

ТЕМА:
**«МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ,
ДРУЖНІ ДО ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ»**

30 жовтня 2019 року

Автор і ведуча: Мешкова О.М.

Доцент Навчально-наукового центру – Українського тренінгового центру сімейної медицини НМУ імені О.О. Богомольця, канд. мед. н., лікар – педіатр вищої категорії, Заслужений лікар України



➤ Ризикова поведінка підлітків.

➤ Адикції.

➤ ВІЛ-інфекція та підлітки.

➤ Мета, завдання, принципи та порядок проведення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Мотиваційне інтерв'ювання Принцип конфіденційності під час ДКТ



Мета навчання полягає:

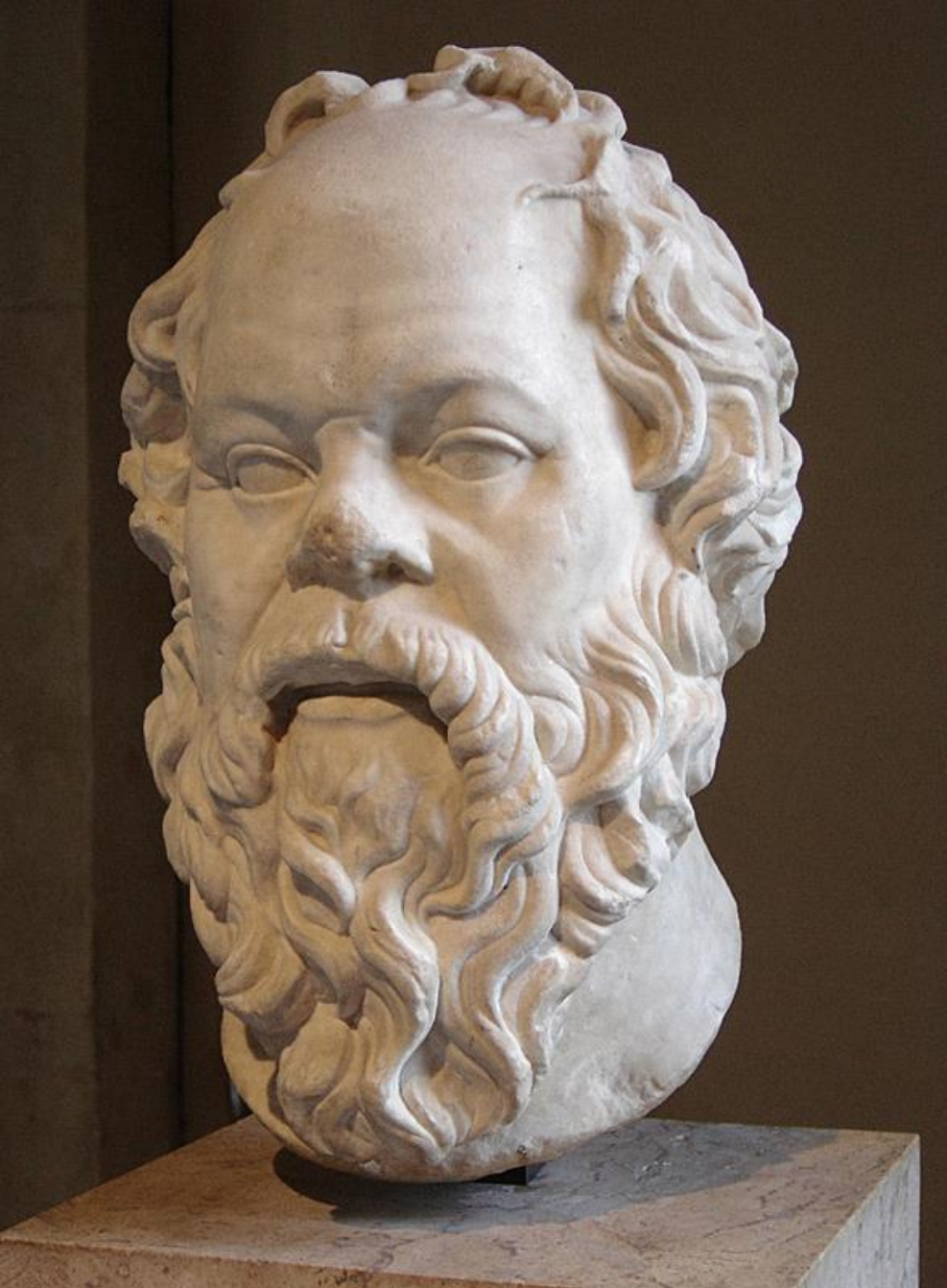
- **В ознайомленні:**
 - з визначенням ризикової поведінки;
 - адикціями: причини виникнення, прояви
 - з особливостями перебігу ВІЛ-інфекції у підлітків
 - з основними параметрами проведення процесу консультування та тестування на ВІЛ підлітків;
- **У набутті** професійних умінь і навичок, необхідних консультантові в практичній діяльності;



Молодь сьогодні

" Діти тепер люблять розкіш; вони мають погані манери, зневагу до власної волі; вони демонструють неповагу до старших і люблять балаканини на місці занять спортом. Діти тепер тирані, а не слуги їхніх домогосподарств. Вони більше не встають, коли старші заходять до кімнати. Вони суперечать своїм батькам, балакають перед компанією, гуляють по столу, схрещують ноги і тиранізують своїх вчителів "

Кому належить цей вислів?



Сократ,
Грецький філософ
469-399 до Христа



Ризикова поведінка – це звички та стереотипи поведінки, які збільшують ризик інфікування ВІЛ, ІПСШ, а також можливість не планованої вагітності

Уразливість - це ступень неможливості окремої особи або суспільства в цілому, контролювати ризик отримання ВІЛ-інфекції та відсутність вибору безпечної моделі поведінки, що призводить до ризику зараження ВІЛ



Чому ПГР у центрі уваги?

- У всьому світі ПГР є найбільш уразливими до інфікування ВІЛ.

Ситуація в Україні – не виключення!

- У ПГР такі ж права, як і у інших підлітків, які все ще є дітьми (неповнолітніми).

Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права дитини!

- ПГР відіграють ключову роль у глобальних зобов'язаннях щодо боротьби з ВІЛ/СНІД.

Україна звітує ССГАООН!

- Глобальні рекомендації щодо ВІЛ закликають включити ПГР до національних програм відповіді на епідемію та враховувати їх права та потреби при наданні послуг.

Відповідь України на епідемію базується на світових стандартах!



За даними напоїв залишається досить поширеним серед учнів закладів загальної освіти України.

За результатами 2018 року, у середньому 39,4% учнів принаймні один раз у житті вживали алкогольні напої – від 13,6% серед 10-річних учнів до 61,6 серед 17-річних (у 2014 р. мали досвід уживання алкоголю в середньому 44,8%).

Зазначимо, що серед 10-річних данні збігаються з даними 2014 р. (тоді як серед 17-річних частка тих, хто має хоча б одноразовий досвід уживання, значно зменшилася (у 2014 р. – 76,2%))

**За результатами соціологічного дослідження ГО «Українського інституту соціальних досліджень імені О. О. Яременка» в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC), 2018 р.*





Сексуальний дебют

- Практично кожен десятий (9,2%) з тих хто заявив, що має досвід статевих стосунків, визнав віком дебюту 12 років і молодше (12,1% юнаків та 3,5% дівчат), 66,8% опитаних набули досвіду дорослого життя після досягнення 15 років.
- Серед респондентів різного віку, які повідомляли про досвід статевого життя, найчисленніша група називала свій вік віком сексуального дебюту.
- Як і в попередніх дослідженнях, хлопці повідомляли про ранній досвід статевого життя частіше дівчат.
**За результатами соціологічного дослідження ГО «Українського інституту соціальних досліджень імені О. О. Яременка» в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (HBSC), 2018 р.*



Оцінка чисельності

Оцінка чисельності, осіб	2008/2009	2013/2014	2014/2015
ПГР всього	165000	123500	129000
Підлітки-СІН	50000 (35000 хлопців і 15000 дівчат)	15000 (11000 хлопців і 4000 дівчат)	21700 (17500 хлопців і 4200 дівчат)
Підлітки-РКС	15000	5500	6000
Підлітки-ЧСЧ	20000	13000	11300
Підлітки вулиці	80000	90000	90000

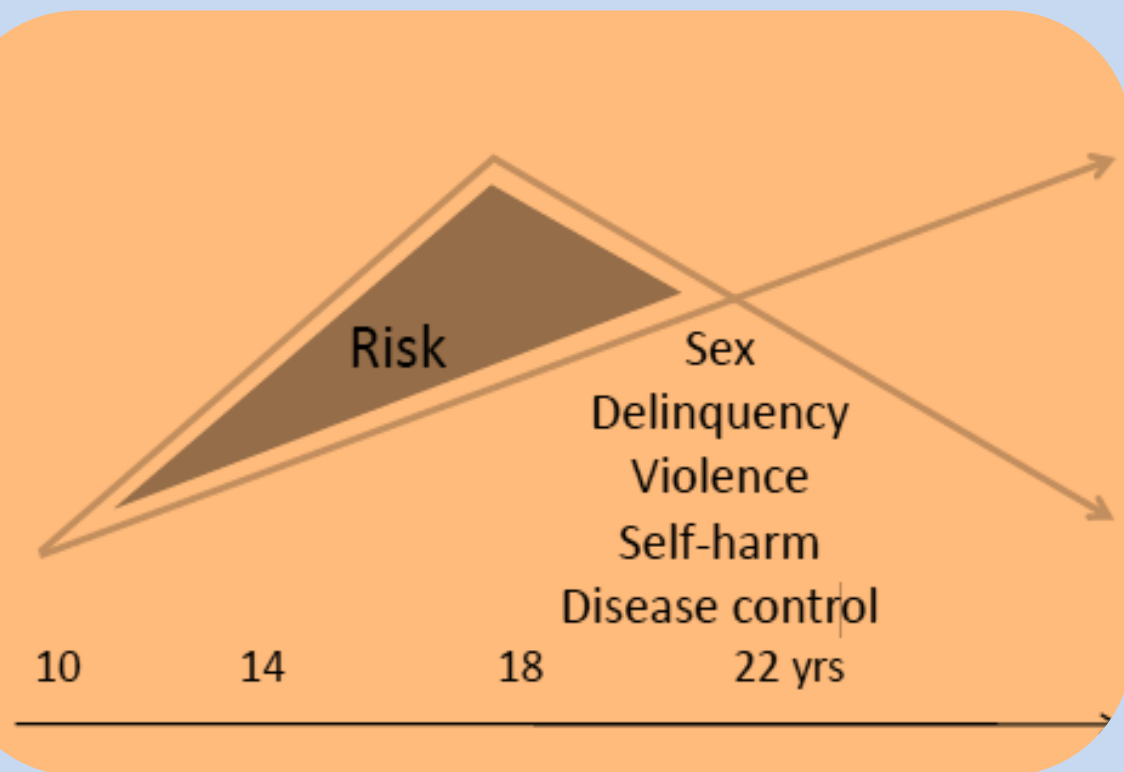
Таким чином, загальна кількість підлітків з груп ризику, з урахуванням оновлених даних за 2015р., оцінюється у 129000 осіб віком від 10 до 19 років включно.

