



володіє високим
рівнем
консультування



є толерантним



лікує та
не засуджує



володіє високою
інтелігентністю



полегшує фізичний
і психологічний
дискомфорт пацієнтів



бачить у собі людину,
а не представника
групи ризику

ТРЕНІНГОВИЙ МОДУЛЬ

Дружній лікар:

Підвищення доступу
ключових груп населення
до кваліфікованої
медичної допомоги

володіє достатнім
досвідом та знаннями
у сфері лікування
специфічних
захворювань на фоні
клінічного перебігу
ВІЛ-інфекції



є турботливим
і тактовним

Тренінговий модуль «Підвищення доступу ключових груп населення до кваліфікованої медичної допомоги» / Н. Вербицька, Р. Івасій, М. Діденко – К.: ГО «Точка опори UA», 2019. — 80 стор.

Тренінговий модуль, який ви тримаєте в руках, призначений для викладачів медичних навчальних закладів післядипломної освіти, які працюють з майбутніми та нинішніми сімейними лікарями. Дводенний тренінг складається з шести тематичних розділів та представлений у вигляді навчальної програми, розрахованої на 30 академічних годин: 22 години аудиторних занять та 8 годин самостійної роботи.

Основні теми модуля: ВІЛ та профілактика до контакту, особливості консультування представників ключових груп населення, підвищення доступу пацієнтів із цих груп до медичних послуг та подолання дискримінації у медичних закладах України. Кожна сесія містить теоретичний матеріал, практичні вправи та рекомендації щодо можливостей використання.

Автори модуля сподіваються, що участь у тренінгу допоможе лікарям подолати страх перед можливістю інфікуватися ВІЛ (в неаварійних ситуаціях), а також надасть усі необхідні знання щодо раннього виявлення ВІЛ-позитивних людей та профілактики ВІЛ-інфекції серед серонегативних представників ключових груп населення.

Ця публікація стала можливою завдяки фінансовій підтримці Gilead Science, Inc в межах реалізації проєкту «Підвищення ключових груп населення до кваліфікованої медичної допомоги шляхом системних змін»



Ця публікація частково чи повністю може вільно копіюватися і використовуватися для освітніх та інших некомерційних цілей за умови, що кожне таке використання буде супроводжуватися посиланням на ГО «Точка опори UA» як на джерело.

Тираж: 100 екземплярів.

Розповсюджується безкоштовно.

© Точка опори UA | Fulcrum UA, 2019

Авторська група

Ніна Вербицька — психологиня, міжнародна тренерка, авторка публікацій з питань здоров'я та прав представників та представниць ключових груп населення.

Марина Діденко — психологиня, тренерка, старша викладачка кафедри психології та особистісного розвитку ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України.

Роман Івасій — координатор програми здоров'я спільнот у ГО «Точка опори UA», лікар-терапевт, національний тренер, член Міжнародного СНІД-товариства.

Експертна група

Вєлта Пархоменко — менеджерка та тренерка ГО «Клуб «Еней», координаторка з організаційного розвитку БО «БФ «ВОЛНА», членкиня керівного комітету НПКС.

Аліна Сарнацька — координаторка ГО «Клуб «Еней», членкиня керівного комітету НПКС та Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції / СНІДу.

Віра Варига — активістка, членкиня правління БО «Позитивні жінки», тренерка та експертка з питань толерантності та охорони здоров'я жінок, що живуть з ВІЛ.

Тимур Лисенко — представник «Транс*Коаліції», студент Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Літературна редакторка — Олена Токова

Дизайн та верстка — Михайло Федішак

ЗМІСТ

Програма для тренерської команди 6

Вступна частина 8

Тема 1

Основна інформація про ВІЛ та профілактику до контакту 13

Тема 2

Якісні послуги для жінок, зокрема тих, що живуть з ВІЛ 23

Тема 3

Ключові групи населення: ЧСЧ та транс*люди 31

Підбиття підсумків першого дня тренінгу 39

Рефлексія першого тренінгового дня та план роботи другого дня 40

Тема 4

Особи, що надають сексуальні послуги за винагороду та їхні медичні потреби 43

Тема 5

Особливості надання медичних послуг людям, що живуть із наркозалежністю 53

Тема 6

Протидія стигматизації та дискримінації у медичних закладах 65

Завершення тренінгу 74

Додаток 1 75

Додаток 2 76

Рекомендовані інформаційні ресурси 77

Перелік рекомендованих фільмів 78

УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

- ВН** — вірусне навантаження (кількість копій ВІЛ в 1 мл крові).
- КГН** — ключові групи населення
щодо підвищеного ризику інфікування ВІЛ.
- ЛЖН** — люди, що живуть із наркозалежністю.
- ЛВНІ** — люди, що вживають наркотики (ін'єкційним шляхом).
- ОЗТ** — опіоїдна замісна терапія.
- ЧСЧ** — чоловіки, які практикували
чи практикують сексуальні стосунки з чоловіками.
- ЖСЖ** — жінки, які практикували
чи практикують сексуальні стосунки з жінками.
- ЛЖВ** — люди, що живуть з ВІЛ.
- ДКП** — доконтактна профілактика (PrEP).
- НПКС** — Національна платформа ключових спільнот.
- ІПСШ** — інфекції, що передаються статевим шляхом.
- ЗПСШ** — захворювання, що передаються статевим шляхом.
- ВГС** — вірусний гепатит С

Програма для тренерської команди

Підвищення доступу ключових груп населення до кваліфікованої медичної допомоги

День 1

Таймінг	Зміст	Необхідні матеріали
09:00–10:00	Вступна частина: Привітання від тренерської команди (5 хв). Мета та завдання тренінгу (5 хв). Знайомство з розкладом та програмою (5 хв). Представлення учасників та презентація очікувань (30 хв). Встановлення правил роботи в групі (5 хв). Заповнення дотренінгових анкет (10 хв).	Додаток 1.
10:00–10:30	Перерва на каву/чай.	
10:30–12:00	Тема 1. Основна інформація про ВІЛ та профілактику до контакту: Вправа «Асоціації» (10 хв). Презентація (20 хв). Вправа «Механізми передачі ВІЛ» (30 хв). Презентація (10 хв). Вправа «Профілактика до контакту» (20 хв).	Брошура «PrEP».
12:00–13:00	Обід.	
13:00–14:30	Тема 2. Якісні послуги для жінок, зокрема тих, що живуть з ВІЛ: Інтерактивне обговорення (10 хв). Презентація (20 хв). Вправа «Проблеми та потреби» (30 хв). Презентація (10 хв). Вправа «Клінічний випадок» (20 хв).	Медичний додаток «Жінки, ВІЛ та АРТ».
14:30–15:00	Перерва на каву/чай.	
15:00–16:30	Тема 3. Ключові групи населення: ЧСЧ та транс*люди: Інтерактивне обговорення (10 хв). Презентація (20 хв). Спілкування з «живою книгою» — група ЧСЧ (20 хв). Презентація (20 хв). Спілкування з «живою книгою» — транс*людина (20 хв).	
16:30–17:00	Підбиття підсумків першого дня тренінгу.	

