Посібник для проведення тренінгу

«Формування толерантного ставлення у медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп найвищого ризику»

Розроблено ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у рамках реалізації проекту RESPECT: «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, щодо представників груп найвищого ризику в медичних закладах України» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID)

Розробники:
Виноградова Олександра – магістр психології, старший фахівець відділу інноваційних програм ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»
Раус Ірина Володимирівна – лікар-інфекціоніст Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІД

Ця публікація стала можливою завдяки щирій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).
Зміст публікації не обов'язково відображає погляди USAID або Уряду Сполучених Штатів Америки.

Київ 2014

Список скорочень

АРТ – антиретровірусна терапія
ВГВ – вірусний гепатит В
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ВН – вірусне навантаження
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я
ГНР – групи найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ – Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією
ДЕН – Дозорний епідеміологічний нагляд
ДКТ – добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію
ЗОЗ – заклади охорони здоров’я
ЗПТ – замісна підтримувальна терапія
ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом
БЕН – епідеміологічний нагляд
ІБ – імунний блок
ІФА – імуноферментний аналіз
ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом
ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ
МКХ – міжнародний класифікатор хвороб
НУО – неурядова організація
ППМД – профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РКС – робітники комерційного сексу
СЕМ – сероепідеміологічний моніторинг
СІН – споживачі ін‘єкційних наркотиків
СНІД – синдром набутого імунодефіциту
УЦКС – ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України»
ЧСЧ – чоловіки, які мають секс з чоловіками
ШТ – швидкий тест
ЮНЕЙДС – Об’єднана програма Організації Об’єднаних Націй з ВІЛ/СНІД

ЗМІСТ

Список скорочень ……..…….2

Вступ ……..……...4

Сесія 1. Вступ до тренінгу. Вхідне анкетування.
Епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІД в світі та Україні.……..…8

Сесія 2. Базова інформація про ВІЛ. Шляхи інфікування ВІЛ
та методи профілактики. Огляд законодавства України
в сфері охорони здоров’я та протидії ВІЛ.……..28

Сесія 3. Поняття «стигма», «стигматизація» та «дискримінація», пов’язані
з ВІЛ. Вплив стигматизації на якість життя людини ……66

Сесія 4. Основи консультування та тестування пацієнтів на ВІЛ.
Захист від інфікування ВІЛ на робочому місці для пацієнта
та медичного працівника. Постконтактна профілактика.……..93

Список використаної літератури……..……116

Додатки ……..117

ВСТУП

За даними ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», враховуючи всі офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України з початку епідемії, станом на 01.01.2014 р. в Україні зареєстровано 245 216 випадків ВІЛ-інфекції, у т.ч. 65 733 хворих на СНІД. Однак загальновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема справжню кількість людей, інфікованих ВІЛ. Оновлені оцінки щодо ВІЛ/СНІДу свідчать, що на початок 2013 р. в Україні мешкало 238 тис. людей віком від 15 років і старше, які інфіковані ВІЛ, що становило 0,62 % від усього населення у цій віковій категорії. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (134,3 тис. осіб) на кінець 2013 р. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише кожен другий з людей, які живуть з ВІЛ, пройшов тест на наявність антитіл до ВІЛ і знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом та представники груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ, часто стикаються з упередженим до них ставленням (стигмою) та конкретними діями інших людей, що обмежують їх права і свободи (дискримінацією). Багато із ЛЖВ та представників ГНР або не знають, у чому саме полягають їхні права та як їх захистити, або зневірені в можливості їх відстоювання. Ця проблема актуальна не лише для України, адже епідемія ВІЛ/СНІДу поширилась на всі континенти і в усіх країнах. Усюди, де населення недостатньо чітко уявляє собі основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції й те, як вона не передається, де поширені різноманітні міфи щодо цього захворювання, є підґрунтя для стигми і дискримінації ЛЖВ.

За даними другого національного дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми», проведеного Мережею ЛЖВ у 2013 р., із проявами стигматизації та дискримінації у медичній сфері стикалися 11 % опитаних ЛЖВ. Найпоширенішою формою стигматизації та дискримінації ЛЖВ у медичній сфері залишається відмова в медичному обслуговуванні, у т.ч. стоматологічній допомозі (11 %).

Ці дані підтверджуються історіями з життя та частими випадками, з якими ЛЖВ та представники ГНР звертаються стосовно захисту своїх прав на медичну допомогу до представників ВІЛ-сервісних організацій. У медичних закладах усіх рівнів ВІЛ-позитивні пацієнти, про статус яких стало відомо лікарям, зазнають дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, яка виражається у:

- відмові у наданні першої невідкладної допомоги чи госпіталізації пацієнта з боку медичного закладу;
- розголошенні даних про ВІЛ-позитивний статус пацієнта третім особам, в т.ч. іншому персоналу ЛПЗ;
- протиправному вимаганні грошової винагороди за надання медичних послуг через ВІЛ статус пацієнта;
- необґрунтованих вимогах забезпечити лікарів специфічними засобами індивідуального захисту при наданні пацієнту з ВІЛ медичних послуг;
- вербальних образах з боку медичного персоналу, висловлюваннях, які принижують честь і гідність пацієнта;
- необґрунтованому перенаправленні пацієнта до інших лікувальних установ або відкладання надання медичних послуг без поважних причин тощо.

Стигма та дискримінація у закладах охорони здоров'я мають різні причини, серед яких: брак знань персоналу про шляхи передачі, ризики інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування, а також упереджене ставлення і необґрунтовані припущення щодо причин інфікування ЛЖВ, пов'язаних з їх поведінкою. Ще однією з вагомих причин стигми та дискримінації серед медичних працівників є страх інфікуватися ВІЛ на робочому місці. Разом з тим, лікарі, як і пересічні громадяни, живуть у світі стереотипів і міфів, що призводить до стигматизації на основі сексуальної орієнтації або певних поведінкових практик, серед яких вживання наркотиків, надання сексуальних послуг за винагороду. На цьому підґрунті виникає подвійна стигматизація ВІЛ-позитивних людей і представників ГНР.

Через низьку поінформованість медичних працівників про правила призначення постконтактної профілактики, алгоритм дій медичного працівника при випадковому травмуванні нестерильним інструментарієм або в інших випадках, медичні працівники природно обирають таку лінію поведінки, яка не дає змоги ЛЖВ та представникам ГНР щодо ВІЛ отримати якісні медичні послуги.

Зміст тренінгу

З метою зменшення стигми й дискримінації до ЛЖВ та представників ГНР у медичних закладах і формування толерантного ставлення до зазначених пацієнтських груп у медичних працівників необхідно допомогти медичному персоналу оволодіти достатнім обсягом знань про ВІЛ-інфекцію, про перебіг захворювання та сучасні підходи у лікування пацієнтів з ВІЛ, що сприятиме подоланню хибних уявлень, суджень та страху перед ВІЛ.

Мета тренінгу

Змінити ставлення медичних працівників до людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), та представників груп найвищого ризику, для надання якісних послуг та зниження стигматизації та дискримінації в закладах охорони здоров'я, пов'язаної з ВІЛ.

Завдання:

1. Надати учасникам інформацію про епідеміологію, етіологію, патогенез, клінічний перебіг ВІЛ-інфекції та методи профілактики інфікування.
2. Допомогти учасникам дослідити власні думки, переконання, ставлення та поведінку щодо ЛЖВ і представників ГНР та їх вплив на професійну поведінку.
3. Ознайомити учасників з нормами законодавства у сфері охорони здоров'я та протидії ВІЛ/СНІД в Україні.
4. Розглянути права ЛЖВ/представників ГНР і медичних працівників та їх обов'язки, пов'язані з безпекою надання медичних послуг інфікованим пацієнтам.
5. Ознайомити учасників з основними принципами та процедурою проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ пацієнта.
6. Визначити поняття «стигма», «стигматизація», «дискримінація» та «толерантне ставлення».
7. Проаналізувати та визначити причини виникнення таких явищ, як стигматизація та дискримінація, й усвідомити наслідки стигматизації ЛЖВ і представників ГНР.
8. Обговорити з учасниками дотримання універсальних методів перестороги для уникнення інфікування ВІЛ на робочому місці.

9. Ознайомити учасників тренінгу з алгоритмом дій та правилами призначення постконтактної профілактики.

Тренери

Цей тренінг проводить команда тренерів у складі двох осіб, один з яких є представником НУО, а інший – лікарем-інфекціоністом. Таким чином, на сесіях, присвячених питанням стигматизації, психологічним аспектам роботи з пацієнтам, основним тренером є представник НУО, а на сесіях, присвячених питанням діагностики, клінічному перебігу ВІЛ-інфекції, лікуванню, порядку проведення ДКТ, дотриманню універсальних методів перестороги для уникнення інфікування ВІЛ на робочому місці та проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків, – лікар.

Цільова група

Цей тренінг розрахований на лікарів і середній медичний персонал ЗОЗ I–III рівнів. Розділяти окремо медичний персонал по категоріях «середній медичний персонал» та «лікарі», або лікарів за спеціальностями, не рекомендовано. Програма тренінгу передбачає роботу в змішаній за професійними категоріями групі. Склад групи не повинен перевищувати 25 осіб.

Тривалість

Тренінг є одноденним і триває 6 годин або чотири сесії по 1,5 години.

Рекомендації щодо організації та проведення тренінгу

✓ <u>Ресурси, необхідні для проведення тренінгу</u>

Для проведення тренінгу потрібні такі витратні матеріали: фліп-чарт, папір для фліп-чарту, папір А4 білий та кольоровий, кольорові стікери, набір кольорових маркерів.

Під час тренінгу доцільно використовувати мультимедійний проектор для презентації інформаційних блоків.

✓ <u>Роздатковий матеріал учасникам тренінгу</u>

У рамках тренінгу передбачений роздатковий матеріал для учасників: оціночні анкети, нормативні акти та витяги із нормативних документів, роздруковані інформаційні презентації. Інформаційні матеріали варто підготувати до початку тренінгу. Якщо тренер використовує презентації, зроблені у програмі Power Point, слід роздрукувати презентації і вкласти їх до папок або роздати безпосередньо перед презентацією (згідно з побажаннями тренера). Інформаційні матеріали можна записати на диск для кожного учасника тренінгу, якщо є така можливість.

✓ <u>Заохочення учасників</u>

Інколи, з метою заохочення чи подяки, тренер може використовувати невеличкі символічні подарунки для учасників. Використання таких заохочень залежить виключно від можливостей та рішення тренера.

✓ Система оцінювання знань учасників тренінгу

Для оцінювання знань учасників використовують систему до- та післятренінгового анкетування. Анкети є парним інструментом, який вимірює рівень знань з питань ВІЛ/СНІДу та оцінює ставлення до ЛЖВ та представників ГНР.

Учасники повинні заповнити дотренінгову анкету учасника тренінгу на початку тренінгу та післятренінгову анкету тренінгу наприкінці тренінгу. Крім того, з метою оцінки рівня задоволеності тренінгом чи рівнем комфортності його проведення, учасники заповнюють Оціночну анкету (після завершення тренінгу), які тренер має проаналізувати після закінчення тренінгу.

Вправа «Знайомство учасників»

Якщо учасники тренінгу вже знайомі між собою, варто звернути більше уваги на з'ясування очікувань та побажань учасників.

Методи роботи під час тренінгу

Анкетування, презентація, індивідуальна робота, групова робота, рольові ігри, дискусія.

Статистичні дані щодо епідемії ВІЛ-інфекції

Інформацію щодо кількості ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД слід оновлювати відповідно до дати проведення тренінгу. Оновлену статистику можна отримати на інтернет-сторінці ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України» http://ucdc.gov.ua/

Увага! У матеріалах тренінгу наведено статистичні дані станом на 01.01.2014 р.

Сесія 1:
ВСТУП ДО ТРЕНІНГУ. ВХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ВІЛ/СНІДу В СВІТІ ТА УКРАЇНІ

Завдання:

1. Надати інформацію про проект, мету та зміст тренінгу і пояснити, чому тренінг є актуальним.
2. Познайомити учасників тренінгу один з одним. Створити комфортну атмосферу спілкування й зацікавити у подальшій спільній активній роботі учасників тренінгу.
3. Зібрати очікування від тренінгу.
4. Визначити правила роботи в групі.
5. Провести попереднє оцінювання рівня знань та переконань учасників тренінгу щодо ВІЛ/СНІДу.

Загальна тривалість: 1 год. 30 хв.

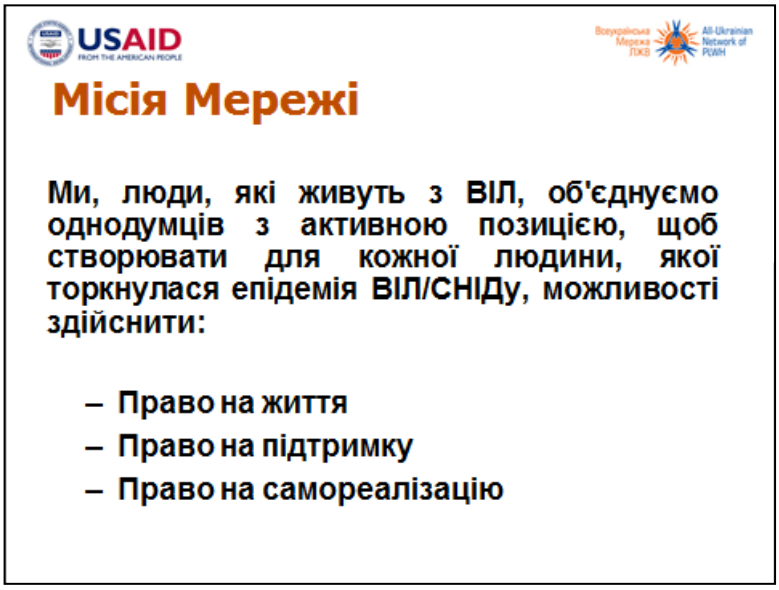
Необхідні матеріали:

- проектор;
- ноутбук;
- фліп-чарт або дошка і папір для фліпчарту;
- маркери;
- скотч;
- ножиці;
- ручки, папки та блокноти для учасників;
- папір формату А4 (бажано кольоровий) для вправи на знайомство (або інші матеріали залежно від форми проведення);
- роздрукована програма тренінгу для кожного учасника (додаток 1.1);
- презентація для тренера «Вступ до тренінгу» (додаток 1.2)
- оціночна дотренінгова анкета учасника (додаток 1.3);
- копії презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції у світі, Україні та м. в Києві» (додаток 1.4) для кожного учасника;
- два окремі аркуші паперу (плакати): один з надписом "Погоджуюся", а інший – "Не погоджуюся". Заздалегідь розташуйте ці плакати на протилежних стінах кімнати або на одній великій стіні далеко один від одного. Якщо в кімнаті недостатньо простору для того, щоб учасники вільно рухалися під час цієї вправи, можна запропонувати їм стікери двох кольорів, де зелений, наприклад, буде означати «згодний», а синій – «незгодний»;
- перелік тверджень для тренера (додаток 1.5)

1. ВСТУП ДО ПРОГРАМИ ТРЕНІНГУ. НАДАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО МЕТУ ТА ЗМІСТ ТРЕНІНГУ (15 ХВ.)

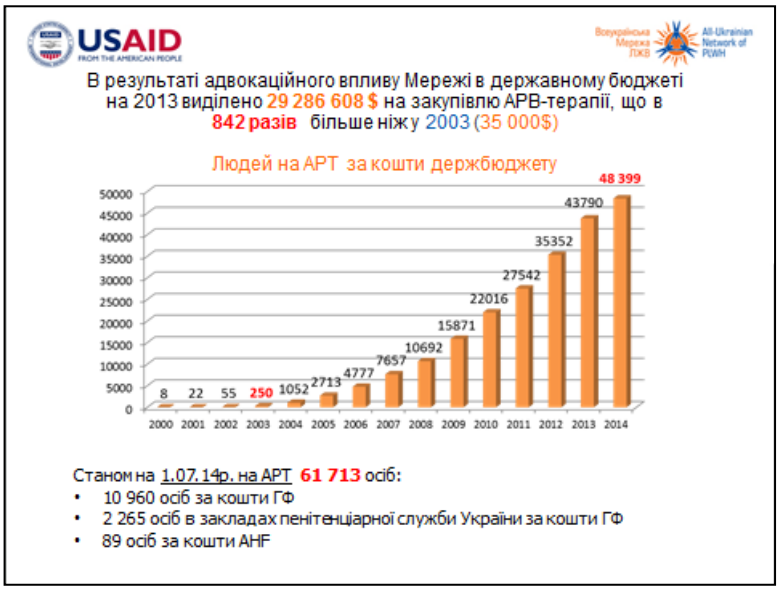
↘ Використовуючи презентацію «Вступ до тренінгу» (додаток 1.2), тренери знайомляться з учасникам тренінгу, презентують їм цілі та задачі організації та проекту, в рамках якого відбувається тренінг.

Тренер пропонує учасникам звернутися до програми тренінгу, озвучує основні теми, як будуть розглянуті, обговорює регламент роботи під час тренінгу та інші організаційні моменти.



Здійснити ці права непросто, особливо якщо маєш справу зі зневагою, неприйняттям та відторгненням як з боку суспільства, так і представників певних професійних груп. Тим не менш, ми віримо в те, що світ без стигми та дискримінації – можливий. Ми віримо, що цінність людини, незалежно від її раси, національності, віросповідання, соціального статусу та приналежності до будь-якої групи, може бути пріоритетом для кожного з нас та суспільства загалом.

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом, часто стикаються з упередженим до них ставленням (стигмою) та конкретними діями інших людей, що обмежують права і свободи ЛЖВ (дискримінацією). Наші регіональні відділення та партнерські організації мають чимало свідчень щодо стигми і дискримінації своїх клієнтів, а також приклади успішного захисту їхніх прав.



Далі тренер пояснює учасникам актуальність даної теми і з чим вона пов’язана.

Вплив стигматизації на ВІЛ-позитивних людей надзвичайно сильний. За словами доктора Піота, виконавчого директора ЮНЕЙДС з 1995 р. до 2008 р., пануючі забобони, пов’язані з ВІЛ, можуть бути значно гіршими самої хвороби. «Це майже неймовірно, але якщо ви говорите, що у вас рак, хворе серце, діабет або малярія, всі співчувають вам. Але достатньо сказати, що у вас ВІЛ, як від вас відвернуться».

Стигматизація та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), розпочалася з моменту виникнення самої хвороби і є актуальною проблемою сьогодення, яка не лише зачіпає усі сфери життя ВІЛ-позитивної людини, а й є перешкодою у подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Внаслідок низького рівня поінформованості суспільства з питань ВІЛ/СНІДу, шляхів інфікування та заходів із профілактики виникає часто необґрунтований страх інфікування ВІЛ. Як результат – ізоляція та відторгнення людей із груп СІН, РКС та ЧСЧ, та ЛЖВ в цілому. Представники цих груп найчастіше зазнають стигматизації в усіх сферах свого життя. Суспільство ігнорує той факт, що застосування сучасних засобів профілактики може здійснити потужний вплив на частоту інфікування ВІЛ у подальшому. Наразі в Україні відбулося науково доведене суспільне визнання того, що ВІЛ-інфекція розповсюджується

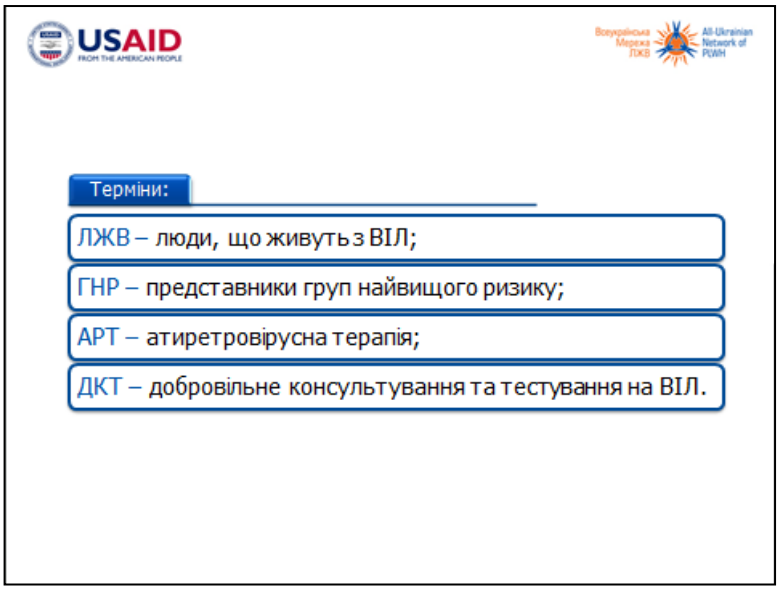
за межі стигматизованих груп. Боротися з епідемією на цій стадії значно складніше. Призупинити епідемію може тільки усвідомлена зміна поведінки суспільства на безпечну.

У 2010 р. Мережа ЛЖВ ініціювала проведення соціологічного дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми» на території України, щоб вивчити поширеність різних форм стигматизації та дискримінації ЛЖВ за ознакою ВІЛ-статусу. У 2013 рр. було проведено повторне дослідження за аналогічною методикою. Порівняльні результати обох досліджень свідчать про зниження дискримінації вдвічі, що є вагомим досягненням. Однак, враховуючи всі докладені зусилля недержавних організацій, міжнародних програм підтримки та державних структур за останні роки, показник в 11 % є неприпустимим, і потребує посилення роботи в цьому напрямку.

Саме з цією метою і розпочав свою роботу проект RESPECT (у перекладі з англ. «повага»), за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), який виконується ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», Київським міським відділенням та Львівським обласним відділенням ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». Проект спрямований на

подолання стигми та дискримінації саме у сфері надання медичних послуг ЛЖВ, адже від лікування та медичного обслуговування залежить, насамперед, їхнє життя.

Під час тренінгу вам будуть зустрічатися такі абревіатури:



Під «представниками груп найвищого ризику» ми розуміємо наступні категорії громадян. Цей перелік визначений та затверджений Наказом МОЗ №104 від 08.02.2013 «Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ».

↘ **Останній слайд даної презентації являється переходом до вправи, «Знайомство».**

2. ЗНАЙОМСТВО УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ, ЇХНІ ОЧІКУВАННЯ ВІД ТРЕНІНГУ (25 ХВ.)

Далі тренер пропонує учасникам познайомитись за допомогою вправи «Долонь».

↘ У цьому розділі наводиться основна вправа, яка рекомендується для знайомства учасників, але тренер може обрати вправу на власний розсуд. Переваги цієї вправи полягають у тому, що вона дає змогу одночасно познайомитися і зібрати очікування учасників. Окрім цього, «продукт» знайомства яскраво прикрашає кімнату, де проходить тренінг, робить її близькою учасникам і створює гарний настрій. Часто після тренінгу учасники забирають свої «долоньки» на пам’ять про участь у тренінгу.

Для знайомства один з одним кожен учасник отримує аркуш паперу формату А4 різних яскравих кольорів. На аркуші паперу усі учасники обмальовують власну долоню, в центрі долоні пишуть своє ім'я, а потім на пальцях зазначають:

- місце роботи;
- посаду;
- хобі/улюблену справу;
- очікування від тренінгу;
- актуальність теми ВІЛ-інфекція у Вашій практиці.

У процесі представлення кожного учасника тренер на фліп-чарті фіксує очікування учасників (ім'я учасника + його очікування), а другий тренер розміщує долоньки на стінах кімнати, де проводиться тренінг. Аркуш фліп-чарту з очікуваннями закріплюється на стіні. Наприкінці тренінгу, в завершальному колі, тренер повертається до списку очікувань, і окремо проговорює з кожним учасником: чи виправдалися очікування від тренінгу, чи ні.

3. ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВИЛ РОБОТИ ГРУПИ (5 ХВ.)

Для комфортної та продуктивної роботи потрібно прийняти правила роботи, як це завжди робиться на тренінгах. Такі правила мають допомогти спільній роботі та бути дуже чіткими та зрозумілими для всіх учасників.

Тренер пропонує учасникам подумати про те, в яких умовах кожному працювати найкраще. Тренер фіксує висловлювання учасників на фліп-чарті та вивішує їх на видному місці в тренінговій кімнаті.

Тренеру варто додати від себе до списку право тренера «СТОП», яке відображує його можливість припинити або зупинити обговорення, якщо дискусія відходить від основної теми або хтось із учасників наводить недостовірну інформацію і це може впливати на думку інших, або поводиться неадекватно (агресивно, нетолерантно, ображає інших тощо).

4. ПРОВЕДЕННЯ ПОПЕРЕДНЬОГО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ТА ПЕРЕКОНАНЬ УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ ЩОДО ВІЛ/СНІДУ (10 ХВ.)

↘ На початку та наприкінці тренінгу відбувається оцінювання рівня знань і переконань учасників з питань ВІЛ/СНІДу. Для цього тренер роздає учасникам анкету для заповнення (додаток 1.3). Анкета є анонімною і заповнюється самостійно кожним учасником без сторонньої допомоги.

Тренеру варто попросити всіх учасників «закодувати» свою анкету спеціальною позначкою або символом (зірочка, квітка тощо), який учасники мають запам'ятати, оскільки таким самим значком їм потрібно буде закодувати повторну анкету наприкінці тренінгу. Бажано уникати простих символів, таких як хрестик, крапка, кружечок тощо.

Тренер має проаналізувати анкети після закінчення тренінгу та оцінити рівень підвищення знань учасників і зміну їх ставлення до ЛЖВ та представників ГНР.

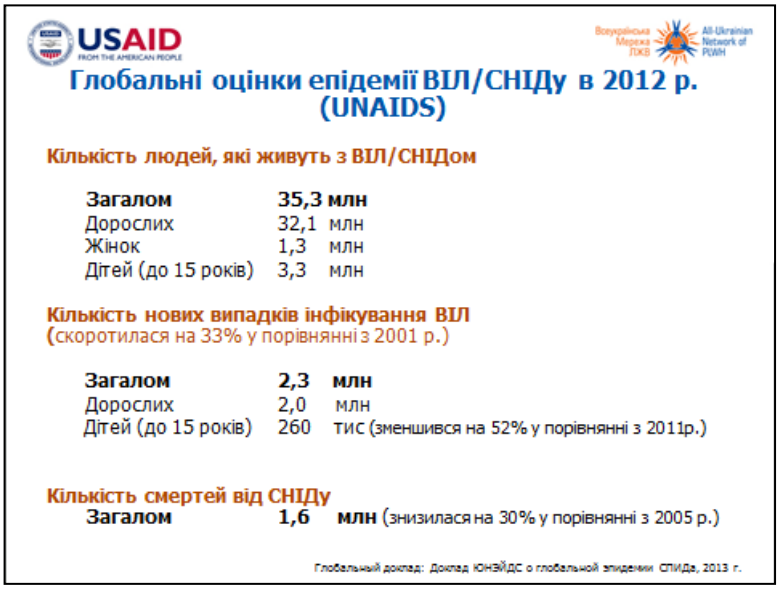
Важливо усвідомлювати, що ми знаємо про ВІЛ і як поводимося у ситуаціях, пов'язаних з ВІЛ, адже часто ми над цим навіть не задумуємось. Усвідомлення рівня

власних знань і ставлення до проблем, пов'язаних з ВІЛ, дасть змогу більш ефективно працювати на тренінгу, а пізніше оцінити його вплив.

1. ПРЕЗЕНТАЦІЯ «СУЧАСНИЙ СТАН ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В СВІТІ, УКРАЇНІ ТА м. КИЄВІ» (15 ХВ.)

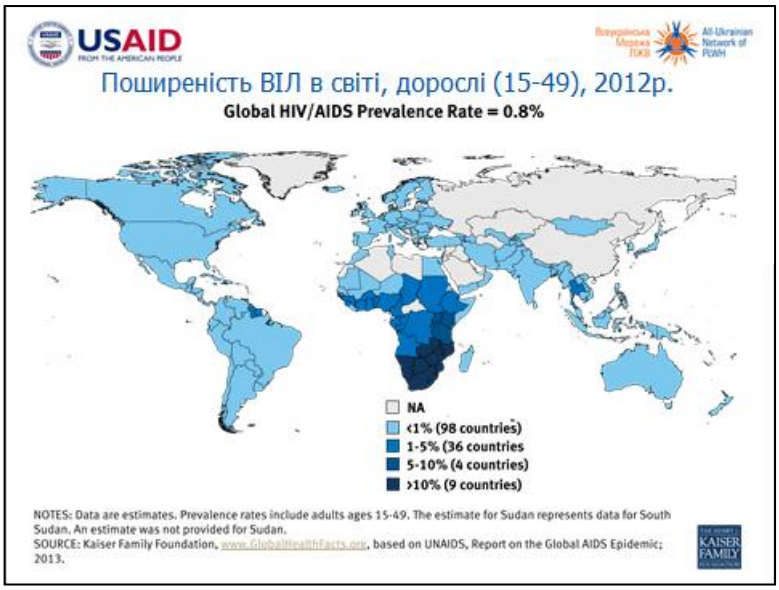
↘ Тренер переходить до представлення епідемічної ситуації в Україні з використанням слайдів презентації «Сучасний стан епідемії ВІЛ-інфекції в світі, Україні та м. Київ*» (додаток 1.4).

*Місто Київ є одним з пілотних регіонів проекту RESPECT. Підготуйте презентацію стосовно епідемії у вашому регіоні на основі поданої презентації.
Статистичні дані по регіонах України можна отримати на інтернет-сторінці ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України»



З моменту початку епідемії ВІЛ, за даними UNAIDS, інфікувалося майже 75 млн людей і 30 млн людей померли від захворювань, пов'язаних з ВІЛ. У 2012 р. кількість ЛЖВ

становила 35,3 млн, кількість нових випадків інфікування – близько 2,3 млн, 1,6 млн людей померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДом. У цьому ж році приблизно 260 000 дітей народилися з ВІЛ, загальна кількість дітей з ВІЛ (молодше 15 років) становила 2,3 млн осіб.