Кумулятивна кількість підлітків з груп СІН, РКС і ЧСЧ становить 991 особу на 100 тис. підліткового населення (у 2008/2009 рр. – 1602 осіб). Така ситуація дає підстави наголошувати на необхідності посилення спільних зусиль партнерських організацій щодо інтеграції підлітків до існуючих інтервенцій, упровадження цільових проектів, а також поширення програм первинної профілактики з метою попередження поповнення груп ризику в ранньому віці.



Ризикована поведінка

Зміни в білій та сірій речовині, а також у дофамінергетичних шляхах *підвищують схильність* до ризику



- ✓ Регуляторний/когнітивний контроль
- ✓ Інтегрція афекту

- ✓ Дофамінергетична активність
- ✓ Пошук нових відчуттів
- ✓ Інтенсивність емоцій



Шукають новизни: і інші види

Експерименти з щурами:

- Дорослі та підліткові щури, що потрапляють у відкритий космос, нове середовище /об'єкти:
- Підлітки-щури рухаються все далі і швидше в нове середовище, інтенсивніше досліджують і довше залишаються з новими предметами



*наприклад Філпот Р та ін., Бехав.
Неврологія 2008*

Фактори формування ризикової поведінки підлітків

- *Медико-біологічні фактори* (в т.ч. ранній початок статевих відносин, відхилення у психологічному статусі)
- *Соціальні фактори* (шкільний фактор (вчителі), сімейний фактор (батьки), шкільний фактор (однокласники), матеріально-побутові умови)
- *Вживання психоактивних речовин*

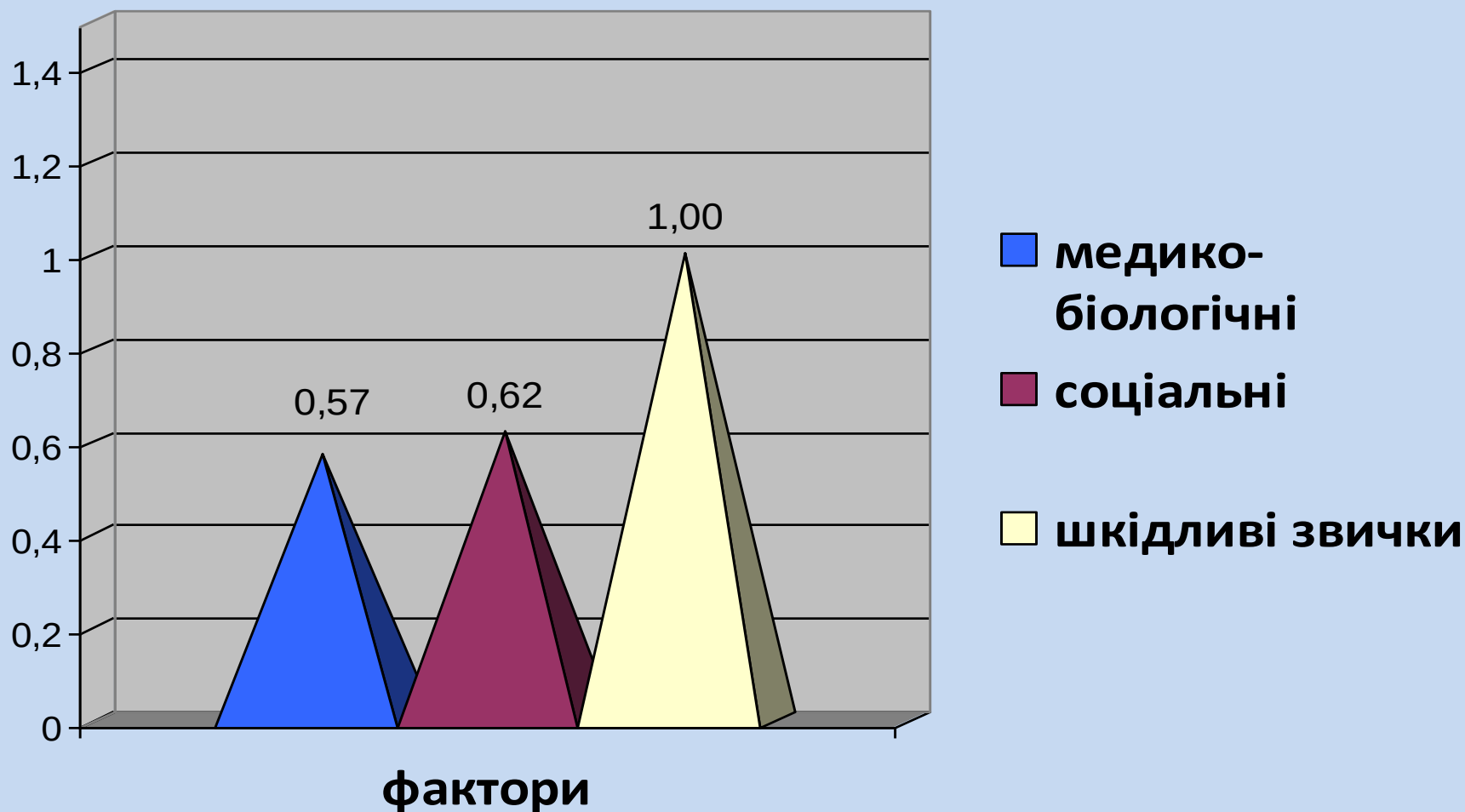




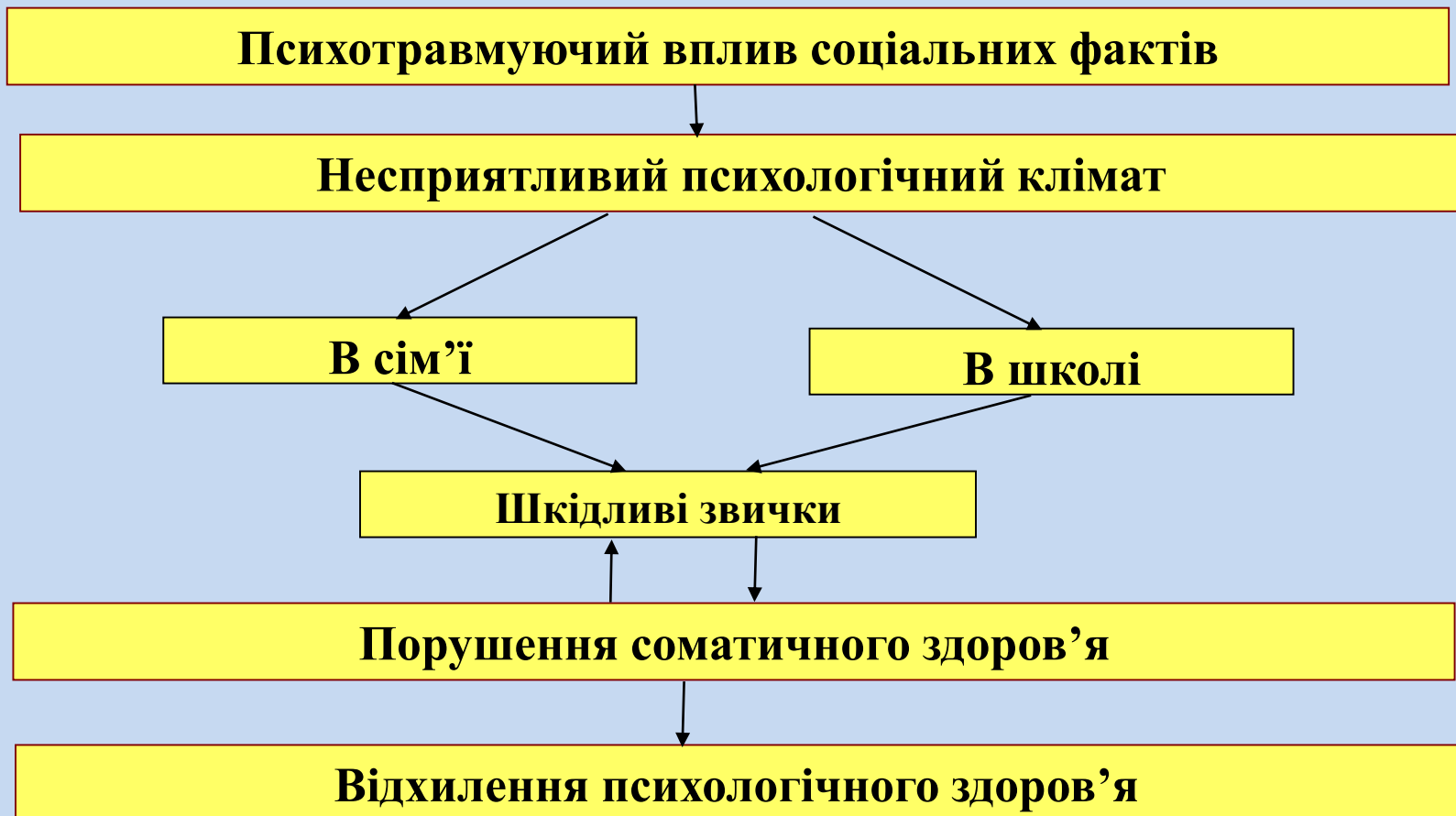
Основою формування ризикової поведінки у підлітків, є:

- Несприятливий психологічний клімат, який виникає у підлітка в сім'ї (з батьками) на тлі неповної сім'ї (*порушення взаємовідношень в сім'ї: горизонтальної – батьківських та вертикальних - батьківсько-дитячих стосунків*) та несприятливих побутових умов та /або в школі (з вчителями);
- Міжособисті конфлікти (*булінг в школі, насилля*);
- Низький рівень соціалізації, соціальна дезадаптація підлітків;
- Табакокуріння, ранній його початок, відносно висока частота вжитих сигарет на добу та різноманітність причин вживання тютюну;
- Прийом алкогольних напоїв, ранній початок їх вживання, а також різноманітність напоїв, що вживаються;
- Спроба прийому наркотичних речовин.

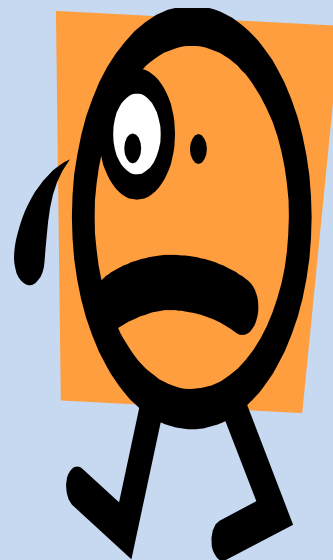
Комплексна оцінка факторів, які впливають на ступень ризикової поведінки



Рангова схема розвитку відхилень психологічного здоров'я підлітків



Які існують
моделі поведінки?



Пасивна поведінка

➤ Пасивні почуття :

безпорадний , скривджений ,
розачарований, стривожений

➤ Характеристика:

- Людина нічого не пвживає для ствердження своїх прав.
- Поступається іншим ціною своїх інтересів.
- Завжди у всьому поступається.
- Зберігає мовчання, коли його щось дратує. молчание
- Багато вибачається.