День 2

Таймінг	Зміст	Необхідні матеріали
09:00–09:30	Рефлексія після першого дня тренінгу та план роботи другого дня.	
09:30–11:00	Тема 4. Особи, що надають сексуальні послуги за винагороду, та їхні медичні потреби: Вправа «Асоціативне сонечко» (30 хв). Презентація (30 хв). Перегляд трейлеру «Така робота» та обговорення у групі (30 хв).	Медичний шпатель для огляду порожнини рота.
11:00–11:30	Перерва на каву/чай.	
11:30–13:00	Тема 5. Особливості надання медичних послуг людям, що живуть з наркозалежністю: Перегляд фрагменту фільму та обговорення у групі (10 хв). Презентація (10 хв). Вправа «Соціальні підгрупи ЛВН» (20 хв). Презентація (10 хв). Мозковий штурм «Медичні проблеми ЛЖН» (10 хв). Презентація (10 хв). Вправа «Проблема – рішення» (20 хв).	
13:00–14:00	Обід.	
14:00–15:30	Тема 6. Протидія стигматизації та дискримінації у медичних закладах: Вправа «15 кроків» (30 хв). Мінілекція «Від стигматизації до дискримінації один крок» (15 хв). Чек-лист «Створення доступного для ключових груп медичного закладу» (15 хв). Кейси та групове обговорення (30 хв).	
15:30–16:00	Перерва на каву/чай.	
16:00–17:00	Завершення тренінгу.	Додаток 2.

Вступна частина

ПРИВІТАННЯ ВІД ТРЕНЕРСЬКОЇ КОМАНДИ

Гарне привітання від тренерської команди має бути конкретним, зрозумілим та коротким. Не варто перераховувати усі свої професійні досягнення та досвід. Виберіть для представлення себе лише те, що безпосередньо має стосунок до тематики тренінгу. Крім того, варто взяти до уваги особливості цільової аудиторії, з якою ви маєте намір працювати (професійний та соціальний статус, вік, посаду тощо).

МЕТА ТА ЗАВДАННЯ ТРЕНІНГУ

Надання інформації щодо основної мети та завдань тренінгу допомагають не лише зацікавити слухачів, але й сприяють збільшенню їхньої внутрішньої мотивації.

Основна мета тренінгу — допомогти тренерським командам, зокрема викладачам медичних навчальних закладів післядипломної освіти, проводити якісні інформаційні тренінги для сімейних лікарів із питань особливостей роботи з представниками ключових груп населення та людьми, що живуть з ВІЛ.

ЗАВДАННЯ:

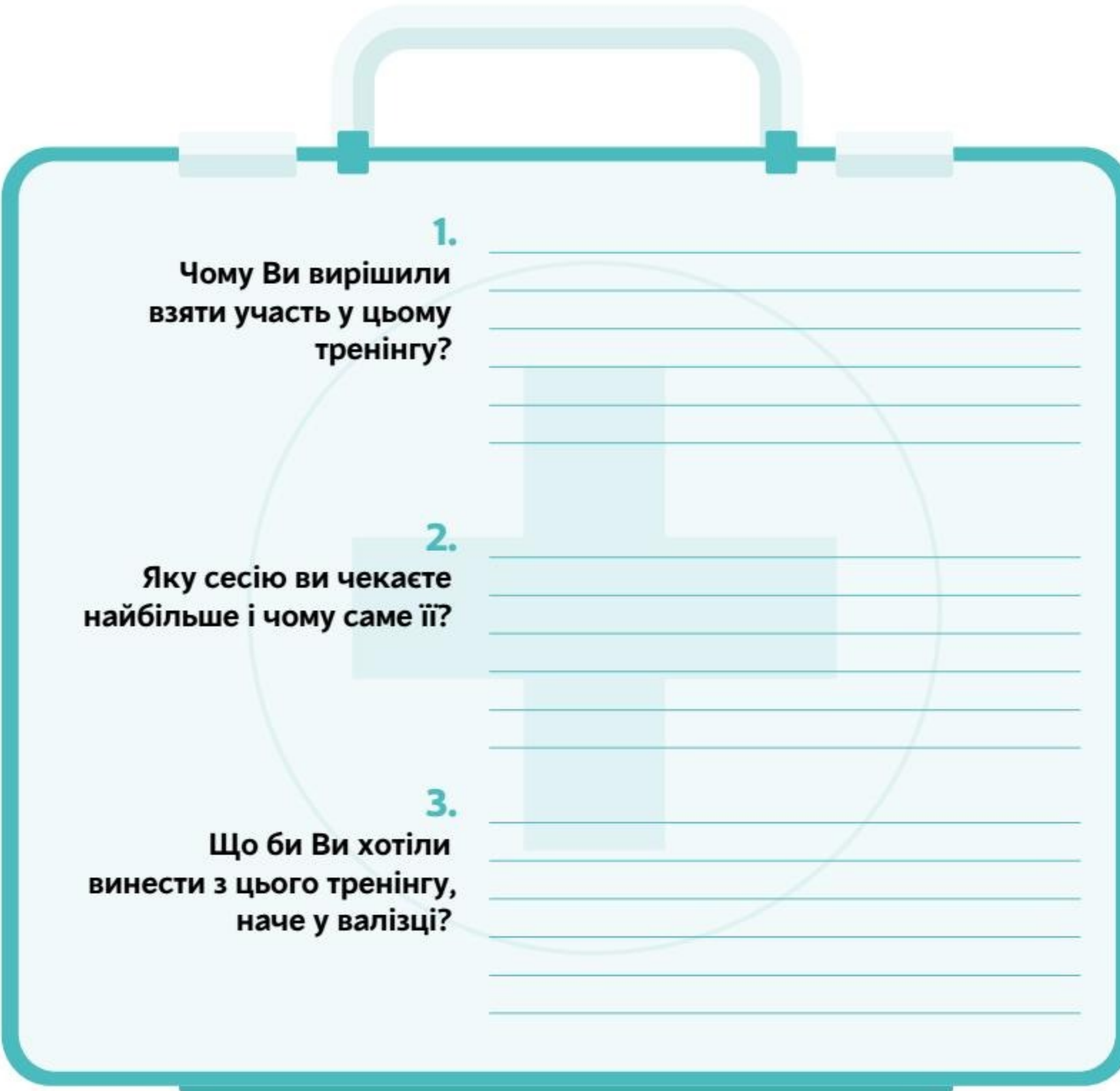
- Підвищити рівень знань сімейних лікарів щодо ВІЛ та сучасних підходів профілактики до контакту.
- Розібрати клінічні та епідеміологічні особливості консультування представників ключових груп населення (ОСБ, ЛВН(І), ЧСЧ, транс*людей) та людей, що живуть з ВІЛ (зокрема жінок), для досягнення максимально сприятливих наслідків кваліфікованої медичної інтервенції.
- Проаналізувати реальні клінічні випадки та на їхньому прикладі продемонструвати ефективні підходи і алгоритми роботи з представниками ключових груп населення.
- Ознайомити лікарів із феноменом стигми та дискримінації в охороні здоров'я, підкреслити його вплив на процес надання медичної допомоги та здоров'я пацієнтів.
- Підвищити рівень поваги до різноманіття в українському суспільстві шляхом спілкування з «живими книгами» — представниками та представницями КГН.

ЗНАЙОМСТВО З РОЗКЛАДОМ ТА ПРОГРАМОЮ

Після представлення основної мети та завдань тренінгу надайте групі можливість ознайомитися з програмою та розкладом дня. Проте попередьте групу, що тренінг має свою динаміку, яка змінюється залежно від темпу роботи та потреб його учасників. Запропонуйте можливість внесення змін до розкладу за нагальною потребою та на запит групи, адже реалізація основної мети і завдань важливіша за жорстке дотримання графіку.

