

**МІЖНАРОДНИЙ БЛАГОДІЙНИЙ ФОНД
«МІЖНАРОДНИЙ АЛЬЯНС З ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ»**

ПРОФІЛАКТИКА, ДОГЛЯД І ПІДТРИМКА ВИХОВАНЦІВ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ВІЛ, У СОЦІАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ДЛЯ ДІТЕЙ

(КЕРІВНИЦТВО ДЛЯ ТРЕНЕРА)

АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ:

**Андріяш С.П.,
Бляхарський Я.О.,
Грицюк Т.К.,
Грищенко Н.В.**

РЕДАКТОРИ:

**Пурік О.П., лікар вищої категорії;
Страшко С.В., канд. пед. наук**

Київ-2012

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Інституту педагогіки та психології Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова (протокол від 31.10.2011р., №2)*

Профілактика, догляд і підтримка вихованців, які живуть з ВІЛ, у соціальних закладах для дітей/Андріяш С. П., Бляхарський Я. О., Грицюк Т. К., Грищенко Н. В. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. — 176 с.

Авторський колектив:

Розділ 1. «Загальні відомості про ВІЛ-інфекцію»:

Бляхарський Ярослав Орестович, фахівець відділу регіонального розвитку
ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ»

Розділ 2. «Медичні аспекти ВІЛ-інфекції»:

Грищенко Наталія Володимирівна, сімейний лікар

Розділ 3. «Психологічна підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією в умовах дитячого закладу»:

Грицюк Тетяна Костянтинівна, психолог, директор центру соціально-
психологічної реабілітації дітей Черкаського обласного притулку для дітей

Розділ 4. «Захист прав дітей в контексті ВІЛ-інфекції»:

Андріяш Сергій Петрович, магістр державного управління, начальник служби
у справах дітей Київської облдержадміністрації

Редактори:

Пурік О. П., лікар вищої категорії;

Страшко С. В., канд. пед. наук

Редагування, укладання та підготовка до друку:

Березюк О. В.

Тираж: 1000 прим.

Публікація підготовлена та видана в рамках програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування й догляд для найбільш уразливих груп населення в Україні», підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

© МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012

Поширюється безкоштовно.

ЗМІСТ

Перелік скорочень.	5
Словник термінів.	6

Розділ 1. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

1. Історія епідемії ВІЛ-інфекції в світі та Україні. Короткі відомості про збудника інфекції	13
2. Шляхи інфікування ВІЛ	22
3. Перебіг ВІЛ-інфекції. Загальні відомості про лікування	29
4. Діагностика ВІЛ-інфекції. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.	37
5. Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІДом	45
6. Залежність від психоактивних речовин: причини, прояви та наслідки. Література до розділу	52 60

Розділ 2. МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

1. ВІЛ-інфекція у дітей.	63
2. Антитретровірусна терапія (АРТ) при ВІЛ-інфекції у дітей	72

3. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	82
4. Харчування дітей з ВІЛ-інфекцією	90
5. Перша медична допомога дітям з ВІЛ-інфекцією	98
6. Профілактика інфікування ВІЛ на робочому місці	106
Література до розділу	114

Розділ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В УМОВАХ ДИТЯЧОГО ЗАКЛАДУ

1. Вікові особливості дітей, інфікованих ВІЛ	117
2. Психолого-педагогічні особливості дітей, інфікованих ВІЛ, котрі перебувають у закладах для дітей	121
3. Особливості поведінкових реакцій у дітей, котрі перебувають у закладах для дітей	129
4. Шляхи корекції поведінкових реакцій у дітей	139
5. Форми і методи спілкування з дітьми, інфікованими ВІЛ	145
6. Повідомлення дитині її ВІЛ-статусу	153
Література до розділу	158

Розділ 4. ЗАХИСТ ПРАВ ДІТЕЙ В КОНТЕКСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

1. Перелік державних законодавчих актів та нормативних документів щодо захисту прав дітей	161
2. Перелік державних законодавчих актів та нормативних документів у сфері ВІЛ/СНІДу	163
3. Захист прав дітей в контексті ВІЛ-інфекції: запитання та відповіді	164
Довідкові джерела до розділу	175

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АРТ, АРВ

антиретротерапія, антиретровірусна терапія

ВААРТ

високоактивна антиретровірусна терапія

ВІЛ

вірус імунодефіциту людини

ДКТ

добровільне консультування і тестування

ІФА

імуноферментний аналіз

ПАР

психоактивні речовини

ПКП

післяконтактна профілактика

ПЛР

полімеразна ланцюгова реакція

ПЦП

пневмоцистна пневмонія

РНК

рибонуклеїнова кислота

СІН

споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД

синдром набутого імунного дефіциту

ЦНС

центральна нервова система

ЧСЧ

чоловіки, які мають секс з чоловіками

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Аддикція

аддикція (від лат. addictio — присудити) — стан хворобливої залежності від чогось, неможливість обходитися без чогось

Антиген

речовина органічного походження, яка стимулює імунну відповідь. Імунна система розпізнає цю речовину як чужорідну і виробляє антитіла для боротьби з нею

Аутріч-робота

(вулична робота)
робота з «закритими» соціальними групами в їхньому середовищі

Афект

короткочасна бурхлива емоційна реакція людини (гнів, лють, жах, відчай, раптова велика радість) на сильно діючий вплив з боку навколишнього середовища

Віріон

частинка вірусу

ВІЛ-інфекція

захворювання, спричинене ВІЛ (вірусом імунодефіциту людини)

Вразливі групи

(щодо ВІЛ/СНІДу)
люди, які через певні ситуації або спосіб життя, поведінки більш піддаються можливості зараження ВІЛ

Ген

найдрібніша одиниця, за допомогою якої всі живі організми передають спадкову інформацію наступним поколінням

ДНК

дезоксирибонуклеїнова кислота; складова частина ядра клітини, що містить генетичний код

Захворюваність

кількість нових випадків захворювання в даній групі населення за певний період часу

Імунітет

несприйнятливість організму до інфекційних та неінфекційних агентів та речовин (бактерій, вірусів, отрут, інших продуктів, чужорідних для організму)

Імунна система

сукупність органів, тканин та клітин, які забезпечують імунітет

Імунодефіцит

нездатність окремих ланок імунної системи нормально функціонувати, в результаті чого знижується опірність організму до інфекцій та підвищується ймовірність розвитку різних захворювань

Імуносупресія

пригнічення діяльності одного або декількох компонентів імунної системи організму

Інгібітор

речовина, яка пригнічує певний процес

Інкубаційний період

проміжок часу між первинним зараженням та появою перших симптомів захворювання

Інфекція

стан, коли в організм (чи частину організму) проникає чужорідний агент (бактерія, грибок, вірус), який розмножується і чинить хвороботворний ефект

Когнітивний

той, що відображає внутрішні розумові процеси

Конфіденційність

зобов'язання зберігати таємницю довіреної секретної чи особистої інформації

Латентний

(прихований)

стан, при якому хвороботворний чинник присутній в організмі людини, але при цьому неактивний: не розмножується і не спричиняє захворювання

Лейкоцити

білі клітини крові, які можуть переходити з кровотоку в тканини і назад. Вони виконують імунну функцію, захищаючи організм від чужорідних речовин, і беруть участь в виробленні антитіл

Лентивіруси

«повільні» віруси, для яких характерний довгий період між інфікуванням і проявом перших симптомів

Лімфатичні вузли

невеличкі залози, які розміщені в різних частинах тіла і необхідні для нормальної роботи імунної системи. Складаються переважно з лімфоцитів, лімфи і сполучної тканини

Лімфоцитопенія

зменшення числа лімфоцитів у крові

Ліпіди

Жири і жироподібні сполуки, в тому числі стероїди, жирні кислоти

Монотерапія

лікування одним окремо взятим лікарським препаратом

Пандемія

поширення інфекційного захворювання в декількох країнах або на декількох континентах з масовим ураженням населення

Парентеральний

такий, що вводиться, мінаючи шлунково-кишковий тракт (внутрішньовенно, внутрішньом'язово, підшкірно)

Патоген

хвороботворний мікроорганізм або фактор, збудник захворювання

Плазма (крові)

рідина, яка переносить клітини крові і поживні речовини по всьому організму. Плазма також є середовищем для хімічної взаємодії між різними частинами організму

Профілактика

комплекс заходів, спрямований на попередження, запобігання будь-чому

Протеаза

фермент, який розщеплює білки

Резистентність

звикання до чогось (наприклад, до лікарського препарату), втрата чутливості до нього

Реплікація

повторення, розмноження

Ретровіруси

клас вірусів, які копіюють генетичний матеріал, використовуючи РНК як шаблон для виробництва ДНК

РНК, рибонуклеїнова кислота

молекула, яка являє собою ланцюжок, утворений нуклеотидами

Саркома Капоші

злویкісна пухлина на стінках кровоносних судин, видима крізь шкіру та слизові оболонки

Сероконверсія

вироблення організмом антитіл

Серологічне дослідження

дослідження сироватки крові

Симптом

будь-яка відчутна зміна в організмі чи його функціях, виявлена на підставі скарг хворого або при обстеженні

Синдром

комплекс симптомів

Сироватка (крові)

прозора неклітинна рідка частина крові СНІД, синдром набутого імунodefіциту завершальна стадія ВІЛ-інфекції

Стигма (тавро)

переконаність суспільства в тому, що певні якості особистості або спосіб життя є негідними; або знак посоромлення або суспільного осуду

Толерантність

незасуджуюче, неупереджене ставлення

Хронічний

той, що характеризується повільним перебігом протягом довгого часу

Шановний читачу, пропонуємо Вашій увазі керівництво, що допоможе працівникам соціальних закладів для дітей опанувати чималий спектр питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

Керівництво створено з метою полегшити роботу дорослих, залучених до процесу догляду та виховання дітей, які опинились у скрутних життєвих обставинах, та потрапили у державний соціальний заклад.

Головний фокус уваги керівництва зосереджено на методиці інтерактивного навчання дорослих, у якій гармонійно поєднані теоретична інформація та практичні завдання.

У книзі узагальнено досвід тренінгової роботи, отриманий протягом 2007–2012 років, в рамках програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування й догляд для найбільш уразливих груп населення в Україні» (далі Програма), підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Основними завданнями даного напрямку роботи Програми були, зокрема:

- навчання працівників притулків для дітей та центрів соціально-психологічної реабілітації дітей, підпорядкованих Міністерству України у справах сім'ї, молоді і спорту, а потім Міністерству соціальної політики України, методикам профілактичної роботи з безпритульними та бездоглядними дітьми.

- Профілактичне навчання та просвіта вихованців у відповідних закладах щодо ВІЛ-інфекції за допомогою формування життєвих навичок безпечної поведінки.

Завдяки спільним зусиллям Міністерства України у справах сім'ї, молоді і спорту/Міністерства соціальної політики України та

Альянсу-Україна, протягом останніх п'яти років 2011 року було проведено навчання працівників всіх без виключення соціальних закладів для дітей та тисяч вихованців цих закладів в усіх областях України.

Відповідальна та творча співпраця Департаменту з усиновлення та захисту прав дитини Міністерства та Альянсу-Україна забезпечила ґрунтовну підготовку колективів закладів до профілактичної роботи серед колег і загалу вихованців та до надання послуг з догляду та підтримки дітей, які живуть з ВІЛ.

Висловлюємо щирю подяку авторам керівництва та всім фахівцям, які були залучені до проведення тренінгів у 2007–2012 роках.

Захоплення викликає ентузіазм у навчанні та безмежна відданість справі відновлення життєвого світу дитини, яка не має належного батьківського піклування, шановних учасників тренінгів: працівників Міністерства, служб у справах дітей всіх рівнів, директорів притулків та центрів, медичних працівників, вихователів, методистів, соціальних педагогів, юристів та психологів.

Сподіваємось, що керівництво, яке Ви зараз тримаєте в руках, стане Вашим надійним і корисним навчальним ресурсом та при належному його використанні зробить свій внесок у формування адекватного ставлення до всіх робочих ситуацій, які виникають у працівників соціальних закладів для дітей у зв'язку з пандемією ВІЛ-інфекції в світі.

Олена Пурік,

старший радник з програмних питань МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», лікар вищої категорії

Протидія епідемії ВІЛ/СНІДу визнана в Україні державним пріоритетом, адже проблема ВІЛ-інфекції вже давно вийшла за межі суто медичної – в Україні зростає показник соціального, біологічного сирітства з причин ВІЛ-інфекції.

Статистичні дані також засвідчують, що епідемія поширюється на дітей та підлітків, у першу чергу, з уразливих груп населення, а також груп найвищого ризику. Сьогодні окрему, найвищу категорію ризику щодо ВІЛ-інфікування складають діти та молодь, які живуть та працюють на вулиці.

Несприятлива епідеміологічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу в Україні викликає перед урядом, і зокрема – перед Міністерством соціальної політики України як урядовою структурою, що покликана забезпечувати дотримання прав дітей та молоді, необхідність розробки нових стратегій та програм профілактичної роботи, підготовки фахівців, здатних ці програми втілювати, запровадження дієвої системи моніторингу існуючої ситуації.

МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» у рамках програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» та урядові інституції з 2007 року втілюють в життя напрямок «Профілактика ВІЛ/СНІД серед дітей вулиці».

Завданнями даного напрямку роботи були підготовка галузевих кадрів для здійснення превентивної роботи, побудованої на формуванні та розвитку життєвих навичок безпечної поведінки, з урахуванням

державного стандарту освіти Україні, формування та розбудови єдиного інформаційного простору та рівного доступу дітей груп ризику до якісної просвіти, здійснення науково-методичного забезпечення галузі у сфері профілактичної роботи з дітьми кризових категорій.

Протягом 2007–2012 років усі перелічені завдання було успішно виконано.

Державні службовці, відповідальні за напрямок профілактики у службах у справах дітей обласних державних адміністрацій, начальники служб у справах дітей різних рівнів, фахівці центрів соціально-психологічної реабілітації дітей та притулків для дітей з усіх областей України отримали нагоду вивчити базові аспекти, пов'язані з епідемією ВІЛ/СНІДу, методику тренінгової діяльності, основні засади профілактичної роботи, особливості догляду за дітьми з ВІЛ-інфекцією.

Дане видання дасть можливість фахівцям проводити подібні тренінги серед колег, стане робочим посібником для педагогічних, медичних працівників закладів соціальної реабілітації дітей.

Аксана Філіпішина,
директор Департаменту з
усиновлення
та захисту прав дитини
Міністерства
соціальної політики
України

Розділ 1

ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Світ постійно змінюється, і суспільний прогрес, розвиток промисловості і науки набагато полегшили життя людини. Але, на жаль, час приносить і нові випробування. Одне з таких випробувань — ВІЛ-інфекція, відносно нове захворювання, яке, незважаючи на значну наукову вивченість, залишається хворобою, оповитою багатьма міфами й забобонами.

Перше, що переживають більшість людей, зустрічаючись із цією темою — страх. Ті, хто за родом діяльності змушений стикатися з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією, бояться факту інфікування, відчувають психологічний дискомфорт та пригнічення від усвідомлення факту невиліковності хвороби. Суспільству бракує коректної правдивої інформації про шляхи передачі ВІЛ, специфіки захворювання, можливості лікування тощо.

Тим часом лише знання біологічної та соціальної природи цього захворювання дасть змогу позбутися страху та упередження, подолати негативне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та тих, що мають ризик інфікуватись.

Мета цього розділу — надати базову інформацію про ВІЛ, пояснити складні речі простою і зрозумілою мовою, адже у питаннях особистого здоров'я немає «неважливих» тем — кожна містить інформацію, яка може стати у нагоді. Всі теми є частинками пазлу, склавши які, можна відповідально прийняти особисті рішення щодо ВІЛ-інфекції, вибудувати своє ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, допомогти іншим змінити свою поведінку.

Вивчення ВІЛ-інфекції як захворювання є одним із напрямків медицини, що найбільш динамічно розвивається, тому кожного наступного року можна знайти багато нової інформації, яка не знайшла відображення в цьому посібнику на момент створення. Важливо використовувати тільки перевірені джерела інформації, адже хибна інформація завдає більше шкоди, ніж користі.

Спеціалістам закладів для дітей (притулків для дітей та центрів соціально-психологічної реабілітації) — педагогічним, медичним працівникам — дана інформація буде корисна для розширення власних знань та дасть змогу кваліфікованіше надавати відповідну інформацію вихованцям закладів.

Розділ складається з таких занять:

- 1 Історія епідемії ВІЛ інфекції в світі та Україні. Короткі відомості про збудника інфекції.
2. Шляхи інфікування ВІЛ.
3. Перебіг ВІЛ-інфекції. Загальні відомості про лікування.
4. Діагностика ВІЛ-інфекції. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.
5. Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІДом.
6. Залежність від психоактивних речовин: причини, прояви та наслідки.

ІСТОРІЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В СВІТІ ТА УКРАЇНІ. КОРОТКІ ВІДОМОСТІ ПРО ЗБУДНИКА ІНФЕКЦІЇ

Мета та завдання заняття

Через ознайомлення з особливостями імунodefіциту людини, історією виникнення та розвитку епідемії сформувати в учасників цілісне уявлення про вірус імунodefіциту людини, захворювання, яке він спричиняє, та їх вплив на життя суспільства.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття; фліпчарт, фломастери.

План заняття

I. Знайомство. «Презентація»	10 хв
II. Групова вправа «Минуле і сьогодення епідемії»	30 хв
III. Інформаційний блок	30 хв
Історія епідемії ВІЛ в світі	
ВІЛ-інфекція в Україні	
Імунна система людини	
Біологічні особливості вірусу імунodefіциту людини	
IV. Відповіді на запитання учасників	10 хв
V. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	90 хв

I. Знайомство (10 хв)

«Презентація»

Мета вправи: познайомити учасників і створити довірливу атмосферу в групі.

Хід вправи: всі учасники сидять у колі; кожен по черзі називає себе так, як він хоче, щоб до нього зверталися під час знять. Кожен учасник пише своє ім'я на бейджі, який прикріплює до одягу.

II. Групова вправа (30 хв)

«Минуле і сьогодення епідемії»

Мета вправи: продемонструвати учасникам зміни у ставленні до проблеми ВІЛ/СНІДу, що відбулися в суспільстві за останні роки.

Хід вправи: тренер пропонує кожному з учасників пригадати, коли він уперше почув про ВІЛ/СНІД. У якому році це було? Від кого почув? З якого джерела? Що він відчував у ту мить? Можливо, це були просто роздуми?

Відповіді записують на фліпчарті в таблицю (див. приклад):

Рік	Джерело інформації	Почуття
1. 2000	Школа, вчитель	Страх, стурбованість
2. 1998	ЗМІ (газети)	Ніяк не відреагував

Необхідно вислухати і записати інформацію від якомога більшої кількості учасників.

Далі тренер пропонує учасникам сформулювати своє нинішнє ставлення до проблеми, відповівши на запитання: «Що ви відчуваєте зараз, через багато років?», «Чи змінилося ваше ставлення до проблем ВІЛ/СНІДу?», «Чи відчуваєте ви, що проблеми ВІЛ/СНІДу стосуються і вас особисто?».

Відповіді учасників записують у праву колонку, відокремивши ризиком відповіді на попередні питання.

Обговоріть результати, записані на фліпчарті. Зверніть увагу учасників, що серед почуттів, які виникали при першому «знайомстві» з ВІЛ/СНІДом, переважають страх, занепокоєння за своє життя, тривога та інші схожі почуття. З цими почуттями терміни «ВІЛ», «СНІД» «входили» у суспільство; ці почуття демонструють, наскільки однобоко висвітлювалися питання щодо ВІЛ/СНІДу 20–25 років тому, та визначають ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, і лежать в основі стигми і дискримінації.

Коротко узагальніть зміни у ставленні до проблеми ВІЛ/СНІДу, які сталися за останні роки.

III. Інформаційний блок (30 хв)

Історія епідемії ВІЛ в світі

Взимку 1980/1981 року в госпіталь Нью-Йоркського університету поступило кілька людей з малознайомою для лікарів формою захворювання — саркомою Капоші. У США і країнах Західної Європи це захворювання трапляється надзвичайно рідко: 1–2 випадки на 10 млн. населення, причому, зазвичай, лише у чоловіків, старших від 60 років. Чоловіки ж,

які поступили до Нью-Йоркського госпіталю, були молодші 30 років. Більшість із них загинули протягом 20 місяців. Навесні 1981 року лікарі Лос-Анджелеса і Нью-Йорка виявили ще одну групу хворих із злоякісною формою пневмоцистної пневмонії (ПЦП), яка була зареєстрована у молодих чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ). Лікування не давало ефекту, і протягом року майже всі з них загинули. Влітку 1981 року в США налічувалося вже 116 подібних випадків. Лікарі запідозрили, що мають справу не з двома, а з одним захворюванням, яке спочатку було названо «чумою безпутних».

Навесні 1982 року це захворювання було відзначено у першого хворого на гемофілію — спадкову незгортваність крові. Частота випадків нової хвороби при гемофілії почала прогресувати, що було пов'язано з переливанням лікарських препаратів. Хоча в США були зафіксовані лише 15 тисяч хворих на гемофілію, поширення СНІДу стривожило їх, адже виникла загроза інфікування банку крові. Швидко з'ясувалося, що причина заражень — переливання крові. Отже, стало зрозуміло, що з'явилася нова грізна епідемічна хвороба.

Захворювання почали образно називати «чотири «Г», що відображало включення в епідемію основних категорій ризику: геї (77%), споживачі наркотиків, які вводили внутрішньовенно героїн (16–17%), хворі на гемофілію, а також мешканці Гаїті.

У цьому ж році вперше використовується назва «СНІД» — синдром набутого імунodefіциту (AIDS — acquired immune deficiency syndrome).

У 1983 р. Люк Монтаньє з Інституту Пастера (Франція) відкрив вірус, який почали вважати причиною СНІДу (HIV — human immune deficiency virus). У Європі були зареєстровані два спалахи захворювання на СНІД.

У 1984 р. американський учений Роберт Галло повідомив про те, що відкрив вірус СНІДу (HTLV-III), однак це відбулося через рік після відкриття, зробленого Люком Монтаньє.

В 1985 р. було встановлено, що ВІЛ передається через рідини організму: кров, сперму, секрет піхви і материнське молоко.

Адміністрація з контролю за харчовими продуктами і лікарськими препаратами США (FDA) схвалила перший тест на ВІЛ.

Всесвітня організація з охорони здоров'я (ВООЗ) адаптувала в Африці новий спосіб клінічного визначення захворювання на СНІД, щоб представники країн Африки могли точніше проводити оцінку і повідомляти про кількість людей, хворих на СНІД. До кінця 1985 року випадки захворювання на СНІД були зареєстровані в 51 країні.

До листопада 1987 року із 127 країн з усього світу до ВООЗ була відіслана офіційна інформація про 62 811 випадків захворювання на СНІД. У цій інформації були представлені лише реально відомі випадки. За оцінками ВООЗ, до кінця 1987 року реальна кількість випадків СНІДу по всьому світі коливалася від 100 до 150 тисяч.

До грудня 1990 року ВООЗ було офіційно оголошено про більш ніж 307 тис. випадків захворювання на СНІД, проте, за реальними оцінками, кількість випадків наближалася до мільйона. Оціночна кількість ВІЛ-інфікованих людей в усьому світі становила 810 млн.

Станом на 1997 рік загальна кількість людей, померлих від СНІДу, у всьому світі становила близько 6 400 000. Приблизна кількість людей з ВІЛ-інфекцією в світі — 22 000 000; це більше, ніж усе населення Австралії.

Заданими UNAIDS (Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу), з моменту початку епідемії ВІЛ заразились майже 60 млн. людей, і 25 млн. померли від захворювань, пов'язаних з ВІЛ.

В 2008 році кількість людей, які живуть з ВІЛ, становила 33,4 (33,1–35,8) млн.; кількість нових випадків інфікування — близько 2,7 (2,4–3,0) млн., і 2 (1,7–2,4) млн. людей померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДом. Африка південніше від Сахари продовжує бути найбільш ураженим регіоном: тут проживає 67 % всіх людей, які живуть з ВІЛ, і зареєстровано 91 % усіх нових випадків інфекції серед дітей.

В 2008 році оціночна кількість уражених ВІЛ-інфекцією дорослих і дітей в Східній Європі і Центральній Азії збільшилась до 1,5 (1,4–1,7) млн. людей, що на 66 % більше порівняно з 2001 роком, коли це число становило 900 тис (800 тис — 1,1 млн.) людей. Показник поширеності ВІЛ в регіоні зростає, і в трьох країнах регіону (Російській Федерації, Україні і Естонії) він перевищує 1 %. Найвищий рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення в Європі відзначений в Україні: ще в 2007 році він склав 1,6 % (1,1–2,0 %).

ВІЛ-інфекція в Україні

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, перші випадки ВІЛ-інфекції в Україні були зареєстровані в 1987 р. після того, як було розпочато широко-масштабний скринінг населення на антитіла до ВІЛ. До кінця року було виявлено 6 ВІЛ-позитивних мешканців України і 75 іноземних громадян, які, відповідно до діючого тоді законодавства, були депортовані з країни.

Кількість іноземців, у яких було виявлено ВІЛ-інфекцію, щорічно зменшувалася, а кількість ВІЛ-позитивних громадян України коливалася в межах від 6 до 40 осіб щорічно. Поширення ВІЛ до 1994 р. включно можна охарактеризувати як повільне з переважаючим гетеросексуальним шляхом передачі **(ВІЛ передається статевим шляхом (гетеро- та гомосексуальним, парентерально (через кров) та від матері до дитини — при народженні; детальніше про шляхи передачі ВІЛ — в наступних заняттях розділу).**

Наприкінці 1994 р. було зареєстровано два випадки ВІЛ-інфекції у споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН). На початку 1995 р. були відзначені перші випадки зараження серед споживачів наркотиків у м. Одесі. Далі кількість зареєстрованих ВІЛ-позитивних споживачів наркотиків почала збільшуватися, як снігова куля. До епідемічного процесу долучалися представники цієї вразливої групи з інших регіонів, і в 1997 р. вже не залишилося жодної області, де б не були зареєстровані випадки поширення ВІЛ серед СІН.

З 1998 р. кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих, здавалося б, пішла на спад: 1998 р. — 8 590 осіб, 1999 р. — 5 830 осіб, 2000 р. — 6 216 осіб, 2001 р. — 7 009 осіб.

Зниження кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції, починаючи з 1998 р. та протягом кількох наступних років, жодною мірою не вказувало на стабілізацію епідемічної ситуації. Воно виявилось результатом зниження кількості тестувань взагалі і тестувань СІН — зокрема. Причиною зниження кількості тестувань стало прийняття у березні 1998 р. нової редакції Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», в якому вперше було задекларовано принцип добровільності при тестуванні на ВІЛ. Важливо підкреслити, що з 1999 р. відбувається збільшення абсолютної кількості споживачів наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (СІН) при щорічному зменшенні частки СІН в загальній кількості нових випадків ВІЛ-інфекції (у 1997 р. — 83,6 %, у 2002 р. — 52,4 %, у 2007 р. — 40,1 %, у 2009 р. — 35,8 %).

Україна за темпами розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції посідає сьогодні одне з провідних місць серед країн Східної Європи.

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в 1987 році до 2009 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 161 119 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі — 31 241 випадок захворювання на СНІД і 17 791 випадок смерті від захворювань, спричинених СНІДом.

У 2009 році в Україні зареєстровано 19 840 нових випадків ВІЛ-інфекції, що становить 43,2 випадки на 100 тис. населення.

Згідно офіційних даних, у 2009 році щодня в середньому 54 особам було встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція», 12 особам — діагноз «СНІД», а 7 осіб помирали від захворювань, спричинених СНІДом.

Загальновідомо, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Так, за оціночними даними, на початок 2010 року в Україні проживали 360 000 людей віком від 15 років і старших, інфікованих ВІЛ, в той час як за офіційною статистикою кількість громадян, які живуть з ВІЛ і перебувають на диспансерному обліку в спеціалізованих закладах охорони здоров'я, на початок того ж таки 2010 року становила лише 101 182 осіб. Відмінність між цими показниками свідчить про те, що лише 28 %, або кожен четвертий з людей, що живуть з ВІЛ в Україні, пройшли тест на ВІЛ і знають про свій ВІЛ-позитивний статус.

Кількість хворих на СНІД в Україні збільшувалася щорічно (рекордна кількість — 4723 випадки у 2006 році). Внаслідок впровадження широкомасштабних програм з лікування в 2007 році вперше відзначено зниження кількості хворих на СНІД. І хоча протягом 2007, 2008 та 2009 років кількість людей, у яких діагностовано СНІД, реєструвалася приблизно на одному рівні (4573, 4380 та 4437 випадків відповідно), СНІД залишається серйозним викликом для системи охорони здоров'я. Лікування СНІДу і тепер є дороговартісним.

Протягом усього періоду епідемічного спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні спостерігалось збільшення кількості людей, які померли від захворювань, спричинених СНІДом. У 2009 році уперше, в порівнянні з попереднім роком, зменшилася кількість випадків смерті від СНІДу з 2710 (у 2008 році) до 2591 (у 2009 році). Це свідчить про позитивний вплив впровадження антиретровірусної терапії в Україні, але доступ до АРТ поки що не задовольняє потреб усіх хворих.

У 2009 році більш ніж 77 % серед ВІЛ-інфікованих громадян України становили люди репродуктивного та працездатного віку. В Україні основним шляхом передачі ВІЛ з 1995 по 2007 рік включно був парентеральний (через кров), переважно це ін'єкційне введення наркотичних речовин. У 2008 році вперше, починаючи з 1995 року, відбулася зміна відсоткового співвідношення шляхів передачі, і статевий шлях передачі переважив над парентеральним. У 2009 році кількість людей, інфікованих статевим шляхом, зросла до 44 %. Необхідно зазначити, що останніми роками відзначається тенденція до зменшення частки СНІД серед нових випадків інфікування.

Збільшення частки гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку призвело до поступового збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями. У таких дітей відразу після народження виявляється позитивний результат на антитіла до ВІЛ за рахунок материнських антитіл, проте більшість з

них ВІЛ-негативні. Станом на 1 січня 2010 року під наглядом перебувають 2148 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом, в тому числі 575 дітей, хворих на СНІД, і 6222 дітей — в стадії підтвердження діагнозу «ВІЛ-інфекція».

Імунна система людини

Вчені, які вивчали перші випадки захворювання на СНІД, дійшли до висновку, що головна особливість вірусу імунодефіциту людини — переважне ураження системи імунітету, що виявляється в повній беззахисності організму хворого перед порівняно нешкідливими мікроорганізмами та злоякісними пухлинами. Які ж особливості має система імунітету і чому нове захворювання було названо синдромом набутого імунодефіциту?

Імунна система — це сукупність органів, тканин, клітин, які забезпечують захист організму, зокрема, від генетично чужорідних агентів. Основна клітина імунної системи — лімфоцит. Лімфоцити є різновидом лейкоцитів (білих кров'яних тілець) і містяться в крові; вони також є основними клітинами тканинної рідини — лімфи, і відповідають за різні прояви клітинного імунітету. Лімфоцити формуються у вилючковій залозі (тимусі). Родоначальниками клітин імунної системи є незрілі клітини кісткового мозку. Потрапляючи з кісткового мозку в тимус, вони дозрівають і перетворюються в Т-лімфоцити (тимус-залежні лімфоцити), які беруть участь у різноманітних проявах клітинного імунітету. Т-лімфоцити здійснюють надзвичайно важливу функцію: видаляють і знешкоджують усі чужорідні клітини в організмі. Розрізняють декілька різновидів Т-лімфоцитів, які відрізняються функціями — наприклад, Т-кілери руйнують чужорідні клітини, спричиняючи їх загибель. Найважливіший різновид Т-лімфоцитів — так звані Т-хелпери (помічники) — першими розпізнають чужорідні агенти і допомагають іншим лімфоцитам виконувати їх захисні функції.

Основні функції імунітету полягають у здатності:

- розпізнавати будь-які чужорідні агенти, що потрапили у внутрішнє середовище організму, і відторгати їх;
- відторгати чужорідні клітини, що виникли в самому організмі внаслідок мутацій;
- проявляти так звану «імунологічну пам'ять». Клітини імунної системи при контакті з чужорідним антигеном запам'ятовують його і при повторній зустрічі дають зазвичай сильнішу реакцію. Ця пам'ять «закріплюється» на роки, іноді — на все життя, «запускаючи» механізм захисту при повторній зустрічі з інфекцією.

Імунодефіцит — це порушення структури і функцій тієї чи іншої ланки імунної системи; він буває вродженим або набутим. Вроджені імунодефіцити зустрічаються дуже рідко. Набутих імунодефіцитів відомо досить багато, і серед них — СНІД (синдром набутого імунодефіциту).

Тренер пише вертикально на аркуші для фліпчарту дві аббревіатури: «ВІЛ» та «СНІД», і пропонує учасникам розшифрувати їх, максимально пояснивши значення вживаних термінів:

В — **вірус**; збудником захворювання є **вірус** — дрібна неклітинна частинка, яка є внутрішньоклітинним паразитом, розмножуючись тільки в живих клітинах;

І — **імунодефіциту**; вірус пошкоджує імунну систему людини, що в подальшому призводить до імунодефіциту (недостатності функцій імунної системи);

Л — **людини**; ВІЛ вражає тільки клітини організму людини.

С — **синдром**; сукупність симптомів (декількох проявів);

Н — **набутого**; це захворювання є набутим в процесі життя, а не передається генетично;

І — **імунного** (розглянуто вище).

Д — **дефіциту** (розглянуто вище).

Тренер підкреслює, що навіть просте розшифрування термінів «ВІЛ» та «СНІД» досить інформативне і дає загальне уявлення про природу збудника та захворювання.

Біологічні особливості вірусу імунодефіциту людини

Особливості синдрому набутого імунодефіциту (СНІДу):

- 1) це найперший в історії медицини набутий імунодефіцит, який пов'язаний з конкретним збудником (ВІЛ) і характеризується епідемічним поширенням;
- 2) збудник СНІДу майже «прицільно» вражає Т-хелпери;
- 3) це перше епідемічне захворювання людини, спричинене ретровірусом;
- 4) СНІД за клінічними та лабораторними особливостями не схожий ні на які інші набуті імунодефіцити.

Тому на сьогодні правильніше сформулювати так: **«СНІД — це набутий імунодефіцит, який відрізняється від інших наявністю певного комплексу властивостей і специфічного збудника».**

Ось про цього специфічного збудника і піде далі мова.

Тепер нам відомо, що СНІД — це захворювання, а не випадкове поєднання симптомів. Словом «синдром» зазвичай позначають сукупність симптомів, причини яких не мають простого пояснення. Ця назва була доречнішою 25 років тому, коли лікарям було відомо лише про пізні стадії захворювання, а механізм його розвитку був маловивченим. Сучасна назва цього стану — «ВІЛ-інфекція», хоч хворим і ставиться діагноз «СНІД». «ВІЛ-інфекція» — більш точна назва, оскільки вказує на збудника, що викликає СНІД, і охоплює всі стадії цього стану: від інфікування — аж до руйнування імунної системи і початку розвитку опортуністичних захворювань. Проте багато хто продовжує називати імунодефіцит, спричинений вірусом імунодефіциту людини, аббревіатурою «СНІД».

На відміну від більшості захворювань, СНІД не характеризується комплексом загальних (однакових) для всіх пацієнтів симптомів. СНІД є результатом ушкодження імунної системи: через недостатність її функціонування внаслідок ураження ВІЛ розвиваються різні опортуністичні інфекції або пухлини (ці захворювання називають опортуністичними, оскільки вони спричинені збудниками, які, зазвичай, не є патогенними для здорового організму, однак здатні спричинити захворювання у людини, імунна система якої ослаблена, «прориваючись» через ушкоджену систему захисту).

З часу реєстрації перших хворих на СНІД в США до відкриття збудника захворювання минуло кілька років. У 1983 році вчені Люк Монтаньє (Франція) і Роберт Галло (США) незалежно один від одного відкрили вірус (ВІЛ), що спричиняв важке порушення імунної системи — СНІД.

Вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) належить до підродини лентивірусів родини ретровірусів. Для лентивірусних інфекцій характерний хронічний перебіг з тривалим прихованим (латентним) періодом, постійним розмноженням (персистуючою реплікацією) вірусу і ураженням центральної нервової системи (ЦНС). Типовими прикладами збудників лентивірусних

інфекцій є вірус овечої віспи, вірус імунодефіциту мавп (SIV або BIM) і вірус імунодефіциту кішок (FIV або ВІК).

Генетичний матеріал ВІЛ, як і інших ретровірусів, представлений РНК (рибонуклеїною кислотою), яка є шаблоном для виробництва провірусної ДНК (дезоксирибонуклеїнової кислоти). Це перетворення РНК в ДНК можливе в присутності ферменту, який називається «зворотна транскриптаза».

Віріони ВІЛ мають вигляд сферичних частинок діаметром близько 100 нм, що приблизно в 60 разів менше від діаметра еритроцитів (червоних кров'яних тілець). Віріон ВІЛ складається з низки вірусних білків, ліпідної оболонки, капсида, що містить в собі генетичний матеріал і ферменти, необхідні для реплікації вірусу (серед яких і вже згадувана зворотна транскриптаза). Детальна схема будови вірусу показана на малюнку:

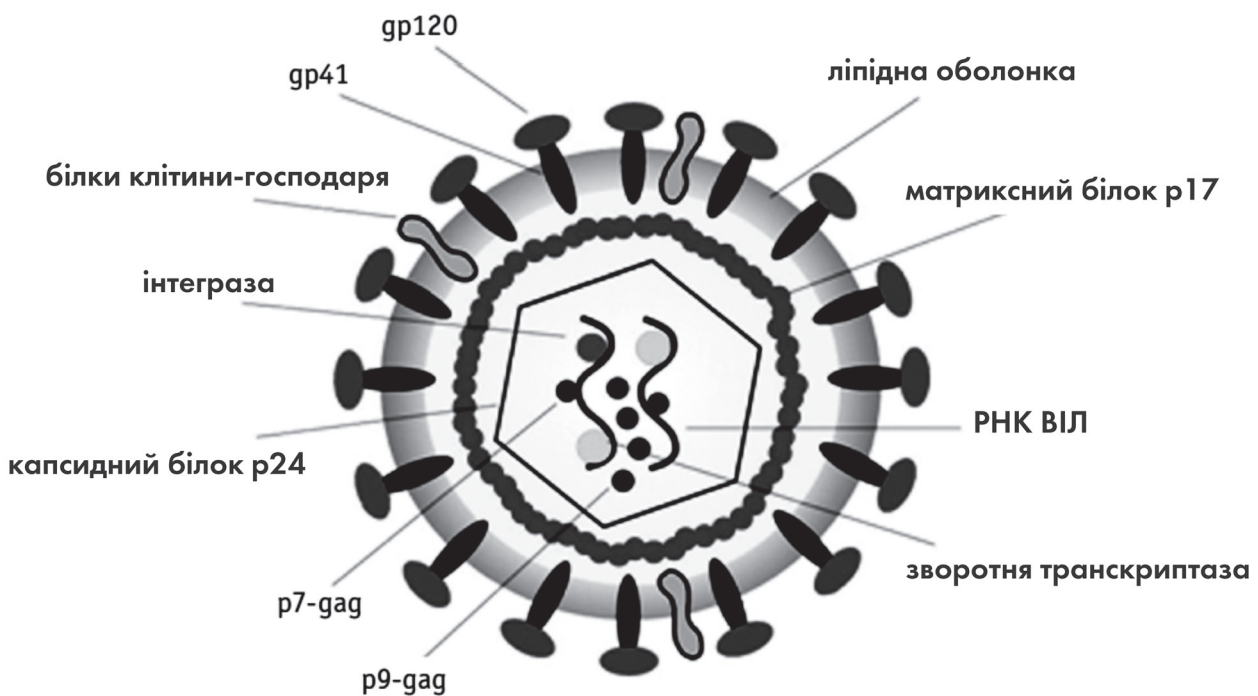


Рис. 1. Будова віріону ВІЛ

ВІЛ передається лише від людини людині. ВІЛ-інфекцією може хворіти лише людина. Потрапляючи в організм, ВІЛ дуже швидко проникає в клітини крові — лімфоцити, у яких є рецептори, що мають спорідненість до ВІЛ, так звані «CD4-Т-лімфоцити». Такі рецептори мають також деякі інші клітини крові (моноцити і макрофаги), клітини центральної нервової системи (ЦНС), слизової оболонки прямої кишки, шийки матки та інші (CD4-клітини). Завдяки спорідненості білків поверхні вірусу і рецепторів клітини відбувається проникнення ВІЛ в цитоплазму клітини. Далі, завдяки ферменту (зворотній трнскриптазі), з вірусної РНК відбувається утворення провірусної ДНК (процес зворотної транскрипції, про який йшлося вище). Провірусна ДНК «вбудовується» в генетичний матеріал (ДНК) клітини-господаря. Після цього клітина-господар сприймає ДНК вірусу як «рідну». Вірус стає частиною клітини і залишається нею аж до загибелі клітини. Заражена ВІЛ клітина в процесі життя продукує нові копії вірусу, виділяє їх в плазму,

інші біологічні рідини і секрети. Цей процес розмноження називається реплікацією вірусу. Завершення «складання» нових копій вірусу відбувається за участю ферменту протеази. Нові копії вірусу виходять з ураженої клітини, розповсюджуються в організмі, впроваджуються в інші клітини, вражають їх і починають відтворення нових копій. Під час утворення нових вірусів часто відбуваються помилки — мутації. Мінливість збудника призводить до того, що деякі ліки, які застосовуються для лікування ВІЛ-інфекції, втрачають свою здатність діяти на ферменти вірусу; розвивається стійкість, або резистентність вірусу до даного препарату. Для того, щоб уникнути розвитку резистентності до ліків, при лікуванні ВІЛ-інфекції необхідно одночасно застосовувати комбінацію декількох препаратів (**детальніше про це — у розділі «Медичні аспекти ВІЛ-інфекції»**).

Стійкість вірусу в навколишньому середовищі:

- В зовнішньому середовищі, при висушуванні лімфоїдних клітин, інфікованих ВІЛ, вірусна активність зникає протягом декількох діб.
- При висушуванні рідини, що містять людську плазму, вірус гине при температурі 23–27 °С через 7 днів.
- В рідкому середовищі при температурі 23–27 °С вірус зберігає активність протягом 15 днів, при 36–37 °С — 11 днів.
- У крові, призначений для переливання, вірус переживає роки, а у замороженій сироватці його активність зберігається до 10 років.
- ВІЛ швидко гине при використанні дезінфікуючих засобів, ультрафіолетового випромінювання; при нагріванні вище 56 °С втрачає активність через 30 х в.

IV. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

V. Підведення підсумків (10 хв)

Підбиваючи підсумки, тренер коротко узагальнює інформацію:

- епідемія ВІЛ зачепила всі країни світу; немає жодної країни, де б не були зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції;
- епідемія ВІЛ-інфекції загрожує економічній, політичній і соціальній стабільності в світі, позаяк основна група уражених ВІЛ, — працездатне населення репродуктивного віку;
- в Україні епідемія набула загрозливого характеру і належить до найбільш небезпечних за темпами поширення;
- вірус ВІЛ відкритий в 1993 році, з тих пір його активно вивчають провідні вчені світу;
- ВІЛ вражає виключно людей;
- особливістю ВІЛ є ураження імунної системи;
- розуміння механізмів відтворення ВІЛ допомагає створенню якісних ліків.

ШЛЯХИ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ

Мета та завдання заняття

Через надання знань про основні шляхи передачі ВІЛ сформувати уявлення про поведінкові ризики.

Ознайомити учасників з інформацією про:

- основні шляхи інфікування ВІЛ;
- механізми розповсюдження ВІЛ в суспільстві;
- відносні поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття; фліпчарт, фломастери, аркуші паперу А4, картки для вправи «Ризики».

План заняття

I. Привітання. Організаційна вправа «Оплески»	5 хв
II. Актуалізація знань учасників	5 хв
III. Інтерактивна вправа «Автограф»	25 хв
IV. Інформаційний блок Шляхи передачі ВІЛ	20 хв
V. Інтерактивна вправа «Ризики»	20 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	90 хв

I. Привітання. Організаційна вправа «Оплески» (5 хв)

Мета вправи: створити довірливу атмосферу в групі.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам привітати один одного оплесками, учасники дружно аплодують.

II. Актуалізація знань учасників (5 хв)

Тренер пропонує учасникам назвати відомі їм шляхи інфікування ВІЛ та записує відповіді на аркуші фліпчарту.

III. Інтерактивна вправа (25 хв)

«Автограф»

Мета вправи: продемонструвати механізми поширення ВІЛ в громаді, суспільстві.

Хід вправи: тренер роздає кожному з учасників аркуші формату А4, на одному з аркушів заздалегідь поставивши маленьку, ледь помітну позначку, наприклад, крапку (бажано заздалегідь визначити учасника (емоційно найурівноваженішого), якому дістанеться аркуш з позначкою).

Учасники стають в коло, кожен ставить в центрі свого аркуша автограф так, щоб його було видно іншим учасникам.

Тренер оголошує завдання групі: «Зберіть якомога більше автографів ваших колег, рухаючись по кімнаті довільно».

По команді тренера учасники починають збирати автографи. Через кілька хвилин за сигналом тренера всі зупиняються і знову стають в коло.

У ході короткого обговорення тренер підводить учасників до думки, що автографи на аркушах символізують соціальні зв'язки за певний період часу. Наприклад, у молодих людей їх більше, адже вони дуже соціально активні і товариські. Загалом ця вправа відображає процеси, які відбуваються в суспільстві.

Тренер повідомляє: «В групі є одна людина, яка має дуже цікаву особливість (наприклад, заливчастий сміх), і всі люди, які з нею спілкувалися, «переймають» цю особливість. Її аркушик має маленьку позначку».

Тренер просить учасника, якому дістався аркуш з позначкою, підняти руку, потім просить підняти руку тих, у кого є його автограф, а потім — тих, у кого є автограф учасників з піднятою рукою. Таким чином, виявиться, що більшість учасників набули цієї особливості, навіть не знаючи про те.

При обговоренні результатів необхідно провести паралелі із сексуальними стосунками та шляхами поширення ВІЛ, які сприяють розвитку епідемії.

Продовжуючи вправу, тренер пропонує учасникам перерахувати основні шляхи передачі ВІЛ і записує їх на фліпчарті.

Тренер ініціює обговорення кожного із шляхів передачі, спираючись на знання учасників; детальніше обговорюються ситуації, в яких існує ризик передачі ВІЛ.

Результати записують на фліпчарт.

Орієнтовна інформація «Шляхи передачі ВІЛ»

1. Статевий — гетеросексуальний і гомосексуальний (незахищений секс):

- анальний;
- вагінальний;
- оральний;
- сексуальні ігри з проникненням або контактом рідин (сперми, вагінального секрету).

При цьому варто обговорити роль бар'єрних засобів захисту: презервативів (жіночих і чоловічих), латексних серветок.

2. Через кров:

- переливання інфікованої крові або її компонентів;
- використання нестерильних шприців та іншого медичного інструментарію;
- пірсинг; тату; татуаж губ, брів; манікюр, педикюр нестерильними інструментами;
- потрапляння крові, інфікованої ВІЛ, на пошкоджену шкіру або слизові оболонки.

3. Від матері, інфікованої ВІЛ, до дитини:

- внутрішньоутробно під час виношування (у разі пошкодження плаценти);
- під час пологів;
- при вигодовуванні грудним молоком ВІЛ-інфікованої матері.

IV. Інформаційний блок (20 хв)

Шляхи передачі ВІЛ

ВІЛ міститься в біологічних рідинах людини, інфікованої цим вірусом. ВІЛ у людини можна виділити з сім'яної рідини, секрету шийки матки, лімфоцитів, плазми крові, спинно-мозкової і навколоплідної рідин, сліз, слини, сечі і материнського молока, але концентрація вірусу в них різна. Потенційно інфекційними (такими, що містять в собі кількість збудника, достатню для зараження) є сперма, кров, вагінальні виділення і грудне молоко.