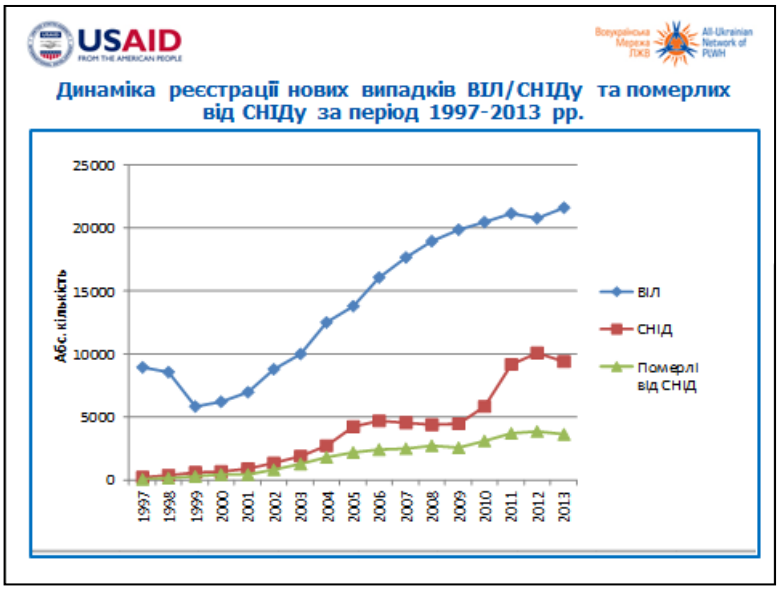


Епідемія ВІЛ-інфекції щорічно забирає мільйони життів. Для неї не існує державних кордонів, груп населення, соціальних, матеріальних чи релігійних відмінностей.

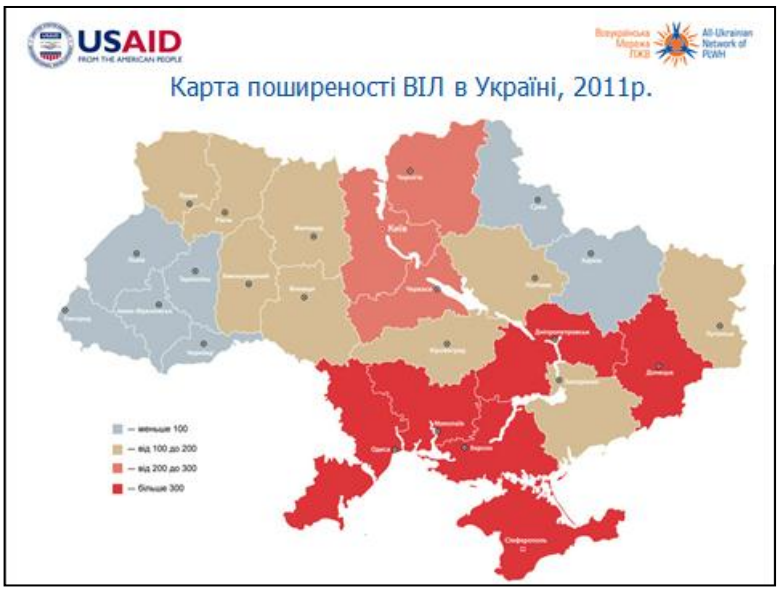
У розвитку епідемії в Україні виділяють три етапи. Перші випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України було зареєстровано у 1987 р. серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих іноземців. Уже наприкінці 1987 р. зареєстрували п'ять ВІЛ-інфікованих жінок та одного чоловіка. Основний шлях інфікування у цей період – статевий. Загалом за період з 1987 р. до 1994 р. було зареєстровано 183 ВІЛ-інфікованих громадянина України.

Переломними в розвитку епідемії стали 1994–1995 рр., коли було доведено два перші випадки інфікування ін'єкційним шляхом під час вживання наркотиків. Саме з цього часу розпочинається концентрована стадія у розвитку епідемії, коли більшість випадків ВІЛ-інфекції зосереджується (концентрується) у групі споживачів ін'єкційних наркотиків.

Темпи розвитку епідемії у цей період можна охарактеризувати як епідемічний «спалах», оскільки за досить короткий час епідемія охопила велику кількість людей. Починаючи з 1995 р. кількість ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків стала стрімко збільшуватися. У 1999 р. зафіксовано зменшення кількості офіційно зареєстрованих випадків інфікування. Це пов'язано не зі стабілізацією епідемічної ситуації в Україні, а, найвірогідніше, зі скороченням обсягів тестування на ВІЛ. У 1998 р. було прийнято нову редакцію Закону «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», згідно з яким обстеження на ВІЛ може проводитися лише за згодою обстежуваного. У 2001 р. випадки ВІЛ-інфекції реєстрували вже в усіх областях України. Тенденціями останніх років є поширення ВІЛ-інфекції за межі середовища СІН на загальне населення та збільшення передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом.



Сьогодні в Україні щодня реєструється 59 нових випадків ВІЛ-інфекції; 25 нових випадків СНІДу та 10 осіб помирають від СНІДу.



Хоча випадки ВІЛ-інфекції реєструються по всій Україні, найураженішими були і досі залишаються південні та східні області (Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Миколаївська, Херсонська, мм. Київ та Севастополь, а також АР Крим), де кількість ВІЛ-позитивних сягає від 360 до 600 осіб на 100 тис. населення, і де ці показники значно перевищують середній рівень по країні, який на 01.01.2014 р. склав 294,8 на 100 тис. населення.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ПЖВ — All-Ukrainian Network of PLWH

Рейтинг регіонів України

2013р.	Нові випадки ВІЛ(+)	СНІД	Смерть від СНІД	«Д» облік ВІЛ(+)	СІН ВІЛ(+)	АРТ
Україна	21 631	9362	3514	139 573	5847	53 163
Донецька обл.	3648	1973	648	27 933	1002	9 615
Дніпропетровська обл.	3450	2071	930	22 962	1083	7090
Одеська обл.	2751	619	290	16 400	592	5142
м. Київ	1405	470	192	9 913	470	3622
АР Крим	1087	291	107	8 275	286	3294
Закарпатська обл.	81	35	12	322	0	86

На цьому слайді тренер демонструє рейтинг м. Києва за показниками у порівнянні з іншими найураженішими регіонами такими категоріями як: кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, кількість нових випадків СНІД, смертність від СНІД, кількість пацієнтів під диспансерним наглядом, кількість ВІЛ-позитивних СІН, кількість пацієнтів на АРТ. Для порівняння, в останньому рядку таблиці наведені показники Закарпатської області, яка має найменшу ураженість ВІЛ-інфекцією в Україні.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ — All-Ukrainian Network of PLWH

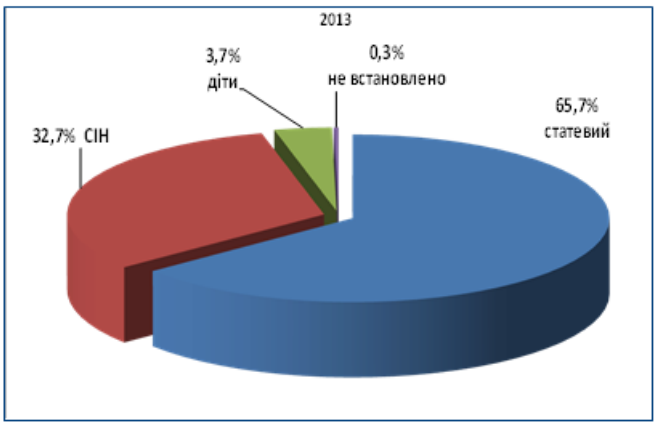
ВІЛ у Україні в цифрах (станом на 01.01.2014 р.)

- ✓ З 1987–2013 кумулятивно 245 216 тис. ВІЛ(+) людей,
  65 733 в просунутій стадії ВІЛ
  31 999 померло від СНІД
- ✓ на обліку в ЗОЗ - 135 945 тис. ВІЛ(+) (294/100 тис. нас.);
- ✓ 60 тис. жінок, > 50% з них дізнались про свій ВІЛ(+) статус під час вагітності та потребують АРТ;
- ✓ Поширеність ВІЛ складає 1,1% інфікованих у віці 15 - 49 років;
- ✓ 21,5 тис. нових випадків у 2013 р. – 55 людей інфікуються щодня;
- ✓ 55 784 тис. отримують АРТ;
- ✓ Кумулятивно 10 044 дітей нарождених від ВІЛ(+) жінок
  3199 ВІЛ-інфікованих дітей
  849 в стадії СНІД
  6915 дітей на моніторингу щодо ВІЛ до 18 міс.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ — All-Ukrainian Network of PLWH

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Україні, 2013



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ — All-Ukrainian Network of PLWH

Актуалізація статевого шляху інфікування

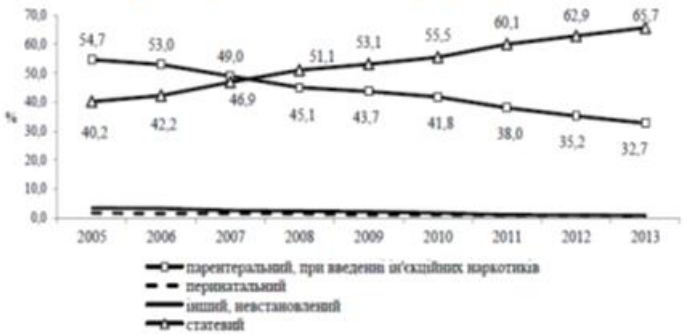
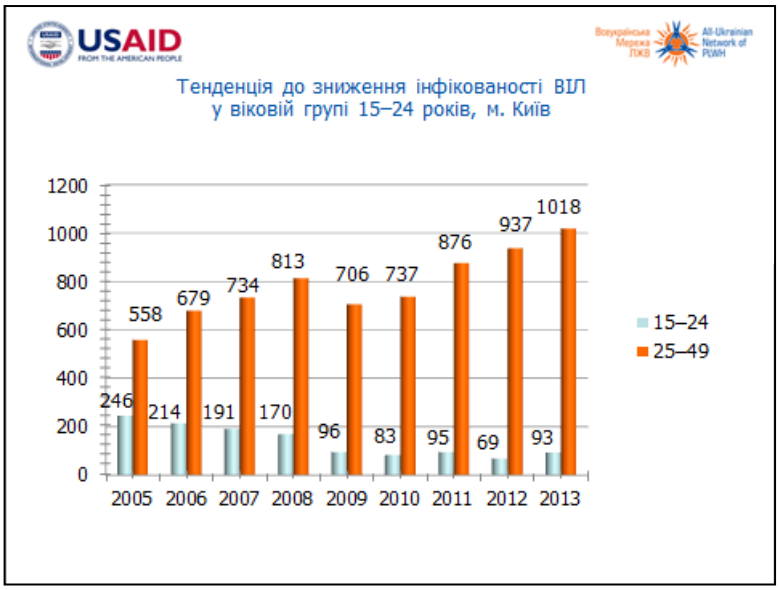


Рисунок 5. Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні з урахуванням рівнів передачі ВІЛ від матері до дитини 2005-2013 рр., %.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 р. до 2007 р. включно був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. У

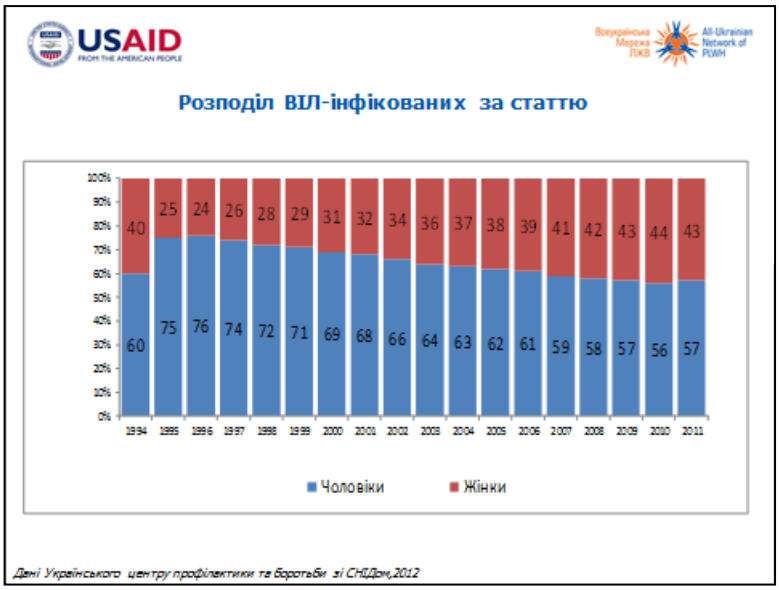
2008 р. в Україні відбулася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ – зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків, на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах.

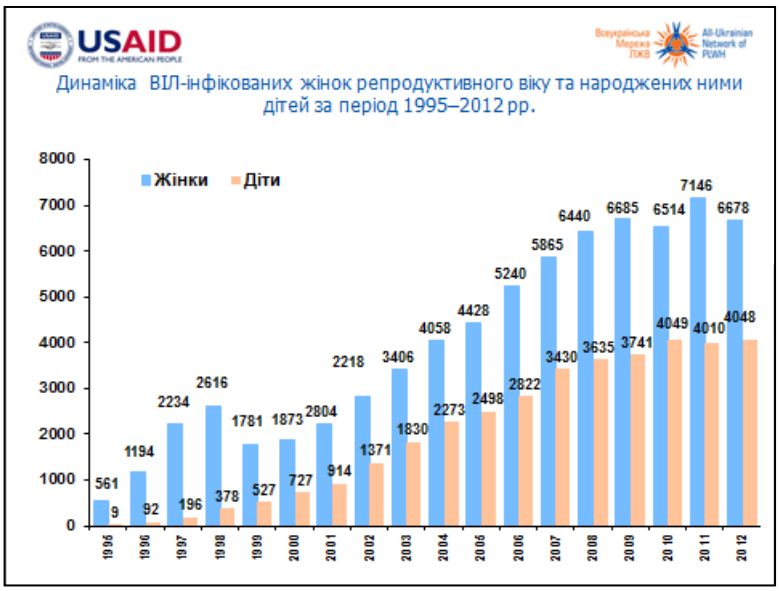


Важливо зауважити, що найбільша частка ВІЛ-інфікованих громадян у нашій країні – понад 67 % – перебуває у віковій групі 25–49 років.

За статистичними даними, з 2009 р. до 2013 р. в Україні спостерігається стала тенденція до зниження частки випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 років серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – від 12 % до 7 %, відповідно. З одного боку, це може свідчити про «старіння» епідемії, тобто значна більшість ВІЛ-позитивних осіб, які вважаються новими випадками, була інфікована декілька років тому. Такий висновок підтверджується великою кількістю уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб, яким було встановлено III–IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції на момент взяття їх під медичний нагляд у ЗОЗ – це 44 % від нових випадків ВІЛ-інфекції.

На підставі даних щодо зменшення у період 2009–2013 рр. частки осіб віком 15–24 років серед нових випадків інфікування ВІЛ, можна припустити, що в Україні спостерігається деяка стабілізація епідемічної ситуації.

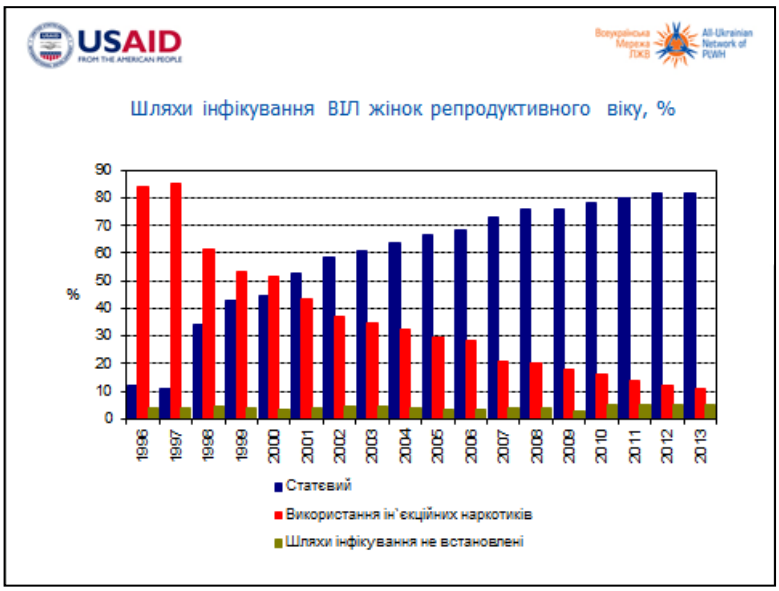




Сьогодні світ має безпрецедентну можливість для того, щоб нові випадки інфікування ВІЛ серед дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, стали історією. Фактична ліквідація передачі ВІЛ від матері до дитини означає зниження цього показника до рівня менше 2 %.

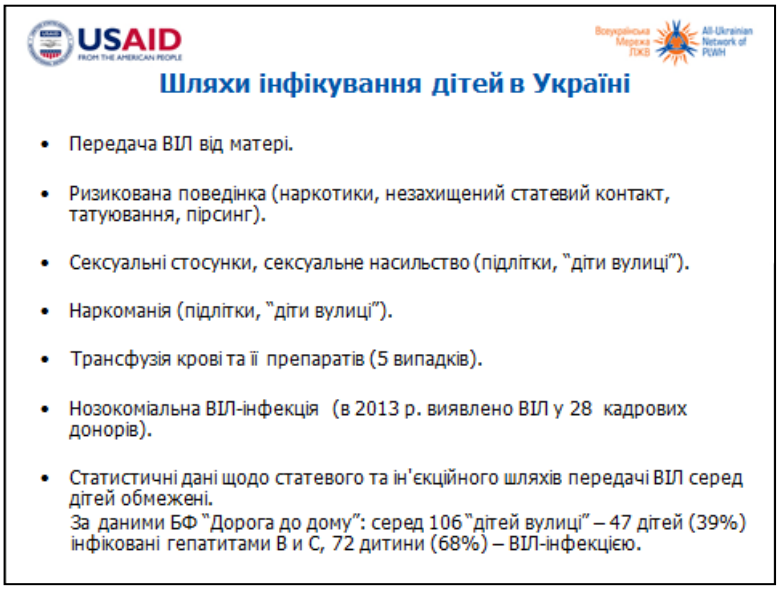
За останнє десятиріччя реалізація міжнародної та національної стратегій ППМД в Україні стала позитивним прикладом для всіх країн центральної та східної Європи та країн СНД. Так, частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні на національному рівні зменшилася майже в 7,5 разів – з 27,8 % у 2001 р. до 3,7 % у 2013 р.

Це стало можливим завдяки зусиллям міжнародних донорів та національним зусиллям. Послуги з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію в Україні є децентралізованими та надаються усім жінкам, які звертаються до жіночих консультацій з приводу вагітності. Забезпечення інтранатальним експрес-тестуванням дозволило охопити обстеженням на наявність антитіл до ВІЛ майже 100 % вагітних.

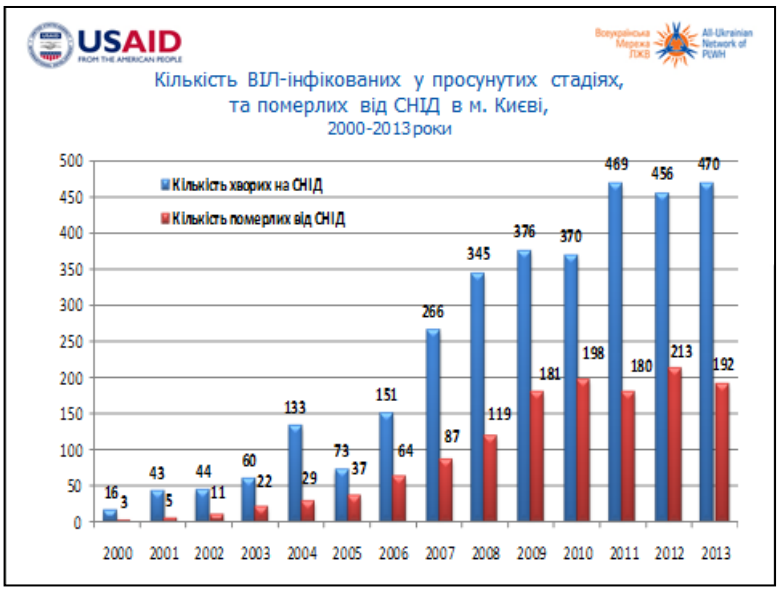


На цьому слайді продемонстровано, як змінювався основний шлях передачі ВІЛ серед жінок: від споживання ін'єкційних наркотиків до статевого шляху передачі, починаючи вже з 2001 р. На даний час більшість ВІЛ-інфікованих жінок інфікувались від статевих партнерів.

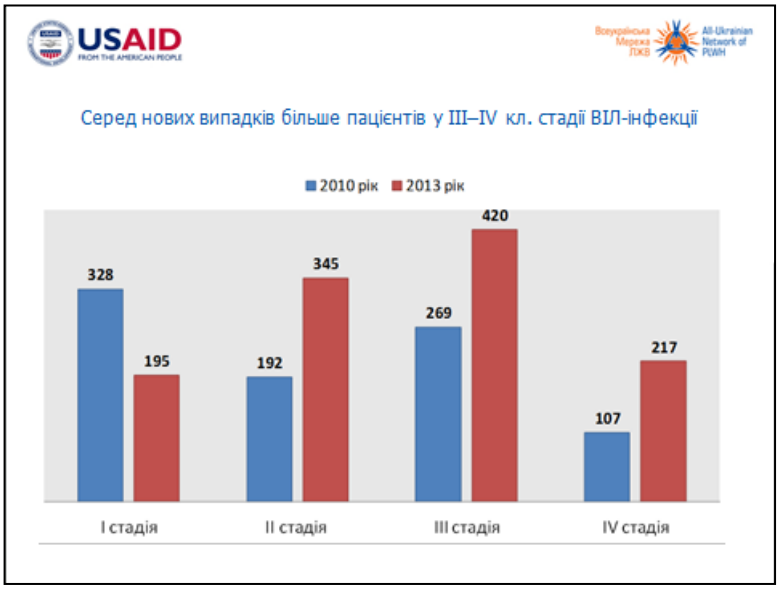
Проте, не зважаючи на певний успіх програми ППМД, проблема педіатричної ВІЛ-інфекції залишається надзвичайно актуальною для України. Кількість ВІЛ-позитивних дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, які перебувають на обліку в ЗОЗ, щорічно зростає. Так, на кінець 2013 р. кількість таких дітей становила 3 129 осіб.



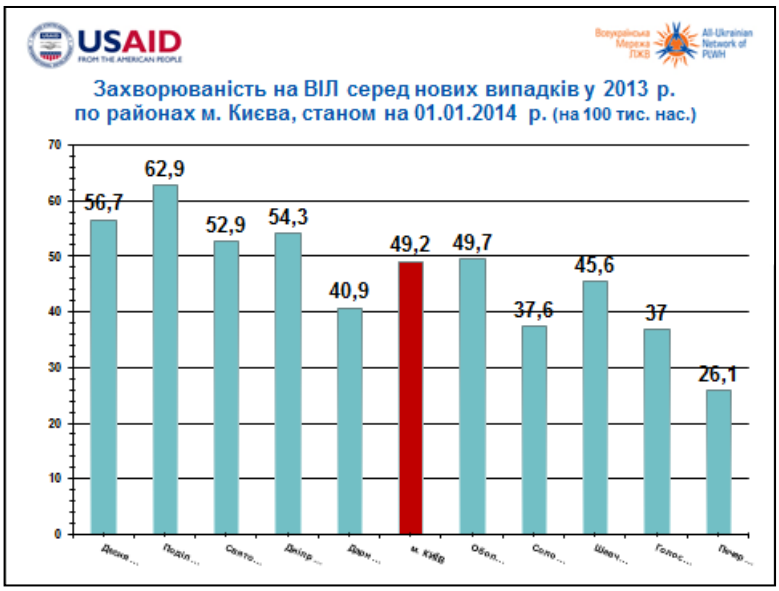
В загальному рейтингу поширеності ВІЛ-інфекції в Україні Київ посідає 5-те місце серед усіх адміністративних одиниць, і в цілому відображає всі загальноукраїнські тенденції. Специфіка полягає в тому, що до Києва приїжджає велика кількість людей на навчання та роботу, фактично отримуючи послуги тут. Значна кількість пацієнтів, бажаючи уникнути розголошення ВІЛ-статусу, побоюючись зазнати стигми та дискримінації у себе за місцем проживання, спеціально їдуть на лікування та обстеження в м. Київ. Кількість ВІЛ-позитивних жінок, які народжують в м. Київ, також пов’язана з тим, що жінки бажають народжувати дітей в столичних пологових будинках, після чого повертаються до себе в міста та села.

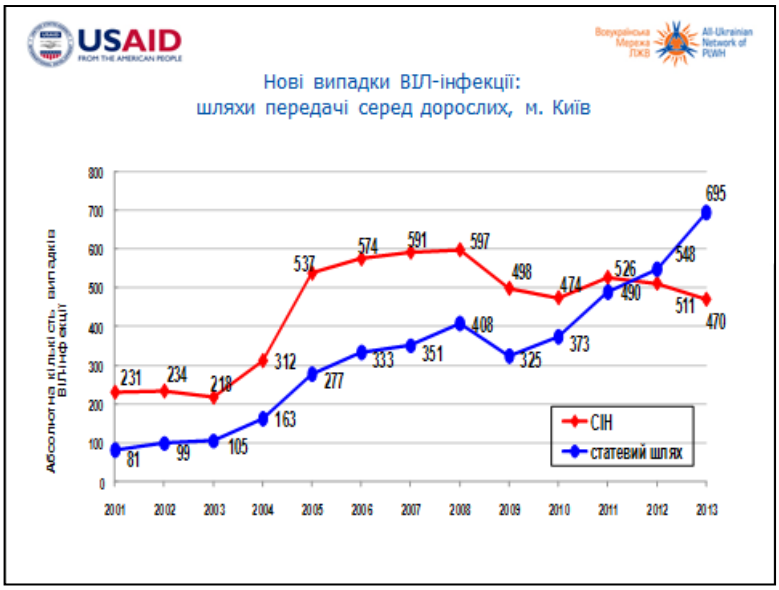


Надзвичайно важливо діагностувати ВІЛ на ранніх строках. Чим раніше людина дізнається про власний ВІЛ-позитивний статус, тим більше в неї шансів зберегти рівень фізичного здоров'я за рахунок постійного лікарського нагляду та тримання АРТ, в разі потреби. Однак, на превеликий жаль, велика кількість пацієнтів діагностуються на пізніх етапах розвитку ВІЛ-інфекції, коли вже є маркерні, опортуністичні захворювання. В таких випадках АРТ призначається якомога раніше і лікарі змушені докладати надзвичайно багато зусиль для збереження життя і здоров'я «пізніх» пацієнтів.

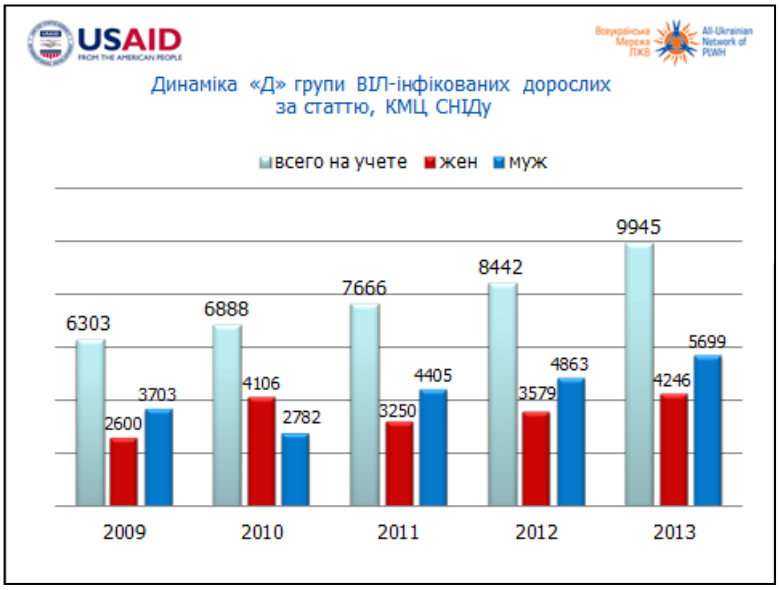


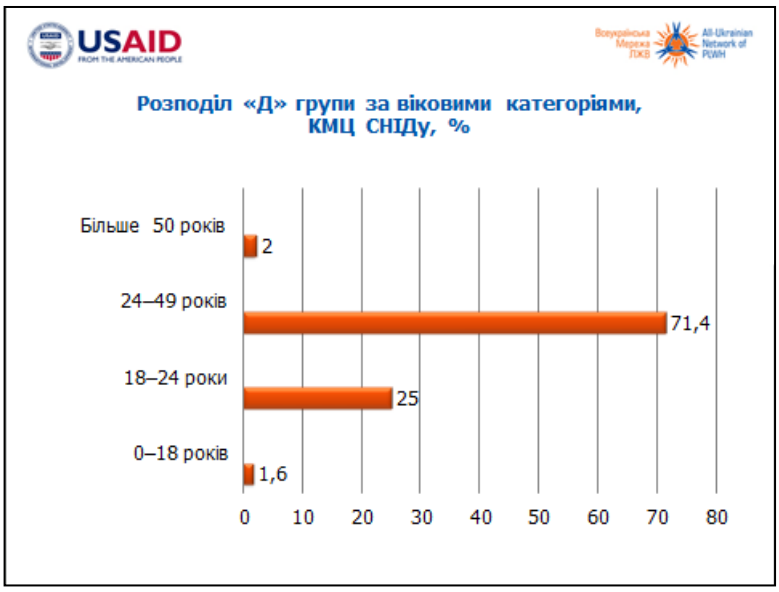
Збільшення кількості пацієнтів, обстежених за клінічними показаннями.

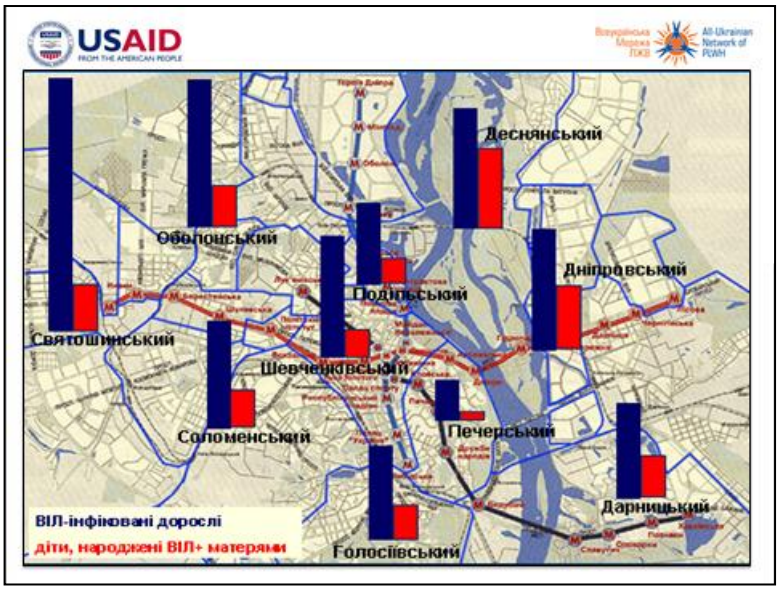




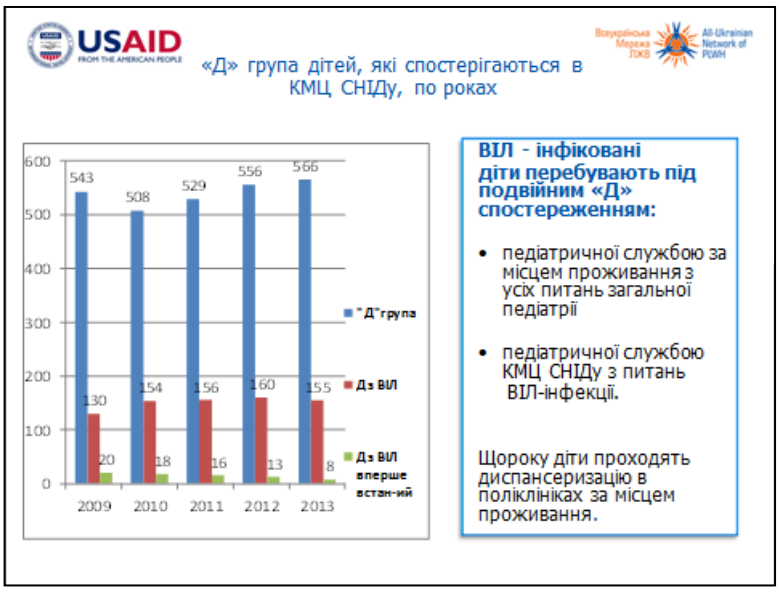
Зменшується кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед групи СІН та збільшується кількість пацієнтів, які інфікувались статевим шляхом.



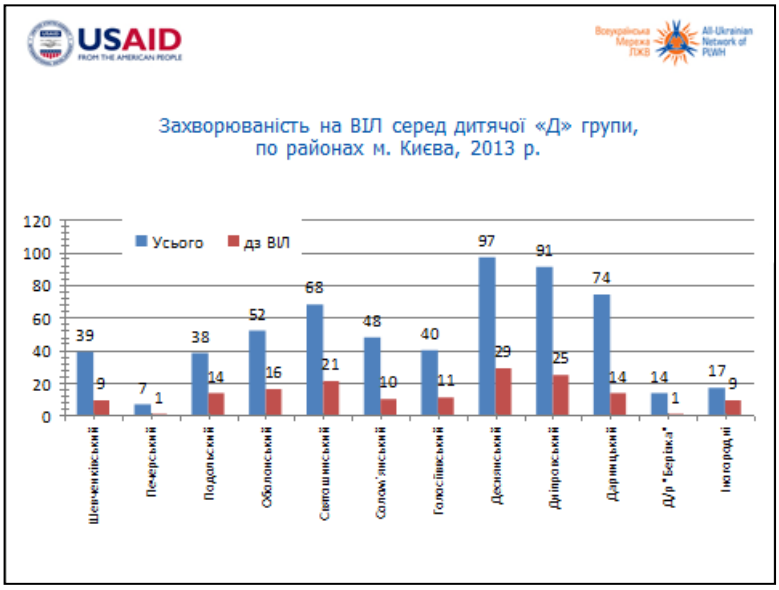




Демонструючи цей слайд, запитайте учасників, як на їх думку, з чим пов’язана така велика кількість ВІЛ-позитивних дорослих, що зосереджені саме в Святошинському районі. Дайте учасникам можливість поміркувати, вислухайте декілька варіантів та підтвердіть думки учасників, що це пов’язано саме з місцем розташування КМЦ СНІДу – у Святошинському районі (пацієнти з інших міст та регіонів).



Характеристики «Д» групи дітей.



Серед 161 ВІЛ-інфікованої дитини з «Д» групи: 43 % дітей проживають у Деснянському, Дніпровському та Дарницькому районах м. Києва; 5,5 % – це іногородні діти.

Подякуйте учасникам за увагу і запропонуйте поставити запитання стосовно висвітлених даних щодо ВІЛ-інфекції у світі, в Україні та м. Києва. Якщо ж запитання стосуються інших тем, передбачених програмою тренінгу, надайте учасникам інформацію про те, що відповідь на свої запитання вони знайдуть під час роботи на наступних сесіях.

2. КЕРОВАНА ДИСКУСІЯ «УЯВЛЕННЯ ПРО ВІЛ» (20 ХВ.)

Усвідомлення власних переконань та ставлення до проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, є першим кроком на шляху до формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, адже часто наші переконання ґрунтуються на хибних уявленнях, міфах та страхах. Тому розуміння того, що є правильним, а що – ні у власних знаннях про

ВІЛ, дає змогу людині пізнавати нове. Ця вправа допоможе учасникам зрозуміти різні погляди одне одного та усвідомити, як їхня позиція та уявлення про ВІЛ можуть вплинути на ставлення до пацієнтів.

↘ 1. Попросіть учасників зібратися у центрі кімнати. Приверніть їхню увагу до плакатів з написами "Погоджуюся" та "Не погоджуюся" в різних кінцях кімнати.

2. Поясніть, що Ви будете зачитувати твердження (додаток 1.5). Після того, як Ви уголос зачитаєте певне твердження, учасники вирішуватимуть, погоджуються вони з ним чи не погоджуються. Ті, хто погоджуються, перейдуть до плаката з написом "Погоджуюся". Ті, хто не погоджуються, перейдуть до плаката з написом "Не погоджуюся". Ті, хто не можуть визначитись у своїй позиції, залишаться посередині або стають ближче до тієї позиції, яка більше підходить світогляду учасника. Поясніть учасникам, що, якщо під час цієї вправи вони почують аргументи, які допоможуть їм визначитися або змінити власну думку, вони зможуть перейти з одного місця на друге. Підкресліть, що немає «правильних» чи «неправильних» відповідей, а кожен має право на власну думку.

3. Зачитайте одне твердження вголос. Попросіть учасників зайняти відповідне місце в кімнаті відповідно до власної думки. Поцікавтеся у декількох учасників з різних груп ("Погоджуюся", "Не погоджуюся" та "Не впевнений") причинами їхньої позиції. Тренери залишаються нейтральними, не коментуючи твердження, щоб не вплинути на реакцію учасників. Однак вони можуть надати певні роз'яснення, якщо виникає така потреба. Вислухавши представників від кожної групи, дайте можливість учасникам змінити групу, якщо вони цього хочуть. Принагідно запитайте, що спонукало їх змінити рішення.

4. Повторіть процедуру для кожного наступного твердження, аж поки група не розгляне їх усі. Тренер може обирати не всі твердження, а лише частину, з огляду на професійні характеристики групи та час, який фактично є в наявності для проведення вправи, разом з обговоренням, щоб надати можливість висловитись всім бажаючим учасникам. Але не менше, ніж 10 тверджень. Або для того, щоб обговорити якомога більше тверджень, можна обмежити обговорення кожного твердження коментарями двох–трьох представників кожної групки.

5. Попросіть учасників повернутися на свої місця для обговорення. Спробуйте за допомогою нижченаведених запитань детально розібратися у різних думках і позиціях.

Основні запитання для обговорення:

- Чи почули Ви думки або позиції, які вас здивували?
- Як Ви можете пояснити відмінності у поглядах учасників цієї групи?
- Якби Ви були ВІЛ-позитивним пацієнтом Вашого медичного закладу, чи мали б Ви іншу думку з цих питань?
- Чому так важливо з'ясувати усі ці питання?
- Як можна не дати нашому ставленню негативно вплинути на роботу?

↘ **Висновок:** найважливіше у цій вправі – дати можливість учасникам тренінгу висловити свої думки відверто і показати, що кожен має свою позицію. Тут не можна НІКОГО засуджувати. Ця вправа є діагностичною для тренера, адже він зможе зрозуміти, у що вірять учасники, якими є їхні досвід і страхи, щоб упродовж тренінгу надати відповідну інформацію. Тому дуже важливо до дискусійних та проблемних питань повертатися впродовж тренінгу.

Сесія 2:
БАЗОВА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВІЛ. ШЛЯХИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ. ОГЛЯД ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОТИДІЇ ВІЛ.

Завдання:

1. З'ясувати думки та уявлення учасників тренінгу про ВІЛ/СНІД.
2. Обговорити з учасниками тренінгу їхні ризики інфікування на робочому місці та в особистому житті.
3. Надати інформацію щодо шляхів інфікування ВІЛ та методів профілактики інфікування.
4. Надати учасникам інформацію про права ЛЖВ/представників ГНР і медичних працівників та їх обов'язки, пов'язані з безпекою надання медичних послуг інфікованим пацієнтам.

Загальна тривалість: 1 год. 40 хв.

Необхідні матеріали:

- проектор;
- ноутбук;
- фліп-чарт або дошка і папір для фліпчарту;
- маркери;
- скотч;
- ножиці;
- аркуші формату А4 з написами «високий ризик», «середній ризик», «низький ризик», «ризик відсутній» та картки з описом ситуацій для вправи «Картки», бажано на аркушах формату А4 (додаток 2.1);
- копії презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування» (додаток 2.2) для кожного учасника;
- копії презентації «Клінічний перебіг ВІЛ-інфекції. Методи діагностики та лікування ВІЛ» (додаток 2.3) для кожного учасника;
- роздаток «Переглянута клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, ВООЗ, 2006 р.» (додаток 2.3.1.);
- копії ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (додаток 2.4.);
- копії презентації «Законодавство України у сфері охорони здоров'я» (додаток 2.5).

1. ОСОБИСТИЙ ТА ПРОФЕСІЙНИЙ РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ. ВПРАВА «КАРТКИ» (20 ХВ.)

Ставлення до будь-якого явища залежить від того, що ми знаємо про це явище чи маємо ми достатньо інформації про ВІЛ, залежить, що ми відчуватимемо у певній ситуації і як будемо діяти.

Учасники отримують картки з описами певних ситуацій або поведінкових практик (додаток 2.1). Кількість карток досить велика, тому тренер розподіляє їх рівномірно між усіма учасниками у групі.

↘ Існує два варіанти проведення даної вправи. Тренеру варто обрати той, що найкраще відповідає динаміці групи, та принесе максимальний ефект від вправи.

І варіант. Тренер розкладає на підлозі 4 картки з рівнем ризику в ряд. Кожен учасник по черзі зачитує вголос поведінкову практику зі своєї картки і пропонує, до якого рівня ризику варто віднести дану картку. Тренер постійно веде діалог з учасниками, запитуючи, чому саме до цієї категорії ризику варто віднести даний вид поведінки. Якщо учасник помиляється, варто звертатись до інших учасників і вислуховувати інші точки зору, знаходячи влучні аргументи, які базуються на достовірних знаннях та інформації. Таким чином, усі учасники разом, по колу визначають розташування всіх карток.

Перевагою даного методу є залучення до обговорення майже всіх учасників групи. Поступово викладаючи картки одну за одною детально обговорюються всі ризиковані та безпечні з точки зору інфікування ВІЛ дії та поведінка, учасники отримують інформацію послідовно і планомірно. Такий спосіб проведення вправи вимагає від тренера високого рівня обізнаності з даної теми, вміння вести діалог з учасниками на основі прикладів, та знаходити влучні та лаконічні аргументи для досягнення мети вправи.

ІІ варіант. Отримані картки учасники мають самостійно і одночасно розташувати на підлозі під відповідними написами стосовно можливості інфікуватися ВІЛ: «високий ризик», «середній ризик», «низький ризик», «ризик відсутній». Після того як учасники розклали картки на свій розсуд, тренер починає разом з ними аналізувати картки за ризиками, обов’язково надаючи коментарі щодо розташування картки та відповідаючи на запитання учасників. Варто розглядати усі картки по черзі, повторюючи інформацію, якщо питання вже розглядалося.

Такий метод проведення підійде для групи, в якій рівень активності учасників є низьким, і вони почувають себе незручно навіть вимовляти вголос певні поведінкові практики. Тренер тут буде відігравати лідируючу роль, тому дуже важливо залучати учасників до обговорення розташування карток та до дискусії.

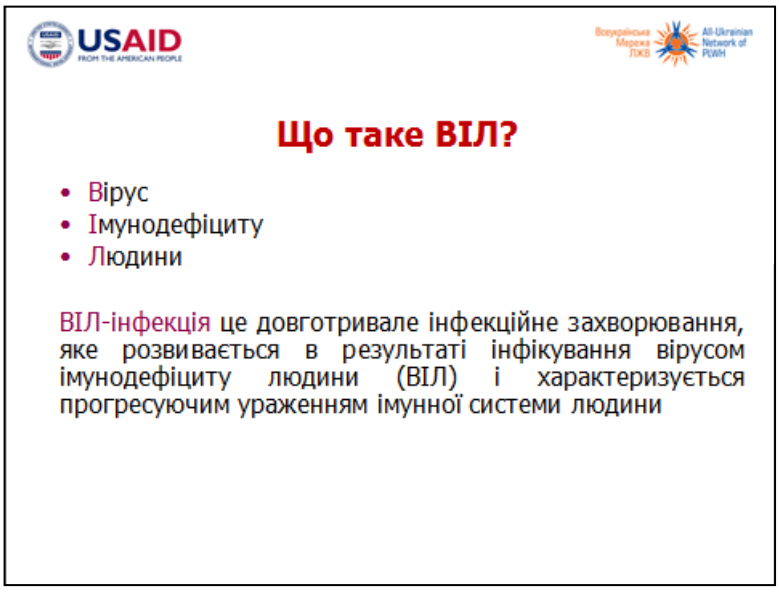
Роль тренера полягає в тому, щоб уважно слухати учасників і обов’язково виправляти усі неточності або надавати додаткову інформацію, яка допомогла б прийняти правильне рішення. Картки, які мають бути переміщенні до іншої групи, потрібно перемістити власноруч або попросити про це учасників. Якщо учасники не будуть згодні з розміщенням або переміщенням тієї чи іншої картки, варто залишити її на тому ж місці, але запропонувати учасникам повернутися до обговорення складної ситуації після презентації. Практика доводить, що учасники після презентації матимуть

достатньо інформації, щоб покласти картку на потрібне місце.

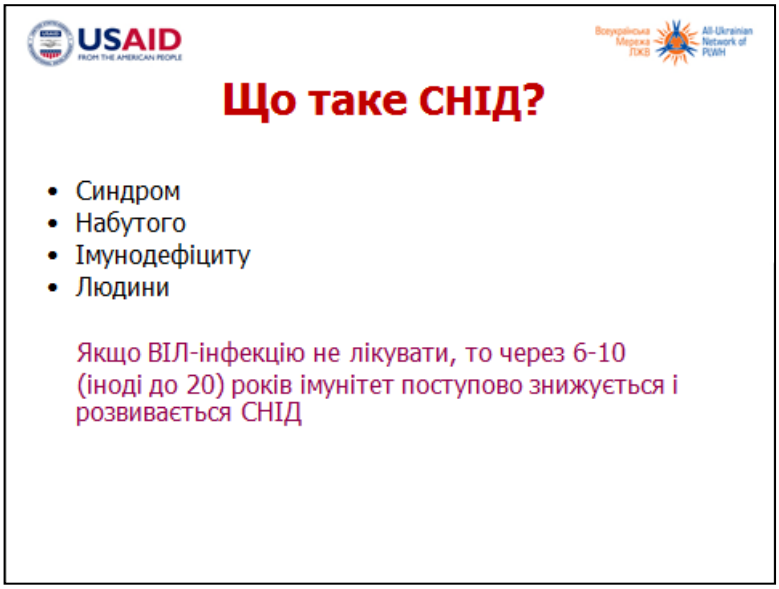
Після того, як картки розклали, тренер пропонує декілька загальних запитань для спільного обговорення:

1. Що саме Ви змогли зрозуміти після цієї вправи?
2. Чи були картки, з місцем розташування яких ви досі не можете погодитися?
3. Стосовно яких карток Ви змінили власну думку в процесі обговорення?
4. Які картки було найважче розташувати?
5. Які картки слід віднести до категорії міфів?
6. Чи чули ви у своїй громаді які-небудь міфи стосовно передачі ВІЛ?
7. Звідки вони беруться і яким чином їх розвіяти?

2. ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ ЩОДО ШЛЯХІВ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕЗЕНТАЦІЇ «ВІЛ/СНІД. ІСТОРІЯ ВІДКРИТТЯ. ШЛЯХИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ» (20 ХВ.)



Збудник ВІЛ-інфекції – це вірус імунодефіциту людини, який, потрапляючи до організму людини, здатний викликати ВІЛ-інфекцію – хронічну інфекцію з тривалим латентним періодом, прогресуючим перебігом, постійним розмноженням збудника та ураженням імунної системи людини.



СНІД – синдром набутого імунодефіциту – заключна стадія ВІЛ-інфекції, яка характеризується розвитком опортуністичних інфекцій та онкологічних захворювань. Поняття «СНІД» не рекомендоване для використання як окремої нозологічної одиниці, оскільки це просунута стадія розвитку ВІЛ-інфекції.

Досі не існує єдиної думки щодо походження вірусу імунодефіциту людини, а також щодо причини стрімкого поширення ВІЛ-інфекції. Вважається, що перші випадки СНІДу мали місце у США, на Гаїті та в Африці у середині 1970-х років. Але досі не точно встановлено, яке ж походження цього захворювання. Наступні етапи вивчення вірусу визначені досить точно.

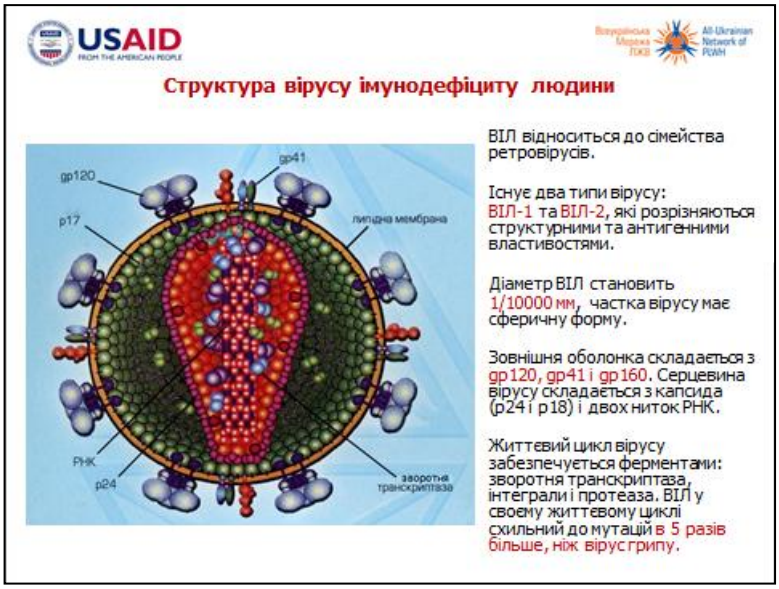
1979 р. – лікарі Нью-Йорка та Лос-Анджелеса спостерігали рідкісну форму запалення легенів (пневмоцистну пневмонію), саркому Капоші (пухлинне захворювання,

яке доти реєструвалось лише у людей похилого віку) у чоловіків, які мають секс із чоловіками.

1982 р. – встановлено зв'язок щодо передачі ВІЛ із переливанням крові, внутрішньовенним введенням наркотичних речовин, статевими контактами.

1983 р. – у Франції діє дослідницька група Люка Монтаньє в інституті ім. Пастера, у США – група д-ра Роберта Гало в національному інституті охорони здоров'я. У Франції та США ці дві дослідницькі групи практично одночасно виділяють вірус, який було названо «Вірус імунодефіциту людини».

1985 р. – встановлено, що ВІЛ передається через кров, сперму, вагінальний секрет і грудне молоко. У США затверджений перший тест для виявлення антитіл до ВІЛ (ІФА) та розпочаті клінічні випробування першого препарату для боротьби з ВІЛ-інфекцією. Імуноферментний аналіз (ІФА) і сьогодні широко застосовується для діагностики ВІЛ-інфекції та тестування донорської крові.



ВІЛ має подвійну оболонку. Зовнішній шар оболонки має на своїй поверхні рецептори. Рецептори – це білкові структури, за допомогою яких вірус взаємодіє з об'єктами середовища, яке його оточує. Жодних спеціальних органів розмноження ВІЛ не має, він навіть не може самостійно синтезувати білок. Це змушує вірус шукати клітини, які замість нього синтезуватимуть потрібні йому білки.

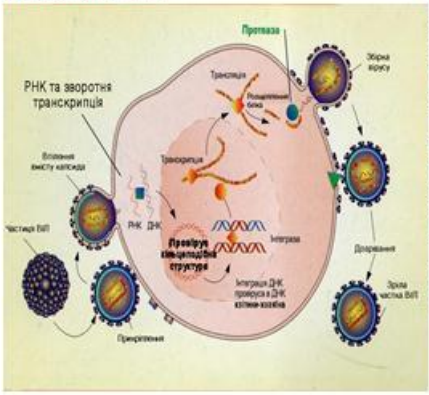
Такими клітинами є Т-лімфоцити, а саме Т-хелпери (від англ. help – допомагати), які мають на своїй поверхні молекули CD4. Саме вони є основною мішенню вірусу. Спеціальний фермент вірусу забезпечує злиття вірусної оболонки з оболонкою клітини-мішені, і вміст вірусної оболонки потрапляє всередину клітини. Вірус проникає у таку клітину та змушує її синтезувати свої власні складові частини. Функція Т-хелперів полягає у тому, що вони передають інформацію іншим групам імунних клітин про те, що в організм потрапили чужорідні об'єкти, наприклад, які необхідно знищити. Вже інші групи імунних клітин відповідають за безпосереднє знищення "нападників". Без сигналу від Т-хелперів імунні клітини не можуть відреагувати на появу в організмі потенційних збудників інфекцій.

Клітини CD4+

- Т-лімфоцити-хелпери.
- Моноцити.
- Макрофаги.
- Епітеліальні клітини кишечника.
- Клітини Лангерганса.
- Клітини нейроглії ЦНС.
- Клітини тимусу, лімфатичних вузлів, селезінки.

Організм людини постійно контактує із зовнішнім середовищем, багатим на збудників різноманітних інфекційних захворювань. Сильні CD4-клітини здатні боротися з будь-якими інфекціями. В основі імунодефіциту при ВІЛ-інфекції лежить прогресуюче зниження кількості CD4 Т-лімфоцитів, що є результатом постійного руйнування та недостатнього поповнення їх кількості з клітин попередниць. Таким способом ВІЛ ушкоджує імунну систему, яка повинна захищати організм від інфекцій.

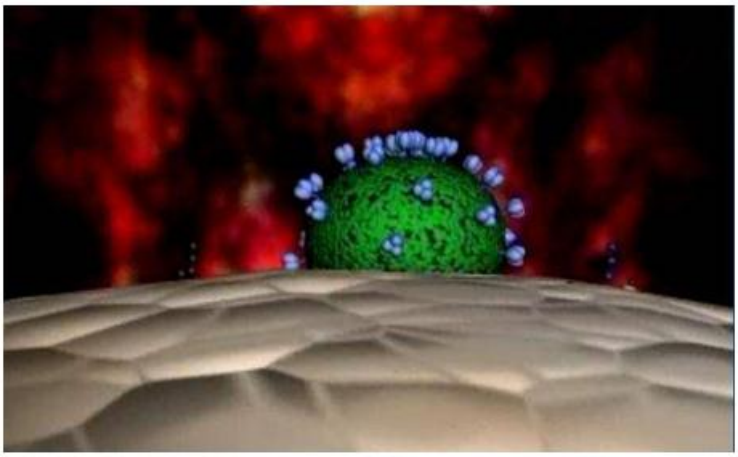
Механізм реплікації ВІЛ



Етапи реплікації вірусу:

1. Прикріплення/вхід в клітку.
2. Зворотня транскрипція і синтез ДНК.
3. Транспорт у ядро.
4. Інтеграція.
5. Транскрипція вірусу.
6. Синтез вірусних білків.
7. Збірка вірусу.
8. Вихід вірусу.
9. Дозрівання між серцевинним компонентом і оболонкою вірусу.

ВІЛ проникає в Т-лімфоцит



Імунна система (Т- и В-лімфоцити)

Центральні органи

(АG незалежного лімфопоезу)

Тимус => Т-лімфоцити
Кісний мозок => В-лімфоцити

Періферічні органі

(АG залежного лімфопоезу)

селезінка
Лімф.узли
піднебінні мигдалини
аденоїди
пейєрові бляшки
червоподібний отростток
Лімфоцити слизових оболонок

ВІЛ-1 та ВІЛ-2

- Однакові шляхи передачі, але ВІЛ-1 вважається більш контагіозним
- У ВІЛ-2 більш тривалий період безсимптомного носійства.
- ВІЛ-2 рідше передається статевим шляхом, ніж ВІЛ-1.
- Деякі АРВ препарати не діють на ВІЛ-2 (EFV, NVP).
- ВІЛ-2 рідше передається через плаценту, ніж ВІЛ-1
- ВІЛ-2 частіше зустрічається в Африці.
- Для визначення ВН ВІЛ-2 немає Т-систем.

ВІЛ – це вірус, пристосований до існування в організмі людини, а за його межами стає дуже вразливим до дії найрізноманітніших факторів. Розмножуватись він може лише у певних клітинах організму людини. ВІЛ дуже чутливий до впливу високих температур, висушування, ультрафіолетових променів та широко застосовуваних засобів для дезінфекції. У рідкому середовищі при кімнатній температурі вірус зберігає активність протягом 15 днів. ВІЛ швидко гине при температурі –57° С і майже миттєво – при кип’ятінні.

Вміст ВІЛ в біологічних рідинах

Висока концентрація ВІЛ	Кров, лімфа, сперма, вагінальний секрет, грудне молоко
Низька концентрація ВІЛ	Сеча, слина, сльози
ВІЛ не міститься	Піт, фекалії, вушна сіра

До «інфекційно небезпечних» рідин щодо інфікування ВІЛ належать: кров, лімфа, сперма, вагінальні виділення, грудне молоко. Інші рідини, віднесені до «інфекційно безпечних», містять низьку концентрацію збудника, тому з цими рідинами ВІЛ не передається. Для потрапляння в організм іншої людини інфікуючої дози ВІЛ, наприклад, зі слиною чи потом, потрібна надзвичайно велика кількість цих рідин, що на практиці неможливо.

Шляхи передачі ВІЛ

Статевий – гетеросексуальний, гомосексуальний.

Парентеральний – переливання цільної крові або її компонентів, пересадка інфікованих органів, використання забрудненого ВІЛ інструментарію, шприців.

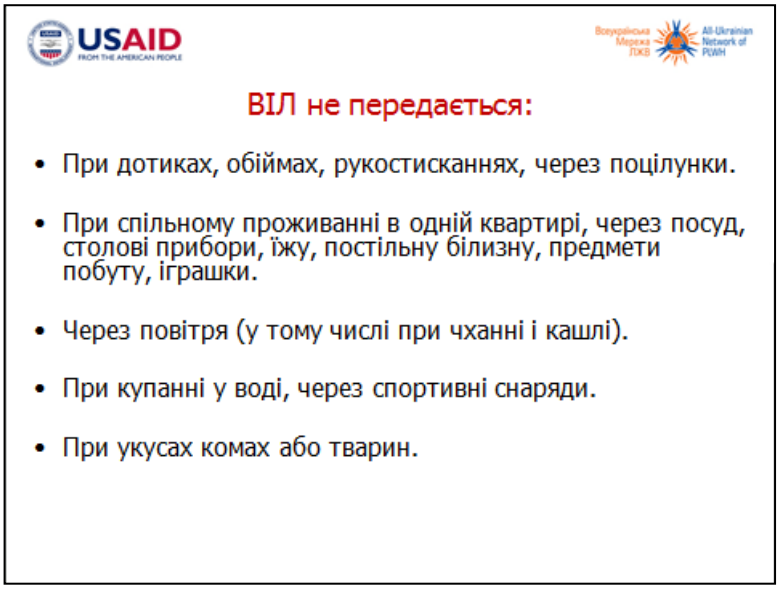
Від матері до дитини – перинатальний:

- вертикальний – під час вагітності через плаценту від ВІЛ-інфікованої матері (10–15%), в пологах при контакті плода з інфікованою кров'ю і секретами матері (15–20%);
- горизонтальний – інфікування дитини при вигодовуванні грудьми або грудним молоком ВІЛ-інфікованої матері (12–20 %).

ВІЛ-інфекція не передається побутовим шляхом

Виділяють три основні шляхи передачі ВІЛ: статевий; парентеральний; від інфікованої матері до дитини. Статевий шлях передачі ВІЛ – один з основних. На сьогодні на статевий шлях інфікування ВІЛ припадає 90 % усіх випадків інфікування ВІЛ у світі. ВІЛ доповнив собою список збудників інфекцій, які передаються при незахищених статевих контактах. Високий ризик щодо інфікування ВІЛ становлять незахищені (без правильного застосування презервативів) проникаючі анальні та вагінальні контакти. До парентерального шляху належить передача ВІЛ при переливанні інфікованої крові та її препаратів, використанні забрудненого ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів, у тому числі при ін’єкційному споживанні наркотиків, трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора тощо. До передачі від матері до дитини належить інфікування під час

вагітності та пологів (вертикальний шлях), а також під час вигодовування дитини грудним молоком від інфікованої матері (горизонтальний шлях).



Зважаючи на шляхи передачі ВІЛ, цей вірус не передається через побутові контакти, зокрема через обійми, поцілунки, укуси комах, користування спільним посудом і туалетом, плавання в одному басейні, кашляння тощо. Все це свідчить про те, що спілкування у побуті та робота з ВІЛ-позитивними колегами чи пацієнтами, не несе жодного ризику інфікування для оточуючих.

Причиною інфікування в побуті може стати спільне користування станками для гоління, зубними щітками при пошкодженні ясен, манікюрним приладдям; пірсинг та татуювання, які робляться не стерильним, не одноразовим інструментарієм; побутові бійки, травми із пошкодженням шкірних покровів та кровотечами.

Ризик інфікування ВІЛ при різних видах контактів (в середньому при епізоді)

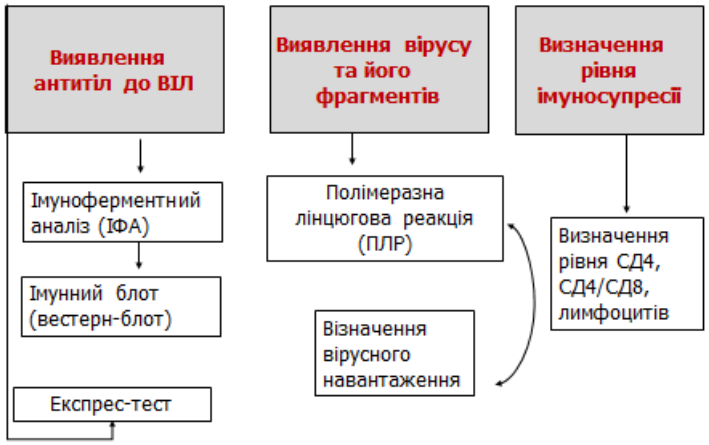
Перкутанний (кров)	0.3%
Через слизові оболонки (кров)	0.09%
Пасивний анальний секс	0.3 - 3%
Активний анальний секс	0.06%
Пасивный вагінальний секс	0.1 – 0.2%
Активний вагінальний секс	0.03 – 0.14%
Пасивний оральний секс (м-ж)	0.06%
Пасивний оральний секс (ж-ж)	4 случая
В/в введення ПАР	0.67%
від матері до дитини (без профілактики)	24%

ВІЛ присутній у різних біологічних рідинах людини в неоднаковій кількості, тому ризик інфікування різними шляхами відрізняється. Це пов'язано з таким поняттям, як інфікуюча доза, тобто кількістю певного збудника, достатньою для того, аби викликати інфекцію. Тому переливання крові несе найбільший ризик для інфікування ВІЛ порівняно зі статевими контактами. Дані, наведені в таблиці, демонструють ризик передачі при одноразовому статевому контакті.

Тому варто звернути увагу на те, що кількість статевих контактів підвищує ризик інфікування. Також до чинників, які підвищують ризик передачі ВІЛ під час статевих контактів, належать:

- велика кількість статевих партнерів;
- будь-яке ерозивне захворювання статевих органів;
- існування будь-якого захворювання, що передається статевим шляхом;
- недостатнє дотримання правил безпечного сексу (наприклад, невикористання або неправильне використання презервативів);
- високе вірусне навантаження у ВІЛ-позитивного партнера.

Методи лабораторної діагностики



Необхідно повідомляти остаточний результат тесту і чітко пояснювати, що він означає. При необхідності повторного забору крові, чітко і правдиво пояснити, для чого це потрібно.

Позитивний результат означає:

- ВІЛ присутній в організмі людини.
- Організм виробив антитіла до ВІЛ.
- Не визначає стан здоров'я людини.
- Означає, що людина може інфікувати інших людей.

Негативний результат означає:

- Антитіла до ВІЛ не виявлені в крові.
- Можливо, ВІЛ-інфекції немає.
- Антитіла виробляються в середньому через 2-3 місяці від моменту інфікування ВІЛ (період «вікна»).

Невизначений результат означає:
не можна з упевненістю визначити результат тесту на ВІЛ.

Необхідно повторне тестування на ВІЛ через 2-3 тижні.

«Серонегативне вікно» - період від моменту зараження ВІЛ до появи антитіл в організмі людини. Тривалість 3-6 місяців.

Що таке «вірусне навантаження»?

Вірусне навантаження відображує кількість копій вірусу, які циркулюють у крові людини. Чим вище вірусне навантаження, тим швидше впаде рівень CD4 і тим більший ризик розвитку симптомів опортуністичних інфекцій. Результат аналізів на вірусне навантаження описує кількість копій РНК вірусу на мікролітр крові. Наприклад, 200 копій ВІЛ записуватиметься як 200/мкл. Вірусне навантаження понад 100 тис. копій/мкл вважається високим, а менше 10 тис. копій/мкл – низьким. На слайді відображено процес розмноження (реплікації) вірусу в організмі та знешкодження вірусу Т-хелперами. Але швидкість вироблення копій вірусу вища, ніж їх знешкодження організмом. Тому настає момент, коли ресурси організму починають виснажуватися: популяція Т-хелперів зменшується, а кількість вірусних часток збільшується. Тоді у роботі імунної системи починаються збої – розвивається імунодефіцит.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ПЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Порівняння ВІЛ та ВГВ

	ВІЛ	ВГВ
Кіл-ть людей в світі, інфікованих вірусом (за оцінками ВООЗ)	42 млн	2 млрд (поточна і раніше перенесена інфекція)
Кіл-ть інфікованих	> 2 млн	350 млн
Мінімальний об'єм крові, що містить інфікуючу дозу	0,1 мл	0,00004 млн
Ризик зараження після уколу інфікованою голкою	0,5%	7-30%
Кількість мед.работников з професійною інфекцією в США і Європі	березень 1993р. - 152 випадки	Щорічно близько 30 тис

Якщо порівняти властивості ВІЛ та вірусного гепатиту В, то стає очевидним, що з точки зору професійного та особистого ризику, ВГВ є більш загрозливий, ніж ВІЛ-інфекція. Інфікуватися ВГВ значно «легше» ніж ВІЛ-інфекцією. Працівників закладів охорони здоров'я, які не дотримуються універсальних методів перестороги, схильні до інфікування вірусним гепатитом В, значно більше ніж до інфікування ВІЛ-інфекцією. Хоча б з тією точки зору, що ВГВ істотно стійкіший вірус в навколишньому середовищі аніж ВІЛ.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ПЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Методи профілактики інфікування ВІЛ

- Постійне та правильне використання презервативів при статевих контактах (анальних, вагінальних, оральних)
- Використання одноразового інструментарію для введення наркотичних речовин/ заміна ін'єкційних форм наркотичних речовин на таблетовані (замісна терапія)
- Застосування загальних правил запобіжних заходів у медичних закладах при проведенні інвазивних (передбачають контакт із кров'ю) процедур, а також у косметичних салонах
- Скринінг донорської крові
- Профілактика, спрямована на зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини шляхом профілактичного прийому антиретровірусних препаратів (безкоштовно) під час вагітності та пологів, а також відмова від грудного вигодовування

На сьогодні єдиним ефективним засобом профілактики інфікування ВІЛ при статевих контактах є застосування бар'єрного засобу – презерватива. Нині існує великий вибір презервативів для різноманітних сексуальних практик: для орального, вагінального та анального статевого контакту. Задля профілактики слід використовувати латексні презервативи відомих фірм та купувати їх в аптеках. Презервативи, які що зберігаються неналежним чином, втрачають свої бар'єрні властивості. При використанні наркотичних речовин дуже важливо користуватися одноразовим інструментарієм (голками та шприцами). Якщо це можливо, краще замінити використання ін'єкційних форм наркотичних речовин на таблетовані (замісна терапія). У медичних закладах мають застосовуватися загальні правила запобіжних заходів щодо профілактики інфікування ВІЛ: використання одноразового або належним чином обробленого інструментарію; засобів індивідуального захисту: латексних рукавичок, окулярів, фартухів та бахил.

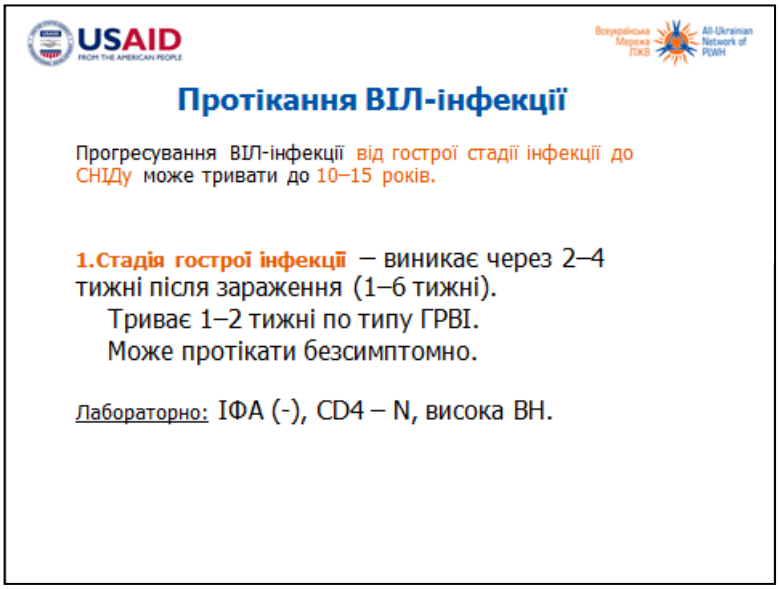
Також слід пам'ятати про профілактику інфікування ВІЛ в у косметичних, манікюрних та педікюрних салонах, салонах для проведення пірсингу або татуажу, де стерилізація інструментарію проводиться не завжди або не завжди належним чином. Клієнт повинен контролювати ситуацію самостійно, ставлячи питання косметологу/спеціалісту з пірсингу і татуажу. В Україні, згідно з законодавством, скринінг донорської крові є обов'язковим. З метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини ВІЛ-позитивним вагітним призначається профілактичний курс антиретровірусної терапії. Важливою є також відмова від грудного вигодовування.

↘ Тренер дякує учасникам за увагу і пропонує їм поставити запитання стосовно щойно презентованого матеріалу.
Якщо запитання стосуються тематик, які будуть висвітлені під час наступних сесій – тренер інформує про це учасника, якій поставив запитання, та переходить до запитання іншого учасника. Це дозволить зекономити час та підтримати інтерес і мотивацію учасників до активної участі під час наступних сесій.

3. ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ «КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ. АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ» (25 ХВ.)

Тренер пропонує учасникам розглянути клінічний перебіг ВІЛ-інфекції, щоб учасники мали повне уявлення про ВІЛ-інфекцію: характеристики вірусу та шляхи інфікування, які вже були розглянуті, а також про розвиток інфекції, діагностику ВІЛ і про сучасний стан лікувальних програм, які доступних для ЛЖВ в Україні, та їх надзвичайну важливість.

За відсутності специфічного противірусного лікування пацієнтів, весь ланцюг подій від зараження ВІЛ до смерті відтворюється десь за 10 років.



Протікання ВІЛ- інфекції

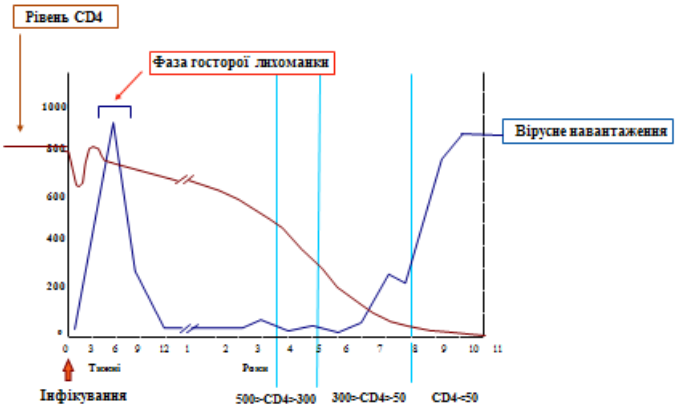
2. Латентний період – тривалість 3–6 років, частіше протікає безсимптомно.
   Лабораторно: антитіла до ВІЛ з'являються через 3–6 місяців.

3. Персистуюча генералізована лімфаденопатія (I клін. ст.) – характеризується збільшенням периферичних лімфатичних вузлів не менш ніж у двох групах. Вся лімфатична система стає величезним резервуаром, в якому активно продукується вірус, незважаючи на низький рівень ВН в плазмі крові.
   Кількість CD4 зменшується, що призводить до зниження імунітету.

4. СНІД-асоційований комплекс (СНІД-АК) – розвиваються опортуністичні інфекції (II–III клин. ст.).
   Лабораторно: ВН різко зростає, кількість CD4 різко знижується.

5. СНІД - IV клин. ст.

Клінічний перебіг ВІЛ-інфекції



Протікання ВІЛ-інфекції у дітей

- ✓ У 20% дітей при інфікуванні ВІЛ від матері швидкий розвиток СНІДу спостерігається протягом перших 2 років життя.
- ✓ Перші ознаки хвороби проявляються у віці 3–9 місяців.
- ✓ На ранніх етапах захворювання для дітей характерні повільні темпи фізичного розвитку, поганий приріст маси тіла і зросту, збільшення лімфотичних вузлів, печінки, селезінки.
- ✓ У 80% дітей – повільний розвиток СНІДу.
- ✓ З них до 4 років у 40% дітей діагностується СНІД.
- ✓ У деяких ВІЛ-інфікованих дітей симптоми СНІДу не спостерігаються протягом 8–10 років.

Диспансерне спостереження за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями, проводиться наступним чином:

1. Постановка на облік в КМЦ СНІДу у віці 1 місяця. Проводиться обстеження ІФА до ВІЛ І ПЛР ДНК, та профілактика РС-пневмонії (пневмоцистна пневмонія) до виключення ВІЛ-інфекції.
2. Проведення ранньої діагностики ВІЛ з метою виключення або підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекція – обстеження ІІ ПЛР ДНК.
3. Рекомендації до вакцинації БЦЖ дітям з 2-ма (-) ПЛР ДНК.
4. Зняття з обліку у віці 19 місяців на підставі відсутності антитіл до ВІЛ – обстеження ІФА до ВІЛ у 18 –19 місяців.

Встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція на підставі 2-х (+) ПЛР ДНК:

1. Встановлення клінічної та імунологічної стадії ВІЛ-інфекції – обстеження СД4 , ВН (ПЛР РНК), проводиться профілактика РС-пневмонії до 12 місяців.

2. Рекомендовані терміни планових медичних оглядів:

- з 1 до 12 місяців - щомісячно;
- старше 12 місяців - кожні 3-6 місяців;
- при наявності ознак швидкого прогресування захворювання клінічно - лабораторна оцінка проводиться частіше.

Лікарський нагляд за ВІЛ-позитивними дітьми дозволяє своєчасно призначити АРТ. Усім дітям з уточненими ВІЛ-статусом оформляється інвалідність до 18 років.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Переглянута клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, ВООЗ, 2006 р.

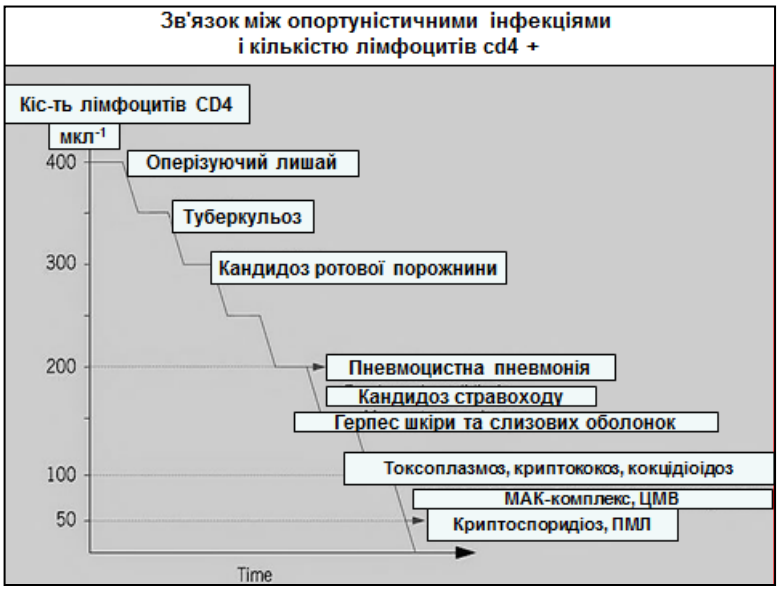
КЛІНІЧНА СТАДІЯ І	
Безсимптомний перебіг	Z. 21
Персистуюча генералізована лімфаденопатія	B 23.1
КЛІНІЧНА СТАДІЯ ІІ	
Рецидивуючі бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит, середній отит, тонзиліт, фарингіт – 2 або більше епізодів протягом 6 місяців)	B 20.1
Оперізувальний лишай	B.20.3
Ангулярний хейліт	B.23.8
Рецидивуючий афтозний стоматит (два або більше епізодів протягом 6 місяців)	B.23.8
Папульозний сверблячий дерматит	B.23.8
Себорейний дерматит	B.23.8
Грибкові ураження нігтів	B.20.5

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ — All-Ukrainian Network of PLWH

КЛИНІЧНА СТАДІЯ III	
Ненотивована хронічна діарея тривалістю понад 1 міс	B 22.7
Резистентний кандидоз (колонізація) ротової порожнини (два або більше епізодів протягом 6 місяців)	B 20.4
Волосиста лейкоплакія язика	B 23.8
Важкі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, сепсис, гнійний міозит, артрит або остеомієліт, бактеріємія, важкі запальні захворювання малого таза та ін)	B 20.1
Гострий некротизуючий виразковий стоматит, гінгівіт або некротизуючий виразковий пародонтит	B 22.7
КЛИНІЧНА СТАДІЯ IV	
Легеневий туберкульоз	B 20.0
Позалегеневий туберкульоз (в тому числі лімфатичних вузлів)	B 20.0
Нетуберкульозна мікобактеріальна інфекція або диссемінований нетуберкульозний мікобактеріоз	B 20.0
Пневмоцистна пневмонія	B 20.4
Резистентні бактеріальні пневмонії (два або більше епізодів протягом одного року)	B 20.1
Резистентна сальмонельозна бактеріємія, викликана нетифоїдними сальмонелами	B 20.1
Цитомегаловірусний ретініт (з колітом)	B 20.2
Хронічна або прогресуюча інфекція, викликана вірусом простого герпесу тривалістю понад 1 міс.	B 20.3
Прогресуюча мультифокальна лейкоцеркалопатія (ПМЛ)	B 20.3
Токсоплазмоз	B 20.8
Ізоспоральний лейкоцитоз	B 20.8
Криптоспоридіоз (з діареєю тривалістю понад 1 міс.)	B 20.8
Хронічний ізоспороз	B 20.8
Диссемінований мікоз (кандидоз, кокцидіоїдоз, гістоплазмоз)	B 20.4 B 20.5
Криптококовий менінгіт	B 20.5
Саркома Капоші і ВІЛ-асоційовані злоякісні новоутворення (лімфома головного мозку, злоякісний рак шийки матки, карцинома прямої кишки)	B 21.0 B 21.8
Т-клітинна лімфома Ходжкіна	B 21.3
ВІЛ-асоційована енцефалопатія	B 22.0
ВІЛ-асоційована кардіоміопатія	B 23.8
ВІЛ-асоційована нефропатія	B 23.8
Синдром виснаження (ВІЛ-кахексія)	B 22.2
Ненотивована втрата ваги (понад 10% протягом 6 місяців)	B 22.2

Тренер роздає учасникам роздатковий матеріал «Переглянута клінічна класифікація стадій ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, ВООЗ, 2006 р.» (додаток 2.3.1).



На цьому графіку показані різні інфекції, що можуть розвиватися при зменшенні числа лімфоцитів CD4. З розвитку цих інфекцій можна судити про тяжкість імунодефіциту і необхідності початку антиретровірусної терапії.

Оперізуючий лишай

Токсоплазмоз новонарожденого

Хлопчик, 7 років

- вага – 9,0 кг;
- CD4 – 0% – 0;
- ВН – 354.000 коп/мл;
- Еритр – 2,6 х 10^6/мл;
- Hb – 70,0 г/л;
- Лейк. – 0,7 х 10^3 /мл.

Синдром виснаження у дорослого – вастінг-синдром

Антиретровірусна терапія (АРТ)

Значний вплив на протікання ВІЛ-інфекції в кожному окремому випадку відіграє антиретровірусна терапія (АРТ). Дуже часто рятуючи життя і змінюючи його докорінно.

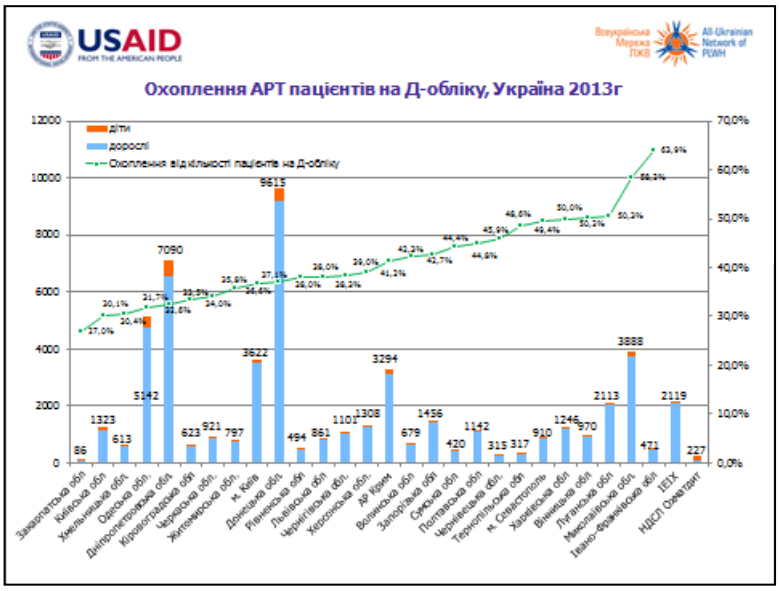
АРТ – це приймання специфічних препаратів, що діють на різні життєві стадії ВІЛ, не даючи йому розвиватися та розмножуватися.

АРТ не виліковує від ВІЛ-інфекції цілком, однак поліпшує якість життя, дає змогу істотно призупинити розвиток СНІДу і подовжує тривалість життя

АРТ приймається пожиттєво.
Прийом препаратів не можна переривати.

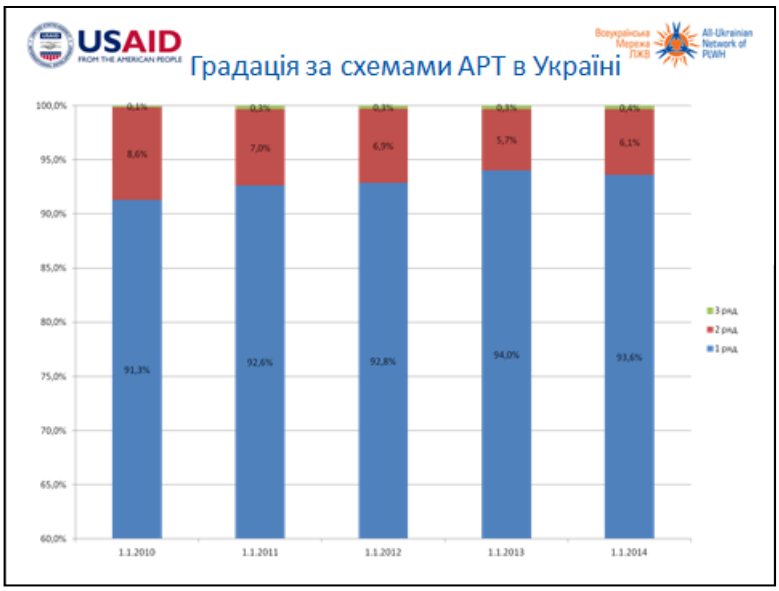
ВІЛ належить до ретровірусів, тому препарати, дія яких спрямована проти цього збудника, називаються антиретровірусними. Антиретровірусна терапія (АРТ) – це прийом специфічних препаратів, що діють на різні життєві стадії ВІЛ, не даючи йому розвиватися та розмножуватися. АРТ не може вилікувати від ВІЛ-інфекції, але вона може значно поліпшити якість життя людини і призупинити розвиток СНІДу. Ефективна та вчасно призначена АРВ-терапія:

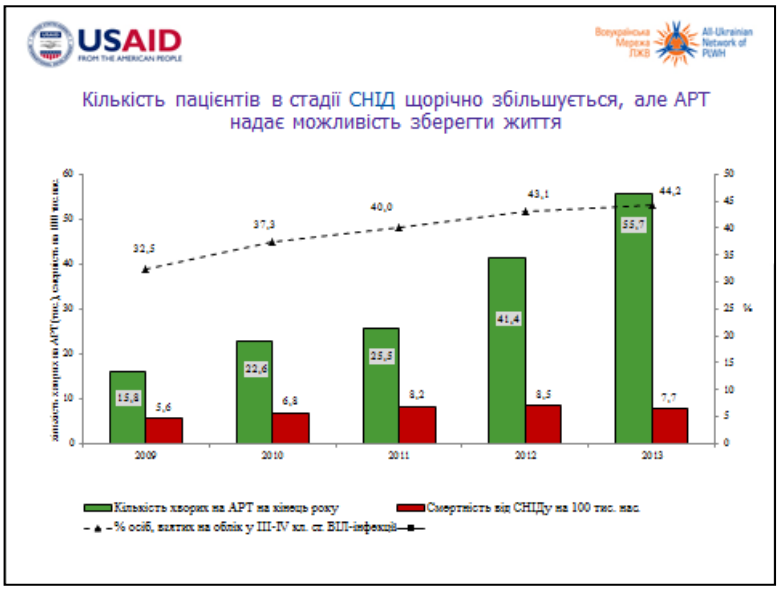
- максимально пригнічує реплікацію вірусу імунодефіциту в організмі людини;
- відновлює функцію імунної системи і знижує рівень вірусного навантаження;
- знижує ризик передачі ВІЛ;
- зменшує розповсюдження інфекції серед здорової популяції населення, збільшує тривалість та якість життя ВІЛ-інфікованих.



Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримували АРТ, станом на 01.01.2014 р. в Україні становила 55 784 осіб. У порівнянні з попереднім роком встановлено збільшення кількості осіб, які отримували АРТ в ЗОЗ МОЗ України, на кінець 2013 р. , на 31,8 %.

82,37 % від усіх, хто отримував АРТ у закладах МОЗ та НАМН України, забезпечується за кошти державного бюджету. Інша частина осіб, які на АРТ, покриваються лікуванням за кошти ГФ (17,54 %) та АНF (0,09%).

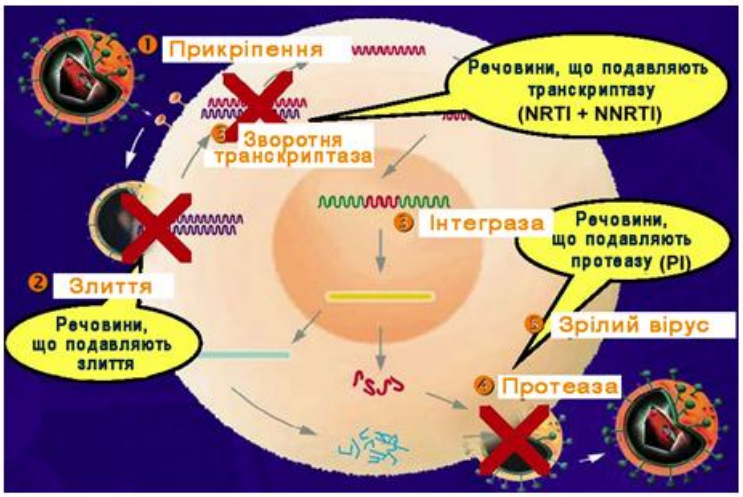




Сьогодні в Україні АРТ забезпечені всі, хто її потребують. Всі діти, народжені ВІЛ-позитивними матерями, отримують АРТ профілактично починаючи з першої доби життя.

Цілі АРТ

- Вірусологічна: максимальне придушення репродукції ВІЛ (ВН) в організмі
- Імунологічна: захист і відновлення імунної системи, яка перешкоджає клінічному прогресуванню захворювання
- Клінічна: зниження захворюваності опортуністичними інфекціями
- Епідеміологічна: зниження частоти передачі ВІЛ, припинення епідемії
- Соціальні: збереження (відновлення) якості життя, зниження смертності, збільшення тривалості життя



Показання до початку АРТ

1. Клінічні прояви - захворювання 3, 4 кл. стадії.
2. Іммунологічні - залежно від кількості СД4 (помірна, тяжка імуносупрессія).
3. Вірусологічні - при вірусному навантаженні більше 100 000 коп.1 мл. у дорослих та дітей від 1 року.
4. Вік дитини – до 3-х років, без виключень.

Принципи проведення АРТ

- Лікування проводиться безперервно, довічно.
- Одночасно призначається 3 препарати.
- Суворе дотримання часу прийому препаратів.
- Суворе дотримання дозування препаратів.
- Строгий лабораторний контроль за проведенням лікування.
- Розуміння того, що препарати не виводять повністю вірус з організму.
- Підтримка прихильності до лікування.

Прихильність до АРТ - це 100% готовність пацієнта до дотримання всіх вимог проведення лікування

А саме:

- Чітке дотримання часу прийому - кожні 12 годин або 24 години
- Чітке дотримання прописаної дози препарату
- Неприпустимість пропусків прийому навіть 1 дози препаратів
- Своєчасне проведення всіх необхідних досліджень для контролю за ефективністю лікування
- Не скасовувати терапію самостійно
- Наявність підтримки в сім'ї у зв'язку зі зміною способу життя

Прихильність дуже важко формується без мотивації до лікування. Найінтенсивніше вибуття з АРТ спостерігається протягом перших 12 місяців від початку лікування (15,8 % серед усіх, хто розпочинав АРТ в період з 08.2004 р. по 12.2012 р.). Основними причинами вибуття є пізній початок АРТ та низька прихильність до лікування. Надалі зростання цього показника суттєво уповільнюється. Через 8 років лікування 64 % осіб, які розпочали АРТ у 2004–2005 рр., залишаються живими і продовжують отримувати АРТ.

Моніторинг АРТ

I Ефективність лікування оцінюється за трьома параметрами:

- клінічний
- імунологічний
- вірусологічний

II Безпека - розвиток побічних ефектів

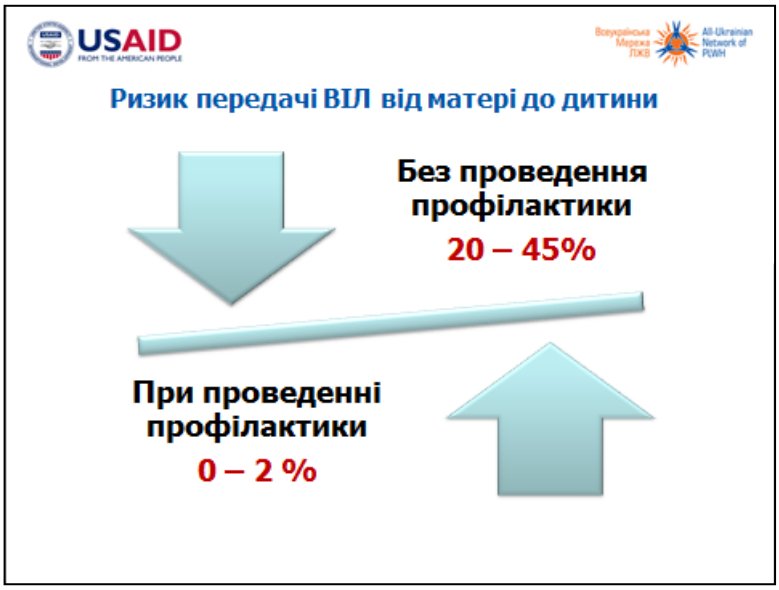
III Прихильність - виконання режиму, дозування препаратів, зв'язок з харчуванням

Саркома Капоші – клінічна динаміка на фоні АРТ

Через рік після початку АРТ

Покращення стану здоров’я тисяч ЛЖВ є найкращим свіченням ефективності АРТ.

Сьогодні світ має безпрецедентну можливість для того, щоб нові випадки інфікування ВІЛ серед дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, стали історією. Фактична ліквідація передачі ВІЛ від матері до дитини означає зниження цього показника до рівня менше 2 %, і вагому роль тут відіграє доступ до АРТ.



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Загальні підходи до АРТ профілактики перинатальної передачі ВІЛ

Трьохетапний принцип:

1. Антенатальний етап - матері під час вагітності (від 14-28 до 36-38 тижнів вагітності)

2. Інтранатальний етап - матері під час пологів.

3. Постнатальний етап - дитині після народження. (від народження до 6 тижнів)

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Схема реалізації стратегії попередження передачі ВІЛ від матері до дитини

- Первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок дітородного віку (інформаційно-просвітницькі кампанії; пропаганда безпечної сексуальної поведінки; надання знань про ВІЛ/СНІД; забезпечення доступу до презервативів; профілактика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом).
- Послуги з планування сім'ї: попередження небажаної вагітності, лікування ЗПСШ та інших запальних захворювань.
- Раннє взяття на облік в жіночу консультацію всіх вагітних жінок (до 12 тижнів).
- Добровільне консультування і тестування на ВІЛ всіх вагітних з метою своєчасного виявлення ВІЛ-інфекції.
- Диспансеризація ВІЛ- інфікованих жінок (вагітних).
- Призначення АРТ-препаратів під час вагітності та пологів жінкам і новонародженому з метою зниження ризику передачі ВІЛ.
- Правильне ведення пологів. Плановий кесарів розтин (тільки за акушерським показаннями).
- Штучне вигодовування новонародженого.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

АРТ та вагітність

Кожна вагітна повинна пройти передтестове консультування

Мінімальний обсяг інформації повинен включати наступне:

- ВІЛ є причиною СНІДу і передається при статевих контактах, вживанні наркотиків.
- Жінка може бути інфікована і не знати про це.
- Захищений секс, відмова від наркотиків – реальні фактори зниження ризику інфікуватися ВІЛ.
- Серологічний тест на ВІЛ рекомендується всім вагітним жінкам.
- Існують методи ППМД, які можуть захистити дитину.
- Жінки, які ігнорують тестування будуть позбавлені можливості отримати адекватну допомогу для себе і своєї дитини.
- Якщо жінка не тестована під час вагітності, рекомендовано протестувати новонародженого.

Необхідно докладати максимум зусиль для того, щоб кожна вагітна, яка стоїть на обліку, проходила тестування, отримувала достовірну та вичерпну інформацію про ВІЛ, і в

разі потреби мала можливість отримати профілактику, яка збереже здоров'я, а часом і життя самої матері та дитини.

Тренер дякує учасникам за увагу, та надає їм можливість задати запитання з презентованої теми.

4. ВИВЧЕННЯ ЗАКОНУ УКРАЇНИ «ПРО ПРОТИДІЮ ПОШИРЕННЮ ХВОРОБ, ЗУМОВЛЕНИХ ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ (ВІЛ), ТА ПРАВОВИЙ І СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ» (20 ХВ.)

У 1991 р. Україна першою серед країн СНД ухвалила закон «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення». Варто зауважити, що Закон неодноразово зазнавав змін та доповнень (1998 р., 2001 р., 2002 р.).

А в грудні 2010 р. Закон було суттєво змінено, в тому числі змінилась назва Закону, і тепер він називається «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Проте номер Закону залишається без змін: № 1972-XII, і він є основним документом у гарантуванні прав людей, які живуть з ВІЛ, забезпеченні принципів конфіденційності, поваги до прав і свобод, визначених законами України та міжнародними угодами.

Для виконання цього Закону ухвалено низку підзаконних актів, які регулюють механізм виконання норм Закону на практиці. Низка нормативно-правових актів, зокрема Кримінальний кодекс, визначають відповідальність за порушення прав людей, які живуть з ВІЛ.

Тренер звертається до учасників:

Хто з присутніх тут ознайомлений зі змістом даного закону? На жаль, мало хто з медичних працівників знає цей закон, а тому часто відбуваються порушення окремих його частин. Але незнання, як відомо, не звільняє від відповідальності. Зараз у нас є нагода з ним ознайомитись детально.

↘ Кожен учасник отримує копію вищевказаного закону (додаток 2.4.). Тренер об'єднує учасників у малі групи по 4–5 осіб у кожну, так, щоб утворилося 4 групи.

Далі тренер дає наступну інструкцію до вправи для всіх груп:

кожна група зараз отримає номер розділу даного ЗУ, який Ви маєте вивчити та виділити декілька найголовніших пунктів, які вважаєте основними в цьому розділі. Це мають бути ті пункти, які, на вашу думку, є вкрай важливо знати лікарю будь-якого ЗОЗ, і які найчастіше порушуються, з вашої точки зори. У вас є шанс зараз убезпечити ваших колег від порушень прав пацієнтів, зокрема ЛЖВ.

Тренер розподіляє за групами номери розділів ЗУ, які вони мають опрацювати протягом 10 хвилин: 1 група – I розділ, 2 група – II розділ, 3 група – III розділ, 4 група – IV та V розділ (вони невеликі за обсягом).

Етапи вправи:

1. Індивідуальне вивчення розділу ЗУ в залежності від номеру групи.
2. Обговорення в малих групах та визначення ключових пунктів (до п'яти).
3. Обрання спікера від групи, який буде представляти витяги з розділу та

надавати пояснення, чому саме ці пункти були обрані як найважливіші.

4. Представлення напрацювань груп кожним спікером за хронологією розділів закону.
5. Загальне обговорення вправи в колі.

↘ Важливо, щоб під час презентацій від груп, тренер пропонував учасникам наводити приклади з практики. Важливо, щоб на прикладах порушення прав ЛЖВ та після вивчення даного ЗУ, учасники підвищили рівень своєї поінформованості, усвідомили зміст закону, та уникали в подальшому подібних порушень, розуміючи власну відповідальність.

Якщо часу обмаль, можна не об'єднувати учасників у групи, а по черзі розподілити розділи ЗУ між всіма учасниками, розрахунком на 1–4. Тоді після індивідуального вивчення розділу, номер якого випав учаснику, пропонувати кожному висловлюватися про те, що дізнались нового, що робили до цього неправильно. Тренер пропонує іншим учасникам, які розглядали цей же розділ, доповнювати. Далі переходити за цим же принципом до наступного розділу. Таким чином, є економія часу за рахунок відсутності обговорень в міні-групах, але рівень активності учасників буде нижчим ніж при проведенні за попередньою схемою.

5. ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ «ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я» (10 хв.)

Усвідомлення прав людей, які живуть з ВІЛ та представників ГНР, допомагає протистояти їх дискримінації, яка є одним із виразних наслідків стигматизації. Часто, розмірковуючи над власними правами, ми забуваємо, що такі самі права мають і люди, які нас оточують.

Специфічні права ЛЖВ та представників ГНР ми розглянули з вами щойно, але не варто забувати, що ВІЛ-інфіковані є, в першу, чергу пацієнтами, а тому користуються загальними для всіх правами. Наступна презентація покликана нагадати загальні права та обов'язки медичних працівників та пацієнтів, незалежно від їх ВІЛ-статусу, які закріплені в законодавстві України. Цікаво, що медичні працівники часто нехтують своїми соціальними та професійними гарантіями, зазнаючи дискримінації з боку керівництва закладів, колег та пацієнтів.

Знаючи та поважаючи свої власні права, люди усвідомлюють права та свободи оточуючих.

Права та обов'язки медичних працівників

Конституція України

- ✓ Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека є найвищою соціальною цінністю (ст.3)
- ✓ Усі люди є вільні і рівні у своїй правах, права і свободи людини невідчужуваними та непорушними (ст.21)
- ✓ Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49)

Конституція України є основним Законом України, і в ній закріплені базові права та свободи всіх без винятку громадян.

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Стаття 77. Професійні права та пільги медичних працівників

- заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;

- належні умови професійної діяльності;

- підвищення кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років у відповідних закладах та установах;

- вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження сучасних досягнень медичної науки і практики;

- безплатне користування соціальною, екологічною та спеціальною медичною інформацією, необхідною для виконання професійних обов'язків; обов'язкове страхування за рахунок власника закладу охорони здоров'я у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

- соціальну допомогу з боку держави у разі захворювання або втрати працездатності у зв'язку з виконанням професійних обов'язків;

- скорочений робочий день і додаткову оплачувану відпустку у випадках, встановлених законодавством;

- пільгові умови пенсійного забезпечення;

- першочергове одержання медичної допомоги і забезпечення лікарськими та протезними засобами;

- створення наукових медичних товариств, професійних спілок та інших громадських організацій;

- судовий захист професійної честі та гідності.

Надзвичайно важливо, щоб медичні працівники знали про свої права та гарантії з боку держави, користувались ними та вміли їх відстоювати в разі порушення.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Стаття 78. Професійні обов'язки медичних працівників

Медичні працівники зобов'язані:

- надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;
- безплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати здоровий спосіб життя;
- дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Держава, закріплюючи в законодавстві ці обов’язки, прагне бачити українського лікаря, який високопрофесійно, сумлінно виконує свої обов’язки та готовий до поширення знань, якими володіє, у професійних колах.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Стаття 34. Лікуючий лікар

- Лікуючий лікар обирається пацієнтом або призначається йому в установленому цими Основами порядку. Обов'язками лікуючого лікаря є своєчасне і кваліфіковане обстеження та лікування пацієнта. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.
- Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення.
- Лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму.

Обговоріть з групою, як вони розуміють два останні пункти, і якою є їхня практика. В яких випадках ця норма закону може бути виконана без шкоди для обох сторін.

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Стаття 39-1. Право на таємницю про стан здоров'я

Пацієнт має право на таємницю:

- про стан свого здоров'я;
- факт звернення за медичною допомогою;
- діагноз;
- а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта.

Саме для захисту прав пацієнтів були внесені зміни в порядок оформлення листків непрацездатності, де наразі зазначається лише код захворювання. Наведіть кілька прикладів з практики порушень прав пацієнтів , якщо є така можливість.

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Стаття 40. Лікарська таємниця

- Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

- При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

Цивільний кодекс України від 16.01.2003р. №435-IV зі змінами

Стаття 286. Право на таємницю про стан здоров'я

- Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

- Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

Фізична особа зобов'язана утримуватись від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел.

Цивільний кодекс України підсилює норму щодо прав громадян на таємницю про стан здоров'я.

Кримінальний кодекс України

Стаття 145. Незаконне розголошення лікарської таємниці.

Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки,

- **карається** штрафом до 50 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян;

або громадськими роботами на строк до 240 годин,

або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років,

або виправними роботами на строк до двох років.

Саме розголошення відомостей про ВІЛ-позитивний статус є одним з найбільших порушень з боку медичних працівників, з якими звертаються ЛЖВ до правозахисників Мережі, або до соціальних працівників ВІЛ-сервісних організацій. Таке зумисне чи не зумисне діяння приносить пацієнту велику кількість проблем: відмова у наданні медичних послуг, словесні образи, некоректні висловлювання, стигматизація та дискримінація з боку осіб, яким ця інформація стала відома, врешті, погіршення психологічного та фізичного стану.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

ЗУ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Стаття 13. Права людей, які живуть з ВІЛ, на інформацію. Захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам

- Відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність в особи ВІЛ-інфекції є конфіденційними та становлять лікарську таємницю.

  Медичні працівники зобов'язані вживати необхідних заходів для забезпечення належного зберігання конфіденційної інформації про людей, які живуть з ВІЛ, та захисту такої інформації від розголошення та розкриття третім особам.

Закон України, який ми з вами попередньо розглядали, саме через велику кількість порушень щодо розголошення статусу ЛЖВ, також містить норму про заборону повідомлення інформації про ВІЛ-статус третім особам без згоди на те самого пацієнта. Раніше в широких медичних колах існувала практика маркування медичних карток ВІЛ-позитивних пацієнтів на обкладинці певним словом, наприклад, «СНІД» чи кольором, зазвичай червоним, або писали код МКХ. І це завдало величезної моральної шкоди пацієнтам через сам факт маркування та через те, що уникнути розголошення ВІЛ-статусу тоді вже було майже неможливо.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Кримінальний кодекс України

Стаття 132. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби:

- карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян,
- або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин,
- або виправними роботами на строк до двох років,
- або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Відповідальність за розголошення інформації щодо ВІЛ-статусу пацієнта та процедур, проведених з метою діагностики, без письмової згоди на те самого пацієнта, закріплена і в Кримінальному кодексі також.

Права та обов'язки пацієнтів

ЗУ«Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Р о з д і л II Права та обов'язки громадян в сфері охорони здоров'я

Стаття 6. Право на охорону здоров'я

- медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я;
- достовірну та своєчасну інформацію про стан свого здоров'я і здоров'я населення, включаючи існуючі і можливі фактори ризику та їх ступінь;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я;
- відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.

Але як ми казали раніше, ЛЖВ є в першу чергу пацієнтами на рівні з іншими громадянами, а тому, окрім прав, вони мають також і обов'язки, які варто доводити як до їх відома, так і до відома самих лікарів.

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

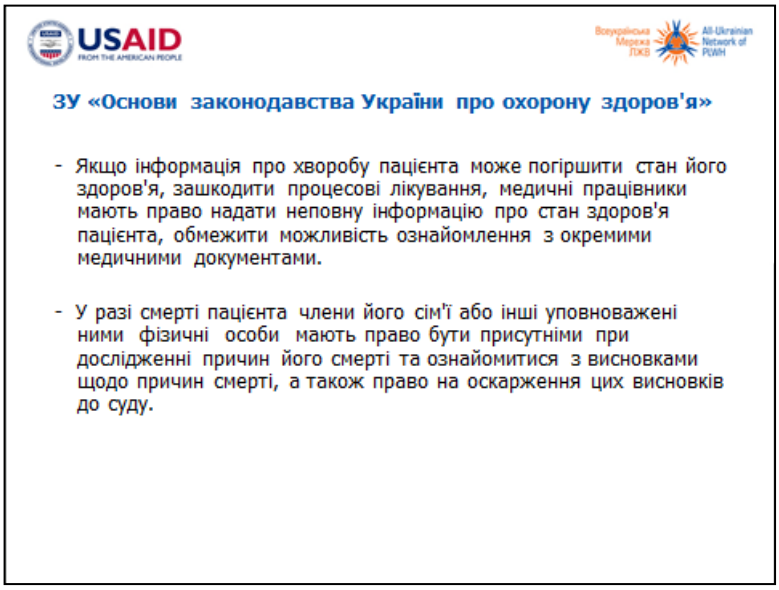
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи у разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках порушення прав людини медичними працівниками;
- право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я»

Стаття 38. Вибір лікаря і закладу охорони здоров'я

- Кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.
- Кожний пацієнт має право, коли це виправдано його станом, бути прийнятим у будь-якому закладі охорони здоров'я за своїм вибором, якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування.

Важливо знати та запам’ятати, що діти у віці 14 років набувають розширення своїх прав, і мають право звертатись самостійно до органів державної влади з питань, що їх турбують, в тому числі й за наданням медичної допомоги, без відома та дозволу батьків.



Перший пункт слайду є доволі суперечливим, і тут є над чим міркувати. Але головне дотримуватись моральної грані, яка розмежовує поняття «дії в інтересах пацієнта» та «приховування інформації від пацієнта», посилаючись на цю норму. Тільки лікуючий лікар може приймати таке рішення.

Цивільний кодекс України

Стаття 284. Право на медичну допомогу

- Фізична особа має право на надання їй медичної допомоги.
- Фізична особа має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.
- Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, провадиться за її згодою.
- Повнолітня дієздатна фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій і може керувати ними, має право відмовитися від лікування.
- У невідкладних випадках, за наявності реальної загрози життю фізичної особи, медична допомога надається без згоди фізичної особи або її батьків (усиновлювачів), опікуна, піклувальника.

Кількість відмов у наданні невідкладної допомоги з боку лікарів, у випадку коли пацієнт сам свідомо повідомляє про свій ВІЛ-статус, вражає. Пацієнти, які свідомо кажуть про свій ВІЛ-статус, бажаючи убезпечити лікарів, опиняються у небезпеці через пряму чи непряму відмову лікарів у наданні такої допомоги. Це також стосується ВІЛ-позитивних дітей. Такими діями лікарі самі змушують пацієнтів надалі ніколи не повідомляти про свій ВІЛ-статус у ЗОЗ, отримуючи при цьому якісну допомогу.

↘ Після завершення презентації, обговоріть з учасниками думки та враження, які вони мають після вивчення закону та презентації. Що змінилось у їх сприйнятті? Що вони думають тепер про пацієнтів, які приховують свій ВІЛ-статус? Чи розуміють вони свою відповідальність перед Законами України в повній мірі?

Бажано завершити дану сесію у спокійній атмосфері. Не провокуйте лікарів на конфронтацію, адже розгляд законодавства завжди сприймається лікарями як докір у постійному його порушенні. Враховуючи незахищеність у соціальному плані самих лікарів, викликані обговоренням негативні емоції можуть перекреслити вже напрацьовані перед тим результати.

Сесія 3:
СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ. ВПЛИВ СТИГМАТИЗАЦІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ.

Завдання:

1. З'ясувати вплив ВІЛ-інфекції на виникнення стигми, пов'язаної з ВІЛ.
2. Обговорити з учасниками тренінгу їхній досвід бути стигматизованим.
3. Надати інформацію щодо таких понять, як «стигма», «стигматизація», «дискримінація».
4. Проаналізувати причини та наслідки стигматизації людей, які живуть з ВІЛ.
5. Надати інформацію щодо поняття «толерантність».

Загальна тривалість: 1 год. 30 хв.

Необхідні матеріали:

- проектор;
- ноутбук;
- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- скотч;
- зображення людей різного віку (дорослих та обов'язково дітей), статі, професії, соціального статусу – 5 наборів по 5 (6) карток;
- маленькі заколки для волосся (за кількістю учасників), які мають бути трьох кольорів: приблизно однакова кількість заколок двох кольорів і лише одна - третього кольору (30 шт.);
- копії презентації «Показник Індексу стигми ЛЖВ» (додаток 3.1.);
- копії презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ. Толерантне ставлення» (додаток 3.2);
- стікери двох кольорів (для корінців та листочків);
- намальоване на аркуші фліп-чартного паперу дерево.

1. ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ «ПОКАЗНИК РІВНЯ СТИГМИ ЛЖВ – ІНДЕКС СТИГМИ» (10 ХВ).

Вступне слово тренера:

Однією з важливих проблем, пов'язаних з ВІЛ, є проблема стигматизації. Відомий вислів про три стадії епідемії ВІЛ: перша стадія – це епідемія ВІЛ. Вона проникає у суспільство тихо і непомітно, потім іде епідемія СНІДу і, нарешті, третя стадія – епідемія стигми, дискримінації, засудження та колективного відчуження. Саме третя стадія надзвичайно ускладнює подолання перших двох. Стигма стала невід'ємною частиною епідемії ВІЛ-інфекції.

У 2010 р. Мережа ЛЖВ, долучившись до міжнародної спільноти, ініціювала проведення соціологічного дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми».

Мета дослідження:
збір, узагальнення та аналіз у динаміці даних про проблеми ЛЖВ, пов'язані зі стигматизацією, дискримінацією та порушенням прав людини.

Ідея:
зібрати систематизовані дані про поширеність різних форм стигми і дискримінації за ознакою ВІЛ-статусу в Україні на основі уніфікованого опитувальника. В подальшому ці дані використовуватимуться для адвокаційних заходів на національному і регіональному рівнях.

Переваги дослідження:
•На національному рівні: створення вагомої доказової бази для майбутнього впливу на осіб, які приймають рішення, щодо внесення необхідних змін до законодавства, реалізації інших кроків, необхідних для захисту прав ЛЖВ.

•На міжнародному рівні: можливість порівнянь між окремими, поєднання адвокаційних зусиль.

Унікальність цього дослідження полягала в тому, що воно проводилося людьми, які живуть з ВІЛ, для людей, які живуть з ВІЛ, за єдиною методикою. Завдяки цьому дані, отримані в одній країні, можна порівнювати з даними країн, які розташовані на різних континентах і мають свої культурні та етнічні традиції. Крім цього, методикою дослідження передбачалася можливість консультування та психологічної підтримки людей, які брали участь в опитуванні, а в разі необхідності – їх переадресація до правозахисників, лікарів або соціальних працівників, які можуть надати кваліфіковану допомогу.

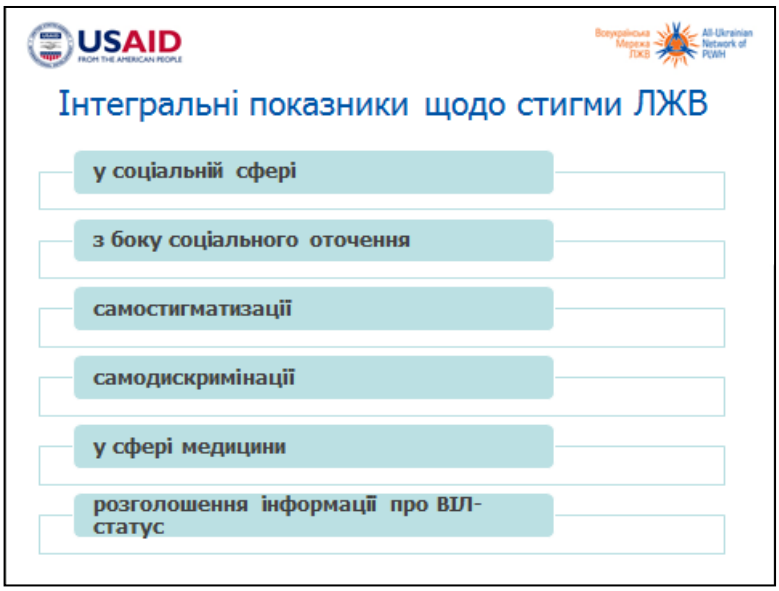
Географія та вибірка дослідження

Адміністративно-територіальні одиниці	Стандартизовані інтерв'ю	Життєві історії
АР Крим	100	4
Донецька обл.	300	11
Івано-Франківська обл.	100	4
Київська обл.	100	4
Кіровоградська обл.	100	4
Львівська обл.	100	4
Одеська обл.	200	8
Сумськая обл.	100	4
Харківська обл.	100	4
Херсонська обл.	100	3
Черкаська обл.	100	4
Київ	100	4

У 2013 р. в Україні у партнерстві ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» реалізовано повторне дослідження з метою отримання даних, які у порівнянні з дослідженням 2010 р., відобразили зміни, що відбулися у сфері подолання стигми та дискримінації до ЛЖВ. Дослідження проводилось у 12 регіонах України, 1500 ЛЖВ взяли участь в інтерв'ю.

У ході дослідження було опитано 1500 респондентів, які порівну розподілені за статтю (50 % – чоловіки, 50 % – жінки). Порівняльний аналіз отриманих даних свідчить про те, що серед опитаних ЛЖВ, як і раніше, переважають особи репродуктивного та працездатного віку (30–39 років). У поточному дослідженні 39 % опитаних ЛЖВ (проти 25 % у 2010 р.) не ідентифікували себе з жодною уразливою категорією, переважна більшість з них жінки.

Більшість опитаних ЛЖВ (81% %) заперечують факт нестачі їжі протягом останнього місяця. Цей показник залишається майже незмінним (у 2010 р. %). Серед опитаних є такі, хто регулярно (через день або навіть кожного дня) обмежує себе у харчах і навіть голодує, – 2% % або 22 особи серед опитаних ЛЖВ.



У дослідженні вивчався досвід ЛЖВ в у сферах, які найчастіше пов'язані із стигмою, дискримінацією, та самостигматизацією. Далі пропонуємо розглянути найпоказовіші данні.

Порівняно з 2010 р. відчутно поліпшилося ставлення до ЛЖВ з боку соціального оточення. Протягом останніх трьох років загальний рівень стигматизації та дискримінації ЛЖВ через ВІЛ-статус з боку соціального оточення знизився на 11 % (з 51 % у 2010 р. до 40 % у 2013 р.). Але, незважаючи на певні позитивні зрушення, проблема стигматизації та дискримінації ЛЖВ з боку оточуючих залишається доволі актуальною.

Життєві історії ЛЖВ, які брали участь у дослідженні.

Серед форм стигматизації ЛЖВ з боку оточуючих найпоширенішою протягом останніх трьох років залишаються плітки – 26 % (у 2010 р. цей показник становив 30 %). Далі йдуть такі форми, як: усні образи, переслідування та погрози з боку інших людей (13 %), дискримінація членів сім'ї ЛЖВ (9 %), психологічний тиск, маніпуляції з боку партнера (9 %), переслідування, погрози, фізичне насильство (3 %), неможливість участі в домашніх справах (2 %). Так само, як і в попередні роки, жінки частіше стають жертвами фізичного насилля з боку чоловіків/партнерів (66 %).

Аналіз життєвих історій ЛЖВ свідчить про те, що нерідко внаслідок фізичних переслідувань вони змушені змінювати місце проживання, аби захистити себе і своїх дітей.

При цьому в багатьох життєвих історіях ЛЖВ наголошували на низькій поінформованості щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції як населення загалом, так і медичних працівників. Другою вагомою причиною прояву стигматизації та дискримінації з боку соціального оточення є бажання дистанціюватися від ВІЛ-позитивних людей з огляду на переконання, що бути ВІЛ-інфікованим ганебно (про що зазначили 34 % опитаних ЛЖВ). 9 % респондентів зазначили, що зазнавали стигматизації через свою належність до групи колишніх засуджених, а 5 % – через належність до інших уразливих до ВІЛ-інфекції груп.

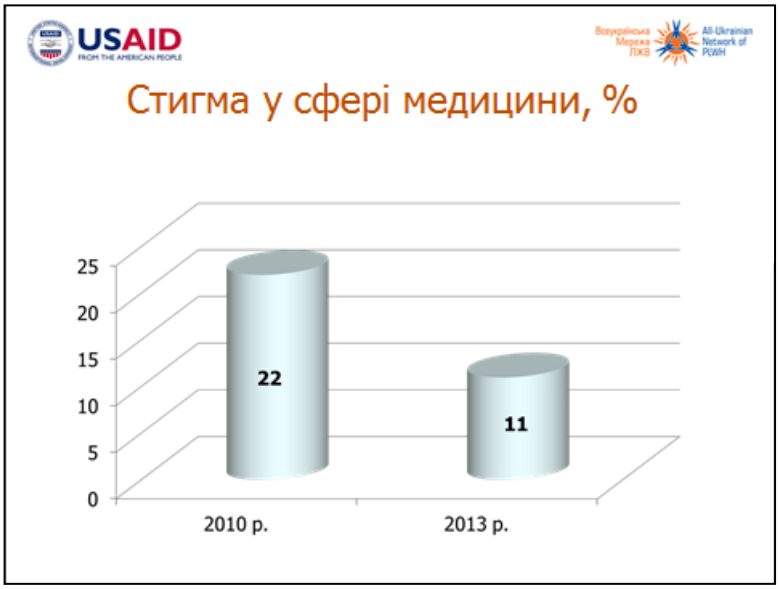
Самостигматизація, або «внутрішня» стигма, передусім зачіпає почуття власної гідності окремої людини. Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ, чинять сильний психологічний вплив на самосвідомість ЛЖВ, у деяких випадках викликаючи в них депресію, занижену самооцінку і відчай. Це підриває і виснажує сили ЛЖВ, змушує їх звинувачувати самих себе в тому, що вони опинилися в такому скрутному становищі. Загальний рівень самостигматизації ЛЖВ через свій ВІЛ-статус протягом останніх трьох років залишається незмінно високим (82 %). Дещо частіше піддаються внутрішній стигмі жінки (85 %), ніж чоловіки (78 %). Протягом останніх трьох років найпоширенішими

проявами внутрішньої стигматизації серед ЛЖВ залишаються:

- самозвинувачення (58 %, і цей показник незмінний з 2010 р.);
- відчуття власної провини (46 % у 2013 році проти 47 % у 2010 р.);
- занижена самооцінка (46 % і 38 % відповідно);
- відчуття сорому (41 % і 37 % відповідно).

Незмінно високим (62 %) протягом останніх трьох років залишається показник самодискримінації ЛЖВ. Пік самодискримінаційних рішень припадає на перший рік після встановлення діагнозу (66 %), надалі, з плином часу, поширеність прийняття таких рішень серед ЛЖВ дещо знижується (55 % – для тих, хто живе з ВІЛ понад 15 років).

Серед самодискримінаційних рішень ЛЖВ найпоширенішими протягом останніх 3 років залишаються: рішення не мати дітей (39 % у 2013 р. проти 37 % у 2010 р.), не брати шлюб (21 % і 20 % відповідно), а також уникати відвідування медичних установ (у т.ч. поліклінік – 21 % та відмова від госпіталізації – 18 %).



11 % респондентів протягом останніх 12 місяців принаймні раз стикалися з обмеженням у доступі до медичних послуг із причин, пов’язаних з ВІЛ-статусом.

Зменшення цього показника протягом останніх трьох років (у 2010 р. він становив 22 %) свідчить про відносне поліпшення доступу ЛЖВ до медичних послуг.

З причин, що включають ВІЛ-статус, %

ЛЖВ	2010 р.	2013 р.
відмовляли у медичному обслуговуванні, включаючи стоматологічну допомогу	20	11
відмовляли у послугах у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я	5	2
відмовляли у послугах з планування сім'ї	3	1

Як і раніше, найпоширенішою формою дискримінації ЛЖВ у медичній сфері залишається відмова в медичному обслуговуванні, у т.ч. стоматологічній допомозі.

Життєві історії яскраво ілюструють дані опитування прикладами прямої або опосередкованої відмови ЛЖВ у медичному обслуговуванні у разі, якщо ВІЛ-статус пацієнта ставав відомим. Багато хто з опитаних стикався з образливими висловлюваннями та зневажливим ставленням до них з боку медичного персоналу. Такі ситуації досить часто стають причиною відмови від інформування пацієнтами лікарів про свій ВІЛ-статус або взагалі уникнення відвідування медичних установ навіть у разі, коли це необхідно.

Обмеження у доступі до медичних послуг

Когда меня госпитализировали в больницу, я сама сообщила доктору, что у меня ВИЧ-инфекция, из хороших побуждений, чтобы обезопасить доктора. Когда врач-гинеколог узнала о моей болезни, она стала вести себя неадекватно, начала обзывать меня заразной, СПИДозной. Сказала, что я – наркоманка СПИДозная, и что я и такие как я не имеют права лечиться в больнице с остальными людьми. Все это мне пришлось выслушать, находясь на гинекологическом кресле. Потом она открыла дверь и начала кричать на весь коридор о моем состоянии

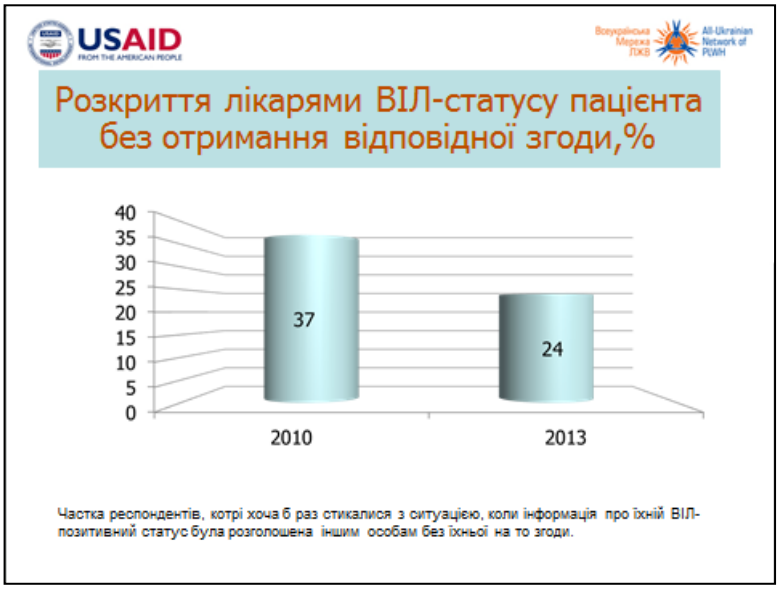
життєва історія, АР Крим

В больнице медперсонал называет нас с презрением «спидозные твари». После этих слов я никогда в жизни не лягу в это отделение лечиться

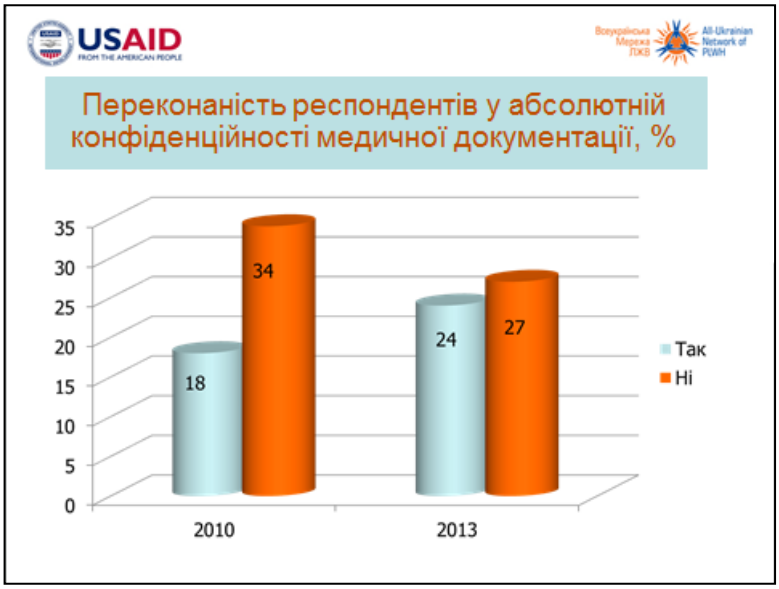
життєва історія, м. Донецьк

Стигма та дискримінація при народженні дітей, %

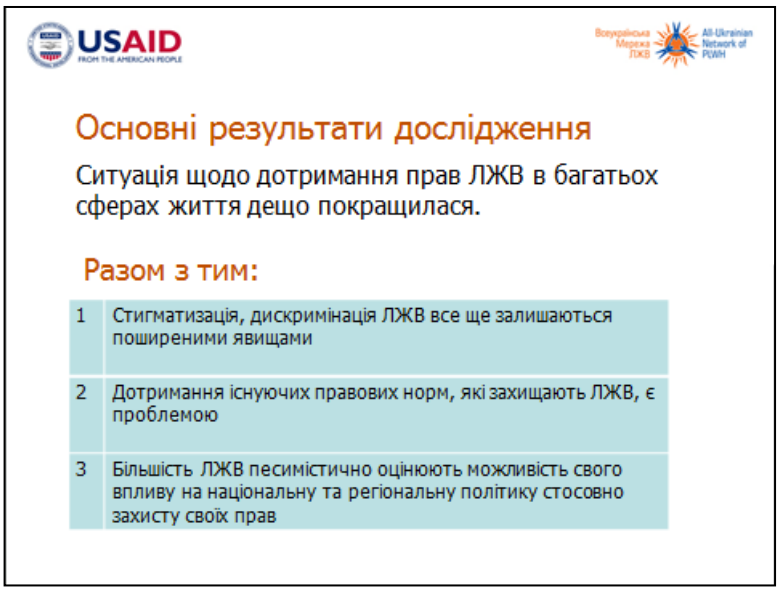
Серед тих респондентів, які вказують на отримання від лікарів рекомендацій відмовитись від народження дітей чи пройти стерилізацію, більшість жінок, але чоловіки також засвідчують такі випадки.



За останні три роки поліпшилася ситуація із дотриманням прав ЛЖВ на анонімність, конфіденційність та лікарську таємницю, гарантованих українським законодавством. Про це свідчить значне зниження показника розголошення інформації про ВІЛ-статус: із 37 % у 2010 р. до 24 % у 2013 р. Зокрема, йдеться про зниження частки респондентів, які повідомили про несанкціоноване розголошення інформації про ВІЛ-статус медпрацівниками (8 % проти 13 % у 2010 р.).



Отримані дані свідчать про поліпшення ситуації з рівнем довіри до збереження конфіденційності медичної документації.



Порівняно з 2010 р. із 21 % до 32 % збільшилася частка осіб, які звертались до організацій, що можуть допомогти у вирішенні проблем, пов'язаних зі стигмою чи дискримінацією. Але разом з тим, доволі тривожним сигналом також є незмінне песимістичне сприйняття ЛЖВ своїх можливостей щодо впливу на різні сфери життя ЛЖВ: 84 % опитаних проти 71 % у 2010 р. зазначили, що вони не можуть вплинути на жоден аспект життєдіяльності ЛЖВ-спільноти.

2. ВПЛИВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА ВИНИКНЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ. ВПРАВА «ІСТОРІЯ» (30 ХВ.).

Тренер звертається до учасників:

часто люди не усвідомлюють, що їхня поведінка є стигматизуючою щодо інших. Тому усвідомлення особливостей власної поведінки є важливим кроком до змін у самому собі. Наступна вправа допоможе нам дослідити ці процеси.

Тренер ділить аудиторію на малі групи для проведення вправи «Історія». Кожна підгрупа отримує картки відповідно до кількості учасників із зображеннями різних людей. Одна з карток позначена на зворотному боці, наприклад, зірочкою – це ВІЛ-позитивний персонаж. Однак на початку вправи тренер не надає цієї інформації.

Завдання учасникам підгруп: поєднати персонажів однією історією і розповісти про кожного. Персонажі можуть бути членами однієї родини, вони можуть жити в одному будинку, працювати разом. Після обговорення кожен учасник розповідає всім учасникам тренінгу про свого героя, відповідаючи на запитання від імені першої особи: «Як мене звати, скільки мені років, який сімейний стан, у яких родинних або інших стосунках перебуваю з рештою персонажів, чи є діти, де працюю, який соціально-економічний статус, які маю захоплення тощо». Особливо спонукайте учасників тренінгу розповідати про стосунки з іншими персонажами.

Після того, як всі групи презентують свої історії та героїв , перегорнувши картки, учасники з'ясовують, хто з персонажів ВІЛ-позитивний. Далі учасники у підгрупах відтворюють заново свої лінії поведінки, ґрунтуючись на попередньому сценарії, але вже знаючи, хто є ВІЛ-позитивний.

Цього разу герої мають відповісти на такі запитання (для ВІЛ-негативних):
1. Чи знаєте ви, що цей персонаж є ВІЛ-позитивним?
2. Як дізналися про це?
3. Що змінилося у вашому житті через те, що він/вона є ВІЛ-позитивним?
4. Як змінилося ставлення до цього персонажа?

Запитання для ВІЛ-позитивних персонажів:
1. Як ви були інфіковані?
2. Як ви дізналися про свій ВІЛ-статус?
3. Як ви тепер почуваєтеся?
4. Що змінилось у вашому житті?
5. Як змінилися стосунки з іншими персонажами?

Після ознайомлення з усіма сюжетами відбувається загальне обговорення за такими питаннями:

- Звідки з'явилися ідеї щодо персонажів другого сюжету? Чи це реальні випадки з життя?
- Чи є типовою поведінка персонажів вашої групи у випадку, коли хтось стає ВІЛ-позитивним?
- Чи були в сюжетах випадки стигми та дискримінації, пов'язані з ВІЛ? У чому вони проявлялися?

↘ Важливо, щоб тренер у процесі обговорення привів учасників до усвідомлення того, що продуковані ними історії є відображенням реальності, яка існує, і такого ставлення до ВІЛ-позитивних людей, яке є типовим у нашому суспільстві. У цих історіях учасники тренінгу зможуть самі побачити зразки стигматизуючої поведінки та дискримінації.

3. ВЛАСНИЙ ДОСВІД БУТИ СТИГМАТИЗОВАНИМ. ВПРАВА «ЗАКОЛКИ» (15 ХВ)

Вплив стигми на наше життя і нашу поведінку може мати різні прояви. Іноді це певні дії, іноді – бездіяльність і байдужість, що так само призводить до приниження та відчуження одних людей іншими. В основі стигматизуючої поведінки лежать часто неусвідомлювані нами мотиви і механізми.

Для виконання вправи «Заколки» тренер просить усіх учасників заплющити очі та не розмовляти до кінця вправи. Коли учасники заплющать очі, тренер чіпляє кожному на волосся або на комірець одягу за спиною заколку таким чином, щоб, розплющивши очі, жоден учасник не зміг побачити, що у нього на голові та якого кольору цей предмет. Якщо в аудиторії є учасники, які брали участь у такій вправі, їх можна призначити спостерігачами. Добре, якщо таких спостерігачів буде не більше двох.

Після того, як усі учасники отримали заколки, тренер просить учасників розплющити очі та утворити групи за певною ознакою, про яку вони самі мають здогадатися (кольором заколок). Розмовляти під час вправи категорично не можна.

Коли утворилося дві групи учасників за принципом кольору заколок на голові й

один учасник перебуває поза такими групами, групи можуть вирішити: запросити чи забрати такого учасника до себе або ж, навпаки, не приймати його до себе. На цьому етапі варто завершити вправу.

Тренер під час вправи має уважно спостерігати за поведінкою учасників, а саме: звертати увагу на поведінку тих, хто активно поводиться, намагається керувати процесом, дає вказівки; також варто звертати увагу на тих, хто поводиться пасивно, чекає, щоб хтось допоміг їм визначитися. Варто уважно спостерігати за поведінкою учасників, коли вони намагаються «вирішити», що робити із «зайвим» учасником.

Висловитися про свої відчуття, які виникали у процесі гри, першим пропонується учасникам із двох груп, далі, якщо були, то спостерігачі, а наостанок людині, в якої колір заколки відрізнявся від усіх. Дуже важливо усвідомлювати, що роль аутсайдера для учасників є такою, що може травмувати, часто люди переживають сильні емоції (іноді плачуть від образи, що їх не приймали). Тому тут надзвичайно важливо сказати про те, що учасник, який зіграв роль аутсайдера, – це герой, що допоміг групі зрозуміти дуже складні процеси і переживання, викликані стигмою, – знаком, який відрізняє одну людину від інших. Після обговорення попросіть групу подякувати «зайвому» за можливість пережити такий досвід (у цей момент учасники групи за бажанням висловлюють подяку колезі).

Можливі запитання на обговорення:

1. Що відбувалося?
2. Що ви відчували у процесі?
3. Як ви зрозуміли, куди йти?
4. Що ви відчували, коли знайшли свою групу?
5. Що відчувала людина, коли опинилася на самоті?
6. Що ви відчували стосовно цієї людини?

Після завершення обговорення попросіть учасників зробити висновки про те, що вони зрозуміли про стигму.

4. ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ «СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ. ТОЛЕРАНТНЕ СТАВЛЕННЯ». ВПРАВА «КОРІННЯ–ЛИСТЯ» (40 ХВ.)

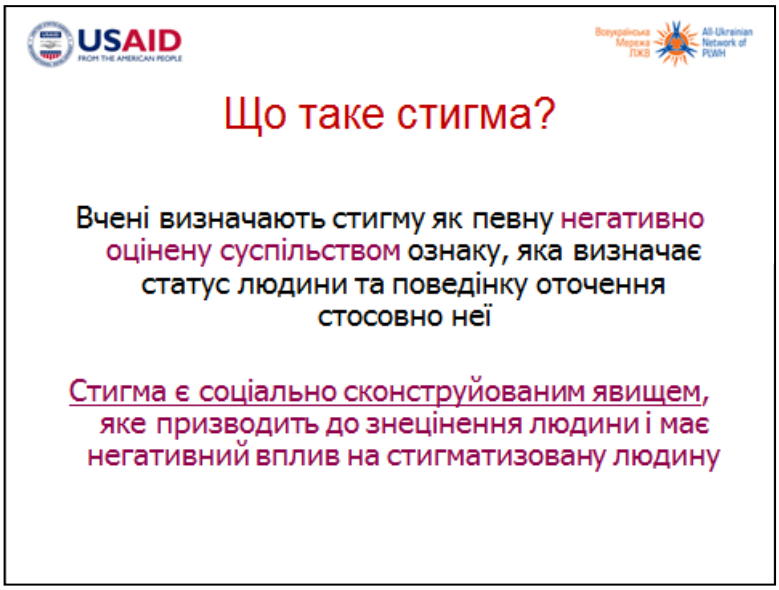
Слово «стигма» не є новим для нас. Але дати визначення цього поняття буває складно. Часто можна почути, швидше, емоційно забарвлені асоціації, аніж чітке пояснення значення.

МОЗКОВИЙ ШТУРМ (до 5 хв.). Тренер звертається до учасників із запитанням: "Які асоціації виникають у вас щодо слова СТИГМА?" Учасники називають, а тренер фіксує всі їхні вислови на фліп-чарті. Пізніше, впродовж презентації, тренеру варто апелювати до цього матеріалу.

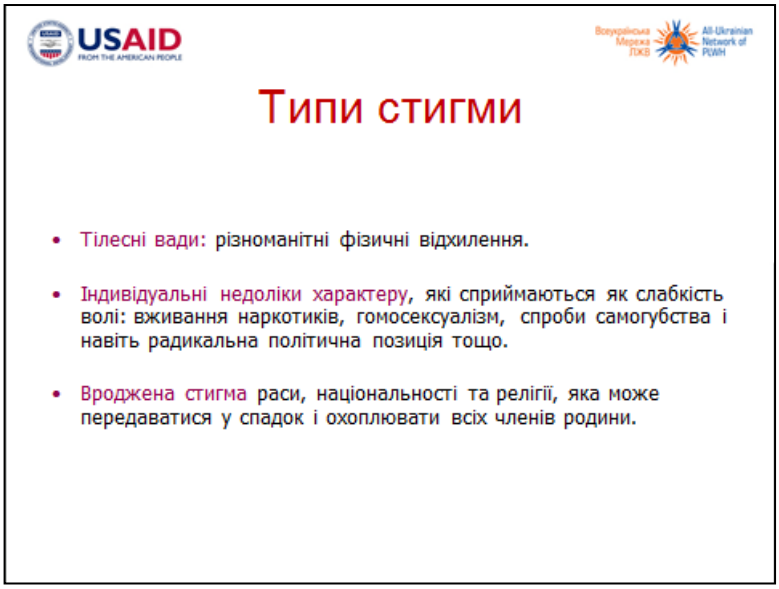
↘ Після мозкового штурму тренер переходить до презентації. Важливо розуміти, що презентація побудована таким чином, що перша її частина спрямована на розуміння стигми загалом, без накладання її на контекст ВІЛ-інфекції та ЛЖВ. Тому представляючи цей матеріал, важливо звертати увагу учасників на власний досвід переживання стигми або на той досвід, коли учасники тренінгу були свідками стигматизації інших людей. Багато прикладів стигматизації можна наводити зі шкільного життя. Зокрема, приклади з новачками у класі, рудими дітьми, дітьми в окулярах і, звичайно, з «двійочниками». Це допоможе краще зрозуміти суть стигми загалом і комплексу всіх переживань, які мають стигматизовані люди. Також на цих прикладах добре демонструвати роль оточення у конструюванні стигми: вчитель, не бажаючи того, може стати тим, хто «конструює» стигму або, навпаки, руйнує правила, які можуть сформувати стигму.

Слово «стигма» виникло у Давній Греції, де вигнанцям ставили тавро розпаленим залізом або мітили іншим способом, аби інші люди могли ідентифікувати їх як таких, що

зганьбилися своєю поведінкою.



Традиційно стигма визначається як характерна особливість індивіда, яка значно дискредитує його в очах оточуючих і чітко демонструє, що людина відрізняється від інших. Особистість, яка має стигму – певний знак – вже не може ідентифікувати себе із членами суспільства, в якому існує. Важливо, що саме суспільство, оточення людини визначає/конструює, що саме є небажаною ознакою, характеристикою, на основі якої людину принижують.



Вчені традиційно виділяють три типи стигми. По-перше, різноманітні тілесні вади: відсутність якогось органу тіла, функції організму тощо. По-друге, «індивідуальні недоліки характеру» (за І. Гоффманом), які сприймаються як слабкість волі, зокрема психічні хвороби, ув’язнення, безробіття, спроби самогубства, вживання наркотиків та алкоголю, гомосексуальність, радикальна політична позиція тощо. Нарешті, є вроджена стигма, яка передається у спадок і пов’язана з кольором шкіри, віросповіданням, національністю. Така стигма, як правило, охоплює усіх членів родини.

При зустрічі з незнайомцем ми можемо помітити, що він є носієм певної якості, яка відрізняє його від інших людей і є небажаною для нього. Таким чином, у нашій свідомості він перетворюється із цільної особистості на неповноцінну, яка має певні дефекти. Така якість і є стигмою. Важливо, що йдеться не про всі якості індивіда, а лише про ті, які не відповідають нашим стереотипним уявленням про те, яким має бути цей тип індивіда.

Люди схильні приписувати індивіду велику кількість недосконалостей на основі однієї недосконалості, а правильніше сказати, на основі однієї характеристики або якості, яка визнана суспільством небажаною. Влучно про роль стигми сказав Гордон Олпорт, американський психолог, розробник теорії рис особистості: *"Ярлики діють на нас так само, як пронизливий звук сирени, і ми стаємо глухими до всіх більш тонких звуків, які у спокійних обставинах обов'язково помітили б".* Стигма призводить до того, що людина ідентифікується виключно як носій певних якостей, і в цьому її соціальна небезпека.

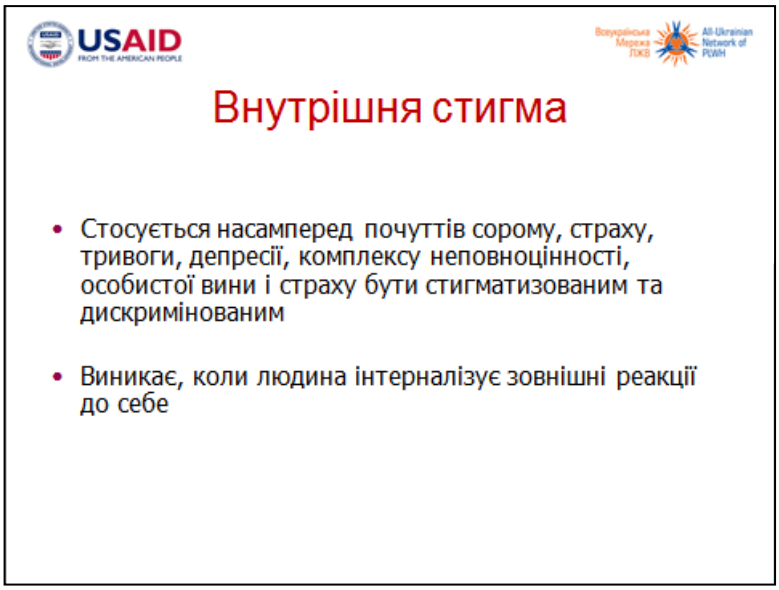
Американський вчений Ірвін Гоффман, який вважається класиком теорії стигми, описав характеристики хвороб, які можуть піддаватися стигматизації:

- людина, що хворіє, сприймається суспільством як відповідальна за те, що вона хворіє;
- хвороба є прогресуючою та невиліковною;
- суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби;
- симптоми важко приховувані чи не можуть бути приховані.

Очевидно, що ці характеристики можуть бути застосовані й до ВІЛ-інфекції, адже людей, які інфікувалися ВІЛ, суспільство сприймає як відповідальних за свій стан (йдеться про такі шляхи передачі, як статевий та спільне використання брудного інструментарію для вживання наркотиків); попри існування ефективного підтримуючого лікування, ВІЛ залишається невиліковною хворобою; досі рівень знань про ВІЛ у суспільстві залишається невисоким; пізня стадія, СНІД, зазвичай негативно позначається на фізичному стані людини.

Існує багато слів, які люди використовують у повсякденному житті для позначення стигми. При цьому ніхто не замислюється над буквальним значенням слова, яке від початку означало певну принизливу, небажану ознаку або характеристику.

Виділяють два типи стигми: зовнішню і внутрішню. Зовнішня стигма спрямована зовні на стигматизовану особу, тобто людина стає об'єктом стигматизації з боку інших людей. Зовнішня стигма може проявлятися у різних формах: фізичного насилля, морального приниження, звинувачення, осуду, ігнорування тощо. Іншими словами – це не толерантне ставлення оточуючих до людини, яка чимось відрізняється від інших.

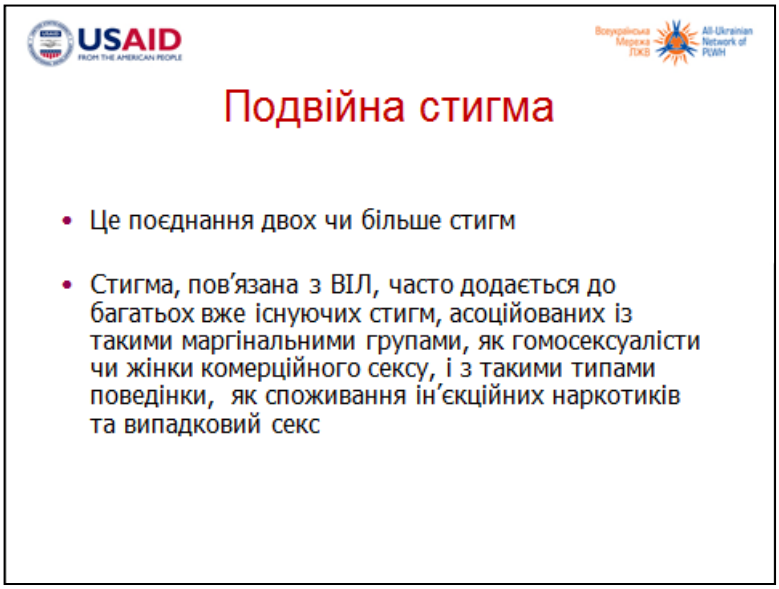


Внутрішня стигма є результатом внутрішніх переживань людини і формує у нього самосприйняття як носія небажаних якостей. Внутрішня стигма може проявлятися як відчуття власної неповноцінності, безпорадності та призводити до втрати контролю над власним життям і до неможливості встановлювати соціальні контакти. Виникнення внутрішньої стигми провокується ставленням та діями оточення, але, разом з тим, внутрішня стигма посилює зовнішню, адже захисні дії, до яких вдаються ВІЛ-позитивні люди, часто полягають в уникнанні або самоусуненні (небажанні отримувати медичну допомогу, лікуватися, відмовлятися від

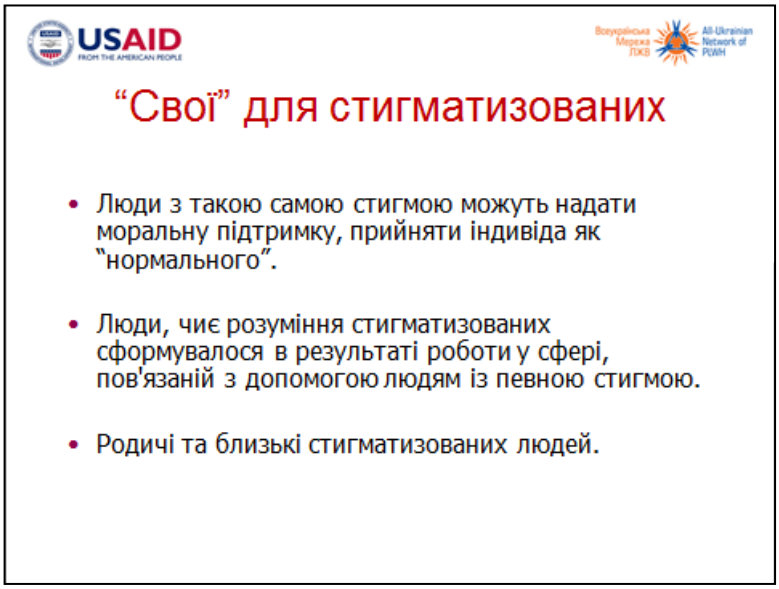
соціальної активності, від близьких стосунків з іншими людьми), що засвідчують результати дослідження «Індекс стигми».

Засвоєні «стандарти» суспільства дають змогу людині дуже чітко зрозуміти, що інші вважають недоліком. Сором стає основним почуттям, яке виникає зі сприйняття людиною своїх власних якостей як небажаних, принизливих. Спектр переживань людиною внутрішньої стигми може мати дуже різні прояви: з одного боку, відчуття власної неповноцінності, нездатність будувати відносини з людьми, які не належать до стигматизованої групи, страх дискримінації; з іншого – намагання показати, що я не такий, як інші представники стигматизованої групи. Такі переживання ведуть до того, що у людини виникає відчуття безпорадності та відсутності контролю над власним життям і переконання, що власна думка не має жодного значення.

Зазвичай людина переживає зовнішню і внутрішню стигму дуже складно, але найбільш складною є ситуація, коли особистість піддається одночасно і зовнішній, і внутрішній стигматизації, коли негативне сприйняття іншими доповнюється негативним самосприйняттям.



Часто одна особа поєднує у собі дві стигми. У такому разі йдеться про подвійну стигму, а коли стигм більше двох, то про множинну стигму або мультистигму. У контексті епідемії ВІЛ-інфекції стигма, пов’язана з ВІЛ, часто додається до вже наявних у людини стигм, зокрема гомосексуальності, вживання наркотиків тощо, і посилює негативне ставлення до людини з боку оточення.

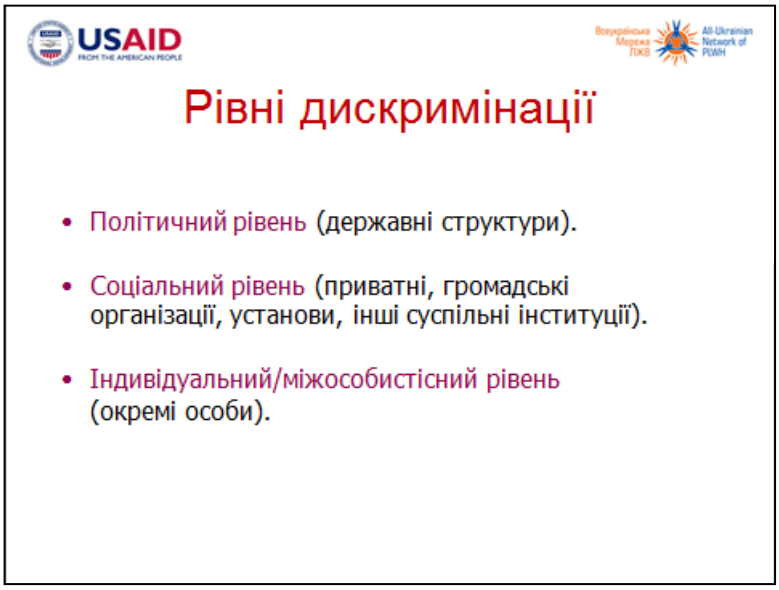


Серед «своїх» для стигматизованих осіб виділяють декілька груп: люди з такою самою стигмою; люди, які надають їм допомогу та/або постійно і близько спілкуються з ними; родичі та близькі. Разом з тим, стигматизації зазнають не лише особи, які мають певну стигму, а й близькі до них люди. У таких випадках ми можемо говорити про так звану супроводжуючу стигму. Таку стигму можуть переживати родичі, друзі, близькі люди до стигматизованої особи, оскільки їм часто доводиться долучатися до тих проблем, які переживають стигматизовані люди.

Стигматизація – це негативне ставлення до людини з певною небажаною ознакою, а дискримінація – це певні негативні дії, які є наслідком стигматизації. Стигматизація завжди неухильно призводить до дискримінації, тобто до негативних вчинків, спричинених стигмою.

Три терміни – зовнішня стигма, внутрішня стигма та дискримінація – пов'язані між собою, оскільки дискримінація, яку ще часто називають стигматизацією в дії, зумовлює внутрішню стигму, а та, в свою чергу, посилює зовнішню стигму.

Під терміном «дискримінація» мається на увазі навмисне обмеження прав частини населення, окремих груп чи індивідів за певною ознакою. У нашому випадку такою ознакою є ВІЛ-інфекція, яка може стати причиною того, що людину звільняють з роботи, не надають належної медичної допомоги, дитину виключають зі школи тощо.



Дискримінація має різні соціальні рівні: політичний (на рівні державних структур), соціальний (на рівні приватних, громадських організацій та установ) та індивідуальний (на рівні окремих осіб).

На різних рівнях дискримінація має свої форми прояву. На політичному рівні – це дискримінаційні закони й політики; на рівні окремих установ – дискримінаційні правила та дії представників цих установ; на індивідуальному рівні – приниження окремими особами, сім'ями. В Україні законодавство з питань ВІЛ/СНІДу не є дискримінаційним, але на практиці воно порушується на рівні діяльності або бездіяльності окремих установ (примусове

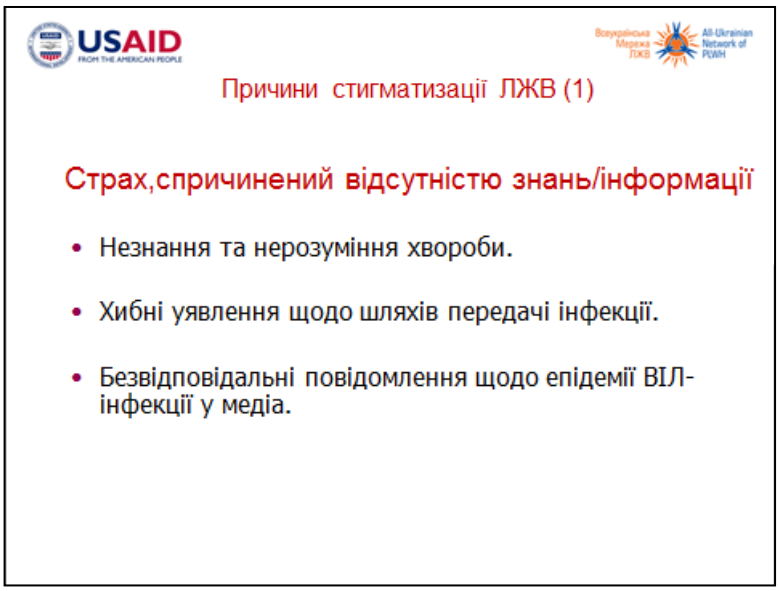
тестування при прийнятті на роботу, звільнення на підставі позитивного статусу, відмова у медичній допомозі, у прийнятті до школи тощо), а також на індивідуальному рівні (відмова у спілкуванні, догляді тощо).

Очевидно, що вплив стигми на людей, які живуть з ВІЛ є негативним. Внаслідок стигми та дискримінації права ЛЖВ і людей, яких вважають ЛЖВ, порушуються, що значно посилює негативні наслідки епідемії.

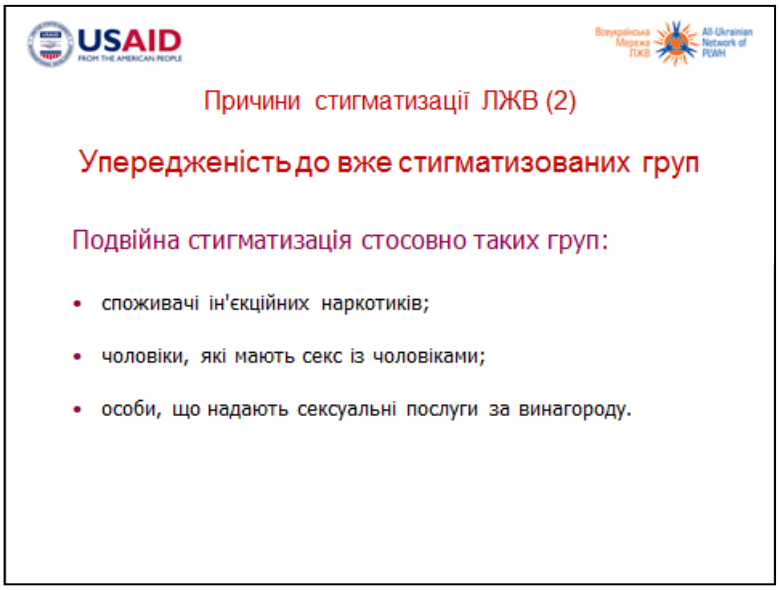
Для виконання вправи «Коріння – листя» тренер формує з учасниками дві групи. Одна група отримує завдання виписати причини стигматизації ВІЛ-позитивних людей, а інша – наслідки стигматизації для ЛЖВ. Тренер заздалегідь готує плакат (аркуш фліп-чарту), на якому схематично зображує дерево (без листочків, лише контур дерева з гілками). Причини фіксуються на стікерах, з яких формують коріння (1 причина на 1 стікері); наслідки – на зелених стікерах, які формують крону дерева (добре, якщо ці стікери будуть у вигляді листочків). Після обговорень у групах учасники наклеюють свої відповіді та презентують напрацювання груп.

↘ Орієнтовний час виконання вправи – 15 хв.: 10 хв. – робота в групах, і 5 хвилин – на презентацію результатів.

Під час виконання цієї вправи спонукайте учасників шукати не лише ті причини та наслідки, які лежать «на поверхні», а й глибше думати і замислитися над причинами причин і наслідками наслідків. Після виконання вправи та її обговорення тренер переходить до продовження презентації «Стигма та дискримінація, пов’язані з ВІЛ» і аналізує причини та наслідки стигматизації ЛЖВ, апелюючи до тих матеріалів, які напрацювали учасники тренінгу.



Серед головних причин стигми виділяють страх інфікування, який у свідомості людей прирівнюється до страху смерті. Страх інфікування у пересічних громадян пов’язаний передусім із недостатніми або взагалі відсутніми знаннями щодо шляхів інфікування та профілактики. Натомість міфи щодо ВІЛ-інфекції, які на початку епідемії були розтиражовані ЗМІ, укорінилися у свідомості людей досить глибоко.



Серед причин стигматизації виділяють також упереджене ставлення до уразливих до ВІЛ груп, які самі зазнають сильної стигматизації. Йдеться про споживачів наркотиків; осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Причини стигматизації ЛЖВ (3)

Суспільні норми щодо визначення "поганої" поведінки

- Вживання наркотиків.
- Сексуальна орієнтація (гомосексуальність, бісексуальність).
- Надання сексуальних послуг за винагороду.
- Статеві контакти з декількома партнерами.

Стигма, пов'язана з ВІЛ, є складним явищем і посилює негативне ставлення шляхом асоціації ВІЛ із уже стигматизованою поведінкою, наприклад, наданням сексуальних послуг за винагороду, споживанням ін'єкційних наркотиків, гомосексуальною поведінкою.

Таким чином, наявні моральні норми формують переконання, що ЛЖВ заслуговують на свій ВІЛ-позитивний статус через «неправильну» поведінку.

Страх бути стигматизованим впливає на намір людини

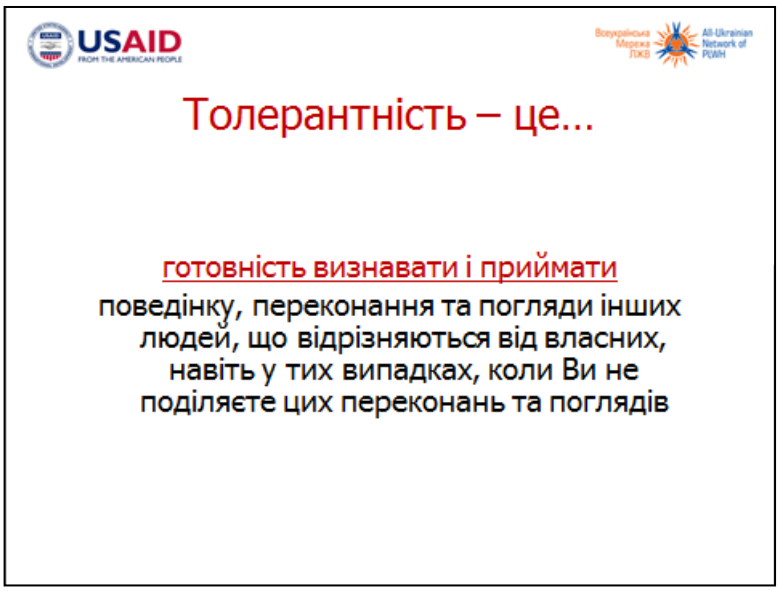
- Пройти тестування на ВІЛ.
- Повідомити іншим свій статус.
- Шукати чи надавати допомогу та підтримку.
- Розпочати лікування; сформувати прихильність до приймання терапії.

Прикладами наслідків стигми є уникнення тестування на ВІЛ як серед уразливих груп, так і серед населення в цілому, уникнення медичної допомоги, приховування свого статусу від інших, відмова практикувати безпечні форми поведінки через страх бути стигматизованим.

Стигма також впливає на лікування, догляд та підтримку ЛЖВ. Звертаючись за лікуванням, людина ризикує зазнати стигматизації та дискримінації і, як наслідок, не отримати послуги чи отримати їх на низькому рівні. Не звернення за допомогою, у свою чергу, призводить до того, що люди не розпочинають вчасно лікування.

Отже, стигма, пов'язана з ВІЛ, має негативний вплив на психологічний стан стигматизованої людини та на її здоров'я, що загалом призводить до зниження якості життя людини, під якою розуміється соціальна захищеність, задовільне фізичне самопочуття, задоволення духовних потреб, задоволення потреб у спілкуванні, психічне благополуччя та реалізація і саморозвиток особистості.

Зниження рівня стигматизації є необхідним кроком задля ефективної боротьби з епідемією та надання адекватного догляду і підтримки тим, кого стосується ця проблема. Серед шляхів подолання стигматизації насамперед називають надання об'єктивної інформації про шляхи передачі ВІЛ та методи профілактики, розвінчування міфів і суспільних стереотипів, а також демонстрацію толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних людей як поведінки, що має стати нормою в суспільстві.



Толерантність – це цінність і норма громадянського суспільства, яка проявляється у праві всіх громадян бути різними, у повазі до різноманітності культур та цивілізацій, готовності до розуміння та співпраці з людьми, які відрізняються зовні, мають іншу мову, переконання, звичаї та вірування.

Таким чином, бути толерантним означає готовність визнавати і приймати поведінку, переконання та погляди інших людей, які відрізняються від власних, навіть у тих випадках, коли людина не поділяє цих переконань та поглядів. Влучно про це сказала Маргарет Тетчер: «Зовсім не обов'язково погоджуватися зі співрозмовником, щоб знайти з ним спільну мову».

Толерантність, як і стигматизація, проявляється у ставленні та поведінці людей. Толерантна особистість поважає інших, визнає їхнє право бути іншими, приймає людей такими, якими вони є, що, зокрема, проявляється і в толерантній лексиці. Світогляд толерантної людини виражається у тому, що вона здатна співпрацювати з іншими на рівних умовах, відмовляється від домінування, адже усвідомлює, що її думки та погляди не є абсолютом.

Толерантність є однією з важливих умов віднайдення компромісів та подолання конфліктів. Толерантній людині властиво не ділити людей на категорії, групи тощо, тому вона завжди готова зрозуміти іншого. Толерантна людина здатна посміятися з себе і зрозуміти власні слабкі сторони. Толерантна людина не має потреби домінувати, адже, як казав Габріель Гарсіа Маркес: «людина має право подивитися на іншого зверху вниз лише для того, аби допомогти йому встати на ноги». Толерантна людина адекватно оцінює себе, намагається розібратися у своїх проблемах, власних перевагах та недоліках.

Тренер дякує учасникам за увагу, надає можливість поставити уточнюючі запитання, якщо такі виникли.

↘ На завершення тренеру варто провести загальне обговорення сесії, присвяченої темі стигми та дискримінації.

<u>Запитання для загального обговорення:</u>

- Які думки виникли у вас після всіх вправ та презентацій стосовно теми стигми та дискримінації?
- Які відкриття ви зробили для себе? Що нового дізнались?
- Що саме є головним, на вашу думку, для людей, що живуть з ВІЛ та представників ГНР?
- Що ви спробуєте змінити у ставленні до інших людей?

Сесія 4:
ОСНОВИ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ НА ВІЛ. ЗАХИСТ ВІД ІНФІКУВАННЯ ВІЛ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ ДЛЯ ПАЦІЄНТА ТА МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА. ПОСТКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА.

Завдання:

1. Надати інформацію про принципи проведення ДКТ, відпрацювати практичні навички консультування пацієнта.
2. Обговорити ставлення медичного персоналу до ризику професійного контакту з ВІЛ.
3. Ознайомити учасників з принципами та практиками стандартних застережних заходів передачі ВІЛ в умовах медичних закладів.
4. Ознайомити учасників з принципами та практикою застосування стандартних застережних заходів для уникнення інфікування ВІЛ, гепатами та іншими інфекціями, дотримання правил утилізації відходів в медичному закладі.
5. Обговорити та надати практичні знання учасникам стосовно оцінки ризику інфікування ВІЛ в разі аварії на робочому місці та призначення медикаментозної пост контактної профілактики.

Загальна тривалість: 2 год.

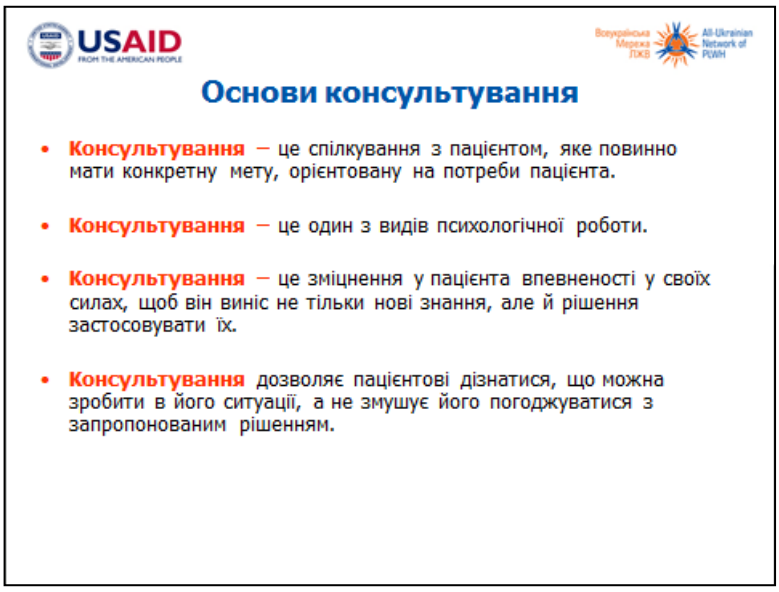
Необхідні матеріали:

- проектор;
- ноутбук;
- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- скотч;
- копії презентацій для учасників «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ» (додаток 4.1);
- контактна інформація кабінетів довіри м. Києва (додаток 4.1.1);
- алгоритм проведення ДКТ (додаток 4.2);
- ситуаційні завдання для учасників до вправи з консультування (додаток 4.3);
- копії презентації «Постконтактна профілактика. Алгоритм дій медичного працівника» (додаток 4.4);
- стікери трьох кольорів для вправи на завершення тренінгу та отримання зворотнього зв’язку;
- бланк оціночної післятренінгової анкети (додаток 4.5);
- бланки сертифікатів учасників тренінгу.

↘ Під час проведення презентацій намагайтеся максимально залучати аудиторію до обговорення почутого, надання прикладів та зворотнього зв’язку. Надзвичайно важливо створити таку атмосферу в групі, щоб учасники мали можливість відверто говорити про ті неточності та порушення, які вони допускають у роботі стосовно всіх тематик сесій.

1. ПРЕЗЕНТАЦІЯ «ДОБРОВІЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ПАЦІЄНТА» (20 ХВ)

Одним з вирішальних аргументів на користь широкого впровадження ДКТ на ВІЛ є його профілактичний вплив, а саме можливість отримати достовірну інформацію, усвідомити можливі ризики інфікування на ВІЛ, оцінити свою власну поведінку і вжити заходів для того, щоб захистити себе та інших. Крім того, знання свого статусу дозволяє людям, інфікованим ВІЛ, своєчасно отримати кваліфіковану медичну та психосоціальну допомогу.

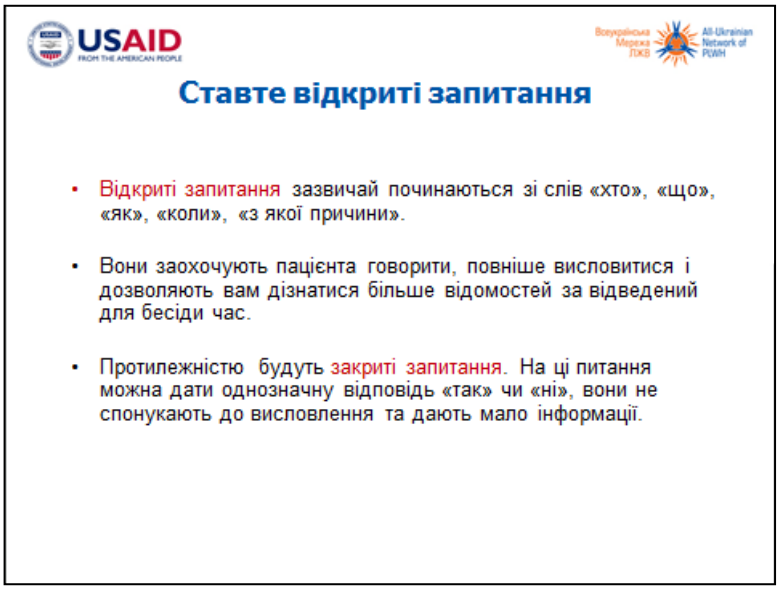


В основі ДКТ лежать базові принципи консультування як методу соціально-психологічної роботи. Від якості консультування залежить рішення пацієнта про поінформовану згоду на проходження тестування.

Консультант повинен мати навички спілкування, що дозволяють йому говорити з будь-яким пацієнтом відкрито і довірливо на найскладніші теми, надавати необхідну кожній конкретній людині інформацію, допомагати у прийнятті рішень, що сприяють збереженню здоров'я, надавати своєчасну психологічну допомогу і підтримку.

Ефективне консультування починається з визнання консультантом права людини на власну думку, відсутності позиції осуду до пацієнта, вміння спостерігати і співчувати.

Ефективному консультуванню можна навчитися, для чого необхідно оволодіти наступними навичками:



Консультант використовує запитання, щоб допомогти пацієнтам висловити свої почуття і проблеми. Необхідно використовувати як відкриті (зазвичай починаються словами що, який, як, розкажіть, опишіть і поясніть), так і закриті запитання (які передбачають односкладні відповіді, в т.ч. «так» або «ні»).» Задаючи відкриті запитання, консультант зможе отримати більш розгорнуті відповіді і, відповідно, більш детальну інформацію для ведення діалогу.

Приклади

Закриті питання:

- «Чи знаєте Ви, що тест на ВІЛ є безкоштовним?»
- «Чи здавали Ви тест на ВІЛ протягом останніх 6 місяців?»

Відкриті запитання:

- «Що саме може спонукати Вас пройти тестування?»
- «Розкажіть мені, будь-ласка, детальніше про Ваш досвід тестування на ВІЛ?»
- «Що Ви знаєте про шляхи передачі ВІЛ?»

Уникайте слів, що виражають оцінку

- «Правильно», «неправильно», «добре», «погано», «позитивно», «достатньо», «нормально/ненормально».
- Не задавайте подібних запитань:
  - Чи правильно Ви користуєтеся презервативами?
  - Чи достатньо у вас знань про ВІЛ-інфекцію?
- Формулюйте таким чином:
  - Розкажіть правила користування презервативом.
  - Яка ситуація спонукала Вас пройти тестування?

Пропонуйте варіанти, а не віддавайте розпорядження

- Розпорядження включає наказову форму дієслова: робіть, давайте, принесіть, і такі слова як «завжди», «ніколи», «потрібно», «обов'язково».

-«Вам потрібно щодня їсти свіжі овочі».

- Пропозиція починається зі слів:
  - Як ви думаєте ...?
  - Може, ...?
  - А що, якщо спробувати ... Раптом це допоможе?
  - Ви могли б ...?
  - Ви не думали ...? А якщо взамін ...?
  - Ви можете вибрати між ... і ...
  - Вам це може не підійти, але деякі матері ..., деякі жінки ...
  - Зазвичай .... Іноді .... Часто ....

-«Було б непогано, якби ви щодня їли свіжі овочі?»

Консультування та тестування на ВІЛ за епідпоказаннями:

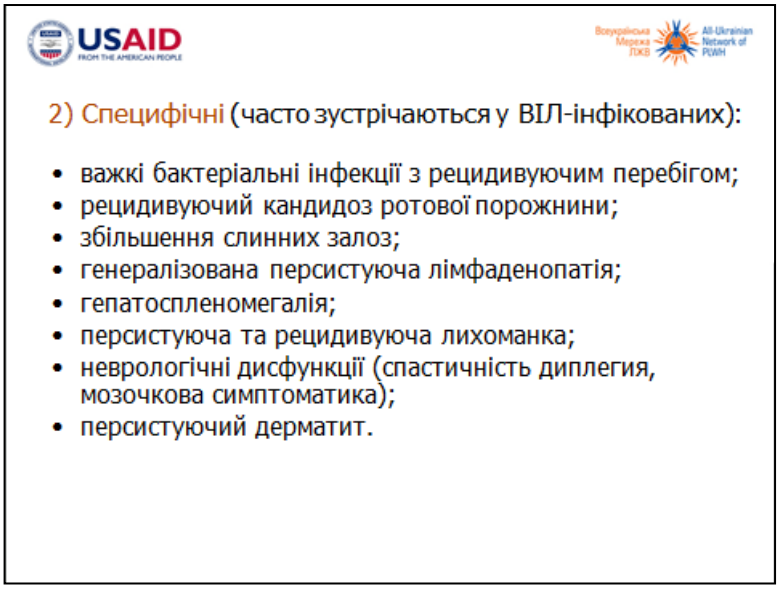
- трансфузія препаратів крові;
- ін'єкційне вживання наркотичних речовин;
- травмування голками для ін'єкцій, пірсинг, татуювання;
- зґвалтування або досвід незахищених статевих контактів.

Обстеження на ВІЛ може призначити лікар, сімейний лікар, інфекціоніст або спеціаліст іншого профілю, який виявив у пацієнта відповідні показання до тестування.

В інтересах пацієнта консультування і тестування може бути запропоновано

лікарем за наявності медичних показань, виявлених у процесі діагностики та лікування, а також для своєчасної профілактики передачі ВІЛ від матері дитині. Однак тестування за медичними показаннями також має супроводжуватися дотестовим і післятестовим консультуванням. Крім того, пацієнт має право відмовитися від тестування на ВІЛ, оскільки обстеження може бути рекомендовано медичним працівником, але не є обов'язковим для пацієнта.

У законодавстві також передбачено обов'язкове тестування на ВІЛ донорської крові, клітин, тканин та органів людини.



3) Часті (однаково часто зустрічаються як у ВІЛ-інфікованих, так і у ВІЛ-негативних):

- хронічний або рецидивуючий отит;
- персистуюча або рецидивуюча діарея;
- важка пневмонія;
- туберкульоз;
- бронхоектази;
- тяжке виснаження.

Лабораторні ознаки імуносупресії:

- зниження рівня CD4-лімфоцитів.

Лабораторні зміни в аналізах крові:

- анемія;
- лейкопенія нижче 3000 в 1 мкл;
- тромбоцитопенія.

Проведення ДКТ

«Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (Протокол)

затверджений
Наказом МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р.
«Про удосконалення добровільного консультування й тестування на ВІЛ-інфекцію»
(в редакції від 2012 року)

Основним документом, що регулює надання послуг з ДКТ в Україні, є Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (Протокол), Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 415 від 19.08.2005 р., який містить чіткі рекомендації про принципи, методи й організацію добровільного консультування і тестування на ВІЛ.

Термін ДКТ використовується для позначення комплексного підходу до організації тестування на ВІЛ і включає в себе три компоненти:

ДОБРОВІЛЬНЕ тестування і консультування передбачає отримання від пацієнта (клієнта) усвідомленої згоди. Це означає, що людина розуміє мету і процедуру тестування та значення результатів тесту, проінформована про можливості профілактики та необхідності запобігання інфікування ВІЛ, а також лікування, соціальної та психологічної підтримки у разі, якщо результат тесту на ВІЛ виявиться позитивним. Принцип добровільності також забезпечує людині можливість відмовитися від тестування.

КОНСУЛЬТУВАННЯ – не просто передача інформації від консультанта клієнту/пацієнтові, а двостороннє спілкування, в процесі якого консультант допомагає людині прийняти інформоване й усвідомлене рішення як щодо проходження тесту на ВІЛ, так і оцінки власних ризиків у поведінці і, якщо необхідно, зміни своєї поведінки на більш безпечну.

Крім того, консультування дозволяє надати психологічну підтримку людям з позитивним статусом та надати інформацію про можливості медичної, психологічної та соціальної допомоги.

Практика показує, що необхідно надавати консультування всім, хто проходить тестування, як до тесту, так і після оголошення його результатів, незалежно від того, який саме результат отриманий. Тільки такий підхід робить ДКТ потужним та ефективним профілактичним інструментом, оскільки дає можливість людині отримати і обговорити інформацію, необхідну для прийняття рішення про тестування і зміни поведінки на більш безпечну.

ТЕСТУВАННЯ на ВІЛ є діагностичним заходом, який дає можливість визначити ВІЛ статус. Згідно законодавства України, тестування на ВІЛ має бути доступним у медичних установах для всіх пацієнтів, які бажають дізнатися свій ВІЛ-статус та отримати допомогу.

I. Тестування на ВІЛ може бути проведено тільки після отримання усвідомленої і добровільної згоди людини, про що зазначено в ст. 7 Закону «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

II. За бажанням пацієнта/клієнта консультування і тестування може бути проведено анонімно, тобто людина не називає своє справжнє ім'я (або використовує вигадане) і не надає жодних документів. У такому разі використовується код – унікальний набір букв і цифр, необхідний для проходження тесту та отримання його результату.

Консультанту слід пояснити клієнтові, що у разі позитивного результату тесту на ВІЛ, він може отримувати необхідну медичну допомогу і підтримку в Центрах профілактики та боротьби зі СНІДом за умови реєстрації там (постановки на облік) під своїм власним ім'ям. Для цього необхідно буде здати тест на ВІЛ ще раз, вже безпосередньо в цьому медичному закладі.

Анонімність обстеження, якщо людина обстежується як донор, виключається.

III. Інформація, отримана в ході консультування, в т.ч. факт звернення людини за консультуванням, зміст розмови, дані про особисте життя, контактна інформація, результати тесту і т. п., є конфіденційною. Це означає, що ця інформація не може бути передана без письмової згоди пацієнта/клієнта. Ці питання детально ми з вами вже розглядали при вивченні законодавства і прав та обов’язків медичних працівників та пацієнтів.

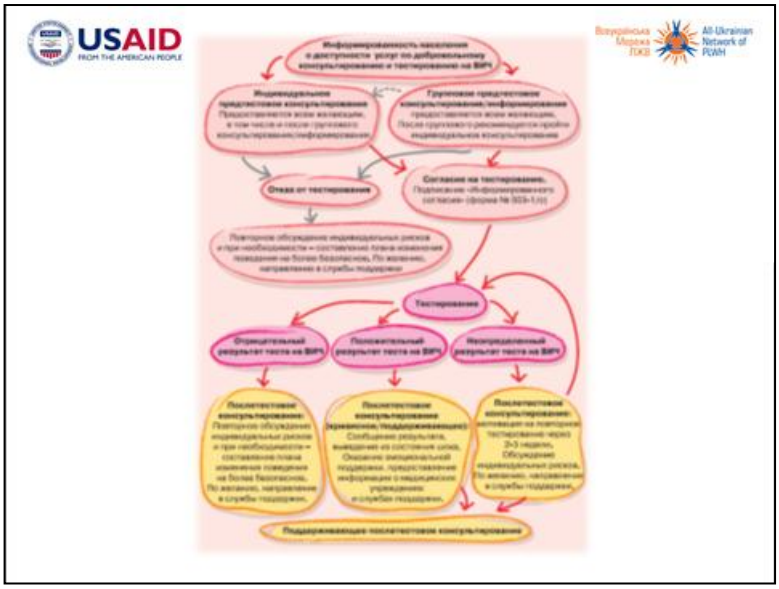
IV. Поняття доступності включає в себе фізичну доступність (наявність пунктів ДКТ, інформованість населення про можливості отримати цю послугу із зазначенням конкретних координат установ – адреси, номерів телефонів та режиму роботи) і економічну доступність (законодавчо визначено, що тестування на ВІЛ для всіх пацієнтів повинно бути безкоштовним).

Достовірність. Для тестування на ВІЛ можуть бути використані тільки тест-системи, зареєстровані в Україні, які мають відповідний сертифікат якості і зберігаються відповідно до вимог виробника, зазначеними в інструкції. Тест повинен бути проведений в повній відповідності з цією інструкцією, щоб уникнути помилкових результатів. Проводити тестування може тільки лабораторний фахівець медичного установи, що отримав

відповідну підготовку.

Якість. Консультантам по ДКТ і лаборантам, необхідно пройти відповідну підготовку, яка проводиться відповідно до вимог Протоколу по ДКТ і лабораторною діагностикою на ВІЛ-інфекцію. Приміщення для проведення консультування повинно бути відокремленим і забезпечувати конфіденційність.

Отже, вся процедура ДКТ має наступні етапи, які повинен пройти кожний пацієнт, що проходить тестування на ВІЛ:



Покроково ДКТ може виглядати саме так і мати різні варіанти в залежності від рішення пацієнтів та результатів тестування на ВІЛ. Розглянемо їх.

Крім того, учасники отримують роздаткові матеріали з інформацією про адреси розташування кабінетів довіри з контактними телефонами та графіками роботи, де можна пройти тестування на ВІЛ (додаток 4.1.1).

↘ Тренеру варто заздалегідь підготувати подібний роздатковий матеріал для учасників відповідно до місця проживання учасників. Або ж повідомити інформаційні ресурси, на яких можна знайти таку інформацію.

Далі тренер дякує учасникам за увагу та відповідає на запитання, які цікавлять учасників.

2. РОЛЬОВА ГРА «КОНСУЛЬТУВАННЯ ПАЦІЄНТА» (25 ХВ.)

Тренер ставить запитання учасникам: хто з вас мав досвід консультування пацієнта стосовно тестування на ВІЛ? Який був досвід/результат?

Зараз я пропоную вам усім спробувати консультувати пацієнта щодо проходження тесту. Можливо, цей досвід стане вам у нагоді при роботі з пацієнтами.

Тренер об’єднає учасників у пари або трійки в залежності від кількості учасників групи. Кожна пара до початку отримання завдання визначає хто, буде грати ролі пацієнта/клієнта, а хто спробує себе в ролі консультанта. Якщо учасники працюють в трійках, то визначається ще й роль спостерігача за консультацією.

Далі тренер видає ситуаційне завдання для кожної пари (додаток 4.3, попередньо розрізаний на окремі частини). Учасники з позиції своїх ролей мають «програти» консультацію і отримати певний результат залежно від умов завдання: відмову, згоду тощо. Учасники можуть самі додумувати обставини консультації, анамнез пацієнта, якщо такий не вказаний в умові, та інші важливі, в контексті завдання, обставини. Для проведення консультації тренер дає учасникам 15 хв.

↘ Якщо учасники працюють у трійках, тоді той, хто обрав роль спостерігача, не має права включатися в хід консультації, підказувати, ставити запитання тощо. Його завдання – уважно слідкувати за ходом консультації та нотувати вдалі моменти з боку консультанта (слова, фрази, дії, рухи тощо), та те, що негативно впливало на хід консультації.
У той час, як пари або трійки працюють, тренер рухається по аудиторії по черзі підходячи до кожної пари, прислуховуючись до ходу консультацій, оцінюючи яка атмосфера при цьому створюється, як реагують учасники на дане завдання.

До уваги тренера: часто деякі учасники виявляються неготовими до такого завдання суто психологічно. Ви можете це зрозуміти по тому, чи почали учасники взаємодіяти, чи вони сидять мовчки, поки інші працюють; вони можуть просити партнера помінятися ролями вже після початку вправи, опускають голову та очі в підлогу чи аркуш паперу і сидять так довгий час. Тренер має обов'язково підійти, запитати, чи почала пара консультацію, потім поцікавитися, у чому причина труднощів? Що заважає? І знайти з учасниками пари варіант, який прийнятний для всіх, але тренер повинен досягти своєї мети: практика консультування через рольову гру. Будьте уважні та спокійні, не критикуйте учасника, який відчуває небажання брати участь, і не привертайте зайвої уваги групи до конкретного учасника.

Є ще один варіант проведення даної вправи, але він передбачає більше часу для проведення, або меншої кількості учасників. Пари, отримавши свої завдання, мають 2 хв. на обговорення ходу консультації та грають свої ролі перед іншими учасниками групи. Обговорення ходу консультації відбувається одразу ж після закінчення кожної консультації. Участь у обговоренні беруть усі учасники групи, які в даному випадку виступають спостерігачами кожної ситуації консультування.

Через 15 хв. після завершення консультацій тренер запрошує учасників повернутися в загальне коло і проводить обговорення вправи за таким принципом:

1. Пара зачитує своє завдання.
2. Представляє, хто був пацієнтом, хто грав роль консультанта і спостерігача, якщо такий був.
3. Спочатку висловлюється пацієнт стосовно загального враження від консультації, яке рішення прийняв він/вона в ході консультації, що сподобалось, що вплинуло на рішення з боку консультанта тощо.
4. Далі висловлюється консультант: яку мету на початку ставив собі консультант, чи вдалось її досягти? Як консультант оцінює власну роботу, що було найважче? Які висновки зробив консультант з даної консультації.
5. Якщо був спостерігач, йому також надається слово стосовно того, як він бачив дану консультацію.
6. Вся група дякує парі за обговорення.
7. Перехід до іншої пари і так далі по колу.

Після завершення обговорень завдань, тренер просить учасників висловитися щодо своїх думок та вражень після теми присвяченій питанням ДКТ? Які думки та ідеї з'явилися стосовно ДКТ в цілому? Що важливого винесли для себе учасники?

3. ЗАХИСТ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ВІД ІНФІКУВАННЯ ВІЛ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ. ВПРАВА «АЛГОРИТМ ДІЙ В АВАРІЙНІЙ СИТУАЦІЇ» (15 ХВ)

Тренер запитує учасників, чи виникали у них в практиці «аварійні ситуації», що це були за ситуації та які були їх дії в цьому випадку.

Далі тренер пропонує подумати всім разом над діями, які мусять бути з боку медичного працівника та ЗОЗ у разі «аварійного випадку».

Тренер зачитує учасникам випадок, а учасники у вільній дискусії пропонують покроковість дій. Тренер може фіксувати їх на фліпчарті.

> ↘ У даному випадку тренер лише зачитує випадок та фіксує план дій, які учасники пропонують. Якщо думки розходяться, фіксуйте обидва варіанти. Не коментуйте, не давайте оцінок та кажіть, правильно чи не правильно учасники. Або просто уточнюйте відповіді в разі потреби.
>
> Цю вправу також можна провести в 3-х або 4-х міні-групах, надавши учасникам різні ситуативні завдання і запропонувавши прописати покроковість дій.

<u>Ситуації:</u>

1. Медична сестра випадково зачепила пробірку з кров'ю, яка впала та розбилася. Бризки крові потрапили на її взуття.
2. Лікар, проводячи операцію, пошкодив латексну рукавичку інструментарієм. Шкіра дещо подряпалася.
3. Медична сестра вночі з необережності проколола на 3 мм голкою зі шприцу долоню. Її зміна закінчується через 6 годин у суботу.

Але можуть бути випадки, коли до медичного працівника звертаються пацієнти з «аварійними ситуаціями»:

- до чергового лікаря в п'ятницю о 17.00 звернулася мама дівчинки 4-х років. Дівчинка випадково вкололася голкою зі шприцу, який вона знайшла в осінньому листі;
- хлопець 23 років звернувся до СНІД-центру. Два дні тому він мав статевий акт із дівчиною, під час якого порвався презерватив.

На прикінці тренер підсумовує обговорення, знаходячи певну повторення та логіку дій в усіх випадках. Далі пропонує з'ясувати чи вірні були дії учасників, і переходить до інформаційного повідомлення про важливість дотримання універсальних методів перестороги та правила призначення ПКП.

4. ПРЕЗЕНТАЦІЯ «УНІВЕРСАЛЬНІ МЕТОДИ ПЕРЕСТОРОГИ. ПОСТКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА ІНФІКУВАННЯ ВІЛ» (30 ХВ.)

Тренер проводить презентацію, активно залучає до обговорення учасників. При розгляді теми ПКП тренеру варто звертатися до схем покрокових дій, які учасники напрацювали до цього, щоб побачити, чи правильними були міркування учасників.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Універсальні методи перестороги поширюються на (1):

Контакти, пов'язані з ризиком інфікування:

- перкутанний контакт (наприклад, укол голкою або поріз гострим предметом);
- потрапляння біологічних матеріалів на слизові оболонки або пошкоджену шкіру;
- контакт непошкодженої шкіри з кров'ю, біологічними тканинами або рідинами на протязі довгого періоду (декількох хвилин і більше) або на великій ділянці.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Універсальні методи перестороги поширюються на (2):

Кров та інші біологічні рідини, під час контакту з якими можливе зараження ВІЛ:

- сперма;
- піхвові виділення;
- будь-які рідини з видимою домішкою крові;
- культури і культуральні середовища, які містять ВІЛ.

Біологічні рідини, ступінь небезпеки яких стосовно передачі ВІЛ поки не встановлено:

- синовіальна рідина;
- цереброспінальна рідина;
- плевральна рідина;
- перитонеальна рідина;
- перикардіальна рідина;
- амніотична рідина.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Універсальні методи перестороги поширюються на (3):

- будь-які видалені (за життя або на аутопсії) тканини та органи людини (окрім непошкодженої шкіри);
- тканини й органи експериментальних тварин, які заражені інфекціями, що передаються з кров'ю;
- будь-які біологічні рідини, якщо важко визначити, що це за рідини;
- будь-які порізи невідомого походження.

Індивідуальні засоби захисту:

- хірургічний халат;
- гумові (латексні/неопренові) рукавички – з розрахунку 1 пара на 3 години роботи;
- маски;
- шапочка;
- водонепроникний фартух;
- нарукавники;
- окуляри;
- захисний екран.

Наказ МОЗ України від 05.11.2013 № 955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків»:

«Перелік та нормативи застосування засобів індивідуального захисту працівниками, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу та соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ, або контактують з кровю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами»,

Універсальні запобіжні засоби НЕ поширюються на:

- сльозову рідину;
- виділення з носу;
- слину (за винятком стоматологічних ситуацій, де високим є ризик потрапляння крові у слину);
- піт;
- мокротиння;
- блювотні маси (без домішок крові);
- сечу;
- калові маси.

Рекомендації

- Забезпечити втілення діючих інструкцій і рекомендацій у роботі установи.
- Навчати медичний персонал універсальним запобіжним засобам.
- Забезпечити персонал засобами захисту та необхідним обладнанням.
- Зменшити кількість інвазивних втручань.

Ризик інфікування ВІЛ на робочому місці:

- перкутанний контакт з ВІЛ-інфікованою кров'ю – 0,3% (3/1000) (від 0,2% до 0,5%);
- потрапляння крові на слизові оболонки – 0,09% (9/10 000) (від 0,006% до 0,5%);
- контакт з непошкодженою шкірою – ризик не встановлено;
- контакт з іншими біологічними рідинами – ризик не встановлено.

Усі пацієнти повинні розглядатися як потенційне джерело ВІЛ-інфекції

У всіх випадках надання допомоги застосовувати всебічні заходи обережності:

- засоби індивідуального захисту;
- методика «ковша»;
- методика «нейтрального поля»;
- безпечне транспортування крові.

Надягання ковпачка однією рукою (методика «ковша»)

Етап 1: підчепіть ковпачок голкою

Етап 2: щільно надягніть ковпачок

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Вакутайнери - вакуумні системи для забору крові

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Показання до застосування медичних рукавичок
(Постанова КМУ № 2026 від 18.12.1998 р.):

- під час проведення маніпуляцій, пов'язаних з порушенням цілісності шкіри та слизових оболонок;
- при проведенні лабораторних обстежень;
- при обробці інструментарію та білизни;
- підчас прибирання приміщень;
- усі маніпуляції з кров'ю та біологічними рідинами.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Профілактика інфікування ВІЛ №1

Найважливіший профілактичний засіб,
який часто не згадується, це ОСОБИСТО **ВИ**:

- Будьте зібрані.
- Будьте підготовлені та сконцентровані.
- Уникайте неуважності.
- Не відволікайтеся від маніпуляції, яку проводите, не розмовляйте, не робіть різких, необдуманих рухів.

Проведення ПКП

ПКП - це короткочасний курс прийому антиретровірусних препаратів для зниження ймовірності розвитку ВІЛ-інфекції після контакту з біологічними рідинами, пов'язаного з ризиком інфікування ВІЛ

ПКП слід починати якомога раніше, краще в перші 2 години після контакту, але не пізніше, ніж через 72 години після контакту.

Якщо ПКП не розпочато в перші 72 години - подальше призначення не має сенсу.

Необхідно оцінити ступінь ризику інфікування ВІЛ та при необхідності направити на консультацію до психолога центру СНІДу.

АРВ-препарати призначаються на 28 днів.

Показання до постконтактної профілактики

- ✓ Пошкодження шкіри гострим предметом, забрудненим кров'ю, рідиною з видимою домішкою крові або іншими потенційно заразними матеріалами.
- ✓ Укус, нанесений ВІЛ-інфікованим пацієнтом, який має видиме джерело кровотечі у роті.
- ✓ Потрапляння крові, рідини з домішкою крові або інших потенційно заразних матеріалів на слизові оболонки роту, носу, очей.
- ✓ Потрапляння крові, рідини з видимою домішкою крові або інших потенційно заразних матеріалів на пошкоджену шкіру (наприклад, відкриту рану, потертості, обвітрені або вражені дерматитом ділянки).

Дії у випадку контакту

1. Оцінити ризик інфікування – обсяг контакту, вид біоматеріалу.
2. Обстежити особу, з матеріалами якої відбувся контакт – за письмовою згодою. Використовувати експрес-тест.
3. Обстежити потерпілого медпрацівника – за письмовою згодою.
4. Підготувати звіт з докладним описом усіх заходів.

Залежно від результату обстеження на ВІЛ дії:

1. Якщо у пацієнта ВІЛ-статус негативний, то ПКП не проводиться.
2. Якщо уточнити ВІЛ-статус пацієнта неможливо, він вважається ВІЛ-позитивним і ПКП призначається.
3. Якщо у медпрацівника статус ВІЛ-позитивний, то інфікування відбулося раніше, і ПКП не призначається.

Якщо у медпрацівника ВІЛ-статус негативний, а у джерела (пацієнта) позитивний, то призначається 4-х тижневий курс профілактичного лікування.

Медикаментозна ПКП

призначається в перші 2 години після контакту – не пізніше 72 годин

комбінація з 3-х препаратів:

2 нуклеозидних інгібітора зворотньої транскриптази (2НІЗТ)

+

(інгібітор протеази, підсилений рітонавіром (ІП/р)

протягом 28 днів

Медпрацівнику чи іншій особі під час ПКП рекомендовано:

- утримуватися від статевих контактів без презерватива;
- протягом 6 місяців не бути донором крові;
- припинити годування груддю;
- ОАК, біохімія – через 10днів, а також у кінці курсу;
- ознайомитися з можливими побічними ефектами терапії;
- обстеження на ВІЛ через 3–6 місяців.

Якщо протягом 6 місяців сероконверсії не відбулося, – ВІЛ відсутній.

Наказ МОЗ України від 22.05.2013 № 410

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
6 червня 2013 р.
за № 902/23434

Про затвердження форм облікової документації та звітності стосовно реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Затверджено:

1.1. Форму первинної облікової документації № 108 - 2/о «Реєстраційна карта випадку контакту, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, особи з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, та проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (конфіденційна інформація) №____» та інструкцію щодо її заповнення.

1.2. Форму первинної облікової документації № 108 - 3/о «Реєстраційна карта випадку контакту, не пов'язаного з виконанням професійних обов'язків, особи з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, та проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції (конфіденційна інформація) №____» та інструкцію щодо її заповнення.

1.3. Форму звітності № 59 «Звіт про проведення медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції за ___ квартал 20___ року» (квартальна) та інструкцію щодо її заповнення.

1.4. Форму інформованої згоди пацієнта на проведення медикаментозної постконтактної профілактики інфікування ВІЛ.

1.5. Форму інформованої добровільної згоди пацієнта на обробку персональних даних.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

ІНСТРУКЦІЯ
щодо заповнення форми первинної облікової документації № 108-2/о

- **Розділи I, II, III форми № 108-2/о заповнюються лікарем закладу охорони здоров'я** (далі – ЗОЗ) незалежно від форм власності та відомчого підпорядкування, працівник якого мав випадок контакту, або до якого звернувся працівник за відомчою належністю або місцем проживання.
- У випадку звернення працівника до лікаря ЗОЗ, що не надає медичної допомоги з постконтактної профілактики (далі – ПКП), форма № 108-2/о заповнюється у **4 примірниках.**
- **Перший примірник форми № 108-2/о** зберігається разом з формою первинної облікової документації № 025/о.
- **Другий, третій та четвертий примірники** форми направляються до ЗОЗ, який надає медичну допомогу з ПКП.
- ЗОЗ, у структурі якого функціонує кабінет «Довіра», який надає медичну допомогу з ПКП, після завершення заходів з ПКП передає у 10-денний строк **другий примірник форми № 108-2/о** до регіонального центру СНІДу.
- Після завершення медичного нагляду за працівником ЗОЗ, який надавав медичну допомогу з ПКП, передає у 10-денний строк **третій примірник форми № 108-2/о** до форми № 025/о.
- **Четвертий примірник форми № 108-2/о** залишається в ЗОЗ, який надавав медичну допомогу з ПКП.
- У випадку звернення працівника до регіонального центру СНІДу форма № 108-2/о заповнюється **у 2 примірниках.** Після завершення медичного нагляду за працівником перший примірник передається для зберігання його у формі № 025/о, другий примірник форми № 108-2/о залишається в регіональному центрі СНІДу.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

Всеукраїнська Мережа ЛЖВ All-Ukrainian Network of PLWH

Порядок надання першої допомоги

1. Перша допомога організовується та проводиться негайно після закінчення або переривання випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаного з виконанням професійних обов'язків.
2. Перша допомога передбачає обробку місця контакту:

а) при пораненні голкою або іншим гострим інструментом, забрудненим кров'ю чи біологічними матеріалами людини:

- місце контакту промивається водою з милом;
- поранена поверхня тримається під струменем проточної води кілька хвилин або поки кровотеча не припиниться.

За умови відсутності проточної води ушкоджене місце обробляється дезінфікувальним гелем або розчином для миття рук.

При цьому не допускається стискання або тертя пошкодженого місця, видавлювання або відсмоктування крові з рани, використання розчину етилового спирту, йоду, перекису водню.

б) при потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на непошкоджену шкіру місце контакту промивається водою з милом;

Порядок надання першої допомоги (продовження)

в) при укусі з порушенням цілісності шкіри:

- рана промивається водою, видаляються некротизовані тканини та проводиться обробка рани дезінфікувальним засобом (20% водний розчин хлоргексидину біглюконат, 3% перекис водню);
- призначається антибактеріальна терапія;

г) при потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин в очі:

- око промивається водою або фізіологічним розчином.
  При цьому не допускається: промивання очей милом або дезінфікувальним розчином; знімання контактних лінз під час промивання очей.
  Після промивання очей контактні лінзи знімаються та обробляються, після чого вони вважаються безпечними для подальшого використання;

д) при потраплянні крові або інших потенційно небезпечних біологічних рідин на слизову оболонку ротової порожнини:

- рідина, що потрапила до ротової порожнини, випльовується, ротова порожнина декілька разів промивається водою або фізіологічним розчином;
- для промивання ротової порожнини не допускається використання мила чи дезінфікувальних розчинів.

Оцінка ризику інфікування ВІЛ потребує даних щодо:

- Тривалості випадку контакту з джерелом потенційного інфікування ВІЛ;
- Використання засобів індивідуального захисту;
- Форми випадку контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ;
- Виду біологічної рідини, з якою відбувся випадок контакту;
- Надання першої допомоги;
- Наявності відомостей про особу, з біологічними рідинами якої відбувся випадок контакту: ВІЛ-статус; наявність вірусних гепатитів В, С; належність до груп ризику та ін.

Медичні показання для призначення ПКП:

а) якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ;

б) якщо мав місце контакт з кров'ю, потенційно небезпечними біологічними рідинами шляхом:

- проникнення крізь шкіру щойно використаної порожнистої голки або іншого гострого предмета з забрудненням кров'ю;
- глибокого уколу (чи проколу), або потрапляння біологічних рідин людини на слизову оболонку, або тривалого (> 15 хвилин) контакту їх з пошкодженою шкірою (тріщини, садна);
- контакту крові особи та працівника закладу охорони здоров'я у разі нанесення цьому працівнику фізичних ушкоджень, при укусі, носовій кровотечі;

в) якщо при обстеженні особи, з кров'ю чи біологічними матеріалами якої відбувся випадок контакту, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, отримано позитивний результат на антитіла до ВІЛ або її ВІЛ-статус невідомий;

г) якщо при обстеженні працівника, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, отримано негативний результат на антитіла до ВІЛ.

Випадки, у разі настання яких призначення МПКП є недоцільним:

а) якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, звернувся по допомогу пізніше ніж 72 години після контакту (такій особі рекомендовано консультування, тестування на ВІЛ та подальше спостереження);

б) якщо працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, має документальне підтвердження позитивного ВІЛ-статусу;

в) у разі контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ низького ризику інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків:

- при потраплянні потенційно небезпечних біологічних рідин на неушкоджену шкіру;
- при контакті з потенційно безпечними біологічними рідинами (слина, виділення з носової порожнини, піт, сльози, сеча, кал, блювотиння і мокротиння), які не містять домішок крові;
- при контакті з потенційно небезпечними біологічними рідинами людини, про яку відомо, що її кров не містить антитіл до ВІЛ (за винятком тих осіб, у кого є високий ризик нещодавнього інфікування на ВІЛ та перебування у «періоді вікна» – серонегативному періоді між інфікуванням та появою антитіл до ВІЛ).

Клінічне спостереження

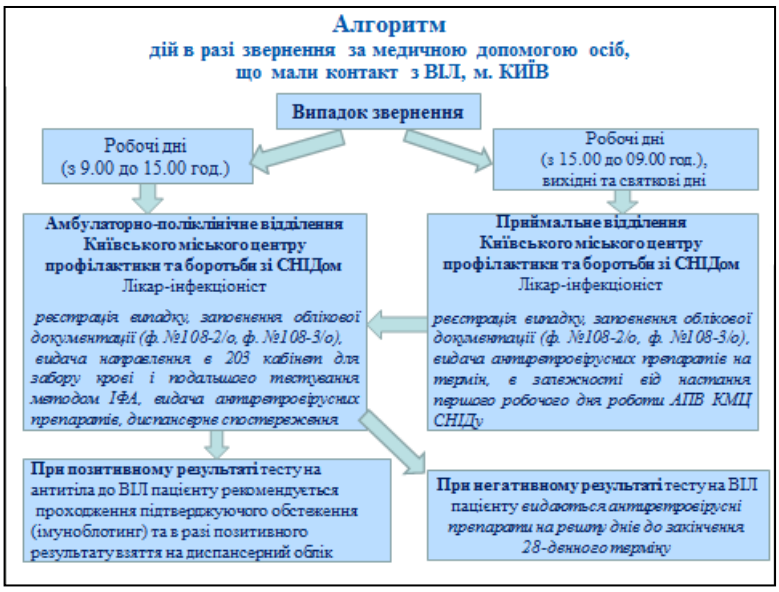
- Повторний огляд працівника, якому призначена МПКП, проводиться через 48–72 години від її початку.
- Надалі звернення працівника до ЗОЗ для спостереження у зв'язку з прийомом антиретовірусних лікарських засобів та їх можливою побічною дією рекомендовано через 1 тиждень після початку МПКП (за потреби), через 2 тижні (обов'язково), через 3 тижні (за потреби), через 4 тижні (обов'язково).
- Тестування на ВІЛ проводиться не пізніше ніж у перші 5 днів після звернення, а в подальшому через 6 тижнів, 12 тижнів та 6 місяців після контакту, навіть якщо прийнято рішення не проводити МПКП.
- У разі встановлення, що працівник, який мав випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ при виконанні професійних обов'язків, інфікувався гепатитом С від особи, з кров'ю або біологічними матеріалами якої відбувся випадок контакту, та мав ко-інфекцію вірусу гепатиту С/ВІЛ, спостереження рекомендується продовжити до 12 місяців для виключення ко-інфікування ВІЛ.

Обстеження при проведенні ПКП

Початок ПКП:

- ІФА до 5 днів від аварії, ОАК, Б/х (АЛТ, АСТ, Бил, мочевина, креатинін), HCV, HBV, HBsAg.

- Через 2 тижні – ОАК, Б/х.
- Через 4 тижні – ОАК, Б/х, RW.
- Через 6 тижні, 3 місяці, 6 місяців – ІФА ВІЛ.
- Через 12 місяців – HCV, ІФА ВІЛ.



↘ Тренеру варто заздалегідь підготувати подібний роздатковий матеріал для учасників відповідно до місця проживання учасників. Або ж повідомити інформаційні ресурси, на яких можна знайти таку інформацію.

Тренер дякує за увагу і надає можливість поставити уточнюючі запитання.

5.ПІДВЕДЕННЯ ПІДСУМКІВ ТРЕНІНГУ (15 ХВ.)

Завершення тренінгу проводиться за допомогою вправи «Портфель, лампочка, кошик». Для цього на аркуші фліп-чартного паперу малюють портфель, лампочку та кошик. Кожен малюнок має свій символ для учасника:

- портфель – це те, що знадобиться йому в роботі та в житті;
- лампочка – це те, що надихнуло, здивувало, або було зовсім нове;
- кошик – те, що, найімовірніше, не знадобиться і що не буде потрібним.

Учасникам роздають стікери трьох кольорів і пропонують за результатами тренінгу написати на них ті речі, що відповідають зображеним символам. Усі учасники по черзі наклеюють свої символи в рядок, під намальованими портфелем, лампочкою або кошиком, і при цьому їх озвучують. Таким чином, у результаті цієї вправи можна загалом оцінити, що саме учасники засвоїли найкраще і застосовуватимуть у своїй роботі, що нового для себе, як для професіонала та як для особистості, дізнались учасники, що їх надихає і на що, а що виявилося зайвим, а можливо – незрозумілим.

↘ Важливо провести обговорення очікувань, які були зібрані на початку тренінгу. Для цього тренер просить усіх учасників зняти зі стіни свою «долоньку» і пригадати, які очікування від тренінгу там були написані. Усі учасники по черзі висловлюють свої думки щодо того, чи справдилися їхні очікування від тренінгу.
Якщо очікування збиралися шляхом опитування групи і записувалися на аркуш фліп-чартного паперу, то тренер має звернути увагу учасників на цей аркуш паперу і попросити висловитися щодо того, чи справдилися їхні очікування.

6. ПРОВЕДЕННЯ КІНЦЕВОГО ОЦІНЮВАННЯ ТРЕНІНГУ. ВРУЧЕННЯ СЕРТИФІКАТІВ (15 ХВ.)

Тренер нагадує учасникам, що тренінг починався з того, що усі заповнювали анкету. Тепер по завершенні тренінгу потрібно також заповнити анкету, яку тренер роздає (додаток 4.5). При цьому важливо пригадати символ, яким була «закодована» анкета на початку тренінгу, і поставити такий самий символ на вихідній анкеті. Тренер наголошує на тому, що анкета заповнюється кожним учасником самостійно.

Після вправи тренер коротко підводить підсумки всього тренінгу, дякує учасникам за роботу і вручає сертифікати.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс Стигми» / Демченко І.Л., Артюх О.Р., Сосідко Т.І. та ін. – К.: ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2014. – 95с.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформаційний бюлетень, № 41. – К., 2014. – 95 с.
3. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа. – К.: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2013. – 106 с.
4. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту. – К., 2008.— 104 с.
5. Зниження стигми та дискримінації, пов’язаних з ВІЛ і СНІДом. Тренінг для медичних працівників. –К.: EngenderHealth, 2004.
6. Пілотний посібник для тренера. Зниження стигматизації та дискримінації, пов’язаних з ВІЛ і Снідом / Укладач: А. Бойко. – К.: USAID|Проекту розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2009.
7. Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» : для слухачів курсів підвищення кваліфікації, вчителів усіх педагогічних спеціальностей та вихователів дитячих садків / А.М. Бойко, О.В. Дудіна, Г.О. Притиск та ін. – Вид. 2-ге, перероб. і доповн. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2013. – 120 с.