ПРЕДСТАВЛЕННЯ УЧАСНИКІВ ТА ПРЕЗЕНТАЦІЯ ОЧІКУВАНЬ

Роздайте всім учасникам тренінгу роздрукований малюнок медичної валізи і попросіть їх дати письмові відповіді на такі запитання:



1. Чому Ви вирішили взяти участь у цьому тренінгу?

2. Яку сесію ви чекаєте найбільше і чому саме її?

3. Що би Ви хотіли винести з цього тренінгу, наче у валізці?

Після того, як усі учасники впораються із запропонованим завданням, кожен має представитися та презентувати вміст своєї валізки на форумі групи. Попросіть усіх учасників зберігати цей аркуш до завершення тренінгу.

ВСТАНОВЛЕННЯ ПРАВИЛ РОБОТИ В ГРУПІ

Після знайомства тренерська команда укладає своєрідний контракт із групою. Це перелік правил, які допоможуть під час проведення тренінгу та реалізації запланованих завдань. Гарний контракт дуже полегшує роботу та допомагає тренерській команді і учасникам впоратися зі складними ситуаціями під час навчання. У переліку мають бути лише ті правила, які справді знадобляться на цьому тренінгу. Буде доречніше, якщо учасники самі запропонують правила, які, на їхню думку, допоможуть їм бути продуктивними, залученими та активними, а також дозволять почувати себе у безпечному дружньому колі.

ЩО ВАРТО ОБГОВОРИТИ, УКЛАДАЮЧИ КОНТРАКТ ІЗ ГРУПОЮ?

- Використання техніки (телефонів, планшетів, ноутбуків).
- Комунікація (спосіб звернення один до одного, використання «Я»-висловлювань, почергові висловлювання тощо).
- Пунктуальність.
- Конфіденційність та повага до особистих кордонів.
- Згода на фото- та відеофіксацію.

ЗАПОВНЕННЯ ДОТРЕНІНГОВИХ АНКЕТ

До початку тренінгу роздайте учасникам анкети оцінки рівня знань та попросіть заповнити їх. Зазначте, що їхні відповіді допоможуть зробити цей тренінг значно кориснішим та ефективнішим для тих, хто буде проходити навчання за цією програмою у майбутньому. Попросіть усіх уважно прочитати запитання та варіанти відповідей до них. Вибирати потрібно ту відповідь, яка найбільше відповідає баченню учасника. Закцентуйте увагу групи на тому, що анкета є анонімною, і ніхто, крім тренерської команди, не буде мати доступу до отриманих відповідей.

Анкета визначення рівня знань до та після проведення тренінгу на тему:

«Підвищення доступу ключових груп населення до кваліфікованої медичної допомоги»

Дайте, будь ласка, відповіді на декілька запитань, розкриваючи значення понять. Напишіть безпосередньо ваше розуміння того чи іншого явища, а не нормативно зафіксоване визначення.

1.	Чи є незахищений анальний статевий контакт найбільш ризикованим у контексті передачі ВІЛ?	Так	Ні
2.	PrEP рекомендований людям, котрі вживають наркотики ін'єкційним шляхом?	Так	Ні
3.	Гендерна дискримінація може стати перешкодою під час отримання якісних медичних послуг?	Так	Ні
4.	Чи є окремі хвороби та/або медичні стани, притаманні лише ЧСЧ?	Так	Ні
5.	Трансгендерні жінки — це люди, у яких при народженні задокументували жіночу стать, проте гендерна ідентичність у них чоловіча?	Так	Ні
6.	Прийом фемінізувальної гормонотерапії може викликати розвиток тромбозів?	Так	Ні
7.	Антиретровірусна терапія не сумісна з деякими психоактивними речовинами і повинна бути адаптована до особливостей пацієнта, що живе з наркозалежністю?	Так	Ні
8.	Внутрішня та зовнішня стигматизація впливає на психоемоційний стан людини, котра їй піддається?	Так	Ні
9.	Маргіналізовані групи населення більш схильні до ризикованої поведінки?	Так	Ні
10.	Серед ЧСЧ вищі показники паління та вживання алкоголю через їхню генетичну схильність до цього?	Так	Ні
11.	Секс-працівник чи секс-працівниця — це коректний термін для нейтрального позначення тих, хто зайнятий у сфері секс-бізнесу?	Так	Ні
12.	Для ВІЛ+ секс-працівників варто призначати АРТ із кількаразовим добовим прийомом таблеток?	Так	Ні

КЛЮЧ

1.	Ні	5.	Ні	9.	Так
2.	Так	6.	Так	10.	Ні
3.	Так	7.	Так	11.	Так
4.	Ні	8.	Так	12.	Ні



Тема 1.

Основна інформація про ВІЛ та профілактику до контакту

Мета: доповнити знання сімейних лікарів про ВІЛ-інфекцію, зокрема шляхи передачі вірусу, методи ранньої діагностики та стратегії профілактики ВІЛ серед ключових груп населення.

ВПРАВА «АСОЦІАЦІЇ»

У виконанні вправи бере участь уся група. Учасники по колу чи за бажанням висловлюють одну-дві асоціації, які у них викликає вираз «**ВІЛ-інфекція**». Асоціації можуть бути найрізноманітніші. Найчастіше вони відображають особистісне ставлення людини до теми, навіть неусвідомлюване. Асоціації повинні бути записані на дошці чи фліпчарті, після чого тренер має згрупувати асоціації за певними темами та звернути увагу групи на позитивний, негативний чи нейтральний характер асоціацій.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Сприйнятливість до ВІЛ в усіх людей є загальною. Та її ступінь може відрізнятися, адже є індивідуальним для кожного. Це може виявлятися у повному

(мутація генів, котрі кодують структуру CD4-рецепторів Т-лімфоцитів, що робить їх «невидимим» для ВІЛ) чи частковому обмеженні інфікування ВІЛ (високий рівень активності факторів місцевого (слизового) імунітету), а також у прищвидженні чи гальмуванні темпів розвитку клінічних симптомів хвороби.

Для передачі ВІЛ необхідна не лише наявність джерела інфекції та суб'єкта-реципієнта, але й відповідні умови, які забезпечують передачу. Для зараження ВІЛ з подальшим розвитком інфекційного процесу необхідне потрапляння збудника у внутрішнє середовище організму.

З іншого боку, природне виділення ВІЛ з організму ВІЛ-позитивної людини відбувається обмеженими шляхами: зі спермою, виділеннями зі статевих органів, грудним молоком, а в патологічних чи штучних умовах — із кров'ю.

Передача ВІЛ здійснюється такими механізмами: природним-контактним, вертикальним, штучним парентеральним.

Є різні шляхи реалізації механізмів передачі збудника, зокрема:

- **Статевий** — під час гомосексуальних чи гетеросексуальних статевих контактів (під час анального, вагінального та орального сексу).
- **Парентеральний** (ін'єкційно, через кров та інші біологічні рідини) — найризикованіший механізм передачі, який можливий після переливання інфікованої цільної крові чи її компонентів; під час повторного використання шприців, нестерильного інструментарію; під час пересадки інфікованих органів, кісткового мозку, штучної інсемінації інфікованою спермою.
- **Перинатальний (від матері до дитини)** — вертикальний шлях (внутрішньо-утробно через плаценту від ВІЛ-інфікованої матері; під час пологів — при контакті плоду з інфікованою кров'ю чи секретами матері, або під час заковтування плодом материнської крові чи інших рідин) та горизонтальний (інфікування дитини при грудному вигодовуванні чи годуванні грудним молоком ВІЛ-інфікованої жінки).