Для передачі вірусу потрібні три умови:

1. Наявність ВІЛ у біологічних рідинах, що потрапляють в організм здорової людини.

2. Достатня кількість вірусу.

Ймовірність зараження під час контакту з біологічним матеріалом ВІЛ-інфікованої людини залежить від концентрації вірусу. Так, у крові концентрація вірусу може бути дуже високою, і невелика кількість крові може бути достатньою для інфікування. Інших рідин для передачі вірусу знадобиться набагато більше. Наприклад, у слині концентрація вірусу в 10 000 разів менша, ніж у крові, тому для зараження знадобилося б у 10 000 разів більше слини. Важливо пам'ятати, що **контакт з ВІЛ, навіть у високих концентраціях, не завжди призводить до зараження**. Інфікуванню сприяють запальні захворювання статевих систем, ушкодження цілісності шкіри і слизових оболонок, ослаблення захисних функцій організму (імунітету).

3. ВІЛ має потрапити в кровотік.

Для зараження не достатньо контакту з інфікованою ВІЛ рідиною: неушкоджені шкіра і слизові оболонки не пропускають ВІЛ в організм. Вірус може проникнути в організм тільки через ранки, подряпини, інші пошкодження шкірних покривів і слизових оболонок.

Є лише три шляхи передачі ВІЛ від однієї людини іншій — статевий, через кров (парентеральний) та від ВІЛ-інфікованої матері дитині (перинатальний).

Статевий шлях передачі ВІЛ

ВІЛ поповнив собою список збудників інфекцій, що передаються при незахищених статевих контактах. Статевий шлях — один з основних шляхів інфікування ВІЛ. На сьогодні на частку статевого шляху зараження припадає 90 % всіх випадків зараження ВІЛ у світі (гетеросексуальний незахищений статевий контакт є основною причиною інфікування ВІЛ). Статеві контакти можуть здійснюватися в найрізноманітніших варіантах, причому деякі види статевого спілкування часто, а інші, навпаки — вкрай рідко призводять до зараження. Виділяють контакти високого, помірного та низького ризику.

Високий ризик інфікування:

- при проникаючих видах незахищеного сексу, особливо з еякуляцією, завжди більший ризик інфікування має той партнер, який приймає сперму (далі — «приймаючий партнер»; по аналогії інший партнер — «той, що вводить»);

Помірний ризик інфікування:

- для партнера, що вводить, при проникаючих видах незахищеного сексу;
- для обох партнерів при кунілінгусі (орально-генітальному контакті, від лат. cunnus — зовнішні жіночі статеві органи).

Низький ризик інфікування:

- контакт сперми та вагінальних виділень з шкірою;
- «вологі» (глибокі) поцілунки.

Парентеральний шлях передачі ВІЛ

Передача ВІЛ через кров можлива під час проникнення інфікованого інструменту через шкіру та слизові покриття: при внутрішньовенному введенні наркотиків; переливанні інфікованої ВІЛ крові та її продуктів (наприклад, лімфи), при пересадці інфікованих тканин чи органів; при застосуванні в лікувальних установах забруднених свіжою кров'ю голок, систем для переливання крові, ріжучих інструментів тощо.

Ймовірність передачі ВІЛ з кров'ю залежить від частоти переливань крові та стадії ВІЛ-інфекції у донора, а також об'єму крові, отриманої реципієнтом.

Передача ВІЛ від матері до дитини

Передача ВІЛ від матері до дитини (перинатальне інфікування) може відбутися під час вагітності, при пологах або безпосередньо після них. Загалом ризик передачі ВІЛ від інфікованої матері дитині складає від 25 до 45 відсотків.

Передача ВІЛ під час вагітності

Під час вагітності вірус із кровотоку матері може проникати до плоду через плаценту, яка сполучає матір і плід. Через плаценту плід отримує кисень і поживні речовини з організму матері, але кров матері і дитини не змішується. У нормі плацента захищає плід від збудників різних інфекцій, що можуть міститися в материнській крові, в тому числі і від ВІЛ. Однак, якщо плацента ушкоджена, (наприклад, внаслідок травми живота або інфекційних захворювань), її захисні властивості знижуються, і ВІЛ-інфекція може передатися від матері плоду.

Інфікування під час пологів може відбутися:

- якщо шкіра немовляти має мікротравми (дрібні подряпини, садна), то при контакті з кров'ю і піхвовими виділеннями матері під час проходження пологових шляхів (шийки матки, піхви) вірус може потрапити в організм дитини;
- при проходженні пологових шляхів немовля може заковтувати материнську кров і піхвові виділення, і вірус може потрапити в організм дитини через ще не остаточно сформовану слизову оболонку порожнини рота, стравоходу і шлунку.

Інфікування під час грудного вигодовування може відбутися:

- безпосередньо через молоко, яке, як і будь-яка біологічна рідина, містить ВІЛ;
- через кров, яку дитина може отримати разом з молоком, якщо у матері пошкоджена шкіра навколо соска.

Якщо мати інфікується ВІЛ у період грудного вигодовування, то ризик передачі інфекції дитині зростає на 28 %.

Імовірність передачі ВІЛ цими трьома шляхами не однакова. Так, переливання інфікованої крові або її продуктів майже завжди призводить до розвитку ВІЛ-інфекції — ймовірність інфікування перевищує 90 %.

У медичній літературі є вказівки на ймовірність передачі вірусу від ВІЛ-інфікованої матері до дитини — близько 25–30 %, при одноразовому незахищеному вагінальному статевому контакті, якщо один із партнерів інфікований — 0,1 %, при анальному — 1,0 %. При внутрішньовенному введенні наркотиків з використанням спільного з ВІЛ-інфікованою людиною шприца ймовірність інфікування становить 30 %.

Низький і теоретичний ризик інфікування ВІЛ

ВІЛ міститься практично в усіх біологічних рідинах організму людини, але в різних концентраціях. Найвища концентрація вірусу у крові, трохи нижча — у спермі і вагінальному секреті. Отже, теоретично ВІЛ-інфікування можливе при нанесенні татуювань, проведенні голковколювання, електролітичних процедурах (наприклад, епіляції), голінні. Оральний секс набагато безпечніший, ніж анальний або вагінальний. Зафіксована незначна кількість випадків інфікування ВІЛ через оральний секс, проте не виключено, що ефект «маскується» у випадках, коли мав місце і оральний, і вагінальний або анальний секс, а шляхом передачі інфекції вважають тільки вагінальний або анальний. Немає єдиної думки щодо того, чи міститься вірус в передєякуляторній рідині, але ймовірність передачі ВІЛ через неї все ж таки існує, адже це біологічна рідина.

Інфікування через грудне молоко можливе при грудному вигодовуванні, проте контакт грудного молока з поверхнею шкіри практично безпечний.

Теоретично існує ризик заразитися ВІЛ при уринотерапії (лікуванні сечею), проте не зафіксовано жодного випадку такого способу передачі ВІЛ.

З точки зору тільки вірусологічних даних, поцілунки, здавалося б, можуть бути цілком імовірним способом зараження, адже ВІЛ в невеликій концентрації міститься в слині. Проте епідеміологічні дані не підтверджують ризик інфікування через сухий (побутовий) поцілунок.

V. Інтерактивна вправа (20 хв)

«Ризики»

Мета вправи: закріпити знання про ступені ризику інфікування ВІЛ.

Хід вправи: тренер роздає учасникам картки з зазначеними формами поведінки (хоча б по одній картці кожному), а на підлозі чи стіні розташовує картки, які будуть позначати групи за ступенем ризику зараження ВІЛ: «високий ризик», «середній ризик», «низький ризик», «ризик відсутній».

Приклади форм поведінки, що можуть бути зазначені на картках:

1. утримання від сексу;
2. мастурбація;
3. статевий акт з моногамним неінфікованим партнером;
4. оральний секс з використанням бар'єрних засобів захисту (презерватива, латексної серветки);
5. оральний секс без бар'єрних засобів захисту;
6. вагінальний секс без презерватива;
7. вагінальний секс з презервативом;
8. анальний секс без презерватива;
9. анальний секс з презервативом;
10. укуси комара;
11. користування громадським туалетом;
12. обійми людини, яка живе з ВІЛ;
13. втирання крові без використання латексних рукавичок;
14. втирання крові з використанням латексних рукавичок;
15. потрапляння крові на вашу руку;
16. потрапляння крові на руку з ушкодженою шкірою;
17. пірсинг;
18. нанесення татуювання;
19. спільне використання посуду з людиною, яка живе з ВІЛ;
20. рукостискання з людиною, яка живе з ВІЛ;
21. огляд у стоматолога;
22. спільне використання медичних голок для введення препаратів;
23. грудне вигодовування дитини ВІЛ-інфікованою матір'ю;
24. надання допомоги дитині з кровотечею з носа;
25. догляд за людиною, яка живе з ВІЛ;
26. проживання в одній квартирі з людиною, яка живе з ВІЛ;
27. заняття спортом в одному залі з людьми, які живуть з ВІЛ;
28. випадкове наштрикування на цвях у паркані;
29. відвідування громадської лазні;
30. подорожування в одному купе з людиною, яка живе з ВІЛ.

Запропонуйте учасникам по черзі озвучити форми поведінки, зазначені в отриманих картках, оцінити ступінь ризику, коротко аргументувавши свою думку, і помістити

картку у відповідну групу («високий ризик», «середній ризик», «низький ризик», «ризик відсутній»). Після кожного випадку запитуйте, чи всі учасники згодні з відповіддю колеги. У разі незгоди проведіть коротке обговорення рівня ризику, за необхідності наведіть переконливі аргументи для досягнення єдиної думки і помістіть картку у відповідну групу.

VI. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VII. Підведення підсумків (10 хв)

Підбиваючи підсумки, тренер узагальнює інформацію:

- існує три шляхи передачі ВІЛ: через кров (парентеральний), статевий (незахищений статевий акт) і від ВІЛ-позитивної матері до дитини (перинатальний);
- у суспільстві має місце дуже низький рівень інформованості щодо шляхів передачі вірусу імунодефіциту людини, що сприяє поширенню ВІЛ-інфекції;
- розуміння шляхів передачі дозволяє захистити себе від ВІЛ і позбутися зайвого страху;
- відсутність інформації щодо шляхів передачі ВІЛ породжує безліч міфів;
- в умовах епідемії інформація про шляхи передачі необхідна кожному члену суспільства.

ПЕРЕБІГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ЛІКУВАННЯ

Мета та завдання заняття

Сприяти розумінню ризиків інфікування через формування знань про перебіг ВІЛ-інфекції.

Отримати базові знання про:

- перебіг ВІЛ-інфекції;
- опортуністичні захворювання;
- лікування ВІЛ-інфекції.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття; фліпчарт, фломастери, картки для вправи «ВІЛ-інфекція».

План заняття

I. Привітання. Динамічна вправа «Повтори жест»	10 хв
II. Інформаційний блок Перебіг ВІЛ-інфекції	25 хв
III. Вправа для концентрації уваги «Тридцять три»	10 хв
IV. Інформаційний блок Лікування ВІЛ-інфекції. Антиретровірусна терапія	20 хв
V. Вправа на закріплення здобутих знань «Терези»	10 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	95 хв

I. Привітання. Динамічна вправа (10 хв)

«Повтори жест»

Мета вправи: згуртувати учасників і створити між ними довірливу атмосферу.

Хід вправи: всі учасники стоять у колі; один з них стає в центрі кола, називає своє ім'я і показує властивий йому жест чи рух, використовуючи міміку, звуковий супровід, після чого повертається в загальне коло. Всі учасники намагаються якомога точніше повторити його жест, міміку, інтонацію. Таким чином кожен із учасників демонструє свій жест чи рух.

Коротко узагальніть попередню інформацію (історію епідемії, базові дані про ВІЛ, шляхи інфікування ВІЛ). Зауважте, що отримання знань щодо перебігу захворювання сприятиме кращому розумінню ризиків для здоров'я, пов'язаних з ВІЛ, дасть аргументи для прийняття особистого рішення щодо тестування.

II. Інформаційний блок (25 хв)

Перебіг ВІЛ-інфекції

Останніми роками науковці активно досліджують вірус імунодефіциту людини та захворювання, яке він спричиняє, вивчають можливості «управляти» ним. Позитивні результати цих досліджень стали підставою для того, щоб класифікувати захворювання «ВІЛ-інфекція» як хронічне та таке, що піддається лікуванню, хоча донедавна його зараховували до смертельних. Отже, прогнози щодо якості та тривалості життя інфікованих людей стають оптимістичнішими.

Як і будь-яке інфекційне захворювання, ВІЛ-інфекція розвивається стадіями (має поетапний перебіг). Це важливо знати не лише медичним працівникам, а й людям, які живуть з ВІЛ, фахівцям, які працюють у сфері профілактики, догляду та підтримки, тих, кого торкнулася епідемія.

Існують два основних індикатори (показники) перебігу захворювання:

- рівень CD4-Т-лімфоцитів в 1 мкл крові;
- «вірусне навантаження» (кількість копій генетичного матеріалу ВІЛ в 1 мл крові).

Рівень CD4 у людей індивідуальний і залежить від багатьох чинників — спадкових особливостей імунної системи, рівня стресів у житті людини, віку, наявності супутніх захворювань, стилю життя (наприклад, вживання алкоголю і психоактивних речовин) та інших. У нормі рівень CD4 становить 800—1200 в 1 мкл крові. ВІЛ вражає ці клітини, використовуючи їх для розмноження, тому з часом їх кількість зменшується. Так як CD4 відтворюються в організмі приблизно в однаковій кількості за певний період часу і процес їх вироблення кардинально не посилюється, то при інфікуванні ВІЛ порушується нормальна робота імунної системи. Людям з ВІЛ-інфекцією необхідно регулярно контролювати рівень CD4, адже цей показник є одним з основних для призначення лікування і визначення стадії захворювання. Періодичність контрольних аналізів (імунологічних досліджень) на визначення рівня CD4 та інших показників стану імунної системи зазвичай рекомендує лікар-інфекціоніст СНІД-центру.

Показником «**вірусного навантаження**» є кількість генетичного матеріалу вірусу в крові людини. Аналіз крові на вірусне навантаження дає змогу оцінити ризики для імунної системи і вчасно вжити заходів для зменшення наслідків захворювання, а також оцінити ефективність лікування. Цей аналіз досить дорогий, тому використовують його обмежено.

Основні процеси, що відбуваються в організмі людини, інфікованої ВІЛ, показані на малюнку лініями, що позначають рівні CD4 і вірусного навантаження: з кожним роком прогресування захворювання рівень CD4 падає, а кількість вірусу зростає.

Гостра фаза триває кілька тижнів після зараження і характеризується стрімким розмноженням вірусу; його рівень стає дуже високим. При цьому значно знижується кількість CD4. Це пояснюється тим, що у людей немає вродженого імунітету до ВІЛ, і для того, щоб імунна система розпізнала вірус та відреагувала на нього, потрібен час. Після того, як імунна система починає боротися з вірусом, кількість вірусу знижується, а рівень CD4 підвищується. Гостра фаза у 30—70 % інфікованих ВІЛ може супроводжуватися підвищенням температури тіла, нездужанням, висипом, нудотою, збільшенням лімфовузлів. ВІЛ-інфекція в гострій

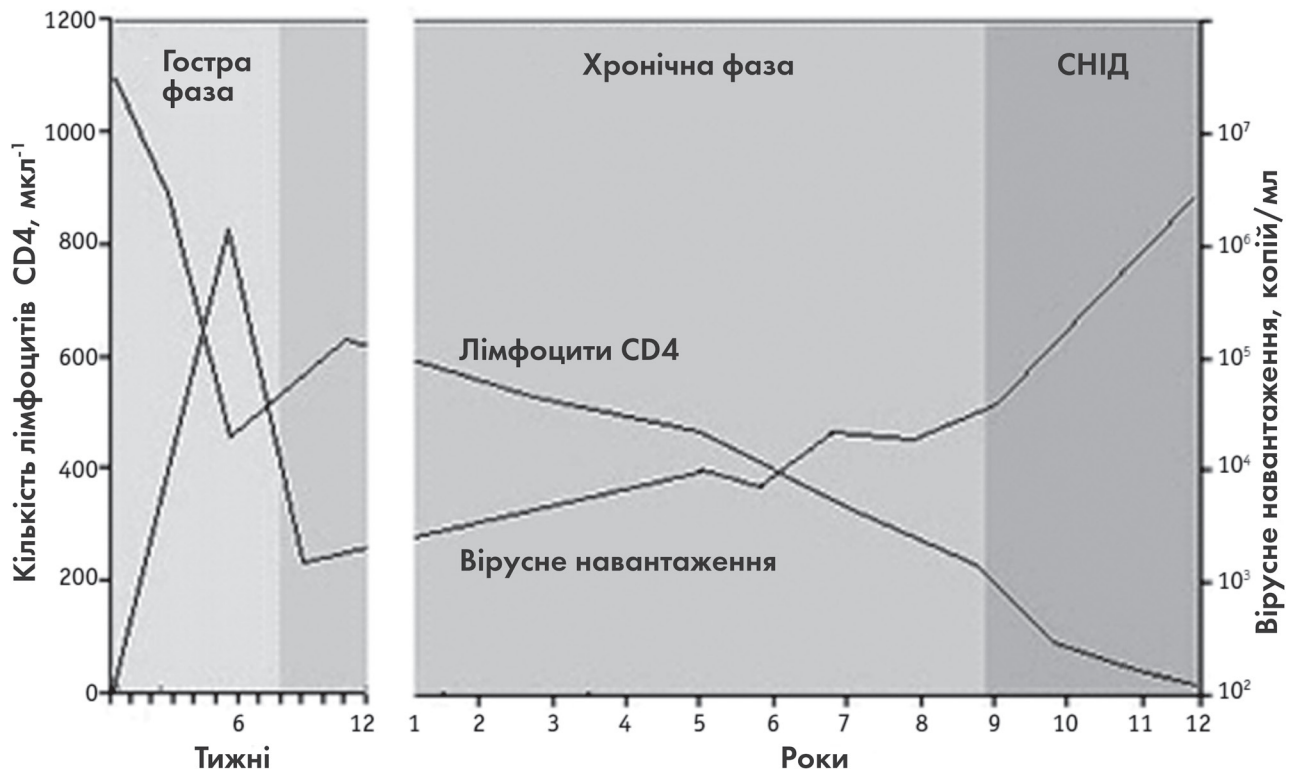


Рис. 2. Природний перебіг ВІЛ-інфекції (без медичних втручань)

стадії у більшості випадків не діагностується, оскільки її прояви зазвичай приписуються іншим захворюванням (наприклад, грипу), а за допомогою аналізів специфічні антитіла до ВІЛ на цій стадії ще не визначаються (так званий «період вікна»).

«Період вікна» — період з моменту інфікування вірусом імунодефіциту людини до вироблення такої кількості антитіл до ВІЛ, яка буде достатньою для визначення за допомогою спеціальних тест-систем.

Хронічна фаза може протікати безсимптомно або з незначними проявами, які не загрожують життю і часто навіть непомітні. У цей період відбувається поступове погіршення стану імунної системи, що врешті-решт призводить до розвитку опортуністичних захворювань та СНІДу.

Опортуністичні захворювання (від англ. opportunity — шанс) — захворювання, які виникають на фоні зниженого імунітету; вони починають розвиватися лише при пошкодженні імунної системи, коли її захисні функції значно знижені.

Поширене уявлення, що до опортуністичних відносяться чи не всі відомі захворювання. Проте, наприклад, гострі респіраторні захворювання до них не відносяться.

Опортуністичні інфекції відрізняються за перебігом та ступенем загрози для життя. Ризик розвитку і важкість опортуністичних інфекцій залежить від кількості CD4-Т-лімфоцитів.

Прикладом опортуністичних інфекцій може слугувати пневмоцистна пневмонія, збудником якої є представник типу найпростіших *Pneumocystis carinii*. Цей збудник широко розповсюджений у навколишньому середовищі, і більшість людей носить його в легенях без негативних наслідків. Але при порушенні роботи імунної системи під впливом ВІЛ ці

найпростіші організми стають смертельно небезпечними. Пневмоцистна пневмонія є показником серйозного ураження імунної системи.

Керуючись показником кількості CD4-Т-лімфоцитів, лікар-інфекціоніст СНІД-центру призначає медикаментозну профілактику опортуністичних інфекцій. Отже, людина, яка живе з ВІЛ, повинна вчасно проходити діагностику.

СНІД є заключною фазою перебігу ВІЛ-інфекції і характерний серйозним ураженням імунної системи. У цей період існує високий ризик виникнення важких опортуністичних захворювань, які можуть призвести до летального результату. Без специфічного лікування (антиретровірусної терапії) середня тривалість життя людини, інфікованої ВІЛ, становить всього 1–3 роки.

Існує кілька класифікацій перебігу ВІЛ-інфекції: класифікація Центру з контролю і профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). В Україні послуговуються класифікацією ВООЗ, згідно якої стадії захворювання відповідають клінічним проявам (захворюванням) на фоні ВІЛ-інфекції. Згідно останнього перегляду ВООЗ, ВІЛ-інфекція включає такі стадії: гостру ВІЛ-інфекцію, хронічну ВІЛ-інфекцію (стадії 1 і 2), розвинену ВІЛ-інфекцію (стадія 3) і СНІД (стадія 4).

III. Вправа для концентрації уваги (10 хв)

«Тридцять три»

Мета вправи: перемкнути увагу учасників на іншу діяльність та допомогти їм зосередитись.

Хід вправи: учасники стають в коло, тренер виконує роль ведучого. В основі вправи є простий арифметичний рахунок (1, 2, 3 і т. д.). Учасники по черзі рахують, називаючи число, але дотримуються однієї умови — числа, які діляться на 3 або мають в своєму написанні 3 (наприклад, 3, 6, 9, 12, 13–31, 32, 33, 34 ...), не називаються, а замінюються сплеском у долоні.

Перед початком гри можна зробити декілька пробних кіл, щоб учасники добре зрозуміли правила. Той учасник, який помилився, вибуває з гри, роблячи крок назад. Гру припиняють, коли в колі залишаться п'ять-шість учасників — їх визнають «найуважнішими». Коли рахунок доходить до великих чисел (наприклад, 50 і далі), то можна починати рахувати спочатку — це допоможе зробити гру не дуже складною та виконувати її швидше.

IV. Інформаційний блок (20 хв)

Анонсує тему, слід наголосити, що для усвідомлення загальних принципів лікування ВІЛ-інфекції необхідне розуміння особливостей вірусу, механізму його розмноження, перебігу ВІЛ-інфекції.

Напишіть на фліпчарті аббревіатури «АРТ», «АРВ-терапія», «ВААРТ», які, можливо, вже відомі учасникам зі спеціальних чи публіцистичних матеріалів, у яких висвітлюється проблема ВІЛ-інфекції. Загалом всі вони означають одне й те ж саме — специфічне лікування (спрямоване безпосередньо на ВІЛ), що призначається при ВІЛ-інфекції, яке має назву «антиретровірусна терапія» (антиретровірусна тому, що ВІЛ належить до родини ретровірусів).

Розшифровують вони так:

- «ВААРТ» — високоактивна антиретровірусна терапія (це скорочення вживається переважно фахівцями);
- «АРТ», «АРВ-терапія» — антиретровірусна терапія (спрощене скорочення, вживається широким загалом).

Лікування ВІЛ-інфекції. Антиретровірусна терапія

Антиретровірусна терапія — це життєво важливе досягнення медицини. Через відсутність правильної інформації про ВІЛ та про саме лікування щодо антиретровірусної терапії існує багато міфів і домислів, проте завдяки новим відкриттям, досвіду лікування ВІЛ вона постійно змінюється і вдосконалюється.

Початок антиретровірусної терапії відносять до періоду 1987–1990 років. В 1985 році були завершені клінічні дослідження першого антиретровірусного препарату — AZT (зидовудину), і з березня 1987 р. його призначали пацієнтам. З AZT пов'язували великі очікування, але використання його протягом перших років було не досить ефективним. Малоефективним виявилось і лікування препаратами, що з'явилися в 1991–1994 роках (зальцітабіном, диданозином і ставудіном). Перші схеми лікування склалися з одного препарату (монотерапія). На той час інші можливості лікування були невідомі, і ефективність лікування намагалися поліпшити шляхом перегляду дозувань і режиму прийому. І хоча певних успіхів у лікуванні опортуністичних інфекцій було досягнуто, смертність від ВІЛ залишалася високою.

У 1995 році європейсько-австралійське дослідження довело, що схема лікування одночасно двома препаратами (бітерапія) значно ефективніша, ніж лікування одним препаратом (монотерапія).

У 1995–1996 роках проводилися дослідження абсолютно нового класу препаратів, які відзначалися іншою точкою дії на вірус, і в результаті були схвалені три нові препарати. До середини 1996 року з'явився третій клас препаратів. Тепер лікарі мали досить великий арсенал препаратів і могли обирати. У багатьох медичних центрах лікування ВІЛ-інфекції АРВ-терапію почали отримувати практично всі люди, що живуть з ВІЛ. У період з 1994 по 1997 роки частка пацієнтів, які отримували лікування, зросла з 2 % до 64 %, і до 1998 року значно знизилася захворюваність опортуністичними інфекціями, а захворюваність на СНІД в Європі знизилася в 10 разів.

З появою АРТ вчені припустили можливість повного знищення вірусу в організмі, але виявилось, що навіть після тривалого впливу препаратів вірус зберігається в деяких клітинах у латентному (прихованому) стані. З часом фахівці змушені були визнати, що повністю знищити ВІЛ в організмі не можна. На сьогодні реальною перспективою для людей, які живуть з ВІЛ, є довічний прийом препаратів. Однак необхідно говорити про можливість лікування від хвороби, яким би утопічним і нереальним не здавалося це припущення, адже і сьогоднішня реальність ще 10 років тому здавалася неможливою.

ВІЛ-інфекція почала розглядатися як хронічне захворювання, яке хоч і невиліковне, але піддається успішному контролю за допомогою довічного прийому препаратів,

які блокують розмноження вірусу, впливаючи на різні етапи його «самовідтворення» в CD4-Т-лімфоцитах.

У назвах класів препаратів «закладені» назви ферментів вірусу, на які вони впливають. На сьогодні відомо 5 груп препаратів, які впливають на вірус і блокують його розмноження на різних етапах.

Препарати I групи (нуклеозидні і нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ)) та II групи (ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ)) впливають на фермент зворотну транскриптазу, блокуючи його дію. Препарати III групи (інгібітори протеази (ІП)) блокують фермент вірусу протеазу, в результаті чого утворені частки не здатні заражати інші клітини. Препарати IV групи (інгібітори проникнення) блокують проникнення вірусу в клітину CD4. Це відносно новий клас препаратів, перший препарат з якого схвалено в 2003 році. Представники V групи препаратів (інгібітори інтегрази) впливають на фермент вірусу інтегразу, в результаті чого вірус не може вбудувати свій генетичний матеріал (провірусну ДНК) в геном клітини-«господаря». Інгібітори інтегрази є найновішим з усіх класів антиретровірусних препаратів (*докладніше про антиретровірусні препарати — у розділі «Медичні аспекти ВІЛ-інфекції»*).

В Україні доступні не всі препарати даних класів, що пов'язано, в першу чергу, з високою вартістю деяких з них. Але існуючий вибір достатній, щоб надавати якісну допомогу людям, які потребують лікування.

Основною метою АРТ є:

- максимальне пригнічення реплікації (розмноження) ВІЛ;
- відновлення функцій імунної системи;
- продовження та поліпшення якості життя людей, які живуть з ВІЛ;
- запобігання розвитку опортуністичних інфекцій;
- зниження ризику передачі ВІЛ.

Нині в Україні високоактивну антиретровірусну терапію призначають інфекціоністи центрів профілактики та боротьби зі СНІДом. На сьогодні лікування для пацієнтів абсолютно безкоштовне, а закупівля препаратів фінансується державою.

Дуже важливим є момент початку антиретровірусного лікування. Вчені та лікарі сходяться в одному — людині, яка живе з ВІЛ, немає потреби приймати лікування на початкових стадіях ВІЛ-інфекції, адже довгий час імунна система самостійно справляється зі своїми функціями.

Рекомендації щодо призначення антиретровірусного лікування викладені в національних протоколах — керівних документах, що визначають порядок диспансерного спостереження та схеми лікування людей, що живуть з ВІЛ. В Україні індикатором початку АРТ є наявність 350 і менше CD4 в мкл крові, але лікар може призначити лікування і раніше (наприклад, якщо у пацієнта є опортуністичні інфекції, які можуть серйозно вплинути на здоров'я). Остаточне рішення про початок АРТ приймає пацієнт — специфічна терапія добровільна.

На сьогодні стандартом лікування є схеми, які складаються з трьох препаратів, що мають різні форми випуску, дозування, графік прийому, поєднуються з різними видами їжі. Мистецтво призначення АРТ полягає в тому, щоб підібрати максимально комфортну

схему препаратів з урахуванням стилю життя пацієнта, його планів на майбутнє, можливих побічних ефектів, дієтичних приписів. Наприклад, деякі препарати не призначають жінкам репродуктивного віку, які бажають народити дитину, через їхній негативний вплив на плід.

Особливістю АРВ-препаратів є необхідність чітко дотримуватися режиму прийому для підтримки оптимальної концентрації препаратів в крові, внаслідок чого ефективно пригнічується розмноження вірусу. Найпоширеніша схема прийому — дворазовий прийом через 12 годин (наприклад, о 8.00 та 20.00). Враховуючи, що препарати приймаються довічно, і не встановлено, як довго люди можуть їх приймати (ймовірно, 40 і більше років), такий чіткий прийом може бути проблематичним. Тому одним з напрямків удосконалення препаратів є розробка зручних для прийому форм, які дозволять знизити кількість таблеток, збільшити час між прийомами та інше.

Як і всі лікарські засоби, препарати АРТ мають побічні ефекти. Деякі можуть виникати на початку прийому (висип, нудота, діарея та ін.), але зазвичай вони швидко зникають. Також побічні ефекти можуть розвиватися внаслідок тривалого прийому АРТ (через кілька років). Іноді це призводить до необхідності заміни одних препаратів іншими. До початку лікування пацієнта інформують про можливі побічні ефекти, обговорюють методи їх подолання, роз'яснюють, як правильно їх відслідковувати, щоб запобігти серйозних наслідків для здоров'я.

З появою АРТ в Україні знизилася смертність від СНІДу і захворюваність на опортуністичні інфекції, що дуже обнадієливо! Люди, які живуть з ВІЛ, повертаються до соціуму — до своїх родин, навчання, роботи, захоплень. Отриманий досвід (більше 20 років) застосування антиретровірусних препаратів вселяє надію на майбутнє. У людей з ВІЛ з'явилася можливість жити!

V. Вправа на закріплення здобутих знань (10 хв)

«Терези»

Мета вправи: закріплення основних знань про особливості антиретровірусного лікування та наочне пояснення принципу призначення лікування.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам візуально зобразити прийняття рішення про початок прийому АРТ. Для цього він на аркуші фліпчарту малює терези і пропонує учасникам перерахувати аргументи «за» і «проти» прийому АРТ.

На одній із шальок намальованих терезів «розмістіть»:

- ризики для здоров'я пацієнта (ризик розвитку важких опортуністичних інфекцій);
- погіршення якості життя (наприклад, втомлюваність, часте виникнення опортуністичних інфекцій, які не загрожують життю, та інші фактори);
- втрата здатності імунної системи до відновлення.

На іншій з шальок мають бути зазначені:

- незручності прийому (погодинний прийом, прийом з дієтичними приписами);

- довічний прийом препаратів;
- побічні ефекти;
- психологічна напруга від тривалого своєчасного прийому препаратів;
- вартість препаратів (хоч цей фактор і менш значущий для пацієнтів, оскільки сьогодні в Україні АРТ оплачує держава).

Варто розуміти, що препарати не безкоштовні: для держави вони обходяться досить дорого, хоч пацієнт за них і не платить. І, наприклад, для країн з обмеженими ресурсами саме фінансові можливості країни впливають на вибір препаратів, їх наявність і рекомендації щодо початку прийому АРТ.

В Україні фінансовий чинник обмежує лікарів у виборі першої схеми лікування — дорогі препарати, які не мають дешевших аналогів, не призначають у стартовій схемі.

Тренер проводить аналогію між ухваленням рішення про початок прийому АРТ і терезами, на шальках яких знаходяться «мінуси» лікування і «мінуси» при його відсутності (ризики для здоров'я). У випадку, якщо «переважають» ризики для здоров'я, рекомендовано починати лікування. Якщо «переважають» «мінуси» від прийому АРТ, у пацієнта є можливість відстрочити лікування.

VI. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VII. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер завершує заняття, коротко узагальнюючи пройдений матеріал:

- ВІЛ-інфекція є хронічним захворюванням і має поетапний перебіг;
- при ВІЛ-інфекції з часом імунна система слабшає, що призводить до розвитку опортуністичних захворювань;
- людям, які живуть з ВІЛ, важливо контролювати стан імунної системи для своєчасної профілактики опортуністичних захворювань і призначення специфічного лікування — АРТ;
- на сьогодні неможливо повністю вилікувати людину від ВІЛ-інфекції, але з допомогою медичних препаратів можливий контроль за перебігом захворювання;
- антиретровірусна терапія дає змогу людям, які живуть з ВІЛ, повернутися до повноцінного життя;
- держава фінансує впровадження АРВ-терапії, вона є доступною та безкоштовною для пацієнтів.

ДІАГНОСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ. ДОБРОВІЛЬНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Мета та завдання заняття

Ознайомити учасників з:

- методами діагностики ВІЛ-інфекції (ІФА, імунний блот, ПЛР, імуно-логічні дослідження);
- алгоритмом і принципами добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- цілями і завданнями добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- з можливими результатами тесту на ВІЛ-інфекцію (ІФА), їх значенням.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття; фліпчарт, фломастери, папір А4.

План заняття

I. Привітання. Динамічна вправа «Хода»	10 хв
II. Інформаційний блок	25 хв
Діагностика ВІЛ-інфекції	
Моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції	
III. Вправа «Секрет»	15 хв
IV. Інформаційний блок	25 хв
Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію	
V. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VI. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	95 хв

I. Привітання. Динамічна вправа (10 хв)

«Хода»

Мета вправи: об'єднати групу, налаштувати на спільну роботу; продемонструвати, що кожна людина — це індивідуальність з величезним потенціалом.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам перейти в один кінець кімнати та оголошує завдання: «Кожен по черзі має перейти в інший кінець кімнати «своєю» ходою, яка не по-

винна повторювати ходу інших учасників. Ви можете рухатися боком, навприсядки, танцюючи — головне, щоб не було повторень!».

Рекомендується заохочувати учасників оплесками.

Тренер коротко актуалізує пройдений матеріал, нагадавши, що на попередніх заняттях розглядалася базова інформація про ВІЛ як збудника та ВІЛ-інфекцію як захворювання, і анонсує розгляд теми, яка актуальна для всіх соціально активних людей — тестування на ВІЛ-інфекцію, звертаючи увагу учасників на те, що тестування на ВІЛ має особливості, котрі важливо знати людям, які прийняли рішення регулярно проходити тест.

II. Інформаційний блок (25 хв)

Діагностика ВІЛ-інфекції

Діагностику, яка проводиться сьогодні, можна умовно об'єднати в дві групи: тести для діагностики ВІЛ-інфекції і тести для «оцінки» впливу ВІЛ на імунну систему.

Діагностика ВІЛ в організмі людини

Для скринінгу (дослідження великих груп населення) на ВІЛ використовуються імуноферментні тест-системи (**метод імуноферментного аналізу — ІФА**).

Мета цього тесту — виявити антитіла до ВІЛ, які з'являються в організмі після того, як ВІЛ потрапляє в організм людини і імунна система починає з ним боротися (основна функція антитіл — ідентифікація та нейтралізація чужорідних об'єктів, наприклад, бактерій і вірусів). Тобто, іншими словами, виявляється не сам вірус, а реакція організму на вірус.

Антитіла до ВІЛ синтезуються незабаром після потрапляння збудника в організм, однак точний час їх появи може залежати від багатьох чинників, в тому числі — від особливостей імунної системи і характеристик вірусу. Саме тому і з'являється «період вікна» — період, протягом якого кількість антитіл ще не достатня для того, щоб їх виявила тест-система. Хоч тест-системи ІФА постійно вдосконалюються, вважається, що «період вікна» становить 3 місяці. Це важлива особливість, так як людина може бути інфікованою і бути джерелом розповсюдження вірусу, але тест-система ІФА покаже негативний результат.

Тест-системи ІФА є «золотим стандартом» при дослідженні на ВІЛ загальної маси населення, так як мають низку переваг: відносно високу чутливість, можливість використання мінімальних обсягів досліджуваних зразків біологічних рідин, простоту проведення реакції, автоматизацію майже всіх етапів ІФА і, що важливо — відносно низьку вартість діагностичних наборів.

Стандартом підтвердження отриманого позитивного результату тестування на ВІЛ-інфекцію методом ІФА є **імунний блот** (імуноблот — ІБ, або Western Blot — WB).

Суть методу імунного блоту полягає у виявленні антитіл до окремих антигенів збудника (антигени є в основному білками вірусу і спричиняють утворення антитіл в організмі).

Проведення ІФА та ІБ вимагає добре оснащених діагностичних лабораторій, які зазвичай є лише у великих містах. Тому для термінового дослідження донорської крові, для обстеження невеликої кількості пацієнтів, перш за все — в екстрених випадках, а також для приватних осіб з метою визначення стану інфікованості ВІЛ доцільно використовувати так звані **швидкі (прості) тести**.

Швидкі (прості) тести для виявлення антитіл до ВІЛ — це діагностичні набори (тест-системи), застосування яких дозволяє отримати результат без використання спеціального обладнання для проведення ІФА. В якості досліджуваного матеріалу можна використовувати зразки цільної крові, сироватки або плазми. На сьогодні діагноз «ВІЛ-інфекція» не ставиться за результатами швидких (простих) тестів, а обов'язково перепереверяється методом ІФА (у разі позитивного результату). Водночас це хороший інструмент для прийняття негайного рішення щодо більш точного тестування, а також можливість протестувати групи, доступ до яких обмежений через їх закритість (споживачі ін'єкційних наркотиків, працівники комерційного сексу).

У деяких випадках, а саме — в серонегативному періоді («періоді вікна»), при тестуванні дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями (такі діти народжуються з антитілами матері, навіть якщо дитина не інфікована ВІЛ (докладніше про це — у розділі «Медичні аспекти ВІЛ-інфекції»)) ефективність визначення ВІЛ за допомогою стандартних методів, перш за все — шляхом виявлення антитіл, недостатньо точна. Впровадження в лабораторну практику **методу полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР)** відкрило нові перспективи в діагностиці ВІЛ. За образним визначенням дослідників, цей метод дозволяє «виявити голку в копиці сіна», а потім відтворити «копицю голок». За допомогою ПЛР можна виявити генетичний матеріал вірусу (РНК або ДНК), вбудований в уражені клітини (лімфоцити), навіть у період відсутності в крові антитіл або за їх кількості, недостатній для виявлення. Основним недоліком методу ПЛР є його надзвичайно висока вартість, саме тому цей аналіз проводиться лише у випадках, прописаних національним протоколом.

Моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції

Людам, які живуть з ВІЛ, необхідно періодично проходити обстеження стану свого здоров'я. Це надзвичайно важливо, тому що дає можливість вчасно призначити АРВ-терапію і здійснити необхідну профілактику опортуністичних інфекцій. Періодичність обстеження залежить від стану здоров'я людини, і її рекомендує лікар інфекціоніст Центру профілактики та боротьби зі СНІДом, де здійснюється нагляд за ВІЛ-інфікованою людиною. Основний аналіз, який проводиться при обстеженні — **імунологічне дослідження (імунограма)** — абсолютна кількість і відсотковий вміст СД4-Т-лімфоцитів в мкл крові. Цей аналіз дає інформацію про те, наскільки «ушкоджена» імунна система, і допомагає оцінити її здатність чинити опір опортуністичним інфекціям. Інший аналіз, доступність якого залежить від фінансових можливостей країни, — **«вірусне навантаження»** (кількість копій вірусу в 1 мл крові) — визначає, наскільки багато вірусу в крові, і дає змогу оцінити ризики для імунної системи. Також показник вірусного навантаження показує успішність АРВ-терапії: якщо вірус не визначається — отже, препарати «працюють» ефективно і пригнічують розмноження вірусу.

III. Вправа для концентрації уваги (15 хв)

«Секрет»

Мета вправи: підготувати учасників до теми «Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію», продемонструвати необхідність дотримуватися принципів конфіденційності в роботі з особистою інформацією клієнтів (вихованців), в даному випадку — з інформацією про ВІЛ-статус.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам сісти в коло і взяти кулькові ручки або олівці. Кожен отримує чистий аркуш паперу формату А4.

Етапи вправи.

а) Тренер: *«У житті кожної людини відбувалися певні події, були якісь вчинки, про які вона не хоче нікому розповідати. Вона ретельно приховує інформацію про це і не хотіла б, щоб про це узнали інші люди — це є її секретом. Пригадайте свій секрет і напишіть його на аркуші».*

б) Тренер пропонує учасникам скласти аркушки вчетверо і передати сусідові справа, зафіксувавши при цьому свої почуття; далі просить усіх віддати «секрети» йому, знову зафіксувавши свої почуття.

в) Тренер ініціює обговорення, використовуючи наступні запитання:

— наскільки вам легко було написати свій секрет? Якщо виникли труднощі, то, як ви гадаєте, з якої причини?

— хто написав не секрет, а щось інше, таке, що не компроментує?

— що ви відчували, коли передавали свої аркушки сусідові справа?

— що ви відчуваєте зараз, коли ваші «секрети» — у тренера?

г) Тренер пропонує учасникам провести аналогію між вправою і розглянутою темою ВІЛ/СНІДу.

Тренер підбиває підсумок вправи: *«Ви мали змогу відчути, як люди ставляться до особистої інформації, особливо якщо вона може викликати осуд інших людей! Схожі почуття виникають і у людей, які живуть з ВІЛ, в ситуаціях, коли вони змушені відкрити свій ВІЛ-статус іншій людині. Ставтеся відповідально до будь-якої інформації, яка стає відомою вам у результаті виконання службових обов'язків!».*

Під час або після обговорення тренер рве аркушки на дрібні клаптки, такі, щоб неможливо було прочитати написане на них. Він запевняє учасників, що особисто знищить обривки так, щоб їх не можна було відновити і прочитати «секрети».

Тренер дякує учасникам за щирість та відвертість.

IV. Інформаційний блок (25 хв)

Добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ)

Перед початком викладення інформації тренер ставить запитання учасникам: *«Хто проходив тест на ВІЛ або знає, як це відбувається?»*, та пропонує учасникам, які мають досвід (якщо такі є), розповісти про процес та зміст консультування, якщо воно проводилося.

Тренер наголошує на тому, що тестування на ВІЛ-інфекцію — дуже відповідальний захід, і всі його складові є винятково важливими.

Основним документом, що регулює надання послуг з ДКТ в Україні, є Порядок добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України № 415 від 19.08.2005 р., який містить чіткі рекомендації щодо принципів, методів та організації добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію.

Добровільне консультування і тестування (ДКТ) — це важливий компонент програм профілактики, здійснення лікування і догляду за людьми, які живуть з ВІЛ. Це більше, ніж просто тест! Аналіз на ВІЛ є, по суті, єдиним аналізом крові, який супроводжується в обов'язковому порядку консультуванням, а не просто повідомленням інформації про суть тесту і його можливий результат, як це відбувається при проходженні багатьох інших аналізів і тестів.

Знання свого ВІЛ-статусу змінює життя людини і є певною віхою, відносно якої людина вимірює своє життя «до» і «після» тесту на ВІЛ. Багато в чому це пов'язано з існуючим ставленням суспільства до людей, які живуть з ВІЛ, ставленням, що базується на незнанні і страху, який проявляється у вигляді відчуження і дискримінації. Тому досі ще так мало людей, які приймають усвідомлене рішення пройти тест на ВІЛ добровільно; більшості людей, які дізналися про свій ВІЛ-статус, було запропоновано пройти тестування в рамках медичних програм: обстеження вагітних жінок, донорів або під час госпіталізації в лікувальний заклад.

Завдання консультантів з ДКТ — медпрацівників, психологів та працівників неурядових організацій (НУО), які проводять консультування до і після тестування на ВІЛ, — провести його так, щоб людина отримала не лише вичерпну інформацію про тест і можливі результати, шляхи передачі та заходи профілактики, але і проаналізувала власну поведінку щодо ризику інфікування ВІЛ, відчула реальну підтримку консультанта і бажання допомогти йому — в такому разі це вплине на рішення людини змінити свою поведінку, а її партнера і членів сім'ї — пройти ДКТ самим.

Метою ДКТ є сприяння поліпшенню якості життя та рівня здоров'я людей шляхом надання інформації, консультативної допомоги та емоційної підтримки для прийняття добровільного та усвідомленого рішення щодо обстеження на ВІЛ, формування подальшої безпечної поведінки задля забезпечення профілактики інфікування ВІЛ, а також отримання людьми, інфікованими ВІЛ, своєчасної медичної допомоги та всебічної підтримки.

Завдання ДКТ: профілактика поширення ВІЛ-інфекції шляхом надання всебічної максимально повної інформації про ВІЛ (шляхи передачі, ризику, особливості захворювання та інше); інформування про процедуру тестування та значення можливих результатів; проведення тестування на ВІЛ; психологічна підтримка; інформування про існуючі служби та організації, які можуть надати допомогу і підтримку.

Принципи надання ДКТ

Добровільність. Тестування на ВІЛ може бути проведено лише після отримання усвідомленої і добровільної згоди людини. В інтересах пацієнта консультування та тестування

може бути запропоновано лікарем при наявності медичних показань, виявлених у процесі діагностики і лікування, а також для своєчасної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Пацієнт може відмовитися від тестування на ВІЛ, так як обстеження може бути рекомендованим, але не є обов'язковим.

Законодавством передбачене обов'язкове тестування на ВІЛ донорської крові, клітин, тканин і органів людини.

За бажанням людини консультування/тестування може бути проведене анонімно, тобто людина не називає своє справжнє ім'я (або використовує вигадане) і не надає жодних документів. Однак, у разі позитивного результату, отримувати медичну допомогу в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом вона може лише під своїм власним ім'ям. Для цього необхідно буде ще раз здати тест на ВІЛ, вже безпосередньо в цьому медичному закладі. Анонімність обстеження, якщо людина обстежується як донор, виключається.

Інформація, отримана під час консультування (в тому числі факт звернення особи за консультуванням, зміст розмови, відомості про особисте життя, контактна інформація, результати тесту та інше) є конфіденційною. Це означає, що ця інформація не може бути передана комусь без письмового дозволу людини. Відповідно до законодавства України, конфіденційна інформація може бути передана тільки законним представникам неповнолітньої чи недієздатної особи, установам охорони здоров'я в тому випадку, якщо це важливо для збереження життя або здоров'я, а також, в окремих випадках, — органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Доступність, достовірність, якість. Поняття доступності включає в себе як фізичну доступність (наявність пунктів ДКТ, інформованість про них населення), так і економічну (законодавчо визначено, що тестування на ВІЛ для всіх має бути безкоштовним). Достовірність і якість забезпечуються шляхом підготовки фахівців для консультування та проведення тесту, вимогами до якості тест-систем, приміщень та інших компонентів ДКТ.

Тестування на ВІЛ

Стандартною процедурою лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції на сьогодні є виявлення антитіл до ВІЛ методом ІФА (про нього описано вище) з подальшим підтвердженням. Матеріалом для визначення антитіл є сироватка або плазма крові.

Позитивний результат аналізу на ВІЛ при тестуванні методом ІФА означає, що в крові наявні антитіла до ВІЛ, що свідчить про інфікування ВІЛ. Згідно стандартів, позитивний результат тестування повинен бути підтверджений як мінімум двічі, щоб уникнути помилок.

