

5 Оцінка якості надання послуг з діагностики та лікування ПСШ

Система надання допомоги потребує цілеспрямованого контролю та оцінки якості з метою постійної корекції та прийняття управлінських рішень. Моніторинг і оцінка (МіО) повинні бути невід'ємним компонентом реалізації моделей надання допомоги з діагностики, лікування та профілактики ПСШ представникам уразливих груп, яка здійснюється в різних установах. МіО забезпечує практичних лікарів, співробітників НУО та осіб, які ухвалюють рішення, засобами операційної оцінки, що використовуються на етапах планування та реалізації моделей, при порівнянні досягнутих результатів з встановленими цілями, а також при необхідності коригування заходів.

У ході реалізації виконання програми система моніторингу повинна забезпечити:

- наявність повних, точних та найновіших даних для усіх суб'єктів прийняття рішення щодо реалізації програми надання допомоги з діагностики, лікування та профілактики ПСШ представникам уразливих груп населення на різних рівнях (національному, регіональному тощо);
- збір об'єктивних, повних та якісних даних для звітування перед керівництвом щодо виконання програми;
- збір об'єктивних, повних та якісних даних для звітування міжнародним та національним донорам.

Для забезпечення збору даних та “відтворення” повної картини реалізації програми, моніторинг повинен охоплювати наступні рівні:

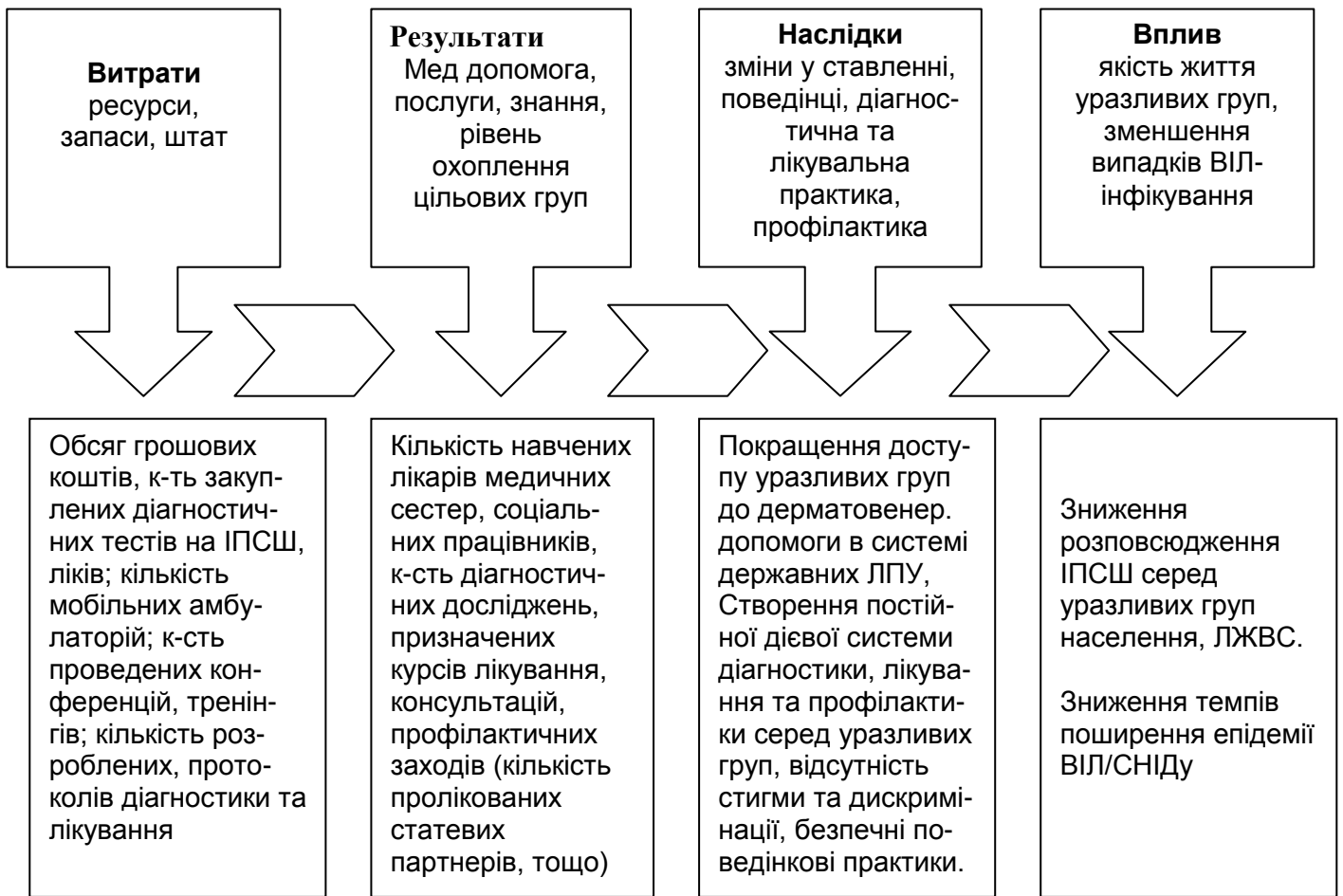
- “вклад” – те, що використовується при реалізації програми (кошти, приміщення, обладнання, ліки, діагностичні тести);
- “процес реалізації” – те, що здійснюється в рамках виконання програми (кількість підготовленого персоналу, кабінетів, мобільних амбулаторій);
- “результат” – те, що з'являється в результаті реалізації програми (рівень охоплення цільових груп, кількість використаних тестів, призначених курсів лікування, консультацій);
- “наслідки діяльності” – зміни у рівні знань, ставленні, поведінці, зниження рівня ПСШ серед представників уразливих груп населення;
- “вплив” – довготривалі зміни в загальній епідситуації (зниження нових випадків ПСШ/ВІЛ).

Для збору даних моніторинг передбачає визначення спеціальних показників, які повинні відповідати рівням моніторингу:

- точне ведення проектної документації;
- систематичне звітування з боку основних виконавців проекту;
- моніторингові візити представників донорських організацій та менеджерів проекту;
- спеціальні соціологічні, поведінкові, епідеміологічні або інші дослідження.

Моніторинг стану виконання програми по наданню допомоги з діагностики, лікування та профілактики ПСШ представникам уразливих груп населення передбачає не тільки збір даних щодо реалізації різних заходів, включаючи діагностичні, лікувальні, профілактичні, інформаційно-просвітницькі, а й *оцінку їх ефективності*. Інструментом такої оцінки є спеціальні дослідження, аудит, робота спеціальних комісій. Вони проводяться з метою відслідковування певних тенденцій

щодо змін у параметрах ефективності програми. Для цього такі дослідження повинні повторюватися через певні проміжки часу. Результати цих досліджень дають можливість виявити зміни у часі та порівняти загальний стан виконання та ефективність окремих заходів щодо надання допомоги представникам уразливих груп населення.



Для збору даних за основними параметрами ефективності проекту визначають спеціальні показники. Дані показники стосуються основних параметрів проекту, легко піддаються збиранню, однозначно тлумачитися і дають можливість відслідковувати зміни у часі.

Основними показниками ефективності надання допомоги з діагностики, лікування та профілактики ІПСШ представникам уразливих груп населення є:

- *рівень охоплення діагностичними, лікувальними та профілактичними заходами цільових уразливих груп;*
- *наслідки та вплив проекту на уразливі групи.*

Рівень охоплення цільових груп є важливим показником ефективності проекту. Визначення цього показника дає можливість отримати необхідну інформацію для планування подальшої діяльності, визначити необхідні ресурси тощо.

Підходи до методології і методики спеціальних досліджень з оцінки рівня охоплення різних цільових груп профілактичними проектами ґрунтуються на рекомендаціях міжнародних організацій.

Окрім рівня охоплення показником ефективності проекту важливим є дослідження *наслідків та впливу на цільові групи*, ступеню доступу до дерматовенерологічної допомоги, захворюваності на ІПСШ серед уразливих груп, їх рівня знань, ставлення та поведінки. Оцінка наслідків та впливу потребує спеціальних досліджень – клінічних, епідеміологічних, поведінкових, соціальних, економічних. Для проведення таких досліджень ретельно підбираються показники, індикатори тощо.

Ще одним важливим показником ефективності проекту профілактики, діагностики, лікування та підтримки є *оцінка якості послуг (або надання допомоги)*. Основними методами такої оцінки можуть бути аналіз даних проектного моніторингу та спеціальні дослідження.

Перелік індикаторів, за якими може збиратися інформація

1. Кількість та відсоток СІН, які отримали послуги з діагностики, лікування та профілактики ІПСШ.
2. Кількість та відсоток РКС, які отримали послуги з діагностики, лікування та профілактики ІПСШ
3. Кількість та відсоток ЧСЧ, які отримали послуги з діагностики, лікування та профілактики ІПСШ.
4. Кількість скринінгових (швидких) тестів на ІПСШ серед уразливих груп.
5. Кількість випадків діагностичних досліджень та курсів лікування ІПСШ, отриманих представниками уразливих груп.
6. Кількість візитів представників уразливих груп до мобільних амбулаторій.
7. Кількість презервативів, розповсюджених серед уразливих груп.

Зазначений перелік не є остаточним і може доповнюватися або зменшуватися у залежності від цілей проекту.

Критерії оцінки ефективності діагностики ІПСШ у представників уразливих груп населення:

1. Кількість позитивних результатів тестування з дезагрегацією за кожним захворюванням.
2. Кількість осіб, що звернулися до ЛПЗ для підтвердження діагнозу.
3. Кількість осіб, у яких був підтверджений позитивний діагноз скринінг-тестування.

Критерії оцінки лікування ІПСШ у представників уразливих груп населення:

1. Кількість пролікованих представників уразливих груп, які звернулись індивідуально та за направленням НУО.
2. Кількість пролікованих випадків ІПСШ за нозологічними одиницями(сифіліс, гонорея, хламідіоз, генітальний герпес, мікоплазмоз, кандидоз, тощо).
3. Відношення кількості пролікованих осіб до осіб, що звернулись за підтвердженням діагнозу в ЛПЗ
4. Відношення кількості позитивних результатів тестування до проведених курсів лікування в умовах мобільних амбулаторій, в ЛПЗ.

Критерії оцінки профілактики ІПСШ у представників уразливих груп населення:

1. Відсоток виявлення джерел зараження ІПСШ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР „Конституція України”.
2. Закон України від 16.01.2003 № 435-IV „Цивільний кодекс України”.
3. Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХП „Основи законодавства України про охорону здоров'я”.
4. Закон України від 12.12.1991 № 1972-ХП „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”.
5. Закон України від 02.10.1992 № 2657-ХП „Про інформацію”.
6. Закон України від 21.06.2001 № 2558-III „Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”.
7. Закон України від 19.06.2003 № 966-IV „Про соціальні послуги”.
8. Закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III „Кримінальний кодекс України”.
9. Розпорядження КМУ від 21.05.2008 № 728-р „Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки”.
10. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415 „Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”.
11. МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ „Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України”, Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. Інформаційний бюлетень „ВІЛ-інфекція в Україні” № 29. Київ. 2008 р.
12. МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ „Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України”, Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. Інформаційний бюлетень „ВІЛ-інфекція в Україні” № 30. 2008 р.
13. МОЗ України. „Національний звіт із виконання рішень декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. Звітний період: січень 2006р. – грудень 2007 р”. Київ. 2008 р.
14. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. Аналітичний звіт за 2007 рік „Результати епідеміологічного нагляд за ВІЛ-інфекцією та інфекціями, що передаються статевим шляхом”. Київ. 2008 р.
15. Методики лікування і профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом. Сост. І.І. Мавров, Г.І. Мавров, Л.Д. Калюжна, В.Г. Коляденко, та ін. Харків: ФАКТ, 2001.- 55 с.
16. Мавров Г.И., Калюжная Л.Д., Тацкая Л.С., Чиннов Г.П. 2002. Тест-системы нового поколения для диагностики сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомониаза. Методичні рекомендації МОЗ і АМН України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, Київ, 2002. 22 с.
17. Мавров Г.И., Тацкая Л.С., Шаповалова О.В., Кутовая В.В. 2003. Экспресс-тесты для диагностики сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомониаза – предварительные результаты клинических испытаний. Журнал дерматології та венерології, 2003.- № 1(19) С.61-64.
18. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом / Мавров І.І., О.П. Белозоров, Л.С. Тацька, та ін. 2000.. Харків; Факт, 2000.- 120 с.
19. Застосування швидких тестів у лабораторній діагностиці інфекційних хвороб (методичні рекомендації з наказом МОЗ України № 467 від 23.09.2004) / В.П. Ширококов, І.В. Дзюблик, С.Г. Вороненко та ін. - Київ – 2004.- 32 С.
20. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та інш.], МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, - К.: 2008 96 с.
21. Моніторинг та оцінка проект і проектів. Практичний посібник / Ольга Морозова, Ольга Варецька, Деніел Джонс, Пепукай Чікуква, Тетяна Салюк - Київ, «Оранта»: 2008 р. - 144 с.

22. Руководящие принципы по разработке ключевых показателей. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу: ЮНЕЙДС, Женева, Швейцария, июль 2005 г. – 108 с.
23. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ,СНІДом. Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Т.Семигіна, О.Банас, Н.Венедиктова та ін.. - Київ, Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2006 р. – 620 с.
24. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization (WC 142) Geneva, Switzerland, 2003, 91p.
25. Centers for Disease Control and Prevention. 2002. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR, 2002, 51, (No. RR-6): 32-36
26. European STD guidelines. International Journal of STD and AIDS, 2001, 12 (Suppl.3): 101p.
27. Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections. A Guide to essential practice. WHO, 2005. 184 p.
28. Global Strategy for the Prevention and Control of STIs: 2006-2015. WHO, 2007.
29. The practitioner's handbook for the management of STDs. University of Washington, Seattle, Washington, USA. 4th edition, 2007.
30. Sexually Transmitted Diseases. Third edition. Edited by King K.Holmes, P.Frederick Sparling, Per-Andes Mardh et al. 1999. 1454 p.