➤ Наслідки:

- не отримує те, що хоче
- накопичується злість
- відчуває самотність
- обмежуються його права



Агресивна поведінка



- **Агресивні почуття :** злий, засмучений, запеклий, почуття провини
- **Характеристика:**
 - Захищає свої права, не піклуючись про права інших.
 - Завжди ставить себе на перше місце за рахунок інших.
 - Пригнічує оточуючих.
 - Досягає своєї мети за рахунок ущемлення інших.
- **Наслідки:**
 - Відчуває перевагу над іншими
 - Принижує інших
 - Виграє за рахунок інших
 - Відчуває самотність

Асертивна/самостверджуюча поведінка

➤ **Почуття впевненості :** поважає себе, впевнений в собі, контролює ситуацію, повага інших

➤ **Характеристика:**

- Не чіпає інших
- Зростає самоповага
- Поважаються як твої права, так і права інших
- Виграють обидва

➤ **Наслідки:**

- Людина не дозволяє порушувати свої права, але не ущемлює прав інших.
- Поважає себе та інших .
- Вміє як слухати інших, так і самговорити.
- Вміє висловлювати як позитивні почуття, так і негативні
- Поводиться впевнено, але не надмірно наполегливо. не чрезмерно настойчиво.





Криза періоду дорослішання може стати причиною різних форм відхилень поведінки

Агресія

**Аутоагресія
(суїцидальна
поведінка
парасуїциди),**

**Девіації
статевої
поведінки**

**Зловживання речовинами,
що викликають стани
зміненої
психічної діяльності**





Адикції. Адиктивна поведінка (addictive behavior) -



Зловживання різноманітними речовинами ,
які змінюють психічний стан, включаючи
алкоголь та табакокуріння, до того, як
сформувалась фізична залежність



Психоактивні речовини (ПАР) – речовини, що спричиняють звикання та/або залежність за умов систематичного вживання.

- **П**ри одноразовому прийомі викликають ейфорію або інші бажані з точки зору споживача психотропні ефекти

- При систематичному прийомі – психічну та фізичну залежність

До психоактивних речовин належать алкоголь, наркотичні речовини, окремі лікарські та інші засоби.



Наркотик (синоним – наркотична речовина) – речовина, яка задовольняє **3 критеріям**:

- **Медичний**: цей лікарський засіб повинен надавати специфічну (стимулюючу, седативну, галюциногенну та ін.) дію на ЦНС, що і є причиною його не медичного споживання.
- **Соціальний**: немедичне споживання речовини має такі масштаби, що наслідки цього набувають соціальну значимість
- **Юридичний**: речовина у встановленому законом порядку визнано наркотичним та включено МОЗ України до списку наркотичних засобів.

Наркотизм (наркотизація) – вживання наркотиків та психоактивних речовин без формування наркоманії і токсикоманії.

Наркоманія – хвороба, викликана систематичним вживанням наркотиків та проявляється синдромом зміненої реактивності, психічною та фізичною залежністю, а також деякими іншими психічними та соціальними феноменами.

Токсикоманія – те ж саме, що і наркоманія, але викликається речовинами, які офіційно не віднесені до наркотиків.



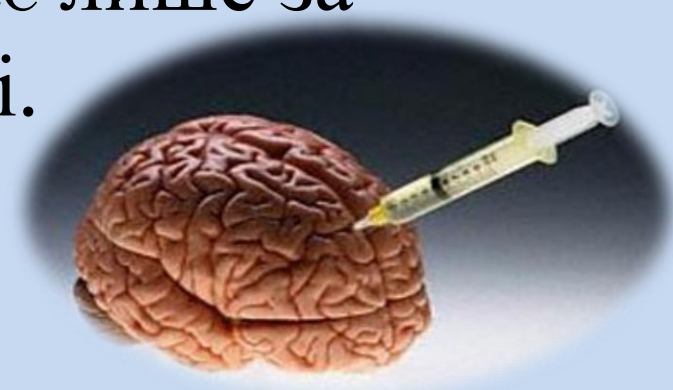
Хоча термін «наркоманія» все ще фігурує у вітчизняному законодавстві і навіть в деяких документах, прийнятих Міністерством охорони здоров'я України, в Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) він не зустрічається.

На жаль, сьогодні в суспільній свідомості слово «наркоман» все ще асоціюється, в першу чергу, з поняттям «злочинець», а не «хворий». В МКХ–10 є група захворювань, що позначаються родовою категорією «Психічні та поведінкові розлади, що викликані вживанням психоактивних речовин (ПАР)».

Завдяки численним дослідженням, проведеним в останні десятиріччя, стало абсолютно ясно, що залежність від наркотиків (опіоїдів) — це захворювання головного мозку і формується воно далеко не в усіх, хто починає вживати психоактивні речовини. Необхідним є поєднання низки чинників: спадкових, психологічних, мікро- і макросоціальних.

Психічна залежність – потреба, (що усвідомлюється або не усвідомлюється) у вживанні психоактивної речовини для снятия психічної напруги і досягнення стану психічного комфорту.

Фізична залежність – стан, при якому у відповідь на скасування наркотику (психоактивної речовини) розвивається абстинентний синдром. Виникає лише за наявності психічної залежності.



Абстинентний синдром — це комплекс психопатологічних, вегетативних, неврологічних та соматичних розладів, які з'являються слідом за припиненням систематичного вживання наркотику (психоактивної речовини), при цьому постійними симптомами стають психічний та фізичний дискомфорт і виражений потяг до наркотику (психоактивної речовини), що вживається



Синдром зміненої реактивності – симптомокомплекс, який включає в себе зміну толерантності до наркотику (психоактивної речовини) та форми його вживання, картини сп'яніння (гострої інтоксикації), а також втрату захисних реакцій на інтоксикацію.

Толерантність – здатність переносити токсичні дози наркотику (психоактивної речовини), стійкість до наркотику. Підвищення толерантності проявляється в тому, що початкові дози наркотику не викликають колишньої ейфорії, сп'яніння або іншого бажаного ефекту.

Причини:

➤ Соціальні:

- доступність;
- мода;
- ступінь відповідальності, що загрожує ;
- вплив групи однолітків .

➤ Психологічні:

- тип акцентуації;
- привабливість можливих відчуттів та переживань ;
- вироблення гедоністичної установки;
- страх нашкодити здоров'ю;
- самоствердження.

➤ Біологічні:

ступінь початкової толерантності (стійкості) ;

спадковість;

- біологічний субстрат;

- природа речовини.



*Класифікація мотиваційних
факторів
(В.Ю.Зав'ялов, 1981, 1986)*



Перша група:

- **Традиційні, соціально обумовлені мотиви;**
- **Субмісивні мотиви, які відображають підкорення тиску інших людей або референтної групи;**
- **Псевдокультурний тип мотивів, який свідчить про прагнення підлітка пристосуватись до «наркоманічних цінностей» підліткової групи.**

*Класифікація мотиваційних факторів
(В.Ю.Зав'ялов, 1981, 1986)*



Друга група:

Гедоністичні мотиви – прагнення відчувати приємне почуття;

Атарактичні мотиви – прагнення нейтралізувати негативні емоційні переживання;

Мотиви гіперактивації поведінки – прагнення вийти з апатичного стану, поліпшити на короткий період інтелектуальну та фізичну працездатність

*Класифікація мотиваційних факторів
(В.Ю.Зав'ялов, 1981, 1986)*



Третя група:

Мотив купування абстиненції – прагнення позбутися від тяжких проявів абстиненції за допомогою прийому чергової дози наркотика, тісно пов'язаний з атарактичними мотивами залежності;

Адиктивний мотив – фіксація у свідомості патологічного потягу до наркотику;

Мотив самоушкодження – потяг вжити наркотик «собі та іншим назло» - для того, щоб прискорити наступлення соціальних ускладнень



ВІЛ-інфекція та підлітки.

Реєстрація, ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за такими особами та епідеміологічного нагляду за віл-інфекцією здійснюються з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, зокрема про стан здоров'я, поваги до особистих прав і свобод людини, визначених законодавством та міжнародними договорами України.

Частина 2 статті 9 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

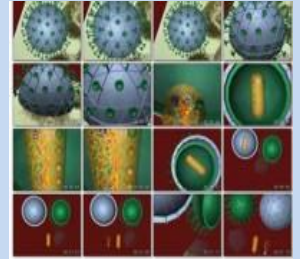
Ризиковий тип поведінки молоді відносно ВІЛ



- Раній початок статевого життя.
- Незахищений статевий акт.
- Чисельні сексуальні партнери.
- Участь у груповому сексі.
- Сексуальні контакти молодих дівчаток з дорослими чоловіками.
- Сексуальні контакти між чоловіками

Детермінованість розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції (ЕП)

- Висока варіабельність та мінливість ВІЛ
- Довготривале безсимптомне носійство та персистенція ВІЛ в організмі людини
- Пантропність ВІЛ – різноманітність клініко-морфологічних проявів
- Виявлення випадку інфікування ВІЛ тільки при проведенні лабораторного обстеження на наявність збудника
- Переважає прихований компонент ЕП, що призводить до збільшення кількості недіагностованих ВІЛ-інфікованих хворих
- Пандемічність ВІЛ-інфекції – залучення у епідемічний процес різних груп населення, на різних територіях
- Інтенсивність розвитку ЕП пов'язана з поведінкою людини та залежить від соціальних, економічних, політичних факторів.



Оціночні дані епідемії ВІЛ-інфекції в світі

Люди, які живуть із ВІЛ (ЛЖВ)

На кінець 2017 року у світі жило 36,7 [34,8–42,9] млн. ЛЖВ, з них 70% – у країнах Африки.

Нові випадки ВІЛ-інфекції

Протягом 2016 року 1,8 [1,6–2,1] млн. людей у світі інфікувалися ВІЛ. Число нових випадків ВІЛ-інфекції скоротилося на 11% у порівнянні з 2010 роком.

Смерті, зумовлені СНІДом

- Протягом 2016 року 1,0 [0,8–1,2] млн. людей у світі померли від СНІДу. Число смертей, зумовлених СНІДом, знизилося на 47% у порівнянні з показником 2005 року.

Антиретровірусна терапія

- На червень 2017 року 20,9 млн. ЛЖВ отримали АРТ; це становить 57% від усіх ЛЖВ (46% на 1 липня 2016 року).