Негативний результат тестування на ВІЛ методом ІФА означає, що у момент забору крові антитіла до ВІЛ не були виявлені. Це не означає достовірно, що людина не інфікована ВІЛ зараз (необхідно пам'ятати про «період вікна»).

Невизначений результат тестування на ВІЛ методом ІФА означає, що в даний момент неможливо з упевненістю сказати, інфікована людина чи ні. Вона може бути інфікована недавно і перебувати в «періоді вікна»; можлива наявність у неї хронічних захворювань (наприклад, цукрового діабету, хронічного гепатиту, ревматоїдного артрити); можливо,

людині недавно було зроблено щеплення проти грипу. Наявність невизначеного результату передбачає повторне тестування, в середньому — через 2–3 тижні.

ДКТ включає в себе передтестове (дотестове) консультування і післятестове консультування.

Передтестове консультування може бути індивідуальним і груповим. Завданням індивідуального консультування є надання інформації про ВІЛ/СНІД загалом, оцінка індивідуального ризику інфікування, розробка індивідуального плану зниження ризику та визначення наслідків встановлення ВІЛ-статусу пацієнта. Групове передтестове консультування (інформування) може проводитися в окремих випадках, за згодою пацієнтів (клієнтів): наприклад, при обстеженні донорів, вагітних жінок, в разі великого напливу пацієнтів при обмежених ресурсах установи, а також при недостатній кількості консультантів. Групове консультування не припускає проведення оцінки індивідуального ризику та визначення наслідків з'ясування ВІЛ-статусу для кожного учасника, а спрямоване на інформування про ВІЛ/СНІД, процедуру ДКТ, значення результатів, наслідки знання про свій ВІЛ-статус, висвітлення правових аспектів, можливості отримання медичної та соціальної допомоги. Після групового передтестового консультування кожному бажуючому необхідно надати можливість пройти індивідуальне консультування.

Післятестове консультування може бути тільки індивідуальним і повинно здійснюватися тільки в державних і комунальних установах охорони здоров'я! Відомості про результат тесту на ВІЛ не можуть бути передані в центральні немедичні або неурядові установи та організації, навіть якщо передтестове консультування було проведено в цих закладах. Основне завдання післятестового консультування — повідомити результат тесту на ВІЛ і домогтися усвідомлення отриманої інформації. У разі позитивного результату післятестове консультування може бути кризовим і підтримуючим.

Зміст післятестового консультування багато в чому визначає результат тесту. При позитивному результаті основне його завдання — допомогти впоратися з отриманою інформацією, визначити джерела підтримки, усвідомити необхідність подальшого медичного обстеження, повідомлення результату партнеру, переадресація до інших установ, які надають підтримку та допомогу. При негативному статусі значна увага приділяється обговоренню плану зниження ризику інфікування, визначенню підтримки при необхідності зміни поведінки, повідомлення партнеру про результат і корекції стосунків з ним. При невизначеному статусі основним є обговорення плану на період очікування і визначення кола підтримки.

V. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VI. Підведення підсумків (10 хв)

- Тренер підбиває підсумки заняття, коротко узагальнюючи пройдений матеріал:
- на сьогодні існує можливість встановити факт наявності ВІЛ в організмі і поставити діагноз «ВІЛ-інфекція». ІФА є стандартом для скринінгу населення і виявляє антитіла

до ВІЛ, проте при застосуванні цього методу важливо пам'ятати про «період вікна». На сьогодні рекомендується проходити тест на ВІЛ регулярно;

- наявність різних діагностичних тестів дозволяє достовірно встановити діагноз «ВІЛ-інфекція» (або підтвердити її відсутність) і провести дослідження стану здоров'я пацієнта;
- ДКТ є важливим профілактичним компонентом. Серед його завдань, окрім тестування — інформування про ВІЛ/СНІД, розробка плану безпечної поведінки, підтримка та інше;
- ДКТ базується на принципах добровільності, анонімності, конфіденційності, доступності, достовірності інформації і якості надання послуги;
- на сьогодні тест на ВІЛ є обов'язковим тільки для донорів. Усі інші групи населення, включаючи вагітних, тестуються за їх згодою. Тестування неповнолітніх у віці до 18 років, а також людей, визнаних недієздатними, здійснюється за згодою їх законних представників;
- результат тесту на ВІЛ може бути позитивним, негативним або невизначеним. Важливо пам'ятати, що негативний результат показує лише, що на даний момент антитіла до ВІЛ не виявлені, але, з огляду на період вікна, це не є достовірним свідченням відсутності ВІЛ-інфекції. Більш достовірний результат можна отримати, пройшовши тест через 3 місяці з моменту останнього факту «ризикованої поведінки».

СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЛ/СНІДОМ

Мета та завдання заняття

Через засвоєння поняття стигми та причин її виникнення у суспільстві, а також проявів та механізмами дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДОМ, сформувати у слухачів толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ/СНІД,

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття; фліпчарт, фломастери; додатково — матеріали, необхідні для проведення вправ.

План заняття

I. Привітання. Організаційна вправа «Сонячні усмішки»	5 хв
I. Групова вправа «Історія»	30 хв
II. Вправа «Мітка»	30 хв
III. Інформаційний блок	15 хв
Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІДОМ	
IV. Вправа «Коріння — крона»	20 хв
V. Вправа «Твердження про ВІЛ»	30 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	150 хв

I. Привітання. Організаційна вправа (5 хв)

«Сонячні усмішки»

Мета вправи: згуртувати учасників, створити довірливу атмосферу в групі.

Хід вправи: учасники стоять у колі, тренер пропонує кожному учаснику подарувати товаришам свою усмішку.

II. Групова вправа (30 хв)

«Історія»

Мета вправи: продемонструвати, як інформація про ВІЛ-позитивний статус людини впливає на ставлення до неї інших людей.

Оснащення: зображення людей різного віку (дорослих та (обов'язково) дітей), статі, професії, соціального статусу — 5 наборів по 5–6 карток.

Хід вправи: тренер об'єднує учасників у підгрупи по 4–5 осіб. Кожна підгрупа отримує картки за кількістю учасників із зображеннями різних людей. Одна з карток в кожній групі позначена — цей персонаж умовно вважається ВІЛ-позитивним, однак перед початком вправи тренер про це не повідомляє.

Завдання кожній з підгруп: поєднати всіх персонажів однією історією (вони не обов'язково повинні бути членами однієї родини, організованої групи тощо). Після обговорення кожен учасник від першої особи розповідає всім про свого персонажа, відповідаючи на запитання: «Як мене звати?», «Скільки мені років?», «Який мій сімейний стан?», «У яких родинних або інших стосунках я перебуваю з рештою персонажів?», «Чи є в мене діти?», «Де я працюю?», «Який мій соціальний статус?», «Які я маю захоплення?».

Після цього тренер повідомляє, що на деяких картках є позначки. Відшукавши позначки, учасники з'ясовують, хто з персонажів є ВІЛ-позитивним. Далі учасники у підгрупах заново відтворюють свої лінії поведінки, ґрунтуючись на попередньому сценарії, але вже знаючи, хто з персонажів є ВІЛ-позитивним. Персонажі знову відповідають на ті ж самі запитання.

Запитання для «ВІЛ-негативних» персонажів:

- Чи знаєте ви, що цей персонаж є ВІЛ-позитивним?
- Як ви дізналися про це?
- Що змінилося у вашому житті через те, що він/вона є ВІЛ-позитивним?
- Як змінилося ваше ставлення до цього персонажа?

Запитання для «ВІЛ-позитивних» персонажів:

- Як ви були інфіковані?
- Як ви дізналися про свій ВІЛ-статус?
- Як ви тепер почуваєтеся?
- Що змінилось у вашому житті?
- Як змінилися ваші стосунки з іншими персонажами?

Після ознайомлення з усіма сюжетами тренер проводить обговорення за такими запитаннями:

— Звідки з'явилися ідеї щодо персонажів другого сюжету? Чи можуть такі випадки статися в реальному житті?

— Чи є типовою поведінка персонажів вашої групи у випадку, коли хтось стає ВІЛ-позитивним?

— Чи були у сюжетах випадки стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ? У чому вони проявлялися?

III. Вправа (30 хв)

«Мітка»

Мета вправи: змодельовавши ситуацію, підготувати учасників до сприйняття інформаційного повідомлення про стигму та дискримінацію.

Оснащення: 25 заколок-«невидимок» для волосся, на яких закріплено мітки — бантики, стрічечки тощо (по 6 штук кожного з чотирьох кольорів і одна така, що відрізняється від інших кольором, розміром).

Хід вправи: тренер пропонує учасникам стати в коло обличчям до його центру, наголошуючи на тому, що вправу необхідно виконати, не розмовляючи!

Далі тренер пропонує учасникам на деякий час заплющити очі, і в цей час закріплює мітку на волоссі або на одязі кожного учасника таким чином, щоб, розплющивши очі, жоден учасник не зміг побачити свою мітку. Для того, щоб зняти відчуття страху в учасників, тренер завчасно повідомляє, що на їх одяг (волосся) буде прикріплено деякий предмет. Найзручніше для цього використовувати заколки-«невидимки» для волосся, до яких прикріплено кольорові мітки (наприклад, бантики з тканини чи паперу). Такі мітки легко прикріпити до волосся чи до одягу.

Одному з учасників дістається мітка, яка відрізняється від інших кольором чи розміром.

Тренеру необхідно уважно поставитися до вибору учасника, який отримає «особливу» мітку, враховуючи його особисті якості та стресостійкість.

Після того, як усі учасники отримали мітки, тренер пропонує учасникам відкрити очі та об'єднатися в групи за певною ознакою, нагадавши, що розмовляти під час гри не можна. Тренер спостерігає за процесом об'єднання учасників, відзначаючи випадки, коли когось не приймали в групу (особливо учасника, мітка якого відрізняється від інших), або, навпаки — швидко утворювалась група без видимих спільних ознак.

Після того, як утворились групи за ознакою (зазвичай це колір міток на голові, але іноді учасники об'єднуються і за іншими ознаками — кольором волосся, очей, зростом, іншими ознаками), слід завершити гру та перейти до обговорення.

Тренер пропонує учасникам висловити відчуття, які виникали у них в процесі гри. Бажано, щоб спочатку висловились учасники груп, а наостанок — людина з відмінною від інших міткою або людина, яка залишилась поза групою (якщо така є).

Тренер ініціює обговорення, даючи змогу висловитись усім бажаючим.

Запитання для обговорення:

- Що відбувалось?
- Що ви відчували в процесі гри?
- Як ви зрозуміли, до якої групи вам йти?
- Що ви відчували, знайшовши свою групу?
- Що відчувала людина, опинившись поза групою?
- Що ви відчували до цієї людини?

Якщо один ході гри один з учасників залишився поза групою, тренер може запропонувати групам забрати його до себе, після чого запитує в цього учасника, які в нього виникли почуття після приєднання до групи.

По завершенні вправи учасники аплодують один одному.

IV. Інформаційний блок (15 хв)

Стигма та дискримінація, пов'язані з ВІЛ/СНІДом

Соціальну адаптацію людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, ускладнюють такі суспільні явища, як стигматизація і дискримінація.

У стародавній Греції терміном «стигма» (грец. stigma — тавро, пляма) називали по-значки на тілі, які вказували на 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, та, котрої варто уникати, особливо у публічних місцях. Зараз цей термін дуже поширений, однак зазвичай означає не знак на тілі, а вказує на принизливий (ганебний) статус індивіда як такого.

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 чинить на неї негативний вплив.

Формальніше визначення цього терміну таке: **«Стигма — це дискредитація індивіда через приписування йому соціально негативних рис, характеристик, які сприймаються у певному середовищі як принизливі та спричиняють негативні суб'єктивні переживання».**

Стигма існує щодо багатьох груп населення: людей з фізичними вадами, споживачів ін'єкційних наркотиків, людей, які живуть з ВІЛ, представників інших рас, віросповідань, національностей тощо.

Стигма, асоційована з ВІЛ/СНІДом, має різні прояви: неприйняття та уникання людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом; дискримінацію; примусове тестування на ВІЛ без попередньої згоди та дотримання конфіденційності з подальшим утиском; насильство над людьми, які сприймаються як такі, що живуть з ВІЛ-інфекцією; ізоляцію людей, які живуть з ВІЛ, тощо.

Дискримінація є одним із наслідків стигми, асоційованої з ВІЛ/СНІДом. **Дискримінація** (лат. *discriminatio* — розрізнення) — навмисне обмеження прав частини населення, окремих соціальних груп чи індивідів за певною ознакою (расою, віком, статтю, національністю, релігійними переконаннями, сексуальною орієнтацією, станом здоров'я, видом занять тощо).

На відміну від стигми, при якій негативне ставлення проявляється на рівні думок та висловлювань, дискримінація — це прояв негативного ставлення на рівні дій.

Дискримінація має різні соціальні рівні: політичний (державні структури), соціальний (приватні, громадські організації, установи, інші суспільні установи), індивідуальний/міжособистісний (окремі особи).

Тренер пропонує учасникам навести приклади дискримінації, асоційованої з ВІЛ/СНІДом, за потреби доповнюючи перелік наступними прикладами:

- ізоляція, поміщення в особливі відділення (тюрми, лікарні);
- відмова у догляді, опіці і підтримці;
- відмова у медичній допомозі;
- звільнення з роботи;
- відмова у прийомі до навчальних закладів;
- відмова у послугах установ, підприємств та закладів.

V. Вправа (20 хв)

«Коріння — крона»

Мета вправи: проаналізувати та усвідомити причини і наслідки стигматизації, пов'язаної з ВІЛ.

Оснащення: плакат, на якому намальовано дерево, стікери двох кольорів.

Хід вправи: тренер закріплює на фліпчарті плакат з намальованим деревом, далі об'єднує учасників у дві групи, давши завдання для кожної: перша група виписує причини стигматизації людей, які живуть з ВІЛ, друга — наслідки такої стигматизації. Відповіді фіксуються на стікерах двох кольорів, наприклад: причини — на червоних, наслідки — на зелених.

Після виконання завдання в групах учасники презентують напрацювання, наклеюючи стікери на намальоване дерево: червоні — на коріння, зелені — на крону.

Тренер ініціює обговорення та узагальнює причини та наслідки стигматизації.

Причини виникнення стигми щодо людей, які живуть з ВІЛ

- Страх інфікування ВІЛ, що прирівнюється до страху смерті (страх, спричинений браком знань/інформації) — незнання та нерозуміння суті захворювання, хибні уявлення щодо шляхів передачі інфекції, безвідповідальні повідомлення щодо епідемії ВІЛ-інфекції у медіа.
- Упередженість до вже стигматизованих груп. Зазвичай такі групи, як споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, які мають секс з чоловіками, працівники комерційного сексу та інші зазнають подвійної стигматизації.
- Наявність суспільної норми щодо визначення «негідної» поведінки. Прикладом слугує вживання наркотиків, сексуальна орієнтація (гомосексуальність, бісексуальність), статеві контакти з декількома партнерами тощо.

Дослідження виявили також низку чинників, від яких залежать установки щодо ВІЛ/СНІДу: вік, рівень освіти, наявність особистих стосунків з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІД, знання шляхів передачі та ставлення до сексуальності.

Вплив стигматизації на суспільство

- Стигма і дискримінація негативно впливають на якість життя людей з ВІЛ, спричиняючи соціальну незахищеність, неможливість задовольнити духовні потреби та по-

требу у спілкуванні, забезпечити психічне благополуччя та реалізацію і саморозвиток особистості.

- Сприяє соціальному виключенню людей, які живуть з ВІЛ, обмежуючи їх доступ до загальноприйнятих ресурсів у суспільстві і можливість брати участь у доступних для інших видах діяльності.
- Через страх бути стигматизованими люди, які живуть з ВІЛ, позбавляються можливості проходити обстеження, вчасно розпочати лікування та отримати допомогу у формуванні прихильності до лікування.
- Люди, які живуть з ВІЛ, позбавлені змоги вчасно отримати психологічну допомогу і підтримку.
- Люди, які живуть з ВІЛ, остерігаються повідомляти про свій ВІЛ-статус оточуючим, щоб не піддатися дискримінації.
- Страх бути стигматизованою впливає на намір людини пройти тестування на ВІЛ, що, в першу чергу, впливає на своєчасне виявлення ВІЛ-інфекції у населення і сприяє подальшому розповсюдженню ВІЛ в країні!

VI. Групова вправа (30 хв)

«Твердження про ВІЛ»

Мета вправи: виявити установки учасників щодо питань, які пов'язані з ВІЛ та життям з ВІЛ, формувати толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

Оснащення: картки з написами «Згоден», «Не згоден», «Складно визначитись».

Хід вправи: тренер розташовує в трьох кутах аудиторії картки з написами «Згоден», «Не згоден», «Складно визначитись». Учасники мають зайняти місце під картою, яка відповідає їх позиції щодо тверджень, які зачитуватиме тренер.

Необхідно наголосити, що: «Згоден» і «Не згоден» — це позиції, які не мають виключень, тобто завжди «так» або завжди «ні»; учасники мають відображати свої позиції «на сьогодні, на даний момент»; кожен матиме можливість аргументувати, пояснити свій вибір.

Основне завдання вправи — вислухати аргументи, а не переконати групу опонентів.

Обговорення варто починати з найменш чисельної групи. Ставлячи запитання групам, тренер намагається підвести учасників до думки, що багато острахів щодо ВІЛ — штучні, надумані. Закінчити вправу варто аргументами, що сприяють формуванню толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ.

Орієнтовні твердження для обговорення (з короткими коментарями):

1. Люди, які інфікувались ВІЛ, самі у цьому винні.

Коментар до обговорення: зазвичай учасники відносять до «безневинних» дітей та жінок, а також людей, які інфікувались в медичних закладах. До таких груп, як працівники комерційного сексу, споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, які мають секс з чоловіками, учасники зазвичай демонструють менш терпиме ставлення, аргументуючи тим, що залежність і комерційний секс є добровільним вибором, а секс між чоловіками засуджується як неприродний. Наводьте зустрічні аргументи: «Залежність — це хвороба, і її формування проходить, серед іншого, і під

впливом чинників, які не залежать від людини (наприклад, індивідуальних — спадковості, психічних та психологічних розладів, чи соціокультурних — виховання, оточення); сексуальність також формується в дитинстві і не є добровільним вибором; комерційний секс є наслідком інших соціальних проблем (наприклад, залежності)». Намагайтеся підвести учасників до висновку, що визначати «вину» інших людей — звично, але вкрай некоректно.

2. Діти, які живуть з ВІЛ, мають перебувати в окремих групах в садочках чи окремих класах у школах.

3. Вчитель/вихователь має бути поінформований щодо наявності в його групі дитини з ВІЛ.

Коментар до обговорення 2-го і 3-го тверджень: зазвичай у групі є учасники, які пояснюють необхідність окремих груп/класів як турботу про дітей з ВІЛ. Намагайтеся сфокусувати обговорення навколо пояснень: «В чому саме полягає ця допомога і чи дійсно вихователь/вчитель може допомогти дитині?». Єдина відмінність дітей з ВІЛ — в проти-показанні деяких щеплень, і батьки за бажанням можуть поінформувати медичну сестру про ВІЛ-статус дитини.

4. Для людей, які живуть з ВІЛ, необхідно створювати окремі медичні заклади.

Коментар до обговорення: основне обговорення точиться навколо страхів щодо передачі ВІЛ. Апелюйте до вивченого раніше матеріалу («Шляхи передачі ВІЛ»).

Поінформуйте, що наразі є і вузькоспеціалізовані медичні заклади — центри профілактики та боротьби зі СНІДом. Їх основне призначення — лікування опортуністичних хвороб та проведення АРВ-терапії. З медичної точки зору люди з ВІЛ не потребують окремих медичних закладів, бо не потребують специфічного підходу у лікуванні більшості хвороб.

5. Жінкам з ВІЛ необхідно забороняти народжувати дітей.

Коментар до обговорення: при обговоренні апелюйте до прав людини і можливості народження здорових дітей жінками з ВІЛ. Дієвими є, наприклад, такі запитання: «Чи буде вам комфортно, якщо за вас вирішать, чи виходити вам заміж за вашого обранця? До якого навчального закладу вступати вашій дитині?» тощо.

VII. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VIII. Підведення підсумків (10 хв)

Підбиваючи підсумки, тренер коротко узагальнює інформацію, викладену в занятті:

- стигма і дискримінація — розповсюджене явище, яке негативно впливає на суспільство в цілому;
- люди, які живуть з ВІЛ або асоціюються з ними, підлягають засудженню з боку суспільства;
- визначати «вину» інших людей — звично, але некоректно;
- такі явища, як стигма і дискримінація, сприяють подальшому розповсюдженню ВІЛ в Україні.

ЗАНЯТТЯ 6

ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН: ПРИЧИНИ, ПРОЯВИ ТА НАСЛІДКИ

Мета та завдання заняття

Через розуміння причин виникнення, проявів та наслідків залежності від психоактивних речовин (ПАР) сформувати в учасників толерантне ставлення до людей, які страждають на залежність.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття; фліпчарт, фломастери.

План заняття

I. Привітання. Динамічна вправа «Ланцюжок»	5 хв
II. Вступ до теми. «ВІЛ-інфекція та залежність»	5 хв
III. Вправа «Почуття»	20 хв
IV. Інформаційний блок	20 хв
Залежність від психоактивних речовин	
V. Вправа-обговорення	
«Причини — прояви — наслідки залежності»	30 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	100 хв

I. Привітання. Динамічна вправа (5 хв)

«Ланцюжок»

Мета вправи: згуртувати учасників, створити довірливу атмосферу в групі.

Хід вправи: учасники стоять у колі; тренер пропонує кожному учаснику покласти руку на плече того, хто стоїть праворуч, а лівою рукою — обійняти за талію того, то стоїть ліворуч. Обійнявшись, учасники роблять два кроки праворуч, потім — три кроки ліворуч, підтримуючи один одного.

I. Вступ до теми (5 хв)

ВІЛ-інфекція та залежність

Розглядаючи питання, пов'язані з проблемою ВІЛ-інфекції, неможливо залишити поза увагою інше явище, яке набуло розповсюдження за останні 15–20 років. Це — вживання психоактивних речовин, які змінюють свідомість людини та спричиняють залежність.

Варто пам'ятати, що протягом довгих років розповсюдження ВІЛ відбувалося в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків та їх статевих партнерів. І хоча останніми роками серед нових випадків інфікування збільшилася частка статевого шляху передачі, вживання наркотиків залишається значним фактором, який сприяє погіршенню ситуації з епідемією ВІЛ-інфекції, а також іншими захворюваннями, зараження якими відбувається через кров (наприклад, гепатитом С).

Залежні люди досить часто зазнають осуду у суспільстві та стикаються зі стигмою та дискримінацією, що, з одного боку, призводить до порушення їх прав, а з другого — вимушує їх приховувати факт залежності (а отже — не звертатися своєчасно до лікаря, не отримувати допомогу), тим самим сприяючи розповсюдженню ВІЛ-інфекції.

Тому все нагальніше постає потреба у формуванні в суспільстві і, у першу чергу, серед фахівців, які безпосередньо працюють з залежними, розуміння природи залежності.

II. Групова вправа (20 хв)

«Почуття»

Мета: актуалізувати тему, яка пропонується для розгляду, а також усвідомити свої почуття до залежних.

Вправа може викликати сильні емоційні переживання у деяких учасників, тому їх варто попередити про це перед початком вправи.

Хід вправи: кожен з учасників отримує по три картки формату А5, на кожній картці записує свої почуття відношенню щодо кожної з ситуацій:

1. Ваші почуття, коли ви бачите молоду людину — споживача наркотичних речовин;
2. Ваші почуття, коли ви бачите жінку, яка, на вашу думку, вживає наркотики чи алкоголь;
3. Ваші почуття до дітей, які вживають наркотичні засоби чи алкоголь.

Поки учасники виконують завдання, тренер розташовує на підлозі картки, на яких вказані вищезазначені ситуації, та пропонує кожному учаснику озвучити свої почуття та розташувати заповнені картки біля карток, які описують ситуацію.

Тренер узагальнює отриману інформацію і проводить коротке обговорення, підводячи до того, що проблема залежності досить відома у суспільстві, але ставлення до цієї проблеми у людей різне, іноді — полярно відрізняються, і часто визначальним фактором у ставленні до цієї проблеми є розуміння причин залежності та механізму її виникнення.

III. Інформаційний блок (20 хв)

Залежність від психоактивних речовин

Психоактивними речовинами (ПАР) називають хімічні сполуки, які мають властивість специфічно впливати на мозок людини та її організм в цілому. ПАР містяться в деяких рослинах, можуть входити до складу ліків, напоїв, тощо. Регулярне вживання таких речовин, зловживання викликає залежність від них.

Зловживання ПАР — неадекватне вживання, яке характеризується продовженням їх прийому, попри усвідомлення того, що це обумовлює або загострює постійні чи тимчасові соціальні, виробничі, психологічні або фізичні проблеми, або ж періодичним вживанням, коли це небезпечно для здоров'я.

Залежність — необхідність у вживанні повторюваних доз певної речовини для того, щоб почуватися краще або не почуватися гірше. Стан залежності може призвести до негативних фізичних та поведінкових наслідків, які, в свою чергу, можуть зумовити медичні або соціальні проблеми.

Наркозалежність — захворювання, що виникає на основі особистісної схильності (переважання рис залежної особистості), яке призводить до неконтрольованого вживання хімічних речовин і проявляється у формі патологічної психологічної і фізичної залежності від ПАР.

Відомо, що алкоголізм та наркоманія — хвороби соціальні. Психоактивні речовини — це відомі адаптогени, тобто засоби, які завдяки своїй дії забезпечують адаптацію до умов та вимог життя. Зловживання не з'являється нізвідки — це реакція на життєві проблеми та негаразди. Алкоголь та наркотики використовують як засоби для вирішення проблем, проти монотонної роботи чи одноманітного буття, для релаксації, як джерело насолоди, як супроводження соціальних дій тощо.

Загалом залежність є проявом **адиктивної поведінки** — однієї з форм деструктивної (руйнівної) поведінки, яка полягає у прагненні відійти від реальності, змінивши свій психічний стан шляхом вживання певних речовин або постійну фіксацію на певних предметах чи видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Таке визначення дає змогу глибше усвідомити проблему залежності, адже залежність може бути не лише від наркотиків та алкоголю, а й від комп'ютерних чи азартних ігор, роботи (трудоголізм), стосунків тощо. Важливо зазначити, що людина через ці види діяльності прагне щось змінити в своєму житті (іноді несвідомо) і отримує, як правило, позитивні емоції. У людини, яка вживає якусь психоактивну речовину для досягнення бажаного психологічного стану, з часом засіб, тобто алкоголь або наркотики, перетворюється на мету, і все життя підкорюється непоборному бажанню вжити цю речовину.

У розвитку залежності виділяють окремі стадії вживання ПАР (тривалість часу між початком вживання та формування залежності коливається в широких межах і визначається не тільки індивідуальними особливостями людей, а й різновидом психоактивної речовини, яку вживають):

1. Початок експериментування.

2. Соціальне вживання (наприклад, в певних ситуаціях, які «визначила» для себе людина: після отримання зарплатні, під час зустрічі з друзями, свята, дискотеки тощо).

Більшість залежних можуть пригадати той період, коли вони вважали, що вживання під контролем і наркотики/алкоголь не стануть проблемою.

3. Вживання, що увійшло в звичку.

4. Надмірне вживання.

5. Хвороблива пристрасть (аддикція).

Розрізняють психічну і фізичну залежність від ПАР.

Психічна залежність проявляється в інтенсивному бажанні вживати наркотичні речовини і почутті дискомфорту, якщо це бажання не задовольнилось; у здатності відчувати психічний комфорт лише у стані наркотичного сп'яніння.

Фізична залежність розвивається на тій стадії, коли наркотична речовина стає необхідною для нормальної діяльності організму. Припинення вживання призводить до важкого стану, який називають «синдромом відміни», або абстинентним синдромом («ломкою»). Наступними симптомами можна вважати непереборний потяг до наркотику та здатність переживати фізичний комфорт лише в стані наркотичного сп'яніння.

Отже, залежна людина перебуває у складній ситуації — захворювання диктує суворі вимоги, все складніше стає контролювати поведінку, особисті риси стають на перешкоді до раціональних змін.

IV. Вправа-обговорення (30 хв)

«Причини — прояви — наслідки залежності»

Мета вправи: проаналізувати та усвідомити причини, прояви та наслідки залежності, опираючись на знання та досвід учасників.

Хід вправи: учасники об'єднуються у три групи, кожна з груп отримує завдання — написати на аркуші для фліпчарту:

- причини виникнення залежності (1 група);
- прояви залежності (поведінкові, психологічні тощо) (2 група);
- наслідки залежності для людини (3 група).

Через 15 хвилин кожна з груп презентує напрацювання. Після кожної презентації учасники, а за необхідності — і тренер доповнюють відповіді.

Метою обговорення є якнайширше розкриття питань причин, проявів та наслідків залежності.

Причини виникнення залежності

Можна припустити, що є універсальний механізм формування залежної поведінки. В процесі соціалізації, розвитку людини, формування її набутих та вроджених рис виникають та закріплюються риси майбутньої залежної особистості, яка майже гарантовано почне вживати ПАР або проявлятиме залежні форми поведінки.

Хоча не існує обґрунтованої позиції щодо цього питання, фахівці визначили низку чинників у розвитку людини, які пов'язані з формуванням залежності:

1. Індивідуальні фактори ризику

Передусім, це спадковість. Вважають, що у людей, кровні родичі яких вживали ПАР, є певна схильність до залежної поведінки, вони вразливіші до впливу ПАР, у них швидше формується залежність.

Досвід раннього дитинства (наприклад, розлука з батьками або з одним із них, що сталась в ранньому дитинстві) може призвести до розвитку інфантильності, піддатливості навіюванню, зовнішнім впливам тощо.

Фахівці окреслюють певні риси, які досить часто властиві залежним людям:

- нездатність самостійно приймати рішення;
- готовність дозволяти іншим приймати важливі для них рішення;
- готовність погоджуватися з іншими, боячись бути відкинутими;
- труднощі самостійно розпочинати будь-які справи;
- готовність виконувати принизливі або неприємні дії з метою отримання схвалення, підтримки та любові оточуючих;
- низька толерантність до самотності;
- висока чутливість до критики або несхвалення з боку оточуючих.

Чимало фахівців зазначають, що залежним людям властиві різкі коливання настрою, нестійкість інтересів, переоцінка своїх можливостей, одночасний прояв полярних якостей психіки, таких, як самовпевненість і вразливість, розв'язність і сором'язливість, пестливість і жорстокість, а також підвищена здатність до самоаналізу. Можна з великою ймовірністю припустити, що потенційно залежна особистість, сформована в процесі соціалізації, здатна легко знайти собі в навколишньому світі «підходящий» об'єкт або суб'єкт залежності.

Відомо, що серед наркозалежних чимало людей із психіатричними розладами (близько 25–30 %): порушеннями у вигляді хронічної депресії, невротичних розладів, наслідками перенесених розладів нервової системи, антисоціальною поведінкою особистості та іншими. Часто ці прояви маскуються наркозалежністю і можуть бути діагностовані після того, як людина перестане вживати наркотики.

2. Соціокультурні чинники ризику

Вагомим чинником є середовище, в якому формується особистість: сімейні традиції, економічне становище родини, особливості виховання тощо.

Вибір адиктивної стратегії поведінки зумовлений труднощами в адаптації до проблемних життєвих ситуацій: численних розчарувань, руйнації ідеалів, конфліктів у сім'ї та на роботі, втрати близьких, різкої зміна звичних стереотипів.

Проблеми у родині нерідко штовхають дитину до груп ризику, створюють підґрунтя для її звернення до наркотиків. Серед чинників, які можуть сприяти виникненню залежності, найчастіше виділяють такі: неповна родина, прояв відторгнення, неповаги, байдужості до дитини, висування завищених вимог; побиття та психологічне насилля над дитиною, насилля між батьками, систематичне покарання; нездатність забезпечити розваги дитині; гіперопіка — надмірна увага, постійний нагляд, відмова дитині у самостійності та інші.

У наш час актуальним чинником є сформована (не без допомоги засобів масової інформації, реклами) у підростаючого покоління віра в те, що вони народжені для задоволення.

Одним з чинників, що штовхає до вживання ПАР, є «перепустка» в певну групу, яка є референтною для підлітка, в вузьке коло «обраних» — популярних однолітків.

Прояви залежності

Зазвичай учасники легко виписують зовнішні прояви залежності, адже майже у кожного є знайомий, сусід, вихованець, який вживає ПАР. Це такі ознаки: неохайний зовнішній вигляд, худорлявість, хворобливий колір обличчя, тощо. Також чимало зазначають і поведінкових проявів: брехливість, зацикленість на вживанні ПАР, систематичне крадійство, вчинення протиправних дій, відсутність ідеалів та поваги до оточуючих і близьких, агресивність, часті перепади настрою, здатність маніпулювати оточуючими тощо.

Необхідно підкреслити, що саме ці прояви формують ставлення до залежних з боку оточуючих людей, адже це те, що на видності.

Проведіть коротке обговорення, поставивши запитання: «Якщо залежність — це хвороба, то чим є ці прояви?». В ході обговорення підведіть до того, що ці прояви можна вважати симптомами хвороби. Висловіть думку: «Формувати своє ставлення до залежних, відштовхуючись від симптомів, які є невід’ємною складовою будь-якого захворювання, некоректно. Краще розуміти природу і прояви хвороби та будувати стосунки з залежним, зважаючи на те, що це захворювання має такі «особливості», і люди, які страждають на залежність, просто не можуть поводитися інакше. Адже лікар не дратується, наприклад, через неприємний запах, доглядаючи за післяопераційними хворими.

Наслідки залежності

Зловживання ПАР спричиняє цілу низку проблем:

- втрату соціального статусу (зміну соціального оточення, поступову втрату поваги та визнання у значущому соціальному оточенні);
- погіршення ефективності (погіршення дієздатності, втрату роботи, втрату можливості забезпечити певний рівень достатку тощо);
- втрату здоров’я (хронічні захворювання, інфекції, інтоксикація, ризик інфікуватися ВІЛ, гепатитами);
- конфлікти із законом (кримінальне переслідування, притягнення до відповідальності через адміністративні порушення тощо).

Слід зважати на те, що залежним притаманна деструктивна поведінка: вони знають, що шкодять своєму здоров’ю, ризикують потрапити за ґрати, втратити сім’ю і стабільне життя, але продовжують вживати ПАР і не змінюють своєї поведінки. Іншими словами, споживачі знають, що руйнують своє здоров’я і життя в цілому, але щось змінити вони часто не в змозі.

Після розгляду причин, проявів та наслідків залежності тренер коротко інформує про методи роботи з залежними від ПАР на прикладі методів роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН), зазначивши, що це — надзвичайно широка і значима для суспільства тема.

Методи роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків

Моделі допомоги, орієнтовані на повну відмову від наркотиків

Такі моделі впроваджуються у наркологічних лікарнях, диспансерах або реабілітаційних центрах. У лікарнях переважно використовують фармакотерапію та обмежено психосоціальні заходи, тоді як у реабілітаційних центрах — тільки психосоціальні. Прикладами програм і заходів, спрямованих на повну відмову людини від вживання наркотиків, можуть бути різноманітні реабілітаційні центри та програми духовно-релігійного спрямування, медико-психологічні або соціально-психологічні реабілітаційні програми, програми само- та взаємодопомоги (наприклад, «12 кроків»).

Слід визнати, що повністю відмовитись від наркотиків можуть, за різними даними, всього 5—10 % наркозалежних, значна кількість яких повернеться до вживання протягом 3 років.

Моделі, спрямовані на зменшення шкоди від вживання наркотиків

Беручи до уваги незначний відсоток тих, хто може повністю відмовитись від вживання наркотиків, ці моделі приносять значну користь залежним і суспільству в цілому.

Програми та заходи, спрямовані на зменшення шкоди, є різноманітними, адже вживання наркотиків спричиняє багато проблем. Варто перерахувати наступні:

- забезпечення доступу до дезінфікуючих засобів, чистого ін'єкційного інструментарію та презервативів;
- аутріч-робота («вулична робота»);
- забезпечення доступу до добровільних і конфіденційних послуг охорони здоров'я;
- інформаційно-освітня робота;
- замісна (метадонова) терапія.

Метою цих програм є вирішення широкого кола проблем, які супроводжують вживання наркотиків: профілактика інфікування ВІЛ та гепатитами, зниження рівня злочинності, профілактика передозувань, допомога сім'ям наркозалежних, психологічна підтримка, формування навичок підтримання здоров'я тощо.

V. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

IV. Підведення підсумків (10 хв)

Підбиваючи підсумки, тренер коротко узагальнює інформацію, викладену в занятті:

- залежність — це хвороба, яка має свої причини виникнення та наслідки, тому до залежних необхідно ставитись, як до хворих людей, які потребують допомоги;
- залежність від психоактивних речовин (ПАР) є значною соціальною проблемою, що сприяє розповсюдженню ВІЛ та гепатитів;
- повністю відмовитись від наркотичних засобів може лише незначний відсоток залежних, тому варто будувати систему допомоги, яка б відповідала потребам людей та суспільства. На сьогодні програми зменшення шкоди актуальні для країни та можуть принести значну користь в роботі з наркозалежними.

Література до розділу:

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 33/Міністерство охорони здоров'я України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України», Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України, 2010.
2. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ: в помощь консультанту/РАТН, — К., Друкарня «Стиль SV», 2008.
3. Информационный бюллетень Последние эпидемиологические тенденции. Восточная Европа и Центральная Азия/Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2009.
4. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків/МОЗ України, 2010.
5. Лечени ВИЧ-инфекции 2009/под редакцией Кристиана Хоффмана и Юргена К. Рокштро, М.: Р. Валент, 2010.
6. Люди и ВИЧ. Книга для неравнодушных. 5-е издание/Под ред. Пурик Е. П.,. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. К., 2009.
7. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)/МОЗ України, 2005.
8. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ/СНІДом: методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації/за редакцією Тетяни Семигіної, Школа соціальної роботи ім. В. І. Полтавця Національного університету «Києво-Могилянська Академія», Громадська організація «Соціум — ХХІ», 2006.
9. Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей у системі шкільної та дошкільної освіти: посібник для проведення тренінгу/Міністерство освіти і науки України, Університет менеджменту освіти України, Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», 2010.

Розділ 2

МЕДИЧНІ АСПЕКТИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Статистика свідчить, що кількість дітей, які живуть з ВІЛ-інфекцією в Україні, зростає. Часто такі діти опиняються поза сімейним оточення і потрапляють, перш за все, в заклади для дітей — притулки для дітей, центри соціально-психологічної реабілітації. Іноді персонал закладів виявляється неготовим до надання необхідної допомоги та підтримки дітям з ВІЛ-інфекцією з різних причин — відсутності необхідної фахової підготовки, страху та упередженого ставлення, що мають місце через відсутність, знову ж таки, необхідних знань.

Надзвичайно важлива роль медичних працівників закладів, вихователів у лікуванні дитини, що живе з ВІЛ, формуванні прихильності до лікування — антиретровірусної терапії, яка є єдиним способом продовжити життя та покращити його якість для дітей, що живуть з ВІЛ. В Україні АРВ-терапія ВІЛ-інфекції у дітей почала впроваджуватися лише з 2004 року, і медичні працівники не мають необхідної базової підготовки для її впровадження.

Крім того, знання медичних аспектів ВІЛ-інфекції дасть змогу медичним працівникам закладів подолати власний страх та упередженість щодо цього захворювання, спричинені відсутністю у них необхідних знань, а отже — надавати більш якісну і своєчасну допомогу та підтримку потенційним пацієнтам.

Розділ складається з таких занять:

- 1. ВІЛ-інфекція у дітей.**
- 2. Антиретровірусна терапія (АРТ) при ВІЛ-інфекції у дітей.**
- 3. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини.**
- 4. Харчування дітей з ВІЛ-інфекцією.**
- 5. Перша медична допомога дітям з ВІЛ-інфекцією.**
- 6. Профілактика інфікування ВІЛ на робочому місці.**

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ

Мета та завдання заняття

Сформувати у слухачів загальне уявлення про:

- клінічні прояви ВІЛ-інфекції;
- клініко-лабораторні дослідження, що застосовуються для оцінки функцій імунної системи та попередження ризику прогресування ВІЛ-інфекції;
- показання для призначення АРВ-терапії;
- диспансерний нагляд за дітьми, інфікованими ВІЛ;
- вакцинацію ВІЛ-інфікованих дітей.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття, фліпчарт та папір до нього, аркуші паперу формату А3, маркери, олівці або фломастери.

План заняття

I. Знайомство з групою. Вправа «Презентація себе в образі»	10 хв
II. Визначення очікувань учасників	10 хв
III. Інформаційний блок	40 хв
Клінічні прояви ВІЛ-інфекції у дітей	
Зміна показників лабораторних досліджень при ВІЛ-інфекції у дітей	
Оцінка функції імунної системи і ризику прогресування ВІЛ-інфекції	
IV. Динамічна вправа «Мобілізація внутрішніх сил»	5 хв
V. Інформаційний блок	40 хв
Порядок медичного нагляду за дітьми з ВІЛ-інфекцією	
Основні показання і підготовка до проведення АРВ-терапії	
Клінічне обстеження при диспансерному нагляді	
VI. Вправа «Виступ на задану тему»	20 хв
VII. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VIII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	145 хв

I. Знайомство з групою. Вправа (10 хв)

«Презентація себе в образі»

Мета вправи: знайомство з учасниками та налагодження комунікації.

Хід вправи: слухачам пропонується уявити свій образ у вигляді якогось явища природи. Далі кожен по черзі називає своє ім'я та свій образ (наприклад: «Валя — «Літня спека»), а наступний учасник повторює ім'я та назву образу кожного з попередніх учасників та додає своє.

II. Визначення очікувань учасників (10 хв)

Тренер схематично малює на великому аркуші паперу, закріпленому на стіні, пісочний годинник (можна підготувати малюнок завчасно). Далі тренер пропонує учасникам коротко написати свої очікування від тренінгу на зворотному боці клейких папірців. Кожен учасник наклеює свій папірець у верхній частині намальованого пісочного годинника (аркуш з наклеєними папірцями має зберігатися до кінця заняття).

III. Інформаційний блок (40 хв)

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції у дітей

Основним шляхом інфікування вірусом імунодефіциту (ВІЛ) дітей є інфікування від матерів під час вагітності, пологів або грудного вигодовування.

У 20 % дітей з ВІЛ-інфекцією важке порушення функцій імунної системи розвивається на першому році життя дитини. У 80 % дітей, інфікованих ВІЛ протягом перших років життя, захворювання прогресує повільно, важкі порушення функцій імунної системи розвиваються у віці, старшому від 5 років.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції у кожної дитини в окремо взятий проміжок часу можуть бути різними. Крім того, симптоми, стани і захворювання, характерні для ВІЛ-інфекції, можуть бути і у не інфікованих ВІЛ дітей, тобто вони є неспецифічними. Тому дитині, народженій ВІЛ-інфікованою жінкою, не можна встановити діагноз «ВІЛ-інфекція» на підставі лише клінічних проявів — обов'язково потрібно підтверджувати діагноз лабораторними тестами.

Лімфаденопатія — спостерігається у 90 % дітей, інфікованих ВІЛ. Проявляється збільшенням лімфатичних вузлів (найчастіше — у шийній, потиличній, підщелепній та пахвовій ділянках) до 0,5–1 см; лімфовузли безболісні, не турбують дитину.

Такий стан не пов'язаний з гострим перебігом захворювання, зберігається до 3 міс. і довше.

У неінфікованих дітей ці симптоми теж можуть бути.

Збільшення температури тіла — часто буває при різних вірусних інфекціях. При ВІЛ-інфекції температура тіла, вища від 38 °С, спричинена респіраторними або інфекційними захворюваннями, тримається протягом тривалішого часу (7–8 днів).

Порушення фізичного розвитку проявляється в уповільненні темпів збільшення маси тіла та зросту дитини. Це пов'язано з:

- частими інфекційними захворюваннями;
- підвищеними енергетичними затратами ВІЛ-інфікованої дитини;
- порушенням всмоктування поживних речовин (синдромом порушення кишкового всмоктування) внаслідок перенесених захворювань травного тракту;
- психосоціальними проблемами.

Порушення фізичного розвитку при прогресуванні ВІЛ-інфекції призводить до розвитку синдрому виснаження (вастинг-синдрому).

Прояви синдрому виснаження (вастинг-синдрому):

- характерна втрата більш, ніж 10 % маси тіла;
- хронічні діареї (протягом близько 30 днів);
- підвищення температури тіла.

Збільшення розмірів печінки та селезінки часто спостерігається у дітей з ВІЛ-інфекцією. Виражене збільшення розмірів цих органів може призводити до збільшення розмірів живота дитини. Зазвичай не супроводжується проявами жовтого забарвлення шкіри та склер.

Ураження шкіри і слизових оболонок. При ВІЛ-інфекції у дітей часто бувають грибкові, бактеріальні та вірусні ураження шкіри, дерматити, екземи, папульозні висипки на шкірі.

Ураження слизових оболонок ротової порожнини можуть бути спричинені грибовими і герпетичними інфекціями; часто спостерігається афтозний стоматит.

Хронічний паротит буває у 20 % дітей з ВІЛ-інфекцією. Він проявляється збільшенням (припухлістю) привушних слинних залоз. Не супроводжується підвищенням температури тіла, минає безболісно.

ВІЛ-енцефалопатія розвивається під впливом вірусу імунodefіциту людини на клітини нервової системи. Цей стан характеризується затримкою росту і розвитку мозку; можлива втрата навичок, набутих дитиною.

Ураження центральної нервової системи (ЦНС) спостерігається при інфекціях, у тому числі опортуністичних (пнеumoцистній пневмонії, токсоплазмозі, криптококозі, кандидозі та інших). У дітей більш старшого (передшкільного) віку ВІЛ-енцефалопатія проявляється у порушенні уваги, втраті або різкому уповільненні інтелектуального розвитку.

Пухлини у дітей з ВІЛ-інфекцією трапляються рідше, ніж у дорослих. У дітей старшого віку і підлітків можуть спостерігатися лімфоми та лімфосаркоми. Саркома Капоші практично не спостерігається.

Зміна показників лабораторних досліджень при ВІЛ-інфекції у дітей

Анемія (зниження рівня гемоглобіну і кількості еритроцитів у крові) буває у 16–94 % дітей з ВІЛ-інфекцією. Часто важкість анемії прямо пропорційна стадії захворювання та важкості порушення імунітету. Знижений рівень вмісту гемоглобіну (менш ніж на 80 г/л) протягом 30 днів є ознакою прогресування захворювання.

Лейкопенія — це зниження числа лейкоцитів крові. Рівень лейкоцитів, менший, ніж 3 тис. у 1 мкл крові, спостерігається у 26–38 % дітей з ВІЛ-інфекцією.

Нейтропенія — це зменшення числа нейтрофілів. Кількість нейтрофільних гранулоцитів, менша, ніж 1 тис. у 1 мкл крові, спостерігається у 43 % дітей з ВІЛ-інфекцією, які не отримують специфічного лікування.

Лімфопенія — це зменшення кількості лімфоцитів крові, характерне для дітей у стадії СНІДу.

Тромбоцитопенія — це зниження рівня кількості тромбоцитів нижче 150 тис./мкл, що супроводжується кровотечею. При зниженні рівня кількості тромбоцитів нижче, ніж 100 тис./мкл крові виникають ускладнення з зупинкою кровотечі. Тромбоцитопенія може бути однією з ранніх ознак ВІЛ-інфекції у дітей.

