



І.С. Миронюк

Закарпатський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Ужгород

Результати оцінки ефективності заходів залучення трудових мігрантів — жителів Закарпатської області до визначення власного ВІЛ-статусу

Мета роботи — оцінити ефективність заходів залучення представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення до послуг з консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ у Закарпатській області.

Матеріали та методи. За результатами аналізу реєстраційних карток ВІЛ-інфікованих осіб та оригінальних тимчасових анкет визначено контингент особи за відповідним кодом причин обстеження на ВІЛ та належність її до цільової групи дослідження — особи, що були пов'язані з трудовою міграцією за межі постійного місця проживання: трудові мігранти та їхнє найближче оточення. Представників цільової групи дослідження (94 особи) було об'єднано в групи за ознакою джерела ініціативи первинного звернення щодо тестування на ВІЛ: групу А (КіТ з ініціативи клієнта) та групу Б (КіТ з ініціативи медичного працівника). Проведено оцінювання зміни частки ВІЛ-позитивних осіб груп А та Б, що вперше звернулися за послугами КіТ до та після запровадження заходів з підвищення рівня поінформованості представників цієї групи населення області через ЗМІ щодо доцільності отримання послуг КіТ на ВІЛ.

Результати та обговорення. Протягом 2007—2011 років на диспансерний облік у Закарпатській області було поставлено 94 ВІЛ-позитивні особи, що були пов'язані з трудовою міграцією за межі постійного місця проживання. Із них до групи А увійшли 43 особи (45,7 % цільової групи), до групи Б — 51 особа (54,3 %). Більшість чоловіків цільової групи зверталися стосовно КіТ з власної ініціативи — 32 (59,3 %), а жінки в більшості випадків проходили обстеження з ініціативи медичних працівників — 29 (72,5 %). До запровадження заходів із залучення до КіТ представників цільової групи (у 2007—2009 роках) у структурі зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб переважали представники групи Б: у 2007, 2008 та 2009 році вони становили 72,2; 69,2 та 71,4 % відповідно. Після початку запровадження цільових заходів у 2010 та 2011 роках спостерігалось переважання первинного звернення представників цільової групи щодо послуг КіТ із власної ініціативи (група А). Так, у 2011 році група А становила 58,3 % звернень, у 2011 році її частка зросла до 64 %. Більше виражене зростання частки осіб групи А спостерігалось серед ВІЛ-позитивних жінок: від 5 % у 2007 році до 50 % у 2011 році.

Висновки. Заходи залучення до послуг КіТ шляхом інформування через ЗМІ трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення є ефективними. Спостерігається зростання рівня усвідомленого звернення представників цільової групи до медичних працівників для визначення власного ВІЛ-статусу, що дає можливість раннього виявлення факту інфікування ВІЛ та запровадження медичних заходів вторинної профілактики поширення інфекції і поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних осіб.

Ключові слова

Консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ, трудові мігранти, Закарпатська область.

Консультування і тестування (КіТ) на ВІЛ-інфекцію є загальноновизнаним у міжнародній практиці, ефективним та дієвим методом профі-

лактики ВІЛ-інфекції [15]. Розширення доступу до послуг КіТ на ВІЛ та зменшення кількості осіб, яких не інформовано щодо свого ВІЛ-статусу, є одним з найважливіших завдань забезпечення успіху в боротьбі з епідемією [4, 5]. Майже тре-