Зазначимо, що найбільш розповсюдженим є контактний механізм передачі збудника, який реалізується статевим шляхом.

ВПРАВА «МЕХАНІЗМИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ»

Для закріплення розуміння учасниками механізмів та шляхів передачі ВІЛ виділіть три колонки на фліпчарті: в першій тренерська команда буде додавати біологічні рідини, які можуть бути джерелом збудника, у другій учасники мають зазначити шляхи передачі відповідно до «вхідних воріт», які будуть вказані у третій колонці.

Наприклад:

Біологічна рідина	Шлях Передачі	Вхідні ворота
Кров	?	Кровоносні судини

Правильна відповідь: спільне використання шприців та ургентне переливання неперевіреної крові.

Після виконання цього завдання спільно з учасниками визначте для кожної ситуації механізм передачі. Всі можливі та зареєстровані в Україні шляхи передачі ВІЛ наведені в таблиці 1.

**Таблиця 1.
Механізми передачі**

	Біологічна рідина	Шлях Передачі	Вхідні ворота
Штучний (парентеральний)	Кров	Спільне використання шприців	Кровоносні судини
	Кров	Ургентне переливання неперевіреної крові	Кровоносні судини
Вертикальний	Кров	Трансплацентарно під час виношування плоду	Кровоносні судини
	Кров	Травматичні пологи	Пошкоджена шкіра та слизові
	Грудне молоко	Грудне вигодовування	Слизова ротової порожнини та стравоходу

	Біологічна рідина	Шлях Передачі	Вхідні ворота
Контактний	Кров	Травматичні сексуальні практики	Слизові статевих органів
	Кров	Пошкоджені слизові іншими інфекціями (герпес, сифіліс)	Слизові статевих органів
	Кров	Травматизація капілярної сітки ректальної слизової під час анального сексу	Слизові статевих органів
	Сперма	Незахищений анальний секс	Слизова прямої кишки
	Сперма	Незахищений вагінальний секс	Вагінальна слизова
	Сперма	Незахищений оральний секс	Слизова ротової порожнини (за умови додаткового ушкодження — опіки, пошкодження твердою їжею, супутні інфекційні ураження)
	Вагінальний секрет	Незахищений вагінальний секс	Крайня плоть, слизова головки статевого члена
	Вагінальний секрет	Використання проникних секс-іграшок без презерватива	Вагінальна слизова
	Вагінальний секрет	Використання проникних секс-іграшок без презерватива	Ректальна слизова

Інші шляхи передачі ВІЛ в Україні не зареєстровані із 1987 року.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

В Україні виділяють п'ять **ключових груп населення**, що визначають динаміку розвитку епідемії ВІЛ та зазнають непропорційного впливу ВІЛ-інфекції майже за будь-яких умов:

- геї та інші ЧСЧ (чоловіки, що мають секс з чоловіками);
- ЛЖН — люди, які живуть із наркозалежністю;
- Секс-працівниці та секс-працівники¹;
- ув'язнені та особи, що перебувають в інших закритих закладах;
- транс*люди².

Також до ключових груп належать сексуальні партнери всіх вище зазначених груп.

В українському законодавстві використовується термін **«групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»** (Наказ МОЗ від 08.02.13 № 104 «Про затвердження переліку та критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ»).

Згідно з інформаційним бюлетенем (№ 49) «ВІЛ-інфекція в Україні», ризик інфікування ВІЛ вище у 27 разів серед чоловіків, які мають статеві зв'язки з чоловіками; у 23 рази — серед людей, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним способом; у 13 разів — серед людей, які надають сексуальні послуги за винагороду; у 12 разів — серед транссексуальних жінок. Ці показники свідчать, що профілактика серед ключових спільнот є вкрай важливою.

Однією зі стратегій попередження ВІЛ-інфекції для людей із негативним ВІЛ-статусом є доконтактна профілактика (ДКП або PrEP), яка полягає у прийомі антиретровірусних препаратів. Нині популярним АРВ-препаратом PrEP є «Трувада», що містить тенофовір, який зазвичай комбінується з емтріцитабіном. Препарат випускається у вигляді пігулок для ковтання. Приймаючи PrEP щодня, людина забезпечує високу концентрацію АРВ-препаратів у своїй крові. У разі контакту з ВІЛ (наприклад, під час незахищеного сексу з ВІЛ-позитивним партнером) накопичена концентрація не дозволить ВІЛ проникнути у CD4-клітини.

1 Секс-працівники/працівниці — це особи, залучені до секс-роботи, для яких надання сексуальних послуг за винагороду є основним (або одним із основних) джерелом заробітку.

2 Транс*люди — це парасольковий термін, який позначає людей на різних стадіях трансгендерного переходу. Як правило, цим терміном позначають людей, ґендерна ідентичність яких частково чи повністю не збігається з анатомічною статтю.

ДЛЯ КОГО ПРИЗНАЧАЄТЬСЯ PrEP?

PrEP підходить не всім, однак може бути корисною для чоловіків, жінок та транс*жінок із високим ризиком інфікування ВІЛ через статевий акт чи вживання ін'єкційних наркотиків.

Зважаючи на більшість міжнародних рекомендацій, в Україні PrEP призначають лише в режимі щоденного прийому. Це означає, що щодня потрібно приймати одну пігулку один раз на добу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ PrEP ПІСЛЯ ПОЧАТКУ ПРИЙОМУ

За оцінками фахівців, для досягнення високого рівня захисту потрібно принаймні сім днів використання PrEP. За умови неухильного дотримання рекомендацій лікаря щодо використання «Трувади» в якості PrEP забезпечується зниження ризику ВІЛ-інфікування на 92–99%.

Згідно з рекомендаціями ВООЗ, потрібно здійснити необхідні обстеження перед початком та під час прийому PrEP.

Перед початком	Під час прийому
• Тест на ВІЛ, гепатити В та С, гонорею, сифіліс та хламідіоз; • визначення рівня креатиніну в крові (оцінка функції нирок).	• Кожні три місяці тест на ВІЛ та ІПСШ (гонорею, сифіліс, хламідіоз та гепатити В, С); • кожні шість місяців потрібно контролювати рівень креатиніну.

КОЛИ ВАРТО РОЗГЛЯНУТИ PrEP ЯК СТРАТЕГІЮ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ?

Якщо пацієнт чи пацієнтка належать до ключових спільнот та дадуть ствердну відповідь на будь-яке з нижчезазначених запитань.

- Чи використовуєте ви презерватив лише іноді або взагалі ніколи?
- Чи часто ви інфікуєтеся ЗПСШ анально?
- Чи часто ви інфікуєтеся ЗПСШ вагінально?
- Чи використовували ви постконтактну профілактику (ПКП) більше одного разу за минулий рік?

- Чи перебуваєте ви у дискордантних стосунках, де ваш сексуальний партнер ВІЛ-позитивний, а ви ВІЛ-негативні?
- Чи перебуваєте ви у відкритих стосунках або ж практикуєте анальний та/або вагінальний секс із не одним партнером/партнеркою?
- Чи практикуєте ви секс із кимось, чий ВІЛ-статус вам не відомий?
- Чи практикуєте ви секс із кимось у місті чи регіоні, де є велика кількість людей, які живуть з ВІЛ?