Оцінка функції імунної системи і ризику прогресування ВІЛ-інфекції

Ступінь порушення функції імунної системи хворого на ВІЛ-інфекцію можна визначити на підставі підрахунку кількості CD4-Т-лімфоцитів (**докладніше про це — у розділі «Загальні відомості про ВІЛ-інфекцію»**). Як відомо, клітини, що несуть на своїй поверхні CD4-рецептори, є основними «мішенями» для вірусу імунодефіциту в організмі людини. Тому за їх кількістю оцінюють функціональний стан імунної системи людини при ВІЛ-інфекції. У медичній практиці використовують підрахунок абсолютної кількості CD4-Т-лімфоцитів та їх відсотковий вміст серед всіх лімфоцитів крові (**лімфоцити — один з видів білих кров'яних тілець**). Зниження функції імунної системи позначають терміном «імуносупресія».

При прогресуванні ВІЛ-інфекції відбувається зниження кількості CD4-Т-лімфоцитів. Ступінь порушення функції імунної системи (ступінь імуносупресії) визначає ймовірність розвитку тих чи інших проявів ВІЛ-інфекції. Імуносупресія може бути помірно вираженою або важкого ступеня.

Нормальні показники кількості CD4-Т-лімфоцитів у дітей відрізняються від таких показників у дорослих, що спричинено особливостями дитячого організму. Крім того, ці показники змінюються з віком.

Класифікація імуносупресії у дітей (ВООЗ, 2006 р.)

Стадія імуносупресії, що асоціюється з ВІЛ-інфекцією	Значення CD4 залежно від віку			
	< 11 міс. (%)	12–35 міс. (%)	36–59 міс. (%)	≥ 5 років (в 1 мкл)
Немає/незначна	> 35	> 30	> 25	> 500
Помірна	30–35	25–30	20–25	350–499
Важка	25–30	20–25	5–20	200–349
Дуже важка	< 25	< 20	< 15	< 200, або < 15%

Вірусне навантаження — це кількість копій генетичного матеріалу вірусу в 1 мл плазми крові. Цей показник характеризує швидкість, з якою відбувається відтворення (реплікація) ВІЛ в організмі хворого. Показники вірусного навантаження у дітей зазвичай дуже високі, особливо на першому році життя, і не повністю відповідають швидкості прогресування хвороби.

Вірусне навантаження, менше, ніж 50 копій в 1 мл плазми крові, при використанні сучасних методик оцінюють як дуже низьке і невизначуване. Вірусне навантаження від 50 до 500 копій в 1 мл крові оцінюється як низьке, від 500 до 5000 копій — середнє, від 5000 до 30 000 в 1 мл — високе, понад 30 000 в 1 мл — дуже високе. У дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, протягом перших двох років життя зазвичай спостерігається дуже високе вірусне навантаження.

Одночасне визначення кількості CD4-Т-лімфоцитів і вірусного навантаження та оцінка змін цих показників в динаміці дозволяє найбільш точно прогнозувати перебіг і результат ВІЛ-інфекції у дітей.

IV. Динамічна вправа (5 хв)

«Мобілізація внутрішніх сил»

Мета вправи: релаксація і мобілізація уваги учасників.

Хід вправи: учасники протягом 5 хвилин рухаються по колу один за одним, роблячи масаж потиличної зони тому, хто стоїть попереду; далі всі одночасно виконують поворот на 180 через ліве (чи праве) плече і продовжують вправу, рухаючись у зворотному напрямку.

V. Інформаційний блок (40 хв)

Порядок медичного нагляду за дітьми з ВІЛ-інфекцією

Основними завданнями медичного нагляду за дітьми з ВІЛ-інфекцією є:

- своєчасне виявлення ознак прогресування ВІЛ-інфекції;
- надання лікувальної допомоги, лікування і профілактика опортуністичних інфекцій;
- виявлення дітей, які потребують АРВ-терапії;
- підготовка і адаптація сім'ї або осіб, під чиєю опікою знаходиться дитина, до проведення АРВ-терапії;
- проведення АРВ-терапії, контроль за її ефективністю і побічними ефектами АРВ-препаратів;
- психологічна підтримка, допомога в соціальній адаптації і психологічне консультування дітей, інфікованих ВІЛ, та їх оточення.

Основними принципами медичного нагляду за дітьми з ВІЛ-інфекцією є:

- **добровільність** — диспансерний нагляд здійснюється на добровільних засадах;

— **конфіденційність** — право пацієнта (його рідних) зберігати таємницю діагнозу (нерозголошення інформації про ВІЛ-статус, зведення до мінімуму кількості людей, які обізнані про факт інфікування);

— **доступність** — максимальна наближеність всіх видів медичної допомоги до дитини;

— **багатопрофільність** — широкий діапазон медичної допомоги.

На I і II стадіях (за класифікацією ВООЗ) хвороби дітей, інфікованих ВІЛ, оглядає лікар і команда фахівців (мультидисциплінарна команда), яка здійснює медичний нагляд за ними один раз на три місяці. У здійсненні медичного нагляду дуже важливий командний підхід. В команду, окрім лікаря, який наглядає за дитиною, входять медична сестра, соціальний працівник; за необхідності до складу мультидисциплінарної команди включаються психолог, педагог, інші фахівці.

Лікар здійснює огляд дитини, призначає дослідження, необхідні для контролю стану організму дитини, а також стану її імунної системи (кількості CD4-Т-лімфоцитів).

Медична сестра проводить вимірювання антропометричних показників — маси тіла, зросту, околу голови (у дітей до 2 років), вносить ці дані до медичної карти дитини в абсолютних числах і у вигляді точок на графіках. На підставі кривих фізичного розвитку (за центильною шкалою) оцінюється динаміка фізичного розвитку; його гармонійність оцінюють за співвідношенням маси тіла і зросту.

Лікар або **медична сестра** (можливо, за участю **соціального працівника**) оцінюють раціон харчування дитини. При виявленні ознак недостатнього харчування з'ясовують його причини; вони можуть бути як медичними, так і соціальними.

Медична сестра або **соціальний працівник** можуть відвідати сім'ю для уточнення відомостей про житлово-побутові умови сім'ї, рівень гігієни. Ці дані вносяться в медичну карту дитини; вони важливі при ухваленні рішення про початок АРВ-терапії. Якщо під час візиту до лікаря або при відвідуванні вдома були виявлені недоліки, що стосуються режиму харчування дитини, дотримання гігієнічних норм, умов зберігання харчових продуктів або догляду за дитиною, медична сестра або соціальний працівник повинні запропонувати кроки щодо їх усунення.

Соціальний працівник, психолог або **педагог** оцінюють потребу дитини або її сім'ї в психологічній допомозі і підтримці.

Основні показання і підготовка до проведення АРВ-терапії

АРВ-терапію починають дітям з підтвердженим діагнозом «ВІЛ-інфекція»:

- за наявності проявів III стадії хвороби (за класифікацією ВООЗ) — незалежно від стану імунної системи;
- на будь-якій стадії ВІЛ-інфекції при зниженні відносної кількості CD4-Т-лімфоцитів до рівня, менш, ніж 15–20 %.

Неможливість точного визначення рівня CD4-Т-лімфоцитів дуже ускладнює ухвалення рішення про початок терапії. Якщо у дитини спостерігається гострий перебіг опортуністичної інфекції або є інші серйозні захворювання, то, в першу чергу, необхідно провести лікування цих хвороб, і лише після цього розпочинати АРВ-терапію. Для отримання точ-

них результатів рівень CD4-Т-лімфоцитів рекомендують визначати після зникнення ознак гострого інфекційного захворювання.

Обстеження перед початком АРВ-терапії (не раніше, ніж за 5–7 днів) включає:

- оцінку фізичного розвитку дитини;
- оцінку нервово-психічного розвитку;
- повну оцінку стану організму дитини з використанням різних лабораторних та інструментальних досліджень.

В медичну карту вносять дані про перенесені опортуністичні інфекції, захворювання, на які дитина хворіла або час хворіє зараз. Особливу увагу варто приділити інформації про можливі контакти з хворими на інфекційні захворювання і туберкульоз.

При призначенні дитині АРВ-препаратів лікарю важливо знати, які з них мати приймала для профілактики передачі ВІЛ дитині під час вагітності і пологів. Якщо мати приймала АРВ-препарати, а передача вірусу дитині все ж таки відбулася, то існує ймовірність, що дитина інфікована резистентним (стійким) до цих препаратів штамом вірусу.

Призначаючи антиретровірусні препарати, лікар повинен враховувати, які ліки дитина приймає у зв'язку з іншими захворюваннями. Ця інформація важлива для виключення можливості взаємного посилення несприятливих дій на організм або зниження ефективності препаратів.

Лікар повинен оцінити можливість дитини приймати ті або інші лікарські форми — таблетки, капсули, порошки, сиропи тощо. За необхідності перед початком лікування дитини її слід навчити приймати таблетки або капсули, не розжовуючи їх.

Батьків або осіб, під чією опікою знаходиться дитина, необхідно підготувати до початку АРВ-терапії. Це дуже важливо, оскільки пропускання часу прийому ліків, недотримання режиму прийому, зниження їх дози (недотримання прихильності до лікування) призводить до розвитку резистентності вірусу до препаратів, неефективності лікування, що спричиняє погіршення стану дитини. При розвитку резистентності до одного з АРВ-препаратів може знизитися чутливість ВІЛ до деяких або всіх препаратів цієї групи, що значною мірою обмежить можливість вибору чи погіршить ефективність подальших схем лікування.

Клінічне обстеження при диспансерному нагляді

Клінічне обстеження дітей, народжених жінками, інфікованими ВІЛ, до уточнення їхнього ВІЛ-статусу здійснюється в перший місяць життя кожні два тижні; далі протягом першого року життя — щомісяця; після 12 місяців і до уточнення ВІЛ-статусу — один раз на 2–3 місяці.

Під час кожного обстеження дитину оглядає лікар-педіатр, вимірюються антропометричні показники — маса тіла і зріст дитини; дітям віком до 2-х років також вимірюють обхват голови. На підставі отриманих результатів антропометричних вимірів в історії розвитку дитини слід будувати криві маси тіла, зросту та обхвату голови.

Під час кожного клінічного обстеження необхідно оцінювати нервово-психічний розвиток дитини (у дітей перших 3-х років життя — відповідно до таблиць розвитку моторних і психічних навичок).

Під час кожного огляду лікар відмічає в медичній документації:

- розміри лімфатичних вузлів;
- розміри привушних слинних залоз;
- розміри печінки та селезінки;
- стан шкіри і слизових оболонок;
- стан дихальної, серцево-судинної, травної, центральної нервової систем.

У медичній документації слід відмічати перенесені захворювання, підвищення температури тіла, епізоди блювоти, розрідження випорожнень, підвищеної кровоточності, що були в дитини в період між оглядами.

Необхідно також здійснювати такі лабораторні обстеження:

- розгорнутий клінічний аналіз крові (1 раз на 1–3 місяці);
- визначення ступеня імуносупресії (в 1 і 4 місяці, потім до уточнення ВІЛ-статусу — кожні 3–6 місяців (за наявності клінічних показань);
- визначення рівня імуноглобулінів (1 раз на 6 місяців);
- АлАТ/АсАТ, тимолову проба (1 раз на 3–6 місяців);
- рентгенографію органів грудної клітки (за показаннями);
- нейросонографію (1 раз на 6 місяців);
- тести для уточнення ВІЛ-статусу дитини (поліланцюгова реакція (ПЛР) ДНК ВІЛ — у віці до 15–18 місяців). Якщо дитина отримувала грудне вигодовування, то через 6 місяців після припинення грудного вигодовування (у віці 15–18 місяців і більше) проводяться серологічні тести.

(Докладніше про уточнення ВІЛ-статусу дитини йдеться в занятті 3 «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»).

Ведення включає здійснення вакцинації відповідно до календаря щеплень для дітей, інфікованих ВІЛ, профілактику пневмоцистної пневмонії у віці від 4–6 тижнів до 1 року або до виключення ВІЛ-інфекції (якщо діагноз уточнений у віці до 1 року), скринінг туберкульозу (реакція Манту в 1 рік — за показниками), консультування осіб, під опікою яких знаходиться дитина, щодо харчування, догляду, неспецифічної профілактики опортуністичних інфекцій.

VI. Закріплення здобутих знань. Вправа (20 хв)

«Виступ на задану тему»

Мета вправи: закріпити та систематизувати вивчене; проаналізувати, як отримані знання будуть застосовуватися в реальному житті.

Хід вправи: усі учасники об'єднуються у три міні-групи. Кожна міні-група отримує завдання: підготувати короткий виступ на задану тему.

Тема 1: «Клінічні прояви ВІЛ-інфекції у дітей».

Тема 2: «Клініко-лабораторні дослідження для оцінки функції імунної системи і ризику прогресування ВІЛ-інфекції».

Тема 3: «Диспансерний нагляд за дітьми, інфікованими ВІЛ. Показання для призначення АРВ-терапії».

Протягом 10 хвилин учасники в міні-групах готують короткі виступи на задану тему, записуючи основні ідеї, план виступу, замальовуючи необхідні схеми чи ілюстрації до виступу на аркуші паперу. Представники від кожної з міні-груп по черзі презентують усім виступи, підготовлені своєю групою.

Після презентації усім учасникам пропонується висловити доповнення, зауваження, коментарі.

VII. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VIII. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер пропонує кожному з учасників підійти до «пісочного годинника» з наклеєними на ньому папірцями-«очікуваннями» та, відшукавши свій папірець, оцінити, наскільки виправдалися його очікування від заняття, пройшовши крізь «пісочний годинник».

Оцінки учасників можна відмічати на намальованій на аркуші паперу шкалі.

Далі тренер підбиває підсумок усього заняття, повідомляє тему та орієнтовний час проведення наступного заняття, дякує групі за активну роботу.

ЗАНЯТТЯ 2

АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ (АРТ) ПРИ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

Мета та завдання заняття

Сформувати в учасників загальні уявлення про:

- механізми дії груп АРВ-препаратів;
- принципи контролю за ефективністю АРВ-терапії;
- поняття резистентності до ліків;
- можливі ускладнення АРВ-терапії;
- поняття «прихильність до АРТ».

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття, фліпчарт, маркери, стікери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Сьогодні чудовий день»	5 хв
II. Інформаційне повідомлення	45 хв
Антиретровірусна терапія (АРТ)	
АРВ-препарати	
Контроль за ефективністю лікування	
III. Динамічна вправа «Поміняйся місцями»	10 хв
IV. Інформаційне повідомлення	45 хв
Контроль за безпекою лікування	
Прихильність до антиретровірусного лікування	
V. Динамічна вправа «Розслаблюємо м'язи»	10 хв
VI. Вправа «Консультавання щодо прихильності до АРТ»	45 хв
VII. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VIII. Підведення підсумків. Анкетування	15 хв
Загальна тривалість заняття	185 хв

I. Привітання. Вправа (5 хв)

«Сьогодні чудовий день»

Мета вправи: створити позитивний настрій у групі.

Хід вправи: тренер вітається з учасниками, робить необхідні організаційні повідомлення. Далі тренер пропонує учасникам тренінгу продовжити фразу, звертаючись до кожного з членів групи: «Здрастуйте, (ім'я), сьогодні чудовий день, тому що ...».

II. Інформаційне повідомлення (45 хв)

Антиретровірусна терапія (АРТ)

ВІЛ-інфекція — тривала інфекційна хвороба, що розвивається внаслідок інфікування вірусом імунодефіциту людини (далі — ВІЛ) та характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини.

Антиретровірусна терапія, або АРТ (фахівці частіше вживають термін «високоактивна антиретровірусна терапія», або ВААРТ) є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги дитині, інфікованій ВІЛ, оскільки ефективна АРТ призводить до суттєвого зниження захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації (розмноження) вірусу імунодефіциту людини, відновлення функції імунної системи (кількості CD4-Т-лімфоцитів), подовження та підвищення якості життя дитини, інфікованої ВІЛ, попередження розвитку СНІД-асоційованих захворювань та передачі ВІЛ.

АРВ-терапія не знищує ВІЛ і не видаляє його з організму, а лише перешкоджає його розмноженню (реплікації); діти, інфіковані ВІЛ, повинні приймати АРВ-препарати протягом усього життя.

Довічний прийом АРВ-препаратів перетворює ВІЛ-інфекцію з прогресуючої невиліковної смертельної хвороби в хронічне захворювання.

АРВ-препарати за їх дією умовно можна поділити на 5 основних груп:

- 1) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (НІЗТ);
- 2) нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (ННІЗТ);
- 3) інгібітори протеази (ІП);
- 4) інгібітори фузії (ІФ);
- 5) інгібітори інтегрази (ІІ).

Препарати першої і другої груп пригнічують дію ферменту зворотної транскриптази, що унеможлиблює перетворення РНК вірусу в провірусну ДНК.

Препаратами групи нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (НІЗТ) є абакавір (ABC), діданозин (ddI), зидовудін (ZDV), ламівудин (ЗТС), ставудін (d4Т) та інші.

Препаратами групи нуклеозидних інгібіторів зворотної транскриптази (ННІОТ) є невірапін (NVP) та ефавіренз (EFV).

Інгібітори протеази (ІП) блокують дію ферменту, який бере участь у формуванні зрілого віріона та розщеплює протеїновий ланцюг на окремі білки. Інгібітори протеази, блокуючи фермент, перешкоджають розділенню специфічних білків, що призводить до утворення дефектних вірусів, нездатних інфікувати нові клітини. Активність інгібіторів протеази проти ВІЛ найвища, стійкість вірусу до них розвивається поступово. До групи ІП відносяться нельфінавір (NFV), саквінавір (SQV), лопінавір/рітонавір (LPV/г) та інші. Препарати перших трьох груп зареєстровані в Україні.

Група інгібіторів фузії (ІФ), представником якої є енфувіртід (Т-20), почала використовуватися для лікування хворих у 2003 році. Дія препарату полягає у запобіганні злиттю оболонки вірусу та мембрани клітини-хазяїна. Недоліками енфувіртиду є висока вартість та ін'єкційний шлях введення. Препарат не зареєстрований в Україні.

Проходять перевірку і нові препарати, які запобігають входу вірусу в клітину — це інгібітори приєднання.

Остання група препаратів — інгібітори інтеграції — застосовується в окремих країнах у схемах АРТ з жовтня 2007 р. для лікування ВІЛ-інфікованих дорослих з множинною резистентністю до традиційних комбінацій ліків. Механізм дії цієї групи препаратів пов'язаний із блокуванням можливості включення подвійної спіралі провірусної ДНК з геномом клітини-хазяїна.

Антиретровірусну терапію призначають тоді, коли у дитини з'являються клінічні та лабораторні ознаки, що вказують на необхідність лікування.

АРТ не є невідкладною допомогою, тому перед початком АРТ необхідно вилікувати усі гострі інфекції.

Необхідність призначення АРТ визначає лікар-фахівець з питань ВІЛ-інфекції на підставі результатів ретельного обстеження пацієнта та оцінки динаміки клінічних проявів захворювання, рівня CD-4-лімфоцитів і, у деяких випадках, — з урахуванням вірусного навантаження.

До того, як призначити АРТ, батькам чи опікунам дитини (тобто особам, які безпосередньо будуть забезпечувати дотримання режиму прийому препаратів дитиною, або прихильність до терапії) необхідно пройти відповідну підготовку. Таку підготовку мають забезпечити медичні та соціальні працівники, які приймають рішення про призначення АРТ.

Після початку антиретровірусної терапії постійна прихильність до лікування життєво необхідна.

Схеми лікування — це поєднання декількох АРВ-препаратів, рекомендовані до застосування і призначені фахівцями. Схеми АРВ-терапії, як і показання до початку лікування, регламентовані національним клінічним протоколом. Національні протоколи лікування розробляють на підставі рекомендацій ВООЗ, в яких відображений величезний міжнародний досвід, а також враховуються можливості держави закуповувати певні препарати.

Досвід щодо застосування АРВ-терапії і доступність ліків швидко змінюються, тому протоколи лікування повинні регулярно поновлюватися.

При виборі першої (стартової) схеми АРВ-терапії у дітей потрібно враховувати:

- доступність окремих препаратів;
- можливість їх комбінації між собою;
- здатність дітей приймати ті або інші лікарські форми;
- схему проведеної профілактики передачі ВІЛ від матері дитині;
- захворювання, показники лабораторних досліджень дитини, інші препарати, які приймає дитина.

Перед призначенням АРТ лікар аналізує можливу взаємодію вибраних АРВ-препаратів з лікарськими засобами, які приймає пацієнт у зв'язку з іншими захворюваннями, оцінює можливість їх поєднання, щоб виключити ймовірність посилення токсичних ефектів або зниження ефективності АРВ-терапії.

Всі вказівки з АРВ-терапії повинні бути представлені батькам (опікунам) дитини письмово у вигляді листка рекомендацій (призначень).

В листку призначень вказуються:

- назви ліків (торгові, тобто ті, що написані на упаковці);

- доза препаратів (кількість таблеток (об'єм сиропу) на один прийом);
- час прийому препаратів;
- рекомендації щодо прийому ліків та їжі;
- можливі побічні дії препаратів;
- особливі вказівки (якщо вони потрібні).

Батьки (опікуни) повинні точно знати дату наступного відвідування лікаря, медичної сестри, дату здачі крові на різні дослідження і дату наступного отримання ліків.

При ефективності АРВ-терапії дитина росте, збільшується маса її тіла, тому дозу препаратів потрібно збільшувати, роблячи перерахунок на фактичну масу тіла або площу поверхні тіла кожні 12 тижнів.

Контроль за ефективністю лікування

Ефективність схеми лікування визначається за клінічними, імунологічними та вірусологічними показниками.

Клінічні показники ефективності лікування. ВООЗ рекомендує країнам з обмеженими ресурсами в першу чергу орієнтуватися на динаміку клінічних проявів. Моніторинг ефективності лікування ВІЛ-інфекції у дітей включає:

- вимірювання маси тіла і зросту і ведення карти фізичного розвитку;
- оцінку нервово-психічного розвитку і динаміку симптомів порушення нервової системи (ВІЛ-енцефалопатії);
- оцінку клінічного стану дитини;
- реєстрацію частоти інфекційних захворювань.

Карта фізичного розвитку дитини є одним з найважливіших інструментів оцінки терапії, що проводиться.

Критерії ефективності лікування:

- збільшення маси тіла і зросту в тих дітей, які мали затримку фізичного розвитку;
- поліпшення показників нервово-психічного розвитку і зменшення неврологічної симптоматики у тих дітей, які мали доведену затримку нервово-психічного розвитку або ВІЛ-енцефалопатію;
- зменшення частоти інфекційних захворювань (бактеріальних і грибкових інфекцій, афтозного стоматиту, інших опортуністичних інфекцій).

Про неефективність АРВ-терапії свідчать:

- затримка фізичного розвитку (крива зростання піднімається вгору повільніше, ніж еталонні лінії, або дитина перестає рости і гірше набирає вагу попри достатнє харчування і відсутність інших несприятливих чинників);
- зростання ознак ВІЛ-енцефалопатії; дитина все більше відстає в нервово-психічному розвитку або втрачає навички, якими вона вже оволоділа;
- часто повторювані інфекції та СНІД-індикаторні захворювання [11]; проте розвиток опортуністичних інфекцій у пацієнтів з важким ступенем імуносупресії в перші місяці після початку лікування не свідчить про неефективність лікування, а є результатом порушення імунітету.

Імунологічні показники ефективності лікування — це збільшення кількості і відсоткової частки CD4-Т-лімфоцитів.

Про неефективність лікування свідчить зниження відсотка CD4-Т-лімфоцитів до початкового рівня (перед початком терапії) і нижче, або ж зниження відсотка CD4-Т-лімфоцитів більш, ніж на 30 % від максимально зареєстрованого за 6 місяців лікування.

Вірусологічні показники ефективності лікування — це зниження вірусного навантаження. У дорослих людей лікування вважається ефективним, якщо вірусне навантаження під впливом АРВ-препаратів стає невизначуваним. У дітей однократна оцінка вірусного навантаження має менше значення, ніж у дорослих. Для контролю за ефективністю потрібно аналізувати динаміку результатів декількох досліджень, причому бажано, щоб вони були зроблені в одній і тій самій лабораторії.

Основна причина неефективності АРВ-терапії — розвиток у вірусу імунодефіциту людини резистентності до ліків.

Резистентність до АРВ-препарату — це стійкість вірусу щодо даного препарату, тобто даний препарат не впливає на життєвий цикл вірусу імунодефіциту людини, через що ефект від лікування відсутній: вірусне навантаження наростає, знижуються показники імунітету, прогресують клінічні ознаки захворювання.

При лікуванні одним АРВ-препаратом (монотерапії) стійкість розвивається швидко. Поеднання двох препаратів довше дає ефект від лікування. Останніми роками рекомендується високоактивна антиретровірусна терапія (ВААРТ), тобто застосування одночасно не менше трьох АРВ-препаратів.

Резистентність до ліків дуже швидко розвивається через:

- недотримання режиму прийому ліків;
- зменшення дози препарату;
- зниження концентрації препарату в крові, якщо інтервали в його прийомі нерівномірні;
- порушення всмоктування або підвищення швидкості виведення препарату під дією інших ліків.

Виявлення резистентності до ліків. В країнах, де вже протягом тривалого часу використовують АРВ-препарати, при неефективності ВААРТ перед вибором нової схеми лікування проводять дослідження на резистентність ліків.

Резистентність може бути генотипічною та фенотипічною.

Генотипічна резистентність спричинена мутацією ВІЛ, зміною деяких його генів. Дослідження на генотипічну резистентність відносно малочутливе, його тривалість — 1–2 тижні.

Фенотипічна резистентність виявляється у можливості вірусу проходити свій життєвий цикл при різних концентраціях АРВ-препаратів. Тест на фенотипічну резистентність відображає загальний ефект резистентності, включаючи множинні мутації. Цей тест більш чутливий, ніж тест на генотипічну резистентність, проте й дорожчий.

Тести на генотипічну та фенотипічну резистентності виявляють стійкість до препаратів лише домінантних різновидів вірусу в організмі (більше 20 %).

Іноді вироблення стійкості до одного препарату створює резистентність ВІЛ і до інших препаратів з тієї ж групи — таку резистентність називають перехресною.

Дослідження резистентності не проводять:

- 1) до початку першого курсу терапії;
- 2) якщо після відміни АРВ-терапії минуло більше 2 тижнів;
- 3) при вірусному навантаженні менше 1000 копій РНК ВІЛ в 1 мл плазми крові.

При АРВ-терапії потрібно дотримуватися деяких принципів, які дозволять знизити ризик розвитку резистентності до ліків:

- 1) уникати прийому одного (монотерапії) або двох препаратів;
- 2) призначати тільки оптимальні дози препаратів;
- 3) не знижувати дози препаратів через помірно виражені побічні ефекти;
- 4) уникати припинення прийому одного або декількох препаратів на короткий період з подальшим відновленням їх використання («канікул для ліків»);
- 5) контролювати і оцінювати всі призначення лікарських засобів, які можуть взаємодіяти з АРВ-препаратами;
- 6) уникати призначення препаратів, які можуть знижувати рівень АРВ-препаратів у сироватці крові;
- 7) контролювати і оцінювати виконання пацієнтом призначень.

Якщо виявлено неефективність схеми АРВ-терапії і ухвалено рішення про її відміну, і при цьому неможливо визначити, до якого препарату розвинулася резистентність, відміняють всі три АРВ-препарати і призначають три інші АРВ-препарати.

III. Динамічна вправа (10 хв)

«Поміняйся місцями»

Мета вправи: змінивши вид діяльності, перемкнути увагу учасників.

Хід вправи: усі учасники стають в коло, а один з учасників — у центрі кола. Завдання учасників — обравши собі «пару» і непомітно «змовившись» при допомозі міміки чи жестів, помінятися місцями. Той, хто стоїть у центрі кола, намагається стати в коло, зайнявши місце, що звільнилося. Учасник, який залишився без місця, стає в центр кола.

Вправа триває доти, поки кожен з учасників хоча б один раз не поміняється з кимось місцем.

IV. Інформаційний блок (45 хв)

Контроль за безпекою лікування

При прийомі АРВ-препаратів ймовірно виникнення побічних і токсичних ефектів. У виявленні цих ефектів і полягає контроль за безпекою лікування.

Перед початком АРВ-терапії і в процесі лікування потрібно інформувати членів сім'ї про можливі порушення стану дитини, про те, яку допомогу слід надати вдома, а в якому випадку негайно звертатися до лікаря.

Батьків (опікунів) і дітей попереджають, що всі АРВ-препарати на початку лікування можуть викликати нудоту, блювоту, діарею (пронос), але через 4–6 тижнів ці побічні дії ліків зазвичай зникають.

Важкість побічних ефектів ліків може бути різною. Тимчасовий або легкий дискомфорт, який не порушує рухової активності дитини, не вимагає медичного втручання. При порушенні (обмеженні) активності дитини легкого або середнього ступеня важкості необхідно звернутися до медичного працівника. Значне обмеження активності дитини і стани, що загрожують життю, вимагають негайного надання медичної допомоги і госпіталізації. До таких станів відносять важку алергічну реакцію, гострий панкреатит, токсичний гепатит, периферичну нейропатію важкого ступеня та інші стани.

При виникненні важких ускладнень препарат (препарати) слід негайно відмінити, а пацієнта госпіталізувати для проведення інтенсивної терапії. Якщо ухвалено рішення про відміну АРВ-препарата, який спричинив токсичний ефект важкого ступеня, а замінити його на інший препарат неможливо за станом дитини або через організаційні причини, то відміняють прийом усіх трьох препаратів. Знижувати дозу АРВ-препаратів або відмінити один препарат, зберігши прийом тільки двох препаратів, не можна.

Коли дитині надана необхідна допомога, а її стан нормалізується, АРТ-терапію продовжують; препарат, що викликав токсичний ефект, замінюють на інший, а прийом двох інших препаратів (тих, які не викликали побічних дій) відновлюють.

Прихильність до антиретровірусного лікування

Прихильність — це більш широке поняття, ніж дотримання приписів (точність дотримання режиму прийому препаратів); мається на увазі розуміння людиною значення кожного з заходів, її бажання лікуватися.

Прихильність складається з прийняття пацієнтом (якщо це дитина — то батьками або опікунами) плану допомоги та дотримання цього плану, проведення необхідних запланованих лабораторних досліджень та своєчасних візитів до лікаря, прийому призначених препаратів, зміни способу життя відповідно до рекомендацій та вибір безпечної поведінки.

Формування прихильності до АРТ

Одного з батьків (чи опікуна) та дитину необхідно підготувати до початку прийому АРВ-терапії. Зазвичай це роблять медики або спеціально підготовлені консультанти. По-перше, необхідно встановити, хто буде давати дитині АРВ-препарати. Усіх цих осіб консультують з питань прихильності до тривалого лікування. Якщо дитина маленька, батьків (опікунів) навчають, як правильно давати дитині ліки. Дитину старшого віку навчають самостійно ковтати таблетки.

Для виявлення суттєвих перешкод (бар'єрів) прихильності АРТ та їх усунення доцільно використовувати універсальний алгоритм надання професійної допомоги:

- 1) обговорити з батьками (опікунами) можливі перешкоди до прихильності до тривалого лікування;
- 2) порадити, як усунути ці перешкоди;
- 3) заручитися згодою на дотримання порад;
- 4) емоційно підтримати вибір батьків;

5) за необхідності провести організаційні заходи та поінформувати про групи допомоги.

Контроль за прихильністю до АРТ

Контроль за прихильністю до тривалого лікування в лікувально-профілактичному закладі включає облік призначених до прийому і прийнятих хворим АРВ-препаратів.

Кількісну оцінку дотримання режиму АРТ здійснюють за формулою (А — В): $A \times 100 \%$, де А — число таблеток, які дитина повинна була прийняти за 4 тижні; В — число таблеток, які не були прийняті за 4 тижні.

В ідеалі цей показник повинен бути рівний 100 %; на практиці ж добрим вважається прийом препаратів більше 95 %. При дотриманні режиму прийому препаратів на 80 % і менше ВІЛ стає стійким (резистентним) до АРВ-препаратів.

Якісний контроль за дотриманням режиму АРТ включає оцінку часу прийому ліків. АРВ-препарати необхідно приймати в строго визначений час доби для утримання достатньо високої терапевтичної концентрації ліків у сироватці крові. При нерівномірних інтервалах між прийомом ліків їх концентрація в сироватці крові коливається, що може призвести до розвитку резистентності до ліків.

Контроль за дотриманням правил АРТ включає оцінку виконання всіх рекомендацій і умов прийому та зберігання ліків. Недотримання рекомендацій щодо прийому їжі може істотно змінити всмоктування АРВ-препаратів, знизити їх всмоктування та призвести до зниження концентрації препарату у сироватці крові. Враховують також частоту блювання після прийому ліків та наявність у дитини діареї.

Підтримання прихильності до АРТ

Прихильність до АРТ може з часом знижуватися. Найбільш типові причини порушення прихильності такі:

- побічна дія ліків, що призводить до поганого самопочуття дитини, негативних змін зовнішності;
- покращення стану здоров'я дитини та її самопочуття («навіщо приймати ліки, коли вже й так все гаразд?»);
- позитивні та негативні зміни способу життя (наприклад, дитина почала ходити до школи; або дізналася про свій ВІЛ-статус; мати почала працювати, або хворіє та перебуває у лікарні; змінилася особа, яка піклується про дитину, та інші);
- «втома» від необхідності лікуватися та жити за суворим розкладом.

При кожному контакті з ВІЛ-інфікованою дитиною та її батьками (опікунами) необхідно оцінювати прихильність до АРТ, обговорювати ставлення до лікування. За допомогою навичок ефективного спілкування та універсального алгоритму надання професійної допомоги слід виявляти проблеми, що перешкоджають ефективному лікуванню, та усувати їх. При неможливості вирішити проблему самостійно доцільно переадресувати батьків (дитину) до служб, організацій або закладів, де можуть надати кваліфіковану допомогу.

Як свідчить досвід, найбільш успішно формують, контролюють та підтримують прихильність до АРТ медичні сестри, соціальні працівники, консультанти, які працюють за

принципом «рівний — рівному». Лікарі ж, незважаючи на наявність спеціальної освіти, найгірше прогнозують, формують та підтримують прихильність до тривалого лікування.

V. Динамічна вправа (10 хв)

«Розслаблюємо м'язи»

Мета вправи: розслабитися, перемкнути увагу учасників, створити позитивний настрій у групі.

Хід вправи: учасники стають кожен біля свого стільця у позі: руки — вгору, ноги — по ширині плечей. Тренер повільно рахує вголос, а в цей час учасники поступово розслаблюють всі частини тіла:

- на рахунок «раз» — розслаблюються кисті рук;
- на рахунок «два» — розслаблюються лікті;
- «три» — плечі, руки;
- «чотири» — шия, голова;
- «п'ять» — тулуб повністю розслаблений, напружені лише ноги;
- «шість» — учасники сідають, намагаючись максимально розслабитися.

За сигналом тренера учасники встають та виконують рухові вправи, пересуваючись по колу.

VI. Вправа на закріплення здобутих знань (45 хв)

«Консультування щодо прихильності до АРТ»

Мета вправи: закріплення знань щодо прихильності до АРТ.

Хід вправи: учасники об'єднуються у три міні-групи, кожна міні-група отримує своє завдання. Через 10 хв. кожна міні-група презентує своє завдання, після кожної презентації уся група обговорює, чи все враховано при консультуванні, вносить поправки та доповнення.

Після завершення презентацій та обговорення кожної з них тренер коротко узагальнює кожну з презентацій, а потім зачитує правильну схему консультування.

Завдання 1. Консультування матері однорічної дитини, якій призначили АРВ-терапію.

Завдання 2. Консультування підлітка, якому призначили АРВ-терапію.

Завдання 3. Консультування медичної сестри закладу для дітей, в якому перебувають діти, котрим призначили АРВ-терапію.

Схема консультування до завдання 1. При консультуванні матері потрібно з'ясувати, хто буде давати дитині препарати (вона чи хтось із членів родини), чи знає вона дозування та час прийому; що їй відомо про можливі побічні ефекти. Також потрібно проговорити режим повного дня дитини та з'ясувати, що може перешкодити вчасно дати дитині ліки. Матері необхідно пояснити, що вона відповідальна за життя дитини.

Схема консультування до завдання 2. З підлітком слід обговорити його звичний режим дня, проаналізувати зручний для прийому препаратів час; з'ясувати, чи знає він дозування та час прийому, що йому відомо про побічні ефекти; запропонувати репетицію прийому на вітамінах протягом тижня (узгодивши з лікарем). Через тиждень потрібно зустрітися повторно і обговорити всі «за» та «проти».

Схема консультування до завдання 3. Обговорити з медичною сестрою важливість режиму прийому препаратів (наприклад, продумати, хто дасть препарати дітям, якщо вона захворіє), харчування дітей, дозування препаратів, можливі побічні ефекти. З часом медична сестра повинна буде все це проговорювати з дітьми, особливо — якщо це діти-сироти чи діти, позбавлені батьківського піклування, перед виходом з закладу (наприклад, якщо дитина влаштовується в прийомну сім'ю або йде в самостійне життя).

В кожній групі консультант повинен говорити про тривалий (протягом усього життя) прийом препаратів. Також у кожному випадку необхідні періодичні повторні зустрічі для закріплення прихильності.

VII. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VIII. Підведення підсумків. Анкетування (15 хв)

Тренер роздає учасникам підготовлені завчасно аркуші паперу з запитаннями анкети та пропонує самостійно дати відповіді на запитання.

Анкета

1. Дайте визначення поняття «антиретровірусна терапія».
2. Чи можна вилікуватися від ВІЛ-інфекції, приймаючи АРВ-терапію? Обґрунтуйте.
3. Скільки груп антиретровірусних препаратів вам відомі? Назвіть їх.
4. Скільки препаратів призначають одночасно для лікування ВІЛ-інфекції? Обґрунтуйте.
5. Протягом якого часу потрібно приймати препарати?
6. За якими показниками можна оцінити ефективність АРВ-терапії?
7. Що так резистентність?
8. Прихильність — це...

Тренер підбиває підсумки, коротко нагадуючи, про що йшлося на занятті; називає тему та орієнтовний час проведення наступного заняття, дякує групі за активну роботу.

ЗАНЯТТЯ 3

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

Мета та завдання заняття

Сформувати в учасників загальне уявлення про профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності і пологів.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття, фліпчарт, маркери, папір А4.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Три імені»	10 хв
II. Визначення рівня знань учасників	25 хв
Вправа «Ситуаційні завдання»	
III. Інформаційний блок	30 хв
Передача ВІЛ від матері до дитини	
ВІЛ і планування вагітності	
IV. Динамічна вправа «Танцюють всі!»	10 хв
V. Інформаційний блок	30 хв
Якщо жінка вже вагітна	
Немовля і тест на ВІЛ	
VI. Динамічна вправа «Вінегрет»	10 хв
VII. Закріплення здобутих знань	10 хв
VIII. Відповіді на запитання учасників	10 хв
IX. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	145 хв

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Три імені»

Мета вправи: сформувати в учасників установку на самопізнання.

Хід вправи: кожен учасник отримує по три картки, на яких записує три варіанти свого імені (наприклад, так, як його називають родичі, колеги і близькі друзі). Потім кожен по черзі представляється, використовуючи ці імена і описуючи той бік свого характеру, який відповідає цьому імені або ж став причиною виникнення цього імені.

II. Визначення рівня знань учасників. Вправа (25 хв)

«Ситуаційні завдання»

Мета вправи: з'ясувати рівень обізнаності учасників заняття про профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини.

Хід вправи: учасники об'єднуються у три групи, кожна з них отримує ситуаційне завдання. Групи обговорюють та готують завдання, далі по черзі презентують його. Після кожної презентації протягом 5 хв триває обговорення завдання всіма учасниками заняття.

Ситуаційне завдання 1.

Подружжя (Людмила — ВІЛ- (+); приймає АРВ-терапію, СД 630, вірусне навантаження менше 7000 копій, та Борис — ВІЛ- (-), АРТ не приймає) вирішило народити дитину. Якими мають бути їх подальші дії?

Ситуаційне завдання 2.

Настя вживає наркотики протягом 2,5 років, вагітна на 25 тижні, в жіночій консультації не наглядається, ВІЛ-статус невідомий. Якими мають бути її подальші дії?

Ситуаційне завдання 3.

Подружжя (Рита — ВІЛ- (+), СД 350, вірусне навантаження менше 10 000 копій, та Олег — ВІЛ- (-), з метою контрацепції використовують презервативи), вирішили народити дитину. Якими мають бути їх подальші дії?

Після презентації кожного завдання тренер обговорює з групою ймовірність народження в даній ситуації здорової дитини.

Відповідь до ситуаційного завдання 1:

1. Проконсультуватися з лікарем щодо планування вагітності; з'ясувати, чи підходить схема АРВ-терапії, яку приймає Людмила, чи потрібна заміна препаратів.
2. Стати на облік та систематично проходити нагляд у гінекологів СНІД-центру та жіночої консультації; обговорити спосіб розродження.
3. Проконсультуватися з педіатром щодо вигодовування дитини та догляду за нею.

Відповідь до ситуаційного завдання 2:

1. Стати на облік в жіночій консультації.
2. Здати необхідні аналізи, в тому числі і на ВІЛ.
3. В разі встановлення ВІЛ- (+) статусу звернутися до СНІД-центру для подальшого обстеження.

4. Стати на облік та систематично проходити нагляд у гінекологів СНІД-центру та жіночої консультації; обговорити спосіб розродження.

5. Проконсультуватися у педіатра з питань вигодовування дитини та догляду за нею.

6. Звернутися до громадських організацій, груп самопомогі.

Відповідь до ситуаційного завдання 3:

1. Проконсультуватися у лікаря щодо планування вагітності, способів зачаття, використання АРВ-терапії для профілактики чи лікування.

2. Стати на облік та систематично проходити нагляд у гінекологів СНІД-центру та жіночої консультації; обговорити спосіб розродження.

3. Проконсультуватися у педіатра з питань вигодовування дитини та догляду за нею.

Отже, ймовірність народження жінкою, інфікованою ВІЛ, здорової дитини досить висока, якщо своєчасно вживати необхідних заходів для запобігання інфікування ВІЛ.

III. Інформаційний блок (30 хв)

Передача ВІЛ від матері до дитини

Передача ВІЛ від матері до дитини є основним шляхом ВІЛ-інфікування дітей, хоча не кожна вагітна ВІЛ-позитивна жінка передає вірус своїй дитині.

Передача вірусу може статися до народження дитини, під час або після пологів:

- під час вагітності плід може бути інфікований вірусом імунодефіциту людини, якщо вірус подолав плацентарний бар'єр, який зазвичай захищає дитину від інфекцій;
- під час пологів дитина може бути інфікована вірусом імунодефіциту людини, який міститься в секретах родових шляхів;
- при грудному вигодовуванні дитина може бути інфікована вірусом імунодефіциту людини, який міститься в молоці або крові матері (докладніше про це — у розділі «Загальна інформація про ВІЛ та СНІД»).

Отже, ВІЛ може передаватися від ВІЛ-інфікованої матері до дитини під час вагітності, пологів і при грудному вигодовуванні, якщо не було вжито необхідних заходів.

Ризик інфікування дитини ВІЛ підвищується, якщо у матері:

- є симптоми СНІДу;
- ослаблена імунна система (низька кількість клітин CD4);
- відбувається неконтрольоване інтенсивне розмноження вірусу в крові (високе вірусне навантаження);
- розрив плодового міхура відбувається, щонайменше, за чотири години до пологів (замість планового кесаревого розтину);
- важкі пологи;
- є генітальні інфекції (наприклад, інфекції, що передаються статевим шляхом, такі, як хламідіоз, та інші);
- настають передчасні пологи;
- відсутня АРВ-терапія під час вагітності або пологів, а також, якщо:
- інфікування жінки ВІЛ відбулося під час вагітності;
- дитина перебуває на грудному вигодовуванні.

ВІЛ і планування вагітності

Плануючи вагітність, жінці рекомендується пройти медичне обстеження, зокрема й дізнатися про її ВІЛ-статус — якщо виявиться, що вона ВІЛ-позитивна, то вживання своєчасних заходів дасть їй змогу зменшити ризик передачі ВІЛ майбутній дитині.

Аналіз на ВІЛ можна зробити у жіночих консультаціях. Всі тести на ВІЛ повинні проводитися консультуванням як перед тестом, так і при отриманні результатів через один-два тижні.

Консультування — слухна нагода детальніше розповісти жінці про ВІЛ, про його лікування, про організації, які можуть надати допомогу, а також про можливі наслідки її бажання мати дітей.

Тест на ВІЛ зазвичай дає достовірний результат лише через три місяці після інфікування. Тому, якщо жінка протягом попередніх трьох місяців наражалася на будь-які фактори ризику інфікування ВІЛ, рекомендується пройти повторне тестування через три місяці, щоб бути абсолютно впевненою в достовірності результатів аналізу — це може мати значення при плануванні сім'ї.

Якщо у жінки є постійний партнер, було б доречно обом здати аналізи на ВІЛ, незалежно від результатів тесту жінки.

Якщо жінка та/або її партнер виявляться ВІЛ-позитивними, лікар або консультант допоможуть відповісти на безліч запитань щодо вагітності та здоров'я майбутнього немовляти, які зазвичай виникають у такій ситуації.

Порада жінкам: намагайтеся залучити партнера до процесу консультування та тестування на ВІЛ. Підтримка батька дитини дуже важлива для вас і вашої дитини. Така ж підтримка буде потрібна вашому партнерові, якщо він виявиться ВІЛ-позитивним.

Що необхідно взяти до уваги, якщо ВІЛ- (+) жінка планує завагітніти:

Якщо ВІЛ-позитивна жінка планує завагітніти, рекомендується обговорити цю перспективу з лікарем-інфекціоністом СНІД-центру або з акушером-гінекологом жіночої консультації, які допоможуть підібрати оптимальну схему профілактики інфікування ВІЛ її майбутньої дитини. Після медичного огляду буде ухвалено рішення про лікування супутніх захворювань (наприклад, анемії), а також інфекцій, що передаються статевим шляхом (якщо вони будуть виявлені).

Під час консультацій буде визначено час початку і схему прийому АРВ-препаратів, обрано оптимальний метод розродження (природні пологи чи кесарів розтин), метод вигодовування дитини.

Якщо жінка починає АРВ-терапію і планує в майбутньому мати дітей, доречно обговорити це з лікарем перед початком лікування, тому що деякі комбінації препаратів не рекомендовані під час вагітності.

Дослідження свідчать, що вагітність не прискорює розвиток хвороби. Щоправда, під час вагітності захисні сили материнського організму дещо ослаблені. У жінок з безсимптомною ВІЛ-інфекцією вагітність не погіршує стан, пов'язаний з ВІЛ-інфекцією. Звичайні симптоми вагітності, такі, як нудота, блювання, слабкість або запаморочення, можуть бути у ВІЛ-позитивних жінок, як і у будь-якої іншої групи пацієнток, фізичний стан яких ослаблений, незалежно від ВІЛ-інфекції.

Після народження дитини стан імунної системи повернеться до того рівня, який був у жінки до вагітності.

Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

Для запобігання інфікування дитини ВІЛ на всіх трьох стадіях, коли може відбутися передача інфекції, можливі наступні заходи:

- призначення АРВ-препаратів матері під час вагітності, перед пологамі і дитині відразу після народження;

- плановий кесарів розтин;
 - заміна грудного вигодовування вигодовуванням молочною сумішшю.
- Всі три заходи разом можуть значно знизити ризик передачі вірусу дитині.

АРВ-терапія та передача ВІЛ від матері до дитини

- Плануючи вагітність, ВІЛ-позитивна жінка повинна обговорювати всі можливі варіанти з лікарем. Медична ситуація кожної жінки та її персональні переваги в кожному випадку різні, а рішення щодо того, чи розпочинати АРТ під час вагітності, має базуватися на детальній оцінці її стану здоров'я.
- Лікування матері під час вагітності, пологів або новонародженого АРВ-препаратами може знизити ризик передачі ВІЛ від матері до дитини на дві третини. Однак довготривалі побічні дії цих препаратів на організм дитини ще не достатньо вивчені, тому необхідно зважувати переваги прийому даних препаратів і ризик виникнення можливих наслідків, проконсультувавшись з лікарем.
- Плід найбільш вразливий до токсичної дії ліків у перші три місяці вагітності, прийом АРВ-препаратів у цей період може збільшити ризик вроджених вад. Однак припинення їх прийому може збільшити ймовірність передачі ВІЛ від матері до дитини, тому що збільшиться вірусне навантаження.
- Ухвалення рішення про продовження чи припинення АРВ-терапії в період вагітності залежить також від того, який АРВ-препарат приймає жінка; наприклад, ефавіренц не рекомендується приймати під час вагітності (в I триместрі). Тому життєво необхідно, щоб жінка, починаючи АРВ-терапію, яка включає ефавіренц, продумала свої плани щодо вагітності.
- Якщо жінка завагітніла при високому показнику кількості клітин CD4 та низькому вірусному навантаженні, вона може не потребувати лікування; при цьому також малоймовірніше, що вона передасть ВІЛ дитині. Тому в таких випадках рекомендують почати профілактику препаратом AZT (Ретровір) після закінчення 14-го тижня вагітності.
- Якщо під час вагітності жінка виявила, що інфікована ВІЛ, все ж таки варто розпочати АРВ-терапію після закінчення першого триместру вагітності. Таке рішення буде залежати від низки факторів, тому необхідно проконсультуватися з лікарем.

IV. Динамічна вправа (10 хв)

«Танцюють всі!»

Мета вправи: перемкнути увагу учасників, створити позитивний настрій у групі.

Хід вправи: тренер пропонує кожному з учасників по черзі показати якийсь танцювальний рух. Завдання учасників — не повторювати рухи, що вже демонструвалися. Можна «запрошувати до танцю» партнера.

Якщо жінка вже вагітна

Якщо жінка вже вагітна і у неї виявлено ВІЛ, то це не означає, що дитина обов'язково також буде інфікованою ВІЛ. Для того, щоб підвищити ймовірність народження здорової дитини, жінці необхідно отримати медичну консультацію, а також пройти повне медичне обстеження, щоб дізнатися про стан здоров'я і про ступінь розвитку захворювання.

Деякі лікарі можуть рекомендувати жінці, інфікованій ВІЛ, перервати вагітність, але це має бути її власне рішення. Дійсно, у деяких випадках ризик передачі ВІЛ дитині може бути занадто великим, щоб зберігати вагітність (наприклад, у жінок, в яких уже з'явилися симптоми СНІДу; або чиє вірусне навантаження не знижується; або кількість клітин CD4 знижується навіть при отриманні АРВ-терапії, оскільки ці фактори збільшують ризик передачі вірусу). Однак жінки з низьким вірусним навантаженням/високою кількістю клітин CD4 можуть виносити здорову дитину і своєчасно народити її за умов правильного лікування.

Вибір ухвалення рішення про переривання вагітності значною мірою залежить від строку вагітності. Це — складне рішення, і важливо, щоб, приймаючи його, жінка порадилася зі своїм партнером або іншими людьми, яким вона довіряє, а також зі своїм лікарем і консультантом.

Загальний стан здоров'я і вагітність

Кожна вагітна жінка має піклуватися про своє здоров'я і здоров'я майбутньої дитини. Вона потребує достатнього відпочинку, тривалого сну, уникнення перенапружень, збалансованого харчування. Дієта матері повинна включати продукти, які містять речовини, необхідні для розвитку плода: фолієву кислоту, залізо, кальцій. Добре заздалегідь почати приймати вітаміни і вдаватися до інших кроків для поліпшення власного здоров'я (наприклад, припинити палити, вживати алкоголь, розпочати реабілітацію від наркотиків). Це позитивно вплине на розвиток дитини, водночас поліпшивши стан здоров'я матері.

Велике значення мають регулярні фізичні вправи, плавання і хода. Вони зміцнюють м'язи, тим самим полегшуючи перебіг вагітності та пологів.

Ці аспекти допологового догляду однаковою мірою важливі для всіх вагітних жінок, незалежно від їх ВІЛ-статусу.

Якщо жінка вживає наркотики

Якщо жінка вживає наркотики, то через можливі порушення менструального циклу, пов'язані з вживанням наркотиків, про настання вагітності вона може дізнатися пізніше, ніж зазвичай. Вживання наркотиків внутрішньовенно (з використанням нестерильних інструментів і розчину) підвищує ризик ВІЛ-інфікування, тому особливо важливо своєчасно звернутися до жіночої консультації і здати тест на ВІЛ. При позитивному результаті тесту на ВІЛ лікарі допоможуть розробити найоптимальнішу програму профілактики зараження дитини. Слід враховувати, що вживання наркотиків підвищує ризик передчасного народження дитини, тому не слід відкладати відвідування лікаря. Більшість новонароджених, матері

яких систематично вживали наркотики під час вагітності, відчувають синдром абстиненції («ломку»), тому для них потрібно розробляти спеціальну програму лікування.

Лікар або консультант також порадять жінці звернутися до психолога, нарколога, які допоможуть подолати фізичну і психологічну залежність від наркотиків і звести до мінімуму негативні наслідки їх вживання. Отримати такі консультації, а також допомогу, якщо жінка перебуває у скрутному матеріальному становищі і не зможе самотійно забезпечити свою дитину молочними сумішами, можна, наприклад, у громадських організаціях, які впроваджують проекти зменшення шкоди. Координати таких організацій також повинні надати лікар або консультант.

Післяпологовий догляд

Догляд за ВІЛ-позитивною матір'ю і дитиною відрізняється від догляду після звичайних пологів без ускладнень. Жінці доведеться вирішувати, як вигодовувати дитину (вдаватися до грудного чи штучного вигодовування), якщо це не було вирішено ще до пологів. Жінка може почуватися невпевнено, у неї можуть виникнути запитання щодо догляду за собою і немовлям. Це звичайний стан для будь-якої жінки, а ВІЛ-позитивним жінкам настійно рекомендується регулярно звертатися за порадою до консультанта і лікаря. Лікар також може проконсультувати жінку з питань контрацепції. Жінці та її дитині необхідно регулярно відвідувати лікаря або медсестру для отримання інформації про її здоров'я, рекомендацій щодо догляду.

Немовля і тест на ВІЛ

Новонародженій дитині можна провести імуноферментний аналіз на ВІЛ, але він не обов'язково покаже, чи інфікована дитина. Усі діти отримують тимчасовий захист від інфекцій (антитіла) від своїх матерів, тому в дитини, народженої ВІЛ-позитивною матір'ю, тест, ймовірно, виявить антитіла матері і буде позитивним. У дітей, не інфікованих ВІЛ, материнські антитіла зазвичай зникають протягом 18 місяців після народження, тому тільки в такому віці тест на ВІЛ достовірно показує, чи є у дитини ВІЛ-інфекція.

В багатьох країнах використовується більш спеціалізований тест, який визначає наявність вірусу, а не антитіл до нього — полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР). За допомогою цього тесту можна встановити правильний діагноз щодо наявності вірусу в дитини до того, як тест на антитіла дасть чіткий результат. Питання тестування дитини на ВІЛ необхідно обговорити з лікарем.

VI. Динамічна вправа (10 хв)

«Вінегрет»

Мета вправи: релаксація і мобілізація уваги учасників.

Хід вправи: учасники по колу називають по черзі овочі: буряк, морква, квасоля, картопля. Тренер називає один з овочів, і учасники, чий овоч названий, збираються до купи. За командою тренера: «Вінегрет!» всі учасники перемішуються.

VII. Закріплення здобутих знань (10 хв)

Учасники об'єднуються в три групи. Тренер роздає кожній аркуші паперу для фліп-чарту з заздалегідь написаними на них запитаннями і пропонує написати відповіді на них і презентувати.

Після презентації кожної групи триває обговорення.

Запитання 1.

Передача ВІЛ від матері до дитини може відбутися під час:

1. _____
2. _____
3. _____

...

Запитання 2.

Ризик інфікування дитини ВІЛ підвищується, якщо:

1. _____
2. _____
3. _____

...

Запитання 3.

Заходи, які допомагають запобігти інфікуванню дитини ВІЛ:

1. _____
2. _____
3. _____

...

VIII. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

IX. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер пропонує учасникам по черзі відповісти на запитання: «Що було найскладнішим на цьому занятті?» (допускаються відповіді на кшталт «зрозуміти, як відбувається ...», «запам'ятати назви ...», «не заснути від нудьги», «не дивитися на стелю»). По завершенню тренер підбиває підсумок заняття і дякує групі за активну роботу.

ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

Мета та завдання заняття

Поінформувати учасників про потреби дітей, інфікованих ВІЛ, в основних харчових інгредієнтах, взаємодію АРВ-препаратів і продуктів харчування. Надати рекомендації щодо подолання основних проблем з харчуванням, пов'язаних з прогресуванням захворювання, прийомом АРВ-препаратів.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття, фліпчарт, маркери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Розкажи про себе»	10 хв
II. Інформаційний блок	30 хв
Харчування дітей з ВІЛ-інфекцією	
Рекомендації щодо харчування при нормальному самопочутті	
Рекомендації щодо харчування при порушенні фізичного розвитку дитини	
Рекомендації щодо харчування при зниженні апетиту	
III. Динамічна вправа «Ну-мо, заспіваймо!»	10 хв
IV. Інформаційний блок	40 хв
Рекомендації щодо харчування при нудоті, блювоті, діареї та ураженні слизової оболонки порожнини рота	
Рекомендації щодо харчування при анемії	
Рекомендації щодо харчування при АРВ-терапії	
Оцінка ситуації щодо харчування	
V. Вправа на закріплення здобутих знань «Ситуаційні завдання»	25 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	135 хв

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Розкажи про себе»

Мета вправи: створити в групі веселу невимушену атмосферу.

Матеріали: паперові серветки.

Хід вправи: тренер передає по колу пачку паперових серветок зі словами: «Візьміть, будь-ласка, собі трохи серветок — може, знадобляться».

Після того, як усі учасники взяли серветки, тренер пропонує кожному повідомити про себе стільки фактів, скільки серветок він узяв.

II. Інформаційний блок (30 хв)

Харчування дітей з ВІЛ-інфекцією

Рекомендації щодо харчування при нормальному самопочутті

Достатнє харчування — важлива складова стратегії поліпшення здоров'я і якості життя дітей, інфікованих ВІЛ.

Для того, щоб дитина росла і була здоровою, вона повинна отримувати достатню кількість різних поживних речовин. Якщо у дитини, інфікованої ВІЛ, немає відставання у фізичному розвитку і серйозних захворювань, і якщо вона має добрий апетит, то її харчування має бути повноцінним, відповідним її віку, тобто воно не повинне відрізнятися від харчування неінфікованих дітей того ж віку. Важливо, щоб у раціоні дитини щодня були молоко і молочні продукти, м'ясо, риба, яйця, крупи, овочі і фрукти (бажано в свіжому вигляді).

Принципи здорового харчування відображає «піраміда харчування». Всі продукти, представлені в піраміді, розташовані за принципом «світлофора»: найбільшу частину раціону повинні складати продукти, представлені в основі піраміди — «зеленому прошарку»: хліб, макаронні вироби, крупи, картопля, продукти рослинного походження. Вони є основою щоденного харчування людини.

Наступна зона — «помаранчевий прошарок» — поділена на дві половини: м'ясо і риба та молочні продукти. Добовий об'єм продуктів, що знаходяться в «помаранчевому прошарку», повинен бути меншим, ніж продуктів з «зеленого прошарку». На самій верхівці піраміди — «червоний прошарок». В ньому знаходяться жири і легко засвоювані вуглеводи — продукти з високою енергетичною цінністю: масло, цукор, кондитерські вироби, солодощі. Продукти цієї групи потрібні в невеликій кількості для забезпечення додатковою енергією понад те, що вже забезпечено іншими групами продуктів.

При прогресуванні ВІЛ-інфекції поступово руйнується імунна система, що призводить до розвитку інфекційних захворювань. У міру прогресування захворювання виникає дилема: можливість надходження в організм і засвоєння їжі знижується, а потреба в енергії, білках та інших поживних речовинах зростає.

Нудота і погане самопочуття знижують апетит. Ураження слизової оболонки порожнини рота, стравоходу, захворювання ясен роблять жування і ковтання їжі болісним. Блювота і прискорення випорожнення призводять до порушення всмоктування в кишечнику, втрати рідини, вітамінів і мінеральних речовин. Тобто наслідками інфекційних захворювань (опортуністичних інфекцій) є порушення надходження поживних речовин в травний тракт, ускладнення їх всмоктування, а їх прояви — підвищення температури тіла, почастищення дихання, збільшення частоти серцевих скорочень, блювота, пронос — підвищують потребу організму в енергії і поживних речовинах.

Для того, щоб оцінити достатність харчування дитини і необхідність його корекції, медичні працівники аналізують:

- раціон харчування дитини за останні 24 години або щоденник харчування (записи матері, яку їжу і в який час дитина споживала) за 1–3 доби;
- дані про апетит дитини, наявність нудоти, блювоти, проносу, болю в животі, непереносимості окремих харчових продуктів, отримані від матері (чи того, хто доглядає за дитиною);
- динаміку фізичного розвитку дитини за шкалою центильного типу і співвідношенням маси тіла і зросту;
- наявність або відсутність захворювань, дані лабораторних досліджень.

Якщо дитина одержує АРВ-терапію, то оцінюється правильність виконання рекомендацій щодо харчування, пов'язаних з прийомом препаратів.

При консультуванні з питань харчування дитини, інфікованої ВІЛ, потрібно враховувати, що розрахунок корекції харчування і рекомендації з харчування при АРВ-терапії здійснює лікар — фахівець з питань ВІЛ-інфекції.

Консультант без медичної освіти може давати поради щодо харчування за умови, що дитина регулярно відвідує лікаря, на момент консультації у неї немає серйозних гострих порушень стану здоров'я, які вимагають негайної медичної допомоги.

Рекомендації щодо харчування при порушенні фізичного розвитку дитини

Харчування дитини має бути повноцінним і збалансованим, тобто містити всі необхідні речовини в достатній кількості. Якщо дитина не додає у вазі, втрачає вагу або перестає рости, то їй необхідно підвищити калорійність харчування і збільшити надходження білків. При виснаженні (схудненні) і уповільненні або припиненні росту дитини калорійність харчування можна підвищити на 30–50 % в порівнянні зі звичайною. Розрахунок додаткового надходження калорій і білків роблять, виходячи з фактичної маси тіла дитини.

Білки — найважливіший компонент харчування, оскільки вони є будівельним матеріалом клітин, тканин і окремих компонентів імунної системи. Продукти, багаті білком (м'ясо, риба, сир, яйця, молоко), обов'язково повинні входити в раціон харчування дитини. Додаткове надходження білка досягається збільшенням його кількості в денному раціоні, додаванням сухого молока в різні страви (соуси, запіканки, омлети, каші, супи). При виборі білкових продуктів потрібно враховувати, що деякі з них можуть викликати у дитини алергічні реакції (наприклад, молоко, яйця, куряче м'ясо, риба).

Для засвоєння білків в організмі і їх використання як будівельного матеріалу необхідна енергія, тому при недостатньо калорійному харчуванні надлишок білків може заподіяти шкоду здоров'ю дитини.

Енергія виробляється в результаті розщеплювання або біохімічного перетворення **жирів**, вуглеводів і білків. Енергетична цінність їжі визначається в калоріях. Найбільшу кількість калорій забезпечують жири. Здоровим людям рекомендують обмежувати споживання жирів, щоб уникнути надмірної ваги. При прогресуванні ВІЛ-інфекції дитині рекомендують жирну їжу, але при цьому необхідно оцінювати, чи засвоюється ця їжа,

чи не спричинила така дієта порушення випорожнення. Легше засвоюються жири рослинного походження.

Підвищити калорійність харчування дитини, збільшити надходження в її організм жирів можна наступним чином:

- даючи дитині молочні продукти з високою жирністю (наприклад, молоко з вмістом жиру 3,5 %, йогурт 9 % жирності, сметану 20–30 % жирності);
- додавати в каші, овочеві супи, пюре вершкове масло або рослинну олію; використовувати для заправки салатів рослинну олію, майонез або сметану високої жирності;
- пропонувати до обіду хліб, намащений маслом;
- підвищувати калорійність десертів за рахунок вершкових кремів, морозива.

Додаткова кількість **вуглеводів** теж може підвищити калорійність їжі.

Основне джерело вуглеводів — крупи, хліб, картопля, інші овочі і фрукти, тому вони обов'язково повинні входити в раціон харчування. Проте вуглеводи можуть викликати здуття кишечника, розрідження випорожнень. Надмірне і часте надходження легко засвоюваних вуглеводів (цукру, цукерок, інших продуктів, що містять глюкозу) вимагає напруженої роботи підшлункової залози, що підвищує ризик розвитку цукрового діабету.

Для збереження здоров'я зубів потрібно обмежувати кількість споживання солодких напоїв, солодоців, рафінованого цукру. Непереносимість лактози («молочного цукру») може бути причиною діареї при вживанні молока.

Окрім білків, жирів і вуглеводів, дитячому організму необхідні різні вітаміни та мінеральні речовини. У міру прогресування ВІЛ-інфекції надходження свіжих овочів і фруктів обмежується (щоб уникнути розвитку опортуністичних інфекцій, всі овочі і фрукти дитині дають термічно обробленими), а надходження вітамінів і мікроелементів забезпечується за рахунок спеціальних харчових добавок — збалансованих комплексів вітамінів і мікроелементів.

Рекомендації щодо харчування при зниженні апетиту

Щоб поліпшити харчування хворої дитини, підвищити засвоєння їжі, необхідно:

- давати дитині їжу часто, але невеликими порціями (кожні 2 години);
- віддавати перевагу натуральним продуктам, корисній калорійній їжі і напоям, уникати калорійної, але «некорисної» їжі, наприклад, чіпсів, солодкої газованої води;
- перед початком і під час прийому їжі давати дитині пити невелику кількість води. Це допомагає уникнути відчуття насичення до того, як буде спожито достатній об'єм їжі;
- якщо це можливо, годувати дитину за столом, а не в ліжку, створювати приємну атмосферу при годуванні за допомогою привабливої сервіровки столу, музики, доброзичливого ставлення;
- якщо дитина погано почувається, пропонувати їй улюблені страви;
- дбати про смакові якості і зовнішню привабливість їжі, прикрашати страви, уникати їжі з неприємним запахом і смаком.

III. Динамічна вправа (10 хв)

«Ну-мо, заспіваймо!»

Мета вправи: перемкнути увагу учасників, створити позитивний настрій у групі.

Хід вправи: тренер пропонує кожному з учасників по черзі проспівати рядок чи куплет пісні, в якому згадується жіноче ім'я. Завдання учасників — не повторювати пісень, які вже співали інші учасники.

IV. Інформаційний блок (40 хв)

Харчування дітей з ВІЛ-інфекцією (продовження)

Рекомендації щодо харчування при нудоті, блювоті, діарей та ураженні слизової оболонки ротової порожнини

У ВІЛ-інфікованих дітей часто виникають нудота, блювота, діарея. Вони можуть бути симптомами цілої низки інфекційних захворювань, розвиватися внаслідок прийому АРВ-препаратів або ліків для лікування опортуністичних інфекцій, емоційного стресу. Для з'ясування причин блювоти або діареї потрібно звернутися до лікаря.

Загальні рекомендації щодо харчування при нудоті:

- давати дитині їжу часто, але невеликими порціями (кожні 2 години);
- перед початком і під час прийому їжі давати дитині пити невелику кількість води;
- пропонувати охолоджене пиття з кислуватим присмаком через соломинку;
- пропонувати охолоджену їжу (охолоджений йогурт, морозиво, фрукти).

Загальні рекомендації щодо харчування при блювоті:

- забезпечити достатнє надходження в організм рідини, щоб уникнути зневоднення (давати кип'ячену воду, чай, регідрон);
- годувати дитину маленькими порціями, але часто;
- уникати жирної їжі (за винятком випадків блювоти у дітей, які приймають ІП (препарати групи інгібіторів протеази);
- уникати їжі з сильним запахом або дуже солодкої їжі;
- пропонувати охолоджене пиття з кислуватим присмаком.

Загальні рекомендації щодо харчування при діарей:

- забезпечити достатнє надходження в організм рідини, щоб уникнути зневоднення (давати кип'ячену воду, чай, регідрон);
- годувати дитину маленькими порціями, але часто;
- пропонувати дитині страви, які сприяють «закріпленню» випорожнень (наприклад, відварений рис, картоплю, сухарі, кисіль);

- уникати жирної їжі (за винятком випадків діареї, обумовленої прийомом ІП (препаратів групи інгібіторів протеази);
- уникати їжі, яка містить грубу клітковину і сприяє утворенню газів у кишечнику (наприклад, капусти, кабачків, бобових); не давати дитині соків.
- якщо діарея пов'язана з непереносимістю лактози, виключити з раціону молочні продукти.

Рекомендації щодо харчування при ураженні слизової оболонки ротової порожнини

Ураження слизової оболонки ротової порожнини, зазвичай, виникає при імуносупресії. Дитині слід давати перетерту їжу з нейтральним смаком (не кислу, не солодку, не гірку, не солону, не гостру), кімнатної температури або охолоджену.

Рекомендації щодо харчування при анемії

У дітей, інфікованих ВІЛ, часто розвивається анемія (зниження гемоглобіну і кількості еритроцитів крові). Причини розвитку анемії — недостатнє надходження в організм заліза, білків, вітамінів; інфекційні захворювання, побічна дія АРВ-препаратів.

При анемії дитині слід давати їжу, що містить достатню кількість заліза, білків і вітамінів. Дуже важливо, щоб дитина, старша шести місяців, регулярно споживала м'ясні страви. В м'ясі, в печінці і в рибі міститься залізо, яке добре засвоюється. Залізо ж, яке міститься коров'ячому молоці, а також в овочах і злаках, засвоюється значно гірше. Головними джерелами заліза рослинного походження є бобові, овочі і фрукти.

За наявності м'яса залізо з овочів і бобових всмоктується на 50 % краще. Сприяє всмоктуванню заліза вживання під час їжі фруктових соків з м'якоттю, які містять вітамін С. Чай знижує всмоктування заліза з їжі на 62 %. Манна крупа гальмує всмоктування заліза.

При виявленні у дитини анемії лікування призначає лікар.

Рекомендації щодо харчування при АРВ-терапії

Пацієнти повинні строго дотримуватися рекомендацій щодо прийому АРВ-препаратів та їжі. Порушення інструкцій з харчування може призвести або до зниження концентрації препаратів в крові і розвитку резистентності ВІЛ до ліків, або до підвищення концентрації препарату в крові і посилення токсичних побічних ефектів.

Батькам (або тим, хто доглядає за дитиною) і персоналу установ слід порадити, як «замаскувати» неприємний смак ліків, і рекомендувати їжу, яка полегшить прийом ліків дитиною. Потрібно звертати увагу на дотримання умов зберігання препаратів.

Оцінка ситуації щодо харчування

Консультавання з питань харчування починається з оцінки ситуації, яка включає збір скарг матері (опікуна або того, хто доглядає за дитиною), відомостей про раціон харчування дитини за останню добу, про апетит дитини, наявність нудоти, блювоти, проносу, болю в животі, непереносимості окремих харчових продуктів. Важливу інформацію про стан дитини можна отримати, оцінивши динаміку фізичного розвитку дитини за шкалою центильного типу і співвідношенням маси тіла і зросту. При консультуванні потрібно враховувати вікові

особливості харчування дитини, стадію захворювання. Особливої уваги заслуговує оцінка дотримання рекомендацій щодо харчування при прийомі АРВ-препаратів.

Рекомендації щодо проведення оцінки ситуації з харчуванням

- Називайте матір (чи того, хто доглядає за дитиною) і дитину на ім'я. Будьте доброзичливі.
- Попросіть матір (того, хто доглядає за дитиною) розповісти про себе і дитину те, що вона сама побажає. Для заохочення матері (чи того, хто доглядає за дитиною) до розповіді використовуйте навички активного слухання — перепитуйте, висловлюйте згоду, розуміння того, про що розповідають.
- Перегляньте карту фізичного розвитку дитини; оцінка фізичного розвитку допоможе виявити важливі факти щодо стану здоров'я дитини і коло необхідних запитань.
- Ставте запитання, які дозволять виявити проблеми з харчуванням.
- Ставлячи запитання і відповідаючи на запитання матері, уникайте критичних оцінок і зауважень. Не запитуйте: «Чому ви даєте (не даєте) дитині ...?». Краще запитайте: «Що привело Вас до рішення давати (не давати) дитині ...?». Приймайте все, що говорить матір (той, хто доглядає за дитиною), хваліть за все, що мати і дитина роблять правильно, проявляйте симпатію.
- Надавайте рекомендації у вигляді пропозицій, а не команд.

V. Вправа на закріплення здобутих знань (25 хв)

«Ситуаційні завдання»

Мета вправи: з'ясувати рівень засвоєння учасниками інформації про харчування дітей з ВІЛ-інфекцією.

Хід вправи: учасники об'єднуються в три групи, кожна з них отримує завдання. Групи обговорюють та готують завдання, далі по черзі презентують його. Після кожної презентації протягом 5 хв триває обговорення завдання всіма учасниками заняття.

Ситуаційне завдання 1.

Вихователь закладу для дітей звернувся до медичної сестри закладу з такою проблемою: «Хлопчик Ваня, 5 років, інфікований ВІЛ, приймає АРВ-терапію протягом двох тижнів, відмовляється від їжі, скаржиться на нудоту». Якими мають бути дії медичної сестри закладу?

Ситуаційне завдання 2.

Опікун звернувся до соціально працівника з проблемою: «Прийомна донька Маша, 7 років, інфікована ВІЛ, має дуже поганий апетит». Якими мають бути дії та рекомендації соціально працівника?

Ситуаційне завдання 3.

Дівчинка Оля, 10 років, інфікована ВІЛ. Живе в притулку для дітей. Була на прийомі у лікаря з медсестрою притулку. Дівчинці призначили АРВ-лікування. Які запитання щодо харчування повинна поставити медична сестра лікарю?

Відповіді до ситуаційних завдань.

Відповідь до завдання 1:

1. Медична сестра звертається за рекомендаціями щодо харчування цієї дитини до фахівця (педіатра) центру СНІДу.

2. Рекомендації:

- давати дитині їжу часто, але невеликими порціями (кожні 2 години);
- перед початком і під час прийому їжі давати дитині пити невелику кількість води;
- пропонувати охолоджене пиття з кислуватим присмаком через соломинку;
- пропонувати охолоджену їжу (охолоджений йогурт, морозиво, фрукти).

Відповідь до завдання 2:

Соціальний працівник повинен:

- заспокоїти опікуна, надати психологічну підтримку;
- зібрати анамнез для оцінки ситуації з харчуванням;
- порекомендувати негайно звернутися до лікаря, щоб не пропустити своєчасного лікування ВІЛ-інфекції.

Відповідь до завдання 3:

Перш за все, медична сестра повинна поставити лікарю такі запитання щодо харчування:

- як прийом АРВ-препаратів пов'язаний з їжею?
- які побічні дії, пов'язані з травленням, можуть викликати ці препарати?

VI. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VII. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер пропонує кожному з учасників по черзі завершити фразу: «Я буду використовувати інформацію, отриману на сьогоднішньому занятті ...». Тренер завершує вправу, дякує учасникам, анонсує тему наступного заняття.

Учасники можуть висловлювати різні відповіді, також і ті, які безпосередньо не стосуються ВІЛ-інфекції — наприклад, «використаю інформацію при складанні меню для власної родини».

ПЕРША МЕДИЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

Мета та завдання заняття

Навчити учасників:

- комплектувати аптечку для надання першої медичної допомоги дитині з ВІЛ-інфекцією;
- правилам безпеки при наданні першої допомоги дитині, інфікованій ВІЛ;
- надавати першу медичну допомогу дітям з ВІЛ-інфекцією;
- правильно надавати медичну допомогу у критичних ситуаціях.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття, фліпчарт, маркери; гумові рукавички (3 пари), бинт, стерильні серветки, бактерицидний пластир, вата, 3 % перманганат калію, розчин перекису водню.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Вітаю!»	10 хв
II. Інформаційний блок	35 хв
Перша медична допомога дітям з ВІЛ-інфекцією	
III. Динамічна вправа «Овації»	10 хв
IV. Інформаційний блок	35 хв
Кровотечі, спричинені травмами	
Кашель	
V. Практичне заняття «Надання першої медичної допомоги»	25 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	135 хв

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Вітаю!»

Мета вправи: визначити очікування учасників від заняття.

Хід вправи: учасники по колу вітаються, намагаючись не повторюватися (наприклад, «доброго дня», «вітаю», «привіт», «хелло!») та виголошують свої очікування від заняття, продовжуючи речення: «На минулих заняттях я дізнався (дізналася) про ..., а тепер хочу навчитися ...».

Перша медична допомога дітям з ВІЛ-інфекцією

Перша медична допомога — це комплекс нагальних медичних заходів, які проводяться людині, яка раптово захворіла або постраждала, на місці пригоди.

Негайна допомога поліпшує результат, зволікання — погіршує. Паніка заважає наданню допомоги і сприяє допущенню помилок.

Для того, щоб звести до мінімуму небезпеку зараження ВІЛ, і, водночас — убезпечити дитину з ослабленою імунною системою, при наданні допомоги дитині з ВІЛ-інфекцією слід неухильно дотримуватися заходів безпеки для себе і для дитини.

Найперший захист — це інформованість про ВІЛ-інфекцію.

Ефективність і безпека надання долікарської допомоги, в першу чергу, залежить від готовності до різних «несподіванок». У кожному закладі або в сім'ї, де є дитина, інфікована ВІЛ, має бути аптечка для надання екстреної допомоги. Вона повинна бути доступною для всього персоналу цілодобово, знаходитися в зручному для працівників місці, бути недосяжною для дітей, повністю укомплектованою.

Вміст аптечки для надання екстреної допомоги:

- вата;
- марлевий бинт;
- стерильні марлеві серветки;
- лейкопластир;
- бактерицидний пластир;
- ножиці;
- пінцет;
- перманганат калію;
- ємність для розведення перманганату калію з маркіруванням на 1 л;
- тюрбик з 30 % розчином альбуциду (1–2 шт.);
- 3 % перманганат калію;
- розчин перекису водню;
- рукавички одноразові (3 пари);
- напальчники;
- медичний джгут;
- дезінфікуючі розчини;
- ємність для розведення дезінфікуючих розчинів.

При наданні першої медичної допомоги дітям з ВІЛ-інфекцією слід пам'ятати, що при зниження імунної функції у дитини можливі тяжкі наслідки навіть при наявності невеликих ушкоджень шкіри. Тому необхідно ретельно убезпечити дитину від потрапляння патогенних мікроорганізмів у рану.

Рекомендації щодо надання першої допомоги дитині з ВІЛ-інфекцією

Ймовірність передачі ВІЛ при наданні першої допомоги виникає в наступних ситуаціях:

- при проведенні штучного дихання «рот до рота», «рот до носа»;
- при кровотечах і ранах у дітей.

Слід уникати потрапляння біологічних рідин (крові, слини) дитини на ушкоджену шкіру, слизові оболонки, кон'юнктиву ока.

Якщо відбувся контакт з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованої дитини, потрібно якомога швидше провести післяконтактну профілактику зараження ВІЛ (докладніше про це — на наступному занятті).

При наданні першої допомоги слід максимально убезпечити дитину, інфіковану ВІЛ, від потрапляння на ушкоджену поверхню мікроорганізмів. При зниженому імунитеті навіть невелика ранка може стати причиною серйозного захворювання.

У дитячих установах доцільно мати мішок і маски для проведення штучного дихання. При наданні медичної допомоги медичні рукавички завжди повинні бути на руках або «під рукою», щоб мати змогу одягти їх для надання допомоги за наявності в дитини відкритої рани або кровотечі.

Закриті травми, синці, забиті місця не призводять до зараження ВІЛ.

Для захисту кон'юнктиви ока треба використовувати окуляри або пластикові щитки.

Втрата свідомості, зупинка дихання і серцебиття — найкритичніша ситуація, у якій дорога кожна секунда. В такій ситуації слід негайно викликати швидку допомогу і покликати когось собі на допомогу.

Необхідно якнайшвидше починати надавати допомогу за загальноприйнятим реанімаційним принципом (проводити так звану «АВС-реанімацію»):

А (airway) — створення прохідності дихальних шляхів;

В (breath) — дихання; забезпечення вентиляції легень;

С (circulation) — відновлення підтримки серцевої діяльності.

1. Перевірка на свідомість

- Покличте дитину на ім'я. Не трясіть її — це може погіршити стан дитини. Якщо дитина не реагує — вона без свідомості.
- Перевірте її дихання.

2. Перевірка дихання та прохідності дихальних шляхів

- Покладіть дитину горілиць на тверду поверхню.
- Закиньте голову трохи назад.
- Підкладіть невеликий валик з підручних предметів, одягу або постільної білизни під плечовий пояс і шию.
- Відкрийте дитині рот.
- Введіть один палець у ротову порожнину (ви повинні бути в гумових рукавичках, палець обмотайте бинтом) та очистіть її від слизу і сторонніх мас. Якщо є можливість, зробіть відсмоктування вмісту ротової порожнини гумовою грушею або електровідсмоктувачем.
- Перевірте, чи дихає дитина.
- Якщо дитина не дихає і дихальні шляхи вільні, зробіть тактильну стимуляцію дихання почухуванням стоп дитини.

- Якщо дихання не відновилося — розпочніть штучну вентиляцію легень.

3. Штучна вентиляція легень

За відсутності самостійного дихання необхідно розпочинати вентиляцію легень за допомогою спеціального мішка і маски. Маску щільно притискають до обличчя дитини так, щоб вона прикривала ніс і рот, не виступаючи на очі і за кінчик підборіддя. Частота дихання — 20–30 вдихів за 1 хвилину.

Якщо немає можливості проводити штучну вентиляцію легень за допомогою спеціального мішка та маски, то проводиться дихання «рот до рота».

Рекомендація для тренера. Матеріал, викладений нижче, можна подати як практичне заняття. Для цього учасників заняття слід об'єднати у маленькі групи, кожній групі дати завдання щодо надання першої допомоги. Після того, як група продемонструвала ситуацію надання першої допомоги, потрібно обговорити ситуацію у великій групі, детально обговорюючи, що було зроблено правильно, а що — ні. Тренер доповнює те, що не було сказано учасниками.

4. Техніка дихання «рот до рота»

Дихання «рот до рота» треба робити через стерильну марлеву серветку (шматок марлевого бинта, складеного вчетверо, медичну марлеву маску або іншу тканину). Якщо в процесі реанімаційних заходів тканина промокає, то її треба замінювати на суху.

- Витріть губи та ділянку біля рота дитини від біологічних рідин.
- Підніміть підборіддя і висуньте вперед нижню щелепу дитини, відкрийте їй рот і затисніть пальцями ніздрі.
- Накладіть на ділянку рота дитини марлеву серветку (бинт, шматок тканини).
- Зробіть глибокий вдих, притисніться своїми губами до рота дитини. Видихніть повітря в рот дитини.
- Проконтролюйте, чи відбуваються рухи грудної клітки дитини при вдиханні в неї повітря. Якщо трудна клітка не рухається, повторіть відсмоктування вмісту ротової порожнини. Якщо грудна клітка піднімається, тоді під час видиху відхиліть своє обличчя від обличчя дитини.
- Зробіть ще два швидких легких вдихи і перевірте серцебиття дитини.

5. Оцінка серцевої діяльності

- Прикладіть вухо до грудної клітки дитини і слухайте протягом 5 секунд; або покладіть подушечки двох пальців на передню поверхню шиї в ділянці сонних артерій і перевірте наявність пульсу.
- Якщо серцебиття є, але дитина не дихає, продовжуйте штучну вентиляцію легень (один вдих кожні 3 секунди). Коли дитина почне дихати, поверніть її на бік.
- Якщо серце не б'ється, негайно розпочніть непрямий масаж серця.

6. Непрямий масаж серця

- Покладіть долоню (якщо дитині більше двох років) або два пальці (якщо дитині менше двох років) між нижньою і середньою третиною грудини.
- Натискуйте у цій точці на глибину близько 2–2,5 см.
- Через кожні 5 натискань на ділянку серця робіть один штучний вдих у рот дитини.
- Кожні 2–3 хвилини перевіряйте наявність серцебиття і дихання в дитини.

Непрямий масаж серця продовжується до відновлення серцевої діяльності, штучне дихання — до відновлення самостійного дихання.

Безпечне положення дитини без свідомості

Якщо дитина без свідомості, але дихає самостійно, покладіть її у безпечну позу, при якій не западає язик, немає ризику вдихання блювотних мас.

- Поверніть голову дитини набік обличчям до себе, висуньте нижню щелепу вперед.
- Руку дитини, що знаходиться ближче до вас, покладіть долонею донизу під сідниці дитини.
- Іншу руку дитини покладіть їй на груди.
- Ногу дитини, що знаходиться далі від вас, покладіть на ту ногу, що ближче до вас.
- Перед дитиною постеліть ковдру (матрац, одяг). Підкладіть свою руку під щоку дитини, а іншою рукою міцно візьміться за стегно дитини, що знаходиться далі від вас.
- Перевернувши дитину на живіт (на себе), покладіть її на постелену ковдру. Дитина повинна лежати на животі, її голова повернена убік (обличчям до вас). Руки дитини слід покласти уздовж її тулуба.
- Переконайтеся, що ніщо не заважає надходженню повітря через рот і ніс.
- Накрийте дитину ковдрою.

III. Динамічна вправа (10 хв)

«Овації»

Мета вправи: перемкнути увагу учасників, створити позитивний настрій у групі.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам разом з ним аплодувати, то підвишуючи темп, то уповільнюючи. Завдання тренера — задавати темп аплодисментів, доводячи його аж до овацій. Можна підсилювати емоції, одночасно тупочучи ногами.

IV. Інформаційний блок (35 хв)

Кровотечі, спричинені травмами

Кровотечі можуть бути небезпечними та безпечними для дитини. При травмах можливі зовнішні кровотечі: артеріальні (червона кров витікає із судин пульсуючим струменем), венозні (темно-вишнева кров витікає рівним струменем), капілярні (кров ніби сочиться з поверхні рани).

Внутрішня кровотеча є наслідком травм внутрішніх органів. Чим сильніша кровотеча, тим вона небезпечніша для дитини.

Основним завданням невідкладної допомоги при кровотечі є її термінове зупинення.

Невідкладна допомога при сильних кровотечах

При масивній кровотечі медична сестра закладу або вихователь повинні викликати «швидку допомогу».

Техніка надання першої допомоги

- Надягніть медичні рукавички і окуляри (пластиковий щиток).

- Якщо кровотеча відбувається з поверхневих артерій або вен, а під ними — щільна кісткова тканина, негайно зупиніть кровотечу шляхом натискання кількома пальцями на судину вище (артерію) або нижче (вену) місця кровотечі.
- Після перетискання судини, яка кровоточить, на кінцівках накладіть на неї джгут, притиснувши судину до кістки. Якщо джгут накласти неможливо, до надання лікарської допомоги тримайте судину перетиснутою.
- Джгут (стандартний медичний або саморобний з підручних засобів) накладають вище рани, яка кровоточить. Не можна накладати джгут на голу шкіру — кінцівку в місці накладення джгута необхідно обгорнути тканиною.
- Якщо після накладення джгута кровотеча припинилася, шкіра кінцівки стала білою (а не синьою), пульс нижче джгута не промацується, значить, джгут накладений правильно.
- Покладіть кінцівку на підвищення.
- Напишіть на аркуші паперу точний час накладення джгута і прикріпіть записку до джгута: перетискання джгутом ділянки тіла довше, ніж протягом двох годин, призводить до некрозу (омертвіння) тканин.
- Вкутайте кінцівку.
- Якщо джгут накласти неможливо (велике ураження шкіри), то спробуйте зупинити кровотечу шляхом максимального згинання кінцівки у великих суглобах і зафіксуйте її в такому положенні.
- Перевірте, чи немає в дитини симптомів шоку.
Кожні 15–30 хвилин джгут треба послабляти на 1–2 хвилини (якщо це не загрожує життю через дуже сильну кровотечу) для запобігання некрозу тканин.
При сильній кровотечі постраждалу дитину слід якомога швидше доставити в лікарню!

Невідкладна допомога при слабких кровотечах

Слабку венозну або капілярну кровотечу зупиняють за допомогою тиснучих пов'язок.

Техніка надання першої допомоги

- Одягніть медичні рукавички.
- Підніміть поранену частину тіла вище рівня серця.
- Перевірте, чи не застрягло що-небудь у рані.
- Якщо в рані є сторонній предмет (скло, тріска або щось інше):
 - натисніть пальцями на шкіру по обидва боки від предмета (за ходом судини);
 - не намагайтеся витягти цей предмет;
 - скрутіть маленький валик-бублик (з вати або марлі, тканини) і накладіть його так, щоб стороннє тіло виявилось всередині кільця;
 - прибинтуйте валик-бублик: туго по краях і не туго — над предметом.
- Якщо в рані немає сторонніх предметів, покладіть на неї шматочок марлі (серветку, носову хустину або іншу чисту тканину). Якщо під рукою немає придатної тканини — стисніть краї рани пальцями.
- Обробіть шкіру навколо рани дезінфікуючим розчином (розчином йоду, хлоргексидину або іншим).
- Туго перев'яжіть рану. Якщо кров просочується через пов'язку, замініть її.

- Якогомога швидше викличте лікаря та (або) покличете когось собі на допомогу. Дитину треба доставити в лікарню, якщо:
 - поріз чи травма глибокі або великі;
 - краї рани нерівні та рвані;
 - сильний поріз обличчя;
 - рана чи поріз забруднені (іржавим цвяхом, укусом собаки);
 - рана глибока колота;
 - у рані є стороннє тіло.

Перша медична допомога при порізах та саднах

- Одягніть медичні рукавички.
- Очистіть шкіру навколо рани тампоном, змоченим водою (від країв назовні). Для кожного протирання використовуйте чистий тампон.
- Якщо садно чи розріз дуже забруднені, промийте їх під проточною (кип'яченою) водою або дезінфікуючим розчином (фурациліну, перманганату калію, хлоргексидину або іншим). Садно, що кровоточить, обробляють розчином перекису водню.
- Обробіть шкіру навколо рани дезінфікуючим розчином (спиртовим розчином діамантового зеленого, йоду).
- Накладіть стерильну марлеву серветку.
- Накладіть на рану пов'язку або заклейте бактерицидним лейкопластирем.

Перша допомога при носових кровотечах

Кровотечі з носа можуть бути наслідком травми або запалення слизової оболонки носа, судинних змін, емоційного збудження та іншого. Слід враховувати, що у дітей з ВІЛ-інфекцією носові кровотечі можуть свідчити про прогресування захворювання, тому про нього слід якомога швидше повідомити лікарів.

- Одягніть медичні рукавички.
- Заспокойте дитину.
- Посадіть дитину, нахиліть її голову вперед над мискою або умивальником.
- Сильно затисніть своїми пальцями ніздрі дитини на 10–15 хвилин.
- Необхідно умовити дитину спльовувати кров, а не ковтати її.
- Якщо кровотеча продовжується, притисніть до спинки носа на 2 хвилини шматочок тканини, змочений у дуже холодній воді, або лід, загорнутий у тканину, а потім знову затисніть дитині ніздрі на 10 хвилин.
- Поясніть дитині, що їй протягом деякого часу (4 годин) не можна сякатися і шморгати носом. Забезпечте фізичний спокій дитині. Не давайте дитині гаряче пиття або їжу. Якщо носова кровотеча сильна і не припиняється, дитину слід доставити до лікаря.

Кашель

Причинами кашлю в дитини з ВІЛ-інфекцією можуть бути запальні захворювання легень і дихальних шляхів (пневмонія, бронхіт, ларингіт, туберкульоз), збільшення лім-

фатичних вузлів у грудній клітці. Наявність мокротиння, зазвичай, свідчить про наявність інфекції дихальної системи.

Найнебезпечнішою є ситуація, коли в дитини є кровохаркання.

Якщо дитина кашляє, то їй необхідна консультація лікаря.

Допомога при кашлі

При наданні допомоги є ризик потрапляння слини й слизу з дихальних шляхів дитини на слизові оболонки людини, яка надає допомогу, тому необхідно одягнути окуляри (щиток) і марлеву маску.

- Якщо у дитини виник раптовий напад кашлю — перевірте, чи не вдавилася вона яким-небудь дрібним предметом або шматочком їжі. Якщо в ротовій порожнині застряг який-небудь предмет, спробуйте його витягти.
- Якщо в дитини глибокий кашель із мокротинням, яке вона не може відкашляти — покладіть дитину животом на свої коліна, нахиливши голову донизу, і ритмічно постукайте по спині дитини (не дуже сильно), промасажуйте спину і постукайте знову.
- Якщо у дитини сухий кашель — дайте їй тепле пиття.

V. Практичне заняття (25 хв)

«Надання першої медичної допомоги»

Мета заняття: відпрацювати практичні навички надання першої медичної допомоги дитині з ВІЛ-інфекцією в різних ситуаціях.

Хід заняття: тренер об'єднує учасників у малі групи та дає завдання кожній групі — продемонструвати техніку надання першої допомоги при: втраті свідомості; кровотечах (залежно від кількості утворених малих груп та наявного часу тренер може дати завдання щодо відпрацювання інших технік, описаних вище).

Відпрацювавши завдання в малих групах, учасники демонструють їх на загал. Після демонстрації кожного завдання тренер ініціює його обговорення, детально розбираючи, що зроблено правильно, а що — ні. Тренер доповнює відповіді учасників.

VI. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VII. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер пропонує учасникам пригадати, якими були їхні очікування від заняття, та завершити фразу: «На занятті я хотів (хотіла) навчитися Мої очікування виправдалися на ... %». Можна запропонувати учасникам позначити міру виправдання своїх очікувань на схематично намальованій шкалі від 0 до 100 %.

ЗАНЯТТЯ 6

ПРОФІЛАКТИКА ІНФІКУВАННЯ ВІЛ НА РОБОЧОМУ МІСЦІ

Мета та завдання заняття

Ознайомити учасників з інформацією про:

- ризик інфікування ВІЛ при наданні медичної допомоги і догляді за дітьми з ВІЛ-інфекцією;
- технічні засоби захисту;
- постконтактну профілактику.

Надати рекомендації щодо дотримання техніки безпеки та запобігання інфікування ВІЛ.

Оснащення

Мультимедійний проектор, екран для демонстрації презентаційної частини заняття, фліпчарт, маркери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Ой, що вчора було ...»	15 хв
II. Інформаційний блок	30 хв
Професійний ризик інфікування ВІЛ	
III. Динамічна вправа «Вогонь» — «Лід»	10 хв
IV. Інформаційний блок	35 хв
Постконтактна профілактика	
V. Вправа на закріплення здобутих знань «Ситуаційні завдання»	40 хв
VI. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VII. Підведення підсумків	10 хв
<i>Загальна тривалість заняття</i>	<i>150 хв</i>

I. Привітання. Вправа (15 хв)

«Ой, що вчора було...»

Мета вправи: створити в групі дружню, доброзичливу атмосферу.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам по черзі розповісти щось важливе, цікаве, смішне, що сталося з ними учора, продовживши фразу: «Ой, що вчора було ...».

II. Інформаційний блок (30 хв)

Професійний ризик інфікування ВІЛ

Професійний ризик інфікування ВІЛ та іншими збудниками захворювань, що передаються через кров та інші біологічні рідини, існує у медичних працівників (персоналу державних і недержавних медичних установ, у тому числі лабораторій, працівників бригад швидкої допомоги, студентів медичних навчальних закладів) і працівників служб громадської безпеки (міліціонерів, працівників виправних установ, членів рятувальних бригад, добровольців та інших), яким за родом своєї діяльності доводиться контактувати з людьми або кров'ю та іншими біологічними рідинами.

У немедичного персоналу дитячих установ, представників низки інших професій ймовірність контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами при виконанні службових обов'язків істотно нижча, ніж у медиків. Ризик зараження збудниками захворювань, що передаються через кров та інші біологічні рідини, виникає при травмах, що порушують цілість шкіри, або при раптовому серйозному погіршенні стану дитини.

Контакти, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ:

- пошкодження шкіри (укол голкою або поріз гострим інструментом);
- потрапляння біологічних рідин на слизові оболонки або пошкоджену шкіру;
- тривалий (протягом декількох хвилин і більше) або широкий за площею контакт неушкодженої шкіри з кров'ю або іншими біологічними рідинами.

Біологічні рідини, контакт з якими може призвести до інфікування ВІЛ:

- кров;
- сперма;
- виділення з піхви;
- будь-які біологічні рідини з домішками крові;
- культури або середовища, що містять ВІЛ;
- синовіальна рідина (рідина, яка міститься в суглобовій сумці і слугує для зменшення тертя в суглобі);
- цереброспінальна рідина;
- плевральна рідина (рідина, яка міститься в плевральній порожнині);
- перитоніальна рідина (рідина, яка міститься в черевній порожнині);
- перикардіальна рідина (рідина, яка міститься в навколосерцевій сумці);
- амніотична рідина (рідина, яка оточує зародок та плід).

Біологічні рідини, контакт з якими не може призвести до інфікування ВІЛ:

- калові маси;
- виділення з носа;
- мокрота (за винятком випадків, коли мокрота містить домішки крові);
- піт;
- слізна рідина;

- сеча;
- блювотні маси;
- слина (за винятком стоматологічних маніпуляцій, під час яких до слини часто домішується кров).

Універсальних запобіжних заходів варто дотримуватися при контакті з будь-якими людськими тканинами чи органами, крім неушкодженої шкіри і патологоанатомічних зразків, фіксованих спеціальними розчинами; при роботі з тканинами й органами експериментальних тварин, заражених інфекційними збудниками, що передаються з кров'ю, а також з будь-якою біологічною рідиною, якщо важко визначити, що це за рідина.

Усі установи і всі особи, що піддаються ризику інфікування на робочому місці, повинні дотримуватися цих правил.

Рекомендації щодо запобігання інфікуванню збудниками, що передаються з кров'ю

Намагайтеся не наражатися на небезпеку інфікування збудниками, що передаються з кров'ю, уникаючи:

- травм від необережного поводження із забрудненими голками і гострими інструментами;
- потрапляння крові та інших біологічних рідин на слизові оболонки порожнини рота, носа, очей, на ушкоджену шкіру (порізи, подряпини, дерматит, вугрі);
- дотиків до слизових оболонок очей, носа, рота і пошкодженої шкіри при роботі з біологічними рідинами і забрудненими ними поверхнями.

Необхідно дотримуватися техніки безпеки при виконанні професійних обов'язків, у тому числі використовувати на робочому місці різні засоби захисту і захисні пристосування. До них належать:

- захисні пристосування для ізоляції предметів, що є джерелом інфекцій, які передаються через кров (наприклад, жорсткі герметичні контейнери для використаних голок і гострих інструментів, які повинні зручно розташовуватися на робочому місці і своєчасно, без переповнювання, замінюватися; безпечні голки, безголкові системи для внутрішньовенних інфузій);
- безпечні технології для виконання різних маніпуляцій з якнайменшим ризиком (у тому числі безпечне поводження з використаними голками, надягання ковпачків двома руками, згинання та інші маніпуляції з голками).
- індивідуальні засоби захисту, у тому числі рукавички, непромокаючі халати, засоби захисту обличчя і очей (маски, окуляри, екрани).

Для того, щоб запобігти зараженню інфекціями, що передаються через кров, медичні працівники повинні дотримуватися таких запобіжних заходів:

- уникати розтікання, розхлюпування і розбризкування крові та інших біологічних рідин;
- мити руки (або обробити антисептиком, якщо нема води) відразу після зняття рукавичок або інших засобів індивідуального захисту;

- при потраплянні крові або іншого потенційно інфікованого матеріалу на шкіру негайно (або при першій нагоді) вимити руки і забруднені ділянки водою з милом, при потраплянні на слизові оболонки — відразу промити їх водою;
- мити руки з милом під проточною водою. Якщо проточної води немає, використовувати антисептичний розчин для рук і чисті рушники або антисептичні серветки, після чого при першій же нагоді вимити руки звичайним способом;
- не перекладати використані голки і не надягати на них ковпачки без крайньої необхідності, використовувати для цього інструменти, що виключають прямий контакт з голкою, або робити це однією рукою, не перекладаючи без потреби голку з руки в руку;
- забруднені ріжучі та колючі інструменти багаторазового використання відразу (або при першій нагоді) поміщати в жорсткі вологонепроникні (дно і стінки), маркіровані або помічені певним кольором контейнери для подальшої обробки;
- розташовувати контейнери для використаних гострих інструментів так, щоб ними було зручно користуватися і вони не могли перекинутися;
- своєчасно замінювати контейнери для ріжучих і колючих інструментів, не допускаючи їх переповнювання;
- контейнер з використаними ріжучими і колючими інструментами переміщати тільки ретельно закритим. Якщо можливе протікання, контейнер помістити всередину іншого контейнера;
- зразки біологічних рідин поміщати в герметичні контейнери з відповідним маркуванням. Якщо контейнер із зразками забруднений або пошкоджений, помістити його всередину іншого контейнера;
- перед технічним обслуговуванням і транспортуванням устаткування, забрудненого кров'ю або іншими біологічними рідинами, його слід продезінфікувати. Якщо дезінфекція неможлива, в супровідному листі вказати забруднені елементи;
- поміщати всі використані одноразові матеріали у вологонепроникні контейнери, що закриваються;
- звести до мінімуму контакти із забрудненою білизною, поміщати її в маркіровані мішки або контейнери; вологу білизну перевозити в непромокаючих мішках або контейнерах.

Тренер ставить запитання: *«Хто, крім керівників закладів, повинен бути зацікавлений у забезпеченні безпеки на робочому місці? Яка роль у цьому самих працівників закладів?»*

Тренер повинен підвести учасників до такого висновку:

У першу чергу, самі працівники повинні бути зацікавлені в забезпеченні безпеки на робочому місці, тому що від цього буде залежати їх власна безпека і безпека дітей.

III. Динамічна вправа (10 хв)

«Вогонь» — «Лід»

Мета вправи: зняти фізичну та психологічну напругу учасників заняття.

Хід вправи: вправа передбачає почергове напруження і розслаблення всього тіла. Учасники виконують вправу, стоячи в колі. По команді ведучого «Вогонь» учасники починають інтенсивні рухи всім тілом. Плавність і ступінь інтенсивності рухів обираються

кожним учасником довільно. За командою «Лід» учасники застигають у позі, в якій застала їх команда, максимально напружуючи все тіло. Ведучий кілька разів чергує обидві команди, довільно змінюючи час виконання тієї та іншої.

IV. Інформаційний блок (35 хв)

Постконтактна профілактика

Постконтактна профілактика (ПКП) — це своєчасно розпочатий прийом антиретровірусних препаратів (за схемами хіміопрофілактики) для зниження ймовірності розвитку ВІЛ-інфекції після короткочасного підтвердженого контакту з ВІЛ. Для отримання постконтактної профілактики необхідно звернутися до Центру профілактики і боротьби зі СНІДом. В центрі повинні надати консультативну допомогу з питань ПКП, а також провести ПКП особам, що контактували з ВІЛ на робочому місці.

Ризики інфікування ВІЛ на робочому місці

- Ризик зараження після проникаючого контакту з інфікованою ВІЛ кров'ю (при уколі голкою, порізі) в середньому становить приблизно 0,3 % (95 % достовірний інтервал: 0,2–0,5 %).
- Ризик інфікування після потрапляння інфікованої ВІЛ крові на неушкоджені слизові оболонки складає приблизно 0,09 % (95 % достовірний інтервал: 0,006–0,5 %).
- Ризик інфікування після контакту неушкодженої шкіри з інфікованою ВІЛ кров'ю або контакту з іншими біологічними рідинами не встановлений.

Показання до постконтактної профілактики (ПКП)

- Ушкодження шкіри гострим предметом (укол порожнистою голкою або ріжучим інструментом, поріз уламком скла), забрудненням кров'ю, рідиною з видимими домішками крові або іншим потенційно інфікованим матеріалом, або голкою з вени чи артерії хворого.
- Укушена рана, якщо укус зроблений ВІЛ-інфікованим з помітним джерелом кровотечі в роті.
- Потрапляння крові, рідини з видимими домішками крові або іншого потенційно інфікованого матеріалу на слизові оболонки (рот, ніс, очі).
- Потрапляння крові, рідини з видимими домішками крові або іншого потенційно інфікованого матеріалу на ушкоджену шкіру (наприклад, за наявності дерматиту, ділянок обвітреної шкіри, подразнень або відкритої рани).

Заходи після контакту

- Відразу після контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами промити забруднені ділянки шкіри (у тому числі ушкоджені) водою з милом, а забруднені слизові оболонки промити чистою водою.

- Оцінити ризик інфікування ВІЛ при контакті, що відбувся (врахувати вид біологічної рідини та інтенсивність контакту).
- Обстежити на ВІЛ пацієнта, з біологічними рідинами якого контактував медичний працівник. Обстеження таких осіб проводиться тільки після отримання інформованої згоди з дотриманням конфіденційності; воно повинно передбачати консультування і, за необхідності — направлення на отримання подальшого лікування чи нагляду. Слід провести стандартний експрес-тест на антитіла до ВІЛ і щонайшвидше з'ясувати результати тестування.
- При контакті з біологічними рідинами інфікованого ВІЛ пацієнта (або пацієнта, у якого висока ймовірність ВІЛ-інфекції) провести ПКП.
- Клінічне обстеження і тестування на ВІЛ потерпілого медичного працівника слід проводити тільки після отримання інформованої згоди.
- Консультант повинен провести бесіду про зниження ризику інфікування на робочому місці, проаналізувавши разом з потерпілим медичним працівником послідовність подій, що передували контакту. Бесіду слід вести делікатно, у жодному випадку не засуджуючи потерпілого.
- Підготувати звіт про контакт з потенційно інфікованим матеріалом.

Тактика постконтактної профілактики

Залежно від результатів тестування на ВІЛ слід вдатися до наступних дій:

- Якщо результат тестування на ВІЛ пацієнта — можливого джерела інфекції негативний, то медичний працівник ПКП не потребує.
- Якщо результат тестування потерпілого позитивний, то він не потребує ПКП, але його слід направити до фахівців для подальшого консультування і отримання необхідної допомоги з приводу ВІЛ-інфекції.
- Якщо у потерпілого результат тестування на ВІЛ негативний, а у пацієнта, який є можливим джерелом інфекції — позитивний, то потерпілому проводять чотири-тижневий курс АРВ-профілактики, під час якого відстежують можливі побічні ефекти. Через 1, 3 і 6 місяців після контакту повторюють тестування на ВІЛ. Якщо у потерпілого протягом цього часу відбудеться інфікування ВІЛ, то йому надають необхідну допомогу, у тому числі консультування, направлення до фахівця з ВІЛ-інфекції і довгострокове лікування ВІЛ-інфекції. Якщо протягом півроку після контакту інфікування не відбувається, потерпілого повідомляють, що у нього немає ВІЛ-інфекції.
- Якщо визначити ВІЛ-статус пацієнта — можливого джерела інфекції неможливо, то його вважають інфікованим ВІЛ і виконують рекомендації, викладені в попередньому пункті.
- Потерпілий повинен бути інформований про необхідність використовувати презервативи протягом 6 місяців після контакту.
- Необхідно з'ясувати імунний статус потерпілого щодо гепатиту В; якщо він не імунізований, провести пасивну або активну імунопрофілактику гепатиту В.

АРВ-профілактика

Постконтактну профілактику АРВ-препаратами необхідно розпочати якомога раніше, найкраще в перші 2 години після контакту, але не пізніше, ніж через 72 години. Лікар, який призначає ПКП, повинен забезпечити пацієнта комплектом АРВ-препаратів, розрахованим на повний курс хіміопрофілактики.

Показання до початку АРВ-профілактики

- Професійний контакт з інфікованим ВІЛ матеріалом.
- Інші контакти, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ:
 - одиничний контакт з потенційно інфікованим ВІЛ матеріалом в попередні 72 години;
 - статевий контакт з партнером, інфікованим ВІЛ, або партнером з групи високого ризику.

Тактика АРВ-профілактики

- Розпочати АРВ-профілактику в перші години після контакту (обов'язково — в перші 72 години).
- Призначити комбіновану терапію трьома препаратами курсом на 4 тижні.

V. Вправа на закріплення здобутих знань (40 хв)

«Ситуаційні завдання»

Мета вправи: закріплення отриманої інформації про постконтактну профілактику ВІЛ.

Хід вправи: учасники об'єднуються в три групи, кожна з них отримує завдання: визначити порядок дій щодо постконтактної профілактики в описаній ситуації. Групи обговорюють та готують завдання, далі по черзі презентують його. Після кожної презентації протягом 5 хв триває обговорення завдання всіма учасниками заняття.

Ситуаційне завдання 1.

Медична сестра закладу для дітей надавала першу медичну допомогу дитині. Гумові рукавички вона не одягла, на руці були подряпини. Дитина інфікована ВІЛ, кровотеча з рани була велика.

Ситуаційне завдання 2.

Медична сестра, роблячи ВІЛ-інфікованій дитині ін'єкцію, вкололася голкою шприца.

Ситуаційне завдання 3.

Дитина, інфікована ВІЛ, страждає на епілепсію. При наданні першої допомоги дитині під час нападу кров і слина дитини потрапили в око вихователю притулку.

VI. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VII. Підведення підсумків. Вправа (10 хв)

«Будь здоровим»

Мета вправи: створити в учасників позитивний настрій на завершення заняття.

Хід вправи: учасники по колу бажають один одному здоров'я, розпочинаючи кожне побажання словами: «Будь здоровий (здорова), (ім'я), ... ».

Література до розділу:

1. Аряєв М. Л. Формування прихильності до антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей: навч. посібник для викладачів/М. Л. Аряєв, Н. В. Котова, О. О. Старець. — К.: Март, 2006.
2. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: навч. посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за дітьми з ВІЛ-інфекцією/Аряєв М. Л., Котова Н. В., Старець О. О. та ін. — К.: Кобза, 2003.
3. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затверджений наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551.
4. Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей/МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2004.
5. Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини: навч. посібник для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, лікарів-інтернів і студентів/Запорожан В. М., Аряєв М. Л., Котова Н. В. та ін. — К.: Акві-К, 2003.
6. Руководство по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям. Кеннет Домингес М. Д., М. Р. Н. Отделение профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа, Центры контроля и профилактики заболеваний, Атланта, штат Джорджия. Под ред. С. Зайхнера и Дж. Рид.
7. К. Хоффман, Ю. К. Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции 2009. — М.: Р. Валент, 2010.

Розділ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ДІТЕЙ З ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ В УМОВАХ ДИТЯЧОГО ЗАКЛАДУ

Діти, які перебувають у дитячих притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації дітей — особливі. Багато хто з них має негативний досвід спілкування з дорослими, у більшості з них не сформовані позитивні моделі поведінки, практично для всіх характерні проблеми у спілкуванні, конфліктність, агресивність.

Зазвичай діти потрапляють до закладів, уже маючи досвід безпритульного життя. Не зважаючи на несприятливі умови життя, вулиця для таких дітей є місцем психологічного комфорту, і тому вони сприймають вихід звідти як стресову ситуацію, і відверто або приховано прагнуть повернутися у звичні і зрозумілі для них умови життя, до яких вони пристосувалися, де в них є певне місце та статус. Такі діти сприймають своє перебування у дитячих закладах як тимчасову необхідність, перед якою вони поки що безсилі, і тому вони займають вичікувальну позицію, аналізуючи, яку вигоду тут можна отримати, або намагаються перенести в заклад умови та правила життя на вулиці.

Маючи досвід життя на вулиці, дитина дуже рідко залишається здоровою. «Діти вулиці» — одна з найбільш вразливих категорій щодо інфікування ВІЛ, адже часто «атрибутами» вуличного життя є вживання наркотиків, у тому числі й ін'єкційних, дитяча проституція. Діти, які хворі на ВІЛ-інфекцію, сприймають її як обмеження свободи, заперуку самотності. На фоні такого сприйняття хвороби у дитини виникають негативні емоції: страх, тривога, біль, страждання, гнів, почуття провини. Дуже часто дитина, інфікована ВІЛ, може мати невротичні та астенічні стани — поганий настрій або часті зміни настрою, слабкість, недостатню концентрацію уваги. Складні та незрозумілі для дитини обставини хвороби активізують різні психологічні механізми захисту, які відображаються на її загальній поведінці. ВІЛ-інфікована дитина, яка має проблеми в поведінці, потребує підтримки з боку дорослих. Знання вікових, психолого-педагогічних особливостей, поведінкових реакцій дітей, інфікованих ВІЛ, шляхів корекції цих реакцій, а також форм та методів спілкування з дітьми, інфікованими ВІЛ, допоможе працівникам дитячих установ надавати їм кваліфіковану психологічну допомогу.

Розділ складається з таких занять:

- 1. Вікові особливості дітей, інфікованих ВІЛ.**
- 2. Психолого-педагогічні особливості дітей, інфікованих ВІЛ, котрі перебувають у закладах для дітей.**
- 3. Особливості поведінкових реакцій у дітей, котрі перебувають у закладах для дітей.**
- 4. Шляхи корекції поведінкових реакцій дитини: нападів гніву, кусання, бійок.**
- 5. Форми і методи спілкування з дітьми, котрі перебувають в закладах для дітей.**
- 6. Повідомлення дитині її ВІЛ-статусу.**

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІЛ

Мета та завдання заняття

Навчити слухачів:

- розпізнавати вікові психологічні проблеми, з якими стикаються діти, інфіковані ВІЛ;
- оцінювати відповідність рівня психічного розвитку дитини її віку, і керуватися цими даними при наданні професійної психологічної допомоги та підтримки дитині, інфікованій ВІЛ.

Оснащення

Маркери, папір, фліпчарт, стікери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Малюнок на голові»	10 хв
II. Інформаційний блок	30 хв
Вікові особливості дітей та молоді, інфікованих ВІЛ	
III. Динамічна вправа «Фруктовий салат»	15 хв
IV. Відповіді на запитання учасників	10 хв
V. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	75 хв

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Малюнок на голові»

Мета вправи: створити позитивний мікроклімат і довірливі стосунки в групі.

Хід вправи: учасники кладуть аркуш паперу формату А4 собі на голову. За командою тренера починають маркером малювати ніс, брови, овал обличчя, рот, очі, вуха, волосся і ставлять свій підпис.

Після виконання вправи учасники діляться емоціями, коротко обговорюють вправу.

II. Інформаційний блок (30 хв)

Вікові особливості дітей, інфікованих ВІЛ

Коли ми говоримо з дитиною, інфікованою ВІЛ, про її здоров'я, ми повинні розуміти, як її вікові та індивідуальні особливості можуть вплинути на розуміння отриманої інформації. Ви, як вихователі, повинні подбати про те, щоб дитина правильно зрозуміла отримані

знання, грамотно оцінивши, наскільки рівень психічного, когнітивного, соціального розвитку відповідає віку, і будувати бесіди і заняття з ВІЛ-позитивною дитиною, керуючись цими даними. Розглянемо вікові особливості ВІЛ-позитивних дітей, які впливають на сприйняття інформації.

Діти дошкільного віку

Діти до 4 років не можуть зрозуміти інформацію про ВІЛ, вони не зможуть зберігати її в секреті від сторонніх, їм важко і нецікаво вислуховувати пояснення про здоров'я.

- Їм досить знати, що у них є хвороба і слід приймати ліки.
- Дитину можна навчити самостійно приймати ліки, якщо її здоров'я і рівень розвитку дозволяє їй засвоїти цю інформацію.

Для дітей від 4 до 6 років характерне образне мислення, тому розуміння пояснень може дуже спотворюватись, проходячи через призму уяви дитини. Користуючись яскравими казковими образами, їм легко наочно описати ті процеси, які відбуваються в організмі під впливом вірусу, а також значення і механізм медичних процедур. Потрібно приділити увагу діям, які допомагають бути здоровими (відвідування лікаря, здача аналізів, дотримання режиму, гігієни та інше).

Правила спілкування з дитиною, інфікованою ВІЛ, віком від 4 до 6 років:

- говоріть простими словами і короткими реченнями;
- відповідайте на запитання;
- поведіться природно;
- продовжуйте жити за звичайним розкладом;
- оточуйте дитину любов'ю;
- дайте надію, захистіть, заспокойте.

Діти молодшого шкільного віку (від 7 до 11 років)

- В цьому віці діти отримують інформацію про ВІЛ/СНІД на уроках, через ЗМІ, здатні зіставляти отриману інформацію з фактами свого життя, робити відповідні висновки.
- Щоб висновки були правильними, давайте зрозумілі пояснення, точну інформацію про те, що таке ВІЛ, як він може вплинути на життя дитини.
- Особливе значення має обговорення перспектив на майбутнє (необхідність стежити за своїм здоров'ям, лікуватися, добре харчуватися, відпочивати).
- Цей вік є ідеальним для розкриття статусу ВІЛ-позитивним дітям.
- Рівень розумового розвитку дозволяє правильно, без значних спотворень зрозуміти значення повідомлення і прийняти розумні рішення щодо свого здоров'я.
- Діти починають більше цікавитися своїм тілом, відчувають потребу ставити запитання про статеве життя. В цьому віці потрібно більше говорити про передачу ВІЛ-інфекції, про те, що робити, щоб цього не сталося.
- Провідний вид діяльності у цьому віці — навчання, авторитетна особа — вчитель.
- Можливі складнощі з засвоєнням шкільної програми через пропуски занять.

- Цікавляться впливом свого захворювання на навчання, участь у житті класу.
 - Дуже важливим є спілкування з однолітками.
 - Потребують підтримки.
- У цьому віці дорослі повинні:
- Нагадувати дітям, що вони не винні у своїй хворобі.
 - Пам'ятати, що в цьому віці діти більше переживають з приводу смерті (питання смерті не можна залишати без відповіді, потрібно відповідати чесно).
 - Обговорити коло друзів, з якими можна говорити про діагноз.
- З такою інформацією діти відчують себе впевненіше, захищеніше. Вони зможуть обговорювати питання, які їх хвилюють, почуття, пов'язані з ВІЛ-інфекцією.

Діти від 12 до 15 років

- Вже чули про ВІЛ/СНІД. Важливо навчити їх, як себе захищати, а також виправити хибні уявлення про ВІЛ/СНІД.
- В цьому віці дітям слід дати більше інформації про передачу інфекції.
- Вони можуть ставити більше запитань, наприклад, про те, як батьки заразилися ВІЛ.
- Їхні почуття можуть виявлятися у гніві, у сварках, в спробах перейти межу дозволеного, вдаючись до форм поведінки підвищеного ризику.
- Успішність навчання знижується, діти пропускають заняття.
- Для підлітків характерне експериментування з різними формами поведінки, тому важливо говорити про позитивну профілактику, про ризиковану поведінку. В цьому віці потрібно давати дітям більше інформації про шкоду від наркотиків.
- Слід зосередитися не на заборонах, а на тому, щоб навчити підлітка правильно і відповідально приймати розумні рішення.
- На перший план виходять стосунки з однолітками. Необхідно обговорювати питання значення ВІЛ-інфекції у звичайному спілкуванні та при статевих контактах, давати більше інформації про безпечний секс.
- Важливе місце серед цінностей підлітка займає дружба, пошук духовно близької людини.

Молодь віком від 16 до 18 років

- Виконують нові соціальні ролі і домашні обов'язки.
- Потребують більше інформації щодо передачі ВІЛ і безпечного сексу.
- Можуть ставити більше запитань щодо смертності в цілому і, зокрема, при ВІЛ-інфекції.
- Можуть непокоїтися через гроші, їжу, нагадувати батькам про своєчасне прийняття ліків.
- Можуть виконувати функції догляду за іншими.
- Можуть проявляти ризиковані форми поведінки або повністю замкнутися в собі.

- В цьому віці для молодих людей актуальні питання самовизначення як в професійному, соціальному, так і в особистісному плані, тому важливо приділяти увагу переживанням з приводу тих обмежень, які вносить (чи не вносить) ВІЛ-інфекція в їх життя.
Після завершення інформаційного повідомлення тренер ініціює обговорення учасниками отриманої інформації, відповідає на запитання.

III. Динамічна вправа (15 хв)

«Фруктовий салат»

Мета вправи: зняття напруги і психологічне розвантаження в групі.

Хід вправи: учасники по колу (5 перших осіб) називають свої улюблені фрукти. Всі інші по колу повторюють і запам'ятовують фрукти, які були названі попередніми учасниками. Коли тренер називає один з перерахованих фруктів, учасники, чий фрукт названий, міняються місцями. За командою тренера: «Фруктовий салат!» всі учасники міняються місцями.

IV. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

V. Підведення підсумків (10 хв)

- Підбиваючи підсумки, тренер коротко узагальнює інформацію, отриману на занятті: при наданні професійної допомоги/підтримки дитині, інфікованій ВІЛ, необхідно враховувати відповідність рівня психічного розвитку дитини її віку, і діяти, керуючись цими даними;
- при наданні дитині, інфікованій ВІЛ, інформації щодо її здоров'я, поведінкових особливостей, спричинених ВІЛ-інфекцією, необхідно враховувати вікові та індивідуальні особливості.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ВІЛ, КОТРІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ЗАКЛАДАХ ДЛЯ ДІТЕЙ

Мета та завдання заняття

Сформувати у слухачів розуміння психолого-педагогічних особливостей, які необхідно враховувати при проведенні занять щодо ВІЛ-інфекції з дітьми, котрі перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації дітей).

Оснащення

Маркери, папір, фліпчарт, стікери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Малюнок по колу»	10 хв
II. Актуалізація теми попереднього заняття	10 хв
Вправа «Важливе. Нове. Практичне»	
III. Інформаційний блок	15 хв
Психолого-педагогічні особливості ВІЛ-позитивних дітей, котрі перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації)	
IV. Робота в групах	20 хв
Вправа «Потреби дитини, які вона задовольняє за рахунок ризикованої поведінки»	
Релаксаційна перерва	5 хв
V. Інформаційний блок	15 хв
Психолого-педагогічні особливості ВІЛ-позитивних дітей, котрі перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації) (продовження)	
VI. Динамічна вправа «Що у нас спільного?»	10 хв
VII. Інформаційний блок	15 хв
Особливості, які потрібно враховувати при проведенні занять з профілактики ВІЛ-інфекції з дітьми, котрі перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації)	
VIII. Робота в групах. Вправа «Варіанти поведінки»	15 хв
IX. Відповіді на запитання учасників	10 хв
X. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	135 хв

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Малюнок по колу»

Мета вправи: створення невимушеної атмосфери в групі.

Оснащення: папір, маркери.

Хід вправи: учасники на місцях починають малювати малюнок (наприклад, автопортрет). За сигналом вони передають свій малюнок сусідові справа і продовжують домальовувати той малюнок, який вони отримали. Так продовжується доти, поки малюнки не повернуться до тих, хто їх починав малювати. Інтервали між сигналами тренера — 3–5 секунд.

II. Актуалізація теми попереднього заняття. Вправа (10 хв)

«Важливе. Нове. Практичне»

Мета вправи: закріплення пройденого матеріалу.

Хід вправи: тренер на фліпчарті позначає три колонки: «Важливе», «Нове», «Практичне». Учасники отримують по три різнокольорових стікери (наприклад, червоний, синій, жовтий); на червоних стікерах пишуть, що важливого було для них на минулому занятті; на синіх — що нового для них було на минулому занятті; на жовтих — що практичного для них було на минулому занятті, по черзі наклеюють стікери на фліпчарт у відповідні колонки, попередньо зачитуючи написане.

III. Інформаційний блок (15 хв)

Психолого-педагогічні особливості ВІЛ-позитивних дітей, котрі перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації)

Психолого-педагогічні особливості дітей (у тому числі інфікованих ВІЛ), котрі перебувають у закладах для дітей, відображаються в широкому спектрі особистісних деформацій, які призводять до ризикованої поведінки.

Таких дітей вирізняють:

1. Порушення в емоційно-вольовій сфері (агресивність, конфліктність, тривожність, неконтрольовані емоції, девіації).
2. Інтелектуальні порушення (низький рівень розвитку пізнавальних процесів, низький рівень мотивації до навчання).
3. Соціальні порушення (проблеми в спілкуванні з однолітками, протилежною статтю, деформації стосунків з батьками (дорослими)).

Дуже часто, ще під час проживання з батьками в неблагополучній сім'ї, різні потреби дитини піддаються депривації. Спираючись на теорії Е. Еріксона, Л. Виготського, Ж. Піаже, можна стверджувати, що діти, які не пройшли успішно основні етапи розвитку, відзна-

чаються відсутністю базової довіри до світу, замкнутістю, чи, навпаки — імпульсивністю, істеричністю у проявах радості чи болю, депресивністю.

Тренер пропонує учасникам для обговорення ситуативне завдання.

Ситуативне завдання. Галя — п'ятнадцятирічна ВІЛ-позитивна дівчина, жертва сексуального насильства з боку батька, який мав кримінальне минуле (спочатку переховувався, щоб уникнути покарання, потім відбував ув'язнення в місцях позбавлення волі). Галя піддавалася насильству з 13 років, найчастіше це відбувалося вдома, поки мама була на роботі. Дівчинка неодноразово скаржилася матері на поведінку батька, але мати боялася розправи чоловіка і просила доньку потерпіти.

Батько був ВІЛ-інфікованим в стадії СНІДу (перебував на лікуванні в тубдиспансері). Поки дівчинка жила в притулку, батько помер, і мама забрала Галю додому. Дівчинка дізналася про свій ВІЛ-статус у притулку, але нікому про це не говорила. У групі займала позицію спостерігача; періодично проявляла агресію щодо оточуючих, легко ображалася, вимагала до себе уваги, і, водночас, — була жорстокою до інших дітей.

Дівчинка мала низьку самооцінку. Вихователі відзначали у неї різку зміну настрою, характеризували її так: «Важко знайти підхід; відчувається, що їй потрібна допомога, але доброзичливе ставлення лише погіршує ситуацію». Своїм нестабільним ставленням Галя відбила у дівчаток бажання спілкуватися з нею. У відповідальний момент вона могла підвести подруг.

Запитання для обговорення:

- На якій стадії втрати перебуває дівчинка?
- Що сприяло формуванню такої поведінки у Галі?
- Яка допомога потрібна Галі? Її матері?
- Яких фахівців необхідно залучити до роботи з цією сім'єю?

Даний приклад ілюструє неадекватну поведінку дівчинки з елементами самодеструкції (саморуйнування). У своєму житті Галя бачила лише негативні сторони сімейних стосунків, часто була об'єктом розрядки батьківського роздратування і жорстокості (вираженої в ситуації сексуального насильства) і байдужості матері. Виховання було непослідовним, і дівчинка не знала, яку реакцію батьків спровокує її поведінка. З Галею та її мамою працював психолог, який намагався допомогти матері зрозуміти реальну ситуацію в сім'ї і змінити її манеру спілкування з дочкою.

Стійка негативна оцінка поведінки дитини, інфікованої ВІЛ (а тим більше її особи в цілому) є для вихованця важкою психотравмуючою ситуацією. На тлі негативних емоційних переживань, які виникають внаслідок невдалих спроб опанувати соціальні норми, дитина починає розглядати ситуацію труднощів як ситуацію неможливості (стикаючись навіть з незначною перешкодою, дитина не бачить способів її подолання). Саме це призводить до проблем в адаптації (приспособуванні), яка може бути довгою, болісною і, почасти, — непередбачуваною. Процес адаптації завжди ініційований якимось зіткненням з середовищем і пошуком шляхів комфортного існування. Обов'язково необхідно враховувати перебіг процесу пристосування дитини до нових умов її життя і діяльності, спричинених ВІЛ-позитивним статусом, та входження у новий колектив. Підліток не може самостійно вийти з кризової ситуації шляхом самоусвідомлення, самовдосконалення, і тому діє, рухаючись шляхом найменшого опору. Це призводить до формування захисних механізмів — неусвідомлених

процесів, які покликані вберегти дитину від небажаної психотравмуючої ситуації, знімають тривогу і напругу. Оскільки діти, які перебувають у закладі, в переважній більшості ще особистісно незрілі, вони, зазвичай, володіють невеликим набором захисних стратегій і використовують їх у всіх випадках зіткнення з життєвими труднощами. Дитина стає несприйнятливою до будь-яких оцінок дорослого (вона просто «не чує» дорослого).

IV. Робота в групах. Вправа (20 хв)

«Потреби дитини, які вона задовольняє за рахунок ризикованої поведінки»

Мета вправи: навчитися визначати мотиви та причини ризикованої поведінки підлітків.

Хід вправи: учасники об'єднуються в 6 груп. Кожна група працює над обговоренням індивідуальних особливостей і потреб підлітків, які вони можуть задовольняти за рахунок ризикованої поведінки (в контексті ВІЛ-інфекції).

Тренер роздає кожній групі завдання для обговорення.

Завдання для обговорення:

1. Уявлення, переконання, які спонукають підлітків до вибору ризикованої поведінки.
2. Емоції, почуття, емоційні стани, які важко переживаються підлітками і підштовхують їх до ризикованої поведінки.
3. Вміння, навички та стереотипи поведінки, пов'язані з ризиком інфікування ВІЛ, які призводять до формування ризикованої поведінки.
4. Особисті якості, які ускладнюють адаптацію дитини, заважають їй обирати безпечні способи задоволення потреб.
5. Особистісні проблеми, які дитина намагається вирішити за рахунок ризикованої поведінки.
6. Особливості взаємовідносин підлітка з оточуючими, негативні впливи, яким він піддається ззовні.

Після обговорення завдань в малих групах кожна група презентує свої напрацювання, які обговорюються всіма учасниками тренінгу.

V. Інформаційний блок (15 хв)

Психолого-педагогічні особливості ВІЛ-позитивних дітей, котрі перебувають у закладах для дітей (продовження)

Важлива характеристика дітей (у тому числі інфікованих ВІЛ), що перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації) — наявність особистісних «новоутворень».

Найбільш ранні ознаки негативних особистісних новоутворень у підлітка проявляються при спілкуванні з оточуючими. Це і є феномен «смыслового бар'єру», який розвивається у дітей, починаючи з молодшого шкільного віку. Смысловий бар'єр виявляється в тому, що дитина ніби не чує і не розуміє того, що говорить їй дорослий. Смысловий бар'єр може виникати як щодо конкретної людини, так і щодо запропонованої дії.

Якщо дитина, керуючись минулим досвідом спілкування, негативно ставиться до дорослого (найчастіше це буває через страх або гнів, реалізація якого неможлива), вона «не сприймає» присутності цієї людини. Якщо ж від дитини наполегливо вимагати чогось, що, на її погляд, є неможливим, виникає смысловий бар'єр щодо цієї вимоги. З точки ж зору дорослої людини — немає поважних причин для того, щоб не виконати вимоги. У такому випадку дитина не тільки не виконує вимог, але і проявляє афективну негативну реакцію. Наприклад, якщо дитині постійно нагадувати, щоб вона взяла з собою окуляри, дитина почне ображено кричати, плакати, або й взагалі відмовиться йти до школи.

Ще одним новоутворенням, яке впливає на поведінку дітей, є феномен «афекту неадекватності» — негативного емоційного стану, що виникає у дітей через неуспішність в діяльності. Він характеризується або запереченням самого факту неуспіху, або небажанням визнати себе винним. Класичним прикладом афекту неадекватності є відмова дитини виконувати завдання, коли вона стикається з неуспіхом: «Це погані кубики, нехай ними інші діти граються». Проявом «афекту неадекватності» у сфері спілкування може бути феномен «неадекватного спокою» у спілкуванні. Наприклад, коли дитину просять пояснити свою незадовільну поведінку, вона говорить, що це «випадковість». Така дитина розповідає про свою дружбу з ровесниками, ніби «забуваючи» про конфлікти і бійки з ними.

У підлітковому віці серйозною причиною соціальної дезадаптації (невміння будувати стосунки з іншими людьми) дитини стає відмінність у ставленнях значущого дорослого і дитини до життєвих цінностей, суть якої — у різних уявленнях дорослого і самого підлітка про головні сфери і цінності життя. Причиною такої ситуації є те, що підліток не отримує правильних установок від значущих дорослих. Самооцінка підлітка неадекватна, і найчастіше — конфліктна (наприклад, дитина, яка має конфліктні стосунки з матір'ю, чинить всупереч її вимогам, незважаючи на те, що розуміє її правоту). Вимоги дорослого для таких підлітків залишаються «зовнішніми» (не перетворюються в дії) і особистісно не сприймаються. У такому разі підлітки поведуться ситуативно, не лише не планують своїх дій і вчинків, а й взагалі не намагаються впливати на те, що з ними відбувається.

Описані особистісні деформації підлітків, зокрема — вихованців закладів для дітей, не є психопатологією — це особистісні установки, зафіксовані і генералізовані (тобто такі, що визначають поведінку) настільки, що стали її регуляторами, які призводять до поведінкових ризиків, у тому числі і щодо інфікування ВІЛ.

VI. Динамічна вправа (10 хв)

«Що у нас спільного?»

Мета вправи: сприяти розвитку в учасників навичок узагальнення та аналізу.

Хід вправи: тренер пропонує одному з учасників (ведучому) вийти з приміщення, а іншим учасникам — об'єднатися за якоюсь ознакою (кольором волосся, одягу, зростом, тощо). Завдання ведучого — вгадати, за якою ознакою об'єдналися учасники.

VII. Інформаційний блок (15 хв)

Особливості, які потрібно враховувати при проведенні занять з профілактики ВІЛ-інфекції з дітьми, котрі перебувають у притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації

Добираючи учасників для заняття з профілактики ВІЛ-інфекції, необхідно враховувати, що оптимальна кількість учасників заняття — від 3 до 6 дітей. Також дуже важливими є взаємовідносини дітей одним між собою, їх життєвий досвід, вік і стать. Як правило, підлітки мають уповільнену реакцію, вони не відразу починають відповідати на запитання і виконувати завдання. Дітям важко контролювати і позитивні, і негативні емоції. Важливо не «заражатися» негативним емоціями дітей, а в конфліктних ситуаціях перемикаєти їх увагу. Інформація, що подається дорослим, має бути емоційно насиченою, з яскравими життєвими прикладами.

При розробці занять потрібно враховувати конкретну «життєву історію» дитини, час, який дитина прожила на вулиці, і, найголовніше — розумові можливості дитини і ступінь сприйняття інформації. Головним в роботі з дітьми є принцип «доступності інформації». За необхідності можна підказувати дітям необхідні слова; розповідаючи, використовувати візуальні матеріали, записувати ключові слова на фліпчарті, малювати. Тривалість інформаційних блоків не повинна перевищувати 15–20 хвилин. Оскільки в дітей яскраво виражена потреба в спілкуванні, дружбі, на занятті важливо сприяти неформальному спілкуванню між підлітками, підтримувати, підбадьорювати невпевнених у собі дітей, звертатися особисто до кожного, дотримуватися конфіденційності.

Особливістю підліткового віку є схильність до ризикованої поведінки і гострих відчуттів; підлітки не вміють адекватно оцінювати свої сили і не дбають про власну безпеку. Враховуючи цю особливість, при проведенні заняття слід використовувати вправи, спрямовані на відпрацювання адекватного реагування у складних ситуаціях і в ситуаціях зняття стресу.

Потрапляючи під вплив однолітків, підлітки бояться висловлювати свою думку, щоб не бути «білою вороною», тому тренер повинен заохочувати бажання дітей ділитися отриманою інформацією. Важливо ініціювати підлітків до участі у рольових іграх, спрямованих на відпрацювання навичок прийняття самостійних рішень, вміння говорити «ні».

Важливою якістю підлітків є бажання бути прийнятим у своїй соціальній ролі. У своєму прагненні сподобатися підліток дуже часто вдається до ризикованої поведінки. На жаль, схильність дітей до ризикованої поведінки не може змінитися внаслідок проведення лише одного заняття. Між отриманням навіть найцікавішої інформації про цінності здоров'я, здоровий спосіб життя і зміною поведінки в цьому напрямку може минути кілька місяців або років. Формування відповідальної поведінки — довготривалий процес. Провідні психологи вважають, що процес зміни поведінки особистості може розпочатися протягом 6 місяців. Існують певні етапи зміни поведінки.

Етапи зміни поведінки дитини	Дії фахівця (психолога, вихователя)
Дитина навіть не замислюється про те, що її звична поведінка може бути небезпечною	Звернути увагу на ризики, яких зазнає дитина, котра веде такий спосіб життя
Дитина починає замислюватися над своїми вчинками	Дати конкретну інформацію про ступінь ризику, допомогти проаналізувати всі «за» та «проти» певних норм поведінки
Дитина готова діяти, щоб змінити свою поведінку	Навчити новим навичкам поведінки, техніці самоконтролю, заохочувати успіх, допомогти змінити звичне оточення, навчити уникати ризикованих ситуацій
Дитина працює над зміною своєї поведінки	Забезпечити систему підтримки з боку оточуючих та фахівців, формувати впевненість в досягненні позитивного результату
У дитини сформовані навички позитивної поведінки	Стимулювати в дитини почуття гордості за досягнутий результат

VIII. Робота в групах. Вправа (15 хв)

«Варіанти поведінки»

Мета вправи: відпрацювати на практиці моделі поведінки; визначити, які моделі поведінки найбільш ризиковані в контексті зараження ВІЛ-інфекцією.

Матеріали: картки «Моделі поведінки»

Хід вправи: учасники об'єднуються у три групи. Тренер дає кожній із груп картку, на якій теоретично описано один з варіантів поведінки (пасивна, агресивна, відповідальна), та пропонує придумати і інсценувати приклад такої поведінки.

Після презентації результатів виконання завдання кожною з груп відбувається обговорення ситуації. Тренер підводить учасників до висновку, що лише відповідальна поведінка є безпечною щодо ВІЛ-інфікування.

Картки:

Пасивна модель поведінки

Людина поступається своїми інтересами на догоду іншим, нічого не робить для утвердження своїх прав, пригнічує свої емоції і почуття, внаслідок чого не отримує бажаного, не реалізує особисте право вибору, що призводить до депресивного стану.

Агресивна модель поведінки

Людина досягає своєї мети, ігноруючи інтереси інших, демонструючи свою агресивність, внаслідок чого може залишитися закритою для встановлення контактів. Людина залишається у виграву за рахунок інших.

Відповідальна (впевнена, або асертивна) модель поведінки

Людина поважає себе та інших, будує взаємини, враховуючи як свої власні інтереси, так і інтереси партнера. Вона впевнена в собі, живе в гармонії з собою та іншими, має більше шансів реалізуватися як особистість.

IX. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

X. Підведення підсумків (10 хв)

Важливою характеристикою дітей (у тому числі інфікованих ВІЛ), які перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації), є наявність особистісних новоутворень, які необхідно враховувати при проведенні занять з профілактики ВІЛ-інфекції. Необхідно враховувати, що між отриманням інформації про цінності здоров'я, здорового способу життя і зміною поведінки в цьому напрямку може минути кілька місяців або років. Формування відповідальної поведінки — довготривалий процес, на який дорослі можуть впливати, встановлюючи довірчі взаємини з дітьми.

ЗАНЯТТЯ 3

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ, КОТРИ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ЗАКЛАДАХ ДЛЯ ДІТЕЙ

Мета та завдання заняття

- Оволодіння навичками вираження позитивної уваги щодо дітей;
- формування розуміння природи і цінностей позитивної уваги та її відношення до дисципліни;
- формування ставлення до дисципліни як способу навчання дітей.

Оснащення

Маркери, папір, фліпчарт, стікери, презентаційні аркуші (відповідно до інформаційних повідомлень).

План заняття

I. Привітання. Вправа «Снігова куля»	10 хв
II. Актуалізація теми попереднього заняття	5 хв
III. Інформаційний блок	30 хв
Позитивна увага до дітей — основа дисципліни	
IV. Інформаційний блок	10 хв
Способи вираження позитивної уваги	
V. Динамічна вправа «Господар. Ураган»	15 хв
VI. Інформаційний блок	15 хв
Заохочення доброї поведінки у дітей	
VII. Рольова гра «Заохочення дитини до позитивної поведінки»	10 хв
VIII. Вправа «Міфи»	10 хв
IX. Інформаційний блок	10 хв
Самооцінка дитини, інфікованої ВІЛ	
X. Відповіді на запитання учасників	10 хв
XI. Підведення підсумків	10 хв
<i>Загальна тривалість заняття</i>	<i>135 хв</i>

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Снігова куля»

Мета вправи: створення доброзичливої атмосфери в групі, актуалізація уваги учасників.

Хід вправи: кожен учасник називає спочатку своє ім'я, а потім повторює імена попередніх учасників (по колу).

II. Актуалізація теми попереднього заняття (5 хв)

Тренер пропонує кожному учаснику закінчити речення: «На минулому занятті я дізнався (а) ...».

III. Інформаційний блок (30 хв)

Позитивна увага до дітей — основа дисципліни

Слово «дисципліна» може викликати безліч почуттів, аж до бажання захищатися. Протягом заняття можуть виникати моменти, які нагадують учасникам про те, як їх самих виховували, а також труднощі у спілкуванні з їх власними батьками чи дітьми щодо питань дисципліни, побоювання жорстокого поводження, тощо.

Існує стільки ж підходів до дисципліни, скільки й вихователів. Управління поведінкою дитини ставить перед вихователями найскладніші і найнеоднозначніші завдання. Усвідомлення того, що є основою дисципліни, дасть змогу надалі приймати правильні рішення в питаннях розуміння і виховання дітей.

Мозковий штурм «Дисципліна — це ...»

Тренер пропонує учасникам, висловлюючись по черзі, перерахувати асоціації, які виникають у них при слові «дисципліна», записуючи відповіді на фліпчарті.

Найчастіше вживаються визначення: «покарання», «повчання», «ляскання», «стояння в кутку», «встановлення обмежень», «залишення дитини наодинці в кімнаті», «биття по руках», «погрози», «підкорення», «вміння тримати себе в руках», «вміння володіти собою», «крик».

Тренер вивіщує на загальний огляд презентаційний аркуш:

Дисципліна:

- Дисципліна — це навчання.
- За допомогою дисципліни ми вчимо дітей цінностям і правилам, і тому повинні пояснювати, чому вони важливі.
- Дисципліна як покарання є руйнівною.
- Мета дисципліни полягає в навчанні дітей самоконтролю.
- Виявляйте позитивну увагу, реагуючи на поведінку дітей.

Дисципліна — це навчання

Корінь слова «дисципліна» — «disciple», що означає «вчитися». Але ми часто пов'язуємо дисципліну з певним покаранням за погану поведінку. Починаючи впроваджувати дисципліну, ми повинні поставити собі чотири запитання (тренер вивіщує аркуш, на якому написані запитання):

- Чому я хочу навчити дитину, використовуючи цей досвід, ситуацію або випадок?

- Чи допомагає дитині те, що я зараз роблю, навчитися цьому?
- Чи має моя поведінка якісь негативні наслідки?
- Якщо так, то як я можу вчинити по-іншому?

Тренер ініціює обговорення в групі, поставивши, наприклад, таке запитання: «Я хочу, щоб дитина перестала битися зі своїм братом. Що я можу зробити, відповідаючи на ці чотири запитання?». Якщо учасники дадуть узагальнену відповідь, на кшталт «Я хочу, щоб дитина добре ставилася до свого брата», запропонуйте їм подумати, якої конкретної поведінки вони можуть її навчити.

За допомогою дисципліни ми вчимо дітей цінностям і правилам, розумінню того, чому вони важливі. Одна з цілей дисципліни — дати дітям необхідні знання та сформувані навички, завдяки яким їх поведінка стала б менш небезпечною. Ми навчаємо їх правилами, які існують в суспільстві, а також пояснюємо, на чому ґрунтуються ці правила, щоб самоконтроль дитини базувався на розумінні того, що є важливим і чому. Без самоконтролю дітям важко втілити в життя свої цілі і мрії.

Якщо ми хочемо досягти успіху в навчанні дітей, нам потрібно бути на боці дитини, допомагати їй. З допомогою дисципліни ми допомагаємо дитині досягти успіху і впевнено функціонувати у світі.

Покарання є руйнівним. Слова «кара» чи «покарання» тісно пов'язані з дисципліною. Даючи прочуханки дітям, ми караємо їх за неправильну поведінку. Покарання травмує дитину фізично і психологічно, адже дитина втрачає самооцінку, відчуває страх, тривогу і провину. Покарання знецінює важливість дитини як людини. Образи, сарказм, висміювання, погрози, крик або фізичне покарання не є засудженням лише її поведінки, а й принижують гідність дитини загалом.

Покарання може дати тимчасовий ефект і ненадовго припинити погану поведінку. Емоційне благополуччя дитини в цьому випадку страждає, і тому покарання не прийнятне для ефективного виховання.

Крім того, коли дитина дорослішає і починає «давати відсіч», методи покарання стає все важче реалізовувати.

Пригадайте час, коли ви самі отримували прочуханки і відчували фізичний чи емоційний біль.

Тепер обміркуйте відповіді на чотири запитання (*тренер вивішує аркуш з запитаннями*):

- Чому мої батьки хотіли, щоб я навчився?
- Чи допомогли їх дії мені цьому навчитися?
- Чи були якісь негативні наслідки?
- Як би вони могли вчинити по-іншому?

Тренер пропонує учасникам поділитися своїм досвідом.

Покарання породжує негативні побічні ефекти, наприклад — обурення, страх, бажання відплати і відчуття відсутності безпеки.

Мозковий штурм «Чому важливіше навчитися дисциплінувати дітей, а не карати їх?»

Тренер пропонує учасникам висловитися з цього приводу і записує відповіді на фліп-чарті.

Покарання є зовнішнім — тим, що хтось інший нав'язує дитині, щоб контролювати її поведінку або її ставлення до себе. Дисципліна ж є внутрішньою. Мета дисципліни — навчити дітей самоконтролю.

Самоконтроль — це свідомий перехід від зовнішнього контролю до внутрішнього контролю.

Якщо дітей часто критикують і карають, вони будуть сприймати себе як людей, з якими і належить поводитися таким чином. Через це вони самі будуть ставити себе в таке становище, коли їх будуть карати і критикувати.

Якщо ми ставимося до дітей з повагою і добротою, застосовуючи конструктивну дисципліну замість покарання, вони швидше будуть шукати і створювати «хороші» випадки. Вони матимуть впевненість у собі замість ненависті до себе. Як маленькі люстерка, вони будуть відображати ставлення до них.

Діти, яких карають, думають, що так слід ставитися і до інших людей, в тому числі і до своїх власних дітей.

Приділяйте позитивну увагу.

Як і всі люди, ми схильні зосереджуватися на проблемах і приймати все позитивне як належне. Ми, як вихователі, легко помічаємо поведінку, яка нас дратує, тому ми приділяємо дітям головним чином негативну увагу.

Найважливішою рисою підходу до позитивної дисципліни є створення фундаменту позитивної уваги та заохочення в житті дитини. Всім нам подобається, коли нас хвалять люди, яких ми любимо. Визнання хорошої поведінки заохочує до такої поведінки і підвищує самооцінку.

Для дитини, інфікованої ВІЛ, надзвичайно важлива увага дорослих; діти прагнуть її отримати і тішаться, коли їм це вдається. Безумовно, позитивна увага не завжди спрацьовує. Іноді діти справді погано поведуться, і дорослі змушені вдаватися до спеціальних методів, щоб впоратися з такою поведінкою.

Тренер пропонує слухачам навести приклади, що вони роблять або говорять, коли діти добре поведуться; яку позитивну увагу вони їм надають?

IV. Інформаційний блок (10 хв)

Способи вираження позитивної уваги

Тренер вивішує презентаційний аркуш:

Способи вираження позитивної уваги дитині:

Спеціальний час

Один з найважливіших проявів уваги, які потрібні дітям, інфікованим ВІЛ — це час, проведений з вихователем, його повна увага, коли дитина дійсно відчуває свій зв'язок і

задоволення від спілкування з дорослим. Вихователі повинні знаходити можливість індивідуального спілкування з дітьми протягом робочого дня.

Рекомендації щодо того, як організувати спеціальний час:

- Виділіть спеціальний час, який ви проведете наодинці з дитиною.
- Спілкування має бути досить регулярним, щоб дитина могла на нього розраховувати.
- Цей час має бути присвячений бажанням і потребам дитини. Важливо, щоб дитина знала і відчувала, що увага вихователя належить тільки їй.

Демонстрація задоволення

Ще один спосіб демонстрації позитивної уваги полягає в тому, щоб вловити момент, коли дитина робить щось хороше, і продемонструвати своє задоволення. Поясніть дитині, чому така поведінка важлива, наприклад: «Якщо всі допомагають прибирати, ми закінчуємо прибирання швидше, і в нас залишається більше часу на ігри». Якщо дитину заохочувати до конкретної бажаної поведінки, то вона частіше буде діяти саме так.

Отримання уваги і її прояв є важливою рисою людини, діти ж потребують уваги особливо. І якщо вони не отримуватимуть позитивної уваги, то будуть навмисно поводитися погано, щоб отримати хоч негативну увагу. Проста демонстрація того, що ви помітили позитивну поведінку, допоможе вам утримувати дитину на правильному шляху.

Здатність демонструвати задоволення є важливою навичкою для дорослих і засобом підтримки дисципліни.

Іноді перед нами, дорослими, постає запитання: «Чому я повинен демонструвати дитині своє задоволення, коли дитина робить те, що вона й повинна робити?». Мета демонстрації задоволення — заохотити дитину продовжувати поводитися саме так. Коли ви відзначаєте її хорошу поведінку, ймовірно, що вона буде продовжувати її, ніж якщо ви її не помічаєте.

V. Динамічна вправа (15 хв)

«Господар. Ураган»

Мета вправи: зняття напруги, створення позитивного настрою у групі.

Хід вправи: учасники об'єднуються по троє. Двоє з них піднімають руки вгору, імітуючи будиночок, третій учасник стає поміж ними («Господар»). За командою тренера «Господар» учасники, які виконують роль «Господаря», міняються місцями. За командою тренера «Ураган» «будиночки» руйнуються, всі учасники міняються місцями і «будують» нові будиночки, в яких з'являються нові «Господарі». Кому з учасників не вистачило будиночка — той програв.

VI. Інформаційний блок (15 хв)

Заохочення доброї поведінки у дитини

Тренер вивішує презентаційний аркуш:

Шість кроків до заохочення доброї поведінки у дитини

1. Помітьте дитину.
2. Підійдіть ближче до дитини.
3. Встановіть добрий зоровий контакт з дитиною.
4. Посміхніться дитині.
5. Похваліть поведінку дитини.
6. Повторіть прохання дитині іншим способом.

Далі тренер детальніше зупиняється на кожному з кроків:

Помітьте дитину. Щоб заохотити хорошу поведінку дитини, в першу чергу її слід відмітити. Ймовірно, що помічена і визнана хороша поведінка буде продовжуватися надалі.

Підійдіть ближче до дитини. Відсутність дистанції показує, що похвала є особистою, і підсилює навіть такі прості слова, як «Дякую тобі».

Спробуйте провести такий експеримент: нехай хтось із близьких сяде в протилежному кінці кімнати і скаже щось хороше. Потім попросіть його підійти ближче і повторити ті ж самі слова — і відчуєте різницю.

Встановіть добрий зоровий контакт з дитиною. Це елементарно, проте дуже часто ми нехтуємо цим простим правилом. Нехай дитина знає, що ви говорите саме з нею: дивіться дитині прямо в обличчя, поверніться до неї всім тілом. Це дійсно говорить дитині про те, що вона особлива, і що ви хочете сказати щось особливе і важливе саме їй.

Посміхніться дитині. Вираз нашого обличчя часто несе найважливішу інформацію. Важливо посилити те, що ви промовляєте, відповідним виразом обличчя — наприклад, посмішкою.

Похваліть поведінку, а не дитину. Висловіть задоволення тим, що дитина зробила. дітям, інфікованим ВІЛ, потрібно знати, за що їм вдячні, що вони зробили для того, щоб заслужити на таку увагу. Наприклад, правильно сказати: «Мені сподобалося, що ти зібрав іграшки і поклав їх до кошика», а не: «Ти хороший хлопчик».

Важливо розуміти: така похвала дії дитини важлива сама по собі. Вона не заперечує того, що дитина повинна знати, що ви беззастережно приймаєте її такою, як вона є, безвідносно до її поведінки.

Повторіть прохання дитині іншим способом. Повторення прохання іншим способом допомагає зберегти його новим і зрозумілим.

Щоб досягти найкращого ефекту, слід виявляти позитивну увагу практично відразу після того, як ви помітили хорошу поведінку. Зауважте це відразу. Дитина відразу буде знати ваше ставлення до того, що вона робить, і це сприятиме її навчанню. Не відкладайте демонстрацію уваги на кінець дня чи навіть на п'ять хвилин.

Не промовляйте дитині автоматично увесь час ті ж самі слова: «Дякую», «Молодець». Урізноманітніть висловлення своєї похвали, не повторюйтеся і не бійтеся спонтанності. Ваші коментарі не повинні бути стереотипними або бездумними.

VII. Рольова гра (10 хв)

«Заохочення дитини до позитивної поведінки»

Мета гри: закріплення навичок прояву позитивної уваги, заохочення до позитивної поведінки.

Хід гри: тренер об'єднує учасників у три групи, в кожній групі обирає пару учасників і пропонує їм розіграти запропоновані ситуації, при цьому один з пари є тим, хто заохочує, а інший — тим, кого заохочують. Інші учасники малої групи — глядачі. Глядачі і виконавці ролей міняється місцями, щоб кожен мав змогу програти роль. Після кожної сцени глядачі визначають, які кроки до заохочення учасник зміг використати.

Ситуації:

1. Після приготування уроків дитина складає до портфеля своє шкільне приладдя.
2. Ви попрохали п'ятирічну дитину знайти свої черевики і пальто, поки ви допомагаєте одягатися трирічній дитині. Через кілька хвилин ви бачите, що дитина вже чекає на вас біля дверей, взута і одягнена.
3. Двоє дітей — трирічна і чотирирічна — сперечаються з приводу іграшки. Старша дитина дає іграшку молодшій зі словами «Бери, можеш гратися», а сама починає гратися іншою іграшкою.

Після завершення учасники у великій групі обговорюють свої почуття, відповідаючи на запитання тренера:

- Як ви себе почували?
- Що могло б подіяти краще?
- Чи виглядає така поведінка природно?
- Чи хочете ви (заохочувані) знову повторити таку поведінку?

VIII. Вправа (10 хв)

«Міфи»

Мета вправи: закріплення вивченого матеріалу.

Хід вправи: тренер пропонує учасникам висловити, що вони вважають правдою про дисципліну, а що — назвали б міфами.

Нижче наведені приклади деяких міфів і рекомендації щодо того, як їх обговорювати або «розвіювати»:

- Якщо я звертатиму увагу на щось хороше, що робить дитина, вона почне «грати роль».

Якщо ви помічаєте і заохочуєте хорошу поведінку, ви будете бачити більше її проявів, тому що діти розуміють, що таким чином вони можуть отримати вашу увагу (позитивну).

- Дітей розбещує надмірна увага.

Немає наукових доказів того, що дитині потрібно надавати багато позитивної уваги. Однак існує концепція, що якщо дитина не отримує достатньо позитивної уваги, вона продовжує її шукати, вдаючись до негативної поведінки.

- Дитина вважатиме, що її повинні хвалити щоразу, коли вона щось робить.

Діти прагнуть нашої уваги. Позитивна увага вчить дітей тому, що для нас важлива їхня поведінка.

- Діти повинні допомагати дорослим, тому що вони є членами колективу.

Діти повинні розуміти, що кожен з них є часткою колективу і повинен щось для нього робити. Проте будь-кому приємніше, коли його зусилля оцінюють, ніж просто очікують від нього певних дій.

- Простіше все зробити самому, ніж чекати чогось від дитини.

Спонування дитини до дій та заохочення її сприяє формуванню у дитини життєвих навичок.

IX. Інформаційний блок (10 хв)

Самооцінка дитини, інфікованої ВІЛ

Адекватна самооцінка є основою добрих взаємин з оточуючими. Якщо ви добре ставитеся до себе — ви здатні дбайливо ставитися до інших. Позитивні почуття легко поширюються і множаться. Чим більше позитивних повідомлень чує дитина, тим позитивніша вона у своїх взаєминах з іншими.

Розвиток адекватної самооцінки дитини полягає в зосередженні її уваги на її позитивній поведінці. Ви підвищуєте самооцінку дитини щоразу, даючи їй зрозуміти, що її поведінка позитивна, а вона сама — молодець. Розвиток самооцінки є формуючим процесом, який складається з уваги, заохочення і похвали протягом усього періоду розвитку дитини. Його можна досягти за допомогою слів чи дій, чи того та іншого одночасно.

Використовуючи три основних повідомлення, ми зможемо позитивно впливати на підвищення самооцінки дитини, інфікованої ВІЛ (тренер вивішує презентаційний аркуш з повідомленням):

- Ти можеш це зробити!
- Ти маєш хороші ідеї!
- Ти важливий!

«Ти можеш це зробити!»

Ці слова зміцнюють впевненість дитини в її здатності функціонувати в цьому світі, щось робити, допомагати собі та іншим.

Як говорити дитині: «Ти можеш це зробити!»:

Налаштуйте дитину на успіх. Розбийте завдання, яке ви пропонуєте дитині, на менші. Дитина може бути нездатною виконати всі завдання. Однак, якщо ви розіб'єте його на менші частини, то ймовірно, що вона успішно виконає якусь із них. Наприклад: можливо, Дмитрик не зможе повністю накрити на стіл, проте він, напевно, зможе покласти серветки поруч з тарілками.

Будьте реалістом. Не очікуйте від дошкільника, що він сам собі приготує сніданок або буде бавити молодшу сестру. Однак, коли йому виповниться десять років, він уже зможе впоратися з цим завданням. Діти не відразу уміють робити все. Визначте сильні сторони дитини і починайте з них.

Починайте з того, що дитина любить робити. У кожної дитини є свої власні інтереси, вона — унікальна особистість. Наприклад, Таня любить гратися в піску. І якщо ви саджатимете квіти на клумбі, то вона може допомогти вам виполоти бур'яни і посадити квіти.

Відповідайте на допомогу, яку вам пропонує дитина. Коли ви сідаєте за стіл, щоб зайнятися справами, Ваня вже поруч і хоче вам допомогти. Можна дозволити йому малювати поруч з вами — це заохотить бажання дитини допомогти вам у майбутньому.

Допомагайте дитині, але не намагайтеся зробити все самі. Наталя любить розкладати на місця продукти, але це довго, і вона не завжди кладе їх на потрібне місце. Можна підбадьорити її, хвалячи за те, що вона вже зробила: «Чудово, ти вже розклала яблука на тарілки».

Зверніть увагу на те, що дитина намагається зробити, і підбадьорте її.

Борис не відчистив увесь бруд з черевиків, проте намагається. Важливими є його зусилля.

Заохочуйте і цінують спробу дитини що-небудь зробити.

Іноді вас дратують або бентежать спроби дитини допомогти. Потім ви розумієте, що вона просто намагається долучитися до дії або імітує щось, що робили старші. Щоб допомогти дитині відчути, що її зусилля мають значення, змістіть фокус уваги на докладені зусилля, а не на результат. Важливою навичкою вихователя є здатність переключитися з розчарування на здатність помітити позитивне зусилля. Найскладніше заохочувати дітей, коли їх зусилля призвели до проблеми або маленької катастрофи.

«Ти маєш хороші ідеї!»

Приємно, коли ви відчуваєте, що вас поважають і ви компетентні у своїй професії. Ваші колеги або члени сім'ї роблять вам компліменти щодо вибору, який ви зробили, або цікавляться вашою думкою. Діти відчувають себе так само. Залучення їх до прийняття якихось простих щоденних рішень, які впливають на їхнє життя, допомагає підвищувати впевненість у їх власних розумових здібностях і заохочує їх до дій. Для забезпечення успіху у прийнятті рішень зробіть вибір дитини простішим і обмеженим. Дитини, інфікована ВІЛ, може легко запропонувати свої ідеї щодо:

- вибору гри;
- вибору казки;
- вибору одягу, який вона хоче одягнути.

Залишаючи вибір легким для дитини, пам'ятайте про те, що не потрібно включати в нього щось таке, з чим вам доведеться «боротися». Не запитуйте: «Що б ти хотів робити

сьогодні вдень?». Таке формулювання дуже розпливчате і може призвести до конфлікту. Якщо дитина скаже: «Хочу піти до зоопарку», а ви знаєте, що це абсолютно неможливо, то це означатиме, що ви створили невдалу ситуацію вибору.

Не розохочуйте дитину, якщо їй важко зробити вибір. Діти зазвичай мають багато ідей і дуже хочуть висловити свою точку зору, однак іноді вони відповідають: «Не знаю» або «Мені байдуже». Незначне ніжне задобрювання допоможе їм зрозуміти, що вас справді цікавлять їхні ідеї.

«Ти важливий»

Це повідомлення говорить дітям про те, що ви цінуєте саме їх, а не лише те, що вони роблять. Воно не зосереджене на досягненнях або на чомусь такому, що добре зроблене. Це повідомлення може бути водночас і легким — тому, що всі ми відчуваємо, що діти, інфіковані ВІЛ — особливі, і хочемо, щоб вони знали, що ми їх цінуємо, і складним, тому що це повідомлення має бути ініційоване вами, а про це легко забути, виконуючи вимоги повсякденного життя.

X. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

XI. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер підбиває підсумки заняття:

- Дисципліна — це, перш за все, послідовні і постійні дії дорослого щодо дитини. Основна мета дисципліни — навчити дітей самоконтролю, який дасть змогу зробити життя дитини безпечнішим.
- Позитивна увага до дитини сприяє формуванню у неї дисципліни, адекватної самооцінки.
- За допомогою дисципліни ми вчимо дітей цінностям і правилам, і тому повинні пояснювати, чому вони важливі.
- Дисципліна як покарання є руйнівною.
- Адекватна самооцінка є основою добрих взаємин з оточуючими.

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ

Мета та завдання заняття

Навчити учасників способам корекції проблемної поведінки дітей та дати можливість обговорити власний досвід застосування дисциплінарних втручань.

Оснащення

Маркери, папір, фліпчарт, стікери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Абетка»	10 хв
II. Актуалізація теми попереднього заняття	5 хв
III. Інформаційний блок	25 хв
Проблемна поведінка дитини	
IV. Динамічна вправа «Де м'яч?»	10 хв
V. Інформаційний блок	20 хв
Недопустимість фізичних покарань як методу контролю поведінки дитини	
VI. Інформаційний блок	10 хв
Погрози — використання страху для контролю над поведінкою дитини	
VII. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VIII. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	100 хв

I. Привітання (10 хв)

Вправа «Абетка»

Мета вправи: створення доброзичливого мікроклімату у групі, актуалізація уваги учасників.

Хід вправи: учасники по колу називають своє ім'я та особисту якість, назва якої починається на першу букву свого імені, наприклад: «Валя — весела».

II. Актуалізація теми попереднього заняття (5 хв)

Тренер позначає на фліпчарті три колонки:

1. «Що відбувалося на занятті».
2. «Труднощі, які виникали на занятті»ю

3. «Результат заняття»

Учасники по черзі висловлюються, тренер записує висловлювання, коментуючи сказане учасниками.

III. Інформаційний блок (25 хв)

Проблемна поведінка дитини

Іноді діти поведуться так, що це стає справжнім випробуванням для нас, вихователів. Подолання складної поведінки вимагає від нас чіткого усвідомлення того, чого саме ми хочемо досягти і навіщо це потрібно. Це також означає, що ми повинні дійти до згоди з нашим власним вихованням і змиритися з тими методами виховання, які застосовувалися батьками дітей, інфікованих ВІЛ, і які вони запам'ятали як надто жорсткі або суворі. Це особливо важливо для тих дітей, які пережили жорстоке поводження своїх батьків.

Тренер пропонує учасникам пояснити, як вони розуміють проблеми складної поведінки дитини, записуючи їхні висловлювання на фліпчарті.

На кожній стадії розвитку існує нормальна поведінка дітей, яка може стати надто агресивною. Часом діти проявляють агресію різними способами: вони можуть кусатися, битися, щипати, брехати або красти.

Коли дорослі надмірно реагують на таку поведінку дитини, вона може не зрозуміти, що саме спровокувало таку реакцію дорослого, і намагатиметься зробити «це» знову, щоб перевірити, чим була викликана така реакція першого разу і чи повториться вона. Дитина буде поводитися так знову і знову, і це навіть може стати нав'язливою ідеєю.

Дуже важливо зрозуміти, що дитина схильна перевіряти межі дозволеного. Коли дорослі (вихователі) ставлять чіткі рамки і дотримуються їх послідовно, діти вчаться засвоювати ці рамки (правила, цінності).

Напади гніву

Існує два різновиди нападів гніву.

Перший — це реакція дуже втомленої або збентеженої дитини на те, що від неї надто багато вимагають. Утримуючи дитину, пропонуючи їй напитися води або якимось іншим чином виявляючи своє добре ставлення, любов і підтримку, ви зможете впоратися з такою поведінкою дитини. Деяких дітей просто потрібно залишити на самоті. Дуже важливо допомогти дитині відновити її фізичний і емоційний баланс.

Другий різновид — коли дитина не є перевтомленою чи надто збудженою, а просто незадоволена тим, що вона не отримала бажаного.

Напади гніву дуже характерні для дітей, які перебувають у закладах для дітей (притулках та центрах соціально-психологічної реабілітації). Такі напади відображають внутрішню боротьбу дитини — базову боротьбу між незалежністю і залежністю. У таких випадках ваш спокій, стриманість і відсутність зайвої уваги до дитини можуть звести напади гніву нанівець.

Іноді для того, щоб угамувати дитину, досить просто опуститися до рівня її, присівши навпочіпки. Дуже добре допомагає висловлення співчуття з приводу досвіду вашої дитини

(«Я розумію, що тобі зараз погано»), а потім — демонстрація своєї стійкої, але безпристрасної позиції. Це допомагає дитині подолати її збентеження.

Тренер пропонує учасникам поділитися досвідом: «Що для вас є найбільш дієвим при подоланні нападів гніву у дітей?».

Кусання

Вихователі бентежаться, коли дитина, інфікована ВІЛ, кусається. Для деяких дітей кусання є своєрідним методом дослідження. Кусання часто пов'язують з періодами перенапруги, коли дитина втрачає контроль. Кусання може налякати саму дитину, і її слід заспокоїти, так само, як і дитину, яка була покусана.

В інших випадках дитина може кусатися, перебуваючи в стані агресивної, неконтрольованої поведінки. На дитину може подіяти заборона дорослого, але бажання кусатися у неї не мине. Завдання дорослого — навчити дитину розрізняти прийнятну і неприйнятну поведінку і запропонувати їй прийнятні альтернативи: «Що може вкусити Юра? Гумову іграшку, морквину?». Ви можете сказати: «Ти можеш вкусити морквину, їй не болітиме. Але Ірі було боляче, коли ти вкусив її за руку».

Розгляньте ситуацію як навчальну і донесіть до дитини просте і зрозуміле повідомлення. Подивіться дитині в очі, потім скажіть: «Мені це не подобається, Ірі це також не сподобалося. Кусати кого-небудь — погано. Я буду тебе зупиняти, поки ти не зможеш зупинитися сам». Вам доведеться повторювати цей процес неодноразово.

Бійки

Бійки є іншим видом поведінки, яка непокоїть більшість вихователів. Якщо дитина б'ється або кусається, вона намагається таким чином досліджувати навколишній світ, але в цьому вона може не знати міри. Причиною бійки також може бути збентеження. Дорослі зазвичай проявляють подібний стан криком.

Чому саме ми хочемо навчити дитину, яка б'є інших? Ми хочемо, щоб дитина використовувала слова замість фізичної сили, щоб вона зверталася по допомогу до дорослих або біла щось (наприклад, подушку), а не когось.

Пропонуючи дитині прийнятні альтернативні форми поведінки, слід дотримуватися таких кроків у розвитку позитивної уваги та встановленні меж:

- дивіться дитині в очі;
- говоріть просто, повільно і чітко;
- дайте дитині зрозуміти, що ви розумієте та приймаєте її почуття, але не можете дозволити їй так поводитися;
- умійте використовувати альтернативну модель поведінки, будьте послідовними. Подумайте, які логічні наслідки матиме бійка? Наприклад, внаслідок неправильної поведінки в грі дитина буде змушена гратися на самоті.

Дитині, яка б'ється, можна пропонувати ігри, які дозволяють вивільняти її агресію. Енергійні фізичні вправи, малювання, заняття з тістом та глиною добре допомагають зняти напругу.

Тренер пропонує учасникам обговорити, які ігри або види діяльності вони використовують для того, щоб дозволити дитині вивільнити агресивні почуття.

І той, хто б'є, і той, кого б'ють, потребують нашого розуміння.

Якщо діти зможуть вирішити свій конфлікт без втручання дорослих, це буде для них хорошим уроком. Якщо одна дитина вдарила іншу, і дорослим довелося втрутитися, то дуже важливо, щоб позитивний урок з цієї ситуації виніс не лише той, хто вдарив («битися не можна»), але й той, кого вдарили («не можна дозволяти, щоб тебе били [A2]»).

Тому, хто б'ється, можна пояснити, що так робити не можна, наприкладі: «Саша, Ігорю не подобається, коли його б'ють. Він не буде з тобою гратися, якщо ти будеш його бити». Не можна заборонити дітям гратися з дитиною, яка б'ється, нічого при цьому не пояснюючи.

Тренер пропонує учасникам поділитися власним досвідом щодо того, як відучити дитину від бійки.

IV. Динамічна вправа (10 хв)

«Де м'яч?»

Мета вправи: зняття напруги в учасників, активізація уваги та формування згуртованості в групі.

Хід вправи: учасники стають в коло близько один до одного, тримаючи руки за спиною. Ведучий стає в центрі кола. За командою тренера учасники за годинниковою стрілкою починають поза спинами передавати м'яч один одному. За командою тренера: «Стоп» ведучий має вгадати, в чиїх руках знаходиться м'яч. Якщо ведучий вгадує — учасник, у чиїх руках м'яч, стає ведучим, якщо не вгадує — гра продовжується далі.

V. Інформаційний блок (20 хв)

Недопустимість фізичних покарань як методу контролю за дитячою поведінкою

Фізичні методи контролю за дитячою поведінкою застосовують ті батьки, які вважають, що фізичне покарання є досить ефективним методом для того, щоб миттєво зупинити дитину, а також «розряджає атмосферу». Попри те, що напруга знята, більшість батьків відчують свою провину після фізичного покарання дитини. Батьки часто скаржаться, що дитина продовжує погано поводитися навіть після фізичного покарання.

Тренер вивішує презентаційний аркуш:

Чому не можна допускати фізичних покарань:

- Діти наслідують поведінку дорослих. Чи хочемо ми, щоб дитина засвоїла: «Якщо ти старший і сильніший, то можеш безкарно бити когось»?
- Фізичне покарання може відучити дитину від почуття відповідальності за власну поведінку.
- Дорослі повинні встановити чітку систему дисципліни, яка буде працювати протягом усього дитинства дитини.

Важливо знати **недоліки і побічні дії застосування фізичного покарання**:

- Діти імітують (повторюють) дорослих. Після покарання діти відтворюють події, і ми спостерігаємо, як вони ставлять ляльку в куток або ляскають її. Вони можуть застосовувати подібні «методи» і до своїх братів і сестер або до друзів. Дитина може відреагувати на наказ дорослого зупинитися, але не зможе впоратися з бажанням вдарити! Таку поведінку не приймуть однолітки, вчителі та інші соціальні групи. Чи хочемо ми, щоб дитина засвоїла: «Якщо ти старший і сильніший, то можеш бити когось і не відповідати за це»?
- Фізичне покарання може відучити дитину від необхідного почуття відповідальності за власну поведінку та перешкодити дитині навчитися по-іншому вирішувати конфліктні ситуації. Якщо дорослі б'ють дитину, то гнів і приниження більше зосереджуються на поведінці дорослих, а не на поганій поведінці дитини.
- Дорослі повинні якомога раніше встановити чітку систему дисципліни, яка буде працювати протягом всього дитинства дитини. Більшість дорослих, які поклалися на виховання за допомогою фізичної сили, відчувають розгублення, коли діти досягають підліткового віку: «Що нам робити? Ми вже не можемо фізично карати підлітка!».

Тренер пропонує учасникам пригадати, кого з них фізично карали в дитинстві один раз; кілька разів; багато разів? Чи пам'ятають вони, яка поведінка спричинила фізичне покарання? Що «корисного» вони засвоїли тоді? Що вони пам'ятають про власні почуття щодо поведінки батьків?

Далі тренер пропонує учасникам перерахувати причини, з яких батьки фізичного карають або не карають свої дітей, записуючи відповіді на аркуші для фліпчарту у дві колонки. Тренер додає власні припущення, щоб до переліку ввійшли наступні причини:

Деякі батьки вдаються до фізичних покарань, тому що:	Деякі батьки НЕ вдаються до фізичних покарань, тому що:
Я не знаю, чому	Вони не хочуть, щоб діти їх боялися
Це зупиняє небажану поведінку	Це дуже боляче
Вони втрачають над собою контроль	Дитина також навчиться битися
Не можуть більше нічого вигадати	Боятися, що звикнуть до фізичного насильства
Вони старші, і їм це «зійде з рук»	Це однак не завжди спрацьовує
Дитина повинна знати, хто головний	Це того не варте — короткочасна перевага не дасть довготривалого ефекту
Це те, що вони знають, бо це застосовували і щодо них	Вони відчувають провину
Їх батьки це робили, і їм це не зашкодило	Це буде неправильне послання до дитини
Бо іноді, розгнівавшись, не контролюють себе	Вони думають, що не зможуть зупинитися

Тренер. Давайте поставимо собі такі запитання щодо фізичних покарань дітей:

1. Чого я хочу, щоб дитина навчилася з цього досвіду, ситуації чи випадку?
2. Чи допомагає те, що я роблю, дитині чомусь навчитися?
3. Чи має моя поведінка якісь негативні наслідки? Чи є щось таке, про що дізнається дитина, а мені не хотілось би, щоб вона дізнавалася?
4. Якщо так, що я можу зробити по-іншому?

Запитання спонукають учасників до роздумів над тим, чому саме навчається дитина. Дехто відзначає, що виникає суперечність, коли ми фізично караємо дитину, кричимо на неї, водночас вимагаючи, щоб вона не біла інших і використовувала слова замість фізичної сили для вирішення проблем.

- Діти можуть запам'ятати, що фізична сила спрацьовує, лише якщо ти сильніший.
- Якщо ми фізично караємо дітей — ми ризикуємо нашими взаєминами, діти можуть почати нас боятися.
- Самооцінка дитини може постраждати.

VI. Інформаційний блок (10 хв)

Погрози — використання страху для контролю над поведінкою дитини

Тренер. Інша звична і неефективна реакція дорослих на проблемну поведінку дітей — використання погроз. «Я тебе тут залишу, якщо ти зараз же не підійдеш!», «Я зараз покличу бабю, і він тебе забере!» — хіба ні в кого з вас не виникало спокуси це зробити?

Давайте перевіримо ефективність наших погроз за допомогою запитань:

1. Чого я хочу, щоб дитина навчилася з цього досвіду, ситуації або випадку?
2. Чи допомагає те, що я роблю, дитині чогось навчитися?
3. Чи є якісь негативні наслідки моєї поведінки? Чи є щось, що засвоїть дитина, а я не хотів би, щоб вона вчилася цьому?
4. Якщо так, що я можу зробити інакше?

Відповідаючи на запитання, учасники обговорюють ефективність (неефективність) використання погроз у вихованні дитини.

Негативним побічним ефектом того, що дитина повірила в погрозу, є її страх бути покинутою. Якщо ж дитина не повірила в погрозу, вона засвоїла, що дорослі ніколи не роблять того, чим погрожують. Пусті залякування часто створюють нові проблеми у вихованні дітей.

VII. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VIII. Підведення підсумків (10 хв)

Для дітей — вихованців закладів для дітей (притулків та центрів соціально-психологічної реабілітації) характерні прояви різних поведінкових реакцій: нападів гніву, кусання, бійок. Завдання дорослих (вихователів, психологів, інших) — грамотно корегувати ці поведінкові реакції, виявляючи стриманість, доброзичливість, турботу.

ФОРМИ І МЕТОДИ СПІЛКУВАННЯ З ДІТЬМИ, ІНФІКОВАНИМИ ВІЛ

Мета та завдання заняття

Дати змогу учасникам:

- усвідомити важливість вербального і невербального спілкування з дітьми;
- навчитися формулювати «Я-висловлювання»;
- повправлятися в методах ефективного спілкування з дітьми.

Оснащення

Маркери, папір, фліпчарт, стікери, гумовий або пластиковий м'ячик.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Побажання»	10 хв
II. Актуалізація знань, отриманих на попередньому занятті	5 хв
III. Вправа «Загрозливий велетень»	15 хв
IV. Керована візуалізація «Як зі мною розмовляли в дитинстві»	25 хв
V. Інформаційний блок	20 хв
Комунікація як спосіб взаємодії	
VI. Динамічна вправа «Карлики і велетні»	10 хв
VII. Інформаційний блок	25 хв
Ефективне спілкування з дітьми	
VIII. Вправа «Я-висловлювання»	10 хв
IX. Відповіді на запитання учасників	10 хв
X. Підведення підсумків	10 хв
Загальна тривалість заняття	140 хв

I. Привітання (10 хв)

Вправа «Побажання»

Мета вправи: створення позитивного мікроклімату і довірчих взаємин в групі.

Хід вправи: учасники, ставши в коло, бажають один одному чогось приємного на сьогоднішній день, перекидаючи один одному м'яча і одночасно промовляючи своє побажання (воно має бути коротким, бажано однослівним). Той, хто впіймав м'яча, кидає його наступному учаснику, висловлюючи своє побажання. Вправа триває доти, поки м'яч не побуває у всіх учасників.

II. Актуалізація знань, отриманих на попередньому занятті (5 хв)

Тренер починає фразу: «На минулому занятті ми говорили про ...», а кожен з учасників по черзі додає декілька слів.

III. Вправа (15 хв)

«Загрозливий велетень»

Мета вправи: дати змогу учасникам пережити ті емоції, які може відчувати дитина, інфікована ВІЛ — маленька і безсила перед дорослими.

Тренеру: порадьте учасникам якомога серйозніше поставитися до цієї вправи. Продемонструйте їм вправу і виконуйте її разом з ними.

Хід вправи: учасники об'єднуються у пари, в яких один («Дорослий») стоїть (можна на стільці), а інший («Дитина») — сидить на підлозі. Нехай той, хто стоїть, тричі промовить: «Я тебе люблю», дивлячись на «Дитину», яка сидить на підлозі. Той, хто сидить на підлозі, промовляє ті ж самі слова, дивлячись вгору.

Потім той з учасників, хто стоїть («Дорослий»), дивлячись униз, тричі проказує: «Я дуже на тебе сердитий», причому щоразу голосніше. Той, хто сидить на підлозі («Дитина»), повторює ці ж дії, дивлячись угору.

Далі учасники міняються ролями і повторюють обидві частини вправи, а потім — сідають в парах один навпроти одного, і кожен по разі повторює: «Я дуже на тебе сердитий».

Після завершення вправи учасники висловлюють та обговорюють свої почуття, відповідаючи на запитання тренера.

Запитання до учасників:

- Що ви відчували, коли чули: «Я тебе люблю» у кожному положенні?
Зазвичай учасники відповідають, що у положенні «знизу вгору» вони ніби підлещувалися до того, хто стоїть над ними, а в положенні «згори донизу» — відчували певну зверхність.
- Що ви відчували, коли чули: «Я дуже на тебе сердитий»?
На це запитання зазвичай відповідають так: «силу», «незручність», «відповідальність», «вказівку».
- Як ви почувалися, коли ви стояли, а ваш партнер казав: «Я дуже на тебе сердитий!»?
Більшість учасників зізнаються, що вони відчували контроль над собою і були роздратовані, але не налякані.
- Що ви відчували, сидячи на підлозі і слухаючи, як хтось розлючено промовляє зверху?
Як то воно — сердитися на когось, хто підноситься над тобою?
Більшість учасників відзначають, наскільки вразливими і наляканими вони почувалися, коли лютує від цього гучного голосу ніби падала на них, і як безуспішно вони намагалися спроектувати свою злість вгору.
- Як ви почувалися, виконуючи вправу, сидячи поруч один з одним?

Більшість погодиться, що в такому положенні набагато зручніше було і чути, і висловлювати злість.

Ця вправа дуже дієва для більшості учасників, адже допомагає зрозуміти почуття дитини, інфікованої ВІЛ, яку хвалить або сварить дорослий.

Запитайте в учасників, як досвід, винесений з цієї вправи, може вплинути на їхнє ставлення до дітей, інфікованих ВІЛ?

Фахівці, які працюють з дітьми, часто зауважують, що якщо не дуже упевнену в собі дитину підняти вище (наприклад, на стілець), то це ніби заохочує її висловлювати свої думки і почуття переконливіше.

Якщо дитина переживає спалах гніву, а ви опустилися до рівня її очей, то це вже певною мірою допомагає втамувати спалах. Дитина може стати гнучкішою у своїй поведінці та емоційно стабільнішою. Така поведінка дає дитині невербальне повідомлення про те, що вона також важлива.

IV. Керована візуалізація (25 хв)

«Як зі мною розмовляли в дитинстві»

Тренеру. Запропонуйте учасникам зручно влаштуватися, якщо це можливо — вимкніть світло в кімнаті. Повідомте учасникам, що ви проведете з ними керовану візуалізацію, яка допоможе їм пригадати, як з ними розмовляли, коли вони були дітьми. Нагадайте їм, що зараз вони в безпеці, але якщо комусь ця вправа неприємна, то можна відмовитися її виконувати (наприклад, почекати в іншій кімнаті, випити чаю).

Прочитайте текст повільно і спокійно, роблячи довгі паузи між реченнями, щоб учасники встигли створити зорові образи:

«Зробіть кілька глибоких вдихів: «вдих — видих», «вдих — видих» Я хочу, щоб з кожним видихом ви все більше занурювалися в дитинство. Ось минула підліткова пора Минуло дев'ять років Тепер вам шість років

Зараз ви — маленька дитина. Я хочу, щоб ви пригадали час, коли ваше спілкування було позитивним ... Коли ви відчували справжній зв'язок з близькою людиною, тому, що вона приязно з вами розмовляла Можливо, слухала вас Заохочувала Подумайте зараз про той час Згадайте ту мить Пригадайте, як ви почувалися? На мить затримайте те почуття.

... А тепер залиште минуле і поверніться до сьогодення. Відпочиньте кілька хвилин і поверніться».

Запропонуйте учасникам за бажанням поділитися власним досвідом. У яких ситуаціях вони відчували себе добре, комфортно? Як з ними тоді розмовляли?

Нагадайте учасникам, що ви готові допомогти, якщо ця вправа викликала якісь складні почуття чи спогади.

V. Інформаційний блок (20 хв)

Комунікація як спосіб взаємодії

Якщо б ми ніколи не спілкувалися з іншими людьми, ми були б емоційно ізольовані. Позитивне спілкування підтримує наше здоров'я, тому що ми маємо зв'язок з іншими людьми.

За допомогою спілкування ми ділимося інформацією, переконаннями, ставленнями і думками з іншими людьми. Комунікація — це не те ж саме, що домовленість. Комунікація допомагає людям взаємодіяти, навіть якщо вони не дійшли згоди один з одним. Якщо наше спілкування відкрите, безперервне, то воно може спрацювати як клапан регулювання тиску в наших взаєминах. Таким чином, за допомогою комунікації нам вдається попереджувати виникнення проблем у стосунках. Маючи конструктивні моделі спілкування, ми швидше і менш уразливо виходимо з конфліктних ситуацій, які іноді виникають через втрату контролю над емоціями.

Однак, під час вирішення конфлікту важливо, щоб і дорослий, і дитина «грали» чесно, психічно врівноважено, не під впливом наркотиків, алкоголю чи інших стимуляторів. Часто діти, та й деякі дорослі, під впливом емоцій додають образливі вербальні і фізичні елементи до конфлікту. У такому емоційному стані не можна вирішувати проблеми — перш ніж починати спілкування, варто зачекати, поки емоції вщухнуть і настане слухний час.

Мозковий штурм «Чому ефективне спілкування є важливим?»

Тренер пропонує учасникам завершити речення і записує їх відповіді на фліпчарті.

Деякі можливі відповіді перераховані нижче. За бажанням їх можна додати до тих, які запропоновані в групі.

- Ефективне спілкування покращує наші взаємини. Воно впливає на їх початок і закінчення. Особливо важливо закласти засади для позитивного спілкування з дітьми, інфікованим ВІЛ, щоб вони могли звернутися до нас, коли в них виникне потреба обговорити щось важливе.
- Ефективне спілкування допомагає нам відчувати себе потрібними. Воно плекає нашу власну самооцінку, самооцінку друзів і дітей.
- Ефективне спілкування допомагає зробити взаємини прозорими і відкритими. Коли все ясно і зрозуміло, навколишній світ видається нам безпечнішим.

VI. Динамічна вправа (10 хв)

«Карлики і велетні»

Мета вправи: зняти напругу, створити доброзичливу атмосферу в групі.

Хід вправи: всі учасники стають колом. За командою тренера «Велетні!» всі стоять, а за командою «Карлики!» — присідають. Учасники повинні уважно стежити за словами тренера, який намагається їх заплутати, виконуючи дію, протилежну команді (присідаючи за командою «Велетні!»).

VII. Інформаційний блок (25 хв)

Ефективне спілкування з дітьми

Дітям, інфікованим ВІЛ, необхідно чути схвальні та позитивні слова. Щоб узнати, наскільки успішно ви спілкуєтеся з дитиною, досить поспостерігати за її реакцією, коли ви говорите.

Дітям потрібна підтримка і заохочення в тому, які вони є, і в тому, чого вони намагаються досягти. Дисципліни і встановлення меж можна досягти конструктивним способом і з позитивним ставленням до дітей. Це вимагає від вихователів практики та оволодіння навичками спілкування з дітьми.

Можна розмовляти, підбадьорюючи, використовуючи слова і фрази, які позитивно діють на дитину. Потрібно вчитися ефективно їх застосовувати і потім використовувати, спілкуючись з дітьми.

Ось деякі рекомендації і фрази, які допоможуть вам спілкуватися з дитиною, інфікованою ВІЛ, позитивно й ефективно.

Як ефективно спілкуватися з дитиною:

- Встановіть хороший зоровий контакт, щоб привернути увагу дитини.
- Присядьте, щоб бути на рівні очей дитини, або підніміть дитину до рівня своїх очей.
- Говоріть короткими реченнями.
- Говоріть повільно.
- Говоріть приємним голосом або тоном.
- Обирайте позитивні слова і фрази.
- Скажіть дитині, що ви хочете, щоб вона зробила, а не те, чого ви не хочете; те, що вам подобається, а не те, що вам не подобається.

Ще декілька порад:

1. Давайте вказівки в позитивній, а не негативній формі.
- Коли необхідно щось заборонити дитині, включіть позитивну рекомендацію щодо того, де і коли дитина може робити те, що вона хоче зробити: «Недобре бігати в кімнаті. Можеш вийти надвір і побігати там».
 - Щоб перемкнути увагу дитини, запропонуйте вид діяльності, якомога ближчий до того, чим дитина займається чи хоче займатися. Наприклад, якщо дитина стукає по скляному журнальному столику, запропонуйте: «Давай візьмемо твій барабан і постукаємо по ньому».
 - Поясніть дитині причину заборони: «Тут небезпечно. Тут їздять машини».
2. Надавайте дитині можливість вибирати тільки тоді, коли ви хочете, щоб вона зробила вибір і прийняла рішення.
- Приймаючи якесь важливе рішення, спробуйте надати маленький шанс дитині: «Час лягати спати (важливе рішення). Вирішуй, в якій піжамі ти хочеш сьогодні спати (маленьке рішення)».

- Пропонуючи дитині зробити вибір і прийняти рішення, зважте, наскільки вона спроможна прийняти дане рішення, чи відповідає це її вікові і рівню розвитку: «Моєш вибрати три іграшки, щоб взяти з собою»; «Хочеш одягти червоний чи синій светр?»; «Моєш вирішувати, чи встигнеш приготувати уроки, якщо будеш дивитися фільм».

3. Обирайте такі слова і інтонацію, щоб дитина відчувала себе впевнено і стабільно, а не почувалася винною і присоромленою.

- Звинувачення на кшталт «поганий хлопчик» чи «неслухняна дівчинка» є руйнівними для самооцінки дитини, бо сприймаються нею як засудження її самої, а не її поведінки. Зосередьте увагу на певній поведінці, яку необхідно змінити, а не на дитині як на особистості. Замість того, щоб сказати: «Ти поганий хлопчик, я ж казала тобі — не перебивай старших», спробуйте сказати: «Перебивати старших недобре. Треба почекати, поки вони закінчать розмову».

4. Допоможіть дитині зрозуміти мотивацію вашої заборони.

- Пояснюйте дитині, чому ви не можете дозволити їй чинити так, як вона хоче: «Якщо питимеш холодну воду, то можеш захворіти, а я хочу, щоб ти був здоровим»; «Не можна залишати іграшки на підлозі, бо хтось може перечепитися і впасти».
- Зосереджуйте увагу на емоціях, які, можливо, призвели до поведінки: «Цікаво, що його так розлютило, що він тебе вдарив?»; «Іноді, коли люди втомлені, вони стають дуже дратівливими».

5. Уникайте порівнянь між дітьми, однак застосовуйте індивідуальне визнання досягнень і розвитку дитини.

Нереалістична або нещира похвала швидко знецінюється, а та, що спрямована на конкретну особу — запам'ятовується надовго, наприклад: «Я бачу, як гарно в тебе виходить малювати».

6. Найефективнішими для дитини є прості, повільно сказані і чіткі фрази.

- Краще використовувати короткі, однослівні повідомлення.
- Спілкування буде ефективнішим, якщо говорити низьким тоном, повільно і неголосно.
- Встановлення зорового контакту перед тим, як щось сказати, економить час і зусилля. Однією з умов ефективного спілкування з дітьми є обмеження «Ні-висловлювань».

Як обмежити «Ні-висловлювання» у спілкуванні з дітьми:

- Чим більше діти чують «Ні», тим більше вони схильні порушувати ваше «Ні». Замість того, щоб говорити: «Ні, не чіпай це», «Ні, не грайся там», ми можемо працювати над тим, щоб зробити їх оточення місцем, де ми можемо говорити «Так», наприклад: «Давай пограємось в м'яча надворі» або «Візьми краще ось це».

Тренер пропонує учасникам навести приклади спілкування з дитиною, коли замість «Ні» можна казати «Так».

- Облаштуйте кімнату так, щоб вона була «дружньою» до дитини, щоб в ній було якомога менше «спокус», заборонених дитині — предметів, ласощів, розваг, і ви зможете обмежити необхідність казати «Ні».
- Обмежуючи свої «Ні» і посилюючи поведінку, спрямовану на співпрацю, ви доб'єтесь такої поведінки від дитини. Якщо діти отримують достатньо уваги за «правильні» вчинки і дії, вони швидко засвоюють, що з дорослими краще співпрацювати.

Уявіть собі, як би ви почувалися, чуючи довкола себе самі лише «Ні», «Ні», «Ні»: «Ні, цього не роби», «Ні, цього не чіпай», «Ні, роби так». Найімовірніше — дуже розсердилися б, були б ображені і агресивні, розчаровані.

Більшість з нас переходить до дорослого життя, навмання навчаючись говорити і слухати для того, щоб інші люди нас розуміли. Однак, лише спілкування з дитиною може показати важливість слів, які ми обираємо, і того, як ми їх говоримо.

В повсякденному житті виникає безліч ситуацій, коли дітям, інфікованим ВІЛ, заради їх власної безпеки і заради визнання потреб інших дітей виставляють обмеження. Протягом короткого часу дитина може почути щось на кшталт: «Не грайся м'ячем у кімнаті», «Не чіпай Василька», «Не виходь на вулицю роздягненим», «Я тобі вже казала, щоб ти не кидав іграшки посеред кімнати», «Не грайся за їжею», «Неслухняний хлопчик, ти ж знаєш, що так не можна робити ...».

Звичайно, між цим говориться багато інших позитивних слів. Проте як ви будете почуватися, щодня чуючи такі коментарі — впевнено чи розчарованим?

Процес виховання дитини, інфікованої ВІЛ, супроводжують безліч відчуттів — злість, розчарування, біль, смуток, радість, гордість, щастя та інші. Ми можемо навчати дітей почуттів, розповідаючи їм про свої почуття. Діти будуть слухати і поважати наші почуття доти, поки ми будемо самовиражатися без звинувачень і оцінок. Ми швидше залучимо їх до співпраці, відмовившись від звинувачень і висловлюючи почуття за допомогою «Я-висловлювань».

Приклади перефразування «Ти-висловлювань» на «Я-висловлювання»:

«Ти-висловлювання»	«Я-висловлювання»
«Ти перебиваєш — це грубо!»	«Я розчаровуюсь, коли не можу закінчити те, що намагаюся сказати!»
«Ти знову все порозкидав у кімнаті!»	«Я серджуся, коли бачу іграшки, розкидані по всій кімнаті!»
«Ти ніколи не даєш мені ні хвилини спокою!»	«Зараз мені потрібно трішки побути наодинці!»

VIII. Вправа (10 хв)

«Я-висловлювання»

Мета вправи: навчитися висловлювати свої власні почуття дітям, застосовуючи «Я-висловлювання» при спілкуванні з ними.

Хід вправи: тренер роздає учасникам картки (додаток 1); кожен учасник заповнює форму, підбираючи «Я-висловлювання» замість негативного «Ти-висловлювання», після чого презентує їх на загал. Кілька прикладів учасники за бажанням розігрують в парах.

Додаток 1

Як формулювати «Я-висловлювання»

- «Я-висловлювання» висловлюють наші почуття щодо дитини, інфікованої ВІЛ.
- «Я-висловлювання» допомагають нам уникнути звинувачення чи агресії щодо дитини, інфікованої ВІЛ.
- «Я-висловлювання» складається з трьох частин:

Я відчуваю _____,
(відчуття, почуття)

коли _____,
(ситуація)

через те, що _____
(причина)

Як і більшість з нас, діти, інфіковані ВІЛ, починають захищатися, якщо їх звинувачують у чомусь або якщо до них чіпляються. Якщо ми зможемо змінити наше ставлення до них, навчившись спілкуватися без звинувачень та оцінок, вони швидше зможуть виправити помилки у своїй поведінці.

IX. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

X. Підведення підсумків (10 хв)

Тренер. Подумайте, яким ресурсом ми служимо для дітей, інфікованих ВІЛ — чи є ми позитивними, життєрадісними і схвальними? Чи ми негативно налаштовані, розчаровані і пригнічені? Якщо діти чують тільки заперечення, їх охоплює відчуття безнадійності: «Навіщо намагатися, якщо все марно?». Таке ставлення знижує мотивацію дітей, наприклад, на навчання. Вони можуть знати відповіді на запитання, можуть мати ідеї, але боятимуться сказати, а, тим більше — зробити щось неправильно. У такій ситуації їм складно приймати самостійні рішення.

Навчитися розмовляти з дітьми, інфікованими ВІЛ, говорячи «Так», розвивати схвальне ставлення до дітей, поки вони ростуть і розвиваються — це та спадщина, якою вони послуговуватимуться протягом усього життя.

ПОВІДОМЛЕННЯ ДИТИНИ ЇЇ ВІЛ-СТАТУСУ

Мета та завдання заняття

Навчити слухачів:

- розпізнавати психологічні проблеми, з якими стикаються діти, інфіковані ВІЛ;
- використовувати набуті знання та вміння при повідомленні дитині її ВІЛ-статусу.

Оснащення

Маркери, папір, фліпчарт, стікери.

План заняття

I. Привітання. Вправа «Чи уважні ви?»	10 хв
II. Вправа «Втрата». Обговорення	20 хв
III. Інформаційний блок	25 хв
Психологічні стани, що виникають у дитини, яка переживає втрату, горе	
IV. Інформаційний блок	15 хв
Як повідомити дитині про ВІЛ-позитивний діагноз	
V. Відповіді на запитання учасників	10 хв
VI. Підведення підсумків. Вправа «Гарного настрою!»	10 хв
<i>Загальна тривалість заняття</i>	<i>90 хв</i>

I. Привітання. Вправа (10 хв)

«Чи уважні ви?»

Мета вправи: створення позитивного мікроклімату і довірливих стосунків у групі, актуалізація уваги.

Хід вправи: учасники об'єднуються в пари і стають один до одного спинами так, щоб не бачити партнера. По черзі кожен описує якомога більше предметів одягу свого партнера. Після виконання вправи учасники діляться емоціями, коротко обговорюють вправу.

II. Вправа (20 хв)

«Втрата»

Мета вправи: продемонструвати учасникам приклади втрат, які може мати дитина, яка потрапила до закладу (притулку або центру соціально-психологічної реабілітації дітей). Дати можливість учасникам пережити і усвідомити почуття, які виникають в результаті втрати.

Обладнання: різнокольорові нитки, картки з написами «Дитина», «Сім'я», «Любов», «Дім», «Здоров'я», «Освіта», «Права», «Віра», «Надія», «Майбутнє».

Хід вправи: тренер роздає учасникам картки з ролями «Сім'я», «Любов», «Дім», «Здоров'я», «Освіта», «Права», «Віра», «Надія», «Майбутнє». Ті, хто отримав картки, чекають, поки тренер запросить їх взяти участь у дійстві. У центр виходить учасник, який отримує картку з роллю «Дитина». Цей учасник повинен висловлюватися від імені дитини.

Тренер починає розповідь, поступово запрошуючи до кола учасників з відповідними ролями. Входячи до кола, кожен з них береться за один кінець нитки, який подає тренер; за інший кінець нитки береться гравець, який виконує роль дитини. Таким чином «Дитина» поступово опиняється в колі, сполучена з іншими учасниками різнокольоровими нитками.

Тренер. Зараз я розповім вам історію, яка мала місце в реальному житті.

«Жила собі дівчинка. Вона зростала щасливою дитиною. У неї були мама, тато, бабуся, дідусь, старший брат. У дівчинки була сім'я (тренер вводить в коло учасника з роллю «Сім'я» і сполучає його ниткою з «Дитиною»). Всі дуже любили дівчинку, і вона знала, що таке справжня любов (тренер сполучає «Дитину» з учасником «Любов»). Сім'я була заможною і жила у великому і затишному домі (тренер сполучає «Дитину» з учасником «Дім»). Дівчинка росла здоровою (протягається нитка до «Здоров'я»). Навчалася дівчинка в кращій гімназії міста і отримувала освіту (нитка «Освіта»). Так задовольнялися права дівчинки, і вона з надією дивилася в майбутнє і вірила, що так буде завжди (фінальні нитки — «Права», «Надія», «Майбутнє», «Віра»).

Але впродовж року багато що змінилося. Батько і старший брат загинули в автокатастрофі. Мама не змогла перебороти горе і знайшла розраду в горілці. Бабуся і дідусь, не витримавши таких втрат, померли один за одним. Так у дівчинки не стало сім'ї (тренер перерізає нитку «Сім'я»), дівчинка втратила любов рідних (перерізається ниточка «Любов»), у неї не стало дому (тренер перерізає ниточку «Дім»), тому що мама продала його за борги. Дівчинка разом з мамою опинилась на вулиці. Вона почала хворіти і втратила здоров'я (тренер обрізає ниточку «Здоров'я»). Вона перестала ходити до школи (тренер обрізає ниточку «Освіта»). Права дівчинки не забезпечувалися (тренер перерізає ниточку «Права»), оскільки поруч з нею не було дорослих, і не було кому про неї подбати. Дівчинка перестала вірити (тренер перерізає ниточку «Віра») у своє майбутнє (перерізає ниточку «Майбутнє»). Лише слабка іскорка надії жевріла в її душі (остання ниточка, «Надія», залишається цілою)».

Тренер ініціює зворотний зв'язок з учасниками рольової гри, ставлячи їм запитання.

Запитання до «Дитини»:

- Що ти зараз відчуваєш?
- Яка втрата була найважчою?

- Як ти ставишся зараз до оточуючого світу?
- Як ти гадаєш, що на тебе чекає в майбутньому?
- Чи довіряєш ти людям?

Запитання до інших учасників:

- Що ви відчували, коли перерізали ниточки?
- Що ви хотіли сказати дитині?
- Як, на вашу думку, можна допомогти дитині в цій ситуації?

Тренеру важливо в ході висловлювань учасників відновлювати втрачені зв'язки з «Дитиною» (зв'язуючи ниточки).

Тренер. Зазвичай ми визначаємо себе та інших людей за тими важливими стосунками і ролям, які ми виконуємо в житті. Якщо ми втрачаємо важливі зв'язки і ролі, наше відчуття того, хто ми є і як нас сприймають інші, спричиняє серйозні емоційні втрати. Відчуття належності до сім'ї дає дитині цінний життєвий імунітет, втрату якого часом важко заповнити.

III. Інформаційний блок (25 хв)

Психологічні стани, що виникають у дитини, яка переживає втрату, горе

Діти, які потрапляють до закладів для дітей, зазвичай мають негативний життєвий досвід. Особливо це стосується дітей з ВІЛ-інфекцією.

Дорослим дуже важливо розібратися в минулому дитини, в досвіді, який вона має. Зазвичай для такої дитини цей досвід потрібно розглядати в контексті поняття «втрата».

Втрата — це позбавлення того, чим володів, відокремлення від чогось.

Перший етап, який переживає дитина, інфікована ВІЛ (зазвичай старша 10 років) — це етап заперечення та ізоляції. Цей етап характеризується небажанням говорити, відстороненістю, намаганням переконати інших людей в тому, що все гаразд. Дорослим в цей період необхідно проявити до дитини максимум терпіння і підтримки.

Другим етапом є гнів. Він проявляється у безпричинних сварках з оточуючими, постійному пошуку «винних». На цьому етапі марно вчити дитину конструктивному вирішенню конфліктів. Важливо заспокоїти дитину і переорієнтувати на іншу діяльність.

Третім етапом є депресія. Під час депресії дитині, інфікованій ВІЛ, властиві відстороненість, небажання спілкуватися і співпрацювати з іншими, млявість, плаксивість, сонливість. Дитина відчуває безвихідність ситуації, вона нездатна діяти, планувати і думати про майбутнє. Важливо пам'ятати, що поведінка інфікованої ВІЛ дитини на цьому етапі буде обумовлена індивідуальними особливостями дитини, серед яких головне місце займає темперамент. Чим більше у дитини виражені риси меланхоліка, тим більше вона схильна

до депресивної поведінки (також це стосується і флегматиків). І навпаки — діти-холерики або сангвініки можуть поводитися агресивно.

Подолання емоційних наслідків втрати відбувається на етапі розуміння і прийняття. На цьому етапі дитина, інфікована ВІЛ, реально сприймає втрату і розуміє, що насправді сталося і чому. Дитині, яка досягла цього етапу, важко пояснити (залежно від віку та розвитку), чому вона відчуває певні емоції (сум, провину, радість). Дитина не завжди може ідентифікувати свої емоції та правильно їх озвучити. Поруч з дитиною на цьому етапі повинен бути дорослий, який допоможе їй вийти з образу «поганої дитини».

У поведінці дитини, інфікованої ВІЛ, розуміння і прийняття втрати виражається в наступному:

- дитина починає висловлювати надії на краще майбутнє, контролює свої почуття;
- дитина вчиться керувати болісними почуттями. Вона починає розуміти, що для людини відчуття смутку — природне, але існують прийнятні і неприйнятні шляхи прояву цих почуттів.

На жаль, через обмежені емоційні та інтелектуальні можливостей діти можуть на кожній новій стадії повертатися до страждання. Постійне перебування з дитиною, інфікованою ВІЛ, вимагає від дорослого певних якостей: терпіння, вміння контролювати свої емоції і психологічні реакції.

IV. Інформаційний блок (15 хв)

Як повідомити дитині про ВІЛ-позитивний діагноз?

Життєвий досвід дітей, які потрапляють до закладів для дітей, іноді настільки негативний, що дорослим доводиться докладати значних зусиль, щоб допомогти дитині пережити втрати, яких вона зазнала.

Розмова з дитиною на тему ВІЛ-інфекції, повідомлення діагнозу дитині — одне з найбільш спірних питань, які виникають в контексті виховання та підтримки дітей, які живуть з ВІЛ. Багато хто вважає, що дітям не потрібно знати їх діагноз. Часто дорослі не наважуються розповісти дитині про її ВІЛ-статус, побоюючись, що:

- дитина розповість іншим людям, дітям, що може призвести до дискримінації щодо дитини, усієї родини;
- завдадуть дитині психологічної травми, і дитина самоізолюється;
- дитина може зосередитися на думці про смерть, та інше.

Проте енергія, яка витрачається на збереження таємниці, спричиняє недовіру і напругу у стосунках з дитиною. Дорослим, які опікуються дитиною, слід бути готовими до повідомлення їй діагнозу. Від того, наскільки кваліфіковано це зроблено, часом залежить не лише поведінка дитини в майбутньому, але і її самовідчуття та самоусвідомлення. Перед розмовою з дитиною слід подбати про те, щоб дитина правильно зрозуміла отриману інформацію. Дорослим необхідно оцінити відповідність рівня психічного розвитку, когнітивних здібностей, життєвого досвіду та віку дитини, і діяти, керуючись цими даними.

Розкриття діагнозу — довготривалий процес, який включає в себе кілька етапів:

1. Задоволення цікавості дитини з приводу необхідності частого відвідування лікаря, здачі аналізів крові та лікування.
2. Інформування дитини, формування у неї знань про свій діагноз, особливості перебігу хвороби.
3. Допомога дитині в усвідомленні сутності проблеми, особливостей поведінки, необхідності лікування.

Дорослим необхідно бути максимально чесними з ВІЛ-позитивними дітьми, давати дітям інформацію відповідно до їх розвитку. Адекватна реакція дорослих на запитання, їх щирість і відвертість створюють атмосферу довіри і допомагають дітям перебороти тривогу і страх.

Після встановлення діагнозу дитині потрібен час і можливості для того, щоб підготуватися до змін у її житті.

V. Відповіді на запитання учасників (10 хв)

Тренер відповідає на запитання учасників за темою заняття.

VI. Підведення підсумків. Вправа (10 хв)

«Гарного настрою!»

Мета вправи: створити в учасників позитивний настрій на завершення заняття.

Хід вправи: учасники по колу бажають один одному гарного настрою, розпочинаючи кожне побажання словами: «Бажаю тобі гарного настрою, (ім'я), ... ».

Література до розділу:

1. Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки: посіб. для спец. приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній/[О. В. Безпалько, Н. В. Зимівець, І. В. Захарченко та ін.]; за заг. ред.: Р. Х. Вайноли, Т. Л. Лях. — К.: ТОВ «ДКБ «РОТЕКС», 2007.
2. Андреева А. Д. Як допомогти дитині пережити горе//Питання України. — 1991. — № 2.
3. Вахромов Е. Е. Особенности общения с подростком в процессе его психолого-педагогической реабилитации//Психология общения. — М.: 2000
4. Дивицина Н. Ф. Социальная работа с детьми групп риска. — М., 2005.
5. Догляд і підтримка дітей, народжених ВІЛ-позитивними батьками: Навч. посібник «Планування сім'ї для людей, які живуть з ВІЛ»/МОЗ України, 2008.
6. Дубровський Є. В., Грачова О., Алексеєнко М. К. Покращення реабілітаційного простору в закладах соціального захисту для дітей: методичні матеріали для спеціалістів/ВГО «Жіночий консорціум України». — Київ, 2009.
7. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. — СПб., 2001
8. Люди и ВИЧ. Книга для неравнодушных. 5-е издание/Под ред. Пурик Е. П.,. Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине. — К., 2009.
9. Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології — К.: Главник, 2008.
10. Социально-психологическая работа с ВИЧ-положительными детьми и их семьями: процесс раскрытия ВИЧ-статуса ребенку. Методическое пособие. — Киев, 2010.
11. Трошихина Е. Г. Тренинг развития жизненных целей. — СПб.:, 2002.
12. Інформаційно-освітній журнал «Інформація. Погляди. Світогляд». № 12, 2008 р; № 16, 2009 р.
13. Снайдер Ди. Курс выживания для подростков. http://www.koob./snayder_dee/
14. Шихи Гейл. Возрастные кризисы. http://www.koob.ru/sheehy_geil

Розділ 4

ЗАХИСТ ПРАВ ДІТЕЙ В КОНТЕКСТІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Тема «ВІЛ/СНІД та діти» завжди була і залишається досить болючою, гострою і неоднозначною — як в соціальному значенні, так і в юридичному.

На жаль, з кожним роком все збільшується кількість дітей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, а отже — і більшає їх у закладах для дітей (притулках, центрах соціально-психологічної реабілітації). Діти, яких безпосередньо торкнулася проблема ВІЛ-інфекції, як правило, відразу ж потрапляють в поле зору органів та установ, які покликані захищати їхні права та інтереси. Та, не зважаючи на те, що останніми роками законодавство України щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу розвивається та удосконалюється, наближаючись до міжнародних законодавчих норм, людям, які працюють у сфері захисту прав дітей, часто доводиться вирішувати питання, складні не лише з юридичної, а й з моральної точки зору. Не завжди вдається знайти чітку та однозначну відповідь щодо того, як юридично грамотно вчинити в тій чи іншій ситуації, не порушивши прав дитини, а іноді — і власних прав.

Вирішуючи питання щодо захисту прав дітей, інфікованих ВІЛ, доводиться керуватися, у першу чергу, загальним законодавством щодо захисту прав дітей, адже діти, які живуть з ВІЛ-інфекцією, мають ті ж самі права, що й будь-які категорії дітей. В статті 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» йдеться про те, що ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД громадяни України користуються всіма правами і свободами, передбаченими Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

Не вдаючись до аналізу сучасного законодавства у сфері захисту прав дітей та у сфері ВІЛ/СНІДу, зазначимо лише перелік найуживаніших законодавчих, підзаконних та інших нормативно-правових актів щодо захисту прав дітей та захисту прав ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, тому що у кожному конкретному випадку, коли йдеться про захист прав дитини, доводиться звертатися до цих законодавчих документів безпосередньо, а не керуватися загальним аналізом. При пошуку необхідних документів доцільно користуватися офіційними електронними сайтами — наприклад, www.rada.gov.ua, www.rada.nau.ua — їх перевага перед офіційними друкованими виданнями в тому, тут завжди публікуються найостанніші версії документів, з офіційно прийнятими змінами та доповненнями. При цьому слід пам'ятати, що вищу юридичну силу мають закони, а вже тоді — підзаконні акти.

Ннаведемо низку конкретних запитань та ситуацій, на які на практиці доводилося відповідати фахівцям державних структур та установ для дітей.

Розділ містить такі частини:

1. Перелік державних законодавчих актів та нормативних документів щодо захисту прав дітей.
2. Перелік державних законодавчих актів та нормативних документів у сфері ВІЛ/СНІДу.
3. Захист прав дітей в контексті ВІЛ-інфекції: запитання та відповіді.

1. Перелік законодавчих актів щодо захисту прав дітей

Акти Верховної Ради України:

- Сімейний кодекс України.
- Цивільний кодекс України.
- Закон України «Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей» (24 січня 1995 року, № 20/95-ВР).
- Закон України «Про охорону дитинства» (26 квітня 2001 року, № 2402-III).
- Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» (21 червня 2001 року, № 2558-III).
- Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» (13 січня 2005 року, № 2342-IV).
- Закон України «Про основи соціального захисту бездомних громадян і безпритульних дітей» (2 червня 2005 року, № 2623-IV).
- Закон України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» (05 березня 2009 року, № 1065-VI).

Укази Президента України:

- Указ Президента України «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» (16 грудня 2011 року, № 1163/2011).

Постанови Кабінету Міністрів України:

- Постанова КМУ від 9 червня 1997 року № 565 «Про Типове положення про притулок для дітей».
- Постанова КМУ від 26 квітня 2002 року № 564 «Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу».
- Постанова КМУ від 26 квітня 2002 року № 565 «Про затвердження Положення про прийомну сім'ю».
- Постанова КМУ від 28 січня 2004 року № 87 «Про затвердження Типового положення про центр соціально-психологічної реабілітації дітей».
- Постанова КМУ від 27 грудня 2005 року № 1291 «Про затвердження Типового положення про соціально-реабілітаційний центр (дитяче містечко)».
- Постанова КМУ від 15 березня 2006 року № 310 «Про затвердження Типового положення про СОС-дитяче містечко».
- Постанова КМУ від 31 січня 2007 року № 81 «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним

батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках сімейного типу та прийомних сім'ях за принципом «гроші ходять за дитиною».

- Постанова КМУ від 21 грудня 2005 року № 1251 «Про затвердження Порядку організації виїзду дітей за кордон на відпочинок та оздоровлення».
- Постанова КМУ від 30 серпня 2007 року № 1068 «Про затвердження типових положень про службу у справах дітей».
- Постанова КМУ від 24 вересня 2008 року № 866 «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини».
- Постанова КМУ від 8 жовтня 2008 року № 905 «Про затвердження Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей».

Відомчі накази:

- Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 28.02.2007 р. № 588 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді і служб у справах неповнолітніх у процесі створення та забезпечення діяльності прийомних сімей та дитячих будинків сімейного типу».
- Наказ Державного департаменту з усиновлення та захисту прав дитини Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 18.06.2008 р. № 82 «Про удосконалення роботи служб у справах дітей щодо розвитку сімейних форм виховання».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 20.06.2008 р. «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 р. «Про затвердження Переліку захворювань, які дають право на усиновлення хворих дітей без дотримання строків перебування на обліку в центральному органі виконавчої влади, до повноважень якого належать питання усиновлення та захисту прав дітей, а також до досягнення дитиною п'яти років»
- Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 08.11.2001 р. № 454/471/516 «Про затвердження Переліку медичних показань, що дають право на отримання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років».
- Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 30.04.2002 р. № 226/293/169 «Порядок надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам».
- Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства транспорту та зв'язку України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного департаменту України з питань виконання покарань від 14.06.2006 р. № 1983/388/452/221/556/596/106 «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах».

- Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і Міністерства освіти і науки України від 19.09.2006 р. № 3185/656 «Про вихованців притулків для неповнолітніх та центрів соціально-психологічної реабілітації дітей».
- Спільний наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2006 р. № 3297/645 «Про затвердження Порядку медичного обслуговування дітей у притулку для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей та схеми обстеження їх у лікувально-профілактичних закладах».
- Наказ Міністерства закордонних справ України від 29.11.1999 р. № 207-а «Про затвердження Правил ведення обліку громадян України, які постійно проживають або тимчасово перебувають за кордоном, та дітей — громадян України, які всиновлені іноземцями».

Міжнародні документи:

- Конвенція ООН про права дитини (ратифіковано Постановою ВР № 789-ХІІ від 27.02.10991)

2. Перелік законодавчих актів у сфері ВІЛ/СНІДу

Акти Верховної Ради України:

- Закон України «Про Загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» від 5 березня 2009 р. № 1065-VI.
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ.
- Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» від 19 лютого 2009 р. № 1026-VI.
- Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12 грудня 1991 р. № 1973-ХІІ.

Постанови Кабінету Міністрів України:

- Постанова Кабінету Міністрів України від 10 липня 1998 р. № 1051 «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунodefіциту людини або хворим на СНІД».
- Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 1998 р. № 2026 «Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними».
- Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 р. № 148 «Про затвердження Типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді».

Відомчі накази:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.11.2002 р. № 448 «Про затвердження методичних рекомендацій «Організація медичної допомоги та догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.12.2002 р. № 502 «Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.04.2007 р. № 182 «Про затвердження Клінічних протоколів».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
- Спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614-а «Про затвердження «Інструкції про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям».

3. Захист прав дітей в контексті ВІЛ-інфекції: запитання та відповіді

1. Яка відповідальність настає за розголошення статусу ВІЛ-інфікованої або хворої на СНІД особи?

Стаття 132 Кримінального кодексу України гласить: «Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на СНІД та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових чи професійних обов'язків, карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років з позбавленням права займати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого».

2. Чи мають право батьки розголошувати ВІЛ-статус дитини?

Прямої вказівки на це в законодавстві немає.

Стаття 155 Сімейного кодексу України «Здійснення батьківських прав та виконання батьківських обов'язків», частина 2, гласить: «Батьківські права не можуть здійснюватися всупереч інтересам дитини».

Отже, в разі, якщо розголошення статусу призвело до завдання шкоди дитині, дії батьків можуть бути визнані як несумлінне виконання батьківських обов'язків.

3. Чи може неповнолітня дитина сама, без відома батьків чи законних представників, пройти обстеження на ВІЛ? Чи повинні медичні працівники повідомити про результати обстеження батькам або іншим особам, які представляють інтереси дитини?

Згідно положень Закону України «Про запобігання захворювання на СНІД і соціальний захист населення», статті 7 «Медичний огляд з метою виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду», статті 9 «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», самостійно дитина не може звернутись до медичного закладу з метою обстеження на ВІЛ.

Проте стаття 8 Закону гласить: «За бажанням особи, яка звернулася до закладу охорони здоров'я для проведення медичного огляду, такий огляд може бути проведено анонімно».

Отже, юридичний аналіз цієї норми дозволяє зробити такі висновки: оскільки Закон допускає анонімне обстеження, то цілком імовірно, що неповнолітній може скористатися правом на обстеження і без згоди своїх законних представників, і в такому випадку йому не потрібно надавати документ, який вказує на його вік.

4. Хто може ініціювати обстеження дитини на ВІЛ?

Стаття 7 Закону України «Про запобігання захворювання на СНІД і соціальний захист населення» гласить:

— «Медичний огляд з метою виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду».

До досягнення дітьми повноліття їх законними представниками в усіх інстанціях, а також при вирішенні питань, що мають юридичне значення, є батьки, опікуни (піклувальники), усиновителі чи керівники установ, у яких вони перебувають на вихованні.

Отже, ініціювати обстеження дитини на ВІЛ можуть батьки або особи, які їх замінюють (опікуни, піклувальники, усиновителі, керівники установ).

Крім того, згідно з п. 80 постанови КМУ від 8 жовтня 2008 р. № 905 «Про затвердження Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей» кандидати в усиновлювачі після встановлення контакту з дитиною мають право провести додаткове медичне обстеження дитини виключно у державному або комунальному закладі охорони здоров'я в присутності представника служби у справах дітей та дитячого або іншого закладу, в якому проживає (перебуває) дитина, чи прийомних батьків, батьків-вихователів, опікуна, піклувальника.

5. Чи можна провести обстеження дитини на наявність ВІЛ-інфекції в приватній клініці?

Стаття 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення» гласить:

«Право проведення медичного огляду та видачі офіційних висновків про його результати надається лише державним і комунальним закладам охорони здоров'я, що мають відповідно обладнані спеціальні лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України».

6. Чи можуть діти, інфіковані ВІЛ, перебувати в дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах разом з іншими дітьми?

Чи повинні при наявності в закладах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування дітей, інфікованих ВІЛ, створюватися для них окремі групи?

Щодо цього питання в сучасному законодавстві є певні суперечності:

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.11.2002 № 448 «Про затвердження методичних рекомендацій «Організація медичної допомоги та догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах» ВІЛ-інфіковані діти без клінічних проявів захворювання або зі слабо вираженою симптоматикою можуть перебувати в дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах різних типів (у тому числі в будинках дитини, дитячих будинках і школах-інтернатах):

— спільно з іншими дітьми, якщо кількість ВІЛ-інфікованих дітей чи дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (до уточнення діагнозу), менше шести осіб у групі;

— в окремих групах, якщо кількість ВІЛ-інфікованих дітей чи дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками (до уточнення діагнозу), більше шести;

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям (п. 1.7.), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614 а, п. 7.1.: «ВІЛ-інфіковані діти, позбавлені батьківської опіки та піклування (далі діти-сироти), які виховуються в будинках дитини, дитячих будинках, школах-інтернатах, будинках інвалідів (далі — закладах), утримуються в зазначених закладах на загальних підставах. Відокремлення дітей сиріт в окремі групи, відділення, класи сприяє розвитку ізоляційних порушень, депривації, самостигматизації». (Обидва документи є чинними!).

Позаяк дія міжвідомчого наказу поширюється на установи та заклади, що належать, відповідно, до цих відомств, то заклади для дітей мають керуватися останнім документом.

7. Чи повинна дитина, яка потрапила до притулку для дітей служби у справах дітей, проходити тестування на ВІЛ-інфекцію?

Єдиним документом серед підзаконних актів України, що вимагає обов'язкового проведення тестування (і який власне, не відповідає припису ч. 3 ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення») є Порядок медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабі-

літації дітей (далі — Порядок), затверджений Спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я України від 22 жовтня 2004 року № 625/510.

У Порядку чітко не зазначено, що медичний огляд, до якого входить і аналіз на ВІЛ-інфекцію, є обов'язковим, але на обов'язковість робиться наголос у деяких пунктах.

Згідно із Законом України «Про запобігання захворюванню на синдром імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» та Постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 роки» були розроблені підзаконні акти, що так само передбачають право на добровільний медичний огляд та тестування для виявлення ВІЛ-інфекції, це:

— Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними;

— Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, згідно яких тестування для виявлення ВІЛ-інфекції може бути проведено тільки після усвідомленої та добровільної згоди пацієнта. Це означає, що пацієнту надано зрозумілою для нього мовою у доступній формі достатньо інформації, він зрозумів позитивні та негативні наслідки виявлення свого ВІЛ-статусу, дав письмово підтверджену згоду на проходження тестування або відмовився від нього чи відклав своє рішення щодо його проходження без будь-якого примусу. Тиск або примушення до проходження тестування неприпустимі. Добровільність передбачає також відсутність примусу щодо прийняття рішення стосовно зміни ризикованої поведінки особою, яка звернулась за послугами ДКТ.

У Порядку є окремий розділ «Особливості консультування підлітків». Так, для успішного консультування підлітків необхідна атмосфера довіри, яка буде неможливою у разі авторитарної позиції консультанта, його надмірної повчальності. Тому особливо важливим є проведення консультації з неповнолітнім віч-на-віч, за винятком тих випадків, коли він висловлює бажання, щоб його батьки/інші законні представники були присутні під час консультації. При консультуванні необхідно обов'язково враховувати специфіку різних вікових груп підлітків. Потреби підлітка при консультуванні можуть різнитися в залежності як від віку, рівня його психічного розвитку, так і від соціального статусу.

Чинна редакція Порядку медичного обслуговування дітей у притулках для неповнолітніх служби у справах неповнолітніх, центрах соціально-психологічної реабілітації дітей не містить норм про усвідомлену та добровільну згоду дітей на проведення щодо них медичного огляду на ВІЛ-інфекцію.

8. Чи має право директор закладу відмовитися від прийняття до закладу дитини, інфікованої ВІЛ?

Стаття 18 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення» забороняє відмовляти в прийнятті таких осіб у лікувальні установи, наданні їм медичної допомоги, обмеженні інших прав на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими або хворими на СНІД, а також обмежувати права їхніх рідних і близьких на цій же підставі.

9. Хто в закладі для дітей має право бути поінформованим про ВІЛ-статус дитини?

Стаття 8 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення» гласить:

«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».

До досягнення дітьми повноліття їх законними представниками в усіх інстанціях, а також при вирішенні питань, що мають юридичне значення, є батьки, опікуни (піклувальники), усиновителі чи керівники установ, у яких вони перебувають на вихованні (якщо це діти-сироти). Отже, про ВІЛ-статус дитини-сироти має право знати директор закладу, в якому перебуває дитина-сирота, як її законний представник.

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям (п. 7.2.), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 року № 740/1030/4154/321/614-а, вказує на наступне:

- з метою якісної організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям в організованих дитячих колективах медичний спеціаліст має бути поінформований щодо позитивного статусу дитини;

- медична документація дітей зберігається у спеціально відведеному для цього місці, не доступному адміністрації закладу, членам колективу та учням;

- вимога адміністрації або членів колективу не може бути підставою для надання їм медичної документації будь-якого пацієнта.

Отже, про ВІЛ-статус дитини, яка перебуває в закладі (якщо це не дитина-сирота), має право знати тільки медичний спеціаліст.

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям (п. 7.2.) також наголошує, що:

- керівники державних закладів, у яких виховуються ВІЛ-інфіковані діти-сироти, не мають права розголошувати інформацію про ВІЛ-статус дитини.

Проте на практиці дуже складно дотриматися цієї вимоги. Наприклад, та ж Інструкція гласить, що:

- ВІЛ-інфіковані діти-сироти забезпечуються посиленням харчуванням з розрахунку: 25–50 % загального калоражу додатково до вікової потреби.

Процес харчування дітей в закладі забезпечує обслуговуючий персонал — наприклад, кухарі. Для того, щоб забезпечити дитині (дітям) посилене харчування (понад норми харчування), керівник закладу повинен видати відповідний внутрішній наказ; далі хтось із персоналу (наприклад, вихователь) мусить простежити, щоб посилене харчування отримала саме та дитина (діти), яким воно призначене.

Зрозуміло, що у працівників закладу виникають запитання щодо того, чому саме цим дітям призначено додаткове харчування, особливо якщо щодо цього відсутнє відкрите пояснення.

10. Чи має медичний працівник школи, дошкільного закладу, спеціального закладу для дітей, в якому перебувають діти, інфіковані ВІЛ, знати про ВІЛ-статус таких дітей?

Чи мають право медичні працівники закладу для дітей знати про ВІЛ-статус дитини, щоб убезпечити себе від інфікування під час виконання службових обов'язків?

Відповідно до Інструкції про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 року № 740/1030/4154/321/614 а, п. 6.4,

— «З метою якісної організації медичної допомоги дітям в організованих дитячих колективах....медичний спеціаліст має бути інформований щодо позитивного ВІЛ-статусу дітей».

Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 29.11.2002 № 448 «Про затвердження методичних рекомендацій «Організація медичної допомоги та догляд за ВІЛ-інфікованими дітьми у дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладах», частини «Організація перебування ВІЛ-інфікованих дітей та дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, в організованих колективах»,

— питання про направлення ВІЛ-інфікованих дітей з сімей, а також дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, до дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів, у т. ч. будинків дитини, дитячих будинків, дитячих будинків-інтернатів, шкіл-інтернатів, тощо (ймовірно, що до цього переліку можна віднести і спеціальні заклади для дітей), вирішується за поданням територіального центру профілактики і боротьби зі СНІДом або комісією у складі дитячого лікаря-інфекціоніста, лікаря-педіатра та завідуючого поліклінічним відділенням лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини.

Перед направленням дитини до навчального закладу спеціалісту територіального центру профілактики і боротьби зі СНІДом, лікарю-інфекціоністу або епідеміологу необхідно провести бесіду-роз'яснення щодо перебування ВІЛ-інфікованих дітей та догляду за ними з персоналом закладу.

Крім того, в рамках Меморандуму про взаємопорозуміння та співпрацю, укладеного Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту з МБО «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» здійснено підготовку медичних працівників спеціальних закладів для дітей щодо роботи з дітьми, інфікованими ВІЛ.

При направленні дитини до закладу батьків (опікунів) попереджують про те, що перебування їхньої дитини в дитячому колективі підвищує ризик його захворювання на будь-яку інфекцію з тяжкими ускладненнями через імунodefіцитний стан.

Медичний працівник у разі виконання своїх службових обов'язків, надаючи медичну допомогу пацієнту, має вдаватися до необхідних засобів попередження зараження ВІЛ, незалежно від того, чи є пацієнт інфікованим ВІЛ.

Іншими словами — медичний працівник апріорі повинен вживати таких заходів безпеки, ніби кожен його пацієнт може бути інфікованим ВІЛ.

11. Чи несе кримінальну відповідальність медичний працівник закладу для дітей, якщо він відмовляється надати медичну допомогу дитині, у якої внаслідок поранення виникла кровотеча, мотивуючи свою відмову тим, що дитина інфікована ВІЛ?

Стаття 139 «Ненадання допомоги хворому медичним працівником» Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» гласить:

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, — карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

Отже, медичний працівник зобов'язаний надати медичну допомогу дитині, яка такої допомоги потребує. Ненадання допомоги кваліфікується як кримінальне правопорушення.

При цьому він (медпрацівник) зобов'язаний використовувати засоби, як убезпечують його від можливого зараження — одноразові рукавички, стерильні маски тощо. Забезпечення медпрацівника такими засобами покладається на адміністрацію лікувального закладу.

Стаття 30 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» гласить:

«Власник (уповноважений ним орган) закладу охорони здоров'я, персонал якого проводить діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, подає лікувальну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, а також контактує з кров'ю та іншими матеріалами від інфікованих осіб, зобов'язаний забезпечити працівників необхідними засобами захисту згідно з переліком та нормативами, встановленими Кабінетом Міністрів України, а також умови для проходження за бажанням таких працівників медичних оглядів з метою виявлення зараження ВІЛ-інфекцією.

При проведенні робіт, зазначених у частині першій цієї статті, працівники, виконання професійних обов'язків яких пов'язане з ризиком інфікування вірусом імунodefіциту людини, зобов'язані користуватися відповідними засобами захисту».

12. Чи можуть у районній лікарні відмовитися прийняти дитину на лікування з травмою (переломом кінцівки), мотивуючи тим, що дитина — інфікована ВІЛ, а лікарня — не спеціалізована, і тут перебувають інші діти?

За законом, особи, інфіковані ВІЛ, мають такі ж самі права, як і всі інші — у тому числі і на медичну допомогу, і ущемлювати їх у цьому праві заборонено.

Як гласить Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», стаття 18,

— «Забороняється відмова у прийнятті до лікувальних закладів, у поданні медичної допомоги, ущемлення інших прав осіб на підставі того, що вони є ВІЛ-інфікованими чи хворими на СНІД, а також ущемлення прав їх рідних і близьких на цій підставі».

13. Яку відповідальність несуть медичні працівники закладу для дітей, якщо внаслідок недбалого виконання ними службових обов'язків сталося інфікування дітей ВІЛ?

Згідно статті 131 Кримінального кодексу України, «Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби»:

1. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, — карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило зараження двох чи більше осіб, — карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

14. Якщо дитина, інфікована ВІЛ, виховується у релігійній сім'ї і батьки заперечують проти будь-якого медичного втручання, чи обов'язково така дитина має проходити лікування?

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям (п. 1.4.), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 року № 740/1030/4154/321/614-а, вказує на наступне:

— медична допомога пацієнтам віком до 14 років або недієздатним особам здійснюється за заявою/письмовою згодою її законних представників.

Надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою відповідно до статті 284 Цивільного кодексу України.

Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного згідно із статтею 285 Цивільного кодексу України.

При письмовій відмові батьків або законного представника від обстеження дитини, яка має загрозливий життєвий стан та клінічні ознаки ВІЛ-інфекції, лікар ініціює обстеження і подальше спостереження у встановленому порядку.

Отже, якщо стан дитини такий, що це загрожує її життю, то лікар зобов'язаний повідомити про відмову від лікування орган опіки та піклування, і дозвіл на лікування дитини буде видано органом опіки та піклування за місцем її проживання.

15. Чи може ВІЛ-інфікована дитина бути усиновленою іноземними громадянами без дотримання строків їхнього перебування на обліку в Міністерстві соціальної політики України?

Перелік захворювань, які дають право на усиновлення хворих дітей без дотримання строків перебування на обліку в центральному органі виконавчої влади, до повноважень якого належать питання усиновлення та захисту прав дітей, а також до досягнення дитиною п'яти років, затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2011 р. № 973. До нього віднесена і хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), що проявляється у вигляді злоякісних пухлин (код згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб В 21 (В 21.0-В 21.3; В 21.7-В 21.9).

16. Якщо в усиновленої дитини виявлено ВІЛ-інфекцію, чи є це підставою для скасування усиновлення?

ВІЛ-інфекція не є причиною для обмеження можливості усиновлення дитини. У цьому випадку усиновителі повинні бути попереджені про хворобу дитини, поінформовані про перебіг і можливі наслідки захворювання.

Стаття 238 Сімейного кодексу України передбачає лише таку медичну підставу для скасування усиновлення:

«Усиновлення може бути скасоване за рішенням суду, якщо дитина страждає недомством, на психічну чи іншу тяжку невиліковну хворобу, про що усиновлювач не знав і не міг знати на час усиновлення».

ВІЛ-інфекцію (та кінцеву її стадію — СНІД) можна розглядати як тяжку невиліковну хворобу. Отже, у разі, якщо на момент усиновлення кандидати в усиновлювачі не були поінформовані про наявність у дитини ВІЛ-інфекції, або якщо медичні аналізи на час усиновлення не показали наявності ВІЛ-інфекції, то усиновлення може бути скасоване за рішенням суду.

17. Чи можуть ВІЛ-інфіковані особи усиновити дитину, інфіковану ВІЛ, адже вони мають практичний досвід застосування АРВ-терапії, інші знання та навички, необхідні для догляду за ВІЛ-інфікованою особою?

Відповідно до п. 22 Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 905 від 08.10.2008 р., особи, які бажають усиновити дитину, подають, серед інших документів, висновок про стан здоров'я за установленною формою, який передбачає і графу «ВІЛ-інфікованість». Отже, особи, інфіковані ВІЛ, не можуть бути усиновлювачами.

18. Чи може ВІЛ-інфікована дитина бути влаштована в прийомну сім'ю, дитячий будинок сімейного типу?

ВІЛ-інфекція не є перешкодою для розміщення дитини в прийомну сім'ю або дитячий будинок сімейного типу за наявності відповідних висновків органів опіки та піклування і закладів охорони здоров'я.

19. Чи може дитина-сирота чи дитина, позбавлена батьківського піклування, бути влаштована в сім'ю, де один з подружжя — ВІЛ-інфікований або хворий на СНІД?

Відповідно до п. 8 ч. 1 ст. 212 Сімейного кодексу України, не можуть бути усиновлювачами особи, які страждають на хвороби, перелік яких затверджений Міністерством охорони здоров'я України (див. питання 17).

Такі ж обмеження ставляться і до осіб, які беруть дитину в сімейні форми влаштування (під опіку, в прийомну сім'ю, дитячий будинок сімейного типу).

До переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20.08.2008 р. № 479, віднесена і хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) (шифр за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб (розладів) та споріднених проблем охорони здоров'я В 20 — В 24).

Крім того, відповідно до п. 39 Порядку провадження органами опіки та піклування діяльності, пов'язаної із захистом прав дитини, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 866 від 24.09.2008 р., діти-сироти чи діти, позбавлені батьківського піклування, не можуть бути влаштовані в сім'ї осіб, які за станом здоров'я не можуть виконувати обов'язки щодо виховання дітей.

20. Якщо дитина, інфікована ВІЛ, виховується у прийомній сім'ї, то чи повинні прийомні батьки мати спеціальну підготовку з догляду за такими дітьми?

Згідно статті 9 Положення про прийомну сім'ю, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 26 квітня 2002 року № 565, для прийомних батьків, які виховують дітей, уражених ВІЛ-інфекцією, відділи у справах сім'ї, дітей та молоді, разом з закладами охорони здоров'я організовують навчання з догляду за такими дітьми не рідше одного разу на рік за програмою, затвердженою Мінсім'ямолоддю разом з МОЗ, або ж така програма затверджується іншими відповідними центральними органами виконавчої влади.

21. Якщо ВІЛ-інфікована дитина виховується у прийомній сім'ї, то чи мають право прийомні батьки на додаткову відпустку чи звільнення від роботи для догляду за дитиною, якщо її стан здоров'я того потребує?

Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення», стаття 21, гласить:

«Батьки дітей, інфікованих вірусом імунодефіциту людини або хворих на СНІД, та особи, які їх замінюють, мають право на:

- спільне перебування в стаціонарах з дітьми віком до 14 років із звільненням на цей час від роботи з виплатою допомоги по тимчасовій непрацездатності у зв'язку з доглядом за хворою дитиною;

- збереження за одним із батьків у разі звільнення його з роботи у зв'язку з доглядом за дитиною віком до 16 років безперервного трудового стажу для нарахування допомоги по тимчасовій непрацездатності за умови влаштування на роботу до досягнення дитиною зазначеного віку;

- одержання щорічної відпустки у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми 16 років».

22. Чи мають право діти, інфіковані ВІЛ, на пенсійне забезпечення чи інші грошові виплати?

Згідно Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», статті 23,

— «Дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунodefіциту людини або хворим на СНІД, призначається щомісячна державна допомога у розмірі, встановленому Кабінетом Міністрів України».

Розміри цієї допомоги визначає Постанова Кабінету Міністрів від 10 липня 1998 р. № 1051 «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунodefіциту людини або хворим на СНІД»: починаючи з 1 січня 1999 року дітям віком до 16 років, інфікованим вірусом імунodefіциту людини або хворим на СНІД, щомісячна державна допомога виплачується у розмірі двох неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Розмір неоподатковуваного мінімуму доходів громадян, починаючи з 02.09.1996 року і до сьогодні, становить 17 грн.

Крім того, згідно Переліку медичних показань, що дають право на отримання державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 08.11.2001 року № 454/471/516, ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД діти визнані дітьми-інвалідами. Порядок виплати державної соціальної допомоги на дітей-інвалідів у віці до 16 років передбачені в «Порядку надання державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, Міністерства праці і соціальної політики України від 30.04.2002 року № 226/293/169.

Інвалідність дітям призначається лікарсько-консультативними комісіями (ЛКК) дитячих лікувально-профілактичних установ.

23. Чи обов'язково дитині необхідно повідомляти про її ВІЛ-статус? В якому віці це варто зробити?

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям (п. 1.7.), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 року № 740/1030/4154/321/614-а, вказує на наступне:

— розкриття ВІЛ-статусу дитині проводиться за згодою її батьків або законного представника. Вік дитини, прийнятний для розкриття ВІЛ-статусу, визначається в індивідуальному порядку в залежності від ступеня зрілості дитини, здатності утримувати таємницю та урахування характерологічних особливостей.

Рішенню щодо розкриття ВІЛ-статусу передуює всебічна оцінка психічного розвитку, психологічної зрілості та базових знань дитини, імунної системи, ВІЛ-інфекції, з анатомії, основ імунології, інфекційних захворювань, шляхів передачі ВІЛ та засобів профілактики.

Розкриття ВІЛ-статусу здійснюється у звичному для дитини місці з можливим залученням психолога в умовах доброзичливості з наданням вичерпної інформації щодо подальшої поведінки серед оточуючих, особливостей перебігу хвороби, сучасних підходів до лікування з прогнозом позитивного результату.

Після розкриття ВІЛ-статусу дитині забезпечується соціально-психологічна підтримка, спрямована на усвідомлення і толерантне ставлення до отриманої інформації, попередження саможигматизації через різні форми (групи взаємодопомоги, консультації за принципом «рівний — рівному», консультації психолога та по телефону).

Довідкові джерела до розділу:

www.rada.gov.ua

www.rada.nau.ua

www.zakon.nau.ua

www.ditu.gov.ua

www.stop-aids.gov.ua

