

ПОСІБНИК ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТРЕНІНГУ

# ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ВІА-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ

У СИСТЕМІ ШКІЛЬНОЇ  
ТА ДОШКІЛЬНОЇ  
ОСВІТИ

для слухачів курсів підвищення  
кваліфікації вчителів усіх  
педагогічних спеціальностей та  
вихователів дитячих садків



Міністерство освіти і науки України  
Університет менеджменту освіти АПН України  
Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей,  
які живуть з ВІЛ/СНІД»

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

Київ 2010

УДК 574.24 (075)  
ББК 51.204.0

Посібник для проведення тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти». – К., 2010. – 120 с. Тираж: 500 екз.

**Розробники:**

А.М. Бойко, О.В. Дудіна, Г.О. Притиск, О.С. Брижовата, О.В. Єресько

**Рецензенти:**

С.В. Страшко – канд. біол. наук, професор

І.П. Кривич – д-р мед. наук, професор

Схвалено Вченою радою Університету менеджменту освіти АПН України  
(Протокол № 01-02/383 від 08.07.2009)

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України  
(лист МОН України від № 1/II-6290 від 29.07.2009)

Посібник для проведення тренінгу є частиною комплексу, до якого входить програма тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти». Видання включає п'ять основних тематичних блоків: епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу у світі та Україні; основна інформація щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та методів профілактики інфікування; поняття «стигма», «дискримінація» та «толерантне ставлення»; особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах; інтерактивні методи проведення навчальних тренінгів та заключний підсумковий блок.

Посібник розрахований на слухачів курсів підвищення кваліфікації вчителів усіх педагогічних спеціальностей та вихователів дитячих садків. Видання також може бути корисним для інших працівників сфери освіти і фахівців організацій (соціальних служб та неурядових організацій), які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Посібник видано в рамках проекту «Покращення життя ВІЛ-позитивних дітей та їх сімей» («Діти плюс»), який впроваджується ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у партнерстві з Фондом Олени Франчук «АНТИСНІД», СНІД-фондом Елтона Джона та румунською організацією «Romanian Angel Appeal» за фінансової підтримки СНІД-фонду Елтона Джона, Британського Фонду «Big Lottery» та Фонду Олени Франчук «АНТИСНІД».

Викладені погляди й точки зору є поглядами й точками зору організації, що видала цю продукцію, й не можуть розглядатися як погляди або точки зору Фонду Олени Франчук «АНТИСНІД», СНІД-фонду Елтона Джона та Британського Фонду «Big Lottery».

Будь-яка частина цієї публікації може бути відтворена, але за умови обов'язкового посилення на видання та ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ».

ISBN 978-966-2344-08-0

© ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»



# ЗМІСТ

Передмова .....	4
Тематичний план тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» .....	7
Зміст тренінгу .....	8
<b>Тема 1.</b> Вступ до тренінгу. Епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу у світі та Україні. Вхідне анкетування .....	8
<b>Тема 2.</b> Основна інформація щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та методів профілактики інфікування. ....	22
<b>Тема 3.</b> Поняття «стигма», «дискримінація» та «толерантне ставлення» .....	45
<b>Тема 4.</b> Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах .....	71
<b>Тема 5.</b> Інтерактивні методи проведення навчальних тренінгів .....	96
<b>Тема 6.</b> Завершення тренінгу. Вихідне анкетування .....	107
Рекомендації щодо організації та проведення тренінгу .....	110
Сценарний план тренінгу .....	112
Перелік додатків, розміщених на електронному носії .....	116
Рекомендована література .....	117

## ПЕРЕДМОВА

Україна на сьогодні за темпами розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції посідає одне з провідних місць серед країн Східної Європи. За офіційною статистикою, станом на 01.01.2010 р. в Україні офіційно зареєстровано 161 119 ВІЛ-інфікованих громадян України, у т.ч. 31 241 хворих на СНІД. За даними експертів державних та міжнародних організацій розраховується оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ в Україні. На початок 2010 р. це майже 360 тисяч осіб. За статистичними даними, в Україні на 01.01.2010 р. під диспансерним наглядом перебувало 8 640 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, із них 2 418 дітей зі встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція та 6 222 – з діагнозом ВІЛ-інфекція у стадії підтвердження.

ВІЛ/СНІД небезпечний не лише як шкода для фізичного здоров'я людини, цей діагноз може спричинити соціальну ізоляцію особи внаслідок стигми та дискримінації. В українському суспільстві вкоренились негативні стереотипи щодо людей, інфікованих ВІЛ, і хвороби як такої. Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ, є основною перешкодою на шляху запобігання новим випадкам інфікування, надання належного догляду, підтримки і лікування та зменшення наслідків епідемії. Стигма і дискримінація, пов'язані з ВІЛ, – це глобальне явище, яке трапляється не лише в українському суспільстві, а й у всіх країнах світу. Причини їх виникнення різноманітні: недостатнє розуміння хвороби; міфи про шляхи передачі ВІЛ; забобони; відсутність належного лікування; безвідповідальні й іноді недостовірні повідомлення в ЗМІ про епідемію ВІЛ-інфекції; поширені в суспільстві страхи, пов'язані з сексуальністю, хворобою та смертю; страхи, пов'язані із вживанням наркотиків. Проте більшість уявлень та побоювань щодо ВІЛ-інфекції є хибними, особливо стосовно дітей.

Саме тому вкрай актуальним є питання включення до планів курсової підготовки педагогів на базі інститутів післядипломної педагогічної освіти тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» з метою сприяння формуванню толерантного ставлення педагогів та вихователів до ВІЛ-позитивних дітей у закладах шкільної та дошкільної освіти.

Зміст тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти» має завдання: надати учасникам інформацію про основні поняття щодо ВІЛ, обговорити шляхи передачі ВІЛ та методи профілактики ВІЛ-інфікування; визначити поняття «стигма», «стигматизація», «дискримінація», «толерантне ставлення»; проаналізувати причини виникнення таких явищ як стигматизація та дискримінація; усвідомити причини та наслідки стигматизації людей, які живуть з ВІЛ; надати учасникам інформацію про особливості перебування ВІЛ-позитивної дитини в дитячому колективі; обговорити з учасниками важливість дотримання санітарно-гігієнічних норм

в дитячому колективі, а також оволодіння навичками надання невідкладної допомоги ВІЛ-позитивним дітям; презентувати учасникам основні права ВІЛ-позитивних дітей та їхніх батьків в українському законодавстві.

Школа – інституція, яка забезпечує масове охоплення дітей та молоді. У системі шкільної освіти вчителі є авторитетами, які мають значний вплив на формування думки учнів. Для того, щоб у навчальному закладі уможливити створення сприятливого середовища для перебування та навчання ВІЛ-позитивних дітей і молоді, насамперед слід сформувати розуміння та толерантність з боку вчителів до цих дітей.

В Україні з 2005 року розпочалась розробка та впровадження профілактичних освітніх програм формування ЗСШ (здорового способу життя) і профілактики ВІЛ для початкової, основної і старшої школи – «Основи здоров'я» та «Школа проти СНІДу». Їхня мета – розвинути життєві навички, які зменшують схильність молоді до ризикованої поведінки і сприяють вибору здорового способу життя, та сформувати соціальне оточення, сприятливе для здоров'я й розвитку учнів. У рамках цього проекту важливим компонентом є підготовка педагогів (педагогів початкової школи, педагогів основної школи, які викладають предмет «Основи здоров'я», педагогів старшої школи відповідного фаху та педагогів профтехучилищ з питань формування життєвих навичок). Головна мета підготовки вчителів «Школи проти СНІДу» полягає у тому, щоб отримати вичерпну інформацію з проблеми ВІЛ/СНІДу; оволодіти змістом і методами проведення тренінгових занять для учнів; чітко дотримуватися технології впровадження проекту у школі.

Однак є низка причин, які свідчать про необхідність впровадження тренінгу «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти»: вибіркове охоплення педагогів – учасників курсів «Основи здоров'я» та «Школа проти СНІДу»; відсутність у програмі підготовки практичних частин, які спрямовані на формування розуміння педагогами понять «стигма» і «дискримінація» та зміну ставлення до ВІЛ-позитивних дітей; невелика кількість навчальних годин, присвячених темі «Стигма та дискримінація» у вищезазначених курсах. У рамках курсу «Основи здоров'я» темі ВІЛ/СНІДу присвячено 4 заняття (по одному в 5-у, 6-у, 8-у та 9-у класах), а темі «Стигма і дискримінація» – 3 заняття (по одному в 5-у, 7-у та 9-у класах). У рамках факультативного курсу «Школа проти СНІДу» темі «Стигма та дискримінація» присвячено 4 заняття (по 2 у 8-9-у та 10-11-у класах).

Ця програма створена на основі розроблених навчальних програм, наукових та методичних розробок і доповнює наявні напрацювання, детально розкриваючи тему «Стигма та дискримінація».

У результаті тренінгу педагоги здобудуть необхідні навички й знання з теми ВІЛ/СНІДу, що сприятиме формуванню толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей та молоді. Чітке усвідомлення шляхів передачі ВІЛ, природи захворювання, особливостей життя з хворобою та аналіз власних міфів, пов'язаних з ВІЛ, сприятимуть зменшенню негативного і боязливого ставлення

не лише до ВІЛ-інфікованих, а й до інших дітей, які зазнають соціального виключення.

Зміст тренінгу складається з шести частин: вступ та введення у програму модуля з попереднім оцінюванням знань учасників; презентація основної інформації щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі й Україні; аналіз понять «стигма» та «дискримінація»; вивчення особливостей перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах; ознайомлення з інтерактивними методами проведення навчальних тренінгів; підведення підсумків тренінгу.

У програмі одноденного тренінгу використано підхід безперервного процесу навчання, який забезпечує його ефективність унаслідок чергування методів надання інформації, що сприяє кращому засвоєнню матеріалу учасниками. Тренінг передбачає групову та індивідуальну роботу слухачів, проведення презентацій, дискусій і рольових ігор, анкетування учасників. Такі навчальні методи сприятимуть кращому та більш повному розумінню учасниками матеріалу тренінгу.



# ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ТРЕНІНГУ

## «ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ У СИСТЕМІ ШКІЛЬНОЇ ТА ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ УКРАЇНИ»

№	Теми тренінгу	Загальна тривалість	Метод роботи						
			Презентація	Анкетування	Індивідуальна робота	Робота в групах	Інтерактивна гра	Дискусія	Мозковий штурм
1	Вступ до тренінгу. Епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу у світі та Україні. Вхідне анкетування	50 хв.	15 хв.	10 хв.	15 хв.	-	-	-	10 хв.
2	Основна інформація щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та методів профілактики інфікування	1 год.	20 хв.	-	-	20 хв.	-	20 хв.	-
3	Поняття «стигма», «дискримінація» та «толерантне ставлення»	2 год.	35 хв.	-	-	1 год.	20 хв.	-	10 хв.
4	Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах	1 год.	55 хв.	-	5 хв.	-	-	-	-
5	Інтерактивні методи проведення навчальних тренінгів	45 хв.	25 хв.	-	-	20 хв.	-	-	-
6	Завершення тренінгу. Вихідне анкетування	25 хв.	-	10 хв.	15 хв.	-	-	-	-
Загалом:		6 год.	2 год. 30 хв.	20 хв.	35 хв.	1 год. 40 хв.	20 хв.	20 хв.	20 хв.

**Предмет тренінгу:** обізнаність у питаннях ВІЛ/СНІДу.

**Мета тренінгу:** формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти України.

# ЗМІСТ ТРЕНІНГУ

## 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНА ПІДГОТОВКА

Науково-теоретична підготовка має завдання: надати учасникам інформацію про основні поняття щодо ВІЛ, обговорити шляхи передачі ВІЛ-інфекції та методи профілактики ВІЛ-інфікування; визначити поняття «стигма», «стигматизація», «дискримінація», «толерантне ставлення»; проаналізувати причини виникнення таких явищ як стигматизація та дискримінація; усвідомити причини та наслідки стигматизації людей, які живуть з ВІЛ; надати учасникам інформацію про особливості перебування ВІЛ-позитивної дитини в дитячому колективі; обговорити з учасниками важливість дотримання санітарно-гігієнічних норм в дитячому колективі, а також оволодіння навичками надання невідкладної допомоги ВІЛ-позитивним дітям; презентувати учасникам основні права ВІЛ-позитивних дітей та їхніх батьків в українському законодавстві.

## 2. МЕТОДИЧНА ПІДГОТОВКА

Учасники здобудуть знання про інтерактивні методи проведення тренінгів. План тренінгу складено таким чином, що його учасники мають можливість отримати практику використання інтерактивних методів. З учасниками тренінгу буде проведено дискусії, рольові ігри, презентації, групову та індивідуальну роботу, анкетування.

### **ТЕМА 1:**

## **ВСТУП ДО ТРЕНІНГУ. ЕПІДЕМІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ВІЛ/СНІДУ У СВІТІ ТА УКРАЇНІ. ВХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ (50 ХВ.)**

### **Завдання:**

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

5. Надати інформацію щодо епідемії ВІЛ/СНІДу в світі та Україні.

**План:**

1. Вступ до програми тренінгу. Надання інформації про мету та завдання тренінгу.
2. Знайомство учасників, їхні очікування від тренінгу.
3. Визначення правил роботи в групі.
4. Проведення попереднього оцінювання знань та переконань учасників тренінгу щодо ВІЛ/СНІДу.
5. Презентація «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу в світі та Україні».

**Очікувані результати для учасників:**

- Після проходження цієї теми учасники знатимуть:
  - о мету тренінгу та його завдання;
  - о основні статистичні дані щодо розвитку епідемії у світі та Україні;
  - о правила спільної роботи у групі.
- Після проходження цієї теми учасники вмітимуть:
  - о пояснювати актуальність тренінгу, в якому вони беруть участь, та його зміст.

**Необхідні матеріали:**

- проектор;
- ноутбук;
- презентація (набір слайдів) до Темі 1;
- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- скотч;
- ножиці;
- папір формату А4 (бажано кольоровий) для вправи на знайомство (або інші матеріали залежно від форми проведення);
- роздрукована програма тренінгу для кожного учасника;
- анкета учасника тренінгу (додаток 1.1) для кожного учасника;
- копії презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні» (додаток 1.2) для кожного учасника.

**1. ВСТУП ДО ПРОГРАМИ ТРЕНІНГУ. НАДАВАННЯ ІНФОРМАЦІЇ ПРО МЕТУ ТА ЗМІСТ ТРЕНІНГУ (5 ХВ.).**



Тренер пояснює учасникам, у чому актуальність теми і якою є мета тренінгу.

Стигматизація та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (ЛЖВС), 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. Визнана закономірність розвитку епідемії ВІЛ-інфекції характерна для всіх країн, незалежно від рівня їх економічного та соціального розвитку. Перша стадія – невидиме поширення. Цей період зазвичай супроводжується офіційним запереченням наявності у суспільстві розповсюджених стандартів поведінки, які призводять до високого ризику ВІЛ-інфікування. Відповідно, заходи з профілактики поширення епідемії практично не проводяться. Друга стадія – рання стигматизація. 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 маргінальних груп (ПІН, ПКС та МСМ). Представники цих груп найчастіше зазнають стигматизації. Однак, на цьому етапі дуже мало ресурсів вкладається у забезпечення зменшення шкоди (заміни голок/шприців та розповсюдження презервативів). Суспільство ігнорує той факт, що застосування сучасних засобів профілактики може здійснити потужний вплив на частоту інфікування ВІЛ у подальшому. Україна перебуває саме на цьому етапі розвитку епідемії. Третя стадія – масова зміна поведінки. Включає 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. Четверта стадія – економічний ефект. На цьому етапі витрати на лікування хворих починають перевищувати витрати на профілактику, а рівень захворюваності та смертності внаслідок ВІЛ/СНІДу має значний вплив на економіку країни (Тренінговий модуль «Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ», РАТН, 2005).

Вплив стигматизації на ВІЛ-позитивних людей надзвичайно сильний. За словами д-ра Піота, виконавчого директора ЮНЕЙДС з 1995 р. до 2008 р., пануючі забобони, пов'язані зі СНІДом, можуть бути значно гіршими самої хвороби. «Це майже неймовірно, але якщо ви говорите, що у вас рак, хворе серце, діабет або малярія, всі співчують вам. Але достатньо сказати, що у вас ВІЛ, як від вас відвернуться». ВІЛ має руйнівний вплив і на дітей. Допомога, що надається ВІЛ-позитивним дітям, є недостатньою. В Україні багато таких дітей живе у лікарняних палатах до визначення ВІЛ-статусу, звичайні дитячі будинки часто відмовляються їх приймати, цих дітей ізолюють від інших. Дитячі садки та школи також часто відмовляють ВІЛ-позитивним дітям у прийомі. Формування сегрегаційної системи дитячих притулків тільки підігрує страхи, які існують у суспільстві і підкріплює переконання людей, що такі діти є небезпечними і мають бути ізольованими (Позитивный отказ: Стигматизация и дискриминация ВИЧ-позитивных женщин и их детей в Российской Федерации, Human Rights Watch, 2005).

Згідно з чинним законодавством, інформація про ВІЛ-статус людини є конфіденційною. Передання такої інформації дозволяється лише особі, якої вона стосується, або законним представникам цієї особи. Розголошення такої інформації медичним працівником або іншою посадовою особою є кримінальним

злочином. Однак досі обговорюється питання щодо необхідності повідомляти про діагноз дитини працівників дитячих закладів. Оскільки ВІЛ-позитивні діти потребують специфічного медичного лікування, частина фахівців вважає, що деяким працівникам дитячих установ варто було б знати про ВІЛ-статус дитини. Але саме у такому разі актуальним, як ніколи, є питання щодо розголошення статусу дитини, що може викликати стигматизацію як самої дитини, так і всієї сім'ї, та спричинити моральні страждання дитини, яка може ще й не знати про свій статус.

Таким чином, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у дошкільних закладах та закладах системи освіти нині надзвичайно актуальне.



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

Саме тому темою тренінгу є формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти. Толерантний педагог чи вихователь своєю позицією може конструювати бажані моделі поведінки у дітей, інших педагогів, батьків. Отож, розпочнімо із себе.

## 2. ЗНАЙОМСТВО УЧАСНИКІВ ТРЕНІНГУ, ЇХНІ ОЧІКУВАННЯ ВІД ТРЕНІНГУ (15 ХВ.).



У цьому розділі наводиться основна вправа (№ 1), яка рекомендується для знайомства учасників, та ще кілька, які тренер може обрати 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.

**ВПРАВА 1:** Для знайомства один з одним кожен учасник отримує аркуш паперу формату А4 (тренер має подбати, щоб папір був різних яскравих кольорів). На

аркуші паперу кожен учасник обмальовує власну долоню, а потім на пальцях пише:

- o своє ім'я;
- o місце роботи та посаду;
- o хобі (або улюблену страву чи улюблене місце відпочинку – на вибір тренера);
- o свої очікування від тренінгу;
- o свої побажання щодо тренінгу.

У процесі представлення кожного учасника на фліп-чарті записуються очікування учасників (ім'я учасника + його очікування), а долоньки прикріплюються на стінах кімнати, де проводиться тренінг. Аркуш фліп-чарту з очікуваннями закріплюється на стіні. Наприкінці тренінгу тренер проговорює очікування з кожним учасником окремо.

**ВПРАВА 2:** Попросіть учасників розбитися на пари, але так, щоб у парах були люди, які до того не знали один одного або знали досить мало. Після цього запропонуйте їм у парах розповісти один одному про себе за такою схемою: ім'я,



Зібрати очікування можна також за допомогою опитування по колу і фіксування їх на аркуші фліп-чартного паперу. Для цього тренер просить усіх учасників висловитися щодо їхніх очікувань. Після того як очікування висловили усі учасники, тренер проводить їх обговорення. Важливо зауважити, що обговорення очікувань слід проводити після того, як усі учасники висловляться. Під час такого обговорення варто звернути увагу на ті питання, які відповідають програмі, а також на ті, що не заплановані у програмі, але тренер зможе у ході тренінгу звернути увагу на те чи інше питання. Якщо ж серед очікувань будуть такі, що не відповідають програмі тренінгу, то тренер має попередити про це учасників, аби вони не мали нереалістичних очікувань. Очікування щодо нових знайомств, приємного спілкування також варто прокоментувати і наголосити на тому, що тренінг спрямований також на те, щоб учасникам створити приємну атмосферу для спілкування.

місце роботи та посада, хобі, очікування від тренінгу. Для роботи в парах відведіть не більше 4-5 хвилин. Спілкування в парах закінчується тим, що кожен із пари представляє свого співрозмовника іншим учасникам тренінгу. Тренер фіксує на аркуші фліп-чартного паперу очікування учасників. Лист фліп-чарту з очікуваннями закріплюється на стіні. Наприкінці тренінгу тренер проговорює очікування з кожним учасником окремо.

**ВПРАВА 3:** Ця вправа не передбачає публічного знайомства кожного з усією групою, кожен учасник отримує нагоду поспілкуватися з кожним індивідуально. Для цього всі учасники тренінгу отримують аркуш паперу з табличкою, де вказані різні характеристики людей. Завдання кожного учасника: знайти в аудиторії людей, які відповідають вказаним характеристикам. Слід зауважити, що у табличці мають бути вказані імена усіх учасників тренінгу один раз. У зв'язку з цим тренеру потрібно підготувати табличку, де кількість характеристик відповідала б кількості учасників + тренер. Нижче наводиться зразок такої таблички, але тренер може її урізноманітнити на власний розсуд. Після цієї вправи потрібно провести обговорення очікувань учасників, як зазначено вище (вправи № 1 та 2).

## ПОШУК ЛЮДЕЙ

Знайдіть в аудиторії людей, які відповідають вказаним характеристикам. Зауважте, що у табличці мають бути вказані імена УСІХ учасників тренінгу один раз. Для цього підходьте до кожного по черзі і ставте йому запитання щодо його вподобань або захоплень.

Той, хто любить довго спати	Той, хто має двох дітей	Той, хто був за кордоном	Той, хто має kota
Той, хто кинув палити	Той, хто любить рибалити	Той, хто знає іноземні мови	Той, хто вміє готувати екзотичні страви
Той, хто вміє керувати автомобілем	Той, хто ніколи не був за кордоном	Той, хто розводить кімнатні рослини	Той, хто вміє згорнути язика трубочкою

### 3. ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВИЛ РОБОТИ ГРУПИ (10 ХВ.).

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

Тренер пропонує учасникам подумати про те, в яких умовах кожному працюється найкраще. Тренер фіксує висловлювання учасників на фліп-чарті та вивішує 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, хтось із учасників наводить недостовірну інформацію і це може впливати на думку інших, або поводить неадекватно (агресивно, не толерантно, ображає інших тощо).

### 4. ПРОВЕДЕННЯ ПОПЕРЕДНЬОГО ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ 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 ІІ). Анкета є анонімною і заповнюється самостійно кожним учасником без сторонньої допомоги.

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

Тренер має проаналізувати анкети після закінчення тренінгу.

Важливо усвідомлювати, що ми знаємо про ВІЛ і як поведимося 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.



## 5. ПРЕЗЕНТАЦІЯ «ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ» (10 ХВ.).



Тренер переходить до описування епідемічної ситуації в Україні з використанням слайдів презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДУ у світі та Україні» (додаток 1.2).

### Глобальні оцінки епідемії ВІЛ/СНІДУ, грудень 2009 р. (UNAIDS)

КІЛЬКІСТЬ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ/СНІДОМ, СТАНОМ НА 2008 РІК.

<b>Загалом</b>	<b>33,4 млн</b>
Дорослих	31,3 млн
Жінок	15,7 млн
Дітей (до 15 років)	2,1 млн

КІЛЬКІСТЬ НОВИХ ВИПАДКІВ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ У 2008 Р.

<b>Загалом</b>	<b>2,7 млн</b>
Дорослих	2,3 млн
Дітей (до 15 років)	430 тис.

КІЛЬКІСТЬ СМЕРТЕЙ ВІД СНІДУ В 2008 Р.

<b>Загалом</b>	<b>2,0 млн</b>
Дорослих	1,7 млн
Дітей (до 15 років)	280 тис.

Слайд № 2 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДУ у світі та Україні»

З моменту початку епідемії ВІЛ, за даними UNAIDS, інфікувалося майже 60 млн людей і 25 млн людей померли від захворювань, пов'язаних з ВІЛ. У 2008 р. кількість ЛЖВ становила 33,4 млн, кількість нових випадків інфікування – близько 2,7 млн, 2 млн людей померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДОМ. У цьому ж році приблизно 430 000 дітей народилися з ВІЛ, загальна кількість дітей з ВІЛ (молодше 15 років) становила 2,1 млн осіб.



Статистичні дані постійно змінюються, тому під час проведення тренінгів варто оновлювати таку інформацію. Рекомендуємо у таких випадках користуватися даними із сайту Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом – [www.ukraids.org.ua](http://www.ukraids.org.ua), – де можна знайти інформацію про епідемічну ситуацію по всій Україні і по кожній області окремо та використати її під час презентації.

### Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні (1)

за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України

Перші випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України було зареєстровано у 1987 р. серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих іноземців

#### **У розвитку епідемії в Україні визначають 3 етапи:**

I етап: 1987 – 1994 рр.

- темп розвитку – повільний
- основні джерела інфікування – громадяни інших країн
- основні уражені групи – ЧСЧ (чоловіки, які мають секс із чоловіками) та ЖСБ (жінки секс-бізнесу)
- основний шлях інфікування – статевий

Слайд № 3 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

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.

## Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні (2)

за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України

II етап: 1995 – 1998 рр.

- темп розвитку – епідемічний «спалах»
- основні джерела інфікування – СІНи (споживачі ін'єкційних наркотиків) та їхні партнери
- основний шлях передачі – парентеральний

Слайд № 4 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

Переломними у розвитку епідемії стали 1994-95 роки, 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 року кількість ВІЛ-позитивних споживачів ін'єкційних наркотиків стала стрімко збільшуватися.

У 1999 році зафіксовано зменшення кількості офіційно зареєстрованих випадків інфікування. Це пов'язано не зі стабілізацією епідемічної ситуації в Україні,

## Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в Україні (3)

за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України

III етап: 1999 – досьогодні

- відзначається тенденція виходу ВІЛ-інфекції за рамки груп ризику
- парентеральний шлях передачі переважає, причому зростає статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції

У 2001 році випадки ВІЛ-інфекції реєстрували вже у всіх областях України

Слайд № 5 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

а, найвірогідніше, зі скороченням обсягів тестування на ВІЛ. У 1998 році 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 році випадки ВІЛ-інфекції реєстрували вже у всіх областях України. Тенденціями останніх років є поширення ВІЛ-інфекції за межі середовища СІН на загальне населення та збільшення передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом, хоча парентеральний (через кров) шлях передачі переважає.

Стан епідемії ВІЛ-інфекції в Україні на 1 січня 2010 р.  
за даними Українського центру профілактики та боротьби  
зі СНІДом МОЗ України

- За накопичувальним підсумком, з 1987 р. в Україні офіційно зареєстровано 161 119 ВІЛ-інфікованих громадян України, у т.ч. 31 241 хворих на СНІД
- Під диспансерним наглядом перебувало 8 640 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з них 2 418 дітей зі встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція» та 6 222 з діагнозом «ВІЛ-інфекція» у стадії підтвердження

На думку експертів ЮНЕЙДС, ці цифри значно занижують фактичний масштаб епідемії, оскільки відображають кількість випадків інфекції лише серед осіб, які встановили безпосередній контакт з органами та закладами, що проводять тестування на ВІЛ

Слайд № 6 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

На сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ/СНІДу в Україні перебуває на концентрованій стадії, однак з кожним роком збільшується кількість випадків інфікування шляхом гетеросексуального контакту. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом (ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 33. – Київ, 2010), станом на 1 січня 2010 року в Україні зареєстровано 161 119 ВІЛ-позитивних осіб, 31 241 особа захворіла на СНІД. За статистичними даними, в Україні на 01.01.2010 р. під диспансерним наглядом перебувало 8 640 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з них 2 418 дітей зі встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція та 6 222 з діагнозом ВІЛ-інфекція у стадії підтвердження. Загальновизнаним є факт, що офіційні дані не відображають реальний масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема справжню кількість людей, інфікованих ВІЛ. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, і які були внесені до офіційного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більша кількість громадян можуть бути інфікованими, але вони невідомі щодо свого статусу.

## Динаміка реєстрації випадків ВІЛ-інфекції в Україні

Накопичувальна інформація за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України



Слайд № 7 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

Фахівці зазначають, що нині зберігаються високі темпи зростання кількості випадків ВІЛ-інфекції. Оновлені оцінки стосовно ВІЛ/СНІДу в Україні (за даними ЮНЕЙДС та ВООЗ) свідчать, що на початок 2010 року в Україні мешкало 360 тисяч людей, віком від 15 років і старше, інфікованих ВІЛ. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики кількості осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом і перебувають під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я на початок 2010 року. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 28%, або кожний четвертий з людей, які живуть з ВІЛ в Україні, пройшов тест на ВІЛ і знає свій ВІЛ-позитивний статус.

**Динаміка кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, в Україні за період 1997-2008 рр.**  
за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України

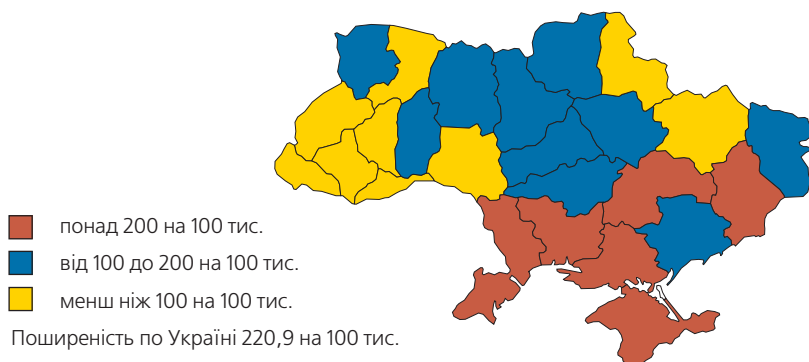


Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку сприяло поступовому збільшенню кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.

Слайд № 8 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

Серед тенденцій епідемії також можна відзначити її фемінізацію – невпинно зростає частка жінок серед людей, які живуть з ВІЛ. Нині понад 40 % людей, які живуть з ВІЛ, становлять жінки, більша частина яких перебуває у розквіті репродуктивного віку.

**Поширеність ВІЛ-інфекції по регіонах України на 01.01.2010**



- понад 200 на 100 тис.
- від 100 до 200 на 100 тис.
- менш ніж 100 на 100 тис.

Поширеність ВІЛ-інфекції по регіонах України в показнику на 100 тисяч населення, за даними диспансерного обліку Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України станом на 01.01.2010 р.

Слайд № 9 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

Хоча випадки ВІЛ-інфекції реєструються по всій Україні, найураженішими були і досі залишаються південні та східні області, де кількість ВІЛ-позитивних сягає 163-372 осіб на 100 тис. населення.



Слайд № 10 презентації «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні»

Важливо зауважити, що найбільша частка ВІЛ-інфікованих громадян у нашій країні – понад 65 % – перебуває у віковій групі 25-49 років.

### КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. У чому полягає актуальність теми стигматизації ВІЛ-позитивних дітей в Україні?
2. Які основні етапи розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні?
3. У чому полягають сучасні тенденції розвитку епідемії в Україні?

### ЛІТЕРАТУРА:

1. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных / Под ред. Е. Пурик. – К., 2009.
2. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – К., 2007.
3. Фоппель К. Технология ведения тренинга. Теория и практика. – М., 2003.
4. Я хочу провести тренинг: Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. – Новосибирск, 2000.

## **ТЕМА 2:**

# **ОСНОВНА ІНФОРМАЦІЯ ЩОДО ШЛЯХІВ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ТА МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФІКУВАННЯ (1 ГОД.)**

### **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.

### **План:**

1. Керована дискусія «Уявлення про ВІЛ».
2. Особистий та професійний ризик інфікування ВІЛ. Вправа «Картки».
3. Інформаційне повідомлення щодо шляхів інфікування ВІЛ та методів профілактики інфікування з використанням презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування».

### **Очікувані результати для учасників:**

- Після проходження цієї теми учасники знатимуть:
  - о основні шляхи інфікування ВІЛ;
  - о вплив вірусу на імунну систему людини;
  - о методи профілактики інфікування ВІЛ.
- Після проходження цієї теми учасники вмітимуть:
  - о аналізувати ситуацію щодо ризику інфікування ВІЛ з розумінням різниці між реальним ризиком інфікування та міфами.

### **Необхідні матеріали:**

- проектор;
- ноутбук;
- презентація (набір слайдів) до Теми 2;
- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- скотч;
- кольорові картки невеликого розміру двох кольорів для кожного учасника;
- перелік тверджень до вправи «Уявлення про ВІЛ» (додаток 2.1);
- аркуші формату А4 з написами «високий ризик», «середній ризик», «низький ризик», «ризик відсутній»;



- картки з описом ситуацій для вправи «Картки», бажано на аркушах формату А4 (додаток 2.2);
- копії презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування» (додаток 2.3) для кожного учасника.

## 1. 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.



Тренер пропонує учасникам низку тверджень (Додаток 2.1), з якими вони мають погодитись або не погодитись. Аби учасники могли висловити свою думку, тренер роздає кожному по 2 картки різного кольору, потім зачитує твердження. У разі, якщо учасник погоджується з твердженням, він має підняти картку певного кольору. Якщо не погоджується – картку іншого кольору. Всі учасники піднімають картки одночасно.

Порада тренерам: якщо приміщення дозволяє, то ви можете модифікувати формат проведення вправи і запропонувати учасникам не голосувати, а рухатися по кімнаті. Це означає, що на одній стіні ви можете почепити напис «Згодні», на іншій – «Не згодні» і запропонувати учасникам після зачитування твердження стати у відповідному місці. У вас можуть бути учасники, які іноді не зможуть визначитися і ставатимуть посередині. Це нормальне явище. Запропонуйте їм вислухати позиції кожної сторони і прийняти рішення. Іноді бувають випадки, коли у процесі обговорення люди змінюють свою точку зору на протилежну і переходять в інший «табір».

Після озвучення кожного твердження тренер пропонує учасникам обговорити їхні відповіді, а пізніше озвучити «правильну» відповідь. Варто пам'ятати, що під час виконання цієї

вправи може бути складно дійти згоди щодо того, яка відповідь є правильною, оскільки учасники тренінгу лише починають вивчати тему ВІЛ/СНІДу і під час цієї вправи ми говоримо не про знання, а про ставлення і переконання людей, тому тут не дуже коректно використовувати поняття «правильно/неправильно»; натомість тут слід використовувати такі поняття як «згоден/не згоден». Тому, якщо тренеру вдасться, то він зможе озвучити «правильні» відповіді, а це можливо в тому разі, коли учасники матимуть вже певні знання у сфері ВІЛ. Разом з тим, зауважимо, що у вправі є декілька тверджень із розряду етичних дилем, які досить складно вирішити, не маючи відповідних знань і досвіду. Якщо учасникам знань ще недостатньо, то їм буде складно прийняти на віру, без додаткових аргументів ту чи іншу відповідь.

**Інформація для тренера:** нижче наведено твердження з відповідними коментарями, які можуть допомогти тренеру.

1. Це нормально, якщо ВІЛ-позитивні діти ізольовані від інших дітей під час навчання.  
Коментар: Ні, це не нормально. ВІЛ-позитивні діти мають право навчатися з іншими дітьми і немає жодних підстав їх відділяти від інших дітей. Ми повернемося до цього питання під час обговорення особливостей перебування ВІЛ-позитивних дітей у дитячих колективах.
2. Ставлення до ВІЛ-позитивних дітей та інших дітей має бути однаковим.  
Коментар: Так, ставлення до всіх дітей має бути однаковим. Ми ж не відокремлюємо дітей, які мають інші хронічні захворювання, наприклад, діабет.
3. ВІЛ-статус дитини має бути відомий вчителям.  
Коментар: Ні, згідно з чинним законодавством України, статус дитини не має бути відомий вчителям. Лише у тому разі, якщо батьки чи законні представники дитини вирішать повідомити про це вчителів.
4. ВІЛ-статус дитини має бути відомий медичним працівникам школи.  
Коментар: Ні, згідно з чинним законодавством України, ста-

тус дитини не має бути відомий медичним працівникам школи. Тільки у тому разі, якщо батьки чи законні представники дитини вирішать повідомити про це медичного працівника школи.

5. ВІЛ-позитивна жінка не повинна народжувати дітей.  
Коментар: Ні, ВІЛ-позитивна жінка має право народжувати дитину, і ніхто не має права схилити її до переривання вагітності тільки через те, що вона є ВІЛ-позитивною.
6. Люди, які отримали ВІЛ статевим шляхом, заслуговують на це захворювання через свою поведінку.  
Коментар: Це твердження якраз дуже добре відображує стигматизуючу, тобто засуджуючу поведінку. Воно за своєю суттю дуже близьке твердженню про те, що ВІЛ – це кара Божа. Під час розгляду цього питання для тренера не так важливо переконати, що це не так, як побачити, хто в аудиторії справді згоден з цим твердженням, щоб потім під час обговорення питань, пов'язаних зі стигматизацією так званої «поганої» поведінки, звернути на це увагу.
7. Люди, які отримали ВІЛ, споживаючи наркотики ін'єкційним шляхом, заслуговують на це захворювання через свою поведінку.  
Коментар: Це твердження також добре відображує стигматизуючу поведінку і часто можна почути думки про те, що краще спрямувати допомогу дітям чи іншим нужденним людям, ніж тим, хто руйнує своє життя і здоров'я добровільно. Під час розгляду цього питання для тренера не так важливо переконати, що це не так, як побачити, хто в аудиторії справді згоден із цим твердженням, щоб потім під час обговорення питань, пов'язаних зі стигматизацією так званої «поганої» поведінки, звернути на це увагу.
8. Якщо вчитель боїться інфікуватися ВІЛ від дитини, у нього має бути право відмовитися від навчання такої дитини.  
Коментар: Тут можуть бути дуже гарячі дискусії, адже, в принципі, це твердження можна віднести до дилем: з одного боку, підстав інфікуватися від дитини у школі у вчителя немає і він може виконувати свій професійний обов'язок, не хвилюю-

чись, що інфікується на робочому місці. З іншого боку, якщо страхи людини є настільки сильними, що їх складно подолати, жодна інформація не допомагає і вчитель перебуває у стані стресу, то, звісно, тут не варто мучити себе і слід прийняти рішення про те, що краще відмовитися від викладання за таких обставин. Але всі мають усвідомити, що вчитель, швидше за все, не знатиме, хто в класі є ВІА-позитивним, адже таємниця діагнозу в цьому разі охороняється законом.

9. ВІА-позитивний вчитель не має права працювати в школі.  
Коментар: Ні, це не так. ВІА-позитивний вчитель може працювати в школі, адже під час навчання не існує ситуації, коли він може інфікувати колег чи дітей.
10. Учні мають право знати про ВІА-статус учителя, особливо про позитивний.  
Коментар: Ні, це не так. Таємниця діагнозу вчителя охороняється так само, як і таємниця діагнозу учня.

По завершенні «голосування» тренер пропонує декілька загальних питань для обговорення:

1. Чи почули ви думки або позиції, які вас здивували?
2. Чому так важливо з'ясувати усі ці питання?
3. Чи виникали питання, схожі з тими, що ми проговорили, у закладі, де працюєте? Якщо так, як ви їх вирішували? Чи змінилась ваша думка на цьому тренінгу?

**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 навіть більш корисна 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 проблемних питань повертатися впродовж тренінгу.

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

Ставлення до будь-якого явища пов'язане з тим, що ми знаємо про це явище. Від того, 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 2.2). Кількість карток досить велика, тому тренер розподіляє їх рівномірно між усіма учасниками у групі. Ці картки вони мають розташувати на стіні/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.

**Порада тренерам:** перш ніж розпочати пояснення, чому та чи інша картка опинилася на певному місці, запитайте в аудиторії, чи згодні вони з тим, де розташована картка і чи може хтось пояснити, чому картка має лежати у тій чи іншій групі. Завжди краще надати слово учасникам тренінгу для пояснення, ніж бути монопольним оратором упродовж тривалого часу. Роль тренера в такому разі полягатиме у тому, щоб уважно слухати учасників і обов'язково виправляти усі неточності або надавати додаткову інформацію, яка допомогла би прийняти правильне рішення. Картки, які мають бути переміщені 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 за-

пропонувати учасникам повернутися до обговорення складної ситуації після презентації. Практика доводить, що учасники після презентації матимуть достатньо інформації, щоб покласти картку на потрібне місце.

По завершенні розкладання карток тренер пропонує декілька загальних питань для спільного обговорення:

1. Чи згодні ви з тим, яким чином розташовані картки? Як слід і чому слід змінити їх порядок?
2. Чи збентежені ви розташуванням якихось карток? Чому певна картка розташована в певному місці?
3. Які картки вам найважче розташувати?
4. Які картки слід віднести до категорії міфів?
5. Чи чули ви у своїй громаді які-небудь міфи стосовно передачі ВІЛ?
6. Звідки вони беруться і яким чином їх розвіяти?

## СИТУАЦІЇ ДО ВПРАВИ «КАРТКИ» З ПОЯСНЕННЯМ РІВНЯ РИЗИКУ

Ситуація	Рівень ризику, коментарі
Утримання	<u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.
Мастурбація	<u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.
Мануальне стимулювання статевих органів партнера	<u>Ризик відсутній/дуже низький ризик.</u> Ризик дуже незначний, якщо немає порізів або пошкоджень шкіри рук, особливо якщо немає контакту з виділеннями з організму, спермою або менструальною кров'ю.
Статевий акт з моногамним неінфікованим партнером	<u>Ризик відсутній.</u>

Оральний секс з чоловіком у презервативі	<u>Ризик відсутній/дуже низький ризик.</u> Ризик дуже низький, якщо правильно використовується презерватив.
Оральний секс із чоловіком без презерватива	<u>Ризик низький.</u> ВІЛ може передаватися через оральний секс, хоча ризик досить низький, якщо немає порізів або ранок у роті. Ризик передачі низький, якщо у рот не потрапляє сім'яна рідина.
Оральний секс із жінкою	<u>Ризик низький.</u> ВІЛ може передаватися через оральний секс, хоча ризик дуже низький, якщо в роті немає порізів або ранок.
Вагінальний секс із презервативом	<u>Ризик відсутній/дуже низький ризик.</u> Ризик фактично відсутній, якщо правильно використовується презерватив.
Вагінальний секс без презерватива	<u>Ризик середній/Ризик високий.</u> При одноразовому статевому контакті ймовірність інфікуватися від позитивного партнера невисока (0,1-0,2 %, якщо ВІЛ-позитивний партнер – чоловік; 0,05-0,1 %, якщо ВІЛ-позитивний партнер – жінка), але якщо ВІЛ-позитивний партнер постійний, то ризик значно підвищується. Найбільше ризикує при незахищеному вагінальному статевому контакті, особливо з еякуляцією, жінка.
Вагінальний секс із різними партнерами завжди у презервативі	<u>Ризик відсутній/низький ризик.</u> Наявність багатьох партнерів підвищує ризик інфікування, однак правильне і регулярне використання презерватива знижує його.
Анальний секс із презервативом	<u>Ризик відсутній/низький ризик.</u> Якщо презерватив підібраний правильно (є спеціальні презервативи для анального сексу), то ризик фактично відсутній. Хоча при анальному сексі ризик розриву презерватива вищий, ніж при вагінальному сексі.

Анальний секс без презерватива	<u>Середній ризик/високий ризик.</u> Ризик передачі ВІЛ при одноразовому контакті під час анального сексу становить близько 3 %, але якщо така статевая практика є постійною, то ризик для пасивного партнера (чоловіка чи жінки) є високим.
Масаж	<u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.
Незахищений секс із вашим партнером або чоловіком/жінкою	<u>Ризик відсутній</u> за умови, що обидва партнери не ВІЛ-інфіковані та по-дружжя - вірне.
Обійми з людиною, яка має ВІЛ	<u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.
Вагінальний секс із перериванням до виверження сім'яної рідини	<u>Ризик низький/ризик середній.</u> ВІЛ може міститися в передєякуляторній рідині, тому ризик передачі існує, однак перериванням акту перед виверженням сім'яної рідини можна певною мірою знизити ризик передачі ВІЛ.
Користування громадським туалетом	<u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.
Укус комара або інших комах	<u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму. ВІЛ не передається через укуси комарів, мух, кліщів, бліх, бджіл або ос. Якщо комахи, які смокчуть кров, укусять ВІЛ-інфіковану людину, вірус гине в тілі комах. ВІЛ здатний існувати тільки в клітинах людини.
Грудне годування дитини ВІЛ-позитивною матір'ю	<u>Високий ризик.</u>
Переливання крові або її продуктів	<u>Високий ризик, якщо донор ВІЛ-інфікований.</u>



<p>Допомога людині, у якої кровотеча з носа</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Якщо шкіра на руках людини, яка допомагає зупинити кровотечу, неушкоджена, то ризик відсутній. Правила загальної гігієни для всіх людей, які здійснюють допомогу при кровотечах, – надавати допомогу в латексних рукавичках.</p>
<p>Спільне користування посудом з ВІЛ-позитивною людиною</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.</p>
<p>Донорство крові</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.</p>
<p>Пірсинг</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> У разі дотримання усіх вимог до стерилізації інструментів ризик відсутній.</p>
<p>Рукоштовання з ВІЛ-позитивною людиною</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.</p>
<p>Пологи (ризик для дитини, мати є ВІЛ-позитивною)</p>	<p><u>Ризик високий/ризик середній.</u> Ризик можна значною мірою знизити за допомогою прийому АРТ та безпечних акушерських практик (застосування кесаревого розтину за безкровною методикою при вірусно-му навантаженні більше 1000 копій).</p>
<p>Спільне використання голки для введення препаратів</p>	<p><u>Ризик високий.</u> Через нестерильний інструментарій відбувається потрапляння біологічної рідини однієї людини до іншої.</p>
<p>Прийом у дантиста</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризик відсутній за умови дотримання усіх необхідних вимог до стерилізації інструментів.</p>
<p>Витирання плям крові в латексних рукавичках</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає прямого контакту між біологічними рідинами організму (завдяки застосуванню латексних рукавичок).</p>

<p>Витирання плям крові без латексних рукавичок</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризик відсутній, якщо на руках людини, яка витирає кров, немає ранок або висипання.</p>
<p>Потрапляння крові на ваші руки</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризик відсутній, якщо на ваших руках немає ранок або висипання.</p>
<p>Потрапляння крові на руку, яку ви нещодавно порізали</p>	<p><u>Низький ризик.</u> Ризик у таких ситуаціях залежить від розміру та глибини порізу, кількості крові та кількості вірусу в крові. Задokumentовано лише окремі випадки інфікування таким чином.</p>
<p>Укус дитини з ВІЛ-позитивним статусом</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Якщо немає прокусу шкіри, то ризик відсутній. Якщо прокус шкіри є, то ризик однаково дуже низький, оскільки у слині дуже низька концентрація вірусу і вона недостатня для того, щоб відбулося інфікування.</p>
<p>Потрапляння слини на нешкоджену ділянку тіла</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.</p>
<p>Потрапляння слини на руку, яку ви нещодавно подряпали</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> У слині дуже низька концентрація вірусу і вона недостатня для того, щоб сталося інфікування.</p>
<p>Дряпання дитиною з ВІЛ-позитивним статусом</p>	<p><u>Ризик відсутній.</u> Ризику передачі ВІЛ немає, оскільки немає контакту між біологічними рідинами організму.</p>

### 3. 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.)

#### Що таке ВІЛ?

- Вірус
- Імунодефіциту
- Людини

ВІЛ-інфекція це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини.

Слайд №2 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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.

#### Що таке СНІД?

- Синдром
- Набутого
- Імунодефіциту
- Людини

Якщо ВІЛ-інфекцію не лікувати, то через 6-10 (іноді до 20) років імунітет поступово знижується і розвивається СНІД.

Слайд №3 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 кінцева стадія розвитку ВІЛ-інфекції.

### Історія відкриття ВІЛ/СНІДу

1979 р. - у США лікарі реєструють незвичайні імунні розлади у низки пацієнтів

1982 р. - М.С. Готліб упровадив поняття та описав клініку СНІДу – синдрому імунодефіциту. ВІЛ діагностовано у людини, хворої на гемофілію

1983 р. - Л. Монтаньє (Франція) і Р. Галло (США) лабораторно виділили вірус, який згодом отримав назву «вірус імунодефіциту людини» (ВІЛ)

1985 р. - Встановлено, що ВІЛ передається через такі рідини організму людини, як кров, сперма, вагінальний секрет та материнське молоко

Слайд №4 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 70-х років. Але досі не встановлено точно, яке ж походження цього захворювання. Наступні етапи вивчення вірусу визначені досить точно.

1979 рік – лікарі Нью-Йорка та Лос-Анджелеса спостерігали рідкісну форму запалення легенів (пнеumoцистну пневмонію), саркому Капоши (пухлинне захворювання, яке доти реєструвалось лише у людей похилого віку) у чоловіків, які мають секс із чоловіками.

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

1983 рік – 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 рік – встановлено, що ВІЛ передається через кров, сперму, вагінальний секрет і грудне молоко. У США затверджений перший тест для виявлення ан-

титіл 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.

## Вірус Імунодефіциту Людини



Слайд №5 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 - допомага-

## ВІЛ та імунна система (1)

- ВІЛ використовує  $CD_4$ -клітини для відтворення
- $CD_4$ -клітини – клітини, які містять  $D_4$ -рецептори на своїй поверхні
- $D_4$ -рецептори розміщені на поверхні багатьох клітин, але переважно на  $T_4$ -лімфоцитах (Т-хелперах)
- $T_4$ -лімфоцити – тип білих кров'яних тіл (лімфоцитів), які «включають» імунну систему для боротьби із захворюваннями

Слайд № 6 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

ти), які мають на своїй поверхні молекули CD<sub>4</sub>. 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.

## ВІЛ та імунна система (2)

- CD<sub>4</sub>-клітини – своєрідні захисники
- Сильні CD<sub>4</sub>-клітини здатні боротись із будь-якими інфекціями
- Однак, коли ВІЛ проникає в CD<sub>4</sub>-клітину для відтворення, він ушкоджує, а згодом убиває її

Таким чином, ВІЛ ушкоджує систему, яка захищає організм від інфекцій.

Слайд № 7 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

Організм людини постійно контактує із зовнішнім середовищем, багатим на збудників різноманітних інфекційних захворювань. Сильні CD<sub>4</sub>-клітини здатні боротися з будь-якими інфекціями. В основі імунодефіциту при ВІЛ-інфекції лежить прогресуюче зниження кількості CD<sub>4</sub> 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.

## Як передається ВІЛ-інфекція?

**Статевим шляхом** (при незахищених проникаючих анальних та вагінальних контактах)

**Парентеральним шляхом**

- під час переливання ВІЛ-інфікованої крові та її препаратів
- через використання забрудненого ВІЛ медичного інструментарію та/або розчинів (у тому числі під час пірсингу і татуажу)
- під час ін'єкційного споживання наркотиків
- під час трансплантації органів ВІЛ-інфікованого донора

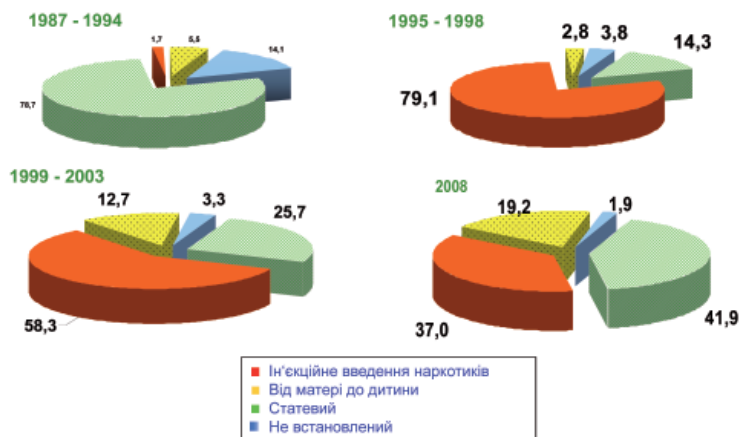
**Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини**

- під час вагітності та пологів (вертикальний шлях)
- під час вигодовування грудним молоком (горизонтальний шлях)

Слайд № 8 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 вигодування дитини грудним молоком від інфікованої матері (горизонтальний шлях).

## Шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Україні за даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України



Слайд № 9 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

Шляхи передачі ВІЛ в Україні змінювалися залежно від етапів розвитку епідемії. Так, у період 1987-1994 рр. переважав статевий шлях інфікування. На другому етапі епідемії, коли вірус проник у середовище споживачів наркотиків, основним шляхом передачі стає парентеральний – через спільне вживання наркотиків. Наступний період характеризується зміною співвідношення інфікування статевим шляхом та парентеральним: 25,7 % проти 58,3 %. Це відбувається не за рахунок зниження парентерального шляху передачі, а за рахунок того, що збільшується кількість випадків інфікування статевим шляхом у результаті незахищеного сексу між людьми, які не мають безпосереднього зв'язку зі споживачами ін'єкційних наркотиків. Також у цей період збільшується кількість випадків передачі ВІЛ від матері до дитини, оскільки зростає частка жінок репродуктивного віку серед ВІЛ-позитивних. Подальший розвиток епідемії характеризується тим, що статевий шлях та парентеральний фактично стають майже однаковими у структурі шляхів передачі. Відповідно збільшується і кількість випадків передачі ВІЛ від матері до дитини.



## Ризик передачі ВІЛ під час одноразового контакту

Під час переливання крові або її компонентів, що містять ВІЛ	90-100 %
У разі ін'єкційного вживання наркотиків одним шприцом із ВІЛ-позитивним	30 %
Анальний секс без використання презерватива	3 %
При уколах голкою, на якій є сліди крові, що містить ВІЛ	0,3 %
Вагінальний секс, коли один із партнерів є ВІЛ-позитивним (ВІЛ-позитивний партнер – чоловік)	0,1-0,2 %
Вагінальний секс, коли один із партнерів є ВІЛ-позитивним (ВІЛ-позитивний партнер – жінка)	0,05-0,1 %

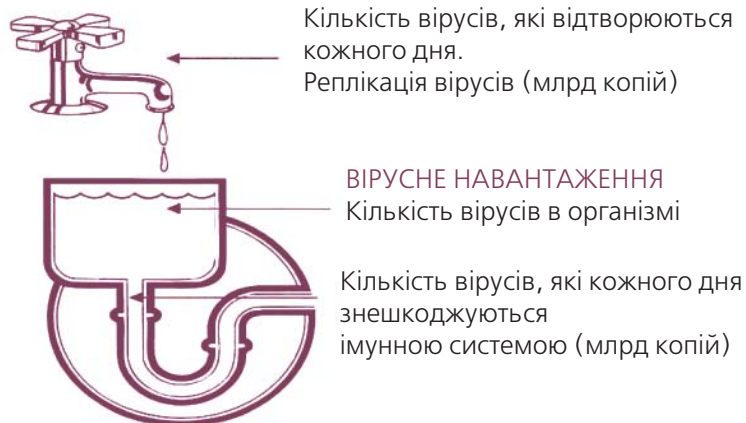
За низького вірусного навантаження  
ризик інфікування менший

Слайд № 10 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 у 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:

- безладні статеві стосунки;
- будь-яке ерозивне захворювання статевих органів;
- існування будь-якого захворювання, яке передається статевим шляхом;
- недостатнє дотримання правил безпечного сексу (наприклад, невикористання або неправильне використання презервативів);
- високе вірусне навантаження у партнера.

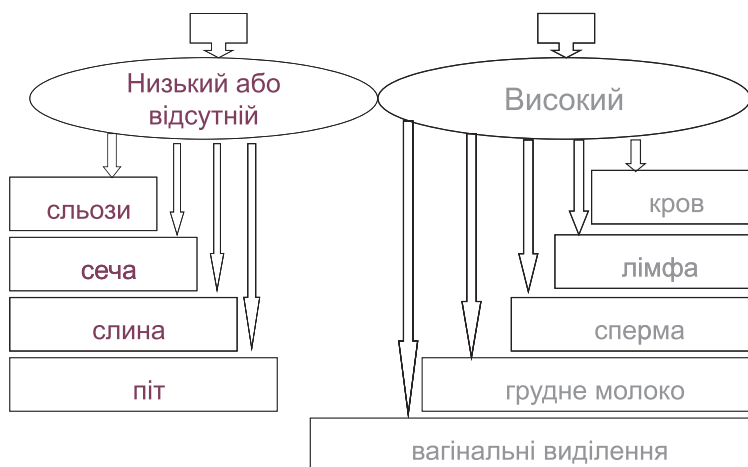
## Що таке «вірусне навантаження»?



Слайд № 11 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

Вірусне навантаження відображує кількість копій вірусу, які циркулюють у крові людини. Чим вище вірусне навантаження, тим швидше впаде рівень  $CD_4$  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 №11 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.

## Вміст ВІЛ у біологічних рідинах людини



Слайд № 12 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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.

## ВІЛ не передається

- Через обійми
- Через поцілунки
- Через укуси комах
- Повітряно-крапельним шляхом
- Через плавання в одному басейні
- Через користування спільним посудом
- Через користування спільним туалетом

Слайд № 13 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 не несе жодного ризику інфікування для оточуючих.

### Стійкість ВІЛ у зовнішньому середовищі

ВІЛ дуже нестійкий у зовнішньому середовищі

- ВІЛ втрачає свою активність після обробки дезінфікуючими засобами
- На поверхні неушкодженої шкіри людини ВІЛ гине під дією захисних ферментів організму та бактерій
- ВІЛ швидко (за 30 хвилин) гине при  $t^0 -57$  градусів Цельсія і майже миттєво – при кип'ятінні
- У рідкому середовищі при кімнатній температурі  $+23-27$  градусів Цельсія вірус зберігає свою активність протягом 15 днів, при температурі  $+36-37$  градусів Цельсія – 11 днів

Слайд № 14 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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  $-57^{\circ}\text{C}$  і майже миттєво – при кип'ятінні.

## 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

Слайд № 15 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 статевих контактів. Задля профілактики слід використовувати латексні презервативи відомих фірм та купувати їх в аптеках. Презервативи, які зберігаються неналежним чином, втрачають свої бар'єрні властивості. При використанні наркотичних речовин дуже важливо користуватися одноразовим інструментарієм (голками та шприцями). 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 косметичних, манікюрних та педикюрних 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.

## АРТ – антиретровірусна терапія

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

*Оскільки ВІЛ належить до родини ретровірусів, препарати, спрямовані проти цього збудника, називаються «антиретровірусними»*

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

Слайд № 16 презентації «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи інфікування ВІЛ та методи профілактики інфікування»

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 імунodefіциту 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.

Сучасні уявлення про ефективну АРТ передбачають призначення комплексу щонайменше трьох препаратів. Така терапія дістала назву високоактивної антиретровірусної терапії.

### **Контрольні запитання:**

1. Які біологічні рідини організму людини містять високу концентрацію ВІЛ, а які – низьку?
2. Як ВІЛ не передається? Які методи профілактики інфікування ВІЛ?
3. Яким є вплив ВІЛ на імунну систему людини?
4. У чому полягає суть антиретровірусної терапії?

### **Література:**

1. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных / Под ред. Е. Пурик. – К., 2009.
2. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник / Т. Семигіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – К., 2007.
3. Настольная книга для позитивных людей / Под ред. А. Бондаренко. – К., 2009.

## **ТЕМА 3: ПОНЯТТЯ «СТИГМА», «ДИСКРИМІНАЦІЯ» ТА «ТОЛЕРАНТНЕ СТАВЛЕННЯ» (2 ГОД.)**

### **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».

### **План:**

1. Вплив ВІЛ-інфекції на виникнення стигматизації. Вправа «Історія».
2. Власний досвід бути стигматизованим. Вправа «Заколки».
3. Мозковий штурм на тему «Які асоціації виникають у вас щодо слова СТИГМА?». Інформаційне повідомлення «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ».
4. Причини та наслідки стигми, пов'язаної з ВІЛ. Вправа «Коріння-листя». Продовження презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ».
5. Поняття «толерантне ставлення» (мозковий штурм на тему «Як ви розумієте поняття ТОЛЕРАНТНІСТЬ?» та презентація «Толерантне ставлення»).

### **Очікувані результати для учасників:**

- Після проходження цієї теми учасники знатимуть:
  - о як ВІЛ-інфекція впливає на виникнення стигматизації;
  - о визначення понять стигма і дискримінація та їхні особливості;
  - о причини та наслідки стигми, пов'язаної з ВІЛ;
  - о визначення поняття толерантне ставлення.

- Після проходження цієї теми учасники вмітять:
  - о аналізувати ситуації стигматизації, пов'язаної з ВІЛ.

### **Необхідні матеріали:**

- проектор;
- ноутбук;
- презентації до Тем 3 (додатки 3.1, 3.2);
- 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;
- копії презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ» (додаток 3.1) для кожного учасника;
- стікери двох кольорів (для корінців та листочків);
- намальоване на аркуші фліп-чартного паперу дерево;
- копії презентації «Толерантне ставлення» (додаток 3.2) для кожного учасника.

## **1. ВПЛИВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА ВИНИКНЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ. ВПРАВА «ІСТОРІЯ» (35 ХВ.).**

Вступне слово тренера:

«Однією з важливих проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, 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.

Часто люди не усвідомлюють, що їхня поведінка є стигматизуючою щодо інших. Тому усвідомлення особливостей власної поведінки є важливим кроком до змін у самому собі».





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 зворотньому боці, наприклад, зірочкою – це ВІА-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». Особливо спонукайте учасників тренінгу розповідати про стосунки з іншими персонажами.

Після цього, перегорнувши картки, учасники з'ясовують, хто з персонажів ВІА-позитивний. Далі учасники у підгрупах відтворюють заново свої лінії поведінки, ґрунтуючись на попередньому сценарії, але вже знаючи, хто є ВІА-позитивний.

Цього разу герої мають відповісти на такі запитання (для ВІА-негативних):

1. Чи ви знаєте, що цей персонаж є ВІА-позитивним?
2. Як дізналися про це?
3. Що змінилося у вашому житті через те, що він/вона є  
4. ВІА-позитивним?
5. Як змінилося ставлення до цього персонажа?

Запитання для ВІА-позитивних персонажів:

1. Як ви були інфіковані?
2. Як ви дізналися про свій ВІА-статус?
3. Як ви тепер почуваетесь?
4. Що змінилось у вашому житті?
5. Як змінилися стосунки з іншими персонажами?

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

1. звідки з'явилися ідеї щодо персонажів другого сюжету? Чи це реальні випадки з життя?
2. чи є типовою поведінка персонажів вашої групи у випадку, коли хтось стає ВІЛ-позитивним?
3. чи були у 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.

## 2. ВЛАСНИЙ ДОСВІД БУТИ СТИГМАТИЗОВАНИМ. ВПРАВА «ЗАКОЛКИ» (20 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 заплющують очі, тренер чіпляє на волосся кожного 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 спо-

стерігачами. Добре, якщо таких спостерігачів буде не більше двох.

Після того як усі учасники отримали заколки, тренер просить учасників відкрити очі та утворити групи за певною ознакою (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 поводить себе, намагається керувати процесом, дає вказівки; також варто звертати увагу на тих, хто поводить себе пасивно, чекає, щоби хтось допоміг їм визначитися. Також 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, а наостанок – людині, в якій 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 відбувалось?
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 опинилась на самоті?
6. Що ви відчували стосовно цієї людини?

По завершенні обговорення попросіть учасників зробити висновки про те, що вони зрозуміли про стигму.

### 3. МОЗКОВИЙ ШТУРМ НА ТЕМУ «ЯКІ АСОЦІАЦІЇ ВИНИКАЮТЬ У ВАС ЩОДО СЛОВА СТИГМА?» (5 ХВ.). ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ «ПОНЯТТЯ СТИГМИ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ» (25 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.



Тренер звертається до учасників із запитанням: “Які асоціації у вас виникають щодо слова СТИГМА?” Учасники називають, а тренер фіксує всі їхні вислови на фліп-чарті. На мозковий штурм відводиться 5 хвилин. 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 ВІУ/СНІДу. 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.

### Коли виникла стигма?

У стародавній Греції термін "стигма" (грец. Stigma – тавро, пляма) вживали для найменування тілесних ознак, які демонстрували щось незвичайне або погане у моральному статусі індивіда

Вирізані або випечені та тілі людини знаки свідчили про те, що їх носій – раб, злочинець, зрадник, тобто людина, яка заплямувала себе ганьбою, той, кого варто уникати, особливо у публічних місцях

Зараз цей термін широко використовується, однак зазвичай означає не знак на тілі, а вказує на принизливий (ганебний) статус індивіда як такого

Слайд № 2 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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

## Що таке стигма?

Вчені визначають стигму як певну негативно оцінену суспільством ознаку, яка визначає статус людини та поведінку оточення стосовно неї

Стигма є соціально сконструйованим явищем, яке призводить до знецінення людини і має негативний вплив на стигматизовану людину

Слайд № 3 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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.

## Типи стигми

- Тілесні вади: різноманітні фізичні відхилення
- Індивідуальні недоліки характеру, які сприймаються як слабкість волі: вживання наркотиків, гомосексуалізм, спроби самогубства і навіть радикальна політична позиція тощо
- Вроджена стигма раси, національності та релігії, яка може передаватися у спадок і охоплювати всіх членів родини

Слайд № 4 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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.

### Як виникає стигма?

Суспільство встановлює способи категоризації людей і визначає набір якостей, які вважаються нормальними і природними для кожної категорії

При зустрічі з незнайомцем перше враження про його зовнішність дає нам змогу віднести його до тієї чи іншої категорії і визначити його якості, тобто «соціальну ідентичність»

(І. Гоффман)

Слайд № 5 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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.

## Як працює стигма?

Індивід, який міг би легко брати участь у звичайній соціальній взаємодії, має певну особливість, що нав'язливо привертає до себе увагу і відвертає від нього співрозмовника, обмежуючи тим самим процес спілкування і перекриваючи шлях до інших особливостей цього індивіда.

У нього є стигма, тобто небажана відмінність від того, чого ми очікували.

Слайд № 6 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Люди схильні приписувати індивіду велику кількість недосконалостей на основі однієї недосконалості, а правильніше сказати, на основі однієї характеристики/якості, яка визнана суспільством небажаною. Влучно про роль стигми сказав Гордон Олпорт: "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.

## Хвороби, які спричиняють стигматизацію

Хворобам, які потенційно піддаються інтенсивній стигматизації, притаманні деякі спільні риси:

- людина, яка хворіє, сприймається суспільством як відповідальна/винна за те, що вона хворіє
- хвороба є прогресуючою та невиліковною
- суспільство недостатньо обізнане щодо хвороби
- симптоми важко приховувати чи не можуть бути приховані (І. Гофман та ін.)

Слайд № 7 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»



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 приховувати 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 розробки ефективного підтримуючого лікування, для багатьох людей ВІЛ залишається невиліковною хворобою; досі рівень знань про ВІЛ/СНІД у суспільстві залишається невисоким; пізня стадія, СНІД, зазвичай негативно позначається на фізичному стані людини.

### Вербальні прояви стигми

У повсякденному житті ми використовуємо специфічні терміни для позначення стигми як образного вислову, не замислюючись над їхнім первинним значенням:

Каліка  
Кретин  
Виродок  
СПІДозні  
Турок  
Даун  
Зек  
Шизофреник  
Виродок  
Селюк  
Чукча

Слайд № 8 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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.

## Зовнішня стигма

- Стосується конкретних проявів стигми та дискримінації. Це стигма, яка перебуває у площині соціальних стереотипів, упереджень, настанов, міфів суспільства
- Може проявлятися у формах домінації, пригнічення, використання сили та контролю, агресії, категоризації, звинувачення, покарання, осуду, ізоляції, висміювання, образ, уникання
- Це – нетолерантне, нетерпиме ставлення до людей з боку оточення

Слайд № 9 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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 нетолерантне ставлення оточуючих до людини, яка чимось відрізняється від інших.

## Внутрішня стигма

- Стосується насамперед почуттів сорому, страху, тривоги, депресії, комплексу неповноцінності, особистої вини і страху бути стигматизованим та дискримінованим
- Виникає, коли людина інтерналізує зовнішні реакції до себе

Слайд № 10 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Внутрішня стигма є результатом переживань індивіда та формує у нього само-сприйняття як носія небажаних якостей. Внутрішня стигма може проявлятися як відчуття власної неповноцінності, безпорадності та призводить 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 униканні або самоусуненні (небажанні отримувати медичну допомогу, лікуватися, униканні соціальної активності, близьких стосунків з іншими людьми).

### Прояви внутрішньої стигми

- Відчуття власної вразливості та неповноцінності
- Спроби довести власні переваги перед іншими представниками стигматизованої групи (що я не такий, «як усі вони»)
- Нездатність будувати відносини з людьми, які не належать до групи
- Страх дискримінації з боку інших людей, у тому числі й необґрунтований
- Негативна думка про людей поза стигматизованою групою
- Почуття безпорадності, браку контролю над ситуацією
- Упевненість, що власна думка й інтереси не мають значення і ні на що вплинути не можуть

Слайд № 11 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Засвоєні «стандарти» суспільства дають змогу людині дуже чітко зрозуміти, що інші вважають недоліком. Сором стає основним почуттям, яке виникає зі сприйняття індивідом 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 почуття 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.

## Подвійна стигма

- Це поєднання двох чи більше стигм
- Стигма, пов'язана з ВІЛ, часто додається до багатьох вже існуючих стигм, асоційованих із такими маргінальними групами, як гомосексуалісти чи жінки комерційного сексу, і з такими типами поведінки, як споживання ін'єкційних наркотиків та випадковий секс

Слайд № 12 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Часто одна особа поєднує у собі дві стигми. У такому разі йдеться про подвійну стигму, а коли стигм більше двох, то про множинну стигму. У контексті епідемії ВІЛ/СНІДу 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.

## “Свої” для стигматизованих

- Люди з такою самою стигмою можуть надати моральну підтримку, прийняти індивіда як «нормального»
- Люди, чиє розуміння стигматизованих сформувалося в результаті роботи у сфері, пов'язаній з допомогою людям із певною стигмою
- Родичі та близькі стигматизованих людей

Слайд № 13 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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 та дискримінація

- Стигматизація взаємопов'язана з дискримінацією
- Дискримінація – це негативні вчинки, що спричинені стигмою і здійснюються з метою девальвації (знецінення) та зниження життєвих можливостей стигматизованої людини
- Стигматизація спричиняє дискримінацію, а та, у свою чергу, зумовлює внутрішню стигму, яка заохочує і підсилює стигматизацію, створюючи, таким чином, замкнене коло

Слайд № 14 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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, у свою чергу, посилює зовнішню стигму.

### Що таке дискримінація?

Дискримінація (лат. *Discriminatio* – розрізнення) визначається як навмисне обмеження прав частини населення, окремих соціальних груп чи індивідів за певною ознакою (раса, вік, стать, національність, релігійні переконання, сексуальна орієнтація, стан здоров'я, вид занять тощо)

Таке обмеження може бути підкріплене законодавством (правова дискримінація)

Слайд № 15 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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.

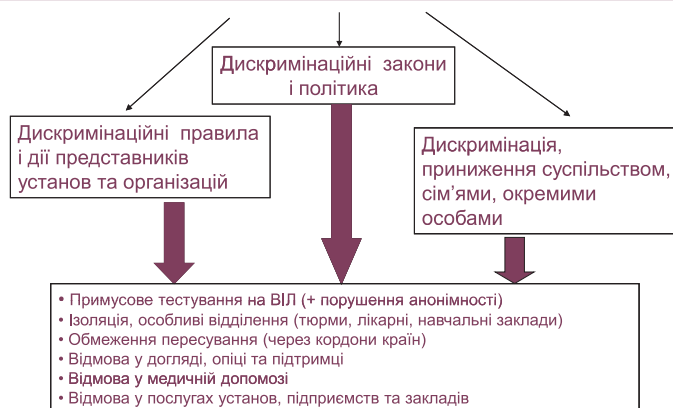
### Рівні дискримінації

- Політичний рівень (державні структури)
- Соціальний рівень (приватні, громадські організації, установи, інші суспільні інституції)
- Індивідуальний/міжособистісний рівень (окремі особи)

Слайд № 16 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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

### Форми дискримінації



Слайд № 17 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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).



Слайд № 18 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Стигматизація та дискримінація людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, розпочалася з моменту виникнення самої хвороби і є важливою проблемою сьогодення, яка зачіпає не лише усі сфери життя ВІЛ-позитивної людини, а й також є перешкодою у подоланні епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Дані досліджень вказують на низький рівень толерантності до ВІЛ-позитивних в українському суспільстві. Так, наприклад, дослідження, проведене ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» та Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні, показало, що 60 % людей, які живуть з ВІЛ, оцінюють ставлення українського суспільства як негативне. Кожен п'ятий вважає ставлення українського суспільства до ВІЛ-позитивних байдужим. З тим, що українське суспільство ставиться до ВІЛ-позитивних співчутливо, згодні близько 6 % опитаних.

#### 4. ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ СТИГМИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ З ВІЛ. ВПРАВА «КОРІННЯ-ЛИСТЯ» (15 ХВ.). ПРОДОВЖЕННЯ ПРЕЗЕНТАЦІЇ «СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ» (10 ХВ.)

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



Для виконання вправи «Коріння – листя» з учасників формують дві групи. Одна група отримує завдання виписати причини стигматизації ВІЛ-позитивних людей, а інша – наслідки. Тренер заздалегідь готує плакат (аркуш фліп-чарту), на якому схематично зображує дерево. Причини фіксуються на стікерах, з яких формують коріння; 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.

Зауваження для тренера: під час виконання цієї вправи спонукайте учасників шукати не лише ті причини та наслідки, які лежать «на поверхні», а й думати глибше 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.



## Причини стигматизації ЛЖВ (1) Страх, спричинений відсутністю знань/ інформації

- Незнання та нерозуміння хвороби
- Хибні уявлення щодо шляхів передачі інфекції
- Безвідповідальні повідомлення щодо епідемії ВІЛ-інфекції у медіа

Слайд № 19 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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/СНІДу, які на початку епідемії були розтиражовані ЗМІ, укорінилися у свідомості людей досить глибоко.

## Причини стигматизації ЛЖВ (2) Упередженість до вже стигматизованих груп

Подвійна стигматизація стосовно таких груп:

- споживачі ін'єкційних наркотиків
- чоловіки, які мають секс із чоловіками
- особи, що надають сексуальні послуги за плату

Слайд № 20 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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

### Причини стигматизації ЛЖВ (З) Суспільні норми щодо визначення "поганої" поведінки

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

Слайд № 21 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Стигма, пов'язана з ВІЛ, є складним явищем і посилює негативне ставлення шляхом асоціації ВІЛ із уже стигматизованою поведінкою, наприклад, заняттям комерційним сексом, 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 про свій статус іншим
- Шукати чи надавати допомогу та підтримку
- Розпочати лікування; сформувати прихильність до прийому терапії

Слайд № 22 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

Прикладами наслідків стигми є уникнення тестування на ВІЛ як серед уразливих груп, так і серед населення в цілому, уникнення медичної допомоги, нерозкриття свого статусу іншим, 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. Незвернення за допомогою, у свою чергу, призводить до того, що люди не розпочинають вчасно лікування.

### Вплив стигматизації на якість життя

- Стигма і дискримінація негативно впливають на якість життя людей з ВІЛ
- Якість життя охоплює соціальну захищеність, задовільне фізичне самопочуття, задоволення духовних потреб, задоволення потреб у спілкуванні, психічне благополуччя та реалізацію і саморозвиток особистості

Слайд № 23 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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 яким розуміється соціальна захищеність, задовільне фізичне самопочуття, задоволення духовних потреб, задоволення потреб у спілкуванні, психічне благополуччя та реалізація і саморозвиток особистості.

### Соціальне виключення

- Соціально виключені люди – це люди, позбавлені можливості брати участь у загальноприйнятих видах діяльності
- Соціальне виключення породжується тим, що людина не має доступу до загальноприйнятих ресурсів у суспільстві

Слайд № 24 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

У цьому контексті ми можемо говорити про те, що стигма сприяє соціальному виключенню, під яким розуміють часткове або повне вилучення індивідів чи соціальних груп із соціальної структури суспільства й суспільних процесів; створення умов, які не дають змоги цим індивідам чи групам відігравати в суспільстві значущу роль. Тобто соціально виключені люди – це люди, позбавлені можливості брати участь у загальноприйнятих видах діяльності й не мають доступу до загальноприйнятих ресурсів у суспільстві.

### Вплив стигми на людину

- У стигматизованої людини виникає відчуття, що вона не знає, що ж “насправді” думають про неї інші
- Незначні успіхи сприймаються оточенням як прояви якихось серйозних здібностей
- Незначні промахи чи випадкові помилки можуть бути проінтерпретовані як прямий вияв стигми
- Дискомфорт від власної незахищеності

Слайд № 25 презентації «Стигма та дискримінація, пов’язані з ВІЛ»

На індивідуальному рівні стигма та дискримінація призводять до стресу та тривоги, почуттів, які згубно впливають на стан здоров’я. На рівні сім’ї та громади наслідком стигматизації та дискримінації є почуття сорому та провини у ЛЖВ, що змушує людей приховувати свій ВІЛ-статус. Внутрішня стигма часто призводить до депресії, відсторонення, почуття меншовартості.

Вчені описують загальні характеристики впливу стигми на людину. Так, перше, людина з певною стигмою (ВІЛ-інфекція, сліпота, глухота тощо) ніколи не може точно знати, як до неї поставляться незнайомі люди, доки не відбудеться контакт із ними. По-друге, стигма іноді проявляється, так би мовити, у позитивній формі, коли людину з певною стигмою намагаються «похвалити» за щось, що для людей без стигми не сприймається як щось надзвичайне. Такі «позитивні» ярлики можуть бути не менш принизливими, ніж стигма очевидної негативної спрямованості. Водночас незначні чи випадкові помилки можуть бути проінтерпретовані як прямий прояв наявної у людини стигми. Все це викликає дискомфорт від власної незахищеності.

## Шляхи подолання стигматизації

- Надання/отримання правдивої інформації про шляхи передачі ВІЛ та особливості перебігу захворювання
- Усвідомлення міфів і суспільних норм, які призводять до стигматизації, та їх розвінчування
- Демонстрація толерантного ставлення до ЛЖВ як зразок “нормальної” поведінки

Слайд № 26 презентації «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ»

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 у суспільстві.

### 5. ПОНЯТТЯ «ТОЛЕРАНТНЕ СТАВЛЕННЯ» (МОЗКОВИЙ ШТУРМ НА ТЕМУ «ЯК ВИ РОЗУМІЄТЕ ПОНЯТТЯ ТОЛЕРАНТНІСТЬ?» – 5 ХВ. ТА ПРЕЗЕНТАЦІЯ «ТОЛЕРАНТНЕ СТАВЛЕННЯ» – 10 ХВ.).

Поняття «стигма», «стигматизація» та «дискримінація» за своєю суттю є негативними. Толерантність можна розглядати як світоглядну позицію, яка протистоїть цим явищам.



Тренер звертається до учасників із запитанням: «Як ви розумієте поняття ТОЛЕРАНТНІСТЬ? Особливо, коли ми говоримо про толерантне ставлення до ВІА-позитивних дітей?» Учасники називають, а тренер фіксує всі їхні вислови на фліп-чарті. На мозковий штурм відводиться 5 хвилин. Пізніше, впродовж презентації, тренеру варто апелювати до цього матеріалу.

Після мозкового штурму тренер переходить до короткої презентації «Толерантне ставлення».

### Толерантність – це...

готовність визнавати і приймати поведінку, переконання та погляди інших людей, що відрізняються від власних, навіть у тих випадках, коли ви не поділяєте цих переконань та поглядів

Слайд № 2 презентації «Толерантне ставлення»

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 у дії – це...

- Повага до інших
- Позитивна лексика
- Визнання прав інших
- Прийняття інших такими, якими вони є
- Співпраця з іншими на рівних умовах
- Відмова від домінування та насильства
- Терпимість до чужих думок, переконань

Слайд № 3 презентації «Толерантне ставлення»

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.

## Ознаки толерантної людини

- Толерантна людина не ділить світ на «чорних» та «білих» і тому готова вислухати та зрозуміти різні точки зору
- Почуття гумору і вміння посміятись над своїми слабкими сторонами – особлива ознака толерантної людини
- Почуття толерантності зменшує потребу домінувати і дивитись на людей «зверху»
- Толерантна людина знає і правильно оцінює себе. Її добре ставлення до себе співвідноситься з позитивним та доброзичливим ставленням до інших

Слайд № 4 презентації «Толерантне ставлення»

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 над собою і зрозуміти власні слабкі сторони. Толерантна людина не має потреби домінувати, адже, як казав Габріель Гарсія 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.



Слайд № 5 презентації «Толерантне ставлення»

Толерантність не виникає спонтанно, необхідні певні психологічні установки, усвідомлення у процесі взаємодії з іншими того, що толерантність – єдиний можливий шлях мирного співіснування у суспільстві. Таким чином, толерантне ставлення формується у суспільстві через виховання, особистий життєвий досвід тощо. На формування толерантності у дітей неабиякий вплив має толерантна позиція вчителя. Важливо зрозуміти, що толерантність у педагога має бути його світоглядною позицією, що сприятиме здатності педагога сприймати дітей такими, якими вони є, а також проявлятиметься у його поведінці в складних педагогічних ситуаціях.

### Контрольні запитання:

1. Що таке стигма, стигматизація та дискримінація? У чому полягає відмінність між ними?
2. Що таке зовнішня та внутрішня стигма? Чим вони відрізняються?
3. Що спричиняє виникнення стигми, пов'язаної з ВІЛ?



4. Якими є наслідки стигматизації людей, які живуть з ВІЛ?
5. Які шляхи протидії стигматизації та дискримінації?
6. Що таке толерантність і якими є ознаки толерантної людини?

#### **Література:**

1. Люди и ВИЧ: Книга для неравнодушных / Под ред. Е. Пурик. – К., 2009.
2. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: Методичний посібник / Т. Семігіна, О. Банас, Н. Венедиктова та ін. – К., 2007.
3. Толстих Н.В. Соціальне виключення в сучасній Україні: спроба оцінки // Український соціум. - 2003. - № 1 (2). - С. 81-85.
4. Стигма, дискримінація и нарушение прав человека в связи с ВИЧ. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС. Доступно на [www.unaids.org](http://www.unaids.org).
5. Ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ. Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні: Результати соціологічного дослідження. – К., 2004.
6. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности. Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. Доступно на <http://www.un.org/russian/events/aids/concept.htm#>.
7. Скворцов Л.В. Толерантность: иллюзия или средство спасения? Доступно на [http://www.tolerance.ru/review-hist/ill\\_ili\\_sredstvo.html](http://www.tolerance.ru/review-hist/ill_ili_sredstvo.html).

## **ТЕМА 4:** **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБУВАННЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ У НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ (1 ГОД.)**

#### **Завдання:**

1. Надати учасникам інформацію про права ВІЛ-позитивних дітей.
2. Пояснити учасникам особливості поведінки з ВІЛ-позитивними дітьми у школі/дитячому садку.

#### **План:**

1. Права ВІЛ-позитивних дітей та їхніх батьків (вправа «Може – не може» та презентація «Права ВІЛ-позитивних дітей»).
2. Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у школі/дитячому садку.

### **Очікувані результати для учасників:**

- Після проходження цієї теми учасники знатимуть:
  - о основні права ВІЛ-позитивних дітей та їхніх батьків;
  - о якими є правила проведення медичного огляду, фізичного навантаження, дотримання протиепідемічного режиму в дитячих колективах, де є ВІЛ-позитивні діти;
  - о порядок надання першої медичної допомоги при кровотечах, порізах, носових кровотечах.
- Після проходження цієї теми учасники вмітимуть:
  - о пояснити права ВІЛ-позитивних дітей та їхніх батьків.

### **Необхідні матеріали:**

- проектор;
- ноутбук;
- презентації до Теми 4;
- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- копії презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей» (додаток 4.1) для кожного учасника;
- копії презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах» (додаток 4.2) для кожного учасника.

**До уваги тренера:** до проведення другої сесії теми «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у школі/дитячому садку», по можливості, слід залучити лікаря, який роз'яснить такі питання:

- ВІЛ-позитивна дитина в дитячому середовищі (хвороби, медичний огляд, епідемії інфекційних захворювань, навантаження на дитину на заняттях з фізичного виховання);
- надання першої медичної допомоги ВІЛ-позитивній дитині.

## **1. ПРАВА ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ ТА ЇХНІХ БАТЬКІВ (ВПРАВА «МОЖЕ – НЕ МОЖЕ» – 5 ХВ., ПРЕЗЕНТАЦІЯ «ПРАВА ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ» – 25 ХВ.).**

Усвідомлення прав людей, які живуть з ВІЛ, зокрема ВІЛ-позитивних дітей, 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.



Тренер пропонує учасникам виконати вправу «Може – не може». Для цього він просить усіх учасників подумати над питанням «Що може робити ВІЛ-позитивна дитина?», а потім «Чого не може робити ВІЛ-позитивна дитина?». Учасники тренінгу відповідають на поставлені запитання, а їхні відповіді записуються на аркуші фліп-чарту. Відповіді учасників тренінгу є ілюстрацією того, як вони уявляють собі права ВІЛ-позитивної дитини. На вправу відводиться 5 хвилин. До цього переліку варто звертатися під час презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей».

В Україні існує нормативно-правова база, яка намагається регулювати ті суспільні відносини, де фігурує ВІЛ-позитивна людина. Одним із найбільш актуальних питань у цій сфері є недопущення дискримінації та стигматизації людей, які живуть з ВІЛ, зокрема дітей, та захист їхніх прав і свобод.

На що мають право ВІЛ-позитивні діти?

Які обмеження  
у ВІЛ-позитивних дітей?

Слайд № 2 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Відповідаючи на запитання про те, що може робити ВІЛ-позитивна дитина і чого вона не може робити, ми, по суті, намагалися з'ясувати, на що ж мають право ВІЛ-позитивні діти і які обмеження у них є.

## Дещо із законодавства

- (1) Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (детальніше – слайди 4-12)
- (2) Кримінальний кодекс України (детальніше – слайд 13)

Слайд № 3 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

У 1991 році Україна першою серед країн СНД ухвалила закон «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення». З березня 1998 року діє нова редакція цього Закону, який є основним документом у врегулюванні питань життєдіяльності людей, які живуть з ВІЛ. Для виконання цього Закону прийнято низку підзаконних актів, які регулюють механізм виконання норм Закону на практиці. Варто зауважити, що Закон неодноразово зазнавав змін та доповнень (2001 р., 2002 р.) і зараз триває обговорення змін та доповнень до нього. Низка нормативно-правових актів, зокрема Кримінальний кодекс, визначають відповідальність за порушення прав людей, які живуть з ВІЛ. Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» найповніше гарантує права людей, які живуть з ВІЛ, принципи конфіденційності, повагу до прав і свобод, визначених законами України та міжнародними угодами.

## Загальні принципи

### **Стаття 17 Закону:**

ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України

Слайд № 4 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

У статті 17 Закону «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» зазначається, що ВІЛ-позитивні люди та хворі на СНІД користуються всіма правами та свободами, передбаченими Конституцією України та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

Крім загальних прав та свобод, ВІЛ-позитивні  
люди мають право на...

**Стаття 17 Закону:**

- Відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їхніх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт інфікування цих осіб ВІЛ
- Безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку
- Безоплатний проїзд до місця лікування й у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування
- Користування ізольованою жилою кімнатою

Слайд № 5 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Крім загальних прав і свобод, люди, які живуть з ВІЛ, зокрема і діти, мають додаткові права на:

- відшкодування збитків, пов'язаних із обмеженням їхніх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт інфікування цих осіб ВІЛ;
- безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку. Для того, щоб ВІЛ-позитивна людина отримувала лікування антиретровірусними препаратами згідно з призначенням лікаря, вона повинна офіційно перебувати на обліку в регіональному СНІД-центрі;
- безоплатний проїзд до місця лікування й у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;
- користування ізольованою жилою кімнатою.

## Медичний огляд (1)

### Стаття 7 Закону:

- Медичний огляд проводиться добровільно
- Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їхніх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду

### Стаття 8 Закону:

- За бажанням особи, яка звернулася до закладу охорони здоров'я для проведення медичного огляду, такий огляд може бути проведено анонімно

Слайд № 6 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Згідно зі статтею 7 Закону «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» медичний огляд з метою виявлення зараження ВІЛ проводиться добровільно, тобто ніхто не може примусити людину пройти медичний огляд, а огляд неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їхніх законних представників (батьків, опікунів, піклувальників, прийомних батьків, керівників інституційних закладів, де перебуває дитина-сирота), які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду. Стаття 8 гарантує, що проведення такого медичного огляду може бути анонімним, тобто людина може не повідомляти своє прізвище й адресу або інші персональні дані.

## Медичний огляд (2)

### Стаття 8 Закону:

- Відомості про результати медичного огляду, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю
- Передача таких відомостей дозволяється тільки особі, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених законами України, також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду

Слайд № 7 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Закон «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» гарантує людям, які пройшли тестування на ВІЛ, нерозголошення інформації щодо результатів медичного огляду. Такі відомості є конфіденційними, тобто вони повідомляються лише тій людині, яка проходила тестування на ВІЛ, та становлять лікарську таємницю. Надання такої інформації дозволяється тільки особі, якої вона стосується, а у випадках, передбачених законами України, також і законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду за умови наявності офіційного письмового запиту.

### Медична допомога

#### **Стаття 18 Закону:**

Забороняється:

- відмова у прийнятті до лікувальних закладів
- відмова у наданні медичної допомоги
- ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД
- а також ущемлення прав їхніх рідних і близьких на цій підставі

Слайд № 8 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Закон забороняє відмовляти у прийнятті людей, які живуть з ВІЛ, до лікувальних закладів; відмовляти у наданні їм медичної допомоги; обмежувати їхні права на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також обмежувати права їхніх рідних і близьких на цій підставі.

### Розкриття статусу

#### **Стаття 9 Закону:**

- У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб

Слайд № 9 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Закон визначає, що повідомлення про наявність ВІЛ в організмі людини здійснює працівник медичного закладу з дотриманням конфіденційності. У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітніх віком до 18 років, а також у осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це батьків або інших законних представників зазначених осіб.

### Батьки ВІЛ-позитивних дітей мають право...

#### **Стаття 21 Закону:**

- На спільне перебування в стаціонарах із дітьми у віці до 14 років із звільненням від роботи й оплатою допомоги з тимчасової непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною
- На збереження за одним із батьків, у разі його звільнення з роботи у зв'язку з доглядом за хворою дитиною у віці до 16 років, безперервного трудового стажу для нарахування допомоги з тимчасової непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку
- Батьки, що мають дітей у віці до 16 років, заражених ВІЛ чи хворих на СНІД, мають право на одержання щорічної відпустки в літній або інший зручний час

Слайд № 10 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Батьки дітей, інфікованих вірусом імунодефіциту людини, та особи, які їх заміняють, мають право на:

- спільне перебування у стаціонарах із дітьми у віці до 14 років зі звільненням від роботи й оплатою допомоги з тимчасової непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною;
- збереження за одним із батьків, у разі його звільнення з роботи у зв'язку з доглядом за хворою дитиною у віці до 16 років, безперервного трудового стажу для нарахування допомоги з тимчасової непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку.

Матері, що мають дітей у віці до 16 років, заражених ВІЛ чи хворих на СНІД, мають право на одержання щорічної відпустки в літній або інший зручний час. У разі відсутності матері й виховання такої дитини батьком або іншою особою це право надається зазначеним особам.



## Соціальна допомога

### Стаття 23 Закону:

- Дітям до 16-річного віку, інфікованим ВІЛ, призначається щомісячна державна допомога в розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України

Слайд № 11 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунодефіциту людини або хворим на СНІД, призначається щомісячна державна допомога у розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України (Постанова Кабінету Міністрів України № 1051 від 10 липня 1998 р.). Згідно з Постановою щомісячна державна допомога виплачується у розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

## Інформування населення про ВІЛ/СНІД

### Стаття 4 Закону:

- Держава гарантує включення до навчальних програм середніх, професійно-технічних та вищих закладів освіти спеціальної тематики з питань профілактики захворювання на СНІД

Слайд № 12 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Закон «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення» передбачає реалізацію права громадян України отримувати інформацію про ВІЛ, зокрема держава гарантує включення до навчальних програм середніх, професійно-технічних та вищих закладів освіти спеціальної тематики з питань профілактики захворювання на СНІД.

## Кримінальна відповідальність (Кримінальний кодекс України)

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

**Стаття 145.** Незаконне розголошення лікарської таємниці

### КАРАЄТЬСЯ

- Штрафом (до 50 н.м.)
- Громадськими роботами
- Позбавленням волі (до 3 років)

Слайд № 13 презентації «Права ВІЛ-позитивних дітей»

Кримінальний кодекс України передбачає відповідальність за порушення законодавства. Так, зокрема, незаконне 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 п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на термін до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на термін до трьох років, або виправними роботами на термін до двох років.

Загалом законодавство України щодо ВІЛ-позитивних осіб, зокрема і дітей, відповідає міжнародним вимогам. Водночас дотримання чинного законодавства в більшості випадків не контролюється, саме тому чимало положень законів мають декларативний характер. Разом з тим, законодавство щодо ВІЛ-позитивних дітей має низку прогалин, серед яких відсутність державних стандартів надання мінімальних соціальних послуг ВІЛ-позитивним і хворим на СНІД дітям; у законодавстві нівельовано роль батьків (опікунів, прийомних батьків) у вихованні дітей, які живуть з ВІЛ, хоча саме вони несуть основну відповідальність за свою дитину. Таким чином, законодавство потребує, з одного боку, удосконалення і розширення, з другого боку, – впровадження системи контролю за дотриманням прав ВІЛ-позитивних дітей.

## 2. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБУВАННЯ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ У ШКОЛІ/ДИТЯЧОМУ САДКУ (30 ХВ.).



До викладення цього блоку рекомендується залучити лікаря-інфекціоніста, бажано з місцевого Центру СНІДу, оскільки інформацію щодо першої допомоги, медичного огляду тощо, надану саме лікарем, учасники тренінгу можуть сприймати більш адекватно.

На сьогодні більша частина нашого суспільства недостатньо поінформована щодо ВІЛ-інфекції, шляхів передачі вірусу, особливостей перебігу хвороби та методів профілактики інфікування. Працівники шкіл і дитячих садків – не виняток. Все це призводить до того, що до ВІЛ-позитивних дітей часто використовується політика відокремлення.

Аби врегулювати питання організації перебування ВІЛ-позитивних дітей у дитячих колективах, було видано міжгалузевий наказ № 740/1030/4154/321/614а від 23.11.2007 року «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей». Частиною цього наказу є «Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям», яка визначає, що ВІЛ-інфіковані діти відвідують дитячі дошкільні, середні, спеціалізовані та вищі навчальні заклади I-IV рівнів акредитації на загальних підставах. Це положення інструкції базується на тому, що ризик передачі ВІЛ-інфекції у таких закладах фактично відсутній.

### Структура презентації

- Особливості передачі ВІЛ
- Перебування ВІЛ-позитивних дітей у школі/дитячому садку
- Перша медична допомога ВІЛ-позитивним дітям

Слайд № 2 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»



Тренер пояснює, що презентація про особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у дитячому колективі розкриває три важливі питання, серед яких першим є особливості передачі вірусу, другим – перебування ВІЛ-позитивних дітей у дитячих колективах і третім – перша медична допомога ВІЛ-позитивним дітям. Хоча питання передачі вірусу вже розглядалися вище, варто ще раз його обговорити, аби чітко усвідомити, що спільне перебування ВІЛ-позитивних дітей і дітей, які не мають ВІЛ, є безпечним.

### ТРИ умови передачі ВІЛ

Для передачі ВІЛ необхідна не лише наявність джерела інфекції, а й виникнення особливих умов, які забезпечують цю передачу

- Наявність ВІЛ
- Достатня кількість вірусу
- Попадання вірусу в кров або на слизові оболонки, які мають на поверхні клітини  $CD_4$  (на слизові оболонки рота, очей, товстої кишки, слизову піхви і шийки матки тощо), або ушкоджену шкіру

Слайд № 3 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

ВІЛ присутній у багатьох біологічних рідинах людини, але інфікування при контакті з цими рідинами відбувається не завжди. Так, аби інфікуватися вірусом, потрібна не лише присутність вірусу в організмі, а й достатня його кількість, тобто наявність так званої «інфікуючої дози». Щоби в організмі розвивалась інфекція, збудник вірусу має потрапити в нього у певній кількості. Отже, інфікуюча доза – це кількість збудника, достатня для того, щоб викликати інфекційний процес в організмі. Якщо в організм потрапляє кількість збудника менша за інфікуючу дозу, то з великою вірогідністю цей збудник буде ефективно знищений захисними механізмами організму. Крім того, для інфікування ВІЛ необхідно, щоб біологічна рідина з достатньою кількістю вірусу потрапила у кров або на слизові оболонки, які мають на поверхні клітини  $CD_4$ : слизові оболонки рота, очей, товстої кишки, піхви, шийки матки тощо, або на ушкоджену шкіру. Саме клітини  $CD_4$  є основною мішенню вірусу.

## Фактори, від яких залежить ризик передачі ВІЛ

- Об'єм крові чи інфікованої біологічної рідини, з якими відбувся контакт
- Титр (кількість) ВІЛ у людини, з біологічною рідиною якої відбувся контакт (залежить від стадії інфекції)
- Антиретровірусна терапія (приймання АРТ зменшує вірусне навантаження)
- Шлях потрапляння в організм (у порядку зменшення ризику інфікування)
  - внутрішньовенно
  - через слизову (ушкоджену >> неушкоджену)
  - через шкіру (ушкоджену >> неушкоджену)
- Загальний стан здоров'я людини, яка контактувала з ВІЛ-інфікованим

Слайд № 4 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Існує низка факторів, які можуть сприяти або перешкоджати передачі ВІЛ. По-перше, ризик інфікування залежить від кількості інфікованої біологічної рідини, з якою відбувся контакт: чим більше рідини, яка містить вірус, тим більший ризик. Крім того, на інфікування впливає кількість ВІЛ у людини, тобто вірусне навантаження: чим більша кількість вірусу в організмі людини, тим вищий ризик інфікування від неї. Разом з тим, антиретровірусна терапія шляхом пригнічення розмноження вірусу в організмі сприяє зниженню ризику передачі ВІЛ. Ризик інфікування залежить також і від способу, яким вірус потрапляє в організм: інфікування шляхом переливання крові або використання спільного інструментарію для введення наркотичних речовин є найбільш небезпечним для інфікування ВІЛ, ризик потрапляння вірусу в організм через слизову є нижчим, а потрапляння вірусу через шкіру є значно безпечнішим у контексті інфікування ВІЛ. Чинником, що також впливає на ризик інфікування, є загальний стан імунної системи людини, яка контактує з ВІЛ-позитивною людиною. Здорові імунна система сама по собі є потужним бар'єром для проникнення вірусу в організм.

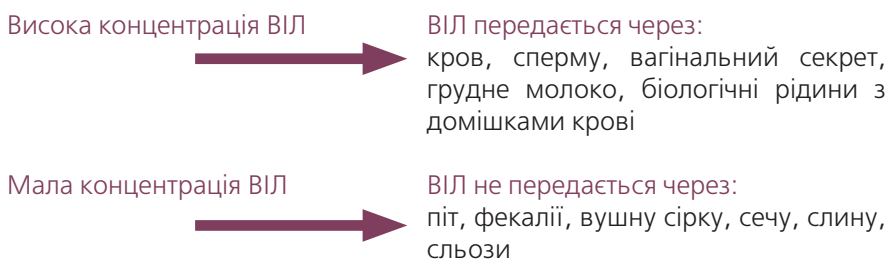
### Ризик передачі інфекції в разі ушкодження шкіри інструментами

Джерело інфікування	Ризик передачі
Хворий на вірусний гепатит В HBeAg(+) HBeAg(-)	37-62 % 23-37 %
Хворий на вірусний гепатит С	1,8 %
ВІЛ-інфікований	0,3 %

Слайд № 5 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Зазвичай люди бояться інфікуватися ВІЛ під час контактування з біологічними рідинами іншої людини і при цьому не беруть до уваги, що ризик інфікування іншими вірусами значно вищий, зокрема йдеться про вірусні гепатити В та С. Так, за даними проведених у США досліджень, було визначено, що ризик зараження ВІЛ нижчий, ніж гепатитами В і С.

### Кількість ВІЛ у біологічних рідинах



Слайд № 6 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Вже зазначалося, що ВІЛ присутній у біологічних рідинах людини в неоднакових концентраціях. Серед рідин, які мають високу концентрацію вірусу, є кров, сперма, вагінальний секрет, грудне молоко. Також до рідин, через які існує високий ризик передачі ВІЛ, відносять біологічні рідини людини з видимими домішками крові (наприклад, фекалії чи блювотні маси). Вірус не передається

через піт, фекалії, вушну сірку, сечу, слину, сльози, адже ці рідини не містять вірусу або містять його у недостатніх для інфікування концентраціях.

### ВІЛ не передається побутовим шляхом

- При торканні, обіймах, рукостисканні, через поцілунки
- У разі спільного проживання в одній квартирі, через посуд, столові прибори, їжу, постільну білизну, предмети побуту, іграшки
- Через повітря (у тому числі під час чхання і кашлю)
- Під час купання у воді, через спортивне знаряддя
- При укусах комах чи тварин

Слайд № 7 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

ВІЛ-інфекція не передається побутовим шляхом: під час обіймів, рукостискань, поцілунків, спільного проживання в одній квартирі, через повітря, під час купання, при укусах комах чи тварин. Для визначення ризику передачі ВІЛ при побутових контактах були проведені дослідження, дані яких не підтверджують існування такого ризику. Якщо у біологічних рідинах відсутня домішка крові (зазвичай помітна неозброєним оком), небезпеки інфікуватися при випадковому контакті немає.

### Перебування ВІЛ-позитивної дитини у школі/дитячому садку. Медичний огляд

#### ВІЛ-позитивна дитина

- плановий медичний огляд
- медичний огляд за потребою

#### ВІЛ-негативна дитина

- плановий медичний огляд
- медичний огляд за потребою

Зверніть увагу: ВІЛ-позитивні діти можуть мати ослаблений імунітет, тому є більш вразливими до будь-яких інфекцій. Водночас, медичний супровід цих дітей у навчальних закладах не відрізняється від супроводу інших дітей.

Слайд № 8 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Законодавчо-нормативна база України сприяє тому, щоб ВІЛ-позитивні діти розвивалися і навчалися у таких самих умовах, як і їхні однолітки, що не є ВІЛ-позитивними. Наразі ВІЛ-позитивні діти мало часу проводять у лікарні, вони живуть, ростуть і навчаються у такому самому середовищі, що й інші діти.

Інструкція №740/1030/4154/321/614а про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, яка є частиною міжгалузевого наказу «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей», зазначає, що ВІЛ-позитивні діти відвідують дитячий садок і школу на загальних підставах. При оформленні до дитячого садка чи школи ВІЛ-інфіковані діти проходять стандартне медичне обстеження. Конфіденційність діагнозу дитини гарантується законом і вчитель чи вихователь може не знати про діагноз дитини, якщо батьки його про це не сповістять.

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям вказує, що з метою якісної організації надання медико-соціальної допомоги дітям в організованих дитячих колективах бажано, щоб медичний спеціаліст був поінформований про позитивний ВІЛ-статус дитини. Батьків заздалегідь інформують щодо цього побажання. Знати про ВІЛ-статус дитини бажано лише тим, хто відповідає за прийняття медичних рішень. Особливого значення тут набуває проблема конфіденційності: дитині має бути гарантоване збереження лікарської таємниці. Але при цьому ВАЖЛИВО пам'ятати, що згідно із законодавством України батьки не мусять інформувати персонал організованих дитячих колективів, в тому числі і медичний, щодо ВІЛ-позитивного статусу своїх дітей. Рішення інформувати або не інформувати батьки приймають самостійно, залежно від індивідуальної ситуації.

Плановий медичний огляд дітей або огляд за потребою здійснюється для ВІЛ-позитивних дітей і для дітей, які не мають ВІЛ-інфекції, на загальних підставах. У разі виникнення проблем зі здоров'ям, пов'язаних із ВІЛ, дитина проходить лікування та обстеження у того лікаря, в якого перебуває на обліку як ВІЛ-позитивна дитина.

### Перебування ВІЛ-позитивної дитини у школі/дитячому садку. Фізичне навантаження

#### ВІЛ-позитивна дитина

- відповідно до фізичного розвитку
- відповідно до стану здоров'я

#### ВІЛ-негативна дитина

- відповідно до фізичного розвитку
- відповідно до стану здоров'я

Слайд № 9 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»



Фізичне навантаження дитини, як і медичний огляд, здійснюється відповідно до її фізичного розвитку та стану здоров'я. ВІЛ-інфекція сама по собі не є підставою для зниження фізичного навантаження. У разі, якщо у дитини виникають проблеми зі здоров'ям, вона отримує звільнення від навантажень. Діти з ВІЛ-інфекцією можуть брати участь у всіх шкільних заходах тією мірою, якою дає змогу їхнє здоров'я.

### Перебування ВІЛ-позитивної дитини у школі/дитячому садку. Вірусні/інфекційні захворювання в колективі

#### ВІЛ-позитивна дитина

- повідомлення батьків про наявність епідемії грипу або інших інфекційних/вірусних захворювань
- повідомлення батьків про поодинокі випадки грипу або інших інфекційних/вірусних захворювань

#### ВІЛ-негативна дитина

- повідомлення батьків про наявність епідемії грипу або інших інфекційних/вірусних захворювань
- повідомлення батьків про поодинокі випадки грипу або інших інфекційних/вірусних захворювань

Варто пам'ятати: слід дотримуватися протиепідемічного режиму в дитячих колективах незалежно від того, чи є ВІЛ-позитивні діти у такому колективі

Слайд № 10 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Дотримуватися протиепідемічного режиму важливо незалежно від того, чи є в колективі ВІЛ-позитивні діти. Про наявність епідемії грипу або про поодинокі випадки грипу повідомляється батькам усіх дітей, незалежно від статусу дитини. Разом з тим, слід усвідомлювати, що якщо для здорових дітей ризик заразитися, наприклад, грипом від ВІЛ-позитивних ровесників надзвичайно низький, то для ВІЛ-інфікованих дітей існує реальна ймовірність зараження від здорових дітей вторинними інфекціями, які на тлі значного імунодефіциту можуть становити реальну загрозу для життя. Важливо, щоб випадки інфекційних захворювань відстежувалися.

## Дотримання норм гігієни в дитячих колективах

- Стеження за чистотою дитячих іграшок
- Дотримання правил гігієни при контактах із тваринами
- Забезпечення індивідуальними предметами особистої гігієни
- Дотримання правил кулінарної обробки і зберігання їжі

Слайд №11 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

У медицині існує таке поняття як універсальні застережні заходи, розроблені для того, аби звести до мінімуму ризик передачі ВСІХ патогенних мікроорганізмів, які переносяться кров'ю. Більшість цих заходів, безумовно, можуть бути застосовані і до позалікарняних умов: у дитячому садку, школі, дитячому таборі тощо. До стандартних застережних заходів належать, зокрема, миття рук, використання рукавичок, захисних масок, халатів, прибирання. Надзвичайно важливим в умовах дитячих колективів є використання латексних рукавичок, які мають бути в аптечці у кожного вчителя/вихователя, аби швидко їх одягти під час обробки рани чи подряпини.

Надзвичайно важливим є дотримання загальних норм гігієни у дитячих колективах. По-перше, це стеження за чистотою дитячих іграшок. Забруднені біологічними рідинами іграшки слід очистити і продезінфікувати перед тим, як дати їх іншій дитині. Жодних інших обмежень щодо використання іграшок немає.

Дотримання правил гігієни при контактах із тваринами полягає у тому, щоб діти ретельно мили руки після таких контактів. Також важливим є забезпечення індивідуальними предметами особистої гігієни (рушником, зубною щіткою тощо). Для забезпечення здоров'я дітей потрібно дотримуватися правил кулінарної обробки і зберігання їжі.

## Перша допомога при кровотечах

- Оцінити рівень безпеки кровотечі для дитини
- Визначити вид кровотечі:
  - артеріальна
  - венозна
  - капілярна

Слайд № 12 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Кровотеча – це вихід крові із судин. При травмах можливі зовнішні кровотечі артеріальні (червона кров витікає із судин пульсуючим струменем), венозні (темно-вишнева кров витікає рівним струменем), капілярні (кров потроху сочиться з усієї поверхні рани).

Також можливі внутрішні кровотечі, коли травмовані внутрішні органи (такі кровотечі теж можуть бути дуже небезпечними для дитини, але тут ми розглядаємо лише допомогу при зовнішніх кровотечах).

У дітей з ВІЛ-інфекцією можуть розвиватися порушення згортання крові, тому навіть при невеликих травмах можливі велика крововтрата і тривала кровотеча.

Наявність зовнішньої кровотечі у дитини завжди створює ризик зараження персоналу ВІЛ. Потрібно якомога швидше надягти латексні рукавички – до початку надання допомоги. У разі масивних кровотеч, щоб уникнути потрапляння крові на кон'юнктиву ока, до початку надання допомоги слід надягти окуляри або пластиковий щиток, що захищає очі. Для захисту шкіри і слизових оболонок варто надягти медичну маску.

Основним завданням невідкладної допомоги при кровотечі є її термінове зупинення. Іншим завданням є запобігання інфікуванню рани, адже у дітей зі знизеним імунітетом швидко розвиваються бактеріальні інфекційні ускладнення. Рани при ВІЛ-інфекції гояться довго і весь період до загоєння можуть служити «вхідними воротами» для інфекції та джерелом зараження для навколишніх.

Перша медична допомога полягає у знезараженні рани, зупиненні кровотечі, накладанні пов'язки. Залежно від виду кровотечі порядок цих дій різний.

У разі капілярної кровотечі кров витікає повільно, тому треба спочатку провести дезінфекцію (перекис водню, розчин йоду), а потім накласти тугу пов'язку.

У разі артеріальної кровотечі спершу вище місця поранення в тих точках, де прощупується пульс, треба притиснути пальцем ушкоджену судину, а потім накласти джгут або закрутку. Їх накладають на одяг або тканину – щоб не пошкодити шкіру й нерви. Їх також підкладають супровідну записку, вказавши час накладання. Це пов'язано з тим, що тканини без кровопостачання можуть бути не більше 1,5-2 год. (в теплу пору року) або 1 год. (в холодну), інакше настане їх омертвіння.

Після зупинення кровотечі рану дезінфікують і накладають пов'язку. При венозній кровотечі гумовий джгут накладають нижче місця поранення. Як правило, буває достатньо і тугої пов'язки.

## Допомога при значній кровотечі

- Надягти латексні рукавички й окуляри
- Натиснути на судину, яка розміщена вище (у разі артеріальної) або нижче (при венозній) кровотечі
- Накласти джгут
- Підняти кінцівку
- Укутати кінцівку
- Невідкладно покликати на допомогу медичного працівника

Якщо кров потрапила у відкриту рану людини, що надає допомогу, проводиться постконтактна профілактика

Слайд № 13 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Якщо кровотеча є значною і поряд немає медичного працівника, то слід дотримуватися такого порядку дій:

- надягти латексні рукавички й окуляри;
- натиснути на судину, яка розміщена вище (у разі артеріальної) або нижче (у разі венозної) кровотечі;
- накласти джгут;
- підняти кінцівку;
- закутати кінцівку;
- невідкладно покликати на допомогу медичного працівника.

Якщо кров потрапила у відкриту рану людини, що надає допомогу, слід провести постконтактну профілактику. Постконтактна профілактика (АРВ-терапія) – це заходи, спрямовані на недопущення інфікування внаслідок контакту з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованої людини або людини, чий статус є невідомим. Рішення про застосування постконтактної профілактики приймає виключно лікар після обстеження особи, яка мала ризикований контакт.

## Допомога при невеликій кровотечі

Слабкі венозні чи капілярні кровотечі зупиняють за допомогою здавлюючих пов'язок

- Надягти латексні рукавички
- Підняти поранену частину тіла вище рівня серця
- Перевірити, чи не застрягло що-небудь у рані
- Якщо в рані міститься сторонній предмет – зафіксувати це місце, не намагатися витягти предмет з рани самостійно
- Якщо в рані немає сторонніх предметів – обробити рану й накласти стисну пов'язку
- Покликати медичного працівника

Слайд № 14 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Якщо кровотеча невелика (це може бути венозна або капілярна кровотеча), то слід дотримуватися такого порядку дій:

- надягти латексні рукавички;
- підняти поранену частину тіла вище рівня серця;
- перевірити, чи не застрягло що-небудь у рані;
- якщо в рані міститься сторонній предмет – зафіксувати це місце, не намагатися витягти предмет з рани самостійно;
- якщо в рані немає сторонніх предметів – обробити рану й накласти стисну пов'язку;
- покликати медичного працівника.

## Допомога при порізах та саднах

- Надягти латексні рукавички
- Промити рану водою
- Обробити рану дезінфікуючим розчином
- Накласти стерильну пов'язку
- Забинтувати рану чи заклеїти її лейкопластирем

Слайд № 15 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Під час надання допомоги при порізах та саднах треба дотримуватися такого порядку дій:

- надягти латексні рукавички;
- промити рану водою;
- обробити рану дезінфікуючим розчином;
- накласти стерильну пов'язку;
- забинтувати рану чи заклеїти її лейкопластирем.

### Допомога при носових кровотечах

- Надягти латексні рукавички
- Заспокоїти дитину
- Посадити дитину, нагнувши її голову над тазом чи умивальником
- Сильно стиснути своїми пальцями ніздрі дитини на 10 хв.
- Умовити дитину спльовувати кров, а не ковтати її
- Якщо кровотеча не зупинилася – прикласти тканину, змочену в холодній воді, до носа на 2 хв., а потім стиснути ніздрі на 10 хв.
- Пояснити дитині, що протягом 4 годин не можна сякатися
- Забезпечити фізичний спокій дитині

Слайд № 16 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Під час носової кровотечі потрібно дотримуватися такої послідовності дій:

- надягти латексні рукавички;
- заспокоїти дитину;
- посадити дитину, нагнувши її голову над тазом чи умивальником;
- сильно стиснути своїми пальцями ніздрі дитини на 10 хв.;
- умовити дитину спльовувати кров, а не ковтати її;
- якщо кровотеча не зупинилася – прикласти до носа змочену в холодній воді тканину на 2 хв., а потім стиснути ніздрі на 10 хв.;
- пояснити дитині, що протягом 4 годин не можна висякатися;
- забезпечити фізичний спокій дитині.

### Аптечка для надання невідкладної допомоги

- Латексні рукавички
- Вата
- Марлевий бинт
- Стерильні марлеві серветки
- Лейкопластир
- Бактерицидний пластир
- Ножиці
- 5 % розчин йоду
- 3 % перекис водню
- Напальчники

Слайд № 17 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Як уже було сказано, у кожному класі має бути аптечка для надання невідкладної допомоги, що має містити: латексні рукавички, вату, марлевий бинт, стерильні марлеві серветки, лейкопластир, бактерицидний пластир, ножиці, 5% розчин йоду, 3% перекис водню, напальчники.

### Показання для застосування медичних рукавичок

Необхідно одягати латексні рукавички у таких випадках:

- обробка пошкодженої шкіри
- обробка слизових оболонок (порожнини рота, ока, підмивання)
- контакти з кров'ю й іншими біологічними рідинами
- носові кровотечі
- судоми
- проведення штучного дихання

Слайд № 18 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

Очевидно, що латексні рукавички є одним із найважливіших засобів захисту від інфікування під час контактів із біологічними рідинами іншої людини. І тут йдеться не лише про ВІЛ, а й про інші збудники інфекцій, які можуть передаватися з кров'ю значно легше, ніж ВІЛ, зокрема гепатити В і С. Тому завжди одягайте рукавички під час обробки будь-якої рани будь-якій дитині. Ви, найімовірніше, не знатимете про статус дитини. Латексні рукавички слід одягати у таких випадках:

- обробка пошкодженої шкіри;
- обробка слизових оболонок (порожнини рота, ока, підмивання);
- контакти з кров'ю й іншими біологічними рідинами;
- носові кровотечі;
- судоми;
- проведення штучного дихання.

ВІЛ-позитивна дитина передусім потребує звичайного ставлення до неї з боку оточення, без вирізнення

Слайд № 19 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»

З усього сказаного вище очевидно, що ВІЛ-позитивна дитина потребує передусім звичайного людського ставлення. Випадки остракізму, якому піддавалися діти через недостатню обізнаність оточуючих щодо ВІЛ, мають бути зведені на нівець. Для тих, хто доглядає і навчає дітей з ВІЛ, дуже важливо домогтися, щоби суспільство прийняло цих дітей і не вирізняло їх з-поміж інших. Сама по собі присутність ВІЛ-інфекції не є підставою для того, аби позбавляти дитину можливості займатися спортом, відвідувати дитячий садок або школу, якщо немає інших особливих обставин чи перепон.

Варто пам'ятати, що дитині достатньо хоча б однієї людини, яка її любила б, розуміла і відчувала, тому навіть одна людина, ким би вона не була дитині, може виростити її гармонійною і щасливою

Слайд № 20 презентації «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах»



ВІЛ-позитивні діти потребують любові, розуміння й уваги так само, як і інші діти. Ставлення оточуючих може допомогти дітям з ВІЛ вирости гармонійною і щасливою особистістю.

### **Контрольні запитання:**

1. Який основний закон регламентує права та свободи людей, які живуть з ВІЛ?
2. Які основні права людей, що живуть з ВІЛ?
3. На що мають право батьки ВІЛ-позитивних дітей?
4. Від яких чинників залежить ризик передачі ВІЛ?
5. Які особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у школі/дитячому садку?
6. У чому полягає дотримання норм гігієни в дитячих колективах?
7. Якою є перша допомога при кровотечах?
8. Якою є перша допомога при порізах та саднах?
9. Якою є перша допомога при носових кровотечах?
10. Що має входити до складу аптечки для надання невідкладної допомоги?
11. Які показання до застосування медичних рукавичок?

### **Література:**

1. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р.
2. Догляд та підтримка ВІЛ-інфікованих дітей: тренінг для батьків, опікунів та піклувальників. – Програма «Родина для дитини». Холт Інтернешнл.
3. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: Навчальний посібник для персоналу дитячих установ та інших осіб, що доглядають за дітьми з ВІЛ-інфекцією. – К.: ЮНІСЕФ, 2003.
4. Комарова Н., Портер Л. Огляд міжнародної та української нормативно-законодавчої бази щодо прав ВІЛ-позитивних людей. – К., 2007.
5. Кримінальний кодекс України, прийнятий Верховною Радою України 05.04.2001 р.
6. Наказ №740/1030/4154/321/614а від 23.11.2007 р. «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».
7. Руководство по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям / Под ред. С. Зайхнера и Дж. Рид. – Доступно з: [www.eurasiahealth.org](http://www.eurasiahealth.org)

## **ТЕМА 5:**

# **ІНТЕРАКТИВНІ МЕТОДИ ПРОВЕДЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ТРЕНІНГІВ (45 ХВ.)**

### **Завдання:**

1. Надати учасникам інформацію про інтерактивні методи навчання.
2. Проаналізувати практичне застосування інтерактивних методів.

### **План:**

1. Основні види інтерактивних методів групової роботи (презентація «Інтерактивні методи проведення тренінгів»).
2. Аналіз практичного застосування інтерактивних методів. Робота в групах.

### **Очікувані результати для учасників:**

- Після проходження цієї теми учасники знатимуть:
  - о основні методи групової роботи, які застосовуються під час проведення тренінгів;
  - о якими є особливості застосування інтерактивних методів.
- Після проходження цієї теми учасники вмітимуть:
  - о пояснювати особливості застосування інтерактивних методів групової роботи;
  - о розрізняти та використовувати різні інтерактивні методи відповідно до завдань тренінгу.

### **Необхідні матеріали:**

- проектор;
- ноутбук;
- презентація до Теми 5;
- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- копії презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів» (додаток 5.1) для кожного учасника.

## 1. ОСНОВНІ ВИДИ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ ГРУПОВОЇ РОБОТИ (25 ХВ.).

Позитивний ефект застосування інтерактивних методів для навчання людей давно доведений і не викликає сумнівів. Тренінг як форма надання знань і навичок із використанням інтерактивних методів сприяє тому, щоб навчання було цікавим і корисним. Існує низка факторів, завдяки яким тренінг як різновид групової роботи має позитивний вплив. Серед них виділяють постійну апеляцію до попереднього досвіду учасників; створення умов, за яких учасники можуть здобувати досвід безпосередньо на тренінгу; і зрештою вплив групи: навчання на досвіді інших, отримання зворотного зв'язку від інших учасників тощо.



Тренер подає учасникам інформацію про основні інтерактивні методи проведення навчальних тренінгів з використанням презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів». Важливо усвідомлювати, що під час презентації слід постійно апелювати до «тренінгового» досвіду учасників, зокрема й цього тренінгу, адже це допоможе більш глибоко зрозуміти суть застосування того чи іншого методу під час навчання. Якщо у групі є «досвідчені» учасники тренінгів, то тренеру варто їх залучати до коментування слайдів, що дасть змогу зробити і цей пасивний спосіб отримання інформації цікавим та динамічним. Головне, щоб коментування здійснювали різні учасники, а не один «монопольний» оратор.

Які методи  
вже було використано  
під час тренінгу?

Слайд № 2 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Під час нашого тренінгу було використано різні тренінгові методи, серед яких мозковий штурм, робота в групах, дискусія, презентація, індивідуальна робота,

рольові ігри тощо. Всі ці методи, окрім презентації, належать до інтерактивних. Це означає, що учасники навчання активно залучені до процесу навчання і є його активними учасниками, а не пасивними одержувачами інформації. Вони самі є джерелом знань, а не хтось інший. Все це сприяє тому, що процес навчання стає цікавим і корисним, адже відсоток інформації, що запам'ятовується у процесі такого навчання, значно вищий, ніж у процесі пасивного слухання лекцій, навіть дуже цікавих.

## Мозковий штурм

Креативний метод пошуку оптимального рішення

1. Чітко сформулювати проблему та правила
2. Дати можливість учасникам висловлювати те, що спадає на думку
3. Слід записати всі пропозиції!
4. Обговорити результати креативу
5. Шляхом дискусії визначити найкраще рішення



Слайд № 3 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Мозковий штурм – один з найбільш використовуваних методів у тренінгах. Він дає змогу «оживити» процес навчання, адже цей динамічний метод роботи залучає кмітливість, креативність учасників за умови правильного його застосування. Тут важливо враховувати два аспекти: етапи проведення мозкового штурму і правила його проведення. Отже, мозковий штурм має чіткі етапи, послідовність яких не може бути змінена. Перший етап: тренер чітко формулює завдання, відповідь на яке потрібно знайти учасникам. Учасники висловлюють усе, що спало на думку. При цьому важливо дотримуватися одного з основних правил проведення мозкового штурму – ЖОДНИХ коментарів упродовж збирання ідей, навіть якщо вони виглядають смішними, недоречними, неправильними, адже який-небудь коментар може припинити процес продукування ідей. Так само важливо записувати усі ідеї на аркуш/дошку без змін, тобто так, як вони прозвучали. Здійснювати запис може тренер або учасник тренінгу, якщо він знає, як це робиться. Другий етап проведення мозкового штурму полягає в обговоренні зібраних ідей та їх оцінці. При цьому тренеру потрібно в недиригентній манері прокоментувати ідеї учасників, які не відповідають дійсності, та підвести підсумки мозкового штурму, зробивши акцент на правильних твердженнях. Після цього вже відбувається більш глибоке опрацювання вибраних ідей із використанням інших методів (дискусія, рольові ігри тощо).

Проведення мозкового штурму може відбуватися і в невеликих підгрупах, які формуються тренером за певною ознакою. Якщо мозковий штурм проводить окремо кожна група, то після обговорення ідей у підгрупах має йти етап представлення вибраних ідей усій групі і складання загального списку ідей, з яким потім працює вже уся група.

### Робота в групах вирішення конкретного завдання спільними зусиллями

- Обрати метод розподілу на групи + розподіл
- Чітке завдання, час виконання, умови презентації
- Визначити ролі в групі (фасилітатор, секретар, презентатор)
- Обговорення в групі
- Презентація
- Доповнення/обговорення



Слайд № 4 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Робота в малих групах – досить продуктивний метод роботи під час тренінгу, оскільки у невеликих групах під час виконання завдання продуктивність вища. Яким же має бути розмір малої групи? Все залежатиме від загального розміру тренінгової групи (загальної кількості учасників тренінгу), від складності завдання, від часу, який ви виділили на вправу (чим більше підгруп, тим більше часу піде на обговорення результатів роботи у підгрупах). Найбільш прийнятною кількістю для поділу на підгрупи є чотири-п'ять осіб. Хоча варто зауважити, що деякі дослідники вважають підгрупою і двох людей. Отже, для роботи у підгрупах треба спочатку поділити учасників тренінгу на підгрупи. Метод поділу на групи може бути дуже різним. Про це буде сказано нижче. Після цього потрібно чітко сформулювати завдання. Якщо воно різне для усіх підгруп, то його варто написати заздалегідь на аркушах паперу і роздати учасникам, адже зачитування завдань для кожної підгрупи лише забере час – зазвичай люди, почувши своє завдання, одразу беруться до роботи і створюють шум в аудиторії, через що інші можуть не почути або не зрозуміти свого завдання.

До початку виконання завдання у підгрупах важливо оголосити, яким саме має бути «продукт» такої роботи, тобто що треба буде презентувати усій групі по завершенні обговорення. Також слід визначити, хто у групі вестиме обговорення (фасилітатор), хто записуватиме основні думки (секретар), а хто потім

презентуватиме роботу групи (презентатор). Варто зауважити, що якщо група добре організована, то учасники можуть самостійно розподілити ролі, їх треба лише попросити це зробити.

Після цього підгрупи проводять обговорення, виконуючи завдання. Наступним етапом є представлення доробку підгрупи і його обговорення з усією групою. Якщо виникають запитання чи коментарі до підгрупи, то вони обговорюються.

### Дискусія *per aspera ad astra*

1. Чітко сформулювати проблему
2. Вибір форми проведення дискусії (+ оголошення правил)
3. Обговорення проблеми
4. Дотримання правил ведення дискусії (зосередженість на проблемі, змістовність, аргументованість...)
5. Підведення підсумків



Слайд № 5 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Дискусію справедливо вважають королевою тренінгу, адже цей метод роботи використовують досить часто у поєднанні з іншими методами роботи на різних етапах тренінгу. Для початку слід чітко сформулювати проблему, яка буде обговорюватися. Надалі обговорюється те, як проходитиме обговорення, за якими правилами. Зазвичай наголошують на тому, що необхідно висловлюватися коротко і за темою, не перебивати інших учасників, бути толерантним, не повторюватися і бути аргументованим. Звісно, тренер нагадує, що він має правило «стоп», яким він може скористатися у разі потреби, якщо, наприклад, дискусія йде у хибному руслі або хтось із учасників у своїх висловлюваннях ображає іншого. Під час обговорення тренер, який виконує роль фасилітатора, повинен слідкувати за дотриманням правил. По завершенні дискусії слід обов'язково підвести підсумки. Їх можна також записати на аркуші паперу.

## Вивчення випадку навчання на "живих" випадках

1. Вибрати відповідні життєві історії  
(+ розподіл на групи)
2. Визначити завдання для групи
3. Обговорити проблеми у групах
4. Представити пропозицію вирішення  
і обговорити в ширшому колі



Слайд № 6 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Вивчення випадку застосовується у тому разі, коли учасникам тренінгу необхідно спробувати застосувати певні знання у певному контексті. Для цього тренеру заздалегідь треба підготувати певну кількість випадків/історій. Важливо, щоб вони були максимально наближені до реальності та досвіду учасників, лише в такому разі можна очікувати, що вони будуть корисними і запам'ятаються. Робота з випадками – це робота у невеликих підгрупах, що дає змогу максимально продуктивно працювати. Тому, власне, все розпочинається із поділу на групи. Після цього тренер роздає учасникам історії, записані на аркушах паперу, та чітко формулює запитання чи проблему, яку слід вирішити. Добре, якщо це запитання чи проблема написані на тому ж аркуші, що й випадок. Після цього учасників можна попросити визначитися з ролями, якщо у цьому є потреба, тобто хто буде фасилітатор, секретар і хто презентуватиме результати роботи у групі. Після обговорення у малих групах результати роботи представляються усій групі та обговорюються з усіма.

## Рольова гра розвиток навичок ефективної та адекватної поведінки

- Орієнтація (тема, правила гри)
- Підготовка до проведення (розподіл ролей, вивчення ігрових завдань)
- Проведення гри
- Обговорення гри (ефективність гри, враження від виконання певної ролі, труднощі)



Слайд № 7 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Рольова гра – це невеликі сценки/спектаклі, які відображають моделі життєвих ситуацій. У рольових іграх учасники можуть побачити стереотипи поведінки у тій чи іншій ситуації та відпрацювати нові стратегії поведінки. Розпочати проведення рольових ігор варто зі встановлення чітких правил/інструкцій щодо ситуації, характеру персонажів, контексту тощо. Після цього відбувається розподіл ролей: тренер пропонує учасникам задані ролі. Тут надзвичайно важливо зрозуміти, яку ви маєте перед собою мету, виконуючи вправу: це демонстрація певних стереотипів поведінки чи вироблення нових стратегій поведінки. Від цього залежатиме те, як ви розподілите ролі: у першому випадку ви можете дати учасникам можливість демонструвати звичні реакції у певній заданій ситуації, а в другому – задати умови реакції того чи іншого учасника гри, аби спробувати побачити інші форми поведінки. Ролі учасників можуть бути обговорені усіма разом. А можуть бути роздані кожному на окремому аркуші паперу, що додасть інтриги у проведенні гри. Ролі мають бути обговорені або написані дуже чітко, коротко і зрозуміло. Якщо всім учасникам усе зрозуміло, то тренер оголошує початок гри. Під час гри тренер слідкує за дотриманням правил і умов проведення гри. У разі виникнення будь-яких відхилень тренер вносить корективи і робить відповідні коментарі або зауваження. Після проведення гри учасники проводять обговорення, обмінюючись думками та враженнями щодо виконаної роботи. Дуже важливо тренеру сформулювати декілька ключових питань, які будуть обговорені. Питань не має бути багато: достатньо двох-трьох. Після обговорення тренер формулює основні висновки/знахідки, які з'явилися у результаті проведеної гри.

Важливо по завершенні гри «вийти» зі стану гри. Тому для учасників можна наголосити на тому, що це лише гра, і ми повертаємося до реальності, «знімаємо» надані ролі та стаємо собою.



## Презентація

стисла розповідь з наочними елементами

1. Визначити тему
2. Підготувати презентацію (роздаткові та допоміжні матеріали)
3. Визначити час (до 30 хв.; оптимально – 15-20 хв.)
4. Тримати контакт з аудиторією (за допомогою запитань до аудиторії, цікавих прикладів, жартів)



Слайд № 8 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Проведення презентації на тренінгу іноді потребує значної попередньої роботи. Для початку треба визначити тему презентації і витратити час на її підготовку. Це можна робити з використанням спеціальної програми або за допомогою дошки та крейди. Звісно, яскравіше презентація виглядає, якщо вона підготовлена за допомогою спеціальної комп'ютерної програми. Як правило, презентація має тривати не більше 30 хвилин. Якщо ж презентація триває довше, то її варто «розбавляти» іншими методами роботи: мозковим штурмом, дискусією тощо. Під час презентації дуже важливо отримати контакт з аудиторією. Це можна робити за допомогою цікавих прикладів, запитань до аудиторії, які стосуються предмету обговорення, що дасть змогу залучити аудиторію і посилити її спроможність запам'ятати те, про що йде мова. Також добре, якщо ваша презентація міститиме не лише текст, а й картинки, фотографії, графічні зображення тощо. Це значно полегшить процес сприйняття інформації.

## Індивідуальна робота

метод самооцінки

Учасникам тренінгу потрібно дати можливість самостійно оцінити свої успіхи та досягнення



Слайд № 9 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Індивідуальна робота є одним із методів, який застосовується на тренінгах, коли нам потрібно, щоб учасники визначили свою власну позицію з певного питання, занурилися у власний досвід. Також прикладом індивідуальної роботи є заповнення різноманітних опитувальників, спрямованих на визначення власних успіхів і невдач. Зауважимо, що індивідуальна робота під час тренінгу застосовується значно рідше, ніж робота в парах чи групах.

+ деякі важливі дрібниці...  
допоміжні засоби ефективного ведення тренінгу

- Розминки
- Методи поділу на групи
- Оцінювання тренінгу

Слайд № 10 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Крім перелічених методів роботи, на тренінгу використовують й інші прийоми, які сприяють полегшенню взаємодії між учасниками. Серед них розминки і методи поділу на групи. Розминки – це короткі вправи, які проводяться для активізації групи на початку або в середині тренінгу (після перерв). Основне призначення розминок – розігрів, тому більшість розминок пов'язані з фізичною активністю. Ці вправи більше акцентують увагу на процесі, аніж на результаті, хоча основний результат таких вправ – це активізація учасників та налаштування на подальшу роботу. Такі вправи можуть проводитися із використанням м'ячів або інших предметів, які учасники передають один одному, при цьому вони мають швидко відповідати на поставлені запитання. Для цих вправ важливий досить високий темп виконання, адже учасники мають «прокинутися», щоби продуктивно працювати далі.

Вже неодноразово згадувалося, що під час тренінгу часто застосовується робота у малих групах. Склад підгруп має постійно змінюватися, оскільки це дає можливість людям здобувати новий досвід, тому тренеру треба вміти швидко розподілити учасників на підгрупи. Ви можете використовувати різні варіанти поділу на групи: від банального «на 1-4 розрахуйсь» до поділу за тим, хто в яку пору року народився. Також можна для розподілу на групи використовувати жетони або різноманітні фішки, роздавши їх учасникам, ті ж повинні відповідно до кольору чи форм фішок розподілитися на групи. Намагайтеся постійно розділяти учасників за різним принципом і тоді поділ на групи зможе виконати роль своєрідної розминки.

Важливо оцінити тренінг. Під оцінкою тут розуміється як рівень знань учасників з тієї чи іншої теми, їх ставлення до проблем, що лежать в основі тренінгу, так і рівень та задоволення умовами проведення тренінгу. Зазвичай проводиться дотренінгова і післятренінгова оцінка. Таке оцінювання здійснюється у формі самостійного заповнення опитувальників, які можуть містити різні блоки, спрямовані на виявлення рівня знань, ставлення, поведінки учасників. Дотренінгова анкета може містити також блок, який стосується мотивації, а післятренінгова – блок, спрямований на виявлення задоволення умовами тренінгу, а також планів щодо застосування отриманих на тренінгу знань. Зазвичай запитання дотренінгової та післятренінгової анкет однакові, що дає змогу тренеру проаналізувати, чи набули учасники під час тренінгу очікуваних знань та/чи навичок. Такі опитувальники є анонімними, учасники можуть підписатися лише якщо вони того хочуть.

## 2. АНАЛІЗ ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ МЕТОДІВ. РОБОТА У ГРУПАХ (20 ХВ.).

Інтерактивні методи робота в групах	
Метод (його короткий опис)	
Переваги	
Труднощі	
Чи використав/ла б у своєму тренінгу? Чому?	

Слайд № 11 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Щоб ефективно застосовувати той чи інший метод у своїй роботі, важливо добре усвідомити усі його особливості. Для цього треба визначити його переваги та труднощі застосування.



Тренер ділить учасників на сім підгруп або пар, якщо тренінгова група невелика. Кількість підгруп залежить від кількості презентованих методів. У контексті матеріалу, який обговорюється, можна запропонувати комусь із учасників провести розподіл на групи. Після цього учасники отримують завдання провести обговорення кожного методу за такими питаннями: його переваги; труднощі його застосування; чи використовували б його у своїй роботі. Відповіді на запитання слід зафіксувати на аркуші фліп-чарту так, як показано на слайді № 11 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів». Після цього результати роботи у підгрупах представляються всій групі й обговорюються. Якщо є доповнення, то вони записуються.

### Інтерактивні методи ще раз...

- Мозковий штурм
  - Робота в групах
  - Дискусія
  - Вивчення випадку
  - Рольова гра
  - Презентація
  - Індивідуальна робота
- + допоміжні методи

Слайд № 12 презентації «Інтерактивні методи проведення тренінгів»

Отже, щоб досягти максимального засвоєння матеріалу, зробити тренінг цікавим і динамічним, треба використовувати різні методи групової роботи, про які йшлося вище: мозковий штурм, роботу в групах, дискусію, вивчення випадку, рольову гру, презентацію, індивідуальну роботу, а також допоміжні методи, зокрема розминки, різні методи поділу на групи.

**Контрольні запитання:**

1. Які основні методи групової роботи ви знаєте?
2. Якими є правила проведення мозкового штурму?
3. Як правильно організувати роботу в підгрупах?
4. Назвіть правила ведення дискусії.
5. У чому суть використання такого методу, як вивчення випадку?
6. Які особливості проведення рольових ігор?
7. Які особливості застосування презентацій на тренінгу?
8. У яких випадках під час тренінгу застосовують індивідуальну роботу?
9. На що спрямовані вправи-розминки?
10. Назвіть методи розподілу на групи.

**Література:**

1. Фоппель К. Технология ведения тренинга. Теория и практика. – М., 2003.
2. Я хочу провести тренинг: Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. – Новосибирск, 2000.
3. Вачков В.И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники (учебно-методическое пособие). – М., 2000.

## **ТЕМА 6:** **ЗАВЕРШЕННЯ ТРЕНІНГУ. ВИХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ** **(25 ХВ.)**

**Завдання:**

1. Отримати інформацію про рівень знань та переконання учасників тренінгу з питань ВІЛ/СНІДу після проходження тренінгу.
2. Підвести підсумки тренінгу.

**План:**

1. Проведення кінцевого оцінювання знань учасників тренінгу.
2. Підведення підсумків тренінгу та вручення сертифікатів.

**Необхідні матеріали:**

- фліп-чарт або дошка;
- маркери;
- анкета учасника тренінгу (додаток 6.1) для кожного учасника;
- стікери трьох кольорів.

## 1. ПРОВЕДЕННЯ КІНЦЕВОГО ОЦІНЮВАННЯ ТРЕНІНГУ (10 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 б.1). При цьому важливо пригадати символ, яким була «закодована» анкета на початку тренінгу, і поставити такий самий символ на вихідній анкеті. Тренер наголошує та тому, що анкета заповнюється кожним учасником самостійно.

## 2. ПІДВЕДЕННЯ ПІДСУМКІВ ТРЕНІНГУ ТА ВРУЧЕННЯ СЕРТИФІКАТІВ (15 ХВ.).

Завершення тренінгу проводиться за допомогою вправи «Портфель, м'ясорубка, кошик». Для цього на аркуші фліп-чартного паперу малюють портфель, м'ясорубку та кошик. Кожен малюнок має свій символ для учасника: портфель – це те, що згодиться йому в роботі та в житті; м'ясорубка – те, над чим ще доведеться подумати, як його краще застосувати; кошик – те, що, найімовірніше, не згодиться і що не було потрібним. Учасникам роздають стікери трьох кольорів і пропонують за результатами тренінгу написати на них ті речі, які відповідають зображеним символам. Усі учасники по черзі наклеюють свої символи в рядок, під намальованими портфелем, м'ясорубкою або кошиком і при цьому їх озвучують. Таким чином, у результаті цієї вправи можна загально оцінити, що саме учасники засвоїли найкраще і застосовуватимуть у своїй роботі, над чим вони ще розмірковують, а що виявилось 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.

Обговорення очікувань можна поєднати із вправою на за-

вершення тренінгу. Для цього тренер просить кожного учасника проаналізувати, чи справдилися його очікування і побажати щось усім колегам. Побажання вносять приємні емоційні переживання у завершення тренінгу і роблять атмосферу затишною, адже побажання учасників один одному стосуються успіхів у роботі, здоров'я, особистого життя тощо.

На завершення тренінгу можна використати вправу із застосуванням малюнка. Для цього всіх учасників тренінгу треба забезпечити папером формату А4 і достатньою кількістю кольорових олівців, розклавши їх у центрі кімнати. Тренер має попросити учасників зобразити свої переживання з приводу завершення тренінгу у вигляді малюнка. Підготувавши свої малюнки, учасники представляють їх усій групі.

Також можна використати інший варіант цієї вправи, коли учасникам потрібно зобразити свій внутрішній стан за допомогою пластиліну. Для цього тренеру потрібно заздалегідь підготувати необхідну кількість пластиліну різних кольорів. Тренер просить виліпити фігуру, яка відображає внутрішній стан учасників на момент завершення тренінгу. Коли «скульптури» готові, тренер просить того, хто хотів би розпочати, пояснити, що саме він зліпив і чому. Всі учасники також представляють свої роботи, приєднавши при цьому свою скульптуру до вже представлених. Отже, у результаті буде створено групову скульптуру.

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

# Рекомендації щодо організації та проведення тренінгу

## «ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ У СИСТЕМІ ШКІЛЬНОЇ ТА ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ»

### Ресурси, необхідні для проведення тренінгу

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.

### Роздатковий матеріал учасникам тренінгу

У рамках тренінгу передбачений роздатковий матеріал для учасників: 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 бажано записати на диск для кожного учасника тренінгу.

### Заохочення учасників

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 із питань ВІЛ/СНІДу та оцінює толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних дітей. Учасники повинні заповнити Анкету учасника тренінгу (на початку тренінгу) та Оціночну анкету (після завершення тренінгу), які тренер має проаналізувати після закінчення тренінгу.



## **Тема 1. 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, рольова гра.

### **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 Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України <http://www.ukraids.org.ua>.

*Увага! У роздаткових матеріалах тренінгу наведено статистичні дані станом на 01.01.2010 р.*

# СЦЕНАРНИЙ ПЛАН ТРЕНІНГУ

«ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОГО СТАВЛЕННЯ  
ДО ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ДІТЕЙ У СИСТЕМІ ШКІЛЬНОЇ  
ТА ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ»

№	Зміст	Метод проведення	Час	Матеріали для учасників/тренерів
<b>Тема 1</b> <b>Вступ до тренінгу. Епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу у світі та Україні. Вхідне анкетування</b> <b>Тривалість: 50 хв.</b>				
1	Вступ до програми тренінгу	Презентація	5 хв.	Роздрукована програма тренінгу для кожного учасника тренінгу
2	Проведення попереднього оцінювання знань учасників	Анкетування	10 хв.	Додаток 1.1.
3	Знайомство учасників. Вправа «Долоні»	Індивідуальна робота	15 хв.	Аркуш А4 для кожного учасника (бажано кольоровий), маркери за кількістю учасників
4	Визначення правил роботи на тренінгу	Мозковий штурм	10 хв.	Канцтовари залежно від форми проведення
5	Презентація про епідемічну ситуацію щодо ВІЛ/СНІДу у світі та Україні	Презентація	10 хв.	Додаток 1.2.

<b>Тема 2</b> <b>Основна інформація щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та методів профілактики інфікування</b> <b>Тривалість: 1 год.</b>				
5	Керована дискусія «Уявлення про ВІЛ»	Керована дискусія у великій групі	20 хв.	Додаток 2.1. Кольорові картки не-великого розміру двох кольорів для кожного учасника
6	Особистий та професійний ризик інфікування ВІЛ	Керована дискусія у великій групі	20 хв.	Додаток 2.2. Твердження для учасників на папері А4; 4 аркуші з написами: «високий ризик», «середній ризик», «низький ризик», «ризик відсутній»
7	Інформаційне повідомлення тренера «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи передачі та методи профілактики інфікування ВІЛ»	Презентація	25 хв.	Додаток 2.3.
<b>Тема 3</b> <b>Поняття «стигма», «дискримінація» та «толерантне ставлення»</b> <b>Тривалість: 2 год.</b>				
8	Вплив ВІЛ-інфекції на виникнення стигматизації	Робота в малих групах	35 хв.	Зображення людей різного віку (дорослих та, обов'язково, дітей), статі, професії, соціального статусу – 5 наборів по 5 (6) карток. Аркуш фліп-чарту із запитаннями для обговорення

9	Власний досвід бути стигматизованим  Вправа «Заколки»	Інтерактивна гра  Обговорення в загальному колі	20 хв.	Маленькі заколки для волосся. Заколки мають бути двох кольорів, а 1 заколка третього кольору. Загальна кількість заколок має відповідати кількості учасників гри
10	Інформаційне повідомлення тренера «Поняття стигми та дискримінації»	Мозковий штурм  Презентація	5 хв.  25 хв.	Додаток 3.1.
11	Причини та наслідки стигми, пов'язаної з ВІЛ	Робота у групах  Обговорення в загальному колі	25 хв.	Стікери двох кольорів (для корінців та листочків), намальоване на плакаті дерево
12	Поняття «толерантне ставлення»	Мозковий штурм  Презентація	5 хв.  10 хв.	Додаток 3.2.
<p><b>Тема 4</b>  <b>Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах</b>  <b>Тривалість: 1 год.</b></p>				
13	Права ВІЛ-позитивних дітей та їхніх батьків	Робота у великій групі  Презентація	5 хв.  25 хв.	Додаток 4.1.
14	Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у школі/дитячому садочку	Презентація  Дискусія	30 хв.	Додаток 4.2.

<b>Тема 5</b> <b>Інтерактивні методи проведення навчальних тренінгів</b> <b>Тривалість: 45 хв.</b>				
15	Основні види інтерактивних методів	Презентація	25 хв.	Додаток 5.1.
16	Практичне застосування інтерактивних методів	Робота в групах	20 хв.	
<b>Тема 6</b> <b>Завершення тренінгу. Вихідне анкетування</b> <b>Тривалість: 25 хв.</b>				
17	Проведення кінцевого оцінювання знань учасників	Анкетування	10 хв.	Додаток 6.1.
18	Підведення підсумків тренінгу	Робота у великій групі	15 хв.	Фліп-чарт, стікери трьох кольорів

# Перелік додатків, розміщених на електронному носії

## **Додатки до теми 1:**

- 1.1. Дотренінгова анкета для учасників тренінгу.
- 1.2. Презентація «Основна інформація щодо епідемії ВІЛ/СНІДу у світі та Україні».

## **Додатки до теми 2:**

- 2.1. Твердження до вправи «Уявлення про ВІЛ».
- 2.2. Написи до вправи «Картки».
- 2.3. Презентація «ВІЛ/СНІД. Історія відкриття. Шляхи передачі ВІЛ та методи профілактики інфікування».

## **Додатки до теми 3:**

- 3.1. Презентація «Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ».
- 3.2. Презентація «Толерантне ставлення».

## **Додатки до теми 4:**

- 4.1. Презентація «Права ВІЛ-позитивних дітей».
- 4.2. Презентація «Особливості перебування ВІЛ-позитивних дітей у навчальних закладах».

## **Додаток до теми 5:**

- 5.1. Презентація «Інтерактивні методи проведення тренінгів».

## **Додаток до теми 6:**

- 6.1. Післятренінгова анкета для учасників тренінгу.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Балакірева О.М., Ващенко Л.С., Сакович О.Т. та ін. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок через систему шкільної освіти. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 108 с.
2. Бойченко Т.Є., Дивак В.В., Заплатинський В.М. Роздатковий матеріал для проведення тренінгу «Профілактика ВІЛ/СНІД серед учнів» з методистами районних, міських методичних кабінетів. – К.: ЦІППО, 2005. – 24 с.
3. Бойченко Т.Є., Дивак В.В., Пархоменко І.М., Чорненька В.Д., Юхименко А.П. Профілактика ВІЛ/СНІД серед учнів. Науково-методичний посібник для методистів районних, міських методичних кабінетів. – К.: Логос, 2005. – 76 с.
4. Бойченко Т.Є., Дивак В.В., Чорненька В.Д. Профілактика ВІЛ/СНІД серед учнів. Навчальний, навчально-тематичні плани та програма спеціалізованого курсу для методистів районних, міських методичних кабінетів. – К.: ЦІППО, 2005. – 44 с.
5. Виноградова О.А., Брижовата, О.С., Дудіна О.В, Мардарь О.М., Прудніков А.С., Тимошенко Н.А., Романова Н.Ф., Варшик І.Л. Соціально-психологічна робота з ВІЛ-позитивними дітьми та їх сім'ями: процес розкриття ВІЛ-статусу дитині: Методичний посібник / Заг. ред. канд. пед. наук Н.Ф. Романової. – К: Інжиніринг, 2009. – 148 с.
6. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Основи здоров'я. 5 клас: Посібник для вчителя. – К.: Алатон, 2005. – 264 с. (С. 9; 68-72; 238).
7. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Основи здоров'я. 6 клас: Посібник для вчителя. – К.: Алатон, 2006. – 200 с. (С. 60-69; 150-152).
8. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Основи здоров'я: Підручник для 7-го класу загальноосвітніх навчальних закладів. – К.: Алатон, 2007. – 208 с. (С. 125-136).
9. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Основи здоров'я: Підручник для 8-го класу загальноосвітніх навчальних закладів. – К.: Алатон, 2008. – 160 с. (С. 68-69).
10. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Школа проти СНІДу. Профілактика ризикованої поведінки: Посібник для вчителя. – К.: Алатон, 2004. – 256 с.
11. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Школа проти СНІДу. Профілактика ризикованої поведінки: завдання для учнів 8-9 класів. – К.: Алатон, 2004. – 72 с.

12. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С. Школа проти СНІДу. Профілактика ризикованої поведінки: завдання для учнів 10-11 класів. – К.: Алатон, 2004. – 80 с.
13. Воронцова Т.В., Пономаренко В.С., Репік І. А. Основи здоров'я: Підручник для 5-го класу загальноосвітніх навчальних закладів. – К.: Алатон, 2005. – 176 с. (С. 94-98; 126-132).
14. Ганюков О., Березіна Н., Варбан М., Єресько О., Купчинська М., Купчинська К., Михайличенко М., Шенін О., Саріогло В., Ярмолюк Е. Оцінка рівня охоплення учнівської та студентської молоді профілактичними програмами. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. – 32 с.
15. Дивак В.В., Заплатинський В.М., Олійник В.В., Сидорчук Л.А., Чорненька В.Д. Профілактика ВІЛ/СНІД серед учнів. Навчальний, навчально-тематичні плани та програма спеціалізованого курсу для керівних кадрів освіти. – К.: ЦІППО, 2005. – 24 с.
16. Дивак В.В., Заплатинський В.М., Приліпко В.А., Сидорчук Л.А., Чорненька В.Д., Морозова В.В. Роздатковий матеріал для проведення тренінгу «Профілактика ВІЛ/СНІД серед учнів» з керівними кадрами освіти. – К.: ЦІППО, 2005. – 28 с.
17. Дивак В.В., Заплатинський В.М., Халмурадов Б.Д., Приліпко В.А., Сидорчук Л.А., Терещук Б.М., Чорненька В.Д. Профілактика ВІЛ/СНІД серед учнів: Науково-методичний посібник. – К.: Логос, 2005. – 184 с.
18. Діти та епідемія ВІЛ/СНІД / Балакірева О., Рябова М., Юцевич В.; упор. Балакірева О.; ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД». – К.: 2003. – 15 с.
19. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за ВІЛ-інфікованими дітьми. – К.: Кобза, 2003. – 168 с.
20. Догляд та виховання дітей з ВІЛ: аналіз ситуації, проблеми та шляхи вирішення / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), Н.Я. Жилка, О.І. Карпенко та ін. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 164 с.
21. Доклад о теологическом семинаре на тему стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом, 8-11 декабря 2003 г., Виндхук, Намибия / При поддержке ЮНЭЙДС.
22. Єресько О.В. Особливості змісту шкільного предмету «Основи здоров'я» // Журнал «Основи здоров'я і фізична культура». – №2. – 2005. – С. 8-11.



23. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII.
24. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р. № 1972-XII.
25. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» № 1645-14.
26. Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. № 2402-III.
27. Кірьязова Т.Х., Федоров С.В., Котович А.О. Інтерактивні технології в профілактиці ВІЛ-інфекції. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей. – Одеса: 2006. – 163 с.
28. Концептуальная основа и основополагающие принципы деятельности. Стигма и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом. Доступно з <http://www.un.org/russian/events/aids/concept.htm#>
29. Люди и ВИЧ: 2-е издание. – К.: Информационно-ресурсный центр Международного Альянса по ВИЧ/СПИД, 2004.
30. Методичний посібник з профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу у шкільному та молодіжному середовищі / За ред. Лазаренко Б.П., Пінчук І.М. – К.: ЮНІСЕФ, 2002. – 144 с.
31. Навички заради здоров'я. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок: важливий компонент школи, дружньої до дитини, школи, що підтримує здоров'я: Навчальне видання. – К.: ВТФК «Кобза», 2004. – 122 с.
32. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок через систему шкільної освіти: оцінка ситуації / О.М. Балакірєва (кер. авт. кол.), Л.С. Ващенко, О.Т. Сакович та ін. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 108 с.
33. Наказ МОЗ «Про організацію медичних послуг та догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми в дошкільних та загальноосвітніх закладах» від 29.11.2002 р. № 448.
34. Педагогічним працівникам про ВІЛ/СНІД: Навчально-методичний посібник: У 2-х т. / Упорядники: Гриценюк Л.І., Терніченко А.С., Ткачук І.І. – К.: Ніка-Центр, 2005. – Т. 1. – 228 с.
35. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2004-2008 роки» від 4.03.2004 р. № 264.

36. Проблемы дискриминации: правовые аспекты, международный опыт, украинские реалии. – К.: Всеукраинский благотворительный фонд «Коалиция ВИЧ-сервисных организаций», 2007. – 67 с.
37. Протидія епідемії ВІЛ/СНІДу в молодіжному середовищі / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Артюх О.Р. – К.: Представництво ЮНІСЕФ в Україні; Державний центр соціальних служб для молоді; Український інститут соціальних досліджень, 2001. – 80 с.
38. Профілактика ВІЛ/СНІД, наркоманії, алкоголізму серед учнів і студентів: Тренінгові і соціально-реабілітаційні програми: У 3-х т. / За заг. ред. Панка В.Г., Цушка І.І. – К.: Ніка-Центр, 2005. – Т. 1, 2, 3.
39. Рахманова А.Г. ВИЧ-инфекция у детей. – СПб: Питер, 2003. – 448 с.
40. Ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ. Доступність послуг та права людей, які живуть з ВІЛ в Україні: Результати соціологічного дослідження. – К., 2004.
41. Стигма, дискриминация и нарушение прав человека в связи с ВИЧ. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС. Доступно на <[www.unaids.org](http://www.unaids.org)>.
42. Страшко С.В., Животовська Л.А., Гречішкіна О.Д., Міненко А.О., Савонова О.В., Гаврилюк В.О. Соціально-просвітницькі тренінги з формування мотивації до формування здорового способу життя та профілактики ВІЛ/СНІД: Навчально-методичний посібник для вчителів та студентів. – К.: Освіта України, 2006. – 260 с.
43. Технологія проведення тренінгів з формування здорового способу життя молоді / Г.М. Бевз, О.П. Главник // Серія "Бібліотечка слухача курсів підвищення кваліфікації Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту". – К.: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2005. – 172 с.
44. Формування здорового способу життя: стратегія: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців / О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232 с.
45. Формування навичок здорового способу життя у дітей і підлітків: За проектом «Діалог»: Навч.-метод. посіб.: 3-тє вид., переробл. і допов. / О.В. Вінда, О.П. Коструб, І.Г. Сомова, Н.О. Березіна, М.М. Галябарник, С.В. Кириленко. – К., 2003. – 284 с.