Нові зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, серед громадян України*

Нові випадки	Грудень 2017 року			Січень - грудень 2017 року		
	Усього, осіб	У т.ч. особи віком		Усього, осіб	У т.ч. особи віком	
		15-17 років	0-14 років		15-17 років	0-14 років
ВІЛ-інфекції	1983	8	243** *	18193	36	2613* *
СНІДу	1011	5	18	9306	11	78
Смерть від СНІДу	503	1	0	3313	2	6

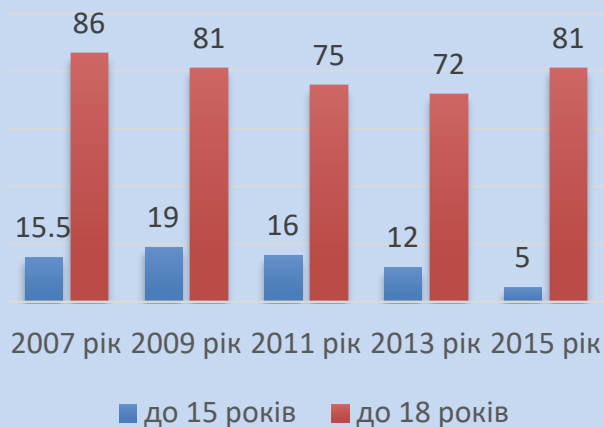
**без урахування даних АР Крим з 2014 року та частини території проведення антитерористичної операції з 2015 року*

*** включно діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, з невизначеним ВІЛ-статусом*

Показники та чинники ризикованої поведінки підлітків груп ризику

ВЖИВАННЯ НАРКОТИКІВ ІН'ЄКЦІЙНИМ ШЛЯХОМ – з кожним роком зменшується частка підлітків-СІН, які мають досвід вживання ін'єкційних наркотиків до 15 років. Проте динаміка частки підлітків, які починають вживати ін'єкційні наркотики до повноліття, зростає.

Підлітки-СІН, %



Підлітки-СІН, %



ВИКОРИСТАННЯ СПІЛЬНОГО ІН'ЄКЦІЙНОГО ІНСТРУМЕНТУ – динаміка останніх трьох років щодо використання нестерильного інструментарію серед підлітків-СІН залишається практично незмінною;

8% підлітків-СІН повідомили, що використовували нестерильний інструментарій за останні 30 днів.

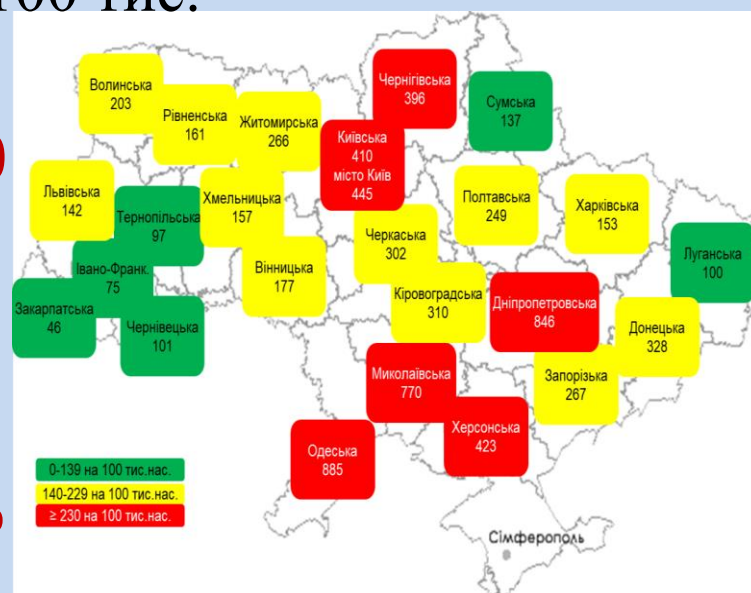
Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2018 року

Медичний нагляд

- ВІЛ-позитивні особи – **141 371** (329,6 на 100 тис. нас.)
- хворі на СНІД – **43 816** (100,9 на 100 тис. нас.)

Оціночна кількість ЛЖВ – **244 000**

- Кількість ЛЖВ на АРТ – **88 270**
- ЛЖВ складають **0,3%** всього населення країни
- У віковій групі 15-49 років – **0,5%**



Оперативна інформація ЦГЗ; з урахуванням даних тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополь з 2014 року та частини зони проведення антитерористичної операції з 2015 року



Серед підлітків та молоді 10-24 років

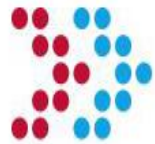
11% інфіковані вертикально при народженні,

63 % - статевим ,

близько 24% ін'єкційним шляхом

Вікові групи	Всього, осіб	Встановлені шляхи інфікування ВІЛ			
		Від матері до дитини	статевий	СІН	інший
10-14 років	972	968 (99.5%)	2 (0.2%)	0 (0.0%)	2 (0.2%)
15-19 років	691	318 (46.0%)	294 (42.5%)	76 (10.9%)	3 (0.4%)
20-24 роки	11 397	210 (1.8%)	8183 (71.8%)	3001 (26.3%)	3 (0.03%)
Всього	13 060	1 496 (11.4%)	8 479 (64.9%)	3 077 (23.6%)	8 (0.1%)

Стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД до 2030 р.



Цілі стратегії Fast-Track

90-90-90

Лікування

500 000

Нові випадки інфікування
серед дорослого населення

НУЛЬ

Дискримінація

95-95-95

Лікування

200 000

Нові випадки інфікування
серед дорослого населення

НУЛЬ

Дискримінація

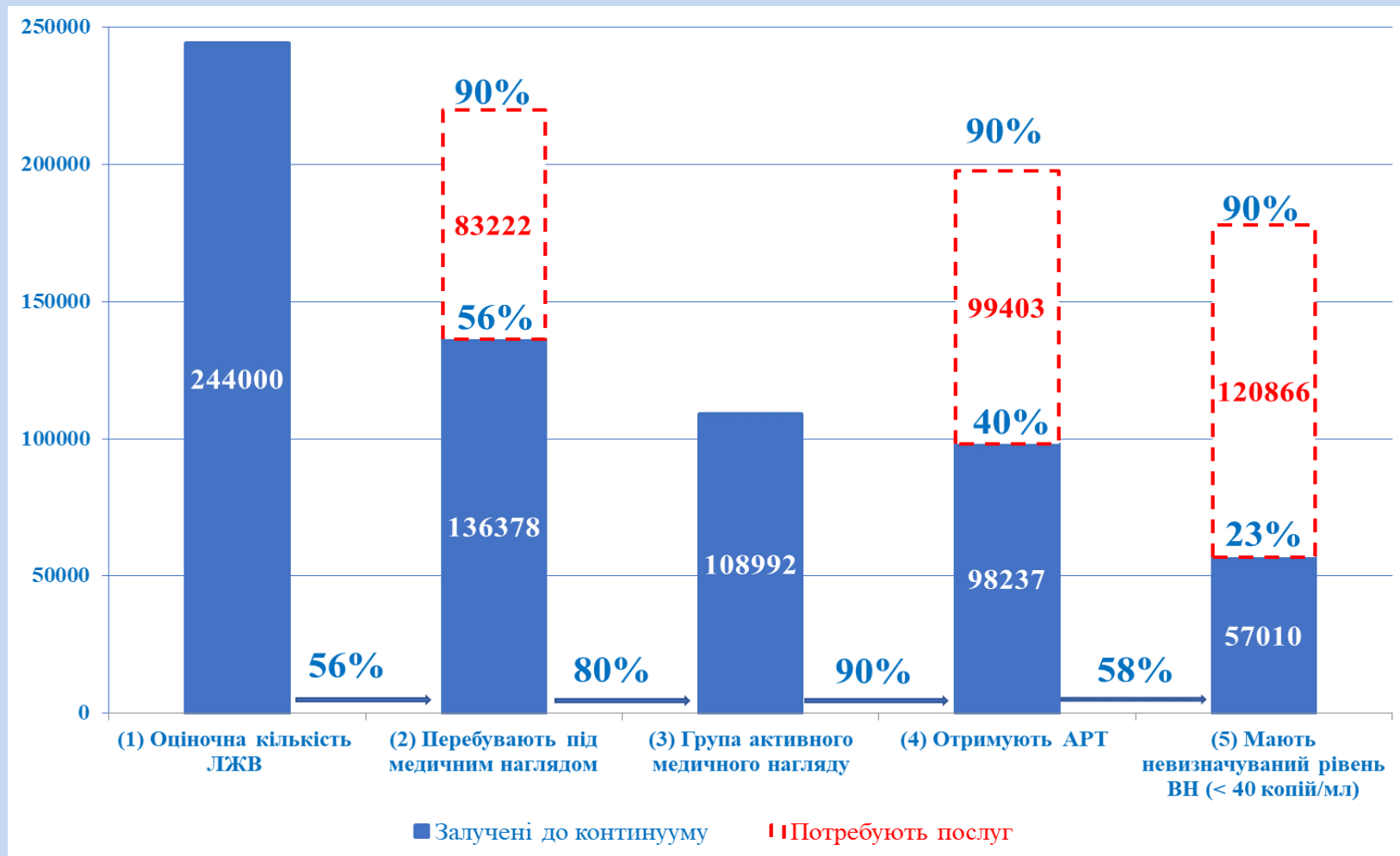
До 2030 року очікується:

- попередити 28 млн. нових випадків ВІЛ-інфекції;
- попередити 21 млн. смертей, обумовлених СНІДом;
- уникнути додаткових витрат у зв'язку з ВІЛ у розмірі 24 млрд. доларів США;
- ліквідувати глобальну пандемію ВІЛ-інфекції.

Змодельовані сценарії показують, що досягнення цілей до 2020 року дозволять покласти край епідемії СНІДу в світі до 2030 року.

Джерело: доповідь ЮНЕЙДС «Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 року»

Каскад послуг для ВІЛ-позитивних осіб в Україні станом на 01.01.2018 р.



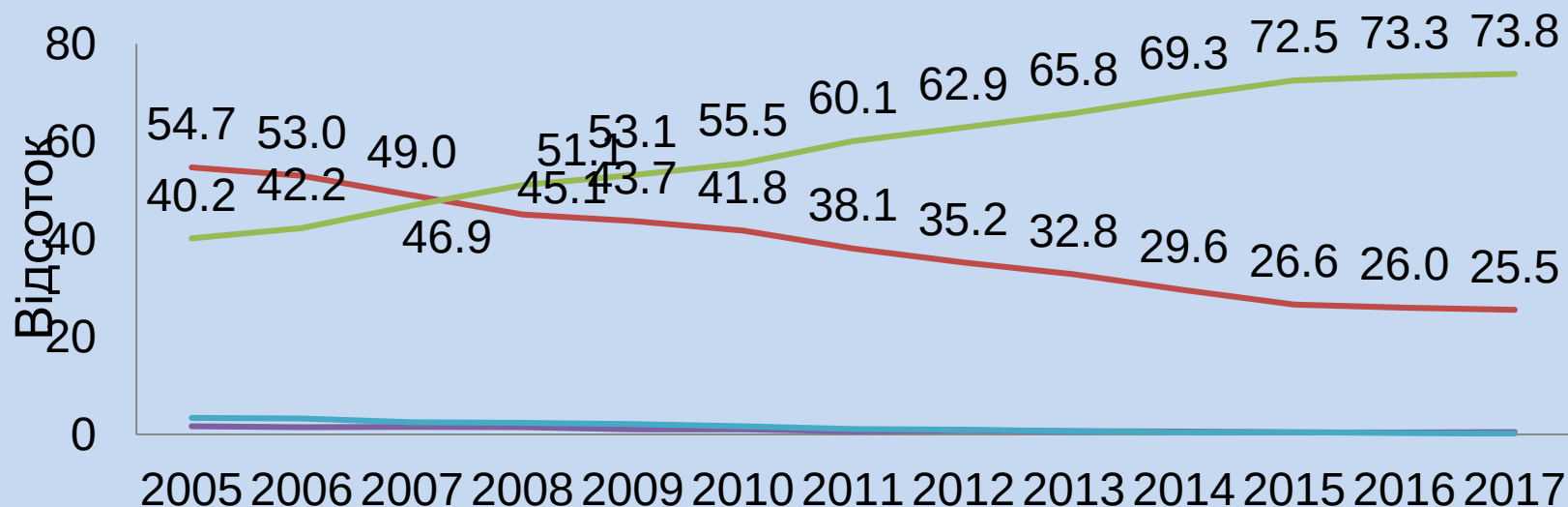
Невиявлена ВІЛ інфекція

Серед людей, що живуть з ВІЛ **не знають про свій статус:**

- ⊙ В Європі **~15–50%**
- ⊙ В Канаді **~27%**
- ⊙ У Великій Британії **~33%**
- ⊙ У Франції **~33%** пацієнтів виявляються пізно
- ⊙ В Україні:
 - тільки **~28%** (кожен четвертий) з ЛЖВ протестовані і знають про свій ВІЛ-позитивний статус
 - з числа ВІЛ(+) вагітних **~ 80%** визнавали про свій ВІЛ статус при взятті на облік по вагітності