У травні 2018 року Центр контролю за хворобами США підтримав дозвіл прийому PrEP людям молодше 18-и років із масою тіла більше 35 кг, котрі піддаються вищезазначеним ризикам інфікування ВІЛ. В Україні PrEP затверджений для прийому особам молодше 18-и років у межах загальнодержавної системи охорони здоров'я.

ВПРАВА «ПРОФІЛАКТИКА ДО КОНТАКТУ»

Учасники тренінгу отримують опис пацієнтів. Потрібно визначити, кому з цих пацієнтів рекомендовано призначати прийом PrEP, кому бажано і кому не потрібно. Для цього учасники отримують брошуру «PrEP»³. Обов'язково потрібно обґрунтувати свою думку. Вправа може виконуватись у парах чи у групах. Опис пацієнтів учасники обирають наосліп. Після обговорення кожна пара чи група зачитує опис пацієнта та пропонує своє бачення щодо призначення профілактики до контакту.⁴

№	Опис пацієнта	Примітка
1.	Чоловік, який живе з чоловіком, що має ВІЛ+ статус з невизначеним вірусним навантаженням (ВН).	PrEP рекомендований для ВІЛ-партнерів у дискордантних парах, проте за умови невизначеного вірусного навантаження ризик передачі нульовий (ризик передачі відсутній вже при вірусному навантаженні менше 200 копій/мл, а невизначене ВН — це менше 40 копій/мл). Також не варто забувати, що можливий розвиток резистентності до АРТ і ВН може підвищуватися. Отже, можна рекомендувати, проте проговорювати вищезазначене.
2.	Жінка, що перебуває у шлюбі з чоловіком.	Необхідний збір статевого анамнезу жінки і її чоловіка та визначення стратегії щодо PrEP на основі отриманої інформації.

3 Режим доступу: https://issuu.com/fulcrumua/docs/prepguide_fulcrum_mf_web

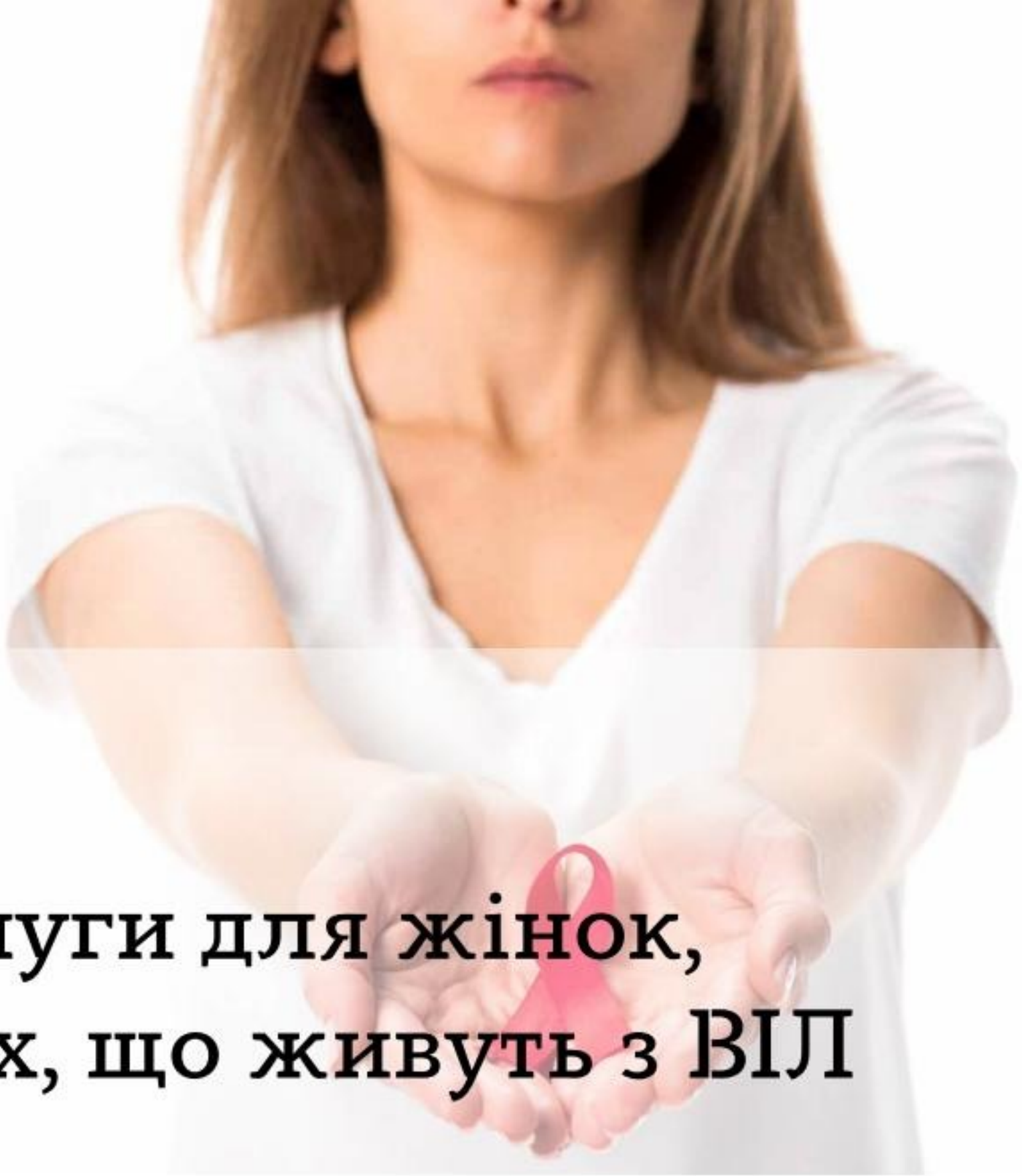
N°	Опис пацієнта	Примітка
3.	Жінка, яка понад 5 років проживає з жінкою, що має ВІЛ+ статус з ВН 150 копій на мл.	Хоча ризик передачі ВІЛ серед ЖСЖ невисокий, стратегія щодо PrEP аналогічна, як і для всіх дискордантних пар. Специфіка цього випадку полягає в тому, що ВН все ж визначається, тому є схильність такого штаму ВІЛ до резистентності до АРТ.
4.	Гетеросексуальний чоловік без постійної партнерки, котрий завжди користується презервативом.	Рівень ризику передачі ВІЛ нижчий, ніж серед ключових спільнот, проте PrEP рекомендований за бажанням.
5.	Секс-працівник чи секс-працівниця.	Доцільно розпочинати використання PrEP, якщо людина є сексуально активною та має кількох партнерів, серед яких можуть бути ВІЛ-позитивні, ВІЛ-негативні чи партнери з невідомим ВІЛ-статусом. Якщо ж надалі у людини будуть стосунки лише з одним ВІЛ-негативним партнером, то, ймовірно, що сенсу продовжувати PrEP не буде.
6.	Студент першого курсу, що навчається у столичному закладі вищої освіти.	Необхідний збір статевого анамнезу та визначення стратегії щодо PrEP на основі отриманої інформації.
7.	Споживач ін'єкційних наркотиків.	Високий ризик інфікування та доведена відповідними дослідженнями ⁴ ефективність PrEP для цієї групи пацієнтів свідчать на користь призначення.
8.	Військовий, що перебуває в зоні військових дій.	Необхідний збір статевого анамнезу з урахуванням підвищеного ризику передачі парентеральних інфекцій у зоні бойових дій та визначення стратегії щодо PrEP на основі отриманої інформації.
9.	Одинокa матір, що має трьох дітей і працює офіціанткою в ресторані.	Потрібно провести діагностику сексуального життя та активності пацієнтки. Але, за звичайних умов, ця особистість не є ключовою групою для призначення PrEP.
10.	Гомосексуальний чоловік, що перебуває в моногамних стосунках.	У такого пацієнта ризик передачі невисокий, проте потрібно деталізувати статевий анамнез та визначення стратегії щодо PrEP на основі отриманої інформації.
11.	Людина, у якої в анамнезі є перенесений хламідіоз.	Перенесені ІПСШ є причиною для рекомендації PrEP, проте спочатку потрібно зібрати статевий анамнез та визначити стратегію щодо PrEP на основі отриманої інформації.
12.	Жінка з контактною алергією на латекс.	Оскільки у цьому випадку презервативи не можуть бути застосовані, то PrEP однозначно рекомендований.
13.	Чоловік, що живе з ВІЛ і має активне статеве життя без постійного партнера.	PrEP протипоказаний людям, котрі живуть з ВІЛ.

⁴ Режим доступу: <https://www.catie.ca/en/pif/fall-2013/prep-works-people-who-use-injection-drugs>

№	Опис пацієнта	Примітка
14.	Людина, хвора на хронічну форму гепатиту В, що живе активним статевим життям.	Компоненти PrEP можуть ускладнювати стан хворого на хронічний гепатит В. У цьому випадку з метою доконтактної профілактики варто розглянути можливість прийому антиретровірусних препаратів, рекомендованих для лікування супутньої ВІЛ-інфекції та вірусного гепатиту.
15.	Трансгендерна жінка, що має моногамні стосунки з чоловіком.	У такої пацієнтки ризик зараження ВІЛ невисокий, проте потрібно деталізувати статевий анамнез та визначення стратегії щодо PrEP на основі отриманої інформації.

Після презентації та обговорення тренерська команда має підбити підсумки сесії та зацентувати увагу на головних тезах:

- Передача ВІЛ здійснюється такими механізмами: природньо-контактним, вертикальним, штучно-парентеральним.
- Динаміку розвитку епідемії ВІЛ в Україні визначають п'ять ключових груп населення та їхні сексуальні партнери.
- Однією з ефективних стратегій попередження ВІЛ-інфекції для представників та представниць ключових спільнот із негативним ВІЛ-статусом є доконтактна профілактика.
- PrEP не захищає від інших ЗПСШ, а лише знижує ризик інфікування ВІЛ.



Тема 2.

Якісні послуги для жінок, зокрема тих, що живуть з ВІЛ

Мета: ознайомити учасників з даними щодо актуальних показників здоров'я жінок в Україні та світі, з'ясувати особливості консультування жінок, зокрема тих, що живуть з ВІЛ або мають високий ризик інфікування у зв'язку зі способом життя чи обмеженим доступом до медицини.

ІНТЕРАКТИВНЕ ОБГОВОРЕННЯ:

- Чи впливає стать (гендер) на якість надання медичної допомоги?
- Хто, на вашу думку, користується медичними послугами частіше — чоловіки чи жінки?
- Які захворювання, на вашу думку, є основними причинами смертності жінок та дівчат у світі?
- Які соціальні процеси можуть суттєво погіршити здоров'я дівчат та жінок?
- Які соціальні групи жінок мають найбільш обмежений доступ до медичних послуг і чому?
- Які жіночі соціальні групи мають найвищий ризик інфікування ВІЛ?

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Стать — це біологічні особливості, що відрізняють жінок від чоловіків.

Ґендер — це соціальне поняття, що характеризує особливі норми, ролі, розподіл влади та стосунків між чоловіками та жінками.

Ґендерна нерівність лежить в основі більшості проблем, пов'язаних із доступом жінок та дівчат до якісної медичної допомоги.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за 2018 рік, жінки хворіють та користуються медико-санітарними послугами більше, ніж чоловіки. Зокрема, це зумовлено їхніми потребами у сфері репродуктивного здоров'я.

Варто зазначити, що неінфекційні захворювання є основною причиною смертності жінок у світі, зокрема найчастіше жінки помирають від серцево-судинних захворювань. Серед онкологічних захворювань у жінок найпоширеніші рак шийки матки та рак молочної залози, а рак легенів є основною причиною смертності.

Окрім цього, фахівці ВООЗ зазначають, що в країнах, де мають місце військові конфлікти та спостерігається переміщення населення, жінки і дівчата все більше потерпають від зґвалтувань та інших форм насильства, а також часто не мають доступу фахової до медичної допомоги у зв'язку з дезорганізацією системи охорони здоров'я.

Серед усіх хворих на ВІЛ у світі більшість становлять жінки, зокрема дівчата віком 15–24 років⁵. Варто зазначити, що двоє із трьох новоінфікованих ВІЛ людей становлять дівчата підліткового віку та молоді жінки. Для жінок віком від 15 до 49 років основними загрозами для здоров'я є ВІЛ та туберкульоз.

В Україні, згідно з відповіддю Міністерства охорони здоров'я від 20 листопада 2017 року на запит БО «Позитивні жінки», станом на 01 січня 2017 року офіційно було зареєстровано **62 576** ВІЛ-позитивних жінок.

Протягом першого півріччя 2017 року серед нових випадків ВІЛ-інфекції в Україні зареєстровано 3660 жінок (для порівняння у 2016 році таких випадків було 7258). Багато жінок інфікуються ВІЛ від свого сексуального партнера (часто чоловіка).

станом на 01 січня 2017 року
офіційно було зареєстровано

62 576

ВІЛ-позитивних жінок

5 Режим доступу: <http://www.unaids.org/en/resources/infographics/girls-and-women-living-with-HIV>

ВІЛ ЛЕГШЕ ПЕРЕДАЄТЬСЯ ВІД ЧОЛОВІКА ДО ЖІНКИ, БО:

- у чоловіків та жінок суттєво відрізняється будова статевих органів; у жінок слизова оболонка піхви та поверхня шийки матки є дуже вразливими до ВІЛ-інфекції, тоді як у чоловіків вразливість обмежена невеликою слизовою оболонкою навколо уретри та внутрішнім шаром під крайньою плоттю;
- кількість вірусу в спермі набагато вища, ніж у виділеннях з жіночих статевих органів;
- сперма зазвичай залишається після еякуляції в жіночих репродуктивних органах, що подовжує час контакту вірусу зі слизовою поверхнею, вразливою до інфекції; тоді як чоловік може вимити геніталії з милом та водою, таким чином завершити контакт із вірусом;
- будь-які сексуальні прийоми, які можуть викликати потертості, травми чи рани слизової оболонки піхви, також збільшують ризик інфікування.

Крім того, ризик інфікування жінки вірусом збільшує наявність запальних змін статевих органів, які іноді не викликають жодних скарг, залишаючись непоміченими. Тому регулярні (принаймні раз на рік) обстеження у гінеколога настільки важливі.

Варто зауважити, що анальний секс не зменшує ризику інфікування ВІЛ, бо анальна слизова оболонка так само схильна до пошкоджень, як і піхва, і, таким чином, вірус може дуже легко переходити від одного партнера до іншого.

СОЦІАЛЬНІ ГРУПИ ЖІНОК, ЩО МАЮТЬ НАЙБІЛЬШ ОБМЕЖЕНИЙ ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

- Жінки, що живуть з наркозалежністю, зокрема ті, що беруть участь у програмах опіоїдної замісної терапії.
- Жінки, що надають сексуальні послуги за винагороду.
- Жінки, що зазнають насильства.
- Жінки, що проживають у місцях збройних конфліктів.
- Жінки без постійного місця проживання (безпритульні).
- Жінки з інвалідністю.

- Трансгендерні жінки.
- Гомосексуальні та бісексуальні жінки.
- Жінки, що перебувають у місцях позбавлення волі чи під тимчасовою вартою.

Дослідження «Гендер і ВІЛ: від патерналізму до активної участі», здійснене ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» підтвердило, що жінки вразливіші до ВІЛ та менше здатні захищати себе від впливу ВІЛ і СНІДу через економічні, соціальні, правові, політичні та культурні перешкоди. Варто зазначити, що проблема гендерної нерівності та невисокого соціального становища жінок у суспільстві підвищує ризик інфікування ВІЛ та іншими ІПСШ. Інколи страх за своє життя, здоров'я, соціальний статус змушує жінок цілком та повністю підкорятися чоловікам, бо найчастіше соціальні та статеві стосунки контролюють саме чоловіки. Наприклад, часто жінки не наполягають на використанні презерватива під час статевого акту, якщо на це не погоджується чоловік. Незахищеними є і секс-працівниці, оскільки «умови» сексуального контакту визначає «замовник послуги». Позбавленими захисту є і жінки, що вживають наркотики, бо вони перебувають в цілковитій залежності від свого постачальника, а нерідко наркозалежна жінка використовує після чоловіка той самий шприц.

ВПРАВА «ПРОБЛЕМИ ТА ПОТРЕБИ»

Тренерська команда пропонує групі об'єднатися в пари. Кожна пара обирає одну із запропонованих ситуацій наосліп та протягом 5–7 хвилин має проаналізувати, які специфічні потреби є у кожній жінки в наведених прикладах, назвавши труднощі, з якими вона гіпотетично може зіштовхнутися під час звернення за медичною допомогою. Після обговорення пари учасників презентують свої напрацювання на форумі групи.

Ситуація 1.

Жінка, основним джерелом прибутку якої є надання сексуальних послуг, дізналася про свій ВІЛ-позитивний статус під час вагітності.

Ситуація 2.

19-річна жінка з наркозалежністю потрапила до реанімації з діагнозом «передозування знеболювальними».

Ситуація 3.

Молода жінка звернулася до гінеколога. Під час огляду у лікаря виникла підозра, що клієнтка нещодавно зазнала фізичного та/чи сексуального насильства.

Ситуація 4.

45-річна жінка, що проживає в зоні АТО, не проходила жодних медичних обстежень, починаючи з 2013 року.

Ситуація 7.

Трансгендерна ВІЛ-позитивна жінка звернулася до лікаря-інфекціоніста через погане самопочуття та побічні ефекти у зв'язку з прийомом АРТ та ЗГТ.

Ситуація 5.

Жінка без постійного місця проживання прийшла в поліклініку та повідомила, що гостро потребує лікарської допомоги і будь-яких ранозагоювальних ліків.

Ситуація 8.

Пара гомосексуальних жінок звернулася до приватної клініки з бажанням скористатися допоміжними репродуктивними технологіями.

Ситуація 6.

Жінка з інвалідністю, яка користується жестовою мовою, звернулася до лікаря-дерматовенеролога за довідкою, що дає право відвідувати громадський басейн.

Ситуація 9.

Жінка, яка певний час перебувала в місцях позбавлення волі, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на пожовтіння шкіри та очей, потемніння сечі, надмірну втому, нудоту, блювання і біль у животі.

За результатами презентацій кожної пари відбувається дискусія. Тренер підбиває підсумки і формує узагальнену таблицю щодо специфічних потреб та найрозповсюдженіших проблем, з якими зіштовхуються жінки, що живуть з ВІЛ, чи представниці соціальних груп, що мають обмежений доступ до медичних послуг. Також тренер звертає увагу на такі важливі фактори посилення ризику інфікування ВІЛ, як: вік, бідність, насилля, вживання наркотиків, робота в секс-індустрії, перебування у складних життєвих обставинах.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Проблеми, з якими стикаються ВІЛ-позитивні жінки та представниці ключових груп населення у медичних закладах:

- відмова в медичному обстеженні;
- відмова у наданні першої невідкладної допомоги;
- відмова чи свідомо затримка у наданні будь-яких медичних послуг (заборі крові та інших біологічних рідин, оперативному втручанні, стоматологічній допомозі тощо);
- відмова у забезпеченні належного лікування та догляду (стаціонарного лікування, денного стаціонару, поліклінічної допомоги);

- маркування медичних карток, ліжок тощо;
- порушення принципу конфіденційності, несанкціоноване поширення інформації про ВІЛ-позитивний статус без отримання відповідної згоди, зокрема іншому персоналу закладів охорони здоров'я;
- порушення принципів чи недотримання процедури проведення добровільного консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ);
- неетична поведінка медичного персоналу, а саме: образливі висловлювання, грубе поводження, зневажливе ставлення, принизливі запитання тощо;
- необґрунтоване перенаправлення з однієї медичної установи до інших медичних закладів;
- підвищення вартості благодійних внесків на послуги з діагностики та лікування;
- ізолювання від інших хворих;
- необґрунтовані вимоги забезпечити лікарів специфічними засобами індивідуального захисту під час надання пацієнту/пацієнтці з ВІЛ-інфекцією медичних послуг.

СПЕЦИФІЧНІ ПОТРЕБИ ДЛЯ ЖІНОК, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ ЧИ МАЮТЬ ВИСОКИЙ РИЗИК ІНФІКУВАННЯ ВІЛ ТА ІНШИМИ ІПСШ:

- створення дієвого механізму забезпечення конфіденційності;
- вільний доступ до тестування та якісного до- і післятестового консультування на базі жіночих консультацій;
- залучення ВІЛ-позитивних жінок чи представниць ключових груп населення, які мають досвід консультування з питань здоров'я, вагітності та народження дітей;
- створення атмосфери довіри під час обговорення способу життя та потреб з медичними працівниками;
- спеціальний доступ до інформації та послуг для жінок з інвалідністю;
- послуги з сексуального та репродуктивного здоров'я спеціально для гомосексуальних, бісексуальних та трансґендерних жінок;

- безперервний доступ до лікування та підтримки прихильності для жінок в місцях позбавлення волі;
- доступ до операцій зі зміни (корекції) статі для трансгендерних жінок.

Для детальнішого ознайомлення зі становищем наркозалежних жінок, жінок, які живуть з ВІЛ, секс-працівниць, лесбійок, бісексуальних жінок та трансгендерних людей в Україні рекомендуємо публікацію «ТІНЬОВИЙ ЗВІТ», підготовлену неурядовими організаціями (НУО) «Інсайт», «Позитивні жінки» та «Світанок» на 66-у сесію Комітету з ліквідації дискримінації щодо жінок (Женева, 2017 рік)⁶.

ПРАКТИЧНА ВПРАВА «КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК»

Тренерська команда пропонує учасникам продовжити роботу в тих самих парах та створити алгоритм обстеження для кожної з пацієнток в наведених прикладах.

Увага! Кожен учасник має отримати медичний додаток «Жінки, ВІЛ та АРТ». Після презентації та обговорення тренерська команда підбиває підсумки сесії та акцентує увагу на основних тезах:

- Жінки є більш вразливими до ВІЛ, ніж чоловіки.
- В основі більшості проблем, пов'язаних з доступом жінок та дівчат до якісної медичної допомоги, лежить ґендерна нерівність.
- Соціальне становище жінок суттєво впливає на ризик інфікування ВІЛ та іншими ІПСШ.
- Під час консультування жінок потрібно звертати увагу на фактори, що посилюють ризик інфікування ВІЛ, зокрема: вік, тяжке матеріальне становище, насилля, вживання наркотиків, секс-робота, перебування у складних життєвих обставинах тощо.

6 «ТІНЬОВИЙ ЗВІТ» щодо становища наркозалежних жінок, жінок, які живуть з ВІЛ, секс-працівниць, лесбійок, бісексуальних жінок та трансгендерних людей в Україні / Режим доступу: http://www.pw.org.ua/wp-content/uploads/2018/05/CEDAW_ShadowReport_Positive-Women_UKR.pdf

Тема 3.

Ключові групи населення: ЧСЧ та транс*люди

Мета: ознайомити учасників тренінгу зі специфічними потребами чоловіків, які практикували чи практикують одностатеві сексуальні стосунки, обговорити основні аспекти здоров'я транс*людей, надати практичні поради щодо консультування та ефективної взаємодії з представниками цих ключових груп.

ІНТЕРАКТИВНЕ ОБГОВОРЕННЯ

- Хто такі ЧСЧ та транс*люди?⁷
- Як ви вважаєте, ЧСЧ та транс*люди мають специфічні медичні потреби? Якщо «так», то які?
- Які, на вашу думку, психологічні проблеми можуть виникнути у процесі взаємодії лікаря з ЧСЧ та транс*пацієнтами?
- Як лікар може підтримувати контакт із пацієнтами з групи ЧСЧ та транс*людьми?

7 Термін «транслюди» за законами граматики української мови має писатися разом, але в правозахисних колах він фігурує із зірочкою, яка використовується у соціальному контексті в спробі включити інші небінарні гендерні ідентичності, тобто людей, що визначають свою гендерну ідентичність як трансгендерну, транссексуальну, гендерфлюїдну, небінарну, нейтральну, агендерну, бігендерну тощо.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Абревіатура **ЧСЧ** використовується, як правило, у медичному контексті та розшифровується як «чоловіки, що практикують секс із чоловіками». До ЧСЧ належать гомосексуальні чоловіки, бісексуали та гетеросексуали, які практикують секс із чоловіками з різних причин: добровільно внаслідок своїх сексуальних уподобань чи експериментів, у зв'язку з ізоляцією від жінок (перебування у місцях позбавлення волі, зоні військових дій тощо) чи з примусу.

Термін використовується з метою зменшення стигматизації цієї групи чоловіків, акцентуючи увагу на ризикованій поведінці, а не на ідентичності чи сексуальній орієнтації людини.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧСЧ

Насправді не існує ЧСЧ-специфічних медичних станів чи хвороб, проте ця група населення схильна стикатися з певними медичними проблемами частіше, ніж загальне населення. Нижченаведена інформація отримана на основі зібраних даних, опублікованих у звіті неурядової організації США «Institute of Medicine»⁸

Особливість	Причини
Вищі показники поширеності ВІЛ та інших ІПСШ.	ЧСЧ перебувають в умовах ворожого ставлення суспільства, котре обмежує реалізацію особистості у трудовій, соціальній та сімейній сферах. А це підштовхує ЧСЧ як маргіналізовану групу населення до ризикованої поведінки. Біологічною передумовою є високий ризик передачі ВІЛ під час незахищеного анального контакту.
Низька охопленість профілактичними обстеженнями.	Через небажання зіткнутися зі стигмою та дискримінацією в медичних установах люди уникають їх відвідин (див. Інфографіка 1).
Тривога та депресія.	Це наслідок засвоєної внутрішньої та зовнішньої гомофобії.
Схильність до самоушкоджень та самогубств.	Це наслідок ускладнення депресивних та тривожних станів.
Високий рівень патологічного контролю та збільшення маси тіла.	Гіперболізовані стандарти зовнішнього вигляду спричиняють розвиток булімії та/чи анорексії серед ЧСЧ. З іншого боку, може розвинути ожиріння як наслідок тривалого депресивного стану.

8 Режим доступу: <http://www.nationalacademies.org/HMD/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>

Особливість	Причини
Вищі показники паління та вживання алкоголю.	Найпопулярніші місця соціалізації ЧСЧ — це нічні клуби та бари, де невід’ємним атрибутом є алкоголь, цигарки, а інколи й інші психотропні речовини. Також це наслідок маргіналізації та тривалих депресивних станів.
Вживання наркотичних речовин.	Найпопулярніші місця соціалізації ЧСЧ — це нічні клуби та бари, де невід’ємним атрибутом є алкоголь, цигарки, а інколи й інші психотропні речовини. Також це наслідок маргіналізації та тривалих депресивних станів.

ДИСКРИМІНАЦІЯ — ЦЕ РУТИННА СПРАВА У ЖИТТІ ЛГБТ-НАСЕЛЕННЯ ЗАГАЛОМ ТА ЧСЧ ЗОКРЕМА⁹:



39 %

не прийняті
власними сім’ями
та близькими;

21 %

піддавалися
дискримінації
на робочому місці;



30 %

зазнавали нападів
та фізичних
ушкоджень;

37 %

ЛГБТ-підлітків
в Україні хоча б
одного разу
пропускали заняття
в школі через страх
перед цькуванням¹⁰.



⁹ Режим доступу: <http://www.pewsocialtrends.org/2013/06/13/a-survey-of-lgbt-americans/>

¹⁰ Режим доступу: <https://issuu.com/fulcrumua/docs/doslidzhennya>

ЛГБТ-ПАЦІЄНТИ ПОВІДОМЛЯЛИ ПРО ДИСКРИМІНАЦІЮ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ¹¹, ЗОКРЕМА, ЩО:

- лікарі використовували додаткові засоби особистого захисту чи відмовлялися торкатися їхнього тіла (11%);
- медики звинувачували їх у проблемах зі здоров'ям (12%);
- під час консультації лікарі вживали образливу та грубу лексику, ставили некоректні запитання (11%).

Також ЧСЧ зазначили, що, звертаючись до медичного закладу:

- остерігаються розголошення своєї сексуальної орієнтації;
- побоюються отримати неякісну медичну допомогу через приналежність до ЧСЧ;
- бояться отримати відмову в допомозі від гомофобно налаштованих медичних працівників.

Інфографіка 1



11 Режим доступу: http://www.lambdalegal.org/sites/default/files/publications/downloads/whcic-report_when-health-care-isnt-caring_1.pdf.

СПІЛКУВАННЯ З «ЖИВОЮ КНИГОЮ» — ГРУПА ЧСЧ

Тренерська команда запрошує до участі у тренінгу представника групи ЧСЧ у якості «живої книги». «Книга» розповідає особисту історію та робить акцент на власному досвіді щодо взаємодії з фахівцями медичної сфери. Після розповіді лікарі можуть задати запрошеному гостеві будь-які запитання. Модерує дискусію один із тренерів. