



Альянс
громадського здоров'я

ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ

ЗАПОБІГАННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ
КЛЮЧОВИХ ГРУП
(З ОСОБЛИВИМ АКЦЕНТОМ
НА ПАЦІЄНТІВ ЗПТ)
МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ
ШЛЯХОМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІДХОДУ
ДІАЛОГУ «КЛІЄНТ – ЛІКАР»

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

КИЇВ 2023





Альянс
громадського здоров'я

ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ

ЗАПОБІГАННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ
КЛЮЧОВИХ ГРУП
(З ОСОБЛИВИМ АКЦЕНТОМ
НА ПАЦІЄНТІВ ЗПТ)
МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ
ШЛЯХОМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІДХОДУ
ДІАЛОГУ «КЛІЄНТ – ЛІКАР»

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК



КИЇВ 2023



Автор: **Костянтин Талалаєв**

При участі **Леоніда Власенка** та **Галини Корнієнко**

Ідея та редакція: **Мирослава Андрущенко**

Верстка: **Ірина Сухомлинова**

Літредакція і коректура: **Ольга Плевако**

Запобігання дискримінації ключових груп (з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар». Навчально-методичний посібник – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2023. – 140 с.



Видано за фінансової підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках реалізації програми «Прискорення прогресу в зменшенні тягаря туберкульозу і ВІЛ-інфекції в Україні», яка реалізується за підтримки Глобального фонду.



ВСТУП	5
ПРО ТРЕНІНГ	6
ГЛОСАРІЙ	7
ПІДГОТОВКА ТРЕНІНГУ	9
ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА	9
ПІДГОТОВКА ДО ЗАХОДУ	11
СКЛАДОВІ ЕТАПИ ПІДГОТОВКИ	12
1. Організаційна діяльність	12
2. Формування групи	12
3. Інформаційна підготовка	13
4. Місце проведення	14
5. Матеріали та обладнання	14
6. Тривалість тренінгу	17
7. Планування порядку денного	17
8. Логістичні особливості	18
9. Залучення експертів, консультантів та тренерів	19
10. Профілактика синдрому емоційного вигорання	19
Чи можна запобігти емоційному вигоранню?	20
ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ НА ЗАВЕРШАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ТРЕНІНГУ	21
Чек-лист по місцю проведення	21
Чек-лист по тренерах	24
Чек-лист по обладнанню	25
Чек-лист по роздаткових матеріалах	26
Чек-лист по датах	27
ПРОВЕДЕННЯ ТРЕНІНГУ	29
РОЗПОЧИНАЄМО ТРЕНІНГ – ПРОЦЕС ІЗ ПРИЄМНИМ ЗМІСТОМ	29
Не ігноруйте можливості учасників!	29
Деталізуйте завдання для кожної вправи або діяльності	30
Дебрифінг наприкінці кожної вправи	30
Повторення	30
Зворотний зв'язок	31
ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОЇ ГРУПИ	31
I етап – «Вступний»	31
II етап – «Активізація спілкування»	32
III етап – «Згладжування кутів»	32
IV етап – «Спільне прагнення»	33
РЕЦЕПТ ЗАЛУЧЕННЯ СОЮЗНИКІВ	33
Інтерпретація сигналів, які група надсилає тренеру	34
ПРИКЛАДИ ГРУПОВИХ ЗАВДАНЬ ТА ВПРАВ	34
Далі ми наводимо описи та приклади різних групових завдань	35

**ЗРАЗКИ ПРОГРАМ ОДНОДЕННИХ ТРЕНІНГІВ ІЗ ЗАПОБІГАННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ 37****ТРЕНІНГ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ 37**

1. Привітання учасників та учасниць тренінгу. Представлення тренерів.
Обговорення порядку денного та регламенту роботи. Мета і завдання тренінгу. 39
2. Визначення правил роботи групи. 40
3. Знайомство групи. 42
5. Збір очікувань учасників. 43
6. Вхідне анкетування. 44
6. Інформаційний блок «Визначення поняття "ключові групи"» 46
7. Групова дискусія «Базові поняття про СЗІЗ. Програми зменшення шкоди та зменшення ризику
як один із дієвих методів протидії розповсюдження ВІЛ/СНІД» 47
8. Вправа «Мовчазне висловлювання» 50
9. Інформаційний блок «ЗПТ – цілі, правова основа, доступ в умовах воєнного стану
та для тимчасово переміщених осіб» 51
10. Виконання вправи «Дві корзини» 58
11. Інформаційний блок «Гендерно чутливий підхід у наданні послуг пацієнтам
і пацієнткам програм зменшення шкоди, зокрема учасникам та учасницям програм ЗПТ» 59
12. Ігрова розминка «Асоціації» 60
13. Інформаційний блок «Дискримінація – визначення, наслідки та запобігання» 61
14. Рольова гра на протидію дискримінації. 63
15. Ігрова розминка «Світлофор» 66
16. Інформаційний блок «Презентація напрямку роботи із застосуванням підходу діалогу з медичними
та соціальними працівниками, активістами спільноти та клієнтами ЗПТ» 67
17. Обговорення висновків. 73
18. Підбиття підсумків тренінгу. 77
19. Вихідне анкетування. 79
20. Зворотний зв'язок від учасників та учасниць. Заповнення оціночних форм 80

ТРЕНІНГ ДЛЯ ФАХІВЦІВ САЙТІВ ТА КЛІЄНТІВ ЗПТ 82

1. Привітання учасників та учасниць тренінгу.Регламент роботи. Мета і завдання тренінгу.
Правила групи. Знайомство з учасниками. Збір очікувань. Вхідне анкетування 84
2. Інформаційний блок «Визначення ключових груп. Програми зменшення шкоди та ризику. Послуги з
профілактики та лікування соціально значущих інфекційних захворювань для людей, які вживають наркотики». 90
3. Інформаційний блок «Програма ЗПТ, нормативна база, порядок дії в нетипових ситуаціях» 94
4. Інформаційний блок «Доступ до ЗПТ в умовах воєнного стану». 99
5. Групова дискусія «Гендерно чутливий підхід у наданні послуг, зокрема в програмі ЗПТ» 103
6. Інформаційно-мотиваційний блок «Стигматизація й дискримінація
та необхідність впровадження підходу діалогу «клієнт – лікар»» 105
7. Зворотний зв'язок від учасників. 110
8. Вихідне анкетування. 111
9. Заповнення оціночних форм 112
10. Підбиття підсумків. Вручення сертифікатів 113

ДОДАТКИ 114**ДОДАТОК 1. СТАТИСТИКА ЗПТ 114****ДОДАТОК 2. БІБЛІОТЕКА СЛАЙДІВ 115****ДОДАТОК 3. ПІДКАЗКА ТРЕНЕРАМ. ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ НА ОЧІКУВАНІ ЗАПИТАННЯ УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ . 116****ДОДАТОК 4. ІНФОРМАЦІЙНА ЧАСТИНА НА ДОПОМОГУ ТРЕНЕРАМ. 123****СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 138**



ВСТУП

Якщо ви відкрили цей тренінговий модуль, то ви – справді небайдужа людина і прагнете кращого майбутнього для України!

На сторінках модуля ви зможете отримати інформацію про те, з чого розпочинати та як діяти на всіх етапах організації тренінгу – цього ефективного інструменту, який ми пропонуємо застосовувати для дієвого впливу проти стигми та дискримінації, порушення прав людей за ознакою їх належності до тих чи інших груп населення.

Загальна мета цього модуля – надати тренеркам і тренерам знання та навички, які дозволять їм розробляти й проводити практичні навчальні курси для фахівців профілактичних програм і представників ключових груп населення.

Для зручності читачів і тренерів першу частину модуля ми присвятили актуалізації наявної інформації стосовно явищ дискримінації представників ключових груп, клієнтів програми замісної підтримувальної терапії, людей, які живуть з ВІЛ чи просто мають особливе ставлення до суспільства та особливі погляди на життя.

Щоб спілкуватися з вами на одній хвилі, ми розповіли на сторінках модуля про те, що собою являє підхід діалогу «клієнт – лікар» та в чому його цінність.

Ми приготували не тільки теоретичні викладки. Пропонуємо вашій увазі також готову «під ключ» програму тренінгу, яку ви можете вільно застосовувати та самостійно проводити заходи.

Щоб було звідки черпати натхнення та для мотивації тренінгової діяльності, ми ділимося з вами цікавими історіями людей, які багато років допомагають іншим людям повірити в справедливість. Ці історії розповіли нам лікарі, соціальні працівники, клієнти програм зменшення шкоди та замісної підтримувальної терапії, волонтери.

Звісно, ми не є унікальними тренерами та авторами, які ніколи не робили помилок. За чверть сторіччя були проведені вже сотні тренінгів для різних аудиторій. Працюючи над цим модулем, ми врахували наші власні помилки, і це дозволить вам проводити тренінги майже бездоганно та одразу отримати статус досвідченого тренера!

Мета нашої щоденної роботи цілком збігається з вашою – впровадити підхід діалогу «клієнт – лікар» у практику боротьби зі стигмою та дискримінацією ключових груп, найбільш вразливих до ВІЛ, з особливим акцентом на пацієнтів замісної підтримувальної терапії. Люди всі різні, але цивілізований світ, беззаперечною частиною якого є Україна, поєднує толерантне ставлення до представників різних груп населення.

Наведений підхід передбачає можливість заохочувати представників ключових груп до проведення тренінгів, що безумовно є важливим та ефективним інструментом відповіді на стигму та дискримінацію!

Якщо ви плануєте провести тренінг, але не знаєте, як саме краще його організувати, хочете більше дізнатися про те, якими можуть бути його зміст та структура, як подати матеріал, як запобігти виникненню конфліктних ситуацій під час роботи, – наша подальша розповідь саме для вас.

Сподіваємося, що разом з вами ми зможемо впровадити в життя підхід діалогу «клієнт – лікар», що сприятиме формуванню нульової толерантності до можливих проявів дискримінації в нашому суспільстві.



ПРО ТРЕНІНГ

Програму тренінгу побудовано на теоретичних повідомленнях та практичних вправах, виконання яких допоможе учасникам та учасницям актуалізувати знання, набути досвід, необхідний для підготовки та самостійного проведення тренінгів.

ЗАВДАННЯ ТРЕНІНГУ:

- поглибити знання учасників про права клієнтів програми ЗПТ, основні антидискримінаційні заходи, підхід діалогу «клієнт – лікар»;
- підвищити рівень володіння учасників комунікативними навичками для налагодження плідного спілкування під час групових обговорень або діалогів;
- відпрацювати навички, необхідні для запобігання випадкам дискримінації, організації та проведення діалогу.

НАВИЧКИ, ЯКІ ВІДПРАЦЮВУВАТИМУТЬ УЧАСНИКИ ПІД ЧАС ТРЕНІНГУ:

- розпізнавання ознак стигматизації та дискримінації;
- підготовка до діалогової зустрічі та планування подальшої діяльності;
- визначення складових роботи із закладами охорони здоров'я, в яких планується впровадження підходу діалогу;
- комунікативні техніки, необхідні для порозуміння та взаємодії між учасниками підходу діалогу.

У МЕЖАХ ПРАКТИЧНИХ СЕСІЙ КОЖЕН УЧАСНИК РАЗОМ ІЗ КОМАНДОЮ ЗМОЖЕ:

- завдяки навчальним вправам пройти всі етапи роботи із запобігання дискримінації серед ключових груп: від знайомства з кейсом клієнта програми ЗПТ до організації діалогової зустрічі;
- провести аналіз актуальних для ключових груп проблемних життєвих ситуацій;
- усвідомити можливості підходу діалогу як інструменту впливу на проблему, здобути вміння планувати та організовувати діалоги.

ДЛЯ КОГО ЦЕЙ ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ:

- для представників медичної сфери та громадського сектору, які мають вміти запобігати випадкам дискримінаційного ставлення до ключових груп та опановують підхід діалогу «клієнт – лікар»;
- для тренерів і викладачів, які застосовують елементи підходу діалогу під час роботи з аудиторією;
- для громадських активістів, які працюють над запобіганням дискримінації стосовно клієнтів ЗПТ та формуванням демократичного ставлення суспільства до ключових груп.



ГЛОСАРІЙ

АРТ	метод лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу, що полягає у поєднаному застосуванні кількох антиретровірусних препаратів.
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини.
ВІРУСНЕ НАВАНТАЖЕННЯ	кількість копій вірусу в певному обсязі рідини організму людини.
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я.
ЕКСПРЕС-ТЕСТУВАННЯ	проводиться із застосуванням швидких (<i>Rapid</i>) тестів, призначено для виявлення вірусних гепатитів В та С, антитіл до ВІЛ, сифілісу, туберкульозу, COVID-19 та багатьох інших збудників захворювань. Може застосовуватися у мобільній лабораторії, на маршруті або в офісі НУО. Результат не є діагнозом і завжди потребує підтвердження іншим швидким тестом (<i>іншого виробника</i>) або лабораторним тестом.
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія.
ЗР	профілактичний підхід «зменшення ризику».
ЗШ	профілактичний підхід «зменшення шкоди».
ІОМ	інформаційно-освітні матеріали.
КГ	ключові групи.
КЕК	клініко-експертні комісії.
КОМПЕТЕНЦІЯ	інтегрований результат опанування життєвим досвідом, який проявляється у спроможності людини використовувати засвоєні знання, уміння та навички в певних життєвих ситуаціях для розв'язання теоретичних і практичних завдань.
КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ	вимога суворо зберігати інформацію без можливості доступу до неї третім особам до отримання згоди власника.
ЛВНІ	люди, які вживають наркотики ін'єкційно.
ЛЖН	люди, які живуть із наркозалежністю.
МКХ	міжнародна класифікація хвороб.



НУО	неурядова організація.
ОПОРТУНІСТИЧНІ ІНФЕКЦІЇ	інфекції, що активно розвиваються через зниження функції імунної системи.
СЕРОКОНВЕРСІЯ	утворення специфічних антитіл у сироватці крові внаслідок потрапляння інфекції або імунізації, які можуть бути виявлені в аналізах крові на захворювання.
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків.
СНІД	синдром набутого імунного дефіциту.
СЗІЗ	соціально значущі інфекційні захворювання.
СП	працівники комерційного сексу.
СТАТЕВИЙ ШЛЯХ ІНФІКУВАННЯ	передача та отримання інфекцій, що є збудниками захворювань, під час всіх видів статевих контактів.
ПАРЕНТЕРАЛЬНИЙ ШЛЯХ ІНФІКУВАННЯ	передача та отримання інфекцій, що є збудниками захворювань, під час застосування не знезараженого інструментарію, що пошкоджує шкіру і слизові оболонки (<i>голки, шприці, ножиці, ножі, голкові модулі для мікроблейдінгу тощо</i>).
ЧСЧ	чоловіки, які практикують секс з чоловіками.
ЮНЕЙДС (UNAIDS)	Об'єднана програма Організації об'єднаних націй по ВІЛ/СНІД – об'єднання органів ООН, створена для всебічної, скоординованої боротьби в глобальному масштабі з епідемією ВІЛ і СНІДу та її наслідками.



ПІДГОТОВКА ТРЕНІНГУ

ТЕОРЕТИЧНА ОСНОВА

Неважливо, чи є у вас досвід проведення тренінгів: у цій частині модуля ми даємо практичні поради щодо роботи з вправами та їх адаптації до реальних потреб учасників і учасниць інформаційно-освітніх заходів.

Цільова аудиторія тренінгів – фахівці, які працюють на сайтах ЗПТ (лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, психологи), клієнти програми ЗПТ, інші співробітники ВІЛ-сервісних організацій, залучені до впровадження програм ЗПТ.

Термін тренінг (походить від англійського слова *training*) означає процес ефективного опанування та розвитку навичок, що є необхідними для виконання певної роботи чи діяльності, частинами якого є зміни рівня знань, становлення поведінкових навичок того, хто навчається.

Тренінг є одним із найбільш ефективних методів розвитку компетенцій. Основне завдання тренінгу – сформувати в учасників нові вміння і навички, розвинути особистісні та професійні якості, а не тільки надати теоретичну інформацію. Участь у тренінгах сприяє підвищенню мотивації до саморозвитку та професійного зростання.

За призначенням тренінги можна поділити на особистісні та методичні. Особистісний тренінг спрямований на зміни психологічної сфери людини з кінцевою метою удосконалення самосвідомості, поведінки або суспільної діяльності. Такі тренінги організовують для ключових груп населення, співзалежних тощо. Методичний тренінг націлений на отримання, відпрацювання та покращення навичок для виконання певної діяльності. Цей вид тренінгів організовується для лікарів, соціальних працівників, персоналу сайтів ЗПТ, кабінетів «Довіри» тощо.

Перші тренінги проводилися у XIX столітті в медицині як частина психотерапевтичної діяльності. У XX–XXI століттях тренінги набули поширення як форма групового навчання в різних спеціальностях, зокрема в практичній психології. Тренінгові методики успішно застосовуються тоді, коли процес навчання спрямовується не на те, щоб накопичити наукову інформацію, а орієнтується на формування необхідних життєвих навичок і вмінь. Під час тренінгу забезпечується активна взаємодія учасників між собою та з тренерами з урахуванням досвіду й знань учасників на фоні позитивної емоційної атмосфери в групі. На тренінгу немає правильних і неправильних відповідей, кожен учасник має право висловлювати особисту думку.

Детальне обговорення кожної вправи та кожного завдання дає можливість учасникам відчувати ситуацію та проаналізувати інформацію, залучити знання чи власний життєвий досвід, зосередитись на навичках, які відпрацьовуються в цей час. Тренер має ставити відкриті запитання, давати можливість учасникам подумати над різними варіантами відповідей.

Однією з успішних практик є застосування на тренінгу «партисипативної» модальності. Тобто, тренінг проводять так, щоб заохотити всіх членів групи взяти участь у прийнятті рішень. Синонімами слова «партисипативність» є співучасть, залучення кожного, спільне прийняття рішень, включеність.

Відомо, що люди більш ефективно здобувають навички, коли вони мають можливість поділитися власними знаннями, можуть показати, на що вони здатні, а також коли вони за допомогою інших учасників групи можуть проаналізувати власний досвід та розповісти про нього в комфортній атмосфері.

**Життєві компетенції умовно можна об'єднати в кілька груп:**

1. навички ефективного спілкування, емпатії, запобігання конфліктам та вирішення конфліктів, поведінки в умовах загроз і дискримінації, спільної соціальної діяльності;
2. навички аналізу проблеми, самоусвідомлення і прийняття рішень;
3. навички самоконтролю та управління стресами;
4. навички фізичного благополуччя, здорового харчування, санітарно-гігієнічні навички тощо.

Тематичні або соціально-просвітницькі тренінги зазвичай містять **вправи, спрямовані на розвиток усіх перерахованих компетенцій.**

Програма тренінгу, як правило, складається з трьох основних частин: вступ, основна частина, підсумкова частина. У вступній частині проводять знайомство, виявляють очікування учасників від тренінгу, збирають пропозиції щодо порядку денного, затверджують правила групи, занотовують особливі побажання або потреби учасників.

Основна частина складається з теоретичного та практичного блоків, а також допоміжних вправ. Ці блоки можуть чергуватися один з іншим по кілька разів залежно від потреб групи.

Теоретичний блок представлений інформаційними повідомленнями, презентаціями, дискусіями, міні-лекціями, «мозковим штурмом», відповідями на запитання, вивченням думок.

Практичний блок містить групову роботу, рольові ігри, виконання вправ, розробки планів майбутньої роботи.

Допоміжні вправи – це вправи на зняття емоційного або м'язового напруження, «криголами», руханки тощо.

У третій, підсумковій частині, підбивають підсумки, отримують зворотний зв'язок від групи за тематикою тренінгу, вручають сертифікати учасників, планують майбутні зустрічі.



ПІДГОТОВКА ДО ЗАХОДУ

Інформаційно-освітній захід у вигляді тренінгу, загальною метою якого є формування неприйняття дискримінації в суспільстві, цікавий та корисний для представників ключових груп, пацієнтів програми ЗПТ та медичних працівників передусім можливістю подивитись на процес надання/отримання послуг під іншим кутом в безпечному та дружньому просторі.

Кожний учасник може спробувати прислухатися до проблем і потреб співрозмовників, взяти участь у формуванні спільних рішень, а це буде корисно як клієнтам, так і лікарям, а в довгостроковій перспективі зробить процес надання/отримання послуг, спрямованих на пріоритезацію недискримінаційного ставлення суспільства, звичайною процедурою.

Придатна для успішного застосування тренінгова програма має бути:

- **актуальною** – наводимо лише наукову, сучасну та перевірену інформацію;
- **зрозумілою** – мова не тільки слов'їна за визначенням, але й легка для розуміння незалежно від рівня попередньої підготовки учасників;
- **практичною** – нічого зайвого й такого, що відволікає увагу;
- **цілісною** – наводимо повну інформацію про явища та ситуації, не перенаправляємо допитливих читачів до районної бібліотеки або Google;
- **достатньою** – навчатися та розвиватися можна нескінченно, а опанування нашим модулем буде першою сходинкою на шляху до отримання відчуття задоволення від проведених тренінгів.

Тренінг відрізняється від традиційних інформаційних занять насамперед тим, що ведучі заходу (*тренери*) не лише викладають нову інформацію або навчають теорії, а допомагають учасникам задіяти також власні знання й особистий досвід та синтезувати їх у рішення, які сприятимуть порозумінню між пацієнтами й лікарями та стимулюватимуть до співпраці. Від порозуміння та рішень, які прийматимуться під час або після зазначеного заходу, виграватимуть всі сторони, а тренери до того ж виступатимуть у ролі надавачів позитивного відчуття від впровадження цікавого івенту.

Ведення тренінгових групових заходів потребує більш ретельної підготовки, ніж та підготовка, яка має бути до звичайного інформаційного заняття або навіть академічної лекції. Причиною цього є обов'язкове залучення всіх учасників до активної участі, без якої тренінг не буде вдалим.



СКЛАДОВІ ЕТАПИ ПІДГОТОВКИ

1. ОРГАНІЗАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ

Для залучення до участі в тренінгу медичних працівників бажано заздалегідь поспілкуватися із головами департаментів охорони здоров'я (*обласного чи міського*) або керівниками локальних закладів охорони здоров'я, заручитися їхньою підтримкою й отримати згоду на спільне проведення заходу.

Ефективним є підхід, коли особистому спілкуванню лідерів та керівників передують офіційний лист від організації. Під час безпосередньої зустрічі з керівниками сфери охорони здоров'я у вас буде можливість представити себе та організацію, повідомити про запити ключових груп та клієнтів ЗПТ, дізнатися про проблеми, на які слід звернути увагу на тренінгу та/або прогалини в знаннях чи навичках медпрацівників, які бажано було б врегулювати.

Наступним листом до керівництва сфери охорони здоров'я варто підтвердити наміри проведення тренінгу із зазначенням точного місця, дати та часу, визначенням фахівців, яких ви запрошуєте взяти участь у тренінгу, додати програму (*порядок денний*) заходу. Це необхідно для того, щоб керівник міг написати на вашому листі резолюцію «До виконання» або «Сприяти участі медичних працівників». Без такої системної роботи шанси провести тренінг у пустому залі без учасників, на жаль, великі.

2. ФОРМУВАННЯ ГРУПИ

Для створення демократичної та недискримінаційної атмосфери варто запросити до участі медичних працівників і представників ключових груп, зокрема клієнтів ЗПТ, приблизно в однаковій кількості (*по 6–8 осіб*). Не слід забувати, що представники різних гендерів мають рівні права на участь у тренінгу! Ефективною є робота з групою мінімум двох тренерів, бажано різної статі.

Необхідно подбати про достатній час для детального осмислення та опрацювання кожного завдання на тренінгу. Важливо завжди передбачати час для висловлення кожного учасника або учасниці з кожного питання (*2–3 хвилини*). Занадто велика група ускладнюватиме групову динаміку, а занадто мала – монополізуватиме думку тренера. Оптимальною вважається група з 12–15 учасників, при цій кількості можливе створення довірливої атмосфери в групі. Атмосфера на тренінгу має сприяти згуртуванню групи, закріпленню знань та відпрацюванню навичок кожного учасника чи учасниці.

У групах кількістю більш як 15 учасників варто передбачати групові завдання з подальшим делегуванням права на представлення думки групи одній-двом особам, яких обиратиме група.

Враховуйте потреби кожного з учасників тренінгу! Впевнені, що людина, яка сидить кілька годин у холодному приміщенні на незручній табуретці без активних рухів, не буде узагальнювальним образом учасника вашого тренінгу. Всі люди мають почувати себе комфортно в статичному стані, зручно сидіти, вільно рухатися в будь-який час або підвестися та вийти з тренінгового залу за потреби.

Не залишайте без уваги дві складові тренінгового процесу – зміст та стосунки. Дорослі люди зазвичай потребують різних рівнів спілкування. Забезпечити умови задоволення цієї потреби – прерогатива тренера. Деякі учасники потребуватимуть інтенсивного спілкування між собою, інші надаватимуть перевагу опрацюванню матеріалу, хтось прагнучиме спілкування з тренерами.



Пам'ятаймо, що наша поведінка в ролі тренерів та особистий стиль спілкування з присутніми може діяти в протилежних напрямках – як мотивувати присутніх на співпрацю, так і демотивувати, що зазначено на прикладах нижче.

МОТИВАТОРИ СПІВПРАЦІ	ДЕМОТИВАТОРИ СПІВПРАЦІ
Завжди чітко пояснюють важливість та необхідність у житті та роботі певних знань і навичок, які учасники можуть отримати під час тренінгу	Залишають учасників на самоті, не виявляють жодної уваги до них
Створюють атмосферу особистої відповідальності та значущості	Дають аудиторії можливість поводитися пасивно
Заохочують, хвалять, визнають досягнення та зростання під час тренінгу	Наголошують, що отримані навички та компетенції членам групи в житті не знадобляться, вони ніколи не будуть їх застосовувати
Заохочують здорову конкуренцію під час виконання групових завдань	Критикують учасників якомога частіше і навіть не у ввічливій формі
Виявляють зацікавленість і вдячність у ставленні до теми тренінгу та людей, які завітали	Створюють такі умови, щоб людина почувалася як мінімум скуто, а як максимум – глупо, коли вона наважується поставити тренеру запитання
Демонструють готовність та бажання допомогти у вирішенні проблем присутніх та їхніх знайомих і близького оточення	Наголошують виключно на своїй правоті
Завжди наголошують на праві вибору та дають можливість скористатися цим правом	Виявляють недовіру до джерел інформації, що відрізняються від їхніх

3. ІНФОРМАЦІЙНА ПІДГОТОВКА

Тренер, перш за все, має сам добре володіти теоретичним матеріалом, що стосується прав людини, сутності програми ЗПТ, характерних рис соціальної роботи, особливостей інфікування та перебігу найбільш актуальних соціально значущих хвороб (*ВІЛ-інфекція, туберкульоз, вірусні гепатити, сифіліс тощо*).

Тренер відчуватиме себе стовідсотково впевненим і спокійним, коли він застосовуватиме перевірені наукові дані та розповідатиме офіційно визнану інформацію. Навичка використовувати валідні дані та бути добре в них обізнаними згодиться й у випадку виникнення можливих непорозумінь зі «складним» учасником тренінгу, який для акцентування уваги тільки на ньому одному може спробувати все заперечувати та заважати.

Тренер заслуговуватиме на особливу повагу присутніх і тоді, коли він добре орієнтується в актуальних сучасних нормативних документах, які стосуються антидискримінаційної політики, надання послуг ЗПТ, ІПСШ, соціального супроводу тощо (*закони, накази, інструкції, розпорядження*). Для зручності варто заздалегідь підготувати презентацію з основними тезами, до яких можна буде підглядати за потреби. Приклад слайдових презентацій розміщено у **Додатку 2** до модуля.

Всім, хто транслює знання на тренінгу, треба розуміти, що ефективність запам'ятовування інформації залежить від рівня її усвідомлення. Свідоме запам'ятовування у кілька разів ефективніше за механічне. Найкраще запам'ятовується свідомо опрацьована інформація та/або опрацьована за допомогою різних тренінгових технік, що чергуються одна з іншою.



Теми, які бажано висвітлити під час тренінгу із запобігання дискримінації:

- права людини;
- права клієнта;
- права лікаря;
- програма ЗПТ;
- здоров'я;
- профілактика та необхідність лікування ІПСШ;
- стосунки клієнтів ЗПТ із родичами та «співзалежними»;
- зменшення шкоди та зменшення ризику;
- розуміння підходу «тренінг у форматі діалогу»;
- управління груповою динамікою на тренінгу;
- гендерно чутливий підхід у наданні послуг представникам ключових груп;
- зворотний зв'язок від учасників та учасниць, дебрифінг і супервізія тренерів.

4. МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ

Успішність тренінгу багато в чому залежить від вдало обраного місця проведення. Слід враховувати не тільки транспортну зручність, а й затишність та безпеку приміщення, наявність туалету, кондиювання повітря, можливість підключення презентаційної апаратури до електропостачання, достатню загальну площу приміщення та спроможність учасників поєднуватися в мінігрупи так, щоб не заважати іншим мінігрупам виконувати завдання або обговорювати ситуації. Необхідно, щоб сторонні люди не заходили в тренінговий зал під час заходу та не заважали присутнім. Меблі слід обирати та розставляти таким чином, щоб в учасників була можливість розміститися колом приблизно на однаковій відстані один від одного. Не зайвим буде і наявність окремого приміщення неподалік від тренінгової зали, де можна під час перерви випити чай або каву та невимушено поспілкуватися з іншими учасниками.

5. МАТЕРІАЛИ ТА ОБЛАДНАННЯ

Підготовка роздаткових матеріалів для тренінгу зазвичай потребує певного часу. Гарною практикою є повна підготовка пакету завдань на всю програму тренінгу заздалегідь. Малоімовірно, що в тренерів протягом зустрічі з групою буде достатньо вільного часу для того, щоб продумати та на високому рівні підготувати *(набрати на комп'ютері текст, роздрукувати, зробити презентацію в PowerPoint тощо)* необхідні матеріали.



Наводимо нижче перелік **основних матеріалів та устаткування**, які мають бути підготовлені до початку проведення тренінгу:

а) роздаткові матеріали (важливо передбачити по набору для кожного учасника заходу):

- брошури та буклети з інформацією про організаторів тренінгу, адвокаційної або профілактичної тематики,
- блокноти для нотаток,
- олівці або кулькові ручки,
- порядок денний/програма заходу,
- оцінювальні анкети (до та після заходу),
- бейджі;

б) для загального використання:

- ноутбук, проектор, екран для проектора, шнур-подовжувач для електрики, батарейки відповідного розміру (якщо передбачені бездротові клавіатури, комп'ютерні миші або електронні указки),
- хронометр або годинник із секундною стрілкою (підійде мобільний телефон),
- підставка для великого блокнота (флінчарта) та аркуші для нього з розрахунку, достатнього для використання цих аркушів під час кожної із запланованих вправ,
- кілька (мінімум два) наборів маркерів різних кольорів (червоний, жовтий, зелений, синій),
- стандартна упаковка паперу формату А4,
- самоклеюча плівка (скотч),
- ножиці,
- двостороння паперова самоклеюча плівка (широкоформатний скотч) для розміщення групових напрацювань на стінах і меблях без їхнього пошкодження,
- стікери паперові самоклеючі різних кольорів,
- одноразові стаканчики місткістю 150–200 мл (мінімум по 3–4 стаканчики на день на кожного учасника), вода питна без газу бутильована або в кулері (по 1 літру на людину на робочий день),
- список групи,
- реєстраційна форма учасників заходу.

Застосування презентацій, слайдів та наочного приладдя

Під час організації освітньо-інформаційних заходів важливо, щоб тренери приділили достатню увагу для опанування матеріалу, який має бути наданий слухачам, та підготовки презентацій.



Презентація (похідне від англійського слова *presentation*) – процес висвітлення доповідачем (тренером, лектором) слухачам певної теми. Метою презентації може бути інформування присутніх або мотивування їх до певних дій, наприклад, придбання товарів, послуг тощо.

Презентація складається, зазвичай, із **трьох компонентів**:

- промова доповідача: те, що він розповідає вголос;
- наочні приладдя та зображення, які доповідач демонструє аудиторії (в педагогіці їх ще називають *дидактичними матеріалами*): це можуть бути слайди, зроблені в комп'ютерній програмі та виведені через проектор на екран або намальовані чи роздруковані плакати, картини, схеми, графіки тощо, тобто предмети та матеріали, які застосовують під час інформаційно-освітньої діяльності для забезпечення кращого засвоєння слухачами інформації, умінь та навичок;
- роздаткові матеріали: те, що роздається окремо кожному учаснику освітньо-інформаційного заходу й містить інформацію, яка презентується. Це можуть бути буклети, брошури, приклади завдань, статистичні таблиці тощо.

Презентації можна виготовити власноруч за допомогою паперу та маркерів, а можна підготувати в одній із комп'ютерних програм та демонструвати на екран або одразу через мережу інтернет на комп'ютери безлічі слухачів, які можуть приєднатися до заходу з будь-якого куточка планети.

Як приклад (жодної реклами або преференцій комусь із виробників софту не надаємо!) наводимо перелік програмного забезпечення, яке можна застосовувати для підготовки презентацій.

1. **Microsoft PowerPoint** на платформах Windows, macOS, WEB, Android та iOS пропонує набір функцій, які можуть знадобитися для створення стильних інтерактивних презентацій. Велика кількість інструментів для редагування, колекції фонів, бібліотеки шаблонів і шрифтів, можливість додавати відео, аудіо, таблиці та графіки.
2. **Apple Keynote** на платформах macOS, WEB та iOS. Keynote містить розгалужену колекцію для професійного оформлення ваших ідей: цікаві ефекти, інструменти для редагування тексту, теми, шрифти: дозволяє працювати колективно через інтернет та сумісний із форматом PowerPoint.
3. **Google Slides** на платформах WEB, Chrome, Android та iOS – особливий акцент зроблено на можливості спільного редагування презентацій у режимі реального часу, наявні основні функції для роботи над слайдами, як у PowerPoint.
4. **LibreOffice Impress** на платформах Windows, macOS, Linux, Android та iOS – це спрощена альтернатива PowerPoint, яка присутня на всіх платформах та сумісна навіть зі старими версіями ОС на кшталт Windows XP.

Мистецтво мотивувати слухачів на дії або просто доносити до них необхідну інформацію – це компетенція, якою доцільно володіти кожному, хто мріє утримувати увагу аудиторії. Наочні матеріали, зокрема слайди, не можуть замінити доповідача, вони мають лише доповнювати його. Не варто пробувати вмістити всю наявну інформацію на слайдах і запрошувати присутніх читати її самостійно або робити це самому. Це нецікаво і надалі учасники не виявлятимуть бажання брати участь у подібних тренінгах.



У **Бібліотеці слайдів**, розміщеній у **Додатку 2**, ми пропонуємо вашій увазі розроблені заздалегідь макети слайдів, які можна застосовувати під час проведення тренінгів. Таких макетів ми пропонуємо більше, ніж є сенс застосовувати протягом одного робочого дня тренінгу. Ми зробили це для того, щоб кожен тренер міг обрати для себе ті слайди, які йому зручніше буде показувати або коментувати під час вербальних звернень до аудиторії. Тексти для цих звернень наведено в **Додатку 4**.

Деякі слайди інформативно насичені. Щоб не перевантажувати учасників, додатково до тексту, який видно глядачам, ми розмістили нотатки до слайда, які під час презентації бачитимуть лише тренери.

Пам'ятайте, що для демонстрації кожного слайда потрібно виділити певний час, щоб учасники опанували інформацію, наведену на ньому. Якщо щільно розмістити інформацію убористим текстом, учасникам знадобиться багато часу, щоб просто прочитати його. Швидкість читання в групі не однакова в усіх, хтось швидко прочитає і буде нудьгувати, а хтось буде просити тренера не поспішати й повернути попередній слайд.

Отже, порада тренерам: не надавайте слайдам головної ролі в інформаційному навантаженні. Слайди – допоміжний інструмент!

6. ТРИВАЛІСТЬ ТРЕНІНГУ

Для успішного проведення тренінгу слід заздалегідь отримати погодження керівників сфери охорони здоров'я на бажану тривалість заходу.

Важливо домовитися, щоб медичні співробітники та представники ключових груп не були зайняті рутинними справами й не відволікалися від тренінгу протягом усього часу його проведення.

Тривалість тренінгу залежить від насиченості програми, компетенції тренерів, можливостей забезпечувати комфортні умови (*наприклад, тренінговий день тривалістю вісім годин із перервою на обід та двома паузами на каву*). Перерви на обід або кава-брейки під час тренінгу також можуть бути використані для створення групового порозуміння, деякі учасники можуть саме в цей час наважитися поставити відверті запитання колегам або тренерам. Іноді може виникати потреба проведення більш ґрунтовних і тривалих кількадеennих тренінгів. Це потребує додаткової мобілізації не тільки матеріальних, але й емоціональних ресурсів.

7. ПЛАНУВАННЯ ПОРЯДКУ ДЕННОГО

На початку планування порядку денного треба дати собі відповіді на конкретні питання:

- якої мети хочемо досягти?
- яка аудиторія учасників буде залучена?
- який час відведено для виконання діяльності?
- чи достатньо буде місця в кімнаті (*тренінговому залі*) для забезпечення комфортного перебування учасників?
- яке приладдя та обладнання у вас є: ноутбук, мультимедійний проектор, фліпчарт, чи тільки дошка та крейда, чи лише папір та олівці?



- які наочні приладдя та роздаткові матеріали ви плануєте роздати учасникам?
- який зворотний зв'язок ви очікуєте отримати та по яких каналах комунікації (вербально, на папері, творчі варіанти)?

Потрібно планувати діяльність таким чином, щоб під час тренінгу можна було трохи коригувати ті чи інші вправи залежно від ступеня активності учасників. Тобто, додавайте до реального часу, якого потребує кожне завдання, по декілька хвилин на непередбачувані ситуації. Не слід намагатися вмістити занадто багато тем і завдань у відведений для тренінгу час.

Для групи, яка щойно створена, не завжди просто почати рухатися за порядком денним та ще й в одному ритмі. Імперативне спонукання тренером усієї групи до роботи в єдиному жорсткому та швидкому ритмі скоріше за все призведе до роздратування багатьох учасників, а іноді навіть і до заперечень, протесту та заколоту. У будь-якому разі це не дасть тренеру бажаного результату. Й у цьому немає провини учасників, адже деякі люди почуваються комфортніше, діючи в повільному ритмі, це їхнє природне право, яке слід поважати.

Перед тим, як обрати оптимальний час для виконання певної вправи або іншої тренінгової діяльності, спробуйте самі пройти завдання з хронометром у руці, поставте себе на місце людей, які, можливо, вперше чують про деякі складні чи чутливі питання, які для тренера є звичною частиною його роботи або життя.

Якщо під час тренінгу з вправою впоралися трохи швидше, ніж планували, проведіть додаткову швидку руханку або розважальну вправу, що стимулюватиме розумову активність. Не гайте ці хвилини й не давайте групі відчувати незатребуваність.

Запропоновані в цьому модулі приклади програм тренінгів для сімейних лікарів та фахівців сайтів ЗПТ і клієнтів виглядають достатньо насиченими та можуть здаватися навіть переобтяженими контентом. Однак тема, якій присвячено цей модуль, і підходи, що застосовано для впровадження ідеї підходу діалогу, потребують уважного ставлення та достатнього часу для виваженого розуміння й опанування ними. Тренери й учасники мають бути готовими до того, що тренінг на корисну та цікаву для них тему потребуватиме самовідданості протягом повного робочого дня.

Якщо у тренерів або учасників немає мінімально необхідного часу для проведення повноцінного тренінгу, то краще буде не поспішати й дочекатися більш зручної та безпечної можливості. Інший, не дуже вдалий варіант, – скоротити програму шляхом зменшення тривалості перерв та руханок після перерв і між насиченими інформаційними повідомленнями.

8. ЛОГІСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

Під час планування тренінгу обов'язково слід подбати про зручний проїзд учасників, готель поблизу місця проведення, триразове гаряче харчування та мінімум дві кава-паузи.

Краще заздалегідь дізнатися та передбачити особливі потреби деяких учасників: необхідність приймання їжі в певні години, вегетаріанське харчування, дієти за станом здоров'я, чай чорний чи зелений, кава без кофеїну чи звичайна, печиво без глютену, цукор натуральний чи цукрозамінники тощо. Все зазначене є неодмінною умовою створення комфортної атмосфери для учасників та тренерів.



9. ЗАЛУЧЕННЯ ЕКСПЕРТІВ, КОНСУЛЬТАНТІВ ТА ТРЕНЕРІВ

Оптимальним варіантом для проведення тренінгу є така команда однодумців, яка попередньо пройшла підготовку на тренінгу для тренерів і має досвід з проведення заходів у форматі діалогу:

- мінімум два тренери, один з яких може бути лікарем, інший – представляти спільноту або неурядову організацію, яка опікується питаннями запобігання дискримінації ключових груп або працює на сайті ЗПТ чи надає послуги щодо зменшення шкоди;
- консультант з-поміж співробітників сайту ЗПТ (*лікар, медична сестра або освічений соціальний працівник*);
- консультант з юридичних питань для кваліфікованих відповідей на запитання стосовно дискримінації ключових груп та порушення прав клієнтів програми ЗПТ;
- експерт та експертка з-поміж клієнтів програми ЗПТ, які своїм прикладом можуть переконливо довести користь програми.

Означені консультанти можуть бути запрошені за попередньою домовленістю на певний час, краще в другій половині тренінгу, коли вже відбулося формування групи й налагоджена атмосфера відвертості для спілкування. Тренери й експерти мають бути присутніми та брати активну участь протягом усього тренінгу.

Слід дотримуватися правила, що організаторами й тренерами мають бути різні люди. Це дозволить тренерам сконцентрувати увагу на діалозі й не відволікатися на організаційні питання.

10. ПРОФІЛАКТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ

За формулюванням ВООЗ, вигорання є «прямим результатом хронічного стресу на робочому місці, який людина не змогла успішно подолати».

ВООЗ вперше визнала «вигорання» в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ), яка широко використовується у світі як еталон для діагностики. Оновлений список МКХ, який отримав назву МКХ-11, був розроблений відповідно до рекомендацій експертів у сфері охорони здоров'я з усього світу.

Під синдромом емоційного вигорання науковці вбачають емоційне виснаження, яке часто є наслідком неорганізованої робочої діяльності та неуваги до власного здоров'я протягом тривалого часу. Цей небезпечний стан притаманний спеціалістам, які працюють з іншими людьми: психологам, соціальним працівникам, консультантам, учителям, лікарям, котрі можуть відчувати, що результати роботи не відповідають попереднім очікуванням.

Згідно МКХ-11, «вигорання стосується явищ у професійному контексті, і його не слід застосовувати для опису досвіду в інших сферах життя».

Прояви стану можуть бути не тільки емоційні, але й фізичні (*психосоматичні*).



Часті ознаки емоційного вигорання:

- байдужість до всього, що відбувається навколо, загальна втома, апатія або навпаки – безпідставне роздратування та агресивний настрій;
- тривожність, незадоволення роботою та спілкуванням з клієнтами або пацієнтами, непорозуміння з колегами та відсутність контакту з ними;
- зниження професійної ефективності;
- розвиток чи загострення хронічних хвороб (*виразкова хвороба шлунку, гастрит, головні болі, безсоння тощо*).

Емоційне вигорання може бути одним із факторів, які поряд з іншими сприяють виникненню небезпечного стану, що потребує уваги лікарів: синдрому хронічної втоми.

Вигорання розвивається поступово й проходить три стадії:

- а) напруга:** бракує задоволення від результату роботи в поєднанні з невдалими спробами досягти більшого та якісного результату;
- б) опір:** здається, що в негараздах на роботі винні інші колеги та начальники, формується відчуття самотності,
- в) виснаження:** остаточна відсутність раціонального погляду на проблему та шляхи її вирішення, проявляється в повному емоційному спустошенні.

ЧИ МОЖНА ЗАПОБІГТИ ЕМОЦІЙНОМУ ВИГОРАННЮ?

Уявіть собі життєву ситуацію. Психологиня сайту ЗПТ скаржиться, що вона більше не може працювати в «нелюдських» умовах: на тренінг за оголошенням, що було заздалегідь розміщене нею в реєстратурі лікувального закладу, в якому запрошували всіх охочих, вкотре прийшли двадцять учасників замість запланованих нею десяти, і вона мала в авральному порядку вигадувати, як і чим зайняти таку велику групу. В неї не вистачало ні солодощів для всіх, ні роздаткових матеріалів. Мета тренінгу не досягнута, група незадоволена, тому що був безлад і порядок денний тренінгу не виконаний. Наслідки – погіршення самопочуття, депресія, зниження працездатності психологині.

Впевнені, ви розумієте, яка головна причина зазначеної ситуації та що потрібно зробити, щоб уникнути подібного. Психологиня в зазначеному вище прикладі не спланувала свою діяльність належним чином. Треба було чітко повідомити людям про очікування від них, запросити десять конкретних осіб та отримати від них підтвердження участі, а не запрошувати всіх охочих, сподіваючись, що якимось чином учасників буде не більше десяти.

Для уникнення явища емоційного вигорання пропонуємо застосовувати таку формулу: **плануйте, пріоритезуйте та впорядковуйте діяльність заздалегідь!** Планувати варто не тільки робочий час, а й відпочинок.

Також важливо приділяти увагу власному здоров'ю та повноцінному харчуванню. Організований фахівець досягає кращих результатів, ніж та людина, яка починає справи без належного планування всього етапу реалізації задумів і як наслідок діє хаотично.



ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ НА ЗАВЕРШАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ДО ТРЕНІНГУ

Для впевненості, що ви нічого не забули, пропонуємо під час організації тренінгу застосовувати **чек-лист готовності**.

Чек-лист ще називають контрольним переліком дій для організаторів і тренерів із максимально детальним зазначенням того, що має бути зроблено, протягом якого часу, які ресурси можуть знадобитися, наявні та приховані ризики та який результат очікується по кожному з пунктів. Вести подібні нотатки – це гарна практика досвідченого тренера. Чим більше проведених занять позаду, то прискіпливіше фахівець розподіляє похвилинно план наступних тренінгових днів. Спроба все тримати в голові – це ілюзія самовпевненого початківця, а професійне життя тренера швидко позбавляє таких зухвалих переконань. Кваліфікованому тренеру є про що думати замість підрахування стільців у залі чи турбот про нестачу цукру або роздаткових матеріалів.

Користуючись чек-листом, варто ставити позначки у стовпці **«Потрібно»**, якщо, на вашу думку, цей пункт має бути врахованим під час підготовки кожного конкретного заходу.

У стовпці **«Очікуваний результат»** вкажіть, який саме результат ви вважаєте придатним.

У колонці **«Відмітка про виконання»** відмічайте досягнення, заплановані під час підготовки тренінгу. У стовпці **«Коментарі»** вкажіть необхідну пояснювальну інформацію щодо потреб.

Обов'язково зазначте особу, яка персонально відповідатиме за організацію, та/або відповідального за виконання кожного конкретного пункту чек-листу.

Клітинка, в якій передбачено зазначити термін виконання, також обов'язково має бути заповнена!

ЧЕК-ЛИСТ ПО МІСЦЮ ПРОВЕДЕННЯ

ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Обрати місце проведення тренінгу					
	Укласти договір із надавачем приміщення					
	Впевнитися, що в договір оренди приміщення включено також все необхідне для тренінгу обладнання або укласти окремий договір на оренду необхідного обладнання					
	Впевнитися, що в приміщенні працює електропостачання, кондиціонери повітря, кулери для води					
	Забезпечити доставку та підключення необхідного обладнання					
	Перекопатися, що неподалік від тренінгової зали є гардеробна кімната, та дізнатися правила користування нею					



ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Переконатися, що співробітники необхідних служб (електрики, сантехніки, прибиральники, гардеробники, інженер з ІТ тощо) у день тренінгу працюватимуть за звичайним графіком та без обмежень					
	Переконатися, що приміщення для кава-пауз зручне, затишне, обладнане меблями					
	Переконатися, що неподалік є туалетні кімнати в достатній кількості, що вони працюють					
	Впевнитися, що приміщення та всі сервіси у будівлі, де проводитиметься тренінг, зручні для користування людьми з особливими потребами					
	Переконатися, чи є парковка для транспорту неподалік від будівлі, де проходитиме тренінг, та дізнатися умови користування нею					
	Укласти договір із кейтеринговою компанією					
	Укласти договір із компанією, що забезпечуватиме харчування					
	Укласти договір із компанією, що надаватиме меблі для тренінгу					
	Підготувати запрошення кожному учасникові та учасниці					
	Надіслати запрошення кожному учасникові та учасниці					
	Отримати підтвердження участі від кожного, кому надіслано запрошення					
	Від кожного учасника з інших міст отримати інформацію про прибуття: яким транспортом прибуває, коли, чи треба зустрічати або організувати трансфер?					
	Від кожного учасника з інших міст отримати інформацію про зворотний від'їзд: яким транспортом від'їжджає, коли, чи треба провести або організувати трансфер?					



ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Забронювати в готелі місце на іногородніх учасників з урахуванням днів заїзду/виїзду, місткості номерів та статі					
	Розіслати іногороднім учасникам інформацію про проживання: назву та адресу готелю, подробиці щодо того, як їх зустрічатимуть, або як дістатися самому, номер бронювання, час заїзду та дати проживання, ПІБ та номер мобільного телефону відповідального за зустріч і поселення					
	Підготувати список учасників, які заселятимуться до готелю, та передати його адміністрації готелю					
	Організувати трансфер із готелю до місця проведення тренінгу та у зворотному напрямку					
	Забезпечити зустріч або таблички-вказівники біля входу до будівлі, в якій відбуватиметься тренінг					
	Організувати стіл, списки учасників, роздаткові набори, визначити співробітників для реєстрації учасників					
	Організувати вітальну каву в будівлі, де буде відбуватися тренінг					
	Забезпечити таблички-вказівники або супровід від місця реєстрації до входу в тренінгову залу					
	Забезпечити можливість відшкодування коштів за квитки для іногородніх учасників					
	Дізнатися про правила заїзду на територію та заносу/виносу обладнання в тренінгову залу					
	Визначити запасний варіант приміщення для тренінгу (у разі форс-мажору) та можливість термінової оренди у дні, визначені для тренінгу.					



ЧЕК-ЛИСТ ПО ТРЕНЕРАХ

ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Отримати інформацію від кожного тренера про дати, час та особливості прибуття (<i>транспорт, місце</i>) та від'їзду					•
	Підготувати договір про надання послуг для кожного з тренерів					
	Надати кожному тренеру інформацію щодо прибуття: хто і де зустріне, готель та номер броні, місце проведення тренінгу, трансфер					
	Визначити осіб, які зустрічатимуть тренерів та розподілити між ними обов'язки					
	Передати тренеру заповнені учасниками оціночні форми для аналізу					
	Отримати аналітичний звіт від тренерів після проведення тренінгу					
	Провести розрахунок із кожним тренером					

**ЧЕК-ЛИСТ ПО ОБЛАДНАННЮ**

ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Ноутбук					
	Мультимедійний проектор					
	Екран для проектора					
	Шнур-подовжувач для електрики					
	Принтер					
	Фарба для принтера					
	Хронометр або годинник					
	Підставка для великого блокнота (<i>фліпчарта</i>) та аркуші для нього з розрахунку, достатнього для використання цих аркушів під час кожної із запланованих вправ					
	Комп'ютерна миша або електронна указка					
	Батарейки для миші та указки					
	Мікрофон					
	Звукопідсилювач із колонками					



ЧЕК-ЛИСТ ПО РОЗДАТКОВИХ МАТЕРІАЛАХ

ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Забезпечити кожному учасникові брошури та буклети з інформацією про організаторів тренінгу, адвокаційної або профілактичної тематики					
	Блокноти для нотаток кожному учаснику та учасниці					
	Олівці або кулькові ручки кожному учаснику та учасниці					
	Роздрукувати кожному порядок денний/програму заходу + 10 запасних примірників					
	Роздрукувати в необхідній кількості розроблені тренерами оціночні форми					
	Бейджі кожному учаснику та учасниці					
	Кілька (мінімум два) наборів маркерів різних кольорів (червоний, жовтий, зелений, синій)					
	Стандартна упаковка паперу формату А4 (по одній на робочий день)					
	Самоклеюча плівка (скотч)					
	Ножиці					
	Двостороння паперова самоклеюча плівка (широкоформатний скотч) для розміщення групових напрацювань на стінах і меблях без їхнього ушкодження					
	Стікери паперові самоклеючі різних кольорів					
	Одноразові стаканчики ємністю 150–200 мл (мінімум по 3–4 стаканчики на день на кожного учасника)					



ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Вода питна без газу, бутильована або в кулері (по 1 літру на людину на робочий день взимку та по 2 літри на робочий день влітку)					
	Роздрукувати список групи в п'яти примірниках					
	Роздрукувати реєстраційну форму учасників із зазначенням контактних даних кожного					
	Папки для кожного учасника та учасниці					
	Підготувати сертифікати учасників					

ЧЕК-ЛИСТ ПО ДАТАХ

ПОТРІБНО	ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ	КОМЕНТАРІ	ВІДПОВІДАЛЬНА ОСОБА	ТЕРМІН ВИКОНАННЯ	ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ
	Організація зустрічі з керівництвом ЗОЗ та іншими особами, які приймають рішення					
	Надсилання запрошень					
	Отримання підтверджень від учасників					
	Бронювання готелю					
	Підписання договорів на оренду приміщення					
	Підписання договорів на оренду обладнання					
	Підписання договорів на кейтеринг					
	Підписання договорів на харчування					
	Підписання договорів на трансфер учасників					
	Підписання договорів із тренерами					
	Оплата за зазначеними договорами					



Після того, як ви заповните контрольні клітинки стверджувальними відповідями, етап підготовки до проведення тренінгу вважатиметься успішно пройденим і можна виходити на фінішну пряму: проводити тренінг.

Хоча ми рекомендували розподілити обов'язки між організаторами заходів та тренерами, але можливе й дружнє делегування повноважень, допомога колегам у непритаманних сферах діяльності. Але зараз вже час тренерам емоційно налаштуватися на творчий процес:

- впевніться, що ви ознайомилися з достатнім обсягом доступної теоретичної інформації щодо теми тренінгу;
- уявіть собі, як має спрацювати кожна вправа та завдання, які ви ввели до порядку денного;
- спробуйте передбачити реакцію групи, можливі емоції та запитання учасників та учасниць;
- підготуйте варіанти відповідей на очікувані запитання учасників та учасниць (для вашої зручності приклади таких запитань і варіантів відповідей ми розмістили в **Додатку 3**).



ПРОВЕДЕННЯ ТРЕНІНГУ

РОЗПОЧИНАЄМО ТРЕНІНГ – ПРОЦЕС ІЗ ПРИЄМНИМ ЗМІСТОМ

Фахівці та клієнти програми ЗПТ, які погодилися взяти участь у тренінгах, мають отримувати задоволення від зустрічей у всіх його проявах. Це дасть їм змогу краще вас чути, розуміти, відповідати на запитання, взаємодіяти, ділитися досвідом одне з одним та проявляти активність. Учасники тренінгів заслуговують, щоб ви ставилися до них щиро та з повагою.

Для отримання кращих результатів від будь-якої вправи слід детально інструктувати учасників про їхні ролі та ваші очікування. Будьте відвертими та приязними! Переконайтеся, що всім зрозумілі ваші пояснення, всім відомо, як вони мають діяти під час виконання завдання або рольової гри. Не забувайте про таймінг: спочатку скажіть, скільки хвилин ви відводите на завдання, а за три-п'ять хвилин до завершення попередьте учасників, щоб вони мали можливість логічно завершити вправу.

НЕ ІГНОРУЙТЕ МОЖЛИВОСТІ УЧАСНИКІВ!

Учасники мають отримувати задоволення від вчасно та якісно виконаної вправи або отриманої теоретичної інформації.

На початку тренінгу слід віддавати перевагу нескладним вправам, які потребують коротшого часу на виконання та не несуть великого ментального навантаження. Ефективніше робити наголос на завданнях, які стимулюватимуть рухову активність, мотивуватимуть учасників на саморозкриття та знайомство.

Порівняння рівня складності завдань та рівня можливостей учасників – вразлива частина процесу добирання інформаційного матеріалу та завдань для вправ. Більшість вправ, які ми наводимо, не потребують фундаментальних наукових знань, досить буде уважно слухати попередні інструкції тренера, щоб опанувати зміст вправ і завдань.

Якщо під час виконання тих чи інших вправ тренер побачить розгублення або нерозуміння в очах учасників, йому слід спробувати знову пояснити все детальніше, простою мовою і дати можливість спробувати виконати завдання ще раз. Якщо й це не допоможе, тренер має взяти ініціативу на себе й продемонструвати, який результат мала отримати група.

Це дозволить учасникам отримати бажану інформацію, зрозуміти на майбутнє суть вправи й не відчувати себе винуватими.

Завдання другого рівня складності пропонують для формування впевненості, розвитку комунікаційних навичок, стимулювання зацікавленості правами людини та запобігання випадкам дискримінації. Особливу цінність такі вправи мають при застосуванні підходу діалогу між медичним працівником та представниками ключових груп, зокрема клієнтами програм зменшення шкоди.

На наступному, третьому рівні складності, перебувають більш серйозні завдання, які застосовують не тільки для детального інформування, а й для того, щоб глибоко «занурити» учасників у предмет тренінгу. Учасники мають демонструвати хороші навички групової роботи та значний рівень компетенції в обговоренні запропонованих проблем.



Четвертий рівень характеризується вправами, що потребують більш тривалого часу на вирішення ситуаційних завдань. Учасникам знадобляться здатність до концентрації уваги, гарні комунікаційні навички, вміння налагоджувати зв'язки з колегами в групі. За змістом завдання четвертого рівня можуть містити більше проблемних питань, що потребує кращого орієнтування в предметі дискусії.

На п'ятому рівні знаходяться найскладніші вправи, за допомогою яких починають формувати викладацькі та тренерські навички серед учасників тренінгу.

ДЕТАЛІЗУЙТЕ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОЖНОЇ ВПРАВИ АБО ДІЯЛЬНОСТІ

Треба голосно та чітко зазначити мету діяльності (*завдання, вправа тощо*), етапи її виконання, відведені ролі й очікування від кожного учасника та учасниці. Особлива увага має бути приділена наданню інструкції щодо того, як відповідати або презентувати результати виконаного завдання. Дайте можливість висловити свої думки всім, хто справді цього потребує, але не дозволяйте відводити себе від основної лінії тренінгу тим учасникам, яким нудно й нецікаво через те, що вони не розуміють тренера. Це не питання рівня володіння мовою як системою звукових і графічних знаків, а проблема недостатнього розуміння учасником/учасницею повідомлення тренера. Саме тренер нестиме відповідальність за якість компетенцій, які опанують члени групи, та як у майбутньому вони будуть ними оперувати в реальному житті.

ДЕБРИФІНГ НАПРИКІНЦІ КОЖНОЇ ВПРАВИ

Кожна вправа має закінчуватися підбиттям підсумків та дебрифінгом (*оцінкою результатів роботи*).

Перед дебрифінгом варто дати учасникам можливість вийти з ролей. Після цього можна починати обговорювати, що відбувалося під час виконання вправи або програвання рольової гри, чому вони навчилися, як будуть застосовувати в реальному житті отримані знання та навички, які є побажання до партнерів і тренерів.

Нижче наводимо алгоритм руху під час процесу дебрифінгу, за яким пропонуємо ставити учасницям та учасникам запитання:

- Що відбувалося під час вправи, які почуття викликали певні дії?
- Що нового учасники дізналися про себе під час виконання завдання?
- Що учасники дізналися про питання з теми тренінгу, про відповідні права людини та запобігання дискримінації?
- Як учасники планують поводитися далі й використовувати в житті отриману інформацію та навички?

ПОВТОРЕННЯ

Періодичне повернення до пройденого матеріалу, перевірка розуміння учасниками того, що ви презентуєте або робите, лаконічне повторення пройдених тем є важливим з огляду на те, що не всі учасники мають однаковий базовий рівень підготовки та не однаково швидко можуть опановувати нові навички.

Бажано починати з повторення кожную сесію, яка починається після перерви.



ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК

Отримання зворотного зв'язку або реакції на те, що відбулося, не має бути інструментом для нищівної критики учасниками одне одного. Критика під час творчої діяльності, до якої ми відносимо й тренінги, дуже важлива, але вона має бути конструктивна, ввічлива та має мотивувати людей на зміни до кращого.

ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ ЦІЛІСНОЇ ГРУПИ

Незалежно від типу тренінгу (*бізнес, стимулювання продажів, особистісного росту, мотиваційний тощо*) групи проходять певні закономірні етапи еволюції, що плавно перетікають з одного в інший. Для кращої орієнтації в прихованому від непрофесіоналів світі міжособистісних стосунків, що завжди мають місце під час зазначеної творчої діяльності, та розвитку навичок керування процесом тренінгу пропонуємо розглянути спадкоємність етапів групового тренінгу.

I ЕТАП – «ВСТУПНИЙ».

Мета етапу: зацікавити людей у їхній участі в тренінгу: розповісти про те, що може дати тренінг, чому можна навчитися на тренінгу, створити довіру до тренерів.

Етап починається з обговорення організаційних питань та інформування учасників тренінгу про порядок денний, майбутні заняття та вправи. Тут доречним буде розташування учасників у коло на стільцях один біля одного. Перша зустріч дуже важлива. На ній формується перше враження, яке далі може відобразитися на характері спілкування тренерів та учасників. Тренер може розповісти учасникам про заплановану до застосування технологію тренінгу та про те, що він може дати, про цікавий та корисний для майбутнього підготовлений матеріал.

Зрозуміло, що навіть із найяскравішої розповіді про тренінг не можна отримати повної інформації про насиченість та повноту гами емоцій, які очікують учасників та учасниць, але варто все ж таки зацікавити слухачів описом привабливих і цікавих компонентів занять, хоча й в узагальненій формі.

Іноді учасники запитують: «А навіщо нам та чи інша складова частина порядку денного тренінгу? Ми й самі вже все знаємо та вміємо». Звісно, не треба одразу кардинально змінювати порядок денний. Краще зацікавити учасників відповіддю, наприклад: «Сміливо беріть участь, і ви дізнаєтесь багато цікавого та корисного. Навіть про те, що ви вже знаєте та вмієте» тощо. Обов'язково треба повідомити присутнім, що на тренінгу передбачена безпечна та комфортна атмосфера. Можна додати, що ніхто не нудьгуватиме, адже достатня кількість вправ запланована до проведення в ігровій формі, а тренінг допоможе членам групи покращити їхні особисті стосунки з людьми, дізнатися нове про себе та інших учасників тренінгу, отримати навички, що допомагатимуть краще розуміти себе та інших. Крім того, учасники тренінгу матимуть можливість приємно провести час у компанії небайдужих людей.

Треба надати детальну інформацію про тривалість тренінгу та визначити час перерв.

До можливих складнощів етапу можна віднести невідповідність попередніх очікувань деяких учасників заявленому порядку денному, їхню розгубленість щодо цього або внутрішню неготовність спілкуватися на теми, що пропонуються. Не завжди всі учасники готові до участі в тренінгу, особливо, якщо це їхня перша участь в подібному освітньо-інформаційному заході. Деякі з них на початку зустрічей відчують самотність, їм більше до вподоби було б просто відсидітися та послухати сухі лекції. Цю ситуацію рекомендуємо виправити детальним поясненням мети й завдань тренінгу та висвітленням перспективи подальшої взаємодії навіть після закінчення порядку денного тренінгу.



II ЕТАП – «АКТИВІЗАЦІЯ СПІЛКУВАННЯ».

Мета: створити атмосферу психологічного комфорту, дати змогу кожному присутньому отримати відчуття особистої безпеки від процесу, в якому він чи вона вже почали брати участь.

Цей етап починається зі знайомства. Основне його завдання – наголосити на власній індивідуальності та повідомити іншим про цінність своєї участі в тренінгу. Для цього важливо, щоб всі перебували в рівних умовах і сиділи в колі, в тому числі й тренери.

Для знайомства можна провести, наприклад, вправу «Ми неперевершені», детальний опис якої наведено в розділі «Приклади групових завдань та вправ».

На вибір тренера можна застосувати модифікації зазначеної вправи: кожен називає своє ім'я і говорить про власні особливості (*притаманні характерні риси, навички, цінності, уподобання тощо*), які, на його думку, відрізняють його від інших, є стрижнем його індивідуальності та можуть знадобитися під час тренінгу. Або ще один варіант: запропонувати кожному учаснику, якщо є бажання, на час тренінгу взяти собі будь-яке ім'я (*улюбленого героя кінофільму, кумира, знайомої людини тощо*), але повідомити присутнім, хто він є насправді, й пояснити, чому взяв собі саме такий псевдонім. Це дасть можливість учаснику або учасниці почати спокійно говорити й зрозуміти, що ніхто не зазіхає на його особисту внутрішню безпеку.

Для закріплення знайомств між усіма учасниками та уникнення незручних ситуацій, коли не можеш швидко пригадати ім'я співрозмовника, рекомендуємо підготувати картки й маркери, щоб учасники протягом декількох хвилин оформили собі бейджики та розмістили їх у себе на одязі на зручному й видному місці.

Схарактеризувати стан учасників на початку цього етапу можна як напружене очікування, між учасниками ще присутня суттєва психологічна дистанція, деякі відчувають та проявляють невпевненість, скутість, закритість. Найшвидший шлях скорочення психологічної відстані – ненав'язливе залучення тренерами кожного учасника до спілкування. Для цього пропонують такі завдання, в яких має взяти участь кожен, потрібно прийняти групові спільні рішення та є нагода надати й відчути дружню підтримку. Щоб зняти скутість і стислість учасників на цьому етапі, також є сенс використовувати нескладні рольові ігри. Крім того, ці вправи допомагають створенню доброзичливої атмосфери в групі, сприяють згуртуванню, учасники почуватимуться більш впевнено та захищено. Допомагає цьому й чергування різних видів вправ.

III ЕТАП – «ЗГЛАДЖУВАННЯ КУТІВ».

Мета: допомогти учасникам подолати внутрішній бар'єр, щоб вони змогли сформулювати та висловити свої відчуття, навіть негативні, а отже – сприяти подальшому розвитку робочої атмосфери в групі.

Під час проходження другого етапу в груповій динаміці поступово проявляються негативні емоції. Ці емоції та відчуття на перших кроках частіше приховані від оточення, але спостерігається зниження інтересу учасників до подальшої участі та накопичення надмірної емоційної напруги. Може виникнути групова протидія, яка переростає у протистояння групи та тренерів. Іноді може доходити навіть до агресії, виявленої в бік тренерів. Але цих негативних симптомів не треба боятися або штучно їх уникати. Більш того, досвідчений тренер очікує появи певних проявів протистояння та професійно керує цією ситуацією, яка на перший погляд може здаватися неприємною. Важливо вивести учасників зі стану внутрішнього психологічного комфорту. Навіть не важливо, в який бік буде цей зсув – яскравих позитивних емоцій чи сплеску негативних. Гірше, коли учасник не виявляє інтересу до роботи й продовжує перебувати у своїй «психологічній шкарлупі», – це означає, що він продовжує захищати внутрішній простір від нашої присутності, тобто ми поки що не змогли сформулювати в нього відчуття довіри.



Після проявів протистояння тренеру разом з учасниками потрібно детально й відверто проаналізувати ситуацію, що склалася, та продемонструвати, що не нудна тема тренінгу чи некомпетентність тренерів є причиною формування протистояння, а спосіб вирішення учасниками запропонованих тренерами ситуацій призвів до такого результату. Результат з'явився не випадково сам по собі, а внаслідок застосування учасниками звичних для них, але малоефективних у тренінгу способів комунікації. Іншими словами, в учасників спрацювали штампи та стереотипи, які й привели до такого результату. Тренерам разом з учасниками треба спільними зусиллями знайти способи вирішення цієї ситуації. Не слід забувати постулат: «Доки діятимете як завжди, ви отримуватимете один і той же результат. Якщо ви хочете отримати інший результат, потрібно змінити дії».

IV ЕТАП – «СПІЛЬНЕ ПРАГНЕННЯ».

Мета: допомогти групі у створенні спільної думки та бажання далі працювати разом над загальним результатом.

Після успішного подолання етапу протистояння учасники охочіше та довірливо спілкуватимуться один з одним. Щоб зробити тренінг ще більш ефективним, треба постійно демонструвати присутність однієї цілісної групи. Під час подальшого об'єднування учасників у підгрупи для виконання різних завдань доцільно щоразу змінювати склад мінігруп. Це допоможе уникнути формування домінуючої поведінки в деяких учасників (як і типового «підпорядкування» в інших) і покаже рівнозначність учасників та рівноцінність їхнього особистого досвіду для загального результату.

Якщо з самого початку тренінгу склад малих груп не змінювати, то через відпрацювання звичних шаблонів спілкування триватиме формування стійкого вогнища «антилідерства» на противагу тренерам.

РЕЦЕПТ ЗАЛУЧЕННЯ СОЮЗНИКІВ

Поряд із зазначеною раніше, існує ще одна причина можливої протидії з боку учасників та, відповідно, ще один рецепт запобігання конфліктам під час тренінгу.

Треба розуміти, що не завжди буде так, що всі учасники заходу налаштовані однаково позитивно, добре розуміють те, що каже тренер, та цілком згодні з ним. Ви, очевидно, зіткнетеся з випадками, коли деякі учасники будуть не згодні з чимось і навіть виявлятимуть свої почуття бурхливо та емоційно.

Протидія тренерам з боку учасників, перешкоджання ефективній роботі може виявлятися так:

- заважання іншим членам групи;
- провокування сусідів до розмов не на тему;
- скрипіння стільцем;
- недоречні запитання, що відвертають увагу присутніх;
- безпідставні спроби виявити недовіру до авторитету й досвіду тренерів;
- небажання виконувати запропоновані активності
(«Краще посидимо та послухаємо або підемо пити каву»).



Причина таких ситуацій у більшості випадків – нереалізована потреба «бунтівника» в увазі особисто до нього. Не треба загострювати зацікавленість усіх присутніх на особливій поведінці – це саме те, чого намагається досягти учасник. Спробуйте ввічливо поговорити з цією людиною, дайте йому змогу протягом кількох хвилин аргументовано висловити свою точку зору перед усіма, спробуйте залучити його компетенції на користь усієї групи. Як тільки «бунтівник» відчує, що до нього ставляться з повагою, що його досвід і вміння корисні, він стане вашим кращим союзником, із радістю виконуватиме ваші доручення та допомагатиме проводити далі тренінг.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ СИГНАЛІВ, ЯКІ ГРУПА НАДСИЛАЄ ТРЕНЕРУ

СИГНАЛ	МОЖЛИВІ ТРАКТУВАННЯ	ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ВИРІШЕННЯ СИТУАЦІЇ
Мовчання	Група боїться ставити запитання або коментувати щось. Інформаційний матеріал зовсім простий або занадто складний для групи	Переконайтеся, що ви правильно зрозуміли потреби групи саме в тій інформації або навичках, які висвітлюєте. Може бути ефективним перерватися та зробити нескладну руханку
Уникання контакту очима з тренером	Недовіра до тренера	Якщо ця недовіра спричинена недостатньою підготовкою тренера, детальніше опрацюуйте весь теоретичний матеріал, що доступний з теми
Учасники відхиляються назад, тримають ноги та руки схрещеними, перебувають тривалий час у напруженій позі	Захисна реакція. Учасникам не подобається те, що розповідає чи робить тренер, або вони перебувають під впливом лідера своєї групи	Пробуйте працювати з лідерами в групі. У будь-якому разі ще одна довірлива розмова з групою не зашкодить
Учасники постійно розмовляють між собою та відволікають іншу частину групи	Нецікавий матеріал або спосіб його донесення	Запитайте в групи, щоб вони хотіли змінити зараз у процесі тренінгу. Можливо, з відповіді ви дізнаєтеся про причину гомону



ПРИКЛАДИ ГРУПОВИХ ЗАВДАНЬ ТА ВПРАВ

Програма тренінгів незалежно від тематики складається переважно з мінілекцій та різноманітних вправ.

Основних типів вправ всього п'ять, а саме:

- Вправи-розігрівання (*розминки, «криголами»*).
- Вправи на командоутворення, комунікативні.
- Інформаційні (*освітні, тематичні*) вправи.
- Вправи-виклики (*проблематизуючі*).
- Вправи на опрацювання компетенцій.

ДАЛІ МИ НАВОДИМО ОПИСИ ТА ПРИКЛАДИ РІЗНИХ ГРУПОВИХ ЗАВДАНЬ.

Мозковий штурм – це ефективний спосіб підвищення творчої активності, інструмент для швидкого та плідного формулювання нових ідей. Можна запропонувати його застосовувати для пошуку складних рішень під час колективних завдань.

Під час мозкового штурму всіх учасників запрошують висловлювати свої думки стосовно поставленого питання. Тренери мають уважно слідувати, щоб кожен учасник реалізував можливість висловити свою думку! Всі відповіді слід занотовувати без критики та негативних відгуків. Після закінчення відведеного часу запросіть когось одного голосно прочитати та прокоментувати за потреби кожную з висловлених ідей.

Як різновид «мозкового штурму» можна запропонувати кожному з групи робити нотатки з теми завдання на маленьких папірцях (*стікерах*). Після того, як завдання виконано, тренери просять учасників та учасниць всі стікери наклеїти на дошку або фліпчарт та голосно прочитати їх. Крім цього, стікери з ідеями можна поєднати за загальними ознаками, якщо такі виявляються, для подальшого обговорення.

Групова дискусія є неодмінною частиною будь-якого тренінгу. Під час дискусій учасники мають змогу не тільки отримувати нову інформацію, але й навчатися критично думати, ділитися власним досвідом з іншими й навіть відточувати свою спікерську майстерність.

З багатого арсеналу способів ведення дискусій тренери обиратимуть найбільш зручні для кожної конкретної групи. Для заохочення учасників тренери можуть ставити підготовлені заздалегідь запитання або пропонувати учасникові висловити свою думку стосовно щойно почутого від іншого члена групи.



Дискусії можна ефективно застосовувати як у великій загальній групі, так і в малих групах у разі виникнення дефіциту часу або якщо група досить численна. Поєднайте учасників та учасниць у менші групи по три-чотири особи в кожній і запропонуйте кожній підгрупі обговорити поставлене запитання, після цього запросіть учасників та учасниць повідомити про отримані результати іншим групам. Тренерам залишиться керувати цією активною і продуктивною дискусією.

Рольові ігри. Цей вид групової діяльності дає можливість учасникам та учасницям відчувати себе в ролі, яка соціально не притаманна їм у реальному житті. Кожний отримує картку, де зазначена роль та деякі прояви, яких очікують від його гри.

Учасники отримують вигадані ролі, але в грі вони спиратимуться на власний життєвий досвід і навички. Програвання рольових ігор покращує розуміння різних ситуацій, допомагає перейнятися відчуттями інших, підштовхує до переосмислення свого реального життя та навіть до прийняття рішень, які раніше були неможливі з різних причин. При цьому атмосфера, в якій перебувають учасники, дружба та безпечна, і гравці, за необхідності, можуть будь-якої миті припинити свою участь і вийти з образу.

Водночас застосування рольових ігор потребує певного досвіду тренерів та обережності. Пам'ятайте про схильність людей діяти за стереотипами! Якщо хтось під час гри відчує образу або стигматизацію, навіть проявлені кимось із необережності, треба перервати гру та попросити вибачення в учасниці чи учасника.

Після закінчення гри потрібно, щоб кожен з учасників сказав, що він відчував під час перебування в ролі. Це допоможе надалі більш толерантно ставитися до людей, які мають свої особливості, чимось відрізняються від інших.

Застосування відеофільмів, що були відзняті професіоналами, є потужним сучасним допоміжним інструментом для інформаційно-освітньої діяльності. Після перегляду фільму потрібно провести обговорення побаченого, почутого та відчутого. Тренери мають зробити наголос на аспектах, що стосуються теми тренінгу. Перед тим, як внести відеофільм до програми тренінгу, не забудьте впевнитися, що ви не порушуєте авторських прав чи обмежень стосовно трансляції відеопродукції.



ЗРАЗКИ ПРОГРАМ ОДНОДЕННИХ ТРЕНІНГІВ ІЗ ЗАПОБІГАННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Перший зразок програми тренінгу пропонуємо застосовувати для груп, утворених із сімейних лікарів, які співпрацюють з програмою ЗПТ, та клієнтів ЗПТ, другий зразок – для груп, утворених зі співробітників сайтів (*лікарі, медичні сестри, психологи, соціальні працівники*) та клієнтів програми ЗПТ. В обох випадках питома вага клієнтів програми ЗПТ на тренінгах має бути не менше 50% від загальної кількості членів групи тренінгу.

Зверніть, будь ласка, увагу, що в запропонованому зразку наведено сесії з безпосереднім висвітленням теми поряд із зазначенням часу перерв, відпочинку, харчування, розминок, рефлексії, підбиття підсумків дня тощо. Тривалість кожної сесії або перерви може бути змінена тренером залежно від складу групи, часових обмежень або особливих потреб групи тощо, тобто фінальну програму тренінгу кожна тренерська група розроблятиме для себе самостійно.

Пропонуємо тренерам самостійно обрати слайди з бібліотеки слайдів ([Додаток 2](#)).

Для якісної підготовки інформаційних повідомлень пропонуємо на етапі підготовки тренінгу ознайомитися з відповідними теоретичними викладками, що наведені в [Додатку 4](#) модуля.

ТРЕНІНГ ДЛЯ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ



МЕТА:

формування навичок запобігання дискримінації ключових груп (*з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ*) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар».



ЗАВДАННЯ:

1. Надати інформацію про особливі потреби ключових груп населення.
2. Підвищити рівень розуміння щодо необхідності недискримінаційного ставлення до представників ключових груп населення.
3. Покращити компетентнісні навички надання допомоги представникам ключових груп (*з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ*) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар».



РЕСУРСИ:

блокноти для нотаток, олівці або кулькові ручки, ноутбук, проектор, екран для проектора, фліпчарт та аркуші для нього, два набори маркерів різних кольорів (*червоний, жовтий, зелений, синій*), самоклеюча плівка (*скотч*), ножиці, стікери паперові самоклеючі різних кольорів.



ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ

ЧАС	ТЕМА
9:00 – 9:15	Привітання учасників та учасниць тренінгу. Представлення тренерів
	Обговорення порядку денного та регламенту роботи
	Мета і завдання тренінгу
9:15 – 9:25	Визначення правил роботи групи. Виконання вправи «Правила групи»
9:25 – 9:40	Знайомство групи. Виконання вправи «Ми неперевершені»
9:40 – 9:50	Збір очікувань учасників. Виконання вправи «Очікування від тренінгу»
9:50 – 10:00	Вхідне анкетування. Виконання вправи «Анкетування»
10:00 – 10:20	Інформаційний блок «Визначення поняття "ключові групи"»
10:20 – 10:40	Групові дискусія «Базові поняття про СЗІЗ. Програми зменшення шкоди та зменшення ризику як один із дієвих методів протидії розповсюдження ВІЛ/СНІД»
10:40 – 11:00	Виконання вправи «Мовчазне висловлювання»
11:00 – 11:40	Інформаційний блок «ЗПТ – цілі, правова основа, доступ в умовах воєнного стану та для тимчасово переміщених осіб»
11:40 – 11:55	Кава-брейк
11:55 – 12:15	Виконання вправи «Дві корзини»
12:15 – 13:00	Інформаційний блок «Гендерно чутливий підхід у наданні послуг пацієнтам та пацієнткам програм зменшення шкоди, зокрема учасникам та учасницям програм ЗПТ»
13:00 – 13:30	Перерва на обід
13:30 – 13:40	Ігрова розминка «Асоціації»
13:40 – 14:00	Інформаційний блок «Дискримінація – визначення, наслідки та запобігання»
14:00 – 14:45	Рольова гра «Наш сайт ЗПТ»
14:45 – 15:00	Кава-брейк
15:00 – 15:15	Ігрова розминка «Світлофор»
15:15 – 15:50	Інформаційний блок «Презентація напрямку роботи із застосуванням підходу діалогу з медичними та соціальними працівниками, активістами спільноти та клієнтами ЗПТ»
15:50 – 16:10	Групові вправа «Відповідальність». Обговорення висновків
16:10 – 16:30	Підбиття підсумків тренінгу. Виконання вправи «Долоні»
16:30 – 16:40	Вихідне анкетування
16:40 – 16:50	Зворотний зв'язок від учасників та учасниць: заповнення оціночних форм
16:50 – 17:00	Урочисте вручення сертифікатів. Групове фотографування. Закриття тренінгу



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ:

якщо є технічна можливість, до програми тренінгу бажано додати відвідування сайту ЗПТ із практичним висвітленням підходу діалогу з клієнтами та лікарями сайту.

Саме під час візиту на сайт можна детально обговорити питання:

- включення до програми ЗПТ,
- підбору та регулювання дозування,
- правила прийому препарату,
- алгоритм взаємодії закладів охорони здоров'я щодо забезпечення безперервності лікування препаратами ЗПТ,
- додаткові послуги (МПСС, ресоціалізація, реабілітація, лікування супутніх інфекцій тощо).



ХІД ТРЕНІНГУ

1. ПРИВІТАННЯ УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ ТРЕНІНГУ. ПРЕДСТАВЛЕННЯ ТРЕНЕРІВ. ОБГОВОРЕННЯ ПОРЯДКУ ДЕННОГО ТА РЕГЛАМЕНТУ РОБОТИ. МЕТА І ЗАВДАННЯ ТРЕНІНГУ.

Навіть якщо тренери вже знайомі з учасниками групи, на початку тренінгу слід обов'язково привітатися та представитися.

Детальне обговорення порядку денного дозволить надалі уникнути непорозумінь та виникнення ситуацій, коли попередні очікування учасників не збігаються з тим, що вони побачили або почули на тренінгу.

Чітке визначення мети та завдань тренінгу допомагає налаштувати учасників на робочий лад з перших хвилин тренінгу.



2. ВИЗНАЧЕННЯ ПРАВИЛ РОБОТИ ГРУПИ.



ВПРАВА «ПРАВИЛА ГРУПИ»

ТИП ВПРАВИ – командоутворення.

МЕТА: запропонувати групі прийняти правила роботи й спілкування під час тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ

1. Тренер запрошує всіх учасників та учасниць пропонувати вголос правила, виконання яких на тренінгу сприятиме безпечній і комфортній атмосфері та досягненню успіху.
2. Важливо, щоб всі присутні були згодні з кожним запропонованим правилом.
3. Тренер може запитувати, чи всі згодні виконувати те або інше запропоноване правило.
4. Після того, як кожне правило прийняте, його записують на аркуші. Правила обов'язкові для виконання під час всього тренінгу.
5. Під час тренінгу можливі ситуації, коли виникає потреба прийняти додаткові правила. Вони можуть бути прийняті у такий спосіб, як і основні, за умови, що сприятимуть створенню дружньої атмосфери, не суперечать прийнятим раніше правилам та вся група їх також приймає.
6. Якщо учасник або учасниця не згодні з запропонованим кимось правилом, не треба наполягати, що він або вона неправі. Варто пояснити детально, в чому цінність запропонованого правила. Можна запросити до слова інших членів групи. Якщо учасник або учасниця продовжуватимуть не погоджуватися, можна запропонувати просто довіритися і прийняти правило, а пізніше обговорити його доцільність на конкретних прикладах.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників групи за запропоновані та прийняті правила.

Розробка правил разом з усією групою сприяє створенню довірливої атмосфери та показує спільний результат.

Тренерам дуже важливо уникати імперативного впливу та нав'язування «своїх» правил.



Зразки правил, які можуть бути запропоновані та прийняті:

- Говорити від свого імені.
- Перевести на беззвучний режим мобільні телефони.
- Не критикувати інших учасників.
- Поважати стать інших людей.
- Конфіденційність.
- Бути активним.
- Цінувати час.
- Говорити по черзі.
- Правило «піднятої руки».
- Висловлюватися за темою завдання.
- Сприяти позитивному настрою в групі.
- Дотримуватися порядку денного.

Після фінального голосування та прийняття правил доцільно розмістити аркуш з правилами на видному місці, щоб він був у полі зору протягом всього тренінгу.



3. ЗНАЙОМСТВО ГРУПИ.



ВПРАВА «МИ НЕПЕРЕВЕРШЕНІ»

ТИП ВПРАВИ – криголам.

МЕТА – познайомити учасників між собою, представити в оптимістичному позитивному вигляді з наголосом на цінності кожного учасника для групи.

ТРИВАЛІСТЬ – 15 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ

Кожний член групи використовуватиме блокнот для нотаток та олівець або кулькову ручку.

1. Учасники поєднуються у пари. Бажано, щоб пари утворювали незнайомі раніше люди. Це дозволить краще розкрити себе та дізнатися цікаву інформацію про нового знайомого або знайому. Якщо учасників непарна кількість і хтось залишився сам – йому в пару долучається тренер.
2. Протягом 5 хвилин учасники опитують одне одного і дають відверті відповіді. Запитання бажано ставити відкриті, наприклад: «Які ваші риси характеру можуть допомогти всім нам на сьогоднішньому тренінгу?», «Якою б ви хотіли бачити нашу групу сьогодні наприкінці тренінгу?», «Чим ви прагнете допомогти іншим учасникам групи?», «Який яскравий досвід або знання ви хочете передати іншим членам групи?».
3. Після закінчення опитування кожна учасниця й учасник представляє групі свого партнера. Заохочуйте учасників дотримуватися регламенту до 1 хвилини на представлення, бо у разі довгих історій увага групи поступово знижується.
4. Після представлення кожної пари всій групі бажано поаплодувати – це додасть впевненості учасникам та мотивуватиме їх на подальшу активність.
5. Представлення має відбуватися в позитивному напрямку, про кожного учасника група має дізнатися якомога більше гарних та корисних рис, тобто має бути оприлюднена його цінність для тренінгу та суспільства загалом.
6. Після закінчення представлення нових знайомих запропонуйте всій групі визначити та прокоментувати спільні сильні риси учасників.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників. Зробіть висновок, що мета вправи – не просто дізнатися, як кого звати, а показати всім членам групи, яким цінним надбанням є кожний учасник та учасниця, заохотити всіх до успіху.



5. ЗБІР ОЧІКУВАНЬ УЧАСНИКІВ.



ВПРАВА «ОЧІКУВАННЯ ВІД ТРЕНІНГУ»

ТИП ВПРАВИ – командоутворення.

МЕТА – дати можливість учасникам та учасницям висловити свої очікування та побажання стосовно мети тренінгу та особистих уподобань.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові; стікери паперові самоклеючі різних кольорів із розрахунку по 4–5 стікерів на кожного учасника та учасницю.



ХІД ВПРАВИ

1. Учасникам пропонують подумати протягом 1–2 хвилин про свої очікування від тренінгу (*особистісні, професійні, творчі тощо*) та записати по одному з очікувань на кожний зі стікерів.
2. Тренер збирає стікери та розміщує їх на видному місці. Можна групувати стікери за схожими напрямками очікувань або розміщувати за принципом «яблук на дереві очікувань»: кожна гілка – це певний напрямок, до якого виявляють зацікавленість учасники.
3. Коли в процесі тренінгу учасник отримує відповідь на питання або досягає того, що очікував, стікер знімають. Знімати має та людина, яка зробила напис про це очікування.



ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників. Зробіть наголос, що це не була проста формальність, що думки та очікування кожного насправді важливі й допоможуть тренерам розподіляти час порядку денного з максимальною ефективністю.

Збір очікувань передусім дає можливість самим учасникам чітко сформулювати власну мету участі в тренінгу, а тренер може зробити початковий «скринінг» групи та за потреби змістити акценти в порядку денному, скорегувати завдання під групу.

«Дерево очікувань» дає змогу в будь-який момент акцентувати увагу групи, що обговорюється тема, на яку був запит учасника або учасниці.

Наприкінці тренінгового дня слід повернутися до стікерів, прочитати вголос зазначені очікування і впевнитися, що протягом дня жодне очікування не залишилося без уваги.



6. ВХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ.



ВПРАВА «АНКЕТУВАННЯ»

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА – оцінити в учасників ступінь наявних знань та розумінь щодо запобігання та протидії дискримінації на початку тренінгу та рівень змін знань і розумінь, які відбулися протягом тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові; для кожного члена групи по два ідентичні примірники роздрукованого опитувальника – один попросити заповнити на початку тренінгу, другий – на завершення.



ХІД ВПРАВИ

1. Кожного учасника та учасницю просять анонімно заповнити опитувальник.
2. Бажано, щоб кожний учасник зробив на опитувальнику якусь позначку для того, щоб він зміг наприкінці дня знайти свій аркуш з-поміж інших.
3. Після заповнення тренер збирає опитувальники для подальшого аналізу.
4. Наприкінці тренінгового дня потрібно ще раз роздати учасникам опитувальники з тими ж запитаннями та попросити відповісти.
5. Дайте можливість учасникам групи знайти опитувальники, які вони заповнили вранці, та порівняти відповіді з нинішніми. Важливо, щоб учасники на власні очі змогли побачити позитивну динаміку своїх знань та умінь.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ Подякуйте кожному з учасників вправи. Аналізуючи відповіді, зроблені на початку та в кінці тренінгу, тренери зможуть оцінити якість своєї роботи: чи зрозуміло вони викладали матеріал, наскільки вдалим є тренінг, які форми та методи роботи працюють найкраще.



Приклад опитувальника для анкетування на початку та після тренінгу

Шановні учасниці та учасники тренінгу!

Запрошуємо кожного з вас дати відповіді на 10 нескладних запитань.

Результати відповідей ми використаємо для оцінки якості нашої тренерської роботи.

1. Дискримінація, на мою думку, це _____

2. Ключові групи населення – це _____

3. Чи можна застосовувати замісну підтримувальну терапію у віці до 18 років?

4. Що означає абревіатура ВІЛ? _____
5. Фактори, що спричиняють стигматизацію ключових груп у всіх сферах та верствах суспільства, – це

6. Чи можна ВІЛ-інфекцію вилікувати повністю? _____
7. В яких біологічних рідинах організму ВІЛ присутній у достатній для інфікування кількості?

8. Чим відрізняються поняття «стать» та «гендер»? _____

9. За яких умов безпечно мати статеві стосунки з людиною, яка живе з ВІЛ?

10. Чи можуть укуси комарів, інших комах або тварин призвести до інфікування ВІЛ?



6. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ “КЛЮЧОВІ ГРУПИ”»

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ТРЕНІНГУ: Тренер робить повідомлення (*зміст повідомлення викладений нижче*).

До ризику інфікування соціально значущими інфекційними захворюваннями й потерпання від насильства, стигми, дискримінації та законів, що обмежують переміщення або доступ до послуг, з більшою ймовірністю схильні ключові групи населення: геї та інші чоловіки, які практикують секс з чоловіками, секс-працівники, люди, які вживають ін'єкційні наркотики, трансгендерні люди та люди, що знаходяться у в'язницях та закритих установах.

Згідно із законодавством України, ключовими вважають групи населення, визначені відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України, які з урахуванням певних поведінкових практик, фізичних і психофізіологічних станів та інших умов, що доказово впливають на підвищені ризики інфікування ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами або туберкульозом, є пріоритетними.

Слід відрізняти поняття «ключові групи» від широко розповсюдженого терміну «вразливі групи». Вважають, що люди перебувають у стані вразливості, якщо умови їхнього життя схильні до змінних факторів, які створюють для них ризик інфікування ВІЛ. Прикладами таких груп є молоді люди, жінки, мігранти, водії-далекобійники, переміщені особи та інші.

До вразливих груп стосовно передачі ВІЛ сьогодні входять, зокрема, такі категорії населення: люди з особливими фізичними потребами, етнічні та расові меншини, корінні народи, місцеві громади, люди, що живуть у бідності, мігранти, біженці, внутрішньо переміщені особи, військові (*чоловіки та жінки*), особи, які перебувають у надзвичайних гуманітарних, а також у конфліктних і постконфліктних ситуаціях.

Ключові групи населення непропорційно уражені ВІЛ і мають вищі показники захворюваності та смертності, ніж населення загалом. Стигма та дискримінація, насильство, криміналізація поведінки маргіналізують ключові групи населення, перешкоджають їхньому доступу до послуг і піддають їх підвищеному ризику інфікування ВІЛ. Недостатнє охоплення та низька якість послуг для ключових груп населення – суттєві прогалини відповіді суспільства на епідемію ВІЛ.

Вразливості, пов'язані зі статтю, віком чи ВІЛ-статусом, по-різному стосуються певних представників кожної ключової групи населення:

- жінки, порівняно з чоловіками, часто мають більш обмежений доступ до медичних і соціальних послуг, вони більш економічно маргіналізовані та вразливі до насильства. Сексуальні та репродуктивні права жінок із ключових груп населення часто ігноруються чи навіть заперечуються, при цьому вони можуть зіткнутися з примусовою стерилізацією та примусовим абортom;
- молоді представники ключових груп населення (*у віці 10–24 років*) стикаються з додатковою вразливістю через свій вік, що виявляється в низькому рівні захищеності від експлуатації або насильства. Ці фактори збільшують ризик поведінки, яка може спричинити інфікування ВІЛ. Ті, хто ще не досяг 18-річного віку, можуть відчувати труднощі з доступом до медичних послуг через закони,



які потребують згоди батьків, або через політику, яка ігнорує концепцію поваги першочергових інтересів і здібностей дитини, що розвивається, або через відсутність відповідних віку послуг, що надаються в рамках програм, розроблених для ключових груп населення;

- представники ключових груп населення, які живуть із ВІЛ, можуть відчувати додаткову стигматизацію через свій ВІЛ-статус (зокрема стигматизацію всередині своєї ключової групи). Вони можуть зіткнутися з ще більшими труднощами при отриманні доступу до лікування та інших необхідних послуг. Люди, які живуть з ВІЛ, наражаються на більший ризик розвитку активного туберкульозу та смерті від нього, ніж люди з негативним статусом, особливо якщо вони знаходяться у в'язницях або інших закритих установах, проживають та працюють в обмежених умовах. Серед людей, які живуть із ВІЛ та вживають ін'єкційні наркотики, дуже поширена ко-інфекція з вірусним гепатитом С.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію з теми інформаційного повідомлення можна отримати в **Додатку 4**.

7. ГРУПОВА ДИСКУСІЯ «БАЗОВІ ПОНЯТТЯ ПРО СЗІЗ. ПРОГРАМИ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ТА ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ ЯК ОДИН ІЗ ДІЄВИХ МЕТОДІВ ПРОТИДІЇ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ/СНІД»

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ

1. Повідомити присутнім про основні характеристики СЗІЗ та програми зменшення шкоди та зменшення ризику.
2. Обговорити з учасниками актуальність сучасних заходів впливу на епідемії СЗІЗ.
3. Запропонувати учасникам надати особисті пропозиції щодо можливих шляхів впливу на епідемії СЗІЗ.

ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ – профілактичний підхід, метою застосування якого є зменшення негативних наслідків від соціальних і медичних ризиків у людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом та не бажають або не мають можливості припинити їх вживати. Передусім зменшення шкоди спрямоване на зменшення ризиків інфікування ВІЛ-інфекцією, туберкульозом та вірусними гепатитами.

Програми зменшення шкоди є економічно ефективним заходом впливу, створені на науково-доказовій базі з врахуванням принципів прихильності цінностям здоров'я громадян та забезпечення реалізації прав людини.



Для впливу на проблеми, пов'язані з поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркозалежності, застосовується комплекс заходів:

- профілактика шляхом зменшення попиту на вживання наркотиків: не розпочинати вживати наркотики в дитячому та молодіжному середовищі, лікувати та допомагати в реабілітації наркозалежним;
- боротьба з незаконним обігом наркотиків;
- зменшення шкоди: мінімізації ризиків, що супроводжують вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у середовищі наркозалежних, які поки ще не готові або не можуть відмовитися від їх регулярного або епізодичного застосування, належить до заходів вторинної профілактики.

ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ – комплекс заходів, що полягають не в забороні руйнівної для здоров'я поведінки, а спрямовані на зменшення шкідливих наслідків і зміну поведінки на більш безпечну для збереження здоров'я. Метою широкого впровадження цього підходу є зменшення ризиків передачі ВІЛ-інфекції та інших інфекцій, що передаються статевим або парентеральним шляхом, серед працівників комерційного сексу та чоловіків, які практикують секс із чоловіками.

Концепцію зменшення шкоди та ризику підтримують Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕЙДС та Управління ООН з наркотиків і злочинності (УНЗ ООН), з огляду на те, що концепція є науково обґрунтованим методом профілактики, лікування і догляду при ВІЛ-інфекції серед СІН, СП і ЧСЧ.

Методи зменшення шкоди, про результативність та економічну доцільність яких є наукові підтвердження:

- програми обміну шприців і голочок;
- ЗПТ, зокрема психосоціальна підтримка клієнтів, а також інші види лікування наркотичної залежності;
- консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, також експрес-тестування представниками НУО;
- АРТ для СІН, які живуть із ВІЛ, поруч із формуванням прихильності до лікування;
- профілактика інфікування та лікування ІПСШ;
- програми із забезпечення презервативами СІН та їхніх статевих партнерів;
- цільові програми, орієнтовані на СІН та їхніх статевих партнерів, спрямовані на інформування, освіти та комунікацію;
- вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- профілактика, діагностика та лікування туберкульозу.



МЕТОДИ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ ДЛЯ СП ТА ЧСЧ

- інформаційно-освітня діяльність щодо запобігання поширенню ІПСШ/ВІЛ із застосуванням індивідуального та групового консультування з питань ІПСШ/ВІЛ, безпечної поведінки та статевого здоров'я (зокрема із застосуванням методу «рівний – рівному») з поширенням інформаційно-освітніх матеріалів (ІОМ) під час телефонних консультацій та через соціальні мережі;
- забезпечення презервативами та водорозчинними лубрикантами, навчання правильно їх використовувати;
- ДКТ з питань ВІЛ на умовах конфіденційності;
- тестування та вакцинація проти вірусного гепатиту В (направлення та мотивування);
- розповсюдження медичного інструментарію для ін'єкцій (шприци, голки) та спиртових серветок, надання послуг, що знижують ризик при вживанні наркотиків;
- перенаправлення в програми зменшення шкоди;
- інформаційні та профілактичні послуги у зв'язку з ІПСШ/ВІЛ жінкам, які є сексуальними партнерками ЧСЧ.

Якщо СП або ЧСЧ вживають наркотики ін'єкційним шляхом, то їм потрібно запропонувати методи зменшення шкоди.

Для підготовки презентації ви можете скористатися «**Бібліотекою слайдів**» у **Додатку 2**.

Додаткова довідкова інформація з теми дискусії наведена в **Додатку 4**.



8. ВПРАВА «МОВЧАЗНЕ ВИСЛОВЛЮВАННЯ»



ТИП ВПРАВИ – мотиваційна.

МЕТА – застосування цього способу обміну інформацією дозволяє учасникам та учасницям демонструвати свої погляди (згоду або незгоду з твердженнями тренерів), але від них не потребують подальшого пояснення, якщо вони самі не висловлюють бажання обґрунтувати свою точку зору. Ця модальність дає змогу підвищити учасникам рівень впевненості, позбавляє побоювань висловлювати перед групою власну думку, а також допомагає закріпити отриману раніше теоретичну інформацію щодо ВІЛ-інфекції.

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ:

- кілька надрукованих на аркушах формату А4 тверджень (на кожному аркуші окреме твердження) на тему, яку ви обговорюватимете з групою. 5–6 тверджень має бути достатньо для виконання завдання;
- слова «Так», «Ні», «Нейтралітет» надруковані на окремих аркушах формату А4.



ХІД ВПРАВИ

1. Розмістіть у залі роздруковані аркуші на однаковій відстані один від одного.
2. Зачитайте по черзі кожне з тверджень, що стосується ВІЛ та інших соціально значущих інфекційних захворювань, шляхів передачі, способів профілактики. Запропонуйте учасникам та учасницям переміститися до аркуша з написом «Так», якщо вони згодні, або з написом «Ні», якщо незгодні. Якщо учасники невпевнені у відповіді – запрошуйте підійти до напису «Нейтралітет».
3. Приклади тверджень: «ВІЛ передається через обійми», «ВІЛ можна вилікувати», «Інфекції, що передаються статевим шляхом, не завжди потрібно лікувати», «При вагітності не слід застосовувати АРТ», «Є загроза передачі ВІЛ комахами», «Можна заразитися ВІЛ в басейні», «Людині, яка живе з ВІЛ, не треба поспішати починати лікування», «Якщо людина вже заразилася ВІЛ, можна не застосовувати презервативи при статевих актах».



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте членам групи за участь у вправі. Після того, як всі члени групи висловили точку зору стосовно кожного тренерського твердження, можна запропонувати аргументувати свої відповіді тим учасникам, які бажають. Тренер має повідомити, правдиве було твердження чи ні. Можливо, в процесі обговорення хтось з учасників або учасниць змінить точку зору й підійде до протилежного напису.



9. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ЗПТ – ЦІЛІ, ПРАВОВА ОСНОВА, ДОСТУП В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА ДЛЯ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ»

МЕТА – надати учасникам інформацію щодо основних засад програми замісної підтримувальної терапії з особливим наголосом на участь у програмі у воєнний час та висвітленням порядку дій у різних нетипових ситуаціях.

ТРИВАЛІСТЬ – 40 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ

Тренер робить присутнім повідомлення наступного змісту.

Світовий досвід лікування опіоїдної залежності свідчить, що близько чверті від кількості хворих, які були проліковані загальноприйнятими методами, утримуються від вживання наркотичних речовин протягом року й більше. Програма замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) є сучасним, визнаним у світі ефективним методом лікування осіб із залежністю внаслідок вживання опіоїдів та одним з ефективних інструментів досягнення стійкої відповіді у вигляді зміни поведінки на більш безпечну. В Україні для ЗПТ застосовують такі лікарські препарати: бупренорфін гідрохлорид (*buprenorphine hydrochloride*) та метадону гідрохлорид (*methadone hydrochloride*).

Потужним поштовхом до розвитку лікувальної допомоги для СН в Україні стало впровадження у 2004 році Програмою Розвитку ООН (UNDP) програми ЗПТ препаратом бупренорфін гідрохлоридом. З 2005 року обсяги ЗПТ збільшилися завдяки проектам Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я» (до листопада 2015 року відомий як Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні») за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (англ. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*): спочатку бупренорфін гідрохлоридом, а з 2008 року до арсеналу лікарів додався метадону гідрохлорид. Проекти почали впроваджувати шляхом залучення неурядових організацій до імплементації медичного та психосоціального супроводу (МПСС) клієнтів ЗПТ. Альянс-Україна продовжує роботу з розвитку технічних можливостей лікувальних закладів з метою створення належних умов для проведення ЗПТ (ремонтні роботи, устаткування, ліцензії на обіг наркотичних препаратів засобів).

Нормативні документи ЗПТ

Однією з вимог сучасної медицини є надання ефективної допомоги із застосуванням виключно науково перевірених та доведених методів і підходів, які узагальнюються в керівництвах. Розробкою керівництв займається професійна лікарська та наукова спільнота. Є міжнародні та національні керівництва з лікування тих чи інших розладів і хвороб. В Україні досі ще існує практика регулювання лікарської діяльності переважно наказами МОЗ.

Стосовно ЗПТ та порядку її проведення є кілька важливих документів. Насамперед це:

- Постанова Кабінету Міністрів України від 3 червня 2009 р. за № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом».



- Наказ МОЗ України від 27.03.2012 року за № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів».
- Наказ МОЗ України від 09.11.2020 за № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги "Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів"».

Також значення мають накази департаментів охорони здоров'я державних адміністрацій про розподіл препаратів ЗПТ між закладами, в яких упроваджують ЗПТ.

Показаннями до призначення ЗПТ є встановлений діагноз залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10 та відповідність певним критеріям (*детально про критерії можна прочитати в Додатку 4*).

Доступ до ЗПТ в умовах воєнного стану

Завдяки гарантіям держави навіть під час війни в Україні клієнти програми ЗПТ достатньою мірою забезпечені препаратами. Учасники програми, які отримують препарати ЗПТ на базі державних ЗОЗ, забезпечувалися і забезпечуються ними в повному необхідному обсязі. Додаткова перевага державної програми полягає в тому, що ліки учасники програми отримують вчасно та безоплатно. На відміну від впорядкованої роботи програми ЗПТ в державних ЗОЗ, пацієнти, які є клієнтами ЗПТ у деяких приватних клініках і кабінетах, іноді не могли придбати замісний препарат через аптечну мережу через відсутність необхідних ліків в аптечних закладах. Щоб купити препарат ЗПТ за рецептом від приватних клінік, клієнти мали їхати за багато кілометрів.

Пацієнти, які прийняли рішення повернутися до вживання «вуличних» наркотичних речовин, мають розуміти, що пильність громадян щодо осіб, які шукають «закладки», та регулярні комендантські години можуть призвести до виклику поліції та затримання або навіть ув'язнення.

Згідно з частиною 1 статті 23 Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» у редакції Закону № 2122-IX від 15.03.2022 року, не підлягають призову на військову службу під час мобілізації військовозобов'язані, визнані в установленому порядку особами з інвалідністю або відповідно до висновку військово-лікарської комісії (ВЛК) тимчасово непридатними до військової служби за станом здоров'я на термін до шести місяців (з наступним проходженням військово-лікарської комісії).

ВЛК проводять експертизу придатності до військової служби в кожному конкретному випадку. Постанови ВЛК приймаються на підставі Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби (*далі – Розклад хвороб*), пояснень щодо застосування статей Розкладу хвороб і таблиць додаткових вимог до стану здоров'я, що затверджено Наказом Міністра оборони України від 14 серпня 2008 року № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України».

Згідно зі статтею 15 Розкладу хвороб:

СТАТТЯ 15	Включено: розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин F10-F19 (<i>алкоголю, опіоїдів, канабіоїдів, седативних, снодійних, кокаїну, галюциногенів, летючих розчинників, наркотичних засобів та інших</i>)	
	а) при синдромі залежності з різкими, стійкими психічними розладами	Непридатні до військової служби зі зняттям із військового обліку
	б) при синдромі залежності з помірними або незначними психічними розладами	Непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час



Якщо клієнт програми ЗПТ отримав повістку, він зобов'язаний звернутися до територіального центру комплектування та соціальної підтримки (*колишній військкомат*), щоб пройти ВЛК та отримати її висновок про наявність синдрому залежності та про зняття з військового обліку або непридатність до військової служби в мирний час, обмежену придатність у воєнний час.

У довоєнні часи ефективно працювала процедура, регламентована наказом Міністерства охорони здоров'я України №200 від 27.03.2012 року «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів», згідно з якою пацієнт мав повідомити лікаря про свій від'їзд, лікар мав звернутися із запитом на сайт, де пацієнт хоче продовжити лікування. На новому сайті мали визначитися з відповіддю: чи є достатньо залишків препарату ЗПТ та чи можуть вони прийняти ще одного учасника програми, і дати відповідь.

Під час війни почастішали випадки, коли учасники програми ЗПТ не мають при собі медичних документів, які допомогли б їм скоріше стати на програму в іншому населеному пункті та одразу ж отримати звичне дозування препарату. Це може бути спричинено екстреною евакуацією з районів активних бойових дій або втратою документів під час вимушених перевірок російськими військовими на блокпостах.

У більшості випадків лікарі ЗОЗ, до яких звертаються клієнти для продовження участі в програмі ЗПТ, мають можливість телефоном зв'язатися з колегами на сайтах в інших населених пунктах, звідки переїжджають учасники. Також лікарі можуть отримати необхідну інформацію зі спільної бази даних, якою вони всі користуються.

В іншому випадку, коли в новому ЗОЗ у лікарів немає підтвердження щодо дозування препарату, пацієнт має бути прийнятий як вперше, як такий, якому потрібен підбір дозування. Тобто, на початку пацієнт отримає мінімальну дозу препарату ЗПТ (*метадону гідрохлориду – 25–30 мг або бупренорфіну гідрохлориду 4–6 мг*).

З огляду на ситуацію в регіонах та з метою стабільного функціонування програми ЗПТ, можуть прийматися рішення щодо зміни терміну та кількості препаратів, які можуть видаватися на руки.

Для клієнтів програми ЗПТ, які були змушені переселитися до інших населених пунктів, Всеукраїнське Об'єднання Наркозалежних (ВОЛНА) у кожному регіоні України залучило регіональних представників, які за необхідності можуть надати необхідну допомогу з облаштуванням на новому місці та залученням до участі в програмі ЗПТ в іншому ЗОЗ.

Жінки-учасниці програми ЗПТ можуть звертатися з відповідними питаннями до регіональних координаторок Всеукраїнського об'єднання наркозалежних жінок «ВОНА».

Активізувавши чат-бот https://t.me/zpt_poruch_bot в Telegram, можна дізнатися, де є найближчий сайт ЗПТ, а також переглянути актуальний список сайтів ЗПТ в обраній області України з адресами ЗОЗ та номерами телефонів для довідок, графіком роботи, даними лікарів.

При виїзді за кордон пацієнтам рекомендується самостійно перевіряти інформацію про перелік місць, де є можливості отримання лікування ЗПТ. Для безперешкодного отримання медичної послуги за межами держави клієнтам програми ЗПТ в Україні важливо мати медичну виписку з українського ЗОЗ, що підтверджує факт того, що він/вона знаходиться на ЗПТ та містить інформацію про препарат та його дозування.



Порядок дій у випадку немотивованої відмови щодо прийняття в програму ЗПТ або видачі препарату

Держава Україна гарантує безоплатне надання всім пацієнтам, зокрема клієнтам програми ЗПТ, необхідної медичної допомоги та ліків, що передбачені Програмою медичних гарантій. Війна не є причиною, через яку в пацієнтів вимагатимуть гроші за лікування!

Якщо в закладі охорони здоров'я, в якому розташовано сайт ЗПТ та який має договір із НСЗУ, немотивовано відмовили в наданні лікування або вимагали гроші, слід негайно поскаржитися на неправомірні дії медичних працівників:

- звернутися письмово зі скаргою до керівництва закладу охорони здоров'я, з копією скарги – до департаменту охорони здоров'я державної адміністрації (міського, районного або обласного залежно від підпорядкування ЗОЗ);
- подати скаргу через електронну форму на сайті НСЗУ за посиланням <https://service.e-health.gov.ua/gromadyanam/osobistij-prijom/citizen-form>. Як правильно оформити скаргу до НСЗУ можна прочитати за посиланням https://www.facebook.com/nszu.care/posts/150414606598673?__tn__=%2CO*F;
- звернутися до інформаційно-довідкової служби НСЗУ за безоплатним номером 1677. Це перший в Україні контакт-центр, що обслуговує пацієнтів, лікарів і керівників закладів охорони здоров'я.

Якщо ситуація не вирішується на користь пацієнта, додатково до заяв не зайвим буде телефонний дзвінок на гарячу лінію Міністерства охорони здоров'я України за номером телефону 0800505201 та на урядову лінію Кабінету міністрів України за номером телефону 1545.

Не слід вагатися, треба оскаржувати неправомірні дії, адже активна громадянська позиція кожного допомагає покращувати нашу медицину!

У разі, якщо виникає потреба шукати більш зручне місце отримання ЗПТ, можна використовувати чат-бот в Telegram за посиланням https://t.me/zpt_poruch_bot.

Перелік документів, за якими громадяни можуть бути включені в програму ЗПТ¹

1. Документи, що посвідчують особу та підтверджують громадянство України:
 - а) паспорт громадянина України;
 - б) паспорт громадянина України для виїзду за кордон;
 - в) дипломатичний паспорт України;
 - г) службовий паспорт України;
 - ґ) посвідчення особи моряка;

¹ Згідно з «Порядком проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів», затвердженим наказом МОЗ України від 27.03.2012 року за № 200 (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>)



- д)** посвідчення члена екіпажу;
 - е)** посвідчення особи на повернення в Україну;
 - є)** тимчасове посвідчення громадянина України.
- 2.** Документи, що посвідчують особу та підтверджують її спеціальний статус:
 - а)** посвідчення водія;
 - б)** посвідчення особи без громадянства для виїзду за кордон;
 - в)** посвідка на постійне проживання;
 - г)** посвідка на тимчасове проживання;
 - ґ)** картка мігранта;
 - д)** посвідчення біженця;
 - е)** проїзний документ біженця;
 - є)** посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;
 - ж)** проїзний документ особи, якій надано додатковий захист.
- 3.** Довідка про звільнення з місць позбавлення волі.

Порядок дій для запобігання вилученню препаратів ЗПТ під час обшуку житла чи особистого обшуку

Перед початком виконання ухвали слідчого судді про дозвіл на обшук особи, яка володіє житлом чи іншим володінням, а за її відсутності – іншій присутній особі повинна бути пред'явлена ухвала і надана її копія. Слідчий, прокурор не має права заборонити учасникам обшуку користуватися правовою допомогою адвоката або представника. Слідчий, прокурор зобов'язаний допустити такого адвоката або представника до обшуку на будь-якому етапі його проведення.

Якщо клієнт ЗПТ є власником житла, де проводиться обшук, або житло перебуває у його користуванні й він/вона присутні під час обшуку при виявленні препаратів ЗПТ, обов'язково слід повідомити оперативних співробітників, які проводять обшук, слідчого або представника прокуратури про те, що він/вона є пацієнтом ЗПТ та надати для ознайомлення підтверджувальні документи.

Другий примірник протоколу обшуку разом із доданим до нього описом вилучених документів та тимчасово вилучених речей (*за наявності*) вручається особі, в якій проведено обшук, а в разі її відсутності – повнолітньому членові її сім'ї або його представникові.

Якщо препарат ЗПТ вилучають, у зауваженнях до протоколу обов'язково необхідно зазначити це з вказанням назви препарату, що вилучили, кількості таблеток та його ваги. Одразу після закінчення обшуку зверніться до прокурора із заявою про повернення тимчасово вилучених речей (*препарату ЗПТ*). У разі відмови подайте скаргу на відмову до слідчого судді.



За першої можливості повідомте лікаря сайту ЗПТ про вилучення препарату. Після цього подайте головному лікарю закладу охорони здоров'я, в якому працює сайт ЗПТ, письмову заяву з проханням забезпечити безперервність лікування, надайте лікарям для ознайомлення другий примірник протоколу обшуку та долучіть його ксерокопію до заяви.

Порядок дій при втраті препарату ЗПТ не з вини пацієнта²

Слід якнайшвидше повідомити про випадок (*крадіжка, вимагання, грабіж, розбій тощо*) поліцію та викликати наряд за номером телефону 102. Якщо немає можливості викликати поліцію на місце злочину, треба негайно звернутися до найближчої поліцейської станції. Приймання заяв (*повідомлень*) незалежно від місця й часу учинення протиправних дій, повноти отриманих даних, особи заявника здійснює цілодобово, безперервно та невідкладно орган (*підрозділ*) поліції, до якого надійшла така інформація. Як тільки з'явиться можливість, необхідно повідомити про те, що сталося, соціального працівника та лікаря сайту ЗПТ.

Рекомендуємо складати заяву про злочин у кімнаті прийому громадян або у вестибюлі відділку поліції, тобто в зоні вільного перебування. Краще це робити за допомогою соціального працівника або юриста в присутності знайомих або хоча б незнайомих людей – свідків на випадок відмови від прийняття заяви на реєстрацію. Якщо пацієнт ЗПТ прийшов писати заяву сам, йому можуть відмовити без вмотивованої причини.

Якщо у поліції відмовилися приймати заяву, треба:

- а)** зателефонувати черговому за скороченим номером екстреного виклику поліції «102», повідомити про відмову та попросити направити наряд до відділку поліції;
- б)** попередити поліцейського, який відмовляється приймати заяву, що він вчиняє службовий злочин та приховує більш тяжкий злочин;
- в)** зателефонувати до прокуратури та повідомити чергового про відмову поліції;
- г)** дочекатися наряду поліції та детально розповісти їм про відмову прийняти заяву.

Після подання заяви черговий реєструє її в журналі єдиного обліку, оформлює та видає заявникові талон-повідомлення про прийняття і реєстрацію заяви (*повідомлення*) про кримінальне правопорушення чи іншу подію. Цей талон-повідомлення є підтвердженням втрати ЗПТ та має бути пред'явлений лікарям у закладі охорони здоров'я, в якому працює сайт ЗПТ, разом із заявою про повторне отримання препарату.

² Згідно з «Порядком ведення єдиного обліку в органах (підрозділах) поліції заяв і повідомлень про кримінальні правопорушення та інші події», затвердженим наказом Міністерства внутрішніх справ України від 08.02.2019 року за № 100



Порядок дій при визначенні можливості отримувати препарат за рецептом або на руки³

Рішення про видачу препаратів пацієнтам за рецептом або безпосередньо з місця надання ЗПТ для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах приймає лікар щодо кожного пацієнта індивідуально (за винятком пацієнтів ЗПТ, які відбувають покарання в установах виконання покарань, а також осіб, взятих під варту, які перебувають у слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби України) у разі, якщо пацієнт:

- отримує ЗПТ не менше 6 місяців;
- дотримується правил участі у ЗПТ;
- не вживає наркотичних засобів протягом останніх 6 місяців, крім тих, які призначені лікарем, що підтверджується результатами щомісячних тестів.

У випадку підтвердження стабільності пацієнта (*про що свідчить працевлаштування, стабільне соціальне середовище та стабільний психоемоційний стан пацієнта*), при територіальній віддаленості проживання пацієнта від місця щоденного отримання препаратів ЗПТ лікар може прийняти рішення щодо скорочення мінімального строку лікування із використанням препаратів ЗПТ, необхідного для прийняття рішення про отримання препаратів для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах, до 3 місяців.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію з теми інформаційного повідомлення можна отримати у **Додатку 4**.

³ Згідно з наказом МОЗ від 27.03.2012 року за №200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів»



10. ВИКОНАННЯ ВПРАВИ «ДВІ КОРЗИНИ»



ВПРАВА «ДВІ КОРЗИНИ»

ТИП ВПРАВИ – мотиваційна.

МЕТА – створити доброзичливе середовище, в якому учасниці та учасники зможуть визначити й назвати свої сумніви та труднощі щодо вирішення гендерних питань.

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: дві однакових корзини для паперу або дві однакові коробки (можна взяти звичайні від паперу формату А4); маркери, по два аркуші формату А4 кожному учаснику; фліпчарт з блокнотом.



ХІД ВПРАВИ

1. Розмістіть у тренінговому залі дві корзини (або коробки) на відстані 2–3 метри одна від одної. Одна коробка буде для позитивних ідей, інша – «для сміття», тобто для негативних ідей.
2. Запросіть учасниць та учасників стати в коло та уявити, що вони мають переїхати до нового офісу і їм слід залишити в корзині для сміття всі негативні відчуття, які вони мають стосовно розгляду гендерних питань, а взяти з собою до нового офісу тільки корисні та позитивні ідеї.
3. Кожному учаснику та учасниці треба дати по два аркуші паперу формату А4. Запропонуйте їм написати на одному аркуші назву тієї речі, яку вони беруть із собою (тобто, *приклад свого позитивного ставлення до гендерних питань*), а на іншому – ту річ, яку вони залишають у минулому (*приклад негативного особистого ставлення до гендерних питань*).
4. Запропонуйте кожному учаснику та учасниці викинути аркуш з негативним почуттям у корзину для сміття й розповісти групі про своє почуття та причини його виникнення.
5. Після цього учасниць та учасників запрошують голосно прочитати всій групі приклади своїх позитивних почуттів щодо гендерних питань та покласти аркуші до корзини, яку вони беруть із собою до нового офісу.
6. Під час виконання вправи тренери розділяють вертикальною лінією аркуш блокнота для фліпчарта на дві рівні половини й нотують у відповідних частинах (*позитивній та негативній*) ключові слова, які називатимуть учасниці та учасники.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ: Подякуйте учасникам вправи. Підбийте підсумки вправи, ще раз звернувши увагу на позитивні й негативні почуття, які група має щодо гендеру, та поясніть, як деякі з цих ставлень можуть змінитися або зовсім нівелюватися протягом тренінгу.



11. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ГЕНДЕРНО ЧУТЛИВИЙ ПІДХІД У НАДАННІ ПОСЛУГ ПАЦІЄНТАМ І ПАЦІЄНТКАМ ПРОГРАМ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ, ЗОКРЕМА УЧАСНИКАМ ТА УЧАСНИЦЯМ ПРОГРАМ ЗПТ»

МЕТА – дати учасникам інформацію про необхідність дотримуватися гендерно чутливого підходу в наданні послуг пацієнтам і пацієнткам програм зменшення шкоди, зокрема учасникам та учасницям програм ЗПТ.

ТРИВАЛІСТЬ – 45 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ:

Тренер робить повідомлення наступного змісту.

Гендерно чутливий підхід базується на концепції надання послуг з урахуванням потреб клієнта або клієнтки, що зумовлені влюбій мірі належністю його до певного гендеру.

Метою застосування гендерно чутливого підходу має бути забезпечення однакового (*якісного і кількісного*) доступу до послуг пацієнтам і пацієнткам програм зменшення шкоди, зокрема учасникам та учасницям програм ЗПТ. Комплексний підхід має охоплювати також доступ до планування, бюджетування, прийняття рішень на всіх етапах та в усьому, що стосується інтересів клієнтів програм зменшення шкоди.

Гендер формується в процесі входження людини в суспільне життя та може змінюватися під впливом різних детермінант (*культурних, соціоекономічних, вікових тощо*). Гендерні ролі – це форми поведінки жінок та чоловіків, що обумовлені аспектами навколишнього соціального середовища. Гендерна належність – це самоідентифікація кожної людини щодо її належності до певної статі [25].

У випадках, коли потреби однакові, наприклад інформаційно-освітні послуги, вони можуть надаватися представникам всіх гендерів разом без обмежень. Це не буде дискримінувати права представників жодного з гендерів.

Відповідно до Закону України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків», «гендерна рівність – це рівний правовий статус жінок і чоловіків та рівні можливості для його реалізації, що дозволяє особам обох статей брати рівну участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства».

Гендерна рівність передбачає не лише декларування рівних прав, а й забезпечення реальних можливостей та рівних умов для реалізації прав жінок і чоловіків. Рівність прав жінок і чоловіків полягає у відсутності обмежень та привілеїв, що може бути отримана за ознакою статі.



ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ – одна з найбільш важливих цінностей демократичного суспільства та умов забезпечення сталого суспільного розвитку.

Для підготовки презентації ви можете скористатися «Бібліотекою слайдів» у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію, що стосується гендеру, можна отримати у **Додатку 4**.



12. ІГРОВА РОЗМИНКА «АСОЦІАЦІЇ»

ТИП ВПРАВИ – самоаналіз.

МЕТА – активувати увагу учасників після перерви на спілкування за темою тренінгу та виявити цікаві погляди на питання.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти для нотаток.



ХІД ВПРАВИ

Під час виконання вправи учасникам пропонують записати асоціації до слів, які називає тренер.

Тренер пропонує слова в такому порядку, щоб вони викликали різні нестандартні асоціації (*наприклад, дитинство, залежність, дискримінація або наркотик, ВІЛ, ЗПТ*).

Члени групи нотують до них по 1–2 слова асоціацій, що спадають на думку. Після цього кожного учасника та учасницю запрошують вголос прочитати свої нотатки.



ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ: Подякуйте кожному з учасників ігрової розминки. Після того, як всі висловляться, тренер пропонує подумати та обговорити причини виникнення таких асоціацій. Таким чином, ця вправа не тільки дозволяє згуртуватися після перерви, але й утворює базис для подальшого глибокого опрацювання серйозного матеріалу з теми протидії дискримінації.

Після того, як учасники назвали свої асоціації, тренер має розвіяти міфи, якщо вони прозвучали.



13. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ДИСКРИМІНАЦІЯ – ВИЗНАЧЕННЯ, НАСЛІДКИ ТА ЗАПОБІГАННЯ»

МЕТА – привернути увагу учасників та підвищити рівень їхніх знань стосовно негативних рис явища дискримінації, формувати нетолерантне ставлення до проявів дискримінації.

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти для нотаток.



ХІД ВПРАВИ.

Тренер робить повідомлення наступного змісту.

Дискримінація в різноманітних проявах – це одна з найбільш поширених форм насильства та порушення прав людини, від якої щодня потерпають мільйони осіб в усьому світі. Дискримінація може проявлятися відторгненням людей, які здаються «не такими», як комусь треба, або належать до певної етнічної чи соціальної групи, мають інші політичні або релігійні погляди чи сексуальні уподобання. Дискримінація перешкоджає соціальній активності людей, обмежує доступ до багатьох важливих сервісів, як то охорона здоров'я, освіта, житло тощо.

Дискримінація може здійснюватися у прямий та непрямий спосіб. Пряма дискримінація впливає безпосередньо на людину, а непряма створює певні обмеження, які опосередковано також призведуть до утиску її прав, – наприклад, заборона застосовувати в офісних приміщеннях деякі предмети одягу. Дискримінації часто передують упереджене ставлення до людей або цілих соціальних груп.

Згідно із Законом України «Про засади запобігання та протидії дискримінації» [29]:

- **Дискримінація** – ситуація, за якої особа та/або група осіб за їх ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними (*далі – певні ознаки*), зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами й свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними.
- **Пряма дискримінація** – ситуація, за якої з особою та/або групою осіб за їх певними ознаками поводяться менш прихильно, ніж з іншою особою та/або групою осіб в аналогічній ситуації, крім випадків, коли таке поводження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними.
- **Непряма дискримінація** – ситуація, за якої внаслідок реалізації чи застосування формально нейтральних правових норм, критеріїв оцінки, правил, вимог чи практики для особи та/або групи осіб за їх певними ознаками виникають менш сприятливі умови або становище порівняно з іншими особами та/або групами осіб, крім випадків, коли їх реалізація чи застосування має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними.
- **Утиск** – небажана для особи та/або групи осіб поведінка, метою або наслідком якої є приниження їх людської гідності за певними ознаками або створення стосовно такої особи чи групи осіб напруженої, ворожої, образливої або зневажливої атмосфери.



Дискримінація може виявлятися по-різному: відсторонення від людини, завдання фізичних ушкоджень і навіть убивство. Дискримінація має прямий вплив на людей, які від неї потерпають безпосередньо, а також непрямий глибокий, іноді прихований, вплив на суспільство.

У Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод (*Європейська конвенція з прав людини*) [30] затверджується право кожної людини на рівність, недискримінаційне ставлення та неприпустимість дискримінації як явища.

ФОРМИ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Від дискримінації за ознакою сексуальних вподобань потерпають гомосексуальні, бісексуальні та транссексуальні люди. Гомофобія та трансфобія може проявлятися навіть в агресії та часто спрямована на людей, які мають особливі погляди на статеві уподобання. Багато спільнот ЛГБТ+ і зараз не можуть повною мірою користуватися загальними правами людини та ризикують стати жертвами нападів.

До дискримінації за гендерним фактором відносять трансгендерну дискримінацію і дискримінацію жінок, чия гендерна ідентичність не відповідає або культурно не пов'язана з їхньою визначеною статтю.

Одна з найбільш дискримінованих груп населення – споживачі наркотиків. До людей, які споживають наркотичні речовини, суспільство ставиться заздалегідь упереджено. Дуже часто саме це ставлення і є причиною, з якої людина не може одужати та ресоціалізуватися повною мірою. Додаткові негативні фактори, що пригнічують людину, – підвищений ризик інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами, туберкульозом та багатьма іншими інфекційними захворюваннями.

ПРОТИДІЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ ТА ПРИНЦИП НЕДИСКРИМІНАЦІЙНОГО СТАВЛЕННЯ

У комплексі заходів для боротьби з дискримінацією є кілька складових, системне застосування яких може допомогти досягти найкращого результату:

- ставлення громадянського суспільства, що засуджує дискримінацію, неприйнятно ставиться до злочинів на її фоні, надає допомогу потерпілим від дискримінації;
- освітні програми, впровадження яких підвищує рівень поінформованості стосовно способів протидії дискримінації та сприяє формуванню толерантного ставлення;
- зміни в законодавстві, які ініціюють та адвокатують активісти.

У статті 21 Конституції України [31] зазначено «Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними». З огляду на зазначене, першочерговою та важливою частиною роботи НУО є виконання обов'язку не дискримінувати та дотримуватися принципу рівності у своїй роботі.

Законодавство України базується на принципі недискримінації, що, незалежно від певних ознак особи, передбачає:

- забезпечення рівності прав і свобод осіб та/або груп осіб;
- забезпечення рівності перед законом осіб та/або груп осіб;
- повагу до гідності кожної людини;
- забезпечення рівних можливостей осіб та/або груп осіб.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**. Більш детальну інформацію, що стосується теми дискримінації, можна отримати у **Додатку 4**.



14. РОЛЬОВА GRA НА ПРОТИДІЮ ДИСКРИМІНАЦІЇ



РОЛЬОВА GRA «НАШ САЙТ ЗПТ»

ТИП ВПРАВИ – розвиток компетенцій.

МЕТА – проаналізувати наше ставлення до людей, які відрізняються від нас самих за певними ознаками, розглянути можливі стратегії запобігання та розв'язання проблем. Дізнатися, чи пов'язані між собою конфлікт інтересів і дискримінація.

ТРИВАЛІСТЬ – 45 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти для нотаток, примірники заздалегідь зроблених карток із позначенням ролей, примірник нотаток для спостерігачів, примірники «підказки рішень».



ХІД ВПРАВИ

1. Поясніть учасникам, що пропонуєте програти ситуацію, яка може бути в повсякденному житті кожного.
2. Оголосіть сценарій ситуації:

Поряд із вашим помешканням є заклад охорони здоров'я (ЗОЗ) – центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), який відвідують поважні та гарно одягнені громадяни. Колектив ЗОЗ добре підготувався та отримав дозвіл на впровадження у своїх приміщеннях програми ЗПТ.

Дехто з відвідувачів ЗОЗ, особливо з-поміж тих, хто мешкає неподалік, незадоволений майбутнім сусідством із сайтом ЗПТ. Вони розповідають жохливі «правдиві» історії, які чули від знайомих з інших районів міста, про те, що клієнти ЗПТ погрожуватимуть тиші, спокою та навіть безпеці в ЗОЗ та всьому районі.

Сусіди та пацієнти ЦПМСД організовують збори для того, щоб протидіяти відкриттю сайту ЗПТ. Клієнти, медичні та соціальні працівники сайту ЗПТ та ЦПМСД адвокатуватимуть на цих зборах за відкриття сайту ЗПТ.

3. Роздайте учасникам картки із зазначеними на них ролями:

- сусід 1;
- сусід 2;
- орендар, який раніше орендував приміщення, де зараз обладнано сайт ЗПТ (раніше в нього там була приватна перукарня);
- хворий 1, який оформив декларацію з лікарем та регулярно відвідує ЦПМСД;



- хворий 2, який оформив декларацію з лікарем та регулярно відвідує ЦПМСД;
- клієнт сайту ЗПТ;
- клієнтка сайту ЗПТ;
- лікар сайту ЗПТ;
- медична сестра сайту ЗПТ;
- соціальний працівник сайту ЗПТ;
- співробітниця реєстратури ЦПМСД;
- продавець кіоску поруч із ЦПМСД;
- прибиральник в під'їзді будинку біля ЦПМСД;
- вчителька зі школи поруч із ЦПМСД;
- іншим учасникам роздайте картки з ролями спостерігачів та блокноти для нотаток.

Для виконання ролей клієнта та клієнтки сайту ЗПТ, з огляду на сензитивність ситуації, краще запросити соціальних або медичних працівників!

4. Запропонуйте учасникам протягом 3–5 хвилин індивідуально продумати дії згідно з роллю, яку вони отримали. Бажано, щоб в грі ролі відрізнялися від справжніх соціальних функцій учасників (*наприклад, лікарю не бажано давати картку лікаря*). Це дасть можливість проявити творчий підхід та імпровізувати під час виконання вправи.
5. Запросіть учасників на загальній групі розіграти ситуацію протягом 10 хвилин та застосовувати під час суперечок будь-які аргументи, які вони вважатимуть за доцільне.
6. Через 10 хвилин, не перериваючи гри, роздайте кожному з учасників (*крім спостерігачів*) по одному виготовленому заздалегідь примірнику «підказки рішень» із запобігання конфлікту.

«ПІДКАЗКИ РІШЕНЬ» МОЖУТЬ БУТИ ТАКІ:

- статистичні дані про зменшення криміналізації в районі, де вже розташований інший сайт ЗПТ;
- статистичні дані про вплив ЗПТ на захворюваність ВІЛ/вірусними гепатитами/ІПСШ у районі або місті;
- інформація від родичів клієнта ЗПТ про позитивний вплив від участі в програмі;
- повідомлення, що участь у програмі ЗПТ дає можливість клієнтам працювати;



- програма ЗПТ – це не «офіційна наркоманія», а сучасний метод зниження шкоди та ефективний спосіб впливу на епідемії соціально значущих захворювань;
 - всі люди, які звертаються до закладів охорони здоров'я, мають рівні права на отримання медичної допомоги.
7. Продовжуйте гру ще протягом 7–10 хвилин, дайте можливість застосувати «підказки рішень».
 8. Припиніть гру, нагадайте вголос, що це була лише гра і ніхто з гравців не має нічого спільного зі своїми ролями.
 9. Запросіть учасників зібратися в коло для групової дискусії. Дайте можливість кожному по черзі повідомити про свої емоції та відчуття від реплік та поведінки інших учасників гри. Чи легко було зіграти роль? Можливо, учасники та учасниці мали подібний досвід у реальному житті або чули про таку ситуацію від інших?
 10. Дайте можливість спостерігачам по черзі розповісти про їхні нотатки: що вони побачили, які їхні враження, які прояви гри не можна віднести до сучасних та демократичних суспільних відносин?
 11. Запитайте в учасників, чи відчули вони емоційну різницю між першою частиною гри та другою (*коли вони отримали «підказки рішень»*)? Коли їм було емоційно простіше? На що більше спиралися актори – на емоції чи на факти? Звідки актори брали аргументи? Чи було остаточне рішення справедливим? Чи була проблема вирішена, чи всі задоволені результатом? У чому полягав конфлікт інтересів стосовно сайту ЗПТ? Чи відчув хтось з акторів утиск або обмеження прав? Прозвучали чи були зіграні прояви дискримінації котроїсь зі сторін? Які альтернативні рішення могли бути прийняті в цій рольовій грі?



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників рольової гри. Приділяйте увагу тому, як відбувалася гра, оскільки її перебіг має вплив на подальший процес проведення та обговорення результатів. Під час виконання вправи актори в ігровій формі можуть побачити реальні виклики життя, які загрожують проявами дискримінації, та отримати для себе корисні навички протидії утиску прав.

Залежно від рівня базової підготовки та активності в грі деяких акторів, вам можуть не знадобитися «підказки рішень».

Тренери мають слідкувати за збереженням порядку та безпекою процесу переговорів. Слід давати можливість виступити по черзі кожному акторові. Гарною практикою є встановлення та оприлюднення заздалегідь обмежень часу для кожного з акторів.

Нагадайте, що актори мають зберігати повагу одне до одного!

Наприкінці гри тренерам потрібно зробити висновки та наголосити, що в житті часто виникають ситуації, в яких можливий конфлікт інтересів. Але в демократичному суспільстві жоден конфлікт інтересів не має призводити до обмеження прав інших людей, всі суперечки можна розв'язати в діалозі.



15. ІГРОВА РОЗМИНКА «СВІТЛОФОР»

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА – перед тим, як у наступній частині тренінгу група перейде до висвітлення теми підходу діалогу, доцільно сформулювати базове поняття про якості, необхідні лікарю під час впровадження підходу діалогу.

ТРИВАЛІСТЬ – 15 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти для нотаток, стікери зеленого, жовтого, червоного кольорів.



ХІД ВПРАВИ

1. Тренер запрошує кожного учасника групи назвати риси та якості, які, на їхню думку, мають бути обов'язково притаманні лікарю під час застосування підходу діалогу.
2. Кожну проголошену учасниками ідею тренер записує на окремому зеленому стікері та закріплює на видному місці.
3. Після цього аналогічним чином тренер збирає думки про риси та якості, які заважатимуть лікарю в його діяльності (*нотує їх на жовтих стікерах*), і про те, чого лікар ніколи не має допускати в жодному разі (*застосовує червоні картки*).
4. Коли кожний учасник групи виголосить свої думки, тренер пропонує розмістити стікери так: зелені – від найважливішої до найменш важливої якості або риси; жовті та червоні – від гіршої до кращої.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників. Тренерам бажано наголосити, що лікарі – теж живі люди, їм можуть бути притаманні різні якості та риси. Однак лікар, який впроваджує підхід діалогу, має проявляти лише свої корисні навички й уникати проявів негативних рис під час роботи з клієнтом.



16. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ПРЕЗЕНТАЦІЯ НАПРЯМКУ РОБОТИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПІДХОДУ ДІАЛОГУ З МЕДИЧНИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ, АКТИВІСТАМИ СПІЛЬНОТИ ТА КЛІЄНТАМИ ЗПТ»

МЕТА – привернути увагу учасників та підвищити рівень їхніх знань стосовно корисних складових підходу діалогу, оприлюднити основні складові етичної компоненти, нагадати про права лікаря та пацієнтів.

ТРИВАЛІСТЬ – 35 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти для нотаток.



ХІД ВПРАВИ

Тренер робить повідомлення наступного змісту.

Підхід діалогу дає змогу клієнту та лікарю бачити одне одного союзниками, які співпрацюють для досягнення спільної мети, наприклад, для зміни поведінки або збереження здоров'я, залежно від ситуації. Такі стосунки потребують довіри та відповідальності від обох сторін і сприяють встановленню рівноправного, тривалого, безперервного діалогу між ними, щоб вони були впевнені у меті та перебували в згоді щодо намірів та засобів її досягнення.

Із застосуванням **підходу «клієнт – лікар»** діагностуються та виявляються проблеми клієнта, що передує розробці комплексу заходів, спрямованих на розв'язання проблем. Така модальність дозволяє зберегти об'єктивний погляд на проблеми й труднощі клієнта, визначити реальні причини їх виникнення.

На відміну від інших відомих моделей спілкування з клієнтом (*імперативного або експертного керування, менторського впливу тощо*), зазначений підхід передбачає, що клієнт впроваджує зміни самостійно, без постійної участі консультанта. Але він завжди має можливість звернутися на консультацію або для корекції. Клієнт має взяти на себе частину відповідальності за результат змін. Найбільш ефективною моделлю діалогу «клієнт – лікар» слід вважати налагодження довіри та порозуміння. Ділові стосунки в межах такої співпраці дають можливість поєднати зусилля клієнта та досвід лікаря на всіх етапах консультування й впровадження змін.

МЕТА ТА ПРИНЦИПИ ЗУСТРІЧЕЙ У ФОРМАТІ ДІАЛОГУ

Підхід діалогу як інструмент налагодження комунікації – це спеціальним чином організований процес, який відбувається за головування лікаря та має на меті покращення розуміння і взаємних стосунків між лікарем та клієнтом [32]. Також він може бути спрямований на формування в клієнта мотивації на прийняття рішень щодо спільних дій або розв'язання проблемних ситуацій у спосіб, що передбачає рівну можливість учасників діалогу висловлювати власні думки.



ПРИНЦИПИ ДІАЛОГУ ЯК ІНСТРУМЕНТУ НАЛАГОДЖЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ

- 1. Добровільність участі як клієнта, так і лікаря.** Справжній діалог є можливим тоді, коли його учасники (*лікар і клієнт*) беруть у ньому участь за власним бажанням. Учасники діалогу беруть на себе відповідальність за власну участь у ньому. Приймати рішення про участь потрібно із врахуванням його мети, особливостей, завдань і модальності формату проведення. Приймаючи рішення щодо участі в діалозі, клієнт бере на себе відповідальність щиро та чесно сприяти досягненню мети діалогу (*наприклад, регулярно брати участь у зустрічах*). Це вимагає від клієнта поінформованої згоди на участь у діалозі, а від лікаря – належного інформування клієнта про принципи, правила та сутність діалогу. Клієнт може покинути діалог на будь-якому його етапі.
- 2. Право учасників діалогу на прийняття рішень.** Містить принцип добровільної участі в діалозі. Крім того, це право передбачає відповідальність клієнта за прийняття будь-яких рішень у цьому процесі та відсутність будь-якого тиску з боку лікаря. Відповідно, лікар має забезпечити умови для максимально повного розуміння клієнтом змісту та потенційних наслідків рішень, що приймаються.
- 3. Залученість до діалогу.** Діалог є інструментом, за допомогою якого всі зацікавлені в результаті сторони можуть брати участь у розв'язанні складної життєвої ситуації – покращенні стосунків або прийнятті рішення (*на відміну від імперативного підходу, де рішення приймаються виключно за безумовного підпорядкування*). Слід залучати до діалогу клієнтів із різних груп населення та з різноманітним досвідом, зокрема дискримінованих та вразливих.
- 4. Ключова роль лікаря в діалозі.** Для встановлення якісної комунікації між учасниками діалогу та досягнення мети передбачається, що лікар спрямовує, злагоджує та полегшує спілкування. Лікар на початку знайомства з клієнтом має створити безпечний простір шляхом прийняття правил або принципів, щоб допомогти клієнту зосередитись на слуханні/розумінні та співпраці. Лікар неупереджено допомагає клієнту взяти на себе відповідальність за рішення, які той особисто приймає в діалозі. Здатність ефективно забезпечувати процес діалогу вимагає дотримання норм етики та деонтології лікарем, він має брати за основу принцип «не нашкодь»: врахувати можливі ускладнення діалогу (*як безпосередньо для клієнта, так і для кола спільноти або співзалежних*), рухатися до зменшення негативного та збільшення позитивного ефекту від процесу.
- 5. Негласність процесу діалогу.** Процес діалогу на всій його протяжності (*від підготовчих заходів і до впровадження прийнятих рішень*) є конфіденційним. Лікарі та інші особи, які можуть бути «технологічно» залучені в цей процес, не мають права розголошувати будь-якої інформації щодо діалогу, крім випадків, коли учасники спільно вирішили це зробити.
- 6. Співучасть.** Співучасниками діалогу можуть виступати, наприклад, фізичні особи, соціальні працівники, волонтери або неурядові організації, які безпосередньо не ведуть діалогові зустрічі, але можуть бути їх ініціаторами. Вони також можуть організовувати фінансування, підбір приміщення та логістичне забезпечення діалогових процесів.



Організаторам важливо усвідомлювати необхідність:

- належного забезпечення ресурсами процесу діалогу, своєї спроможності їх залучити;
- створення умов для безпеки учасників діалогу;
- забезпечення конфіденційності процесу й результатів діалогу;
- подальшої підтримки впровадження рішень, які будуть досягнуті в процесі діалогу.

- 7. Неупередженість.** Організатори та лікарі, які розпочинають і ведуть процес діалогу, мають чітко усвідомлювати свою точку зору та ставлення до питань, що обговорюватимуться в діалозі; готовність працювати з позиціями, які суперечать їхнім власним, не створюючи тиску на співрозмовника при цьому.
- 8. Рівні можливості для кожного учасника діалогу.** Лікар створює безпечний простір для дискусії з клієнтом у такий спосіб, щоб клієнт сам мав можливість і бажання висловити власну думку. Створенню подібної атмосфери сприяє спільне прийняття вже під час першої зустрічі лікарем і клієнтом правил роботи, які допомагають слухати та розуміти одне одного:
 - визнавати право кожного на особисту думку;
 - приймати рішення від свого імені;
 - фокусуватися на суті проблеми, а не на особистості лікаря або клієнта;
 - заохочувати конкретику в спілкуванні;
 - не забувати про конфіденційність.
- 9. Струнка система підходу діалогу.** Лікар проводить аналіз стану та потреб клієнта, його пропозиції відповідають конкретним потребам. Прийняті клієнтом рішення потрібно заохочувати, а впровадження їх підтримувати реальними діями.

ЕТИЧНІ Й НОРМАТИВНІ ЗАСАДИ РОБОТИ ЛІКАРЯ

Дуже часто проблеми та непорозуміння між лікарями й пацієнтами виникають через неправильне уявлення про засади роботи лікаря та пов'язані з ним очікування. Тому важливо пам'ятати, чим керуються лікарі у своїй діяльності та яке це має значення.

Значний вплив на лікарську діяльність мають етичні вимоги. Вперше вони були сформульовані Гіппократом ще в часи Давньої Греції у відомій «Клятві Гіппократа». Навіть зараз багато людей вважають, що сучасні лікарі, закінчивши навчання, складають цю присягу та мусять її дотримуватись, хоча насправді це не так. Текст «Клятви Гіппократа» протягом часу змінювався й у різні часи в різних країнах він звучить по-різному.

Приблизно 98 % американських і майже 50 % британських студентів-медиків складають присягу під час вступу до медичної школи або після випуску. Щойно дипломовані лікарі Медичної школи Імперського коледжу у Сполученому Королівстві беруть участь у церемонії, під час якої вони обіцяють взяти на себе обов'язки та відповідальність в отриманій медичній професії. В сучасній Україні всі випускники вищих навчальних медичних закладів дають «Клятву лікаря», що була затверджена Указом Президента України від 15 червня 1992 року за № 349.

Як йдеться в зазначеному Указі, надаючи великого значення виконанню лікарями високих професійних обов'язків та враховуючи багатовікові традиції світової медицини, Клятву лікаря повинні давати всі випускники вищих навчальних медичних закладів України в урочистих умовах у присутності



професорсько-викладацького складу вищого навчального медичного закладу (*факультету*) та представників громадськості.

На сайті Верховної Ради України розміщено також текст **«Етичного Кодексу лікаря України»**, який прийнято та підписано Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X з'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27 вересня 2009 року.

Норми, які викладено в **Етичному Кодексі лікаря України**, носять зазвичай характер морального зобов'язання. Але є й такі, які знайшли своє відображення у кримінальному кодексі. Наприклад, розголошення лікарської таємниці чи відмова в наданні невідкладної допомоги. Є відповідні статті кримінального кодексу, за якими призначається покарання.

Порушення лікарем етичного кодексу може бути розглянуте етичним комітетом закладу і, крім морального осуду, можуть бути застосовані матеріальні санкції або, наприклад, порушено клопотання перед відповідними організаціями та органами державної влади про дисциплінарний, адміністративний чи юридичний вплив. Це може вплинути на рішення атестаційних комісій, які встановлюють лікарські категорії. У найбільш кричущих випадках може бути застосовано виключення з лав лікарської асоціації.

Етичний Кодекс лікаря України містить розділи щодо проведення досліджень нових лікарських засобів і методів лікування, новітніх медичних технологій, зокрема трансплантації. Також ним регулюються професійні стосунки між лікарями.

Отже, лікар має надавати ефективну допомогу. А що саме вважати ефективним лікуванням? Сучасна медицина стає все більш технологічною, самого лікарського досвіду та особистої думки недостатньо. Лікарі керуються, перш за все, протоколами та керівництвами, що узагальнюють, які саме методи та підходи вважати ефективними й безпечними для пацієнтів. В Україні накази керівників Міністерства охорони здоров'я є обов'язковими до виконання, а порушення цих наказів лікарем може призвести до дисциплінарних та адміністративних стягнень. Але проблема в тому, що накази не є універсальними, можуть мати вади та неузгодженості з іншими нормативами й не враховувати усіх можливих ситуацій. Лікарю разом з пацієнтами доводиться розв'язувати складні питання та дилеми в кожному конкретному випадку.

Звісно, накази не можуть передбачити всіх ситуацій, тому в нестандартних випадках або через неправильну інтерпретацію положень нормативних документів між лікарем та пацієнтом можуть виникати дискусії або навіть конфлікти.

Найчастіше ці конфлікти стосуються:

1. Призначення ЗПТ (*відмови або підвищення порогу участі в програмі ЗПТ*).
2. Визначення дозування (*занизькі дози, відмова лікаря вносити корективи або ускладнена процедура коригування*).
3. Процедури отримання дозволу на прийом препарату в домашніх умовах або позбавлення такої можливості.
4. Примусового виключення з програми ЗПТ.
5. Діагностики на наявність психоактивних речовин та інтерпретації результатів.
6. Розбіжностях у цілях участі в програмі ЗПТ.

Текст «Клятви лікаря» та деяких положень «Етичного Кодексу лікаря України» наводимо в **Додатку 4**.



ПРАВА ПАЦІЄНТІВ

Окреме питання – права пацієнтів, які прописані в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Ось найважливіші та найбільш релевантні права в контексті надання ЗПТ:

1. Право на доступність у сфері охорони здоров'я.
2. Право на згоду на медичне втручання та право на відмову від медичного втручання.
3. Право на свободу вибору в галузі охорони здоров'я, а саме:
 - право на вільний вибір лікаря;
 - право на вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря;
 - право на вибір закладу охорони здоров'я;
 - право на заміну лікаря.
4. Право на медичну таємницю.
5. Право на якісну медичну допомогу.
6. Право на безпечну медичну допомогу.
7. Право на запобігання, якщо можливо, стражданням і болю.
8. Право на індивідуальний підхід до лікування.
9. Право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я.
10. Право на компенсацію шкоди, заподіяної здоров'ю.
11. Право людини на життя та на повагу до її гідності при наданні медичної допомоги.
12. Право на захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я.

У деяких випадках права пацієнта можуть певним чином вступати в конфлікт з правами лікаря. Наприклад, право на вільний вибір лікаря і право лікаря відмовитись від ведення пацієнта. Вільний вибір методів лікування може обмежуватись відсутністю альтернативи. Наприклад, на сайті відсутній бупренорфін, у наявності тільки метадон або навпаки. Заміна лікаря чи закладу також може бути проблематичною з огляду на те, що замісну підтримувальну терапію у деяких населених пунктах може пропонувати тільки якийсь один заклад охорони здоров'я та один лікар. Вирішення таких ситуацій лежить у площині діалогу як пацієнта з лікарем, так і пацієнтської спільноти на рівні організації системи громадського здоров'я.



Відповідальність за дотримання стандартів якості й безпеки несе адміністрація і медичні працівники установ або медичний працівник індивідуальної практики за місцем провадження своєї діяльності.



Для того, щоб якість надання медичної допомоги була гарантовано високою, на всіх рівнях працюють **клініко-експертні комісії** (КЕК): у міських, районних, обласних департаментах охорони здоров'я, а також КЕК МОЗ України (*Положення про КЕК затверджено Наказом МОЗ України від 05.02.2016 року за №69*). Такі комісії контролюють якість надання допомоги та розглядають усі випадки, в яких може йти-ся про неналежну допомогу пацієнту:

- летальні випадки;
- випадки ускладнень;
- випадки первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку;
- випадки повторної госпіталізації з приводу того самого захворювання протягом року;
- випадки захворювань із подовженими чи скороченими термінами лікування (*або тимчасової непрацездатності*);
- випадки з розбіжністю діагнозів;
- випадки, що супроводжувалися скаргами пацієнтів чи їхніх родичів.

Усі звернення (*складаються в довільній формі з викладенням обставин лікування*), що надійшли до КЕК, комісія повинна розглянути впродовж 30 днів. Якщо це неможливо через вагомі причини, цей термін може бути продовжений максимум ще на 15 днів.



У разі підозри про злочин пацієнт чи його родичі зобов'язані звернутися до поліції.
У разі незадоволення наданою медичною допомогою громадяни мають право звернути-ся до суду.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію, що стосується теми підходу діалогу «клієнт – лікар», можна отримати у **Додатку 4**.



17. ОБГОВОРЕННЯ ВИСНОВКІВ



ГРУПОВА ВПРАВА «ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ».

ТИП ВПРАВИ – проблематизуюча.

МЕТА – учасники за допомогою тренерів усвідомлюють ступінь особистої відповідальності за свої емоції та почуття, що можуть виникнути під час діалогу між клієнтом і лікарем. Порівнюючи ролі лікаря та клієнта, виконавці вправи відчують плюси та мінуси двох точок зору: готовності нести відповідальність за поведінку інших та відповідального ставлення до інших.

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти для нотаток.



ХІД ВПРАВИ

1. Тренер голосно говорить перші слова речення та пропонує учасникам закінчити речення згідно з їхніми переконаннями.
2. Учасники та учасниці закінчують висловлювання тренера. Важливо нагадати, що найбільш правильними, як правило, бувають найперші думки.
3. Якщо в учасника вправи немає впевненості щодо того, як закінчити якогось речення, його можна пропустити й повернутися до нього ще раз після інших речень.
4. Приклади речень, які тренер пропонує учасникам закінчити:
 - Поводитися відповідально для мене означає ...
 - Іноді люди поведуться більш відповідально, ніж інші, це люди, яких відрізняє від інших...
 - Своє відповідальне ставлення до інших я проявляю шляхом...
 - Найважча відповідальність, яку я відчуваю – це ...
 - Риси відповідальної людини це ...
 - Що більш відповідально я поведусь, то більше я...
 - Я б не наважився нести відповідальність за ...
 - Відповідальність щодо самого себе – це...
 - Люди, за яких я відповідальний, це...
 - У житті я несу відповідальність за...
 - Для мене бути незалежним означає...



5. Для виконання завдання достатньо продовжити п'ять із запропонованих вище речень.
6. Тренер може запропонувати учасникам протягом 2–3 хвилин самостійно прочитати (не заважаючи іншим учасникам) закінчення речень, дописати відкладені та незакінчені або змінити закінчення.
7. Проведіть обговорення в парах та в колі.
8. У таблиці, наведеній нижче, приклади можливих відповідей, які допоможуть тренеру орієнтуватися в цьому питанні.

Коли я відчуваю здатність та готовність нести відповідальність за інших	Коли я ставлюся відповідально до інших
Я...	Я...
корегую попереджаю запобігаю контролюю наполягаю	проявляю зацікавленість емпатизую підбадьорюю переймаюся почуттями активно слухаю
Я ВІДЧУВАЮ...	Я ВІДЧУВАЮ...
втому тривогу роздратування страх	спокій свободу свідомість самодостатність
Я ТУРБУЮСЯ...	Я ТУРБУЮСЯ...
про рішення про тонкощі про рекомендації про ситуації про те щоб не помилитися у виконанні що людина живе відповідно до моїх очікувань	про ставлення однієї людини до іншої про почуття людини про те чи моєї присутності достатньо про супровід іншого що людина сама має відповідати за себе та за свої вчинки про необхідність приймати людей такими якими вони є



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників.



Цю вправу пропонують для закріплення розуміння, що відповідальність буває різною, але обидві сторони діалогу мають нести свою відповідальність як за сумлінну участь, так і за досягнення та впровадження в життя результату. Тренер може допомагати учасникам та учасницям прояснити їхні погляди та усвідомити ступінь відповідальності за свої емоції, почуття, думки, вчинки. Під час проведення обговорення можна дати учасникам відчуття переваги та недоліки двох позицій: «готовності нести відповідальність за поведінку інших» та «відповідального ставлення до інших».

Потрібно підбити підсумки вправи та наголосити, що під час діалогу між лікарем і клієнтом обидві сторони діалогу відчують різні види відповідальності. Важливо, щоб всі члени групи однаково правильно зрозуміли інструкції тренерів, це дозволить їм повною мірою отримати важливу гаму емоцій та сформувати компетенції, які вони зможуть з успіхом застосовувати в реальному житті при самостійному застосуванні підходу діалогу.



Тренери, з урахуванням можливої специфіки кожної групи, можуть на власний розсуд міняти практичні завдання для відпрацювання блоку підходу діалогу. Кілька додаткових зразків ситуаційних завдань та порад наводимо нижче.

МЕТА СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ – групи мають розібратися в запропонованій ситуації та дійти згоди стосовно того, як саме зазначена ситуація повинна вирішитися.

ХІД СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ: учасники поєднуються в 3–4 підгрупи; бажано, щоб у кожную групу входив медичний працівник та представник клієнтів.

Це рішення має бути проілюстровано на предмет відповідності трьом критеріям:

- а)** медична етика (*«Етичний Кодекс лікаря України»*);
- б)** нормативна база (*Наказ МОЗ України від 27.03.2012 року за № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» та Наказ МОЗ України від 09.11.2020 за № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»*);
- в)** права пацієнта.

Кожна підгрупа презентує своє рішення на аркуші для фліпчарта, після презентації проводять обговорення між усіма учасниками. Під час підготовки та обговорення тренери можуть підходити до кожної групи й надавати інформаційну допомогу, контролювати активність.

НЕОБХІДНІ МАТЕРІАЛИ: аркуші для фліпчарта, маркери, довідкові матеріали – роздруковані накази, Етичний Кодекс лікаря України, права пацієнтів.

ТРИВАЛІСТЬ: на підготовку підгрупам дається 10 хвилин, кожна з підгруп презентує свої напрацювання перед іншими підгрупами, обговорює їх та робить висновки протягом 10 хвилин.



РЕКОМЕНДАЦІЇ ТРЕНЕРАМ: після вправи тренер робить узагальнення і ще раз повторює найважливіші складові частини нормативних документів, прав пацієнтів і прав та обов'язків лікаря.



ЗРАЗКИ ДОДАТКОВИХ СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

1. На прийомі – молодий чоловік, який має статус внутрішньо переміщеної особи. За його словами, вже давно вживає ін'єкційні наркотики, раніше була «ширка» з макової соломки, останнім часом кристалічний метадон. Лікувався раніше в Донецькому наркодиспансері, відбував покарання, а після звільнення не має куди повертатись. Документів немає, декларації з лікарем не підписував. Живе у знайомих неофіційно. Останнім часом на фоні вживання метадону почувається погано: висока температура, сухий кашель, схуд. Під час огляду лікар бачить старі та свіжі сліди від ін'єкцій вздовж вен. Яка можлива послідовність дій в цій ситуації?
2. Пацієнт ЗПТ вже кілька років приймає метадон у програмі, працевлаштований. Останнім часом йому видають препарат для прийому вдома в дозі 80 мг на добу. Декілька тижнів тому став погано почуватися, сон погіршився, відчуває потяг до наркотиків. Просить лікаря підвищити дозування. Лікар поставив вимогу, що на період підвищення дози треба ходити щодня, бо такі вимоги наказів та інструкцій. Але пацієнт не може відвідувати сайт ЗПТ щодня, бо втратить роботу. Що робити в цій ситуації?
3. До лікаря завітала мати пацієнта ЗПТ з вимогою припинити видавати її повнолітньому сину препарат ЗПТ. За словами знайомих жінки, метадон – такий самий наркотик, як інші, тому треба якомога швидше його позбутися. Мати вважає, що рік, який минув з початку лікування, не виправдав її надій, бо хоча син і влаштувався на роботу, але вдома допомагати не хоче, конфліктує з нею, коли вона робить йому зауваження, не прислухається до її порад. У знайомої цієї жінки син також наркоман, але вже три місяці, як він вийшов з реабілітаційного центру й не вживає наркотики. Заявниця ходила в той центр, але їй відповіли, що клієнтів «на метадоні» не приймають. Якщо лікар не припинить давати синові метадон, жінка напише скаргу керівництву. Які можливі дії лікаря?
4. Після дослідження сечі учасника ЗПТ був зроблений висновок, що він вживає канабіноїди. Лікар повідомив, що мусить позбавити пацієнта права приймати метадон вдома й тепер йому треба відвідувати сайт ЗПТ щоденно, бо така інструкція. Також лікар знижує йому дозу метадону й поверне її після того, як у контрольному аналізі сечі не виявлять психоактивних речовин. Пацієнт є ВІЛ+, приймає АРТ. Які ваші думки щодо ситуації та дій лікаря?



У розділі, що стосується підходу діалогу, доцільним може бути проведення однієї з **рольових ігор**, де в ролі лікаря запропонувати виступити пацієнту ЗПТ, а лікарю дати роль пацієнта.

Пропонуємо декілька рольових ігор на вибір.

1. Прийом у програму ЗПТ.
2. Коригування (збільшення) дозування.
3. Обговорення результатів аналізів із лікарем.
4. Перехід на домашній прийом.

Під час виконання зазначених вправ бажано залучити лікарів сайту ЗПТ або сімейних лікарів, які вже мають досвід роботи в програмі ЗПТ.



18. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ ТРЕНІНГУ.



ВПРАВА «ДОЛОНІ»

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА – оцінити в учасників ступінь змін знань і розуміння щодо запобігання та протидії дискримінації, які відбулися протягом тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові або олівці, аркуш формату А4 для кожного члена групи.



ХІД ВПРАВИ

1. Тренер пропонує кожному учаснику обвести власну долоню олівцем або кульковою ручкою на папері А4.
2. На відбитку (*силуеті*) кожного пальця на папері слід розмістити відповідну інформацію з порядку денного:
 - великий палець – написати, яку інформацію або діяльність під час тренінгу учасник чи учасниця вважають найкращою;
 - вказівний палець – зазначити, що привернуло особливу увагу, що здається найважливішим або що найбільше запам'яталося;
 - середній палець – відмітити все негативне, найгірше, що відбувалося або відчувалося під час тренінгу;
 - безіменний палець – написати, без чого в порядку денному можна було обійтись або чому було приділено занадто багато уваги;
 - мізинець – занотувати, чого в програмі було замало або зовсім не було.
3. Після закінчення вправи доцільно розмістити аркуші на видному місці (*дошці, стінах тощо*) та запропонувати кожному висловитися.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Слід пояснити учасникам, що інформація, яку вони розміщують на кожному з пальців, може бути як зі знаком плюс, так і мінус.

З огляду на те, що зазначена вище вправа є завершальною на тренінгу з тих, що містять тематичний контент, після виконання вправи треба подякувати учасницям та учасникам за участь. Бажано пригадати позитивний внесок у загальну справу тренінгу кожного учасника та учасниці, зазначити їхню особисту участь у становленні єдиної групи, у формуванні групової динаміки.



Наголосіть на тому, що **підхід діалогу «клієнт – лікар» – це один з ефективних комплексних системних заходів сьогодення**, що застосовуються для досягнення мети цивілізованого суспільства – недискримінаційного ставлення до представників ключових груп, зокрема клієнтів ЗПТ. На тренінгу учасникам з-поміж клієнтів програми ЗПТ та співробітників сайтів була запропонована модель, впровадження якої дозволить приділяти більше уваги дотриманню прав людини та зменшенню кількості випадків нетолерантного ставлення до людей, які мають свої особливості.

Зверніть увагу присутніх на фундаментальні принципи підходу діалогу «клієнт – лікар», нагадайте, що для досягнення кращого порозуміння між клієнтом та лікарем, створення довірливої атмосфери під час серії зустрічей, на чому власне і ґрунтується підхід діалогу «клієнт – лікар», треба враховувати певні рекомендації:

- **Будуйте діалог на підставі доброзичливого ставлення одне до одного.** Ввічливість завжди доречна, незалежно від статі, віку, соціального чи службового становища співрозмовника. Для досягнення мети діалогу важливі психологічно комфортні для клієнта умови.
- **В центрі уваги має бути клієнт та його історія життя чи проблема**, а не лікар (*консультант*) з його неперевершеністю. Дайте можливість клієнту розповісти про себе, стимулюйте його вербальну активність, будьте ненав'язливим, уникайте категоричних суджень.
- **Не перебивайте клієнта.** Якщо він не може знайти вихід із замкнутого кола своєї розповіді, допоможіть йому лаконічними ненав'язливими питаннями, що підштовхнуть до продовження висвітлення суті своєї історії. Пам'ятайте, що далеко не кожна людина може правильно сформулювати проблему й тим більше дати критичну оцінку справжнім корінним причинам, через які склалася ситуація. Однак не допускайте перетворення діалогу в безцільне говоріння.
- **Практикуйте безоціночне слухання:** жодних проявів негативного ставлення до поведінки клієнта, про яку він розповідатиме. Шукайте в розповіді, за що можна похвалити клієнта та не осуджуйте за неправильну з точки зору консультанта поведінку.
- **Обирайте стиль розмови, який був би сприятливим для клієнта.** Проте не слід переходити на мову клієнта (*жаргон, сленг*). Консультант має набратися терпіння та під час кожної зустрічі навчати клієнта висловлювати думки грамотно, тактовно й культурно. Під час діалогу доцільно застосовувати також невербальні засоби спілкування (*міміка, жести, положення тіла тощо*).

Наступним кроком має бути повернення до «Дерева очікувань», створеного зі стікерів, на яких учасники на початку тренінгу писали свої очікування. Слід прочитати кожний стікер уголос та впевнитися, що жодне із зазначених очікувань не залишилося без уваги протягом дня, а всі учасники отримали вичерпні відповіді на питання, що їх турбували.



19. ВИХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ.



ВПРАВА «АНКЕТУВАННЯ»

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА – оцінити в учасників ступінь наявних знань і розуміння щодо запобігання та протидії дискримінації на початку тренінгу та рівень змін знань і розуміння, які відбулися протягом тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові; для кожного члена групи по примірнику роздрукованого опитувальника.



ХІД ВПРАВИ

1. Кожного учасника та учасницю просять анонімно заповнити опитувальник.
2. Бажає, щоб кожний учасник зробив на опитувальнику якусь позначку для того, щоб згодом ідентифікувати свій аркуш з-поміж інших.
3. Після заповнення тренер збирає опитувальники для подальшого аналізу.
4. Дайте можливість учасникам взяти аркуші з опитувальниками, які вони заповнили на початку тренінгу, та порівняти з відповідями вихідного анкетування. Важливо, щоб учасники на власні очі змогли побачити позитивну динаміку своїх знань та вмінь.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників. Аналізуючи відповіді, зроблені на початку та в кінці тренінгу, тренери можуть оцінити якість своєї роботи: чи зрозуміло вони викладали матеріал, наскільки вдалим є тренінг, які форми та методи роботи спрацюють краще за інші.

Підрахуйте, як змінилася кількість правильних відповідей на кожне із запитань. Це буде наочною демонстрацією групової динаміки.

Наприклад, на перше запитання кількість правильних відповідей змінилася з 35 % до 75 %; на друге запитання кількість правильних відповідей змінилася з 40 % до 95 %.

І так далі по всіх запитаннях вихідної анкети.



Приклад опитувальника для анкетування після тренінгу
(див. Анкету на початку тренінгу).



20. ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК ВІД УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ. ЗАПОВНЕННЯ ОЦІНОЧНИХ ФОРМ

ХІД ВПРАВИ

Тренери роздають усім учасникам та учасницям тренінгу роздрукований примірник оціночної форми. Зразок форми для заповнення додається нижче.

ТРИВАЛІСТЬ - 10 хвилин



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ: аналіз анонімно заповненої після закінчення тренінгу оціночної форми дає можливість критично оцінити успішність проведення заходу та окремих його складових частин.

ТЕМА: «Запобігання дискримінації ключових груп (з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар».

Дата: _____

Місце проведення: _____

ОЦІНОЧНА АНКЕТА

№	КРИТЕРІЙ						
	Оцініть від одного (дуже погано) до 5 (дуже добре)	1	2	3	4	5	коментарі
1	Користь тренінгу						
2	Актуальність						
3	Ефективність методів проведення тренінгу						
4	Місце проведення						

Які теми тренінгу були для вас найбільш корисні?

Які теми тренінгу були для вас найменш корисні?

Дякуємо за ваші відповіді та участь у заході!



ПРИКІНЦЕВІ ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ

- Після заповнення оціночних форм можна переходити до фінальної частини тренінгу: урочистого вручення сертифікатів учасникам і групового фотографування на добру пам'ять та для звіту донорам.
- Після групового фотографування побажайте учасникам та колегам спокійної дороги додому. На цьому інформаційна частина тренінгу закінчена.
- Не залишайте в тренінговому залі списки учасників, реєстраційні форми або роздаткові матеріали, які не були використані.
- Всі групові та підгрупові напрацювання на аркушах для фліпчарта, стікерах та у всіх інших формах обов'язково заберіть із собою та зберігайте як мінімум до прийняття донорами вашого звіту про підготовку та проведення тренінгу. Якщо тренери вирішать прикрасити свій офіс цими творчими надбаннями – це буде додатковою рекламою та демонструватиме, що в тренерів є не тільки суттєвий досвід проведення інформаційно-освітніх заходів, а й приязне ставлення до творчості учасників тренінгів.



ТРЕНІНГ ДЛЯ ФАХІВЦІВ САЙТІВ ТА КЛІЄНТІВ ЗПТ



МЕТА: формування навичок запобігання дискримінації ключових груп (з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар».



ЗАВДАННЯ:

1. Надати інформацію про особливі потреби ключових груп населення.
2. Підвищити рівень розуміння щодо необхідності недискримінаційного ставлення до представників ключових груп населення.
3. Покращити компетентнісні навички надання допомоги представникам ключових груп (з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар».



РЕСУРСИ: блокноти для нотаток, олівці або кулькові ручки, ноутбук, проектор, екран для проектора, фліпчарт та аркуші для нього, два набори маркерів різних кольорів (червоний, жовтий, зелений, синій), самоклеюча плівка (скотч), ножиці, стікери паперові самоклеючі різних кольорів.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ. Якщо є технічна можливість, до програми тренінгу можна додати відвідування сайту ЗПТ із практичним висвітленням підходу діалогу з клієнтами та лікарями сайту.

Також під час візиту на сайт можна детально обговорити питання:

- підбору та регулювання дозування;
- правила прийому препарату;
- алгоритм взаємодії закладів охорони здоров'я щодо забезпечення безперервності лікування препаратами ЗПТ;
- додаткові послуги (МПСС, ресоціалізація, реабілітація, лікування супутніх інфекцій тощо).



ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ

ЧАС	ТЕМА
10:00 – 10:45	Привітання учасників та учасниць тренінгу. Регламент роботи. Мета і завдання тренінгу. Правила групи Знайомство з учасниками. Збір очікувань. Вхідне анкетування
10:45 – 11:15	Інформаційний блок «Визначення ключових груп. Програми зменшення шкоди та ризику. Послуги з профілактики та лікування соціально значущих інфекційних захворювань для людей, які вживають наркотики»
11:15 – 11:25	Вправа-розминка «Копіювання рухів»
11:25 – 12:00	Інформаційний блок «Програма ЗПТ, нормативна база, порядок дії в нетипових ситуаціях»
12:00 – 12:15	Кава-пауза
12:15 – 12:30	Вправа-розминка «Передай предмет»
12:30 – 13:00	Інформаційний блок «Доступ до ЗПТ в умовах воєнного стану»
13:00 – 14:00	Обід
14:00 – 14:15	Вправа-розминка «Особисті речі»
14:15 – 14:45	Групові дискусія «Гендерно чутливий підхід у наданні послуг, зокрема в програмі ЗПТ»
14:45 – 15:00	Кава-пауза
15:00 – 15:10	Вправа-розминка «Ти мені подобаєшся тому, що ...»
15:10 – 15:30	Інформаційно-мотиваційний блок «Стигматизація й дискримінація та необхідність впровадження підходу діалогу «клієнт – лікар»»
15:30 – 16:15	Вирішення ситуаційних завдань
16:15 – 16:35	Зворотний зв'язок від учасників. Вихідне анкетування. Підбиття підсумків
16:35 – 17:00	Заповнення оціночних форм. Завершення тренінгу. Вручення сертифікатів. Групове фотографування.



1. ПРИВІТАННЯ УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ ТРЕНІНГУ. РЕГЛАМЕНТ РОБОТИ. МЕТА І ЗАВДАННЯ ТРЕНІНГУ. ПРАВИЛА ГРУПИ. ЗНАЙОМСТВО З УЧАСНИКАМИ. ЗБІР ОЧІКУВАНЬ. ВХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ

Привітання учасників та учасниць тренінгу

ТРИВАЛІСТЬ – 5 хвилин.

УЧАСНИКИ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові, блокноти або зошити для нотаток, аркуші для фліпчарта, різнокольорові стікери, 3–4 набори кольорових маркерів, ноутбук із мультимедійним проектором.



ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ. На початку заходу тренери представляються учасникам, розповідають про мету, завдання та очікування від тренінгу. Описують регламент роботи та порядок денний. Детальне висвітлення цього дозволить учасникам зрозуміти модальність проведення заходу, запропоновану роль та підготуватися до формування протягом тренінгу компетенцій, необхідних для впровадження підходу «клієнт – лікар».

Визначення правил роботи групи

ТИП ВПРАВИ – командоутворення.

МЕТА ВПРАВИ – запропонувати групі прийняти правила роботи й спілкування під час тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: аркуш формату А1, різнокольорові маркери, двосторонній скотч.

**ХІД ВПРАВИ**

Для більш ефективного використання часу порядку денного тренери можуть заздалегідь приготувати кілька стандартних тренінгових правил для обговорення та прийняття групою. Також учасники завжди мають можливість корегувати запропоновані правила чи додати свої пропозиції.

ПРАВИЛО	ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ
Пунктуальність	За будь-якої програми тренінгу ліміт часу завжди вичерпний. Учасникам слід бути сконцентованими на питаннях тренінгу, не відволікатися на сторонні справи, дотримуватися регламенту на виконання вправ, вчасно повертатися з перерв, вчасно закінчувати тренінг
Позитивність	Членам групи бажано висловлювати ідеї в позитивному забарвленні, ніж демонструвати негативні сторони тих чи інших явищ – це підвищить продуктивність та ефективність тренінгу
Конструктивна критика	Нові думки та ідеї слід додавати до тих, що були вже висловлені. Не варто заперечувати, тим більше – спростовувати те, що пропонують інші. Кожний та кожна в групі мають право на власну думку та обрання способів її коректного висловлювання
Ввічливість	Сприяє створенню позитивної атмосфери, поваги між учасниками. Слід висловлюватися по черзі, не перебивати інших, не нав'язувати свою думку
Говорити від себе особисто	На тренінгу краще користуватися «Я-висловлюваннями» та висловлювати особисту думку (чи делеговану мінігрупі)
Конфіденційність	Всі учасники в інтересах безпеки присутніх мають захищати інформацію, яку вони отримують на тренінгу. Якщо якусь інформацію організатори забажають оприлюднити (наприклад, фотографії з тренінгу), вони мають отримати згоду в кожного з членів групи
Правило піднятої руки	Сигнал про наявність повідомлення учасник подає лише мовчки, піднімаючи руку вгору
Правило вільного пересування	За кожним з учасників та учасниць під час тренінгу залишаються всі права, в тому числі й право на вільне пересування – якщо виникне потреба, учасник у будь-який момент може тихо, без пояснення причини, не привертаючи уваги інших вийти з тренінгового залу й так само тихо повернутися
Правило вимкненого телефона	Всі телефони, в тому числі тренерів, мають бути переведені у беззвучний режим

Після оприлюднення заздалегідь заготовлених правил можна поставити групі запитання для продовження обговорення:

- Яких правил слід дотримуватися, щоб тренінг пройшов вдало?
- Яких правил буде легко дотримуватися, а яких важко та з яких причин?
- Які ще корисні та важливі правила учасники групи приймали на інших тренінгах?



ВПРАВА «ЗНАЙОМСТВО»

ТИП ВПРАВИ – командоутворення.

МЕТА – дати можливість учасникам та учасницям познайомитися та почати будувати спільну тренінгову групу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: невеликий гумовий або шкіряний м'яч.



ХІД ВПРАВИ

Знайомство можна прив'язати до теми тренінгу. Всі учасники стають в коло, кожен голосно називає своє ім'я, після цього перекидає кому-небудь з групи м'яч та називає будь-яку наркотичну речовину, яка спаде на думку.



ПОРАДА ТРЕНЕРУ. Доцільно записувати на аркуші блокнота фліпчарта назви наркотичних речовин, які називатимуть учасники. Після закінчення вправи підбити підсумки, коротко схарактеризувавши негативний вплив на здоров'я кожної з названих та записаних речовин.



ЗБІР ОЧІКУВАНЬ.



ВПРАВА «РОЗКАЖИ ПРО ПАРТНЕРА»

ТИП ВПРАВИ – командоутворення.

МЕТА – дати можливість учасникам та учасницям висловити свої очікування та побажання стосовно мети тренінгу та особисті побажання.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові; стікери паперові самоклеючі різних кольорів із розрахунку по 4–5 стікерів на кожного учасника та учасницю.



ХІД ВПРАВИ

Учасники об'єднуються в пари. Знайомляться та діляться своїми очікуваннями й запитаннями стосовно тренінгу. Занотовують отриману інформацію в блокноти. Бажано, щоб пари утворили раніше не знайомі між собою люди. Після цього кожен учасник із пари представляє свого колегу всій групі та озвучує його очікування. Тренер записує очікування учасників групи на аркуш блокнота фліпчарта.



ПОРАДИ ТРЕНЕРУ. Доцільно запитувати, наскільки точним був партнер, описуючи очікування свого нового знайомого, та давати можливість учасникам корегувати очікування, якщо їх не зовсім правильно передали. Можна незначно корегувати порядок денний за умови отримання критично важливих побажань або очікувань від учасників.



ВХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА ВПРАВИ – оцінити в учасників ступінь наявних знань та розумінь щодо запобігання та протидії дискримінації на початку тренінгу та рівень змін знань і розумінь, які відбулися протягом тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові; по два ідентичні примірники роздрукованого опитувальника для кожного члена групи – один попросити заповнити на початку тренінгу, другий – на завершення.



ХІД ВПРАВИ

1. Перед початком інформативно-мотиваційної частини тренінгу запропонуйте учасникам пройти вхідне анкетування.
2. Кожному учасникові та учасниці роздайте примірник опитувальника та запропонуйте анонімно відповісти на всі запитання.
3. Для того, щоб наприкінці тренінгу учасники могли знайти серед інших свої примірники з відповідями, запропонуйте їм поставити якісь позначки на аркушах з опитувальниками.
4. Після вихідного анкетування дайте можливість учасникам групи знайти опитувальники, які вони заповнили вранці, та порівняти відповіді з тими, що зроблені наприкінці тренінгу. Важливо, щоб учасники на власні очі змогли побачити позитивну динаміку своїх знань та умінь.



ПОРАДА ТРЕНЕРАМ: Подякуйте кожному з учасників вправи. Аналізуючи відповіді, зроблені на початку та в кінці тренінгу, тренери зможуть оцінити якість своєї роботи: чи зрозуміло вони викладали матеріал, наскільки вдалим є тренінг, які форми та методи роботи працюють найкраще.



Приклад опитувальника для анкетування на початку та після тренінгу:

Шановні учасниці та учасники тренінгу!

Запрошуємо кожного з вас дати відповіді на 10 нескладних запитань.

Результати відповідей ми використаємо для оцінки якості нашої тренерської роботи.

1. Дискримінація, на мою думку, це _____

2. Ключові групи населення – це _____

3. Чи можна застосовувати замісну підтримувальну терапію у віці до 18 років?

4. Що означає аббревіатура ВІЛ? _____
5. Фактори, що спричиняють стигматизацію ключових груп у всіх сферах та верствах суспільства, – це

6. Чи можна ВІЛ-інфекцію вилікувати повністю? _____
7. В яких біологічних рідинах організму ВІЛ присутній у достатній для інфікування кількості?

8. Чим відрізняються поняття «стать» та «гендер»? _____

9. За яких умов безпечно мати статеві стосунки з людиною, яка живе з ВІЛ?

10. Чи можуть укуси комарів, інших комах або тварин призвести до інфікування ВІЛ?



2. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ВИЗНАЧЕННЯ КЛЮЧОВИХ ГРУП. ПРОГРАМИ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ТА РИЗИКУ. ПОСЛУГИ З ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ НАРКОТИКИ»

МЕТА – надати учасникам інформацію про ключові групи, актуалізувати визначення та зміст програм зменшення шкоди та ризику, наголосити на важливості послуг із профілактики та лікування соціально значущих інфекційних захворювань для людей, які вживають наркотики.

ТРИВАЛІСТЬ – 30 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ

Тренер повідомляє присутнім інформацію наступного змісту.

Ризик інфікування соціально значущими інфекційними захворюваннями та потерпання від насильства, стигми, дискримінації та законів, що обмежують переміщення або доступ до послуг, більшою мірою притаманний ключовим групам населення: геям та іншим чоловікам, які практикують секс із чоловіками, секс-працівникам, людям, які вживають ін'єкційні наркотики, трансгендерам та людям, що знаходяться у в'язницях, закритих установах.

Згідно із законодавством України, ключовими вважають групи населення, визначені відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України, які з урахуванням певних поведінкових практик, фізичних і психофізіологічних станів та інших умов, що доказово впливають на підвищені ризики інфікування ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами або туберкульозом, є пріоритетними.

Ключові групи населення непропорційно уражені ВІЛ і мають вищі показники захворюваності та смертності, ніж населення загалом. Стигма та дискримінація, насильство, криміналізація поведінки маргіналізують ключові групи населення, перешкоджають їхньому доступу до послуг і піддають їх підвищеному ризику інфікування ВІЛ. Недостатнє охоплення та низька якість послуг для ключових груп населення – суттєві прогалини відповіді суспільства на епідемію ВІЛ.

Вразливості, пов'язані зі статтю, віком чи ВІЛ-статусом, по-різному стосуються певних представників кожної ключової групи населення:

- жінки, порівняно з чоловіками, часто мають більш обмежений доступ до медичних та соціальних послуг, вони більш економічно маргіналізовані та вразливі до насильства. Сексуальні та репродуктивні права жінок із ключових груп населення часто ігноруються чи навіть заперечуються, при цьому вони можуть зіткнутися з примусовою стерилізацією та примусовим абортom;
- молоді представники ключових груп населення (у віці 10–24 років) стикаються з додатковою вразливістю через свій вік, що виявляється в низькому рівні захищеності від експлуатації або насильства. Ці фактори збільшують ризик поведінки, яка може спричинити інфікування ВІЛ. Ті, хто ще не досяг 18-річного віку, можуть відчувати труднощі з доступом до медичних послуг через закони, які потребують згоди батьків, або через політику, яка ігнорує концепцію поваги



першочергових інтересів і здібностей дитини, що розвиваються, або через відсутність відповідних віку послуг, що надаються в рамках програм, розроблених для ключових груп населення;

- представники ключових груп населення, які живуть із ВІЛ, можуть відчувати додаткову стигматизацію через свій ВІЛ-статус (зокрема *стигматизацію всередині своєї ключової групи*). Вони можуть зіткнутися з ще більшими труднощами при отриманні доступу до лікування та інших необхідних послуг. Люди, які живуть із ВІЛ, наражаються на більший ризик розвитку активного туберкульозу та смерті від нього, ніж люди з негативним статусом, особливо якщо вони знаходяться у в'язницях або інших закритих установах, проживають та працюють в обмежених умовах. Серед людей, які живуть із ВІЛ та вживають ін'єкційні наркотики, дуже поширена ко-інфекція з вірусним гепатитом С.

Зменшення шкоди – профілактичний підхід, метою застосування якого є зменшення негативних наслідків від соціальних і медичних ризиків у людей, що вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом, та які не бажають або не мають можливості припинити їх вживання. Передусім зменшення шкоди спрямоване на зменшення ризиків інфікування ВІЛ-інфекцією, туберкульозом та вірусними гепатитами.

Програми зменшення шкоди є економічно ефективним заходом впливу, створені на науково-доказовій базі з врахуванням принципів прихильності цінностям здоров'я громадян та забезпечення реалізації прав людини.

Для впливу на проблеми, пов'язані з поширенням ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркозалежності, застосовується комплекс заходів:

- профілактика шляхом зменшення попиту на вживання наркотиків – не розпочинати вживати наркотики в дитячому та молодіжному середовищі, лікувати та допомагати в реабілітації наркозалежним;
- боротьба з незаконним обігом наркотиків;
- зменшення шкоди – мінімізації ризиків, що супроводжують вживання наркотиків ін'єкційним шляхом у середовищі наркозалежних, які поки ще не готові або не можуть відмовитися від їх регулярного або епізодичного застосування, належить до заходів вторинної профілактики.

Зменшення ризику – комплекс заходів, що полягають не в забороні руйнівної для здоров'я поведінки, а спрямовані на зменшення шкідливих наслідків і зміну поведінки на більш безпечну для збереження здоров'я. Метою широкого впровадження цього підходу є зменшення ризиків передачі ВІЛ-інфекції та інших інфекцій, що передаються статевим або парентеральним шляхом, серед працівників комерційного сексу та чоловіків, які практикують секс з чоловіками.

Концепцію зменшення шкоди та ризику підтримують Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕЙДС та Управління ООН з наркотиків і злочинності (УНЗ ООН), з огляду на те, що концепція є науково обґрунтованим методом профілактики, лікування і догляду при ВІЛ-інфекції серед СІН, СП і ЧСЧ.



Методи зменшення шкоди, про результативність та економічну доцільність яких є наукові підтвердження:

- програми обміну шприців і голок;
- ЗПТ, зокрема психосоціальна підтримка клієнтів, а також інші види лікування наркотичної залежності;
- консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, також експрес-тестування представниками НУО;
- АРТ для СІН, які живуть із ВІЛ, поряд із формуванням прихильності до лікування;
- профілактика інфікування та лікування ІПСШ;
- програми із забезпечення презервативами СІН та їхніх статевих партнерів;
- цільові програми, орієнтовані на СІН та їхніх статевих партнерів, спрямовані на інформування, освіту та комунікацію;
- вакцинація, діагностика та лікування вірусних гепатитів;
- профілактика, діагностика та лікування туберкульозу.

Методи зменшення ризику для СП та ЧСЧ

– інформаційно-освітня діяльність щодо запобігання поширенню ІПСШ/ВІЛ із застосуванням індивідуального та групового консультування з питань ІПСШ/ВІЛ, безпечної поведінки та статевого здоров'я (зокрема з застосуванням методу «рівний – рівному») з поширенням інформаційно-освітніх матеріалів (ІОМ) під час телефонних консультацій та через соціальні мережі;

- забезпечення презервативами та водорозчинними лубрикантами, навчання правильно їх використовувати;
- ДКТ з питань ВІЛ на умовах конфіденційності;
- тестування та вакцинація проти вірусного гепатиту В (направлення та мотивування);
- розповсюдження медичного інструментарію для ін'єкцій (шприци, голки) та спиртових серветок, надання послуг, що знижують ризик при вживанні наркотиків;
- перенаправлення в програми зменшення шкоди;
- інформаційні та профілактичні послуги у зв'язку з ІПСШ/ВІЛ жінкам, які є сексуальними партнерами ЧСЧ.

Якщо СП або ЧСЧ вживають наркотики ін'єкційним шляхом, то їм потрібно запропонувати методи зменшення шкоди.



Соціально значущі захворювання – загальна назва інфекційних та неінфекційних груп захворювань, що мають розвиток переважно через соціальні фактори (*безпритульність, злидні, війни, зростання переміщення населення, доступність психоактивних речовин тощо*) і є загрозою для значної кількості осіб, при цьому хворі потребують соціального захисту. На запобігання, лікування (*інколи багаторічне*), реабілітаційні заходи, спричинені більшістю із зазначених захворювань, мають бути витрачені значні кошти. Велика нозологічна група, сформована з огляду на причини, що їх викликають, – це соціально значущі інфекційні захворювання (СЗІЗ), до яких відносять, серед інших, туберкульоз, деякі з ІПСШ (*сифіліс і гонорея*), вірусні гепатити В та С, ВІЛ/СНІД, що спричиняють тяжкі наслідки, навіть смерть пацієнтів. Досить часто зазначені хвороби мають прихований перебіг.

Основні ознаки соціально значущих інфекційних захворювань: інфекційна небезпека для оточуючих; обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві; високий рівень поширеності епідемічного процесу; значні темпи щорічного приросту кількості хворих; ураження сексуально активних осіб; існування засобів профілактики та зупинення розвитку хвороби на початковій стадії.

Для підготовки презентації ви можете скористатися «*Бібліотекою слайдів*» у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію на тему інформаційного повідомлення можна отримати в **Додатку 4**.



ВПРАВА-РОЗМИНКА «КОПІЮВАННЯ РУХІВ»

ТИП ВПРАВИ – руханка, енерджайзер.

МЕТА ВПРАВИ – активізувати діяльність учасників після прослуховування інформаційного блоку.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: не потрібні.



ХІД ВПРАВИ

1. Учасники стають у коло, ведучий виходить за двері тренінгового залу.
2. З-поміж учасників обирають ведучого, який буде вигадувати та виконувати будь-які нескладні рухи, а решта групи повторюватиме за ним.
3. Кожні 10 секунд ведучий змінює рухи, інші, помітивши це, теж починають виконувати нові рухи.
4. Коли ведучий та учасники почнуть виконувати рухи, тренера кличуть повернутися до групи. Його завдання – шляхом спостереження встановити, хто саме є ведучим та за ким учасники повторюють рухи.



3. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ПРОГРАМА ЗПТ, НОРМАТИВНА БАЗА, ПОРЯДОК ДІЙ В НЕТИПОВИХ СИТУАЦІЯХ»

МЕТА – висвітлити актуальну ситуацію щодо програми ЗПТ, законодавчого підґрунтя її впровадження, обговорити порядок дій клієнтів у різних життєвих ситуаціях.

ТРИВАЛІСТЬ – 35 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: кулькові ручки, блокноти або зошити для нотаток, ноутбук з мультимедійним проектором, екран, фліпчарт з аркушами або дошка з крейдою.



ЗМІСТ:

Тренер робить повідомлення наступного змісту.

ЗПТ є сучасним, визнаним у світі та ефективним методом лікування осіб із залежністю внаслідок вживання опіоїдів. В Україні для ЗПТ застосовують такі лікарські препарати: **бупренорфіну гідрохлорид** (*buprenorphine hydrochloride*) та **метадону гідрохлорид** (*methadone hydrochloride*).

Потужним поштовхом до розвитку лікувальної допомоги для СН в Україні стало впровадження у 2004 році Програмою Розвитку ООН (UNDP) програми ЗПТ препаратом бупренорфіну гідрохлоридом. З 2005 року обсяги ЗПТ збільшилися завдяки проектам Міжнародного благодійного фонду «Альянс громадського здоров'я» (до листопада 2015 року відомий як Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні») за кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (англ. *The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*): спочатку бупренорфіну гідрохлоридом, а з 2008 року до арсеналу лікарів додався метадону гідрохлорид. Проекти почали впроваджувати шляхом залучення неурядових організацій до імплементації медичного та психосоціального супроводу (МПСС) клієнтів ЗПТ. Альянс-Україна продовжує роботу з розвитку технічних можливостей лікувальних закладів з метою створення належних умов для проведення ЗПТ (*ремонтні роботи, устаткування, ліцензії на обіг наркотичних препаратів засобів*).

Показаннями до призначення ЗПТ є встановлений діагноз залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10 та відповідність критеріям (*перелік критеріїв наведено у Додатку 4*).



Нормативні документи ЗПТ

Однією з вимог сучасної медицини є надання ефективної допомоги із застосуванням виключно науково перевірених та доведених методів і підходів, які узагальнюються в керівництвах. Розробкою керівництв займається професійна лікарська та наукова спільнота. Є міжнародні та національні керівництва з лікування тих чи інших розладів і хвороб. В Україні досі ще існує практика регулювання лікарської діяльності переважно наказами МОЗ.

Стосовно ЗПТ та порядку її проведення є кілька важливих документів. Насамперед це:

- Постанова Кабінету Міністрів України від 3 червня 2009 р. за № 589 *«Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом».*
- Наказ МОЗ України від 27.03.2012 року за № 200 *«Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів».*
- Наказ МОЗ України від 09.11.2020 за № 2555 *«Про затвердження стандартів медичної допомоги “Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів”».*

Також мають значення накази департаментів охорони здоров'я державних адміністрацій про розподіл препаратів ЗПТ між закладами, в яких впроваджують ЗПТ.

Показаннями до призначення ЗПТ є встановлений діагноз залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10 та відповідність певним критеріям (детально про критерії можна прочитати в **Додатку 4**).

Порядок дій у випадку немотивованої відмови щодо прийняття в програму ЗПТ або видачі препарату

Держава Україна гарантує безоплатне надання всім пацієнтам, зокрема клієнтам програми ЗПТ, необхідної медичної допомоги та ліків, що передбачені Програмою медичних гарантій. Війна не є причиною, через яку в пацієнтів вимагатимуть гроші за лікування!

Якщо в закладі охорони здоров'я, в якому розташовано сайт ЗПТ та який має договір із НСЗУ, немотивовано відмовили в наданні лікування або вимагали гроші, слід негайно поскаржитися на неправомірні дії медичних працівників:

- звернутися письмово зі скаргою до керівництва закладу охорони здоров'я, з копією скарги – до департаменту охорони здоров'я державної адміністрації (міського, районного або обласного залежно від підпорядкування ЗОЗ);
- подати скаргу через електронну форму на сайті НСЗУ за посиланням <https://service.e-health.gov.ua/gromadyanam/osobistij-prijom/citizen-form>. Як правильно оформити скаргу до НСЗУ, можна прочитати за посиланням https://www.facebook.com/nszu.care/posts/150414606598673?__tn__=%2CO*F;
- звернутися до інформаційно-довідкової служби НСЗУ за безоплатним номером 1677. Це перший в Україні контакт-центр, що обслуговує пацієнтів, лікарів і керівників закладів охорони здоров'я.



Якщо ситуація не вирішується на користь пацієнта, додатково до заяв не зайвим буде телефонний дзвінок на гарячу лінію Міністерства охорони здоров'я України за номером телефону 0800505201 та на урядову лінію Кабінету міністрів України за номером телефону 1545.

Не слід вагатися, треба оскаржувати неправомірні дії, адже активна громадянська позиція кожного допомагає покращувати нашу медицину!

У разі, якщо виникає потреба шукати більш зручне місце отримання ЗПТ, можна використовувати чат-бот в Telegram за посиланням https://t.me/zpt_poruch_bot

Перелік документів, за якими громадяни можуть бути включені в програму ЗПТ ⁴

- 1.** Документи, що посвідчують особу та підтверджують громадянство України:
 - а)** паспорт громадянина України;
 - б)** паспорт громадянина України для виїзду за кордон;
 - в)** дипломатичний паспорт України;
 - г)** службовий паспорт України;
 - ґ)** посвідчення особи моряка;
 - д)** посвідчення члена екіпажу;
 - е)** посвідчення особи на повернення в Україну;
 - є)** тимчасове посвідчення громадянина України.
- 2.** Документи, що посвідчують особу та підтверджують її спеціальний статус:
 - а)** посвідчення водія;
 - б)** посвідчення особи без громадянства для виїзду за кордон;
 - в)** посвідка на постійне проживання;
 - г)** посвідка на тимчасове проживання;
 - ґ)** картка мігранта;
 - д)** посвідчення біженця;
 - е)** проїзний документ біженця;
 - є)** посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту;
 - ж)** проїзний документ особи, якій надано додатковий захист.
- 3.** Довідка про звільнення з місць позбавлення волі.

⁴ Згідно з «Порядком проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів», затвердженим наказом МОЗ України від 27.03.2012 року за № 200 (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>)



Порядок дій для запобігання вилучення препаратів ЗПТ під час обшуку житла чи особистого обшуку

Перед початком виконання ухвали слідчого судді про дозвіл на обшук особи, яка володіє житлом чи іншим володінням, а за її відсутності – іншій присутній особі повинна бути пред'явлена ухвала та надана її копія. Слідчий, прокурор не має права заборонити учасникам обшуку користуватися правовою допомогою адвоката або представника. Слідчий, прокурор зобов'язаний допустити такого адвоката або представника до обшуку на будь-якому етапі його проведення.

Якщо клієнт ЗПТ є власником житла, де проводиться обшук, або житло перебуває у його користуванні й він/вона присутні під час обшуку при виявленні препаратів ЗПТ, обов'язково слід повідомити оперативних співробітників, які проводять обшук, слідчого або представника прокуратури про те, що він є пацієнтом ЗПТ, та надати для ознайомлення підтверджувальні документи.

Другий примірник протоколу обшуку разом із доданим до нього описом вилучених документів та тимчасово вилучених речей (*за наявності*) вручається особі, у якої проведено обшук, а в разі її відсутності – повнолітньому членові її сім'ї або його представникові.

Якщо препарат ЗПТ вилучають, у зауваженнях до протоколу обов'язково необхідно зазначити це з вказанням назви препарату, що вилучили, кількості таблеток та його ваги. Одразу після закінчення обшуку зверніться до прокурора із заявою про повернення тимчасово вилучених речей (*препарату ЗПТ*). У випадку відмови подайте скаргу на відмову до слідчого судді.

За першої можливості повідомте лікаря сайту ЗПТ про вилучення препарату. Після цього подайте головному лікарю закладу охорони здоров'я, в якому працює сайт ЗПТ, письмову заяву з проханням забезпечити безперервність лікування, надайте лікарям для ознайомлення другий примірник протоколу обшуку та долучіть його ксерокопію до заяви.

Порядок дій при втраті препарату ЗПТ не з вини пацієнта⁵

Треба якнайшвидше повідомити про випадок (*крадіжка, вимагання, грабіж, розбій тощо*) поліцію та викликати наряд за номером телефону 102. Якщо немає можливості викликати поліцію на місце злочину, треба негайно звернутися до найближчої поліцейської станції. Приймання заяв (*повідомлень*) незалежно від місця й часу учинення протиправних дій, повноти отриманих даних, особи заявника здійснює цілодобово, безперервно та невідкладно орган (*підрозділ*) поліції, до якого надійшла така інформація. Як тільки з'явиться можливість, необхідно повідомити про те, що сталося, соціального працівника та лікаря сайту ЗПТ.

Рекомендуємо складати заяву про злочин у кімнаті прийому громадян або у вестибюлі відділку поліції, тобто в зоні вільного перебування. Краще це робити за допомогою соціального працівника або юриста в присутності знайомих або хоча б незнайомих людей – свідків на випадок відмови від прийняття заяви на реєстрацію. Якщо пацієнт ЗПТ прийшов писати заяву сам, йому можуть відмовити без вмотивованої причини.

⁵ Згідно з «Порядком ведення єдиного обліку в органах (підрозділах) поліції заяв і повідомлень про кримінальні правопорушення та інші події», затвердженим наказом Міністерства внутрішніх справ України від 08.02.2019 року за № 100



Якщо у поліції відмовилися приймати заяву, треба:

- а)** зателефонувати черговому за скороченим номером екстреного виклику поліції «102», повідомити про відмову та попросити направити наряд до відділку поліції;
- б)** попередити поліцейського, який відмовляється приймати заяву, що він вчиняє службовий злочин та приховує більш тяжкий злочин;
- в)** зателефонувати до прокуратури та повідомити чергового про відмову поліції;
- г)** дочекатися наряду поліції та детально розповісти їм про відмову прийняти заяву.

Після подання заяви черговий реєструє її в журналі єдиного обліку, оформлює та видає заявникові талон-повідомлення про прийняття і реєстрацію заяви (*повідомлення*) про кримінальне правопорушення чи іншу подію. Цей талон-повідомлення є підтвердженням втрати ЗПТ та має бути пред'явлений лікарям у закладі охорони здоров'я, в якому працює сайт ЗПТ, разом із заявою про повторне отримання препарату.

Порядок дій при визначенні можливості отримувати препарат за рецептом або на руки⁶

Рішення про видачу препаратів пацієнтам за рецептом або безпосередньо з місця надання ЗПТ для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах приймає лікар щодо кожного пацієнта індивідуально (*за виключенням пацієнтів ЗПТ, які відбувають покарання в установах виконання покарань, а також осіб, взятих під варту, які перебувають у слідчих ізоляторах Державної кримінально-виконавчої служби України*) у разі, якщо пацієнт:

- отримує ЗПТ не менше 6 місяців;
- дотримується правил участі у ЗПТ;
- не вживає наркотичних засобів протягом останніх 6 місяців, крім тих, які призначені лікарем, що підтверджується результатами щомісячних тестів.

У випадку підтвердження стабільності пацієнта (*про що свідчить працевлаштування, стабільне соціальне середовище та стабільний психоемоційний стан пацієнта*), при територіальній віддаленості проживання пацієнта від місця щоденного отримання препаратів ЗПТ, лікар може прийняти рішення щодо скорочення мінімального строку лікування із використанням препаратів ЗПТ, що необхідний для прийняття рішення про отримання препаратів для їх самостійного прийому в амбулаторних умовах, до 3 місяців.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**.

Додаткова довідкова інформація з теми дискусії наведена в **Додатку 4**.

⁶ Згідно з наказом МОЗ від 27.03.2012 року за №200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів»



ВПРАВА-РОЗМИНКА «ПЕРЕДАЙ ПРЕДМЕТ»

ТИП ВПРАВИ – руханка, енерджайзер.

МЕТА ВПРАВИ – активізувати діяльність учасників після кава-брейку.

ТРИВАЛІСТЬ – 15 хвилин.

МАТЕРІАЛИ: ритмічна музика, будь-який невеликий предмет для передавання між учасниками (*наприклад, одноразовий стаканчик*).



ХІД ВПРАВИ

1. Учасники стають в коло, ведучий дає будь-який предмет (*наприклад, одноразовий стаканчик*) одному з учасників.
2. Завдання учасників – передавати предмет по колу так, щоб спосіб передачі не повторювався (*підкинути вгору, покласти щось всередину, вклонитися під час передавання тощо*).
3. На мобільному телефоні тренер вмикає ритмічну мелодію, під яку учасники починають передавати предмет у швидкому темпі, при цьому темп все прискорюється.
4. Після того, як всі учасники передадуть предмет хоча б по одному разу, гру завершують.

4. ІНФОРМАЦІЙНИЙ БЛОК «ДОСТУП ДО ЗПТ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ»

МЕТА – повідомити учасникам про особливості роботи програми ЗПТ під час воєнного стану.

ТРИВАЛІСТЬ – 30 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: кулькові ручки, блокноти або зошити для нотаток, ноутбук з мультимедійним проектором, екран, фліпчарт з аркушами або дошка з крейдою.



ХІД ВПРАВИ

Тренер робить повідомлення наступного змісту.

Завдяки гарантіям держави навіть під час війни в Україні клієнти програми ЗПТ достатньою мірою забезпечені препаратами. Учасники програми, які отримують препарати ЗПТ на базі державних ЗОЗ, забезпечувалися і забезпечуються ними в повному необхідному обсязі. Додаткова перевага державної програми полягає в тому, що ліки учасники програми отримують вчасно та безоплатно. На відміну від впорядкованої роботи програми ЗПТ у державних ЗОЗ, пацієнти, які є клієнтами ЗПТ в деяких приватних клініках та кабінетах, іноді не могли придбати замісний препарат через аптечну мережу через відсутність необхідних ліків в аптечних закладах. Для купівлі препарату ЗПТ за рецептом від приватних клінік клієнти мали їхати за багато кілометрів.

Пацієнти, які прийняли рішення повернутися до вживання «вуличних» наркотичних речовин, мають розуміти, що пильність громадян щодо осіб, які шукають «закладки», та регулярні комендантські години можуть призвести до виклику поліції та затримання або навіть ув'язнення.

Згідно з частиною 1 статті 23 Закону України «Про мобілізаційну підготовку та мобілізацію» у редакції Закону № 2122-IX від 15.03.2022 року, не підлягають призову на військову службу під час мобілізації військовозобов'язані, визнані в установленому порядку особами з інвалідністю або відповідно до висновку військово-лікарської комісії (ВЛК) тимчасово непридатними до військової служби за станом здоров'я на термін до шести місяців (з наступним проходженням військово-лікарської комісії).

ВЛК проводять експертизу придатності до військової служби в кожному конкретному випадку. Постанови ВЛК приймаються на підставі Розкладу хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби (далі – *Розклад хвороб*), пояснень щодо застосування статей Розкладу хвороб та таблиць додаткових вимог до стану здоров'я, що затверджено Наказом Міністра оборони України від 14 серпня 2008 року № 402 «Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу в Збройних Силах України».

Згідно зі статтею 15 Розкладу хвороб:

СТАТТЯ 15	Включено: розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин F10-F19 (алкоголю, опіоїдів, канабіоїдів, седативних, снодійних, кокаїну, галюциногенів, летючих розчинників, наркотичних засобів та інших)	
	а) при синдромі залежності з різкими, стійкими психічними розладами	Непридатні до військової служби зі зняттям із військового обліку
	б) при синдромі залежності з помірними або незначними психічними розладами	Непридатні до військової служби в мирний час, обмежено придатні у воєнний час

Якщо клієнт програми ЗПТ отримав повістку, він зобов'язаний звернутися до територіального центру комплектування та соціальної підтримки (*колишній військкомат*), щоб пройти ВЛК та отримати її висновок про наявність синдрому залежності та про зняття з військового обліку або непридатність до військової служби в мирний час, обмежену придатність у воєнний час.



У довоєнні часи ефективно працювала процедура, регламентована наказом Міністерства охорони здоров'я України №200 від 27.03.2012 року «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів», згідно з якою пацієнт мав повідомити лікаря про свій від'їзд, лікар мав звернутися із запитом на сайт, де пацієнт хоче продовжити лікування. На новому сайті мали визначитися з відповіддю: чи є достатньо залишків препарату ЗПТ та чи можуть вони прийняти ще одного учасника програми, і надати відповідь.

Під час війни почастішали випадки, коли учасники програми ЗПТ не мають при собі медичної документації, яка допомогла б їм скоріше стати на програму в іншому населеному пункті та отримати одразу ж звичне дозування препарату. Це може бути спричинено екстреною евакуацією з районів активних бойових дій або втратою документів під час вимушених перевірок російськими військовими на блокпостах.

У більшості випадків лікарі ЗОЗ, до яких звертаються клієнти для продовження участі в програмі ЗПТ, мають можливість телефоном зв'язатися з колегами на сайтах в інших населених пунктах, звідки переїжджають учасники. Також лікарі можуть отримати необхідну інформацію зі спільної бази даних, якою вони всі користуються.

В іншому випадку, коли в новому ЗОЗ у лікарів нема підтвердження щодо дозування препарату, пацієнт має бути прийнятий як вперше, як такий, якому потрібен підбір дозування. Тобто, на початку пацієнт отримає мінімальну дозу препарату ЗПТ (*метадону гідрохлориду 25–30 мг або бупренорфіну гідрохлориду 4–6 мг*).

З огляду на ситуацію в регіонах та з метою стабільного функціонування програми ЗПТ, можуть прийматися рішення щодо зміни терміну та кількості препаратів, які можуть видаватися на руки.

Для клієнтів програми ЗПТ, які були вимушені переселитися до інших населених пунктів, Всеукраїнське Об'єднання Наркозалежних (ВОЛНА) в кожному регіоні України залучило регіональних представників, які за необхідності можуть надати необхідну допомогу з облаштуванням на новому місці та залучення до участі в програмі ЗПТ в іншому ЗОЗ.

Жінки-учасниці програми ЗПТ можуть звертатися з відповідними питаннями до регіональних координаторок Всеукраїнського об'єднання наркозалежних жінок «ВОНА».

Активізувавши чат-бот https://t.me/zpt_poruch_bot в Telegram, можна дізнатися, де є найближчий сайт ЗПТ, а також переглянути актуальний список сайтів ЗПТ в обраній області України з адресами ЗОЗ та номерами телефонів для довідок, графіком роботи, даними лікарів.

При виїзді за кордон пацієнтам рекомендується самостійно перевіряти інформацію про перелік місць, де є можливості отримання лікування ЗПТ. Для безперешкодного отримання медичної послуги за межами держави клієнтам програми ЗПТ в Україні важливо мати медичну виписку з українського ЗОЗ, що підтверджує факт того, що він/вона знаходиться на ЗПТ та містить інформацію про препарат та його дозування.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію з теми інформаційного повідомлення можна отримати в **Додатку 4**.



ВПРАВА-РОЗМИНКА «ОСОБИСТІ РЕЧІ»

ТИП ВПРАВИ – енерджайзер, криголам.

МЕТА ВПРАВИ – активізувати діяльність учасників після обідньої перерви.

УЧАСНИКИ – вся група.

ТРИВАЛІСТЬ – 15 хвилин.

МАТЕРІАЛИ не потрібні.



ХІД ПРОВЕДЕННЯ

1. Учасники зручно розміщуються в тренінговому залі по колу.
2. Кожний учасник або учасниця має знайти в себе будь-яку річ або ознаку, або притаманну характеристику, яка б була цікавою та цінною для інших, але звичною для себе.
3. Розповісти всім присутнім про себе від імені цього предмета або цієї ознаки (наприклад: «Я – гребінець Сергія, знайомий з ним недавно, але можу розповісти про нього такі хороші моменти...»).
4. Після того, як усі охочі висловляться про себе від імені своїх речей, розминка закінчується. Учасники переходять до іншої вправи порядку денного.



5. ГРУПОВА ДИСКУСІЯ «ГЕНДЕРНО ЧУТЛИВИЙ ПІДХІД У НАДАННІ ПОСЛУГ, ЗОКРЕМА В ПРОГРАМІ ЗПТ»

МЕТА – проінформувати учасників про сучасні гендерно чутливі підходи в наданні послуг, зокрема в програмі ЗПТ, дати можливість учасникам обмінятися думками та усвідомити, що всі люди мають однакові права незалежно від статі.

ТРИВАЛІСТЬ – 30 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – вся група.

МАТЕРІАЛИ: кулькові ручки, блокноти або зошити для нотаток, ноутбук з мультимедійним проектором, екран, фліпчарт з аркушами або дошка з крейдою.



ЗМІСТ

1. Тренер робить інформаційне повідомлення, зміст якого наведений нижче.
2. Після інформаційного повідомлення тренер своїми запитаннями стимулює групу до обміну думками та підводить до розуміння того, що всі люди мають однакові права незалежно від статі. Члени ключових груп, зокрема клієнти програм ЗПТ, мають отримувати повний комплекс профілактичних та лікувальних послуг незалежно від статевої приналежності.
3. Приклади запитань:
 - Чи всі присутні вважають, що обсяг профілактичної та лікувальної допомоги чоловікам та жінкам однаковий, чи може є якісь особливості, притаманні людям різної статі?
 - У чому полягає рівність прав людей?
 - Які приклади порушення прав людей саме через гендерну належність можуть навести учасники? У чому причини таких ситуацій?
 - Які можливі варіанти вирішення ситуації з гендерною нерівністю можуть підказати учасники групи?



ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ. *Гендерно чутливий підхід базується на концепції надання послуг з урахуванням потреб клієнта або клієнтки, що зумовлені його/її належністю до певного гендеру.*



Гендер формується в процесі включення людини в суспільне життя та може змінюватися під впливом різних детермінант (*культурних, соціоекономічних, вікових тощо*). Гендерні ролі – це форми поведінки жінок та чоловіків, що обумовлені аспектами навколишнього соціального середовища. Гендерна належність – це самоідентифікація кожної людини щодо її належності до певної статі [25].

Метою застосування гендерно чутливого підходу має бути забезпечення однакового (*якісного і кількісного*) доступу до послуг пацієнтам та пацієнткам програм зменшення шкоди, зокрема учасникам та учасницям програм ЗПТ. Комплексний підхід має включати також доступ до планування, бюджетування, прийняття рішень на всіх етапах та в усьому, що стосується інтересів клієнтів програм зменшення шкоди. У випадках, коли потреби однакові, наприклад інформаційно-освітні послуги, вони можуть надаватися представникам всіх гендерів разом без обмежень. Це не буде дискримінувати права представників жодного з гендерів [26].

Гендерна рівність передбачає не лише декларування рівних прав, а й забезпечення реальних можливостей та рівних умов для реалізації прав жінок і чоловіків. Рівність прав жінок і чоловіків полягає у відсутності обмежень та привілеїв, що можуть бути отримані за ознакою статі.



ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ – одна з найбільш важливих цінностей демократичного суспільства та умов забезпечення сталого суспільного розвитку.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**.

Більш детальну інформацію, що стосується гендеру, можна отримати в **Додатку 4**.



ВПРАВА-РОЗМИНКА «ТИ МЕНІ ПОДОБАЄШСЯ ТОМУ, ЩО ...»

ТИП ВПРАВИ – руханка, енерджайзер.

МЕТА ВПРАВИ – активізувати діяльність учасників після кава-паузи.

МАТЕРІАЛИ – невеликий шкіряний чи гумовий м'яч.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.



ХІД ПРОВЕДЕННЯ

1. Учасники зручно стають у коло в тренінговому залі.
2. Тренер кидає м'яч одному з учасників, говорячи при цьому: «Мені в тобі подобається...» і називає одну або кілька привабливих якостей.
3. Учасник, який отримав м'яч та почув про себе гарні слова, кидає його іншому й називає якості, що сподобалися йому в іншій людині.
4. Отже, м'яч має побувати у всіх учасників, а кожний в групі має почути про себе від інших людей приємні слова.



ПОРАДИ ТРЕНЕРУ. Після закінчення вправи слід подякувати всім учасникам та наголосити, що кожна людина унікальна й має особливі риси, які подобаються іншим людям. Кожна людина завжди приваблива для когось внутрішніми рисами або зовнішніми характеристиками. Всі люди мають рівні права й велику значущість для інших людей.

6. ІНФОРМАЦІЙНО-МОТИВАЦІЙНИЙ БЛОК «СТИГМАТИЗАЦІЯ Й ДИСКРИМІНАЦІЯ ТА НЕОБХІДНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПІДХОДУ ДІАЛОГУ «КЛІЄНТ – ЛІКАР»»

МЕТА – поінформувати учасників та привернути увагу до шляхів запобігання стигматизації й дискримінації та необхідності впровадження підходу діалогу «клієнт – лікар».

ТРИВАЛІСТЬ – 20 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: кулькові ручки, блокноти або зошити для нотаток, ноутбук з мультимедійним проектором, екран, фліпчарт з аркушами або дошка з крейдою.

**ЗМІСТ:****Тренер робить повідомлення наступного змісту.**

Дискримінація в різноманітних її проявах – це одна з найбільш поширених форм насильства та порушення прав людини, від якої щодня потерпають мільйони осіб в усьому світі. Дискримінація може проявлятися відторгненням людей, які здаються «не такими», як комусь треба, або належать до певної етнічної чи соціальної групи, мають інші політичні або релігійні погляди чи сексуальні уподобання. Дискримінація перешкоджає соціальній активності людей, обмежує доступ до багатьох важливих сервісів, таких як охорона здоров'я, освіта, житло тощо.

Дискримінація може здійснюватися у прямий та непрямий спосіб. Пряма дискримінація впливає безпосередньо на людину, а непряма створює певні обмеження, які опосередковано також призведуть до утиску її прав, наприклад, заборона застосовувати в офісних приміщеннях деякі предмети одягу. Дискримінації часто передують упереджене ставлення до людей або цілих соціальних груп.

Згідно із Законом України «Про засади запобігання та протидії дискримінації» [29], дискримінація – це ситуація, за якої особа та/або група осіб за їх ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними (*далі – певні ознаки*), зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами та свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними [29].

Дискримінація може виявлятися по-різному: відсторонення від людини, завдання фізичних ушкоджень і навіть убивство. Дискримінація має прямий вплив на людей, які від неї потерпають, а також непрямий глибокий, іноді прихований, вплив на суспільство.

ФОРМИ ДИСКРИМІНАЦІЇ

Від дискримінації за ознакою сексуальних вподобань потерпають гомосексуальні, бісексуальні та транссексуальні люди. Гомофобія та трансфобія може проявлятися навіть в агресії та часто спрямована на людей, які мають особливі погляди на статеві уподобання. Багато спільнот ЛГБТ+ і зараз не можуть повною мірою користуватися загальними правами людини та ризикують стати жертвами нападів.

До дискримінації за гендерним фактором відносять трансгендерну дискримінацію та дискримінацію жінок, чия гендерна ідентичність не відповідає або культурно не пов'язана з їхньою визначеною статтю.

Одна з найбільш дискримінованих груп населення – споживачі наркотиків. До людей, які споживають наркотичні речовини, суспільство ставиться заздалегідь упереджено. Дуже часто саме це ставлення і є причиною, з якої людина не може одужати та ресоціалізуватися повною мірою. Додаткові негативні фактори, що пригнічують людину, – підвищений ризик інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами, туберкульозом та багатьма іншими інфекційними захворюваннями.



Протидія дискримінації та принцип недискримінаційного ставлення

Є кілька складових у комплексі заходів для боротьби з дискримінацією, системне застосування яких може допомогти досягти найкращого результату:

- ставлення громадянського суспільства, що засуджує дискримінацію, неприйнятно ставиться до злочинів на її фоні, надає допомогу потерпілим від дискримінації;
- освітні програми, впровадження яких підвищує рівень поінформованості стосовно способів протидії дискримінації та сприяє формуванню толерантного ставлення;
- зміни в законодавстві, що ініціюють та адвокатує активісти.

У статті 21 Конституції України [31] зазначено **«Усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними»**. З огляду на зазначене, першочерговою та важливою частиною роботи НУО є виконання обов'язку не дискримінувати та дотримуватися принципу рівності у своїй роботі.

Для підготовки презентації ви можете скористатися **«Бібліотекою слайдів»** у **Додатку 2**. Більш детальну інформацію, що стосується теми дискримінації, можна отримати в **Додатку 4**.

ВИРІШЕННЯ СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

МЕТА – дати можливість кожному учаснику особисто перейнятися проблематикою запропонованих завдань; закріпити на практиці отримані знання та відпрацювати компетенції, які знадобляться учасникам у реальному житті при застосуванні підходу діалогу.

ТРИВАЛІСТЬ – 45 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: кулькові ручки, блокноти або зошити для нотаток, фліпчарт з аркушами або дошка з крейдою.

СИТУАЦІЯ НА ПРИЙОМІ У ЛІКАРЯ



ХІД ВПРАВИ:

1. Тренер пояснює учасникам сценарій.

На прийом до лікаря приходить споживач або споживачка наркотичних речовин, який/яка очевидно хоче стати клієнтом програми ЗПТ, але ще не має твердого переконання в цьому і взагалі не знає, з чого почати.

2. Бажано поєднати групу в три підгрупи:
 - а) підгрупа клієнта та його «радників» – 3 особи;
 - б) підгрупа лікаря та його «радників» – 3 особи;
 - в) підгрупа експерта-спостерігача та його «радників» – інші учасники групи.



3. Учасники сідають у тренінговому залі разом зі своїми підгрупами у такий спосіб, щоб було зручно спілкуватися між собою та з іншими учасниками.
4. З кожної підгрупи учасники самостійно обирають представників, які озвучуватимуть ролі – клієнта, лікаря та експерта відповідно. Інші члени підгруп допомагають порадами під час ведення діалогу.
5. Лікаря потрібно уважно вислухати відвідувача, дати йому поради та спробувати вмотивувати прийняти рішення на користь участі в програмі ЗПТ.



ПОРАДИ ТРЕНЕРУ. Після виконання вправи потрібно підбити підсумки та нагадати присутнім основні принципи підходу діалогу «клієнт – лікар». Доцільно наголосити, що клієнт сам має обирати модель майбутньої поведінки, а завдання лікаря – дати йому інформацію та показати можливі переваги від зміни поведінки на більш безпечну, допомогти клієнту в реалізації прийнятого ним рішення.



Тренери, з урахуванням можливої специфіки кожної групи, можуть на свій розсуд міняти практичні завдання для відпрацювання блоку підходу діалогу. Кілька додаткових зразків ситуаційних завдань та порад наводимо нижче.

Учасники поєднуються в 3–4 групи. Бажано, щоб у кожную групу входив медичний працівник та представник клієнтів. Групи отримують завдання розібратись у запропонованій ситуації та запропонувати, як саме вона повинна вирішитись. Це рішення має бути проілюстровано на предмет відповідності трьом критеріям:

- а) медична етика («Етичний Кодекс лікаря України»);
- б) нормативна база (Наказ МОЗ України від 27.03.2012 року за № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» та Наказ МОЗ України від 09.11.2020 за № 2555 «Про затвердження стандартів медичної допомоги “Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів”»);
- в) права пацієнта.

Кожна група презентує своє рішення на фліпчарті, після презентації всі учасники проводять обговорення. Під час підготовки та обговорень тренери можуть підходити до кожної групи й надавати інформаційну допомогу, контролювати активність.

Необхідні матеріали: аркуші для фліпчарта, маркери, довідкові матеріали – роздруковані накази, Етичний Кодекс лікаря України, права пацієнтів.

На підготовку груп дається 10 хвилин. Кожна група презентує свої напрацювання, обговорює їх та робить висновки протягом 15 хвилин.

Після вправи тренер робить узагальнення й ще раз повторює найважливіші складові частини нормативних документів, прав пацієнтів і прав та обов'язків лікаря.



ЗРАЗКИ ДОДАТКОВИХ СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

1. На прийомі молодий чоловік, який має статус внутрішньо переміщеної особи. За його словами, вже давно вживає ін'єкційні наркотики, раніше була «ширка» з макової соломки, останнім часом кристалічний метадон. Лікувався раніше в Донецькому наркодиспансері, відбував покарання, а після звільнення не має куди повертатись. Документів у нього немає, декларації з лікарем не підписував. Живе у знайомих неофіційно. Останнім часом на фоні вживання метадону погано почувається: висока температура, сухий кашель, схуд. Під час огляду лікар бачить старі та свіжі сліди від ін'єкцій вздовж вен. Яка можлива послідовність дій в цій ситуації?
2. Пацієнт ЗПТ вже кілька років приймає метадон у програмі, працевлаштований. Останнім часом йому видають препарат для прийому вдома в дозі 80 мг на добу. Декілька тижнів тому став себе погано почувати, сон погіршився, відчуває потяг до наркотиків. Просить лікаря підвищити дозування. Лікар поставив вимогу, що на період підвищення дози треба ходити щодня, бо такі вимоги наказів та інструкцій. Але пацієнт не може відвідувати сайт ЗПТ щодня, бо втратить роботу. Що робити в цій ситуації?
3. До лікаря завітала мати пацієнта ЗПТ з вимогою закінчувати видавати її повнолітньому сину препарат ЗПТ. За словами знайомих жінки, метадон – такий самий наркотик, як інші, тому треба якомога швидше його позбутися. Мати вважає, що рік, який минув з початку лікування, не виправдав її надій, бо хоча син і влаштувався на роботу, але вдома допомагати не хоче, конфліктує з нею, коли вона робить йому зауваження, не прислухається до її порад. У знайомої цієї жінки син також наркоман, але вже три місяці, як він вийшов з реабілітаційного центру й не вживає наркотики. Заявниця ходила в той центр, але їй відповіли, що клієнтів «на метадоні» не приймають. Якщо лікар не припинить надавати синові метадон, жінка напише скаргу керівництву. Які можливі дії лікаря?
4. Після дослідження сечі учасника ЗПТ був зроблений висновок, що він вживає канабіноїди. Лікар повідомив, що мусить позбавити пацієнта права приймати метадон вдома й тепер йому треба відвідувати сайт ЗПТ щоденно, бо така інструкція. А також він знижує йому дозу метадону й поверне її після того, як у контрольному аналізі сечі не виявлять психоактивних речовин. Пацієнт – ВІЛ+, приймає АРТ. Які ваші думки щодо ситуації та дій лікаря?

У розділі, що стосується підходу діалогу, доцільним може бути проведення однієї з рольових ігор, де в ролі лікаря запропонувати виступити пацієнту ЗПТ, а лікарю дати роль пацієнта. Пропонуємо декілька рольових ігор на вибір.

1. Прийом у програму ЗПТ.
2. Коригування (збільшення) дозування.
3. Обговорення результатів аналізів з лікарем.
4. Перехід на домашній прийом.

Під час виконання зазначених вправ бажано залучити лікарів сайту ЗПТ або сімейних лікарів, які вже мають досвід роботи в програмі ЗПТ.



7. ЗВОРОТНИЙ ЗВ'ЯЗОК ВІД УЧАСНИКІВ.

Виконання вправи «Відобрази свій настрій»

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА – отримання від учасників зворотного зв'язку, рефлексія.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

МАТЕРІАЛИ: аркуші з надрукованими на них двома колами (*смайликами без рота*); різнокольорові маркери.



ХІД ПРОВЕДЕННЯ

1. Кожному учасникові тренер роздає однакові аркуші паперу, на яких намальовано два смайлики, на яких не намальований рот.
2. Кожному учаснику потрібно намалювати:
 - на першому «обличчі» – рот, тобто зобразити смайлик суму, радості, смутку – своїх емоцій, з якими учасник вранці прийшов на тренінг;
 - на другому «обличчі» так само зобразити свої емоції наприкінці тренінгу.
3. Кожному учаснику тренер має дати можливість схарактеризувати свої емоції та їхні зміни, якщо вони відбулися.

Приклади запитань тренерів групі для стимулювання дискусії:

- 1) З яким настроєм учасники прийшли на тренінг?
- 2) Як можуть описати свій нинішній настрій учасники наприкінці тренінгу?
- 3) Однакові в них вийшли смайлики чи різні? Чому?



8. ВИХІДНЕ АНКЕТУВАННЯ.



ВИКОНАННЯ ВПРАВИ «АНКЕТУВАННЯ»

ТИП ВПРАВИ – тематична.

МЕТА – оцінити в учасників ступінь наявних знань і розумінь щодо запобігання та протидії дискримінації на початку тренінгу та рівень змін знань і розумінь, які відбулися протягом тренінгу.

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.

МАТЕРІАЛИ: ручки кулькові; для кожного члена групи по два примірники роздрукованого опитувальника.



ХІД ВПРАВИ

1. Кожного учасника та кожную учасницю просять заповнити опитувальник.
2. Бажано, щоб кожний учасник зробив на опитувальнику позначку для того, щоб він міг легко знайти свій аркуш серед інших.
3. Після заповнення тренер збирає опитувальники для подальшого аналізу.
4. Дайте можливість учасникам взяти аркуші з опитувальниками, які вони заповнили на початку тренінгу, та порівняти з відповідями вихідного анкетування. Важливо, щоб учасники на власні очі змогли побачити позитивну динаміку своїх знань та вмінь.



ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ. Подякуйте кожному з учасників вправи. Аналізуючи відповіді, зроблені на початку та в кінці тренінгу, тренери можуть оцінити якість своєї роботи: чи зрозуміло вони викладали матеріал, наскільки вдалим є тренінг, які форми та методи роботи працюють найкраще.

Підрахуйте, як змінилася кількість правильних відповідей на кожне із запитань. Це буде наочною демонстрацією групової динаміки.

Наприклад, на перше запитання кількість правильних відповідей змінилася з 35 % до 75 %; на друге запитання кількість правильних відповідей змінилася з 40 % до 95 %.

І так далі по всіх запитаннях вихідної анкети.



Приклад опитувальника для анкетування після тренінгу (див. Анкету на початку тренінгу).



9. ЗАПОВНЕННЯ ОЦІНОЧНИХ ФОРМ

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ХІД ВПРАВИ.

Тренери мають роздати кожному з учасниць та учасників тренінгу роздрукований примірник оціночної форми. Зразок форми для заповнення додається нижче.



ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ. Аналіз анонімно заповненої після закінчення тренінгу оціночної форми дає можливість критично оцінити успішність проведення заходу та його окремих складових частин.

ТЕМА: «Запобігання дискримінації ключових груп (з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ) медичним персоналом шляхом реалізації підходу діалогу «клієнт – лікар».

Дата: _____

Місце проведення: _____

ОЦІНОЧНА АНКЕТА

№	КРИТЕРІЙ						
	Оцініть від одного (дуже погано) до 5 (дуже добре)	1	2	3	4	5	коментарі
1	Користь тренінгу						
2	Актуальність						
3	Ефективність методів проведення тренінгу						
4	Місце проведення						

Які теми тренінгу були для вас найбільш корисні?

Які теми тренінгу були для вас найменш корисні?

Дякуємо за ваші відповіді та участь у заході!



10. ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ. ВРУЧЕННЯ СЕРТИФІКАТІВ

ТРИВАЛІСТЬ – 10 хвилин.

КІЛЬКІСТЬ УЧАСНИКІВ – уся група.



ПОРАДИ ТРЕНЕРУ. Після того, як оціночні форми заповнено, тренери мають підбити загальні підсумки тренінгу. При підбитті підсумків доцільно поцікавитися в учасників, чи справдилися їхні очікування, чи отримали вони відповіді на всі свої запитання чи якісь запитання залишилися не розглянутими або без відповідей.

Слід дати можливість учасникам висловити можливі побажання щодо наступного тренінгу та поділитися інформацією, розповісти, що було новим на цьому тренінгу. Можливо, вони зробили якісь важливі відкриття для себе.

Подякуйте всім за участь, вручіть сертифікати, поаплодуйте, запропонуйте зробити групове фото.

Нагадайте учасникам, як вони зможуть отримати матеріали тренінгу (*напрацювання, фото, відео, контактну інформацію*).



ПРИКІНЦЕВІ ПОРАДИ ТРЕНЕРАМ

- Після заповнення оціночних форм, можна переходити до фінальної частини тренінгу: урочистого вручення сертифікатів учасникам та групового фотографування на добру пам'ять та для звіту донорам :-)
- Після групового фотографування побажайте учасникам та колегам спокійної дороги додому. На цьому інформаційна частина тренінгу закінчена.
- Не залишайте в тренінговій залі списки учасників, реєстраційні форми або невикористані роздаткові матеріали.
- Всі групові та підгрупові напрацювання на аркушах для фліпчарта, стікерах та у всіх інших формах обов'язково заберіть із собою та зберігайте як мінімум до прийняття донорами вашого звіту про підготовку та проведення тренінгу. Якщо тренери вирішать прикрасити свій офіс цими творчими надбаннями – це буде додатковою рекламою та демонструватиме, що в тренерів є не тільки суттєвий досвід проведення інформаційно-освітніх заходів, а й приязне ставлення до творчості учасників тренінгів.



ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1. СТАТИСТИКА ЗПТ

Оперативну інформацію про кількісні та якісні характеристики пацієнтів, які отримують ЗПТ у комунальних закладах охорони здоров'я можна отримати на сайті Центру громадського здоров'я:



<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>

Окрім того за вищенаведеним посиланням знаходиться інформація про розподіл пацієнтів, які отримують ЗПТ у комунальних закладах охорони за препаратами, а також

кількісні та якісні характеристики пацієнтів, які отримують ЗПТ у приватних закладах охорони здоров'я станом на 01 лютого 2023 року, за препаратами



ДОДАТОК 2. БІБЛІОТЕКА СЛАЙДІВ

Для зручності проведення тренінгів ми підготували універсальні слайди, які ви можете редагувати, відповідно до цілей та задач вашого тренінгу.

НАБІР ПРЕЗЕНТАЦІЙНИХ СЛАЙДІВ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТРЕНІНГУ

ЗАПОБІГАННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ КЛЮЧОВИХ ГРУП
(з особливим акцентом на пацієнтів ЗПТ)
МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ шляхом реалізації
підходу діалогу «клієнт-лікар»»



Ознайомитись з слайдами
можна за QR-кодом:



ДОДАТОК 3.

ПІДКАЗКА ТРЕНЕРАМ. ВАРІАНТИ ВІДПОВІДЕЙ НА ОЧІКУВАНІ ЗАПИТАННЯ УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ

1. ЯКИЙ РИЗИК ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ПРИ ПОЦІЛУНКАХ, У ТОМУ ЧИСЛІ ГЛИБОКИХ?

При поцілунках у губи ризику передачі ВІЛ немає. Можливість розповсюдження вірусу через слину при поцілунках не підтверджена.

2. ЧИ Є РИЗИК ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ПІД ЧАС ПІРСИНГУ, ТАТУЮВАННЯ ТА КОРИСТУВАННЯ ЧУЖИМ ЛЕЗОМ ДЛЯ ГОЛІННЯ?

Ризик передачі ВІЛ існує, якщо будь-які заражені інструменти, що порушують цілісність шкіри, повторно використовуються іншою людиною без стерилізації.

3. ЧИ БЕЗПЕЧНО МАТИ СТАТЕВІ СТОСУНКИ З ЛЮДИНОЮ, ЯКА ЖИВЕ З ВІЛ?

За даними ЮНЕЙДС, «секс із людиною, яка живе з ВІЛ, безпечний, якщо вірус у такої особи повністю пригнічений за допомогою лікування. Секс безпечний при правильному використанні якісного презерватива або доконтактної профілактики, як рекомендовано особою, яка надає медичну допомогу». [<https://www.unaids.org/ru/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>].

За даними ВООЗ, «немає жодних доказів того, що особи, які успішно досягли та підтримували пригнічення вірусу за допомогою АРТ, передають вірус статевим шляхом своєму ВІЛ-негативному партнеру/партнерам. У програмах лікування та профілактики ВІЛ слід належним чином наголошувати на профілактичних перевагах АРТ» [<https://www.who.int/news/item/20-07-2018-viral-suppression-for-hiv-treatment-success-and-prevention-of-sexual-transmission-of-hiv>].

Під лікуванням слід вважати коректне тривале застосування адекватно підібраної лікарем АРТ у вигляді якісно виготовленого лікарського засобу, що зберігається із дотриманням визначених виробником умов.

4. ЯК МОЖНА ЗАПОБІГТИ ІНФІКУВАННЮ ВІЛ?

Передачі ВІЛ статевим шляхом можна запобігти так:

- моногамні стосунки між неінфікованими партнерами;
- секс без проникнення;
- постійне правильне застосування чоловічих або жіночих презервативів;
- секс у парі, в якій один партнер живе з ВІЛ, але вживає АРТ і має невиявлений рівень вірусного навантаження;



- доконтактна профілактика для людей, які не заражені ВІЛ;
- добровільне медичне чоловіче обрізання знижує для чоловіка ризик інфікування ВІЛ.

Додатковий спосіб запобігти інфікуванню: якщо людина вживає ін'єкційні наркотики, їй завжди слід використовувати нові одноразові голки та шприци або належним чином стерилізовані перед застосуванням голки та шприци багаторазового використання, або оберіть інші заходи профілактики, наприклад ЗПТ.

5. ЩО ТАКЕ ПОСТКОНТАКТНА ПРОФІЛАКТИКА?

Постконтактна профілактика (ПКП) складається з медикаментозного лікування, лабораторної діагностики та консультування. ПКП варто розпочинати одразу або якомога раніше після ймовірного контакту з ВІЛ і проводити протягом чотирьох тижнів. Згідно з результатами спостережень, якщо медикаментозне лікування розпочати найближчим часом після ймовірного контакту з ВІЛ (*не пізніше 72 годин, а в ідеалі – протягом перших двох годин*), це допомагає уникнути інфікування ВІЛ.

6. ЧИ МОЖНА ВИЛІКУВАТИ ВІЛ?

Вчені поки що не винайшли способу для повного знищення ВІЛ в організмі. Проте існує ефективне лікування, що дозволяє суттєво покращити якість життя людини з ВІЛ порівняно з неінфікованими людьми. Для лікування ВІЛ-інфекції застосовують антиретровірусні препарати, що перешкоджають розмноженню вірусу в організмі людини. Це лікування має призначати лікар, як тільки стало відомо про інфікування, а пацієнт має суворо дотримуватися рекомендацій щодо прийому препаратів та способу життя. Якщо людина, яка живе з ВІЛ, вживає ефективну антиретровірусну терапію, вона перестає бути заразною для інших людей.

7. ЩО ТАКЕ ТЕСТ НА ВІЛ?

Тест на ВІЛ – це спосіб діагностики (*дослідження*), що дозволяє з'ясувати, чи людина заразилася ВІЛ.

Є кілька способів діагностики. При проведенні звичайного тестування на ВІЛ виявляють антитіла, вироблені імунною системою у відповідь на проникнення ВІЛ до організму, їх виявити значно простіше й дешевше, ніж сам вірус. Для зручності пацієнтів антитіла виявляють при дослідженні крові чи слини.

Зазвичай тестування на ВІЛ рекомендують проводити через три-шість місяців після можливого контакту з інфекцією.

Хоча тести на антитіла до ВІЛ високочутливі, між інфікуванням ВІЛ і виробленням антитіл до вірусу у кількості, що піддається виявленню, існує «період серологічного вікна» тривалістю до шести місяців, залежно від конкретного типу аналізу. Для найчутливіших тестів на антитіла до ВІЛ, що рекомендуються сьогодні, цей період становить близько трьох тижнів. При використанні менш чутливих тестів він більший. Тобто, результат тестування може бути негативним навіть при наявності ВІЛ в організмі!

Однак рівень ВІЛ у біологічних рідинах організму (*кров, сперма, вагінальні виділення та грудне молоко*) в зараженої людини вже може бути високим. Хоч тест на ВІЛ ще не може підтвердити наявність вірусу у такої людини, у «серологічному вікні» вона вже здатна передавати ВІЛ іншим.



Якщо результат дослідження на наявність антитіл до ВІЛ (*експрес-тест або імуноферментний аналіз*), що було проведено через 6 місяців після ймовірного інфікування, позитивний, то слід повторити тестування іншим способом – ще один імуноферментний аналіз або імуноблотинг. У випадку негативних результатів додаткових досліджень інфікування не підтверджується.

Наявність двох позитивних результатів дослідження за допомогою імуноферментного аналізу та імуноблотингу є підставою для діагностування ВІЛ-позитивного статусу.

8. ЩО ОЗНАЧАЄ НЕГАТИВНИЙ ТЕСТ НА ВІЛ?

Негативний результат тестування означає, що в отриманому від людини біологічному матеріалі не було виявлено антитіл до ВІЛ. Якщо статус людини негативний, вона має піклуватися про його збереження: бути обізнаною зі шляхами передачі ВІЛ-інфекції та практикувати безпечну поведінку протягом усього життя.

Проте ризик, що інфікування при контакті з ВІЛ все ж таки відбулося, залишається. Причина в тому, що для продукування достатньої кількості антитіл імунній системі потрібно кілька місяців. Рекомендується повторити тест через 3-6 місяців. У період «серологічного вікна» людина вже може заражати інших, тому необхідно вживати заходів для запобігання можливій передачі ВІЛ.

9. ЧИ МОЖУТЬ УКУСИ КОМАРІВ, ІНШИХ КОМАХ АБО ТВАРИН ПРИЗВЕСТИ ДО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ?

ВІЛ не поширюється комарами, іншими комахами та тваринами. Навіть якщо вірус потрапить в організм комах або тварини, він не зможе розмножуватися в ньому.

10. ЧИ МОЖНА ЗАРАЗИТИСЯ ВІЛ ПОБУТОВИМ ШЛЯХОМ (КОРИСТУВАННЯ ОДНИМ ТУАЛЕТОМ, ВЖИВАННЯ РАЗОМ ЇЖІ, СПІЛЬНІ ЗАНЯТТЯ СПОРТОМ, РУКОСТИСКАННЯ ТОЩО)?

Немає жодних свідчень, які б підтверджували можливість передачі ВІЛ побутовим шляхом.

11. ЧИ МОЖНА ЗА ЗОВНІШНІМ ВИГЛЯДОМ ЗРОБИТИ ВИСНОВОК, ЩО В ЛЮДИНИ ВІЛ?

На вигляд неможливо зрозуміти, що людина заражена ВІЛ.

Навпаки, людина, заражена ВІЛ, може певний час добре почуватися і мати здоровий вигляд, але при цьому вона вже може заражати інших людей! Тестування на ВІЛ – це вірогідний спосіб, що підтверджує наявність вірусу в людини.



12. ЧИ МОЖЕ ЛЮДИНА ОДНОЧАСНО ХВОРИТИ НА КІЛЬКА ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ІПСШ)?

Імунітет до ІПСШ не виробляється, тому можливі ситуації, коли одна людина може одночасно мати кілька інфекцій, що передаються статевим шляхом. На жаль, після вилікування можна багато разів заразитися одними й тими ж інфекціями. При потраплянні ІПСШ до організму людина не завжди відчуває симптоми (*прояви*) захворювання, тому чоловіки й жінки можуть заражати статевого партнера або партнерку навіть при безсимптомному перебігу захворювання.

13. ЧИ МОЖЕ ЛЮДИНА ПЕРЕДАТИ ВІЛ ІНШИМ ЛЮДЯМ, ЯКЩО ВОНА ОТРИМУЄ АРТ?

Якщо антиретровірусна терапія призначена адекватно, пацієнт вживає ліки вчасно, в необхідному обсязі й вірус повністю пригнічений, ця людина не може передати ВІЛ іншій людині. Тому регулярне спостереження за вірусним навантаженням – важлива частина лікування людей з ВІЛ!

14. ЧИ Є ПІДХІД ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ ТАКОЖ ПРОФІЛАКТИКОЮ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ?

Розрізняють три види профілактики: первинну, вторинну і третинну.

Заходи первинної профілактики застосовують для запобігання захворюванню як такому, вона буває двох видів: суспільною й індивідуальною. Суспільна профілактика охоплює велику кількість населення, її мета – зменшення ризику розвитку захворювань. Прикладом може бути інформаційно-просвітницька робота серед населення про вплив шкідливих звичок або про значення здорового способу життя, наслідки вживання наркотиків серед молоді тощо. Завдання індивідуальної профілактики – запобігання хворобам серед певних груп населення (*наприклад, серед людей, які палять, вживають наркотичні засоби, алкоголь у надмірній кількості, зловживають їжею тощо*).

Вторинна профілактика орієнтована на якомога скоріше виявлення та лікування хвороби на ранніх стадіях. Приклад – раннє виявлення хворих за допомогою скринінгових тестів.

Третинна профілактика – це заходи, які спрямовані на запобігання розвитку ускладнень та погіршення перебігу хвороби, а також динамічна реабілітація споживачів наркотиків.

Підхід зменшення шкоди є сучасною та ефективною складовою заходів вторинної профілактики. Він орієнтований на людей, які за різних обставин вже вживають наркотики та, вірогідно, не готові від них відмовитися. Зменшення шкоди застосовується в контексті вторинної профілактики для запобігання ускладненням ін'єкційного вживання наркотиків.

15. ЧИ Є ПЕРЕВАГИ УЧАСТІ В ПРОГРАМІ ЗПТ?

Беззаперечно, так. Про це свідчать факти:

- ЗПТ – це сучасний науково обґрунтований метод медичної допомоги людям, які мають залежність та вживають опіати ін'єкційним шляхом;
- у світі ЗПТ вважається одним із найбільш ефективних методів лікування наркотичної залежності;



- призначені офіційно лікарські засоби ЗПТ допомагають відмовитися від вживання нелегальних (вуличних) наркотиків;
- застосування препаратів ЗПТ виключає можливість передозування;
- препарати ЗПТ не містять шкідливих інгредієнтів на відміну від вуличних наркотиків, вживання яких спричиняє токсичні ураження мозку, нирок, печінки та інших органів;
- довгострокове лікування препаратами ЗПТ є більш ефективним, ніж детоксикація;
- медико-психосоціальний супровід (МПСС) – складова частина ЗПТ, яка допомагає суттєво покращити якість життя;
- препарат ЗПТ надається безоплатно, це знімає необхідність постійного пошуку коштів на наркотики, що призводило до незаконних дій та кримінальної відповідальності за скоєні крадіжки;
- застосування таблетованих препаратів ЗПТ в Україні запобігає інфікуванню ВІЛ, гепатитами В і С та іншими інфекціями, що передаються через використаний інструментарій або куплені в шприці забруднені збудниками захворювань наркотики;
- вагітна жінка може бути учасницею програми ЗПТ, оскільки застосування метадону не ускладнює перебігу вагітності, до того ж запобігає ризикам інфікування вагітної інфекціями;
- надає реальну можливість ресоціалізації та повернення до звичайного життя.

16. ЧИ МОЖЕ ДИТИНА ДО 18 РОКІВ БУТИ КЛІЄНТОМ ПРОГРАМИ ЗПТ?

Так, може. Включення до ЗПТ пацієнтів віком менше ніж 18 років проводиться на письмове звернення їх батьків або законних представників у разі наявності станів, викладених у пункті 6 «Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю», та усвідомленої інформованої згоди таких осіб.

17. ЧИ ПРАВДА, ЩО АРТ ЗВОДИТЬ НАНІВЕЦЬ ЕФЕКТ ВІД ЗПТ?

Програма ЗПТ, як і АРТ, спрямована на поліпшення стану здоров'я та покращення якості життя.

Однак при спільному застосуванні ЗПТ та АРТ ефект від метадону або бупренорфіну може знижуватися. Це залежить від того, які саме комбінації ліків застосовують. Слід проінформувати про участь у програмі ЗПТ лікаря, який призначає АРТ. Це дасть йому можливість призначити для лікування препарати АРТ, що мають меншу за інші взаємодію з препаратами ЗПТ.

Також слід попередити лікаря на сайті ЗПТ про призначення АРТ, щоб він мав можливість завчасно коригувати дозу препарату! Це необхідно зробити з огляду на те, що взаємодія деяких ліків може призвести до проявів «ломки», тобто спричинити синдром абстиненції.



18. ВІД ЧОГО ЗАЛЕЖИТЬ ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗПТ?

- від правильного призначення препарату;
- від призначення адекватної дози з урахуванням індивідуальних потреб, можливої взаємодії з іншими ліками, які приймає людина, дотримання рекомендацій щодо терапевтичної ефективності;
- від безперервного та тривалого лікування (*зокрема можливе довічне лікування з огляду на сприйняття залежності хронічною хворобою*).

19. ЗАСТОСУВАННЯ ЗПТ ПРИ ЛІКУВАННІ НАРКОМАНІЇ – ЦЕ ЗАМІНА ОДНОГО НАРКОТИКУ НА ІНШИЙ?

На протипагу «вуличним наркотикам» – опіоїдам короткочасної дії, ЗПТ є інструментом для лікування опіоїдної залежності тривалої дії, застосування якої дає можливість не відчувати гострого синдрому відміни та почуватися комфортно протягом тривалого часу. У разі додаткового вживання «вуличних наркотиків» препарати ЗПТ блокують досягнення бажаного ейфорійного ефекту.

ЗПТ спрямована на:

- зменшення вживання заборонених наркотичних речовин;
- зменшення випадків кримінальної поведінки;
- зміну ризикової поведінки та зменшення ризику інфікування на інфекційні захворювання (*ВІЛ, вірусні гепатити тощо*);
- покращення соматичного та психологічного здоров'я;
- ресоціалізацію та повернення соціальних зв'язків.

Найбільш дієвим способом лікування опіоїдної залежності є поєднання фармакотерапії ЗПТ із МПСС та реабілітацією.

20. У ЧОМУ ПОЛЯГАЄ СУТНІСТЬ ГЕНДЕРНОЇ ПОЛІТИКИ В ДЕМОКРАТИЧНОМУ СУСПІЛЬСТВІ?

Сутність гендерної політики в демократичному суспільстві – це:

- забезпечення рівних умов для набуття жінками та чоловіками соціального статусу відповідно до їхніх потреб, інтересів і можливостей;
- гарантування прав, свобод і рівних можливостей чоловіків і жінок;
- надання рівних можливостей жінкам і чоловікам у прийнятті рішень про розподіл та користування ресурсами суспільства;
- ідентичне ставлення до жінок і чоловіків та справедливе оцінювання результатів їхньої діяльності;
- формування й розвиток гендерної культури.



21. ЯКІ ІНДИКАТОРИ ДЕМОНСТРУЮТЬ НАЯВНІСТЬ ГЕНДЕРНО ЧУТЛИВИХ ПОСЛУГ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я?

- уникнення стигматизації, дискримінації чи стереотипної поведінки щодо людей з урахуванням їхньої статі;
- однакова повага до всіх гендерів;
- тренінги з гендерної чутливості для всього персоналу;
- забезпечення рівномірного представництва всіх гендерів, які надають послуги у сфері охорони здоров'я;
- інформована згода на лікування для всіх клієнток та клієнтів.

22. ЗАСТОСУВАННЯ ПІДХОДУ ДІАЛОГУ «КЛІЄНТ – ЛІКАР» ПОЗБАВЛЯЄ КЛІЄНТА ПРАВА ВИБОРУ?

Діалог – це ефективний сучасний підхід до побудови довірливих стосунків між лікарем та клієнтом, заснований на розумінні, відповідальності, неприпустимості насильства, повазі до особи, верховенстві права і спільного планування майбутнього.

У діалозі лікар і клієнт досягають згоди, що переконання клієнта стосовно проблемної ситуації значною мірою формувалися, ґрунтуючись на його або її життєвому досвіді та інших детермінантах (*вік, гендерна належність, релігійні вподобання, етнічні риси, місце проживання*) і можуть бути змінені як наслідок спільної роботи з іншою стороною.

У конструктивному діалозі, через активне вислуховування одне одного, створюється коло порозуміння, в якому виграють усі, розв'язуючи розбіжності з урахуванням інтересів клієнта або клієнтки та добровільного прийняття ним/нею зобов'язань з упровадження плану подальшого розвитку.

23. ЧИ ПОВИННІ КЛІЄНТИ ПРОГРАМИ ЗПТ БІЛЬШЕ ДІЗНАВАТИСЯ ПРО СВОЇ ОБОВ'ЯЗКИ, А НЕ ПРАВА?

Як права, так і обов'язки є складовими частинами життя людини. Працівникам сайтів та клієнтам рівною мірою потрібно надавати інформацію про ці обидві складові. У статті 1 «Загальної декларації прав людини» зазначено: «Всі люди народжуються вільними й рівними у своїй гідності та правах. Вони наділені розумом і совістю і повинні діяти у відношенні один до одного в дусі братерства». Стаття 30 тієї ж Декларації наголошує, що «держави, група осіб або окремі особи не мають права займатися будь-якою діяльністю або вчиняти дії, спрямовані на знищення прав і свобод».

Вправи, які пропонують виконувати на тренінгу, призначені демонструвати цінність кожної людини незалежно від її ознак чи характеристик, права кожної людини мають бути під захистом!

24. ЧИ НЕ БУДУТЬ КЕРІВНИКИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, В ЯКОМУ ФУНКЦІОНУЄ САЙТ ЗПТ, ЗАПЕРЕЧУВАТИ ПРОТИ ТОГО, ЩОБ КЛІЄНТИ ОТРИМУВАЛИ ЗНАННЯ ПРО ЇХНІ ПРАВА, ВВАЖАЮЧИ, ЩО ЦЕ ПРИЗВЕДЕ ДО БУНТАРСЬКОЇ ПОВЕДІНКИ НА САЙТІ?

Освіта з прав людини надає як фахівцям, так і клієнтам сайтів ЗПТ змогу брати повноцінну участь у житті суспільства та його розвитку. Кожна людина має знати свої права та наполягати на їх захисті. Якщо на сайті ЗПТ існують порушення прав, клієнти можуть вимагати від адміністрації закладу вирішення проблемної ситуації.



ДОДАТОК 4. ІНФОРМАЦІЙНА ЧАСТИНА НА ДОПОМОГУ ТРЕНЕРАМ

1. ЗАКОНОДАВЧЕ ПІДґРУНТЯ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВА БАЗА ДЛЯ ВЗАЄМОДІЇ

У сучасному недосконалому світі людина може потерпати від стигми та дискримінації через соціальний статус, колір шкіри, релігійну, етнічну, професійну або гендерну належність, стан здоров'я, особливі потреби, особисті погляди чи спосіб життя та багато інших своїх особливостей.

Проте існують ключові принципи та засади, реалізація яких у суспільстві свідчить про верховенство права в демократичній державі: дотримання прав людини, недопущення дискримінації за будь-якими ознаками, пріоритетність права на життя та здоров'я.

Підтвердженням цьому є Загальна декларація прав людини [1], прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року, стаття 7 якої засвідчує, що «всі люди рівні перед законом і мають право, без будь-якої різниці, на рівний їх захист законом. Усі люди мають право на рівний захист від якої б то не було дискримінації, що порушує цю Декларацію, і від якого б то не було підбурювання до такої дискримінації». Стаття 25 тієї ж Декларації проголошує, що «кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини».

В Україні, як і в більшості європейських країн, протягом останніх кількох десятиріч актуальними є проблеми, спричинені вживанням наркотичних речовин. Це перетворилося на велику соціальну проблему з огляду на дискримінацію наркоспоживачів.

Споживачів ін'єкційних наркотиків іноді помилково вважають основною рушійною силою епідемії ВІЛ та вірусних гепатитів у сучасній Україні, проте статистика доводить, що близько 2/3 випадків нових заражень відбуваються при статевих контактах. За даними Державної установи «Центр громадського здоров'я» Міністерства охорони здоров'я України [6], у 2022 році вперше встановлено діагноз ВІЛ-інфекції 12191 громадянину України, з яких 8340 (68,4% випадків) людей заразилися статевим шляхом, а 3802 (31,2% випадків) – парентеральним шляхом унаслідок введення наркотичних речовин. При цьому слід визнати, що серед СН рівень заражень ВІЛ та вірусними гепатитами справді високий.

Сьогодні беззаперечним є постулат, що люди, які страждають на залежність від наркотиків, повинні мати доступ до якісних послуг у повному обсязі у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги. Стигматизація, дискримінація, а в деяких країнах – і кримінальне переслідування СН є однією з причин стрімкого зростання нових випадків заражень на вірусні гепатити та ВІЛ-інфекцію.

Покладання краю нерівностям у ставленні до людей сприятиме не тільки зменшенню темпів епідемії СНІДу, а й захисту прав ключових груп населення, підвищенню ефективності боротьби з іншими епідеміями, покращенню життя суспільства загалом. Слугуватиме цій меті й уживання заходів щодо усунення всіх форм стигми та дискримінації, з якими стикаються люди, які вживають наркотики.



2. ДОСТУП ЧЛЕНІВ КЛЮЧОВИХ ГРУП ДО ПОСЛУГ

У багатьох країнах криміналізація сексу між чоловіками, секс-бізнесу, зберігання або вживання наркотиків, ВІЛ-статус і гендерне самовираження, а також відсутність юридичного визнання самовизначеної статі людини, зокрема для небінарних людей, є серйозними перешкодами для доступу до послуг. Представники ключових груп населення, які перебувають у місцях позбавлення волі або під вартою, відчувають такий самий обмежений доступ до профілактичних та медичних послуг, як і всі ув'язнені, й можуть зазнавати додаткової дискримінації та вразливості через ВІЛ-інфекцію. Члени ключових груп населення часто стикаються зі стигмою та дискримінацією з боку постачальників послуг, яким може бракувати знань і підготовки щодо потреб здоров'я ключових груп населення. Загалом ці закони, політика, культурні норми та практика збільшують ризик інфікування ВІЛ, який часто приписують лише особливостям поведінки ключових груп населення.

Багато членів ключових груп відчувають часткову вразливість до ВІЛ-інфекції та впливу ВІЛ, наприклад продають секс для придбання наркотиків або вживають алкоголь для боротьби зі стигматизацією чи насильством.

На ключові групи припадає близько 70 % нових випадків ВІЛ-інфекції в усьому світі. Стратегія Глобального фонду на 2023–2028 рр. закликає приділити особливу увагу ключовим групам населення в зусиллях щодо усунення прогалин в охопленні профілактикою та лікуванням ВІЛ.

3. ЗМЕНШЕННЯ СТИГМАТИЗАЦІЇ ТА ДИСКРИМІНАЦІЇ В МЕДИЧНИХ ТА ІНШИХ ЗАКЛАДАХ

Цивілізованого ставлення до представників ключових груп в ЗОЗ та інших закладах можна досягти, окрім впровадження інших не менш важливих заходів, шляхом інформування медичних працівників та допоміжного персоналу клінічних закладів, навчання законних прав, оцінці ризику інфікування ВІЛ, клінічним і психосоціальним потребам ключових груп населення, а також якісному наданню послуг, включаючи конфіденційність клієнта та добровільну інформовану згоду на тестування та лікування. Члени ключових груп населення повинні бути залучені як інструктори, щоб медичні працівники могли зрозуміти життєві обставини та досвід ключових груп населення. Мають функціонувати механізми зворотного зв'язку для користувачів послуг, які зазнають стигми чи дискримінації. Насильство включає фізичні, сексуальні, економічні та психологічні складові, а також структурні та інші порушення прав людини.

Юридична грамотність і доступ до правосуддя є частиною розширення прав і можливостей громади та містить підвищення обізнаності членів ключових груп населення щодо їхніх прав людини та прав відповідно до національних конституцій, національного та міжнародного законодавства. Підходи містять юридичну грамотність, освіту щодо законів і політики, які впливають на криміналізовані та ключові групи населення, а також залучення юристів або інших служб правової допомоги до програм інформаційної роботи. Постачальники послуг повинні мати можливість направляти жертв дискримінації або насильства до служб юридичної допомоги. Юристи також повинні бути навчені розуміти та підтримувати позови, пов'язані з ключовими групами населення.

4. СОЦІАЛЬНА СТИГМАТИЗАЦІЯ ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ

У суспільстві наявні безпідставні необґрунтовані побоювання стосовно ВІЛ-інфекції, негативне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та осуд щодо них. Люди з ключових груп стикаються з вираженою стигматизацією, зумовленою зокрема їх статевою орієнтацією, гендерною ідентичністю, вживанням наркотиків чи роботою, що пов'язана з наданням послуг сексуального характеру. Стигматизація лю-



дей, які живуть з ВІЛ або схильні до ризику інфікування ВІЛ, призводить до дискримінації їх у всіх сферах та верствах суспільства: від державних посадових осіб, співробітників поліції та медичних працівників до місцевих громад.

Наявна соціальна стигматизація та дискримінація перешкоджають зверненню людей до закладів охорони здоров'я. Це призводить до того, що ключові групи не отримують регулярної якісної медичної допомоги. Оскільки ризик інфікування ВІЛ у ключових групах населення високий, то для ранньої діагностики та скорішого початку лікування вирішальне значення має проведення періодичного тестування на ВІЛ у цих групах. Відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо тестування на ВІЛ, особи з груп високого ризику інфікування ВІЛ, особливо з ключових груп, мають проходити тестування як мінімум раз на 12 місяців [7].

Однак багато людей із ключових груп уникають тестування на ВІЛ через побоювання перед засудженням із боку медичних працівників або можливою відмовою в лікуванні чи наданні послуг [8].

Шляхи передачі ВІЛ, такі як спільне користування інструментарієм для ін'єкцій або незахищені статеві акти, були очевидні з перших днів епідемії, а інформування та освітні програми, присвячені тому, як уникнути інфікування зазначеними шляхами, є компонентами стратегій профілактики ВІЛ. Однак ключові групи стикаються зі значними перешкодами в отриманні медичних та соціальних послуг. Використовуються принижувальні терміни, що дегуманізує людей, які вживають наркотики. Посилюються стереотипи про них як про непередбачуваних та схильних до насильства людей, які не здатні діяти з власної волі [9].

Дослідження, проведені у 2004–2014 роках демонструють, що в лесбійок, геїв, бісексуалів та трансгендерних людей існують труднощі з доступом до послуг охорони здоров'я внаслідок гетеронормативних установок, що нав'язуються медичними працівниками [10].

Високий рівень стигматизації працівників секс-бізнесу негативно впливає на їхнє здоров'я додатково до ризиків для здоров'я від роботи, що пов'язана з наданням сексуальних послуг [11].

5. КРИМІНАЛІЗАЦІЯ КЛЮЧОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Стигматизація суспільством ключових груп населення, переважно працівників секс-бізнесу, людей, які вживають ін'єкційні наркотики, трансгендерних людей, геїв та інших чоловіків, які практикують статеві контакти з чоловіками, проявилася в багатьох країнах у прийнятті законів, що передбачають кримінальне переслідування проти членів цих груп.

Така криміналізація поширена у всьому світі. За даними організацій цивільного суспільства та наукових установ, одностатеві сексуальні стосунки вважаються злочином у 72 країнах, при цьому у 32 країнах зберігається страта за злочини, пов'язані з наркотиками, та більш ніж у 100 країнах передбачено покарання за деякі дії у сфері секс-бізнесу [12–14]. Дослідження показали, що криміналізація вживання наркотиків, покарання за наявність приладдя для вживання наркотиків, а також заборони чи обмеження на заходи з профілактики ВІЛ-інфекції, перешкоджає зусиллям, спрямованим на профілактику та лікування ВІЛ [15].

Ці негативні наслідки спричиняють обмеження доступу до програм обміну голочок та шприців, збільшення випадків спільного використання ін'єкційного інструментарію та зростання тягаря ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики [16].

Міжнародні, національні, громадські та приватні структури у всьому світі доводять, що покращення доступу до медичних послуг шляхом зниження стигматизації та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, мож-



ливе і необхідне для досягнення цілей «Політичної декларації Організації Об'єднаних Націй 2016 року про припинення епідемії СНІДу». Багато заходів виявилися ефективними, зокрема такі:

- розширення прав та можливостей окремих осіб і спільнот для розв'язання проблеми дискримінації;
- навчання та підтримка медичних працівників для подолання дискримінаційних установок і дій, зумовлених особистими переконаннями та практикою, прийнятою в закладі;
- відмова від дискримінаційних законів та політики;
- зміцнення нормативної бази боротьби з дискримінацією;
- гарантування підзвітності всіх учасників та забезпечення їхньої відповідальності за ліквідацію дискримінації [17].

З цього часу організації людей, які живуть із ВІЛ, співпрацюють із місцевими, національними та міжнародними організаціями з метою розширення їх можливостей та зміцнення взаємодії, розширення можливостей людей, які живуть з ВІЛ, підвищення поінформованості працівників охорони здоров'я та сприяння розробці стимулюючих законів, політики й програм, що скорочують дискримінацію та розширюють доступ до ключових послуг [18].

Відповідальність за стигматизацію, дискримінацію та насильство може бути покладена на співробітників поліції та правоохоронних органів, військовослужбовців, прикордонників та тюремних охоронців; працівників освіти та охорони здоров'я тощо.

Суспільство має продемонструвати консолідований підхід, що оцінює стигматизацію, дискримінацію та насильство як проблеми суспільної охорони здоров'я та галузі захисту прав людини й сприяє усуненню відповідних бар'єрів на шляху до отримання послуг. Хоча підхід має бути адаптований до конкретних умов, за замовчуванням він повинен містити підтримку таких заходів:

- посилення ролі правоохоронних органів у протидії дискримінації та відповідальності: регулярні освітні заходи з прав людини та законодавства, що стосуються ключових груп населення та ВІЛ, а також залучення співробітників поліції на місцевому рівні для підтримки програм, що впроваджуються, наприклад, адвокація відмови від переслідування аутич-працівників та клієнтів програм, призначення офіцерів для взаємодії з ключовими групами населення тощо;
- роз'яснювальна робота серед працівників сфери охорони здоров'я та іншого персоналу закладів охорони здоров'я з питань захисту прав, ризиків інфікування ВІЛ, клінічних та психосоціальних потреб ключових груп населення, а також питання шанобливого надання послуг, з наголосом на дотримання конфіденційності клієнтів та добровільну поінформовану згоду на лікування; мають бути передбачені механізми зворотного зв'язку для тих, хто отримує послуги та стикається з дискримінацією чи іншими порушеннями прав; в умовах, несприятливих ключовим групам населення, слід приділяти більшу увагу тому, як послуги рекламуються та маркуються зовні та всередині закладів охорони здоров'я;
- підвищення потенціалу та ефективності представників ключових груп населення. Сюди входить підвищення поінформованості представників ключових груп населення про свої людські та цивільні права відповідно до Конституції та законів. Заходи містять підвищення правової грамотності, а також інтеграцію юристів спільнот або інших служб юридичної допомоги в програми аутич-роботи. Постачальники послуг також повинні мати можливість перенаправляти жертв дискримінації чи насильства для отримання юридичної допомоги, де це можливо [19].



6. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Соціально значущі захворювання – загальна назва інфекційних та неінфекційних груп захворювань, що мають розвиток переважно через соціальні фактори (*безпритульність, злидні, війни, зростання переміщення населення, доступність психоактивних речовин тощо*) і є загрозою для значної кількості осіб, при цьому хворі потребують соціального захисту. На запобігання, лікування (*інколи багаторічне*), реабілітаційні заходи, спричинені більшістю із зазначених захворювань, мають бути витрачені значні кошти.

Велика нозологічна група, сформована з огляду на причини, що їх викликають, – це соціально значущі інфекційні захворювання (СЗІЗ), до яких відносять, серед інших, туберкульоз, деякі з ІПСШ (*сифіліс і гонорея*), вірусні гепатити В та С, ВІЛ/СНІД, що спричиняють тяжкі наслідки, навіть смерть пацієнтів. Досить часто зазначені хвороби мають прихований перебіг.

Основні ознаки соціально значущих інфекційних захворювань: інфекційна небезпека для оточуючих; обмеження повноцінного функціонування хворого в суспільстві; високий рівень поширеності епідемічного процесу; значні темпи щорічного приросту кількості хворих; ураження сексуально активних осіб; існування засобів профілактики та зупинення розвитку хвороби на початковій стадії.

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ.

Скорочення «ВІЛ» означає вірус імунodefіциту людини. Це збудник захворювання, який потрапляє ззовні в організм людини та руйнує або порушує діяльність клітин імунної (*захисної*) системи.

ВІЛ передається при потрапленні рідини (*яка вже містить у собі ВІЛ*) однієї людини на слизову оболонку або ушкоджену шкіру іншої людини та присутній в достатній для інфікування кількості в біологічних рідинах організму: кров, сперма, вагінальні виділення та грудне молоко.

При інфікуванні ВІЛ в більшості випадків люди не спостерігають жодних симптомів, але самі стають заразними та можуть передавати вірус іншим людям. Визначити наявність ВІЛ-інфекції можна за допомогою спеціального тесту на ВІЛ.

Абревіатура СНІД означає «синдром набутого імунodefіциту», тобто кілька симптомів (*проявів*) та інших інфекцій, що виявляються при набутому браку функції імунної системи.

Термін «СНІД» застосовують на останніх стадіях розвитку ВІЛ-інфекції. В більшості людей, які заразилися ВІЛ та не лікуються, прояви СНІДу з'являються через 8–10 років.

Сьогодні вживання призначеної лікарем антиретровірусної терапії (АРТ) дозволяє запобігти переходу в стадію СНІДу, знижуючи вірусне навантаження на інфікований організм.

Центр з контролю та профілактики захворювань США (*Centers for Disease Control and Prevention of the United States*) діагностує СНІД, якщо кількість CD4-позитивних Т-клітин у 1 мілілітрі крові виявляється меншою за 200.



Статистичні дані стосовно ВІЛ та СНІДу

Дані статистики свідчать, що частіше інфікування відбувається при проникаючому (*анальному, вагінальному, оральному*) сексі, користуванні одним зараженим шприцом при вживанні ін'єкційних наркотиків, переливанні крові, а також від матері до дитини при вагітності, пологах та грудному вигодовуванні.

ВІЛ продовжує залишатися серйозною глобальною проблемою охорони здоров'я, забравши 40,1 мільйона [33,6–48,6 мільйона] життів. Кожного дня реєструється близько 5 тисяч людей, у яких виявлено ВІЛ. У 2021 році 650 000 [510 000–860 000] людей померли від причин, пов'язаних з ВІЛ, і 1,5 мільйона [1,1–2,0 мільйона] людей заразилися ВІЛ. Станом на кінець 2021 року на нашій планеті налічувалося 38,4 мільйона [33,9–43,8 мільйона] людей, які живуть з ВІЛ (за даними ЮНЕЙДС).

Порушення прав людей, які живуть з ВІЛ, на отримання вчасно та повною мірою АРТ призводить до продовження стрімкого розповсюдження інфекції. Представникам ключових груп також має бути наданий доступ до регулярного безперешкодного тестування на ВІЛ-інфекцію.

ТУБЕРКУЛЬОЗ.

Збудником є *Mycobacterium tuberculosis* – нерухома аеробна кислотостійка бактерія. Джерелом інфікування є хвора людина. Механізм передачі – повітряно-крапельний. Сприятливим контингентом є люди зі зниженою імунною відповіддю та при контакті з хворим на активний туберкульоз. ТБ є захворюванням, яке впродовж тривалого часу займає місце серед 10 найрозповсюдженіших причин смерті у світі, а також є світовим лідером серед причин смерті інфекційного генезу, що спричинені одним інфекційним агентом (*частота смерті від ТБ є вищою, ніж від ВІЛ/СНІДу*). Найчастіше він вражає працездатне населення, при цьому чоловіки хворіють частіше, ніж жінки. Відомо, що лише 5 – 15,0 % людей, інфікованих мікобактерією ТБ, далі хворіють на ТБ, проте особливу групу ризику становлять особи з ураженнями імунної системи, насамперед люди, які живуть з ВІЛ. Вважають, що ризик розвитку активного ТБ для ЛЖВ є у 20–30 разів вищим, ніж для людей із ВІЛ-негативними статусом.

За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України [21], у січні 2023 року в Україні зареєстровано:

- 1 821 випадок туберкульозу;
- 1 351 новий випадок захворювання;
- 353 пацієнти з рецидивом;
- 43 пацієнти, які відновили лікування після перерви;
- 46 пацієнтів, які розпочали повторне лікування після невдалого;
- 15 інших випадків;
- 13 пацієнтів із невідомою історією попереднього лікування;
- у 2 пацієнтів також діагностовано COVID–19.

Загалом в Україні у січні 2023 року від туберкульозу лікувалася 11551 людина.



ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ В ТА С.

Вірусні гепатити В (ВГВ) та С (ВГС) при потрапленні до організму людини спричиняють важке захворювання печінки. Сприятливий контингент – особи, які вживають ін'єкційні наркотики, реципієнти крові, хворі, які перенесли оперативні втручання, медичний персонал, який займається діагностичними та лікувальними інвазивними методиками. Внутрішньовенне вживання наркотиків є головним фактором передачі ВГВ та ВГС. Третина серед тих, у кого визначено ВГВ та ВГС, є представниками ключових груп. Інші заражені – дорослі люди, яких було інфіковано під час переливання неперевіреної крові до кінця першої половини вісімдесятих років минулого сторіччя.

За оціночними даними в Україні мешкає близько 1,3 млн осіб із вірусним гепатитом С, що становить 3,6 % загального населення та 0,6 млн людей з вірусним гепатитом В, тобто близько 1,5 % загального населення. Водночас під медичним наглядом станом на кінець 2020 року перебувало близько 90 тис. осіб із діагнозом вірусний гепатит С та близько 18,5 тис. із діагнозом вірусний гепатит В. Щорічно в Україні проводять більше мільйона тестувань на вірусний гепатит В та майже мільйон на вірусний гепатит С. Частота виявлення маркерів ВГВ та ВГС серед ВІЛ-інфікованих вагітних в Україні становить 35,3 % та 45,8 % відповідно, а серед загальної популяції – 1,3 % з маркерами вірусного гепатиту В та 4 % з маркерами гепатиту С.

ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ.

За оцінками експертів ВООЗ, у світі щорічно 357 млн людей віком 15–49 років інфікуються чотирма збудниками, що передаються статевим шляхом, які є виліковними: хламідіозу (131 млн), гонореї (78 млн), сифілісу (6 млн) та трихомоніазу (142 млн).

ІПСШ – сифіліс, трихомоніаз, уrogenітальний кандидоз, хламідіоз – часто асоціюють із ВІЛ-інфекцією. Це значно збільшує ризик інфікування ВІЛ. Тому ІПСШ називають ко-факторами ВІЛ-інфекції. Найбільш надійний спосіб уникнути передачі ІПСШ – утриматися від орального, вагінального та анального сексу або перебувати в довгострокових, взаємно моногамних стосунках із партнером, про якого відомо, що він не заражений.

7. ЗАЛЕЖНОСТІ ЛЮДИНИ ТА ПРИЧИНИ ЇХНЬОГО ФОРМУВАННЯ

Історично склалося, що слово «залежність» має в лексиконі негативне забарвлення. При згадуванні залежностей у свідомості часто виникають не дуже приємні асоціації. Більш формальною назвою залежностей є науковий термін «адикції», що походить від латинського *addictus* – сліпо відданий, захоплений, пристрасний. Тобто нав'язливе, непереборно сильне бажання певних дій, що призводять до отримання певного психічного стану, найчастіше відчуття задоволення, розслаблення.

Залежно від типу потягу виділяють:

- хімічну адикцію – фізичну залежність від певної хімічної речовини (*нікотин, алкоголь, наркотики, деякі продукти харчування тощо*);
- поведінкову адикцію – психологічну або емоційну залежність від розваг та азартних ігор (*гемблінг*).

Описано сексуальну адикцію, адикцію стосунків і адикцію до інтернету.



Непереборний потяг формує адиктивну поведінку людини, що проявляється в нав'язливих спробах реалізувати бажання змінити стан своєї свідомості та сховатися від реального життя. В цьому є схожість механізмів формування хімічної та поведінкових залежностей.

Слід пам'ятати, що залежності можуть розвинути в людей різного соціального статусу, віку, статі.

Залежності можуть, під впливом різних чинників, переходити з однієї в іншу. Наприклад, позбувшись від алкогольної залежності людина починає «ховатися» в азартних іграх.

Деякі з груп причин, які можуть сприяти розвитку залежності:

- генетична складова;
- психологічні особливості;
- прагнення до самореалізації та самоствердження;
- соціальні дисфункції.

Адикція може бути майже від всього, що оточує людину, але етапи формування залежності схожі:

1. Хімічна речовина або особливе емоційне потрясіння суттєво впливає на людину.
2. Клітини головного мозку занадто збуджуються, нейромедіаторів (*біологічно активних хімічних речовин, за участю яких відбувається передача електричного імпульсу між нервовими клітинами*) утворюється більше, ніж звичайно. Це і є підґрунтям для приємних відчуттів: задоволення, радості, навіть ейфорії.
3. Через певний час відбувається виснаження клітин та відчувається дефіцит нейромедіаторів, їх не вистачає для отримання бажаного задоволення.
4. Для усунення дискомфорту людина має отримати чергову порцію збуджуючої речовини або вжити певні поведінкові «заходи».
5. Саме на цьому етапі починає формуватися залежність.

Основні ознаки розвитку залежності:

- неконтрольований потяг до отримання певного виду задоволення;
- відчуття дискомфорту (*фізичного, психічного*), якщо неможливо задовольнити потяг;
- посилення й поглиблення залежності з часом;
- формування небезпечних для здоров'я та життя людини наслідків – хімічна залежність, порушення типової поведінкової моделі.

Можна передбачити фінал для будь-якої залежності: психологічне та фізичне виснаження, порушення соціальних зв'язків.

Один із найнебезпечніших різновидів залежності спричиняється споживанням героїну та його похідних. Швидко виникає стійке звикання з тривалою фізично відчутною абстиненцією (*ломкою*), руйнівним впливом на психіку та тіло людини. Особливо небезпечне передозування: пригнічується дихальний центр, однією з основних небезпек при передозуванні героїну є зупинка дихання (*апноє*).



Співзалежність. Ще однією важливою складовою адикцій є співзалежність. Важливо розуміти, що це не спільне вживання хімічних речовин або прийняття особливих видів поведінки, а соціально-психологічний стан, при якому поруч з людиною, яка є залежною, потерпають і страждають близькі люди. Іноді відчуття емпатії (*співпереживання*) залежні люди можуть егоїстично використовувати для отримання додаткового задоволення. Медико-психосоціальна допомога буває потрібна не лише залежним людям, а також і співзалежним.

Залежність може бути вилікувана за умови своєчасного звернення до фахівців. Не треба чекати точки неповернення!

8. ЗАМІСНА ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ

В Україні діє законодавство стосовно обігу наркотиків, що було створене, спираючись на міжнародні документи:

- Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин (*набула чинності для України 27.11.1991 року*);
- Конвенція про психотропні речовини, Віденська конвенція 1971 року;
- Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 року з поправками, внесеними до неї згідно з Протоколом про поправки до Єдиної конвенції про наркотичні речовини 1961 року;
- Протокол, що розповсюджує міжнародний контроль на лікарські речовини, які не підпадають під дію Конвенції від 13 липня 1931 року про обмеження виробництва та регулювання розподілу наркотичних засобів (*від 1948 року*).

ПОКАЗАННЯМИ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ ЗПТ є встановлений діагноз залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10 за наявності нижчезазначених критеріїв: вік пацієнта більше ніж 18 років, письмове звернення хворого щодо початку ЗПТ, заповнення хворим форми первинної облікової документації № 129-1/о «Інформована згода на участь у замісній підтримувальній терапії із застосуванням препарату __». Включення до ЗПТ пацієнтів віком менше 18 років проводиться на письмове звернення їхніх батьків або законних представників у разі усвідомленої інформованої згоди таких осіб та наявності хоча б одного з таких станів:

- ВІЛ-інфекція;
- туберкульоз, особливо у випадках його примусового лікування, передбачених статтею 11 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз»;
- вагітність;
- гепатити В, С;
- септичні стани;
- онкологічні захворювання.



Наявність у пацієнта, який відповідає наведеним критеріям, хоча б одного із зазначених вище станів є підставою для позачергового призначення ЗПТ згідно з Наказом МОЗ України від 27.03.2012 року № 200 [22].

Для підвищення ефективності ЗПТ разом із медикаментозним лікуванням надається психосоціальна підтримка, яка містить: оцінку психологічних та соціальних потреб, підтримуюче консультування, залучення підтримки з боку близького оточення, направлення до соціальних служб [23].

Станом на 01 лютого 2023 року, за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України [24], 20063 клієнти ЗПТ отримували лікування таблетованими препаратами бупренорфіну гідрохлорид та метадону гідрохлорид в комунальних закладах охорони здоров'я.

З них:

- 4536 осіб за кошти міжнародних донорів (ГФ, PEPFAR);
- 117 осіб за кошти пацієнта;
- 241 особа за кошти місцевого бюджету м. Києва;
- 15170 осіб за кошти державного бюджету України.

Серед зазначених пацієнтів 17199 чоловіків, 2865 жінок.

Із них 1879 осіб отримували препарати щоденно під наглядом медичного персоналу, 16453 пацієнти отримували препарати із ЗОЗ для самостійного прийому, 1607 – стаціонар вдома, 125 – видача за рецептом.

За препаратами пацієнти, які отримували ЗПТ станом на 01 лютого 2023 року в комунальних закладах охорони здоров'я, розподілилися таким чином: бупренорфіну гідрохлорид отримували 2384 осіб, метадону гідрохлорид отримували 17679 осіб.

Станом на 01 лютого 2023 року, за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України, кількість клієнтів ЗПТ, які отримували лікування таблетованими препаратами бупренорфіну гідрохлорид та метадону гідрохлорид у приватних закладах охорони здоров'я становила 8960 осіб. З них 8063 пацієнтів отримували метадону гідрохлорид та 897 пацієнтів – бупренорфіну гідрохлорид.

З них 8960 осіб – за кошти пацієнтів.

Серед зазначених пацієнтів 7984 чоловіки, 976 жінок.

З них 135 осіб отримували препарати щоденно під наглядом медичного персоналу, 4565 пацієнти отримували препарати з клінік для самостійного прийому, 2640 – стаціонар вдома, 1620 – видача за рецептом.



СОЦІАЛЬНА СКЛАДОВА МЕДИКО-ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ

Основною метою психосоціального супроводу клієнтів є:

- ресоціалізація, у тому числі допомога в оформленні або поновленні втрачених документів;
- допомога в працевлаштуванні;
- відновлення сімейних стосунків;
- юридична допомога;
- консультації психолога.

МПСС – це сучасна гнучка технологія, в якій один етап надання допомоги поступово змінює інший. Суть МПСС полягає в тому, що фахівець із супроводу допомагає клієнту розібратися в ситуації, що склалася, визначити пріоритетні проблеми, наявні способи їх розв'язання та отримати конкретні послуги. Як правило, в представників ключових груп існує цілий комплекс проблем побутового, медичного, юридичного, соціального та психологічного характеру. При цьому проблеми, безпосередньо пов'язані зі збереженням права на недискримінаційне ставлення, часто не є пріоритетними – їх випереджають базові потреби іншого рівня. Саме тому для обговорення питань профілактики дискримінації та зміни поведінки необхідно спочатку створити ситуацію, що буде сприятливою до спілкування. Клієнти мають отримати допомогу у розв'язанні найактуальніших для них проблем, і згодом у соціального працівника з'являється можливість обговорити з ними питання щодо запобігання дискримінації.

9. ГЕНДЕРНО ЧУТЛИВИЙ ПІДХІД У НАДАННІ ПОСЛУГ ПАЦІЄНТАМ ТА ПАЦІЄНКАМ ПРОГРАМ ЗМЕНШЕННЯ ШКОДИ, ЗОКРЕМА УЧАСНИКАМ ТА УЧАСНИЦЯМ ПРОГРАМ ЗПТ

Стать – це біологічна категорія, яка ґрунтується, перш за все, на репродуктивному потенціалі, що обумовлений анатомічними та функціональними проявами генної спадковості, засвоюється особистістю під впливом середовища та формує умовні моделі чоловічості та жіночності як правило до трирічного віку життя.

Характеристики біологічної статі однакові у різних культурах, тоді як ознаки гендеру можуть відрізнятися (**таблиця 1**).

Гендер – це соціальні прояви біологічної статі, відігравання певних культуральних та родинних функцій, можливості людей проявити себе в суспільстві (громадська та професійна діяльність тощо).

Слово «гендер» походить від грецького γένος та перекладається як «рід». Професор медичної школи та клініки університету Каліфорнії Роберт Столлер у 1963 році вперше визначив гендерну ідентичність притаманним людині особистим уявленням про себе як чоловіка або жінку. Уявлення про чоловічість і жіночість та пов'язані з ними дії не є незмінними, вони не однозначно призначені природою, а мають соціальне походження.



ТАБЛИЦЯ 1. ПОРІВНЯЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕРМІНІВ «СТАТЬ» І «ГЕНДЕР»

СТАТЬ	ГЕНДЕР
Біологічна належність до жінок або чоловіків	Прояви чоловічої та жіночої соціальної ідентичності
Ґрунтується на генетичних рисах, морфологічних і фізіологічних особливостях, що успадковуються від батьків, проявляються під час вагітності та розвиваються після народження	Формується за допомогою соціальних інститутів суспільства, передається між поколіннями за участі системи культуральних цінностей
Первинні та вторинні статеві ознаки, що на все життя притаманні жінкам та чоловікам	Гендерна належність людини здатна змінюватися та визначається її внутрішнім відчуттям себе жінкою, чоловіком, кимось ще
Фізіологічні прояви генетично детерміновані	Гендерне проявлення – це спосіб, за допомогою якого людина показує свою гендерну ідентичність через поведінку, одяг, зачіску, голос або характеристики тіла

Що означає поняття «трансгендер»? Трансгендер – це узагальнювальний термін для осіб, чий вираження особистості або поведінка не збігаються зі статтю, приписаною їй при народженні.

Ставлення до трансгендерів у соціумі, культурі, академічних та наукових колах змінюється у зв'язку з підвищенням поінформованості, відкритості та доступності інформації про трансгендерів та нормальність їхнього життя.

Приклади, коли люди не ототожнюють себе зі своєю біологічною статтю:

- **транссексуали** – люди, які впевнено ідентифікують себе зі статтю, що є протилежною їхній біологічній, та прагнуть привести свою біологічну й паспортну стать у відповідність із гендерним самовідчуттям;
- **трансвестити** – грають роль протилежної статі, носять одяг, відповідний іншій статі;
- **гендерквіри** – люди, які мають особливе від інших розуміння бінарної гендерної ідентичності;
- **бігендери** – люди, які змінюють гендерну самоідентифікацію залежно від зовнішніх факторів;
- **агендери** – люди, які не відносять себе до жодного гендеру.

Трансгендер – це не психічний розлад! Деякі психологічні стани науковці вважають психічними розладами лише в тому випадку, якщо вони є причиною страждань чи непрацездатності. Більшість трансгендерів не зазначають, що їхній гендер завдає їм страждань або є причиною непрацездатності, а це підтверджує, що ідентифікація себе як трансгендера не є психічним розладом.



СТЕРЕОТИПИ НАВКОЛО ГЕНДЕРУ

Навколо теми гендеру досі існують певні стереотипи (від давньогрецької *στερεός* – твердий, об'ємний і *τύπος* – відбиток), тобто усталені забобонні шаблони мислення, які не стосуються реальності). Стереотипи, що існують навколо теми гендерів, можна поєднати в кілька категорій [27]:

- 1) Стереотипи фемінності та маскулінності є типовими для певних соціальних та культуральних груп уявленнями про морфофункціональні, психічні, поведінкові прерогативи, які мають бути притаманні чоловікам та жінкам. Суттєва питома вага в сукупній привабливості людини належить ступеню відповідності зовнішності домінантним у популяції стандартам краси.
- 2) Стереотипи професійного вибору чоловіків і жінок: вважають, що жінки мають обирати виконавчі та обслуговуючі види робіт; а чоловіки – керівні та організаторські. Гендерні стереотипи у сфері праці впливають на однакові можливості професійного зростання та оплати праці незалежно від гендеру.
- 3) Стереотипи розподілу домашніх та професійних соціальних функцій з огляду на гендерну належність. Ця група віддзеркалює хибні уявлення про соціальний розподіл: для чоловіків пріоритет – професійні функції, для жінок – родинні та домашні. Чоловік має будувати кар'єру, жінка – вийти заміж, народити дітей, опікуватися домашнім господарством.

Робота з представниками ключових груп має проводитися з урахуванням вимог гендерно чутливого підходу, що в сучасному світі є одним із пріоритетних для суспільства. Гендерно чутливий підхід означає рівні можливості для жінок і чоловіків в отриманні якісних та в повному обсязі профілактичних послуг із запобіганням проявам гендерної дискримінації та сексизму.

Під гендерною дискримінацією розуміється будь-яке розрізнення, відмінність, виключення, обмеження за ознакою статі, що зменшує можливості рівної реалізації прав. Сексизм – це практика дискримінації людей за ознакою статі, що базується на традиційних гендерних стереотипах, які формують монополарну гендерну систему.

Дискримінація за ознакою статі – ситуація, за якої особа та/або група осіб за ознаками статі, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними, зазнає обмежень у визнанні, реалізації або користуванні правами та свободами або привілеями в будь-якій формі, встановленій Законом України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», крім випадків, коли такі обмеження або привілеї мають правомірну об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними. Дискримінація за гендерною ознакою забороняється багатьма нормативними документами у сфері прав людини.

Гендерна рівність забезпечується низкою загальновизнаних світом документів:

- Загальна декларація прав людини (прийнята у 1948 році);
- Міжнародний пакт Організації об'єднаних націй про громадянські і політичні права (прийнята у 1973 році);
- Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (прийнятий Генеральною асамблеєю ООН у 1966 році);
- Конвенція Організації об'єднаних націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (прийнята у 1979 році);



- Пекінська декларація (прийнята на четвертій Всесвітній конференції зі становища жінок у 1995 році);
- Європейська хартія рівності жінок і чоловіків у житті місцевих громад (укладена Радою Європейських муніципалітетів та регіонів в рамках 5-ї Програми дій Співтовариства із забезпечення гендерної рівності у 2006 році);
- Європейська соціальна хартія (2006 року);
- Цілі сталого розвитку (Глобальні цілі) на період 2015–2030 років (ухвалені на Саміті ООН зі сталого розвитку у 2015 році) та ін.

Національний рівень правового забезпечення гендерної рівності в Україні гарантують:

- Конституція України, яка у ст. 3 закріплює рівність жінок та чоловіків у всіх сферах життя, а у ст. 24 проголошує, що «громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом», тобто рівність у реалізації прав жінок і чоловіків забезпечується наданням жінкам рівних із чоловіками можливостей у культурній діяльності, освіті, у праці та винагороді;
- Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» визначає основні напрями державної гендерної політики, завдяки чому Україна почала формувати та впроваджувати національний механізм забезпечення гендерної рівності;
- Закон України «Про засади запобігання та протидію дискримінації в Україні» забезпечує принцип недискримінації в законодавстві України, встановлює заборону дискримінації;
- Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» врегульовує механізм реагування на випадки домашнього насильства;
- Кримінальний кодекс України, ст. 126–1 «Домашнє насильство», за якою передбачено покарання у вигляді позбавлення волі строком до 2 років.

Головний принцип гендерно чутливого підходу – надання різних за кількістю та якістю послуг жінкам і чоловікам, коли потреби відрізняються, та однакових – коли співпадають. Надавачі гендерно чутливих послуг орієнтуються на те, що чоловіки й жінки можуть мати різні проблеми, які обумовлені соціальним статусом та гендером клієнтів.

В роботі з представниками ключових груп рекомендується використовувати слова у жіночій формі (фемінітиви) – слова альтернативні або аналогічні парні словам чоловічого роду (маскулінітиви), від яких вони утворюються суфіксально. Це може бути позначення професії або роду занять, наприклад, якщо мова йде про жінку. Це важливо для запобігання нерівності між представниками різних статей, применшення значущості жінок.



10. ЕТИЧНІ ТА НОРМАТИВНІ ЗАСАДИ РОБОТИ ЛІКАРЯ

Клятва лікаря

Набувши професії лікаря та усвідомивши важливість обов'язків, що покладаються на мене, у присутності моїх учителів і колег урочисто клянусь:

- усі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, надавати медичну допомогу всім, хто її потребує;
- незмінно керуватися у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі, бути безкорисливим і чуйним до хворих, визнавати свої помилки, гідно продовжувати благородні традиції світової медицини;
- зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині;
- додержувати правил професійної етики, не приховувати правди, якщо це не зашкодить хворому;
- постійно поглиблювати і вдосконалювати свої знання та вміння, у разі необхідності звертатися за допомогою до колег і самому ніколи їм у цьому не відмовляти, бути справедливим до колег;
- власним прикладом сприяти вихованню фізично і морально здорового покоління, утверджувати високі ідеали милосердя, любові, злагоди і взаємоповаги між людьми.

Вірність цій Клятві присягаю пронести через усе своє життя.

Етичний Кодекс лікаря України містить багато важливих положень, зокрема:

1. Лікар повинен надавати медичну допомогу за спеціальністю хворим незалежно від віку, статі, раси, національності, віросповідання, соціального стану, політичних поглядів, місця проживання, громадянства та інших немедичних ознак, включаючи матеріальне положення.
2. Лікар несе відповідальність за якість і гуманність медичної допомоги, яка надається пацієнтам, та будь-яких інших професійних дій щодо втручання в життя та здоров'я людини. У своїй роботі він зобов'язаний дотримуватись Конституції та інших законів України, чинних нормативних документів стосовно лікарської практики, з урахуванням особливостей захворювання, використовувати методи профілактики, діагностики та лікування, які вважає найбільш ефективними в кожному конкретному випадку, виходячи з інтересів хворого. У разі необхідності лікар зобов'язаний звернутися за допомогою до своїх колег.
3. За винятком випадків невідкладної допомоги, лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо впевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має у своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей та в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України. У цій ситуації лікар повинен вжити всіх заходів щодо інформування про це хворого та надати йому відповідні рекомендації.
4. Лікар повинен поважати честь і гідність пацієнта, його право на невтручання в особисте життя, ставитися до нього доброзичливо, з розумінням сприймати занепокоєння рідних і близьких станом хворого. Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Лікар, як й інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.



СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 A (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року.
URL.: (https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_015#Text).
2. Нове глобальне зобов'язання покінчити з нерівністю, з якою стикаються спільноти та люди, яких торкнувся ВІЛ, для припинення епідемії СНІДу. Нью-Йорк, 8 червня 2021 р. Прес-реліз. URL.: https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/pressreleaseandstatementsarchive/2021/june/20210608_hlm-opens.
3. AIDS and sexually transmitted diseases. Vulnerable groups and key populations at increased risk of HIV.
URL.: <https://www.emro.who.int/asd/health-topics/vulnerable-groups-and-key-populations-at-increased-risk-of-hiv.html>.
4. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030.
URL.: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids
5. Technical brief on HIV and key populations Programming at scale with sex workers, men who have sex with men, transgender people, people who inject drugs, and people in prison and other closed settings. Geneva, Switzerland. 2019. P. 37.
6. Статистичний довідник з ВІЛ/СНІДу Центру громадського здоров'я МОЗ України.
URL.: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/statistika-z-vilsnidu/statistichni-dovidki-pro-vilsnid>
7. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.
8. Ti L, Hayashi K, Kaplan K, Suwannanwong P, Wood E, Montaner J et al. HIV test avoidance among people who inject drugs in Thailand. AIDS Behav. 2013;17(7):2474–8.
9. Drug user peace initiative: stigmatising people who use drugs. London: International Network of People Who Use Drugs; 2014.
URL.: https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/Civil/INPUD/DUPI-Stigmatising_People_who_Use_Drugs-Web.pdf, accessed 6 April 2016.
10. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJ, Belém JM, dos Santos Figuerido FW et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2016;16:2.
11. Benoit C, McCarthy B, Jansson M. Stigma, sex work, and substance use: a comparative analysis. Sociol Health Illn. 2015;37(3):437–51.
12. Overs, C. Sex work law map. In: Institute for Development Studies [website]. London, 2017.
URL.: <http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw/about-map> accessed 20 September 2017.
13. Carroll A, Mendos LR. State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition. Brussels: International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Association (ILGA); 2017.
14. Death Penalty Project. In: Harm Reduction International [website].
URL.: <https://www.hri.global/death-penalty-project>, accessed 14 September 2017.



15. Україна. Тіньовий звіт з профілактики ВІЛ за 2019 ік. URL.: https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2019/11/5014-Ukraine_shadow-report-4pp-A4_V8.pdf.
16. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4:e357–74.
17. Борьба с дискриминацией. ЮНЭЙДС. – 2017. 68 с.
18. Greater involvement of people living with HIV (GIPA). Good practice guide. International HIV/AIDS Alliance, Global Network of People Living with HIV; 2010.
URL.: [http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-\(GIPA\)_original.pdf?1405586730](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-(GIPA)_original.pdf?1405586730).
19. Технічна записка по ВІЛ та ключових групах населення. Розширення охоплення програм для секс-працівників, чоловіків, які практикують секс з чоловіками, трансгендерних людей, людей, які вживають ін'єкційні наркотики, людей, які перебувають в тюрмах та інших зачинених закладах. Женева, 2019. – 45 с.
20. Статистика Центру громадського здоров'я МОЗ України з ВІЛ-інфекції.
URL.: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid>
21. Статистика Центру громадського здоров'я МОЗ України з туберкульозу.
URL.: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz>
22. Наказ МОЗ України від 27.03.2012 року № 200 із змінами і доповненнями, внесеними наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2013 року № 238.
23. Наказ МОЗ від 09.11.2020 року №2555 Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів».
24. Статистика Центру громадського здоров'я МОЗ України з замісної підтримувальної терапії.
URL.: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>
25. Гендер и снижение вреда. Основы / М. Варбан, Л. Шульга, К. Яременко – К.: МБФ «Альянс общественного здоровья», 2015. – 32 с.
26. Реализация гендерных подходов в программах ЗПТ / Тренінговий модуль Реализация гендерных подходов в программах ЗПТ. Киев, 2017.
27. Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням гендерно чутливого підходу: Навч. посіб. / Ярошенко А.О., Варбан М.Ю., Шульга Л.О. та ін.; за заг. ред. Ярошенко А.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 112 с.
28. Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків».
URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2866-15#Text>.
29. Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні».
URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5207-17#Text>.
30. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини).
URL.: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text.
31. Конституція України.
URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>.
32. А. Азаров та ін. Стандарти діалогу: визначення і принципи. Інститут миру і порозуміння. Київ, 2018. – 12с.



ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ

ЗАПОБІГАННЯ ДИСКРИМІНАЦІЇ КЛЮЧОВИХ ГРУП (З ОСОБЛИВИМ АКЦЕНТОМ НА ПАЦІЄНТІВ ЗПТ) МЕДИЧНИМ ПЕРСОНАЛОМ ШЛЯХОМ РЕАЛІЗАЦІЇ ПІДХОДУ ДІАЛОГУ «КЛІЄНТ – ЛІКАР»

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Автор: **Костянтин Талалаєв**

При участі **Леоніда Власенка** та **Галини Корнієнко**

Ідея та редакція: **Мирослава Андрущенко**

Верстка: **Ірина Сухомлинова**

Літредакція і коректура: **Ольга Плевако**

НАЦІОНАЛЬНА ГАРЯЧА ЛІНІЯ З ПИТАНЬ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ ТА ЗПТ

0 800 50 77 27

НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕЛЕФОН ДОВІРИ З ПРОБЛЕМ ВІЛ/СНІДУ

0 800 50 04 51

(ЦІЛОДОБОВО ТА БЕЗКОШТОВНО)



Альянс
громадського здоров'я

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Вул. Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, Україна 01601

Тел.: (050) 403 23 38

e-mail: office@aph.org.ua

www.facebook.com/alliancepublichealth

WWW.APH.ORG.UA



Альянс
громадського здоров'я

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Вул. Бульварно-Кудрявська, 24, Київ, Україна 01601

Тел.: (050) 403 23 38

e-mail: office@aph.org.ua

www.facebook.com/alliancepublichealth

WWW.APH.ORG.UA