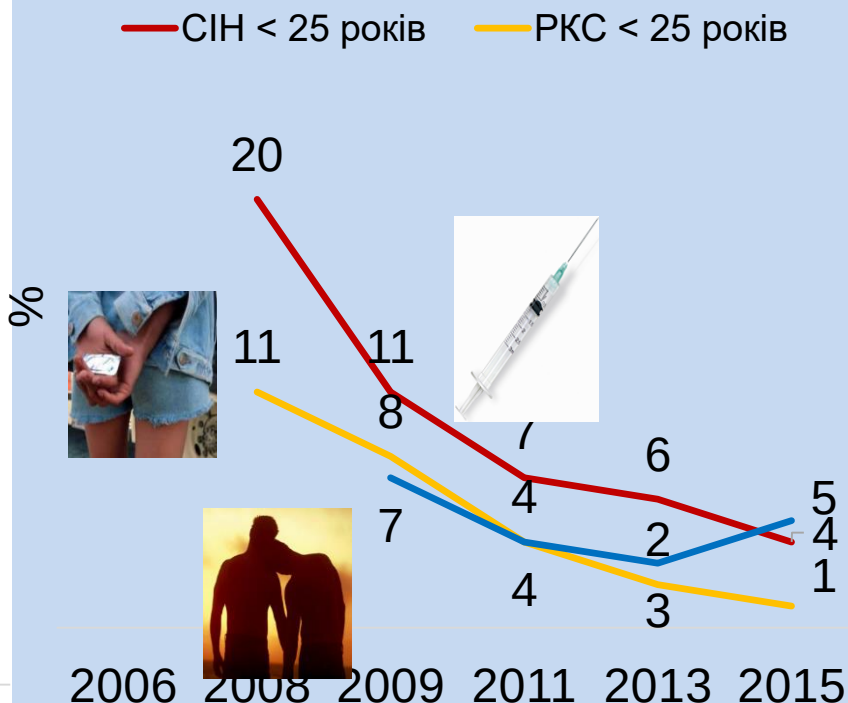
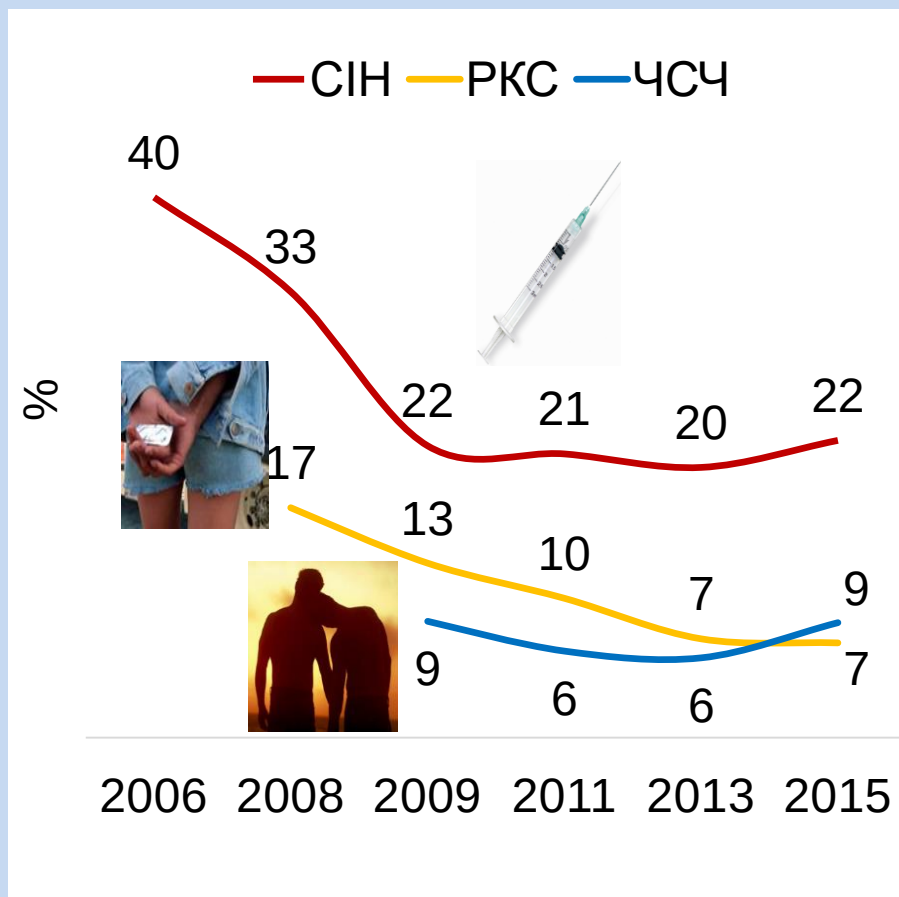


Структура шляхів передачі ВІЛ в Україні, з урахуванням рівнів передачі ВІЛ від матері до дитини



- парентеральний, при введенні ін'єкційних наркотиків
- перинатальний

Поширеність ВІЛ серед СІН, РКС, ЧСЧ



Джерело даних: біоповедінкові дослідження серед ключових груп 2006-2015 років, Альянс громадського

Оціночні показники епідемії ВІЛ-інфекції в Україні

Оціночні показники	2018	2019	2020	2021
Загальна кількість ЛЖВ, абс. ч. (усі вікові категорії)	244 000	245 900	246 200	246 300
Рівень поширеності ВІЛ, % (дорослі 15-49 років)	0,97	0,98	0,98	0,98
Кількість нових випадків ВІЛ- інфекції, абс. ч. (усі вікові групи)	12 800	12 300	11 700	11 300
Кількість смертей від СНІДу, абс. ч. (дорослі 15+ років)	5 200	6 300	7 300	8 100



**Мета, завдання, принципи та
порядок проведення добровільного
консультування і тестування на
ВІЛ-інфекцію.**

**Мотиваційне інтерв'ювання
Принцип конфіденційності під час
ДКТ**

Зауваження Загального порядку №20 щодо забезпечення прав дітей підліткового віку

Затверджені Комітетом ООН з прав дітей
6 грудня 2016 року

- Не повинно бути **жодних перешкод** у доступі до товарів, інформації та консультацій з питань сексуального і репродуктивного здоров'я та прав, наприклад, вимог щодо надання згоди або дозволу третьої сторони.
- Підлітки повинні мати **доступ до конфіденційного консультування та тестування на ВІЛ**, а також до науково-обґрунтованих програм з профілактики та лікування ВІЛ, що їх здійснює кваліфікований персонал, який повною мірою поважає право підлітків на недоторканність приватного життя і недискримінацію.

.

ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ

**Згідно ч. 2 ст. 284 Цивільного кодексу України
та ч. 1 ст. 38 Основ законодавства України
про охорону здоров'я:**

➤ Фізична особа, яка досягла 14 років та звернулась за наданням їй медичної допомоги, має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій

✓ *«Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про охорону дитинства»*

Закон України

«Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Стаття 6. Право особи на тестування з метою виявлення ВІЛ, умови та порядок його проведення

✓ **п.2.** Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.

Закон України

«Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

Стаття 6. Право особи на тестування з метою виявлення ВІЛ, умови та порядок його проведення

✓ **п.2.** Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно, за наявності усвідомленої інформованої згоди особи, отриманої після надання їй попередньої консультації щодо особливостей тестування, його результатів і можливих наслідків, з дотриманням умов щодо конфіденційності персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я особи.



- Споживачі ін'єкційних наркотиків
- Особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
- Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
- Статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків
- Клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду
- Статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками



** До груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ належать
(наказ МОЗ України від 08.02.2013 № 104)*

**Наказ МОЗ України № 92 від 24.02.2015 р.
«Про затвердження та впровадження медико-технологічних
документів зі стандартизації медичної допомоги
ВІЛ-інфікованим дітям»**

- 1) на прохання батьків дитини або самої дитини віком від 14 років і старше;**
- 2) за ініціативою медичного працівника у наступних випадках:**
 - Скринінгові дослідження (вагітність у дівчаток підліткового віку);
 - Клінічні /імунологічні показання – захворювання та стани, що виникають при імунодефіциті та/або схожі на прояви ВІЛ - інфекції, для лабораторного виявлення таких ознак.
 - При виявленні позитивного результату на ВІЛ спрямувати підлітка до структурного підрозділу ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу ВІЛ-інфікованим дітям

**Наказ МОЗ України №92 від 24.02.2015 р.
«Про затвердження та впровадження медико-технологічних
документів зі стандартизації медичної допомоги
ВІЛ-інфікованим дітям»**

З) епідеміологічні показання — наявність ВІЛ-інфекції у близьких родичів, трансфузії крові та її продуктів в анамнезі, вживання наркотиків, ранні статеві стосунки, наруга над дитиною, тощо.

Тестування на ВІЛ супроводжується дотестовим консультуванням з отриманням письмової інформованої згоди батьків (законних представників дитини) або **самої дитини 14 років і старше - на проведення дослідження**



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАКАЗ

19.08.2005

Київ

№ 415

Зареєстровано в Міністерстві
юстиції України
22 листопада 2005 р.
за N 1404/11684

**Про удосконалення добровільного
консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію**



Наказ МОЗ України № 794 від 05.04.2019 р.
zareestrovano v Ministerstvi yusticii Ukrainy
01 lipnya 2019 r. za N 698/33669

**«Про удосконалення системи управління якістю
лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-
інфекції/СНІДу»**

Навіщо проводити тестування на ВІЛ?



Переваги для кожного пацієнта у збереженні здоров'я та доступу до АРТ

Зниження захворюваності

Зниження смертності



Запобігання передачі ВІЛ

Зміна ризикованої поведінки

Ефективна АРТ знижує ВН та запобігає передачі ВІЛ партнеру



Зниження економічного вантажу на систему охорони здоров'я

Запобігання додатковим витратам на лікування завдяки попередженню ускладнень, пов'язаних з ВІЛ

Основні принципи – 5С (ВООЗ 2015)

1С

Добровільна згода (Consent)

- Всі без виключення особи мають надати добровільну згоду для проходження тестування (усну або письмову). Примусове тестування на ВІЛ **НЕПРИПУСТИМЕ**.

2С

Конфіденційність (Confidentiality)

- Персональна інформація, а також інша приватна інформація, отримана під час тестування, не має передаватися третім особам без попередньої згоди особи, яка проходила тестування

3С

Консультування (Counselling)

- Коротке передтестове інформуванням та повноцінне післятестове консультування у відповідності до отриманого результату та з врахуванням індивідуальних потреб

4С

Достовірність результатів (Correct test result)

- Забезпечення якості та достовірності отриманих результатів

5С

Прив'язка до послуг з ВІЛ (Connection)

- Прив'язка до послуг з профілактики та лікування ВІЛ повинна включати ефективний та належний супровід та спостереження

Пріоритетні до тестування на ВІЛ категорії населення

Підлітк
и

Партн
ери

Чолові
ки

ЧСЧ

ЛВІН

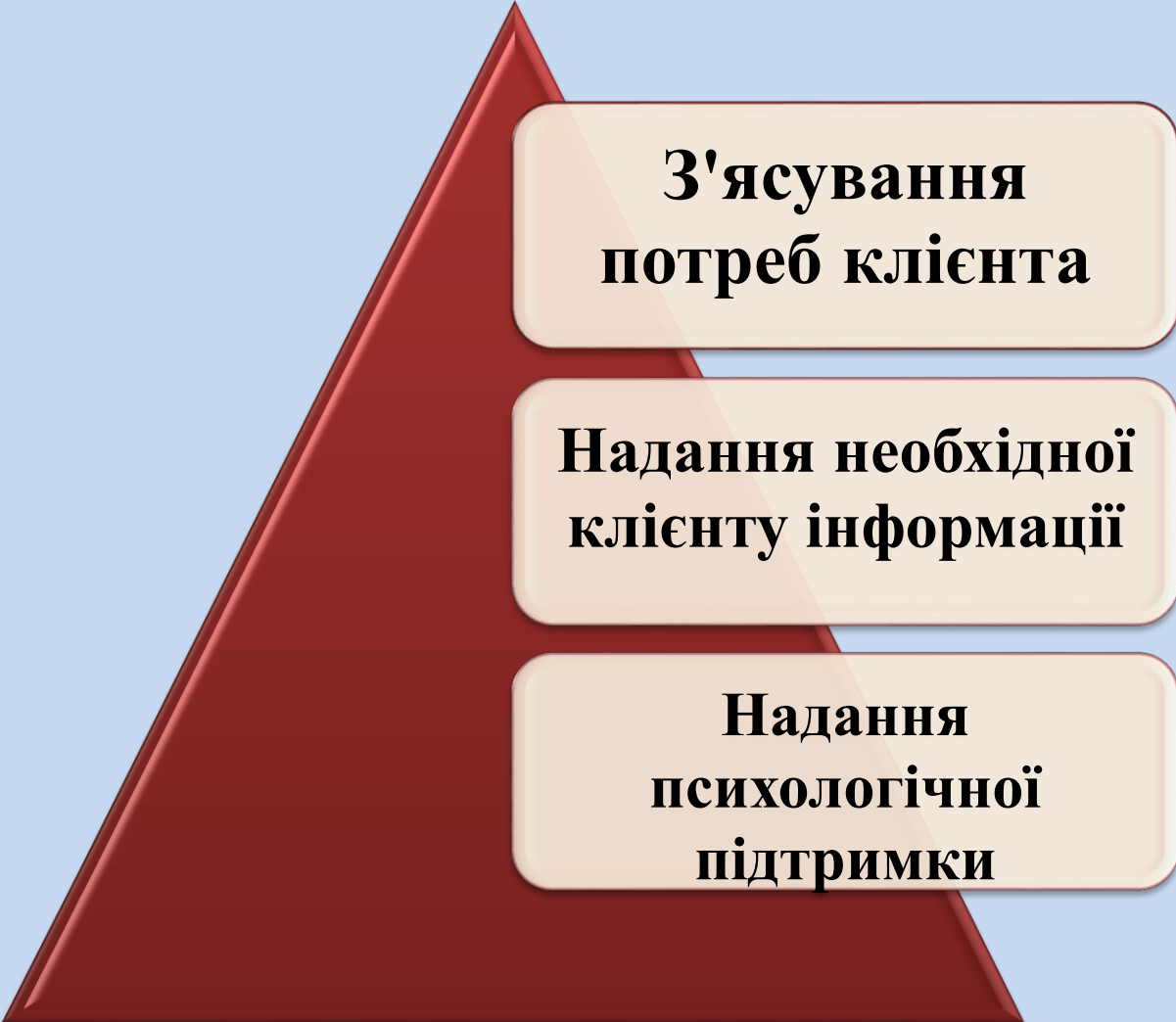
РКС

Ув'язн
ені

Транс-
гендерні
люди



Цілі консультування



**З'ясування
потреб клієнта**

**Надання необхідної
клієнту інформації**

**Надання
психологічної
підтримки**

Принципи ДКТ

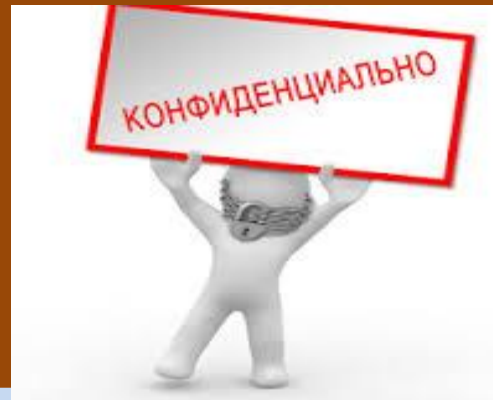
✓ Добровільність



✓ Анонімність



✓ Конфіденційність



Як ми забезпечуємо конфіденційність інформації про пацієнта?

- **Фізично безпечне середовище:** Службову інформацію та дані про партнера слід зберігати в фізично безпечному середовищі (наприклад, у сейфах).
- **Технічно безпечне середовище:** Електронні дані про партнера слід зберігати в технічно безпечному середовищі, обмеживши до мінімуму число носіїв даних та кількість користувачів, що мають доступ до інформації (наприклад, використовуючи комп'ютери, захищені паролем).
- **Особиста відповідальність:** Працівники, які мають доступ до особистої інформації та даних про пацієнта, є відповідальними за їх захист (наприклад, працівники повинні підписати згоду про збереження конфіденційності пацієнта).



Процес ВІЛ-тестування



- ✓ Дотестове консультування
- ✓ Надання інформації про процедуру тестування
- ✓ Поінформована згода
- ✓ Післятестове консультування

Етапи тестування на ВІЛ



Рання діагностика
ВІЛ-інфекції з метою
своєчасного
призначення АРТ та
запобігання розвитку
опортуністичних
інфекцій

Зниження темпів
поширення ВІЛ-
інфекції серед
населення

Завдання КіТ на ВІЛ

Інформування з
правових питань,
пов'язаних із
проблемами ВІЛ-
інфекції/СНІДу

Сприяння
підвищенню рівня
здоров'я населення,
зокрема продовженню
та покращенню якості
життя ЛЖВ

Передтестове консультування

Розмова між консультантом та пацієнтом для:

- інформування щодо шляхів інфікування та методів профілактики передачі ВІЛ;
- емоційної та психологічної підготовки тих, хто вагається щодо проходження тесту на ВІЛ.
- надання допомоги в ухваленні усвідомленого рішення щодо проходження тестування на ВІЛ;
- надання інформації про наслідки ризикованої поведінки.
- пропозиція запросити партнера на тестування у разі, якщо результат тесту виявиться позитивним.

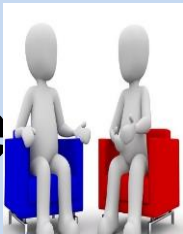
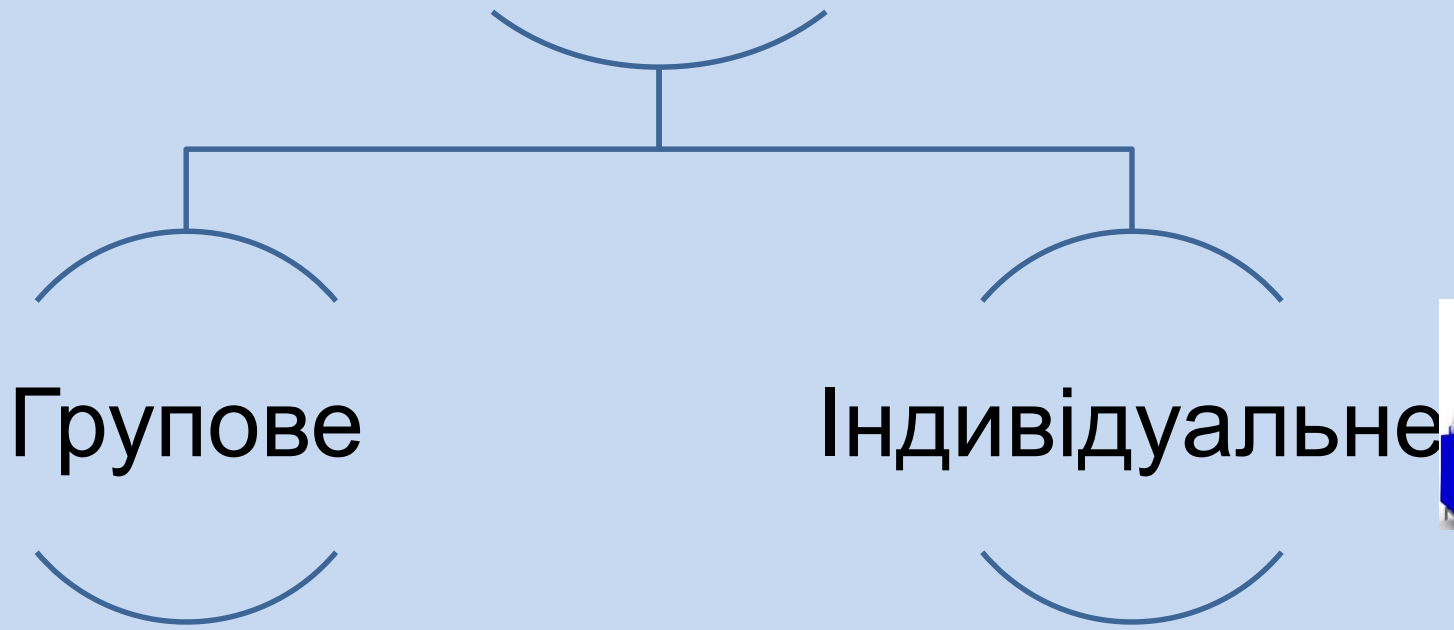


Алгоритм дотестового консультування

1. Привітання. Знайомство
2. Пояснення конфіденційності
3. Вияснення причини звернення
3. **АБО** Мотивація пацієнта на тестування
4. Висвітлення питань щодо ВІЛ – інфекції
5. Вияснення особистих ризиків пацієнта
6. Обговорення особистої профілактики пацієнта, виходячи із його ситуації
7. Пояснення процедури тестування та можливі результати тестів
8. Підписання інформованої згоди

Види передтестового консультування

Консультування (КіТ)



Групове консультування

Мета – надання інформації щодо:

- шляхів, ризиків та методів профілактики інфікування ВІЛ;
- порядку проходження та отримання результатів тестування; психо-соціальної підтримки та медичної допомоги опісля;
- мотивування до індивідуального КіТ.

Особливості:

- не передбачає оцінку індивідуальних ризиків;
- інформація адаптована до потреб гомогенної групи учасників;
- домовленість про збереження конфіденційності і особистої інформації між учасниками.

Може проводитися для групи осіб, якщо:

- з'ясування ВІЛ-статусу не є головною метою обстеження (отримання довідки, донорство);
- неможливо провести індивідуальне консультування (донори, ув'язнені, вагітні або нестача консультантів).

Структура передтестового консультування

Блок 1: Привітання, знайомство, гарантія конфіденційності



Блок 2: Інформування про процедуру тестування на ВІЛ



Блок 3: Оцінка ризику інфікування



Блок 4: Розробка шляхів зменшення ризику інфікування



Блок 5: Уточнення рішення клієнта про тестування



Блок 6: Заклучний етап

Післятестове консультування

- Конфіденційний діалог між пацієнтом та консультантом, метою якого є обговорення результатів тесту на ВІЛ, надання необхідної інформації та, за потреби, психологічної підтримки, а також інформування щодо профілактики ризикованої поведінки.
- Тривалість та наповненість післятестового консультування залежить від результату тесту на ВІЛ:
 - негативний – **АТ до ВІЛ не виявлені;**
 - позитивний – **підозра на ВІЛ.**

Алгоритм післятестового консультування

1. Привітання
2. Повторення поняття конфіденційності
3. Повідомлення результату з поясненням, що це значить
4. Повторення інформації про ВІЛ
5. Обговорення моментів профілактичної поведінки та видача інформаційних матеріалів, презервативів та ін.



Діагностика ВІЛ: діагностичні тести



Тести для
встановлення
факту
інфікування ВІЛ



Тести для
моніторингу
ВІЛ-інфекції



Методи тестування на ВІЛ (1)

ІФА (імуно-ферментний аналіз)	Швидкі тести (експрес діагностика)	ІБ (імунний блотінг – вестерн блот)	ПЛР
Визначення антитіл до ВІЛ-1 та ВІЛ-2	Визначення антитіл до ВІЛ-1 та ВІЛ-2	Визначення антитіл до певних білків вірусу	Визначення провірусної ДНК
Визначення антигену р 24	Визначення антигену р 24		Визначення РНК ВІЛ

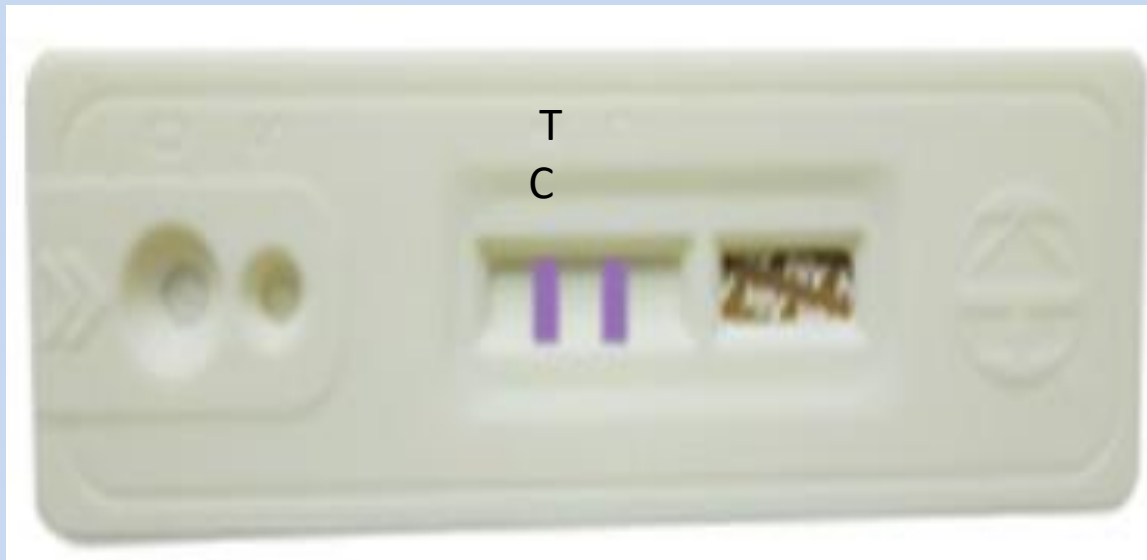
Можливі три варіанти результату діагностики на ВІЛ-інфекцію при використанні швидких тестів

Недійсний

Негативний

Позитивний

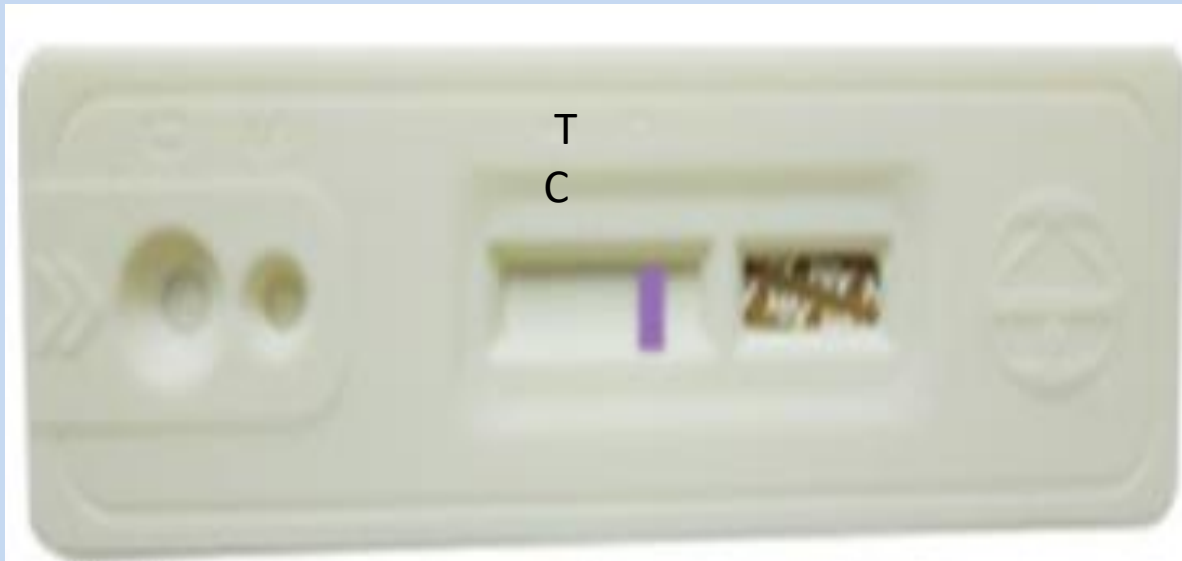
Позитивний результат тесту на ВІЛ



Видимі дві смужки: і контрольна (C), і
тестова (T)



Негативний результат тесту на ВІЛ



Видима лише одна смужка -
контрольна (С)



Недійсний результат тесту на ВІЛ



- Видима лише одна тестова (Т) смужка або
- жодна зі смужок не є видимою.

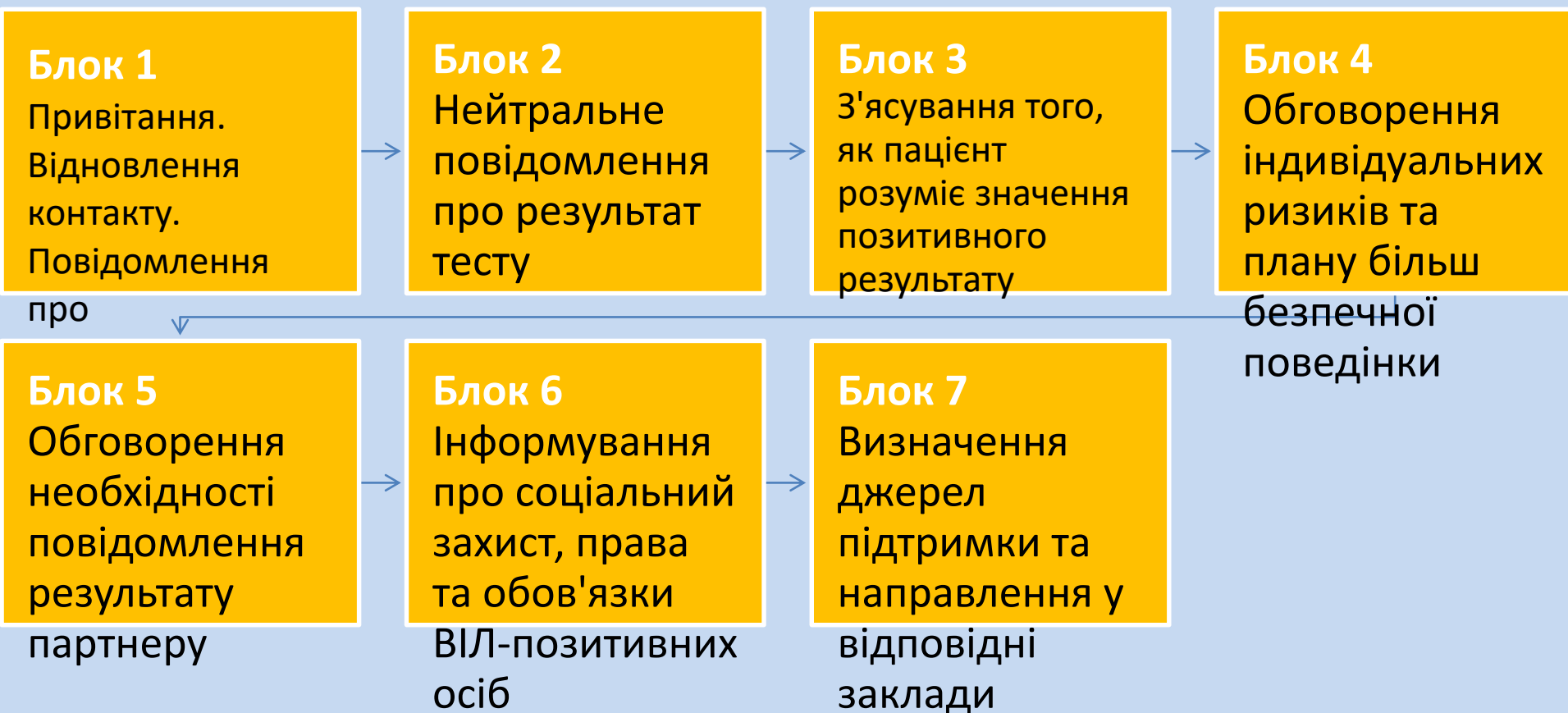
Післятестове **кризове** консультування при **позитивному** результаті

Якщо після отримання позитивного результату тесту на ВІЛ-інфекцію пацієнт не в змозі сприймати будь-яку іншу інформацію, доцільно закінчити бесіду *кризовим консультуванням*.

Перш ніж пацієнт піде, консультант повинен:

1. вивести пацієнта з шокового стану;
2. надати інформаційні матеріали про служби психологічної та соціальної підтримки;
3. надати контактну інформацію про себе:
 - графік роботи та контактний телефон,
 - назначити час наступної зустрічі.

Післятестове консультування при **позитивному** результаті



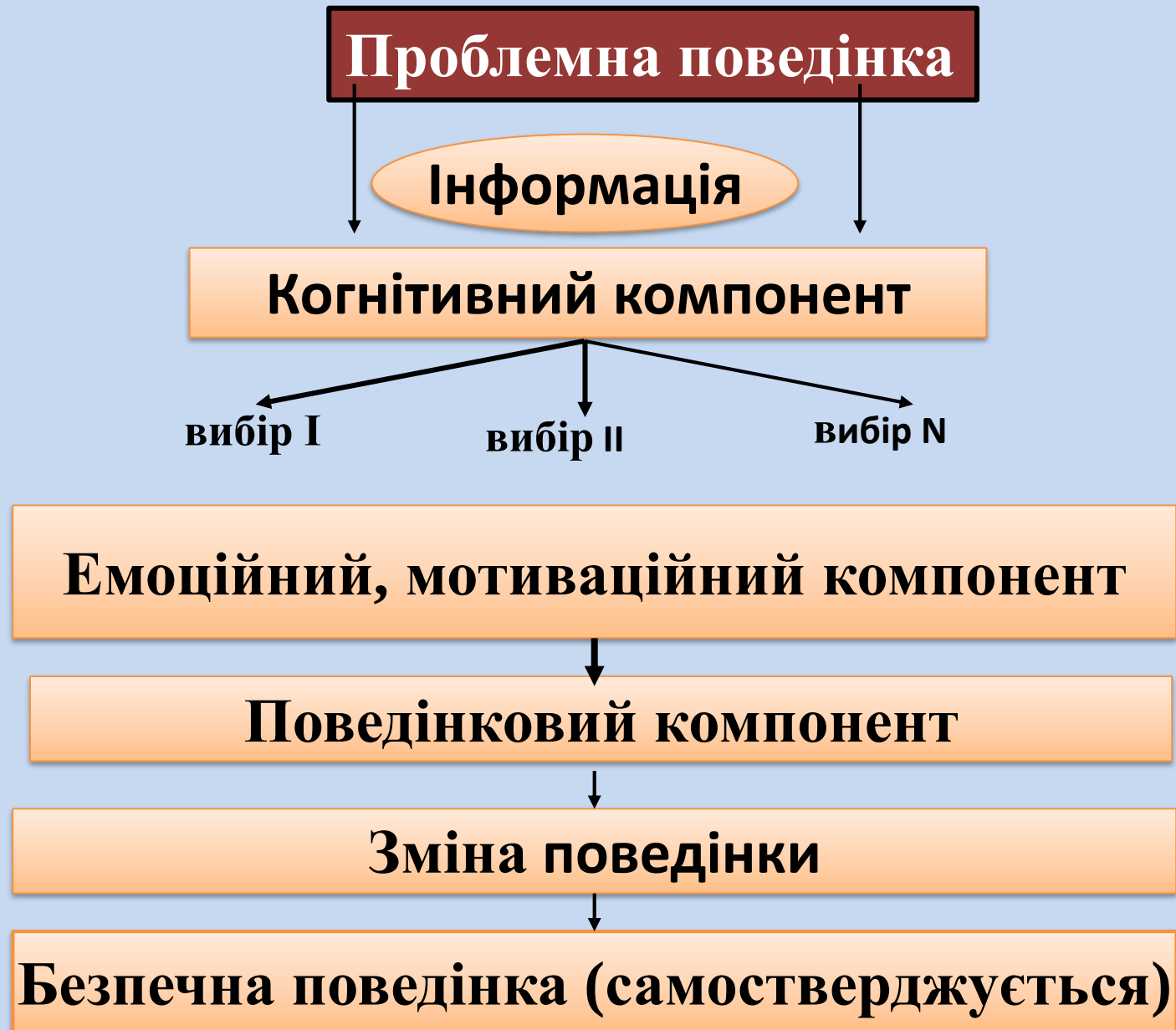
Зв'язок, зв'язок, зв'язок...

➤ Під час послуг з тестування необхідно створити тісні довідково-інформаційні зв'язки з:

- Програмами лікування ВІЛ у партнерів/дітей, що мають позитивний результат тесту на ВІЛ.
- Послугами з профілактики ВІЛ (передбачають презервативи, обрізання чоловіків та доконтактну профілактику) для партнерів, що мають негативний результат тесту на ВІЛ.



Трикомпонентна модель



Мотиваційне інтерв'ювання (МІ) – це особлива техніка консультування, коли лікар стає помічником пацієнта в процесі змін, в ненав'язливій манері допомагаючи йому в процесі бесіди самостійно проаналізувати свою проблемну поведінку з різних сторін і прийняти рішення щодо того, чи варто щось змінювати у своїй поведінці та як.



ТЕХНІКА МІ

1. Уникати нав'язування або наполягання негайно змінювати поведінку, занадто аргументувати таку необхідність.
2. Відмічати та працювати із супротивом пацієнта до змін.
3. Емпатія.
4. Підтримка впевненості у своїх силах, позитивне підкріплення.



Перше завдання консультанта

- Виділити проблему та амбівалентність (подвійність).
- Установити, на якій стадії змін перебуває пацієнт.
- Визначити рівень його мотивації до змін.
- Обрати стратегію консультування. Якщо стратегія обрана невдало, пацієнт, швидше за все, буде чинити опір.



Види мотивацій та винагород

Мотивація

Внутрішня – бажання дотримуватися певної поведінки та діяти ефективно заради себе самого («здоровий егоїзм»).

Зовнішня – бажання дотримуватися певної лінії поведінки з метою отримати винагороду або уникнути покарання.

Винагорода

Інформативна – інформування про те, що зусилля не марні. Вони можуть сприяти відчуттю власної вартості та компетентності.

Контролююча – плата чи винагорода, залежно від результату. Спрацьовує, допоки є контроль.

Основні прийоми мотиваційного інтерв'ювання

- Відкриті запитання.
- Заохочення та підтримка.
- Рефлексивне слухання
(відзеркалююче, активне): просте, вибіркове, двобічне.
- Узагальнення.

Складові мотивації до змін

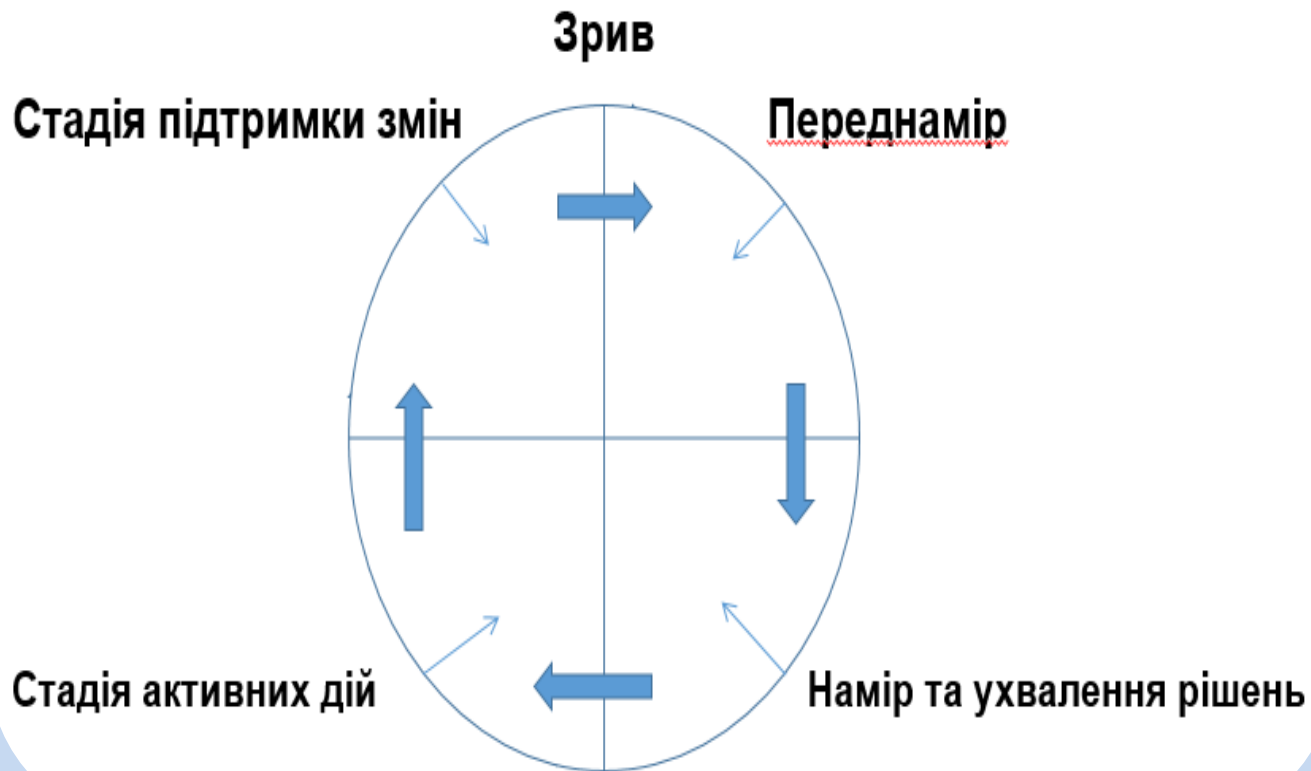
- **ХОЧУ** (бажання змінитися, розуміння мети та очікуваних результатів, для чого та чи інша зміна йому необхідна).
- **МОЖУ** (усвідомлення своєї здатності реалізувати заплановані зміни та знання інструментів: способів, технік, прийомів, рішень, за допомогою яких можна реалізувати заплановані зміни).
- **ГОТОВИЙ** (питання пріоритету, коли зміни вже не відкладаються на потім, а стають актуальним, першочерговим завданням).



Стадії зміни

- **Переднамір** (попередня, допроблемна стадія, не усвідомлюється як проблема).
- **Намір** (перші думки про проблеми, пов'язані з вживанням речовини або іншою небажаною поведінкою).
- **Стадія ухвалення рішення** та підготовки до дій.
- **Стадія активних дій.**
- **Стадія підтримки змін.**
- **Зрив** (необов'язкова стадія змін).

Колесо зміни



Відповідальність пацієнта

- Пацієнти **самі** несуть відповідальність за результат.
- Незважаючи на те, що сімейний лікар допомагає пацієнту досягти позитивних змін у його житті, він **не бере** на себе відповідальність за кінцевий результат.