тина ВІЛ-позитивних осіб, що проживають на території країн Європейського Союзу, не знають про свій позитивний ВІЛ-статус, в окремих країнах Східної Європи та Центральної Азії не виявленими залишається близько 50–60 % людей, що живуть з ВІЛ [19]. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом в Україні кількість ВІЛ-позитивних осіб, яких не інформовано про свій ВІЛ-статус, становить майже третину оцінюваної кількості [4]. Міжнародні дослідження в кількох країнах Африки показали, що КіТ на ВІЛ є економічно ефективним методом профілактики ВІЛ-інфекції, який сприяє зміні поведінки клієнтів до більш безпечної щодо інфікування ВІЛ [17]. Аналіз результатів 25 наукових досліджень ефективності програм універсального доступу до КіТ на ВІЛ у розвинених країнах світу (Північна Америка та Західна Європа) продемонстрували економічну ефективність широкого надання послуг КіТ через заклади охорони здоров'я під час виявлення раніше не діагностованих випадків інфікування ВІЛ у регіонах з високим рівнем поширення [3]. У світовій практиці послуги КіТ через медичні заклади можуть надавати з ініціативи як клієнта (КіТ з ініціативи клієнта), так і медичного працівника (КіТ з ініціативи медичного працівника) [16]. Хоча кожний з цих підходів є ефективним, у разі реалізації КіТ з ініціативи клієнта спостерігається більш раннє виявлення факту ВІЛ-інфікованості та ранній початок необхідних діагностично-лікувальних заходів з метою збереження здоров'я і життя пацієнта [2]. Для проведення КіТ з ініціативи клієнта важливим є широке інформування представників цільових груп населення про потребу та доступність отримання таких послуг. Важливу роль у цьому напрямі роботи відіграє застосування цільових кампаній з пропагування тестування на ВІЛ через засоби масової інформації [20].

Розширення доступу до послуг КіТ на ВІЛ і підвищення їхньої якості особливо важливе серед груп населення з підвищеним ризиком інфікування [15]. Це групи населення, яким з урахуванням особливостей їхньої поведінки та поведінки оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ [12]. Перелік груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні доволі широкий, однак головну увагу сконцентровано на споживачах ін'єкційних наркотиків (СІН), працівниках комерційного сексу (РКС), чоловіках, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ) та ув'язнених [13]. Як зазначається в рекомендаціях ВООЗ/ЮНЕЙДС щодо організації епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією серед груп населення з підвищеним ризиком зараження ВІЛ, є потреба у визначенні регіональних

сценаріїв розвитку епідемії та регіональних груп підвищеного ризику інфікування, що відіграють суттєву роль у розвитку епідемії в певному регіоні [18]. Так, рішенням Закарпатської обласної координаційної ради з протидії поширенню туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2011 році трудових мігрантів і їхнє найближче оточення включено до переліку регіональних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ у Закарпатській області [14]. Враховуючи значну роль осіб, задіяних у трудовій міграції за межі постійного місця проживання, в розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [7, 8, 9] було розроблено та запроваджено низку заходів для зниження у цій групі населення рівня поширення ВІЛ статевим шляхом. Зокрема, включено відповідний розділ до заходів Обласного комплексного плану забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009, 2010 та 2011 роки [11]. Одним із важливих напрямів роботи є залучення трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення до послуг КіТ на ВІЛ. Основним методом його реалізації є підвищення інформованості через ЗМІ щодо доцільності отримання послуг КіТ з метою збереження власного здоров'я та здоров'я членів своєї родини. Таке інформування передбачало виступи на обласному телебаченні, радіо та публікацію відповідних матеріалів у періодичних друкованих ЗМІ на обласному та районних рівнях.

Мета дослідження — оцінити ефективність заходів залучення представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення до послуг КіТ на ВІЛ у Закарпатській області.

Матеріали та методи

Оцінювання проводили на основі аналізу реєстраційних карток ВІЛ-інфікованих осіб (форма № 502-1/о) [10], поставлених на диспансерний облік в Закарпатській області у 2007–2011 роках, та розроблених і запроваджених нами тимчасових анкет у випадках підтверджених позитивних результатів дослідження на ВІЛ [6].

За результатами аналізу реєстраційних карток ВІЛ-інфікованої особи було визначено контингент особи за відповідним кодом причин обстеження на ВІЛ [10].

За аналізом тимчасових анкет було визначено належність ВІЛ-позитивної особи до цільової групи дослідження — особи, що були пов'язані з трудовою міграцією за межі постійного місця проживання: трудові мігранти та їхнє найближче оточення (постійні статеві партнери).

Згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС та ВООЗ щодо політики в галузі тестування і консультування з питань ВІЛ-інфекції [15, 16], з метою

структуризації аналізу за причинами звернення ВІЛ-позитивних представників цільової групи за послугами КіТ, коди контингентів осіб, що їх обстежено на ВІЛ, було об'єднано у дві групи:

Група А — КіТ з ініціативи клієнта. До цієї групи увійшли коди 107 (особи, обстежені з метою отримання довідки про свій ВІЛ-статус), 114 (особи, обстежені на ВІЛ анонімно), 116 (особи, які бажають дізнатися про свій ВІЛ-статус конфіденційно). Головним критерієм включення до цієї групи була ознака самостійного звернення клієнта до медичного працівника щодо отримання послуг КіТ.

Група Б — КіТ з ініціативи медичного працівника. До цієї групи увійшли коди у випадках, коли тестування на ВІЛ з тієї чи іншої причини рекомендує медичний працівник. Наприклад: 104 (особи, у яких виявлено хвороби, що передаються статевим шляхом), 105 (особи, які мали численні незахищені статеві контакти), 108 (донори), 109 (вагітні), 113 (за клінічними показаннями).

Звичайно, поділ на групи є дещо умовним, але відображає загальну картину структури обстеження на ВІЛ за причинами звернення.

Результати та обговорення

Протягом 2007–2011 років на диспансерний облік у Закарпатській області було поставлено 94 ВІЛ-позитивні особи, пов'язані з трудовою міграцією за межі постійного місця проживання, що становило 48,5 % зареєстрованих ВІЛ-позитивних дорослих за вказаний період (194 особи). Серед 94 осіб цільової групи було 54 (57,4 %) чоловіків та 40 (42,6 %) жінок.

З метою оцінювання впливу проведеної інформаційної кампанії на рівень виявлення ВІЛ-інфекції в середовищі представників цільової групи проведено аналіз поставлення на облік ВІЛ-позитивних осіб за період спостереження. Розподіл ВІЛ-позитивних осіб, пов'язаних із трудовою міграцією, за роками поставлення на диспансерний облік відображено в табл. 1.

Як видно з табл. 1, в абсолютних показниках у 2010 та 2011 роках (після запровадження заходів залучення до КіТ) ВІЛ-позитивних, пов'язаних із трудовою міграцією, було поставлено на облік більше, ніж у попередні три роки. Так, у 2010 і 2011 роках зареєстровано 24 і 25 осіб цільової групи проти 18, 13, 14 осіб у 2007, 2008, 2009 роках відповідно. Водночас відсоток осіб цільової групи від усіх зареєстрованих ВІЛ-позитивних за аналізовані періоди практично не змінюється (табл. 1). Отже, ознак того, що запроваджені заходи залучення до послуг КіТ представників цієї групи населення області могли вплинути на рі-

Таблиця 1. Розподіл ВІЛ-позитивних дорослих, пов'язаних із трудовою міграцією за роками поставлення на диспансерний облік

Рік поставлення на облік	Поставлені на облік дорослі ВІЛ-позитивні особи (n = 194)	ВІЛ-позитивні, що були задіяні в трудовій міграції (n = 94)	
		Кількість осіб (P ± m), %	
2007	32	18	56,3 ± 8,8
2008	33	13	39,4 ± 8,5
2009	31	14	42,2 ± 8,9
2010	47	24	51,1 ± 7,3
2011	51	25	49,0 ± 7,0

вень виявлення та реєстрації ВІЛ-інфекції в групі осіб, пов'язаних з трудовою міграцією, немає.

Оцінити рівень охоплення послугами КіТ на ВІЛ представників групи осіб, пов'язаних із трудовою міграцією, за даними чинних облікових форм неможливо: окремого коду такої причини обстеження на ВІЛ, як трудова міграція особи та/або постійного статевого партнера трудового мігранта в офіційному переліку немає [10]. Тому було проаналізовано виявлені у 2007–2011 роках випадки ВІЛ-інфікування представників цільової групи за існуючими кодами причин первинного звернення з метою тестування на ВІЛ. Результати розподілу ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок цільової групи за кодами причин первинного звернення щодо послуг КіТ на ВІЛ відображено в табл. 2.

Як видно з табл. 2, більшість ВІЛ-позитивних — 49 ((52,1 ± 5,2) %), пов'язаних із трудовою міграцією, пройшли первинне обстеження на ВІЛ за кодами 116 (особи, які бажають дізнатися про свій ВІЛ-статус конфіденційно) — 29 осіб ((30,9 ± 4,8) %) та 109 (вагітні) — 20 осіб ((21,3 ± 4,2) %). Переважання звернень за послугами КіТ за кодом 116 сформулося за рахунок чоловіків — 21 особа ((38,8 ± 6,6) % усіх ВІЛ-позитивних чоловіків цільової групи), а за кодом 109, логічно, за рахунок жінок 20 осіб ((50,0 ± 7,9) % ВІЛ-позитивних жінок цільової групи).

Після групування усіх ВІЛ-позитивних осіб, пов'язаних із трудовою міграцією, за ознакою джерела ініціативи первинного звернення щодо тестування на ВІЛ, у групі А (КіТ з ініціативи клієнта) налічувалося 43 особи (45,7 % цільової групи), у групі Б (КіТ з ініціативи медичного працівника) — 51 (54,3 %). Більшість чоловіків цільової групи зверталися стосовно КіТ з власної ініціативи — 32 особи (59,3 %), а жінки в більшості випадків проходили обстеження з іні-

Таблиця 2. Розподіл за кодами причин первинного звернення щодо послуг КіТ на ВІЛ ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок цільової групи, поставлених на облік у 2007—2011 роках

Код*	ВІЛ-позитивні особи цільової групи (n = 94)		Із них:			
			Чоловіків (n = 54)		Жінок (n = 40)	
	абс	P ± m, %	абс	P ± m, %	абс	P ± m, %
101	10	10,6 ± 3,2	6	11,1 ± 4,3	4	10,0 ± 4,7
104	2	2,1 ± 1,5	1	1,9 ± 1,9	1	2,5 ± 2,5
105	1	1,1 ± 1,1	1	1,9 ± 1,9	0	0
107	5	5,3 ± 2,3	5	9,3 ± 3,9	0	0
108	9	9,6 ± 3,0	9	16,6 ± 5,1	0	0
109	20	21,3 ± 4,2	0	0	20	50,0 ± 7,9
113	9	9,6 ± 3,0	5	9,3 ± 3,9	4	10,0 ± 4,7
114	9	9,6 ± 3,0	6	11,1 ± 4,3	3	7,5 ± 4,2
116	29	30,9 ± 4,8	21	38,8 ± 6,6	8	20,0 ±

Примітка. * за іншими кодами представників цільової групи не зареєстровано.

ціативи медичних працівників — 29 (72,5 %) (табл. 3).

Отже, переважну більшість представників групи А становлять чоловіки — 32 (74,4 %), в групі Б дещо переважають жінки — 29 (56,9 %).

Для оцінювання впливу запроваджених заходів залучення до тестування на ВІЛ представників цільової групи було проаналізовано зміни частки груп за ознакою джерела ініціативи первинного звернення щодо КіТ (групи А і Б) у структурі звернень ВІЛ-позитивних осіб цільової групи дослідження за роками. Гіпотезою дослідження передбачалося, що за ефективного запровадження заходів частка осіб, які звернулися щодо послуг КіТ на ВІЛ з ініціативи клієнта (група А), повинна зростати. Результати розподілу ВІЛ-позитивних трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення по групах за ознакою джерела ініціативи первинного звернення стосовно КіТ у 2007—2011 роках представлено на рисунку.

Так, до запровадження програм залучення до КіТ представників цільової групи (у 2007—2009 роках) у структурі зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб, що були задіяні в трудовій міграції, переважали представники групи Б — особи, що пройшли КіТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника: у 2007, 2008 та 2009 роках показник становив 72,2; 69,2 та 71,4 % відповідно. Після початку запровадження цільових програм у 2010 та 2011 роках спостерігалось переважання первинного звернення представників цільової групи щодо послуг КіТ з власної ініціативи (група А). Так, у 2011 році звернення групи А становили 58,3 %, у 2011 році — 64 %.

Таблиця 3. Розподіл ВІЛ-позитивних чоловіків та жінок по групах за ознакою джерела ініціативи первинного звернення щодо КіТ

Група	ВІЛ-позитивні особи цільової групи (n = 94)		Із них:			
			Чоловіків (n = 54)		Жінок (n = 40)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
А	43	45,7	32	59,3	11	27,5
Б	51	54,3	22	40,7	29	72,5

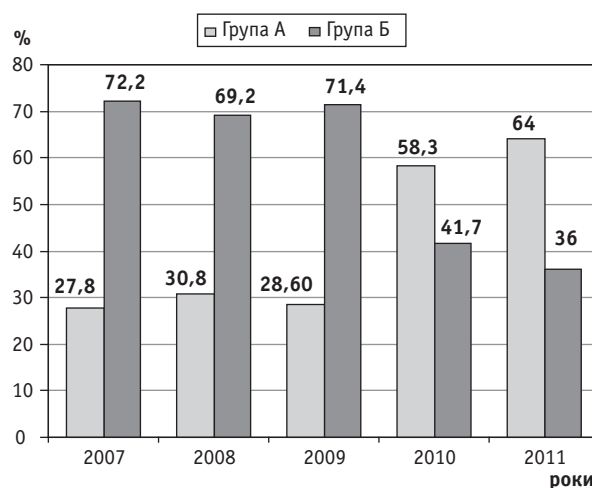


Рисунок. Частка осіб груп А та Б у структурі первинних звернень щодо послуг КіТ за роками спостереження

Аналіз розподілу ВІЛ-позитивних осіб по групах за ознакою джерела ініціативи первинного звернення за КіТ у 2007—2011 роках продемонстрував суттєві відмінності в динаміці зміни частки

Таблиця 4. Розподіл по групах за ознакою джерела ініціативи первинного звернення щодо КіТ ВІЛ-позитивних чоловіків цільової групи у 2007—2011 роках

Група	Роки									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
А	4	33,3	4	57,1	4	66,7	8	66,7	12	70,6
Б	8	66,7	3	42,9	2	33,3	4	33,4	5	29,4
Загалом	12	100,0	7	100,0	6	100,0	12	100,0	17	100,0

Таблиця 5. Розподіл по групах за ознакою джерела первинного звернення щодо КіТ ВІЛ-позитивних жінок цільової групи у 2007—2011 роках

Група	Роки									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
А	1	16,6	0	0	0	0	6	50,0	4	50,0
Б	5	83,4	6	100,0	8	100,0	6	50,0	4	50,0
Загалом	6	100,0	6	100,0	8	100,0	12	100,0	8	100,0

груп А та Б серед чоловіків і жінок. Так, серед ВІЛ-позитивних чоловіків частка представників групи А у 2011 році становила 70,6 % (12 осіб із 17, які звернулися), а серед ВІЛ-позитивних жінок — лише 50 % (4 особи із 8) (табл. 4, 5).

Так, у 2007 році лише третина ВІЛ-позитивних чоловіків, пов'язаних із трудовою міграцією, звернулися за послугами КіТ з власної ініціативи (4 особи із 12). Частка представників групи А почала поступово зростати з 2008 року (57,1 %) і досягла 70,6 % (12 осіб із 17) у 2011 році. Якщо до запровадження заходів залучення до тестування на ВІЛ (2007—2009 роки) пройшли первинне обстеження з ініціативи клієнта 12 ВІЛ-позитивних чоловіків, що дорівнювало $(48 \pm 10,2)$ % усіх чоловіків цільової групи за вказаний період (25 осіб), то після запровадження заходів (2010 та 2011 роки) пройшли первинне обстеження з власної ініціативи 20 осіб, що становило $(68,9 \pm 8,7)$ % обстежених чоловіків цільової групи у ці роки (29 осіб).

Серед ВІЛ-позитивних жінок, пов'язаних із трудовою міграцією, спостерігалися більш значні зміни в бік збільшення частки осіб, що звернулися за послугами КіТ з власної ініціативи (табл. 5).

Так, до запровадження заходів залучення до тестування на ВІЛ з ініціативи клієнта (2007—2009 роки) лише 1 ВІЛ-позитивна жінка цільової групи звернулася щодо тестування на ВІЛ з власної ініціативи (група А), що становило $(5 \pm 5,0)$ % жінок, що отримали послуги КіТ за цей період (20 осіб). Після запровадження захо-

дів у 2010 та 2011 році вже половина ($(50 \pm 30,8)$ %) ВІЛ-позитивних жінок пройшли обстеження з власної ініціативи (6 осіб із 12 у 2010 році та 4 особи із 8 у 2011 році).

Висновки

1. Запроваджені заходи залучення до послуг КіТ шляхом інформування через ЗМІ трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення є ефективними. Спостерігається зростання частки усвідомленого звернення представників цільової групи до медичних працівників з метою визначення власного ВІЛ-статусу, що дає можливість раннього виявлення факту інфікування ВІЛ та застосування медичних заходів вторинної профілактики поширення інфекції і поліпшення якості життя ВІЛ-позитивних осіб.

2. Більше інформаційна кампанія впливає на представників цільової групи жіночої статі, активність звернення яких за послугами КіТ на ВІЛ з власної ініціативи значно підвищилася, що сприяє ранньому виявленню ВІЛ у цій групі підвищеного ризику інфікування в області.

3. Оцінити вплив запроваджених заходів на рівень охоплення тестуванням та виявлення ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів і їхнього найближчого оточення наразі неможливо, оскільки немає окремого коду такої причини обстеження на ВІЛ як трудова міграція особи та/або постійного статевого партнера трудового мігранта в офіційному переліку.

Список літератури

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 34 [Текст].— К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2010.— 37 с.
2. Деблонд Д., Хамерс Ф., Дегомме О. и др. Практика ВИЧ-тестирования в Европе: Опыт пациентов с диагнозом ВИЧ [Текст] // Сб. тезисов научн.-практ. конф. «ВИЧ в Европейском регионе — единство и разнообразие». — Таллин, 2011.— С. 108.
3. Калл М., Делпеш В., Торнтон А. и др. Эффективность универсального тестирования на ВИЧ в медицинских учреждениях развитых стран: обзор литературы [Текст] // Сб. тезисов научн.-практ. конф. «ВИЧ в Европейском регионе — единство и разнообразие». — Таллин, 2011.— С. 114.
4. Котенашвили Л. Поддержка улучшения масштабов тестирования на ВИЧ и консультирования в Европейском регионе ВОЗ [Текст] // Сб. тезисов научн.-практ. конф. «ВИЧ в Европейском регионе — единство и разнообразие». — Таллин, 2011.— С. 47.
5. Международные руководящие принципы по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Объединенный вариант 2006 год [Текст] // ЮНЭЙДС, 2006.— 120 с.
6. Миронюк І.С., Брич В.В., Гудюк Н.А. Досвід удосконалення системи нагляду за поширенням ВІЛ в Закарпатській області // Україна. Здоров'я нації.— 2009.— № 3 (11).— С. 106—112.
7. Миронюк І.С. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області: окремі особливості розвитку [Текст] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». — 2011.— Вып. 3 (42).— С. 188—192.
8. Миронюк І.С., Шатило В.Й. Результати вивчення ролі трудової міграції у поширенні ВІЛ-інфекції в Закарпатті [Текст] // Україна. Здоров'я нації.— 2011.— № 1 (17).— С. 58—62.
9. Миронюк І.С. Трудові мігранти— група підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Закарпатській області [Текст] / Тези доп. наук.-практ. конференції «Теоретичні засади оптимізації системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами в Україні та світі на сучасному етапі» (читання, присвячені пам'яті академіка Л.В. Громашевського, 115-й річниці заснування Інституту).— К., 2011.— С. 33—35.
10. Наказ МОЗ України та Держкомстату України від 24.12.04 № 640/663 «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення».
11. Обласний комплексний план заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2010 рік [Електронний ресурс].— Ужгород, 2010.— Назва з екрана.— Режим доступу: http://www.no-aids.uz.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=111:plan2010&catid=41:ofocijni&Itemid=59
12. Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України» [Текст] // Відомості Верховної Ради України (ВВР).— 2011.— № 30.— С. 274.
13. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009—2013 роки [Текст]: Закон України № 1026-VI від 19.02.2009 р.— К., 2010.— 28 с.
14. Протокольне рішення № 3 засідання обласної Координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 08 липня 2011 року [Електронний ресурс].— Ужгород, 2011.— Назва з екрана.— Режим доступу: http://www.no-aids.uz.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=203:---3&catid=41:ofocijni&Itemid=59
15. Расширение консультирования и тестирования на ВИЧ как обязательный компонент мероприятий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в Европейском регионе ВОЗ: основы политики [Текст] // Европейское Бюро ВОЗ, 2010.— 36 с.
16. Руководство по вопросам ВИЧ-тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях [Текст] // ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2007.— 68 с.
17. Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decision Makers.— Family Health International, 2001.— 276 p.
18. Guidelines on Surveillance Among Populations Most at Risk for HIV.— WHO/UNAIDS, 2011.— 57 p.
19. Hamers F.F., Phillips A.N. Diagnosed and undiagnosed HIV-infected populations in Europe/ HIV Medicine.— 2008.— Suppl. 2.— P. 6—12.
20. Obermeyer C.M., Osborn M. The utilization of testing and counselling for HIV: A review of the social and behavioral evidence/ American Journal of Public Health.— 2007.— Vol. 97 (10).— P. 1762—1774.

И.С. Миронюк

Результаты оценки эффективности мероприятий привлечения трудовых мигрантов — жителей Закарпатской области к определению собственного ВИЧ-статуса

Цель исследования — оценить эффективность мероприятий по привлечению представителей группы трудовых мигрантов и их близкого окружения к услугам консультирования и тестирования (КиТ) на ВИЧ в Закарпатской области.

Материалы и методы. По результатам анализа регистрационных карт ВИЧ-инфицированного лица и оригинальных временных анкет определялся контингент лица по соответствующему коду причин обследования на ВИЧ и принадлежность к целевой группе исследования — лица, связанные с трудовой миграцией за пределы постоянного места жительства: трудовые мигранты и их близкое окружение. Представители целевой группы исследования (94 человека) были объединены в группы по признаку источника инициативы первичного обращения для обследования на ВИЧ: группа А (КиТ по инициативе клиента) и группа Б (КиТ по инициативе медицинского работника). Проведена оценка изменения доли ВИЧ-положительных лиц в группах А и Б, которые впервые обратились за услугами КиТ, до и после внедрения мероприятий повышения информированности представителей этой группы населения области через СМИ по вопросам целесообразности получения услуг КиТ на ВИЧ.

Результаты и обсуждение. В 2007—2011 годы на диспансерный учет в Закарпатской области взято 94 ВИЧ-положительных лиц, которые были связаны с трудовой миграцией за пределы посто-

янного места жительства. В группу А включено 43 человека (45,7 % целевой группы), в группу Б — 51 (54,3 %). Большинство мужчин целевой группы обращались за услугами КиТ по собственной инициативе — 32 (59,3 %), а женщины в большинстве случаев проходили обследование по инициативе медицинского работника — 29 (72,5 %). До внедрения мероприятий привлечения к КиТ представителей целевой группы (в 2007–2009 годы) в структуре зарегистрированных ВИЧ-положительных лиц преобладали представители группы Б: лица группы Б в 2007, 2008 и 2009 годы составляли 72,2; 69,2 и 71,4 % соответственно. После начала внедрения целевых мероприятий в 2010 и 2011 годы наблюдалось преобладание первичного обращения представителей целевой группы для получения услуг КиТ по собственной инициативе (группа А). В 2011 году группа А составляла 58,3 % всех обращений, в 2011 году ее доля возросла до 64 %. Более выраженный рост доли лиц группы А отмечен среди ВИЧ-положительных женщин: от 5 % в 2007 году до 50 % в 2011 году.

Выводы. Мероприятия по привлечению к услугам КиТ путем информирования через СМИ трудовых мигрантов и их близкого окружения является эффективным. Наблюдается рост осознанного обращения представителей целевой группы к медицинским работникам с целью определения своего ВИЧ-статуса. Это дает возможность раннего выявления факта ВИЧ-инфицирования и проведения медицинских мероприятий вторичной профилактики распространения инфекции и улучшения качества жизни ВИЧ-положительных лиц.

I.S. Myronyuk

The evaluating results of the effectiveness of measures to attract labor migrants (the residents of Transcarpathia region) to determine their HIV status

The *purpose* — the effectiveness evaluating of measures by involving representatives of labor migrants and their immediate surroundings to the Counseling and Testing (CaT) for HIV in Transcarpathian region.

Materials and methods. According to the results of the analysis of the registration cards of HIV-infected persons and the original ad hoc questionnaires were determined by the number of persons on the code causes survey on HIV and belonging to the target group research is a person that has been linked with migrant beyond permanent residence: labor migrants and their immediate surroundings. Representatives of the target group (94 persons) were combined into 2 groups based on the primary source driven requests for testing: Group A (CaT on the initiative of the client) and Group B (CaT on the initiative of medical workers). Evaluation of the percentage changes between Group A and B of HIV-positive persons and groups that first applied for the services of a CaT before and after the introduction of measures to raise awareness of the population through the MEDIA about the value of CaT services the to HIV.

Results and discussion. During the 2007–2011 on dispensary records in Transcarpathian region was put 94 HIV-positive people that were linked with migrants beyond permanent residence. Among them in group A were 43 people (45.7% of the target group), in group B — 52 person (54,3 %). Most of the men of the target group contacted for the CaT on its own initiative — 32 (59.3 %), and women, on the contrary, in most cases took a survey of health by medical workers initiatives — 29 persons (72,5 %). Before CaT measures implementation of representatives of target groups (2007–2009) in the structure of registered HIV-positive persons was dominated by members of the Group B: in 2007, 2008 and 2009, they accounted for 72,2 % 69,2 % 71,4 % respectively. After the start of the implementation of CaT the targeted measures for 2010 and 2011 we have seen already that the primary address representatives of target groups for CaT services on its own initiative are in group A. So, in 2011, the Group A has 58,3 % of all downloads, in 2011, its share has risen to 64 %. More expressed growth of individuals in Group A we observed among HIV-positive women: from 5 % in 2007, up to 50 % in 2011.

Conclusions. Implemented measures to engage the services of a CaT by informing the labor migrants through mass media and their immediate surroundings are effective. There has been a rise in the level of informed representatives of target groups to address medical professionals to determine their HIV status, which enables early detection of HIV infection and the fact the implementation of health measures to prevent secondary infection and improve the quality of life of HIV-positive persons.

Контактна інформація:

Миронюк Іван Святославович, к. мед. н., головний лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом, доцент 88000, м. Ужгород, вул. Другетів, 72
Тел. (0312) 61-76-47. E-mail: ism69@ukrpost.ua

Стаття надійшла до редакції 27 липня 2012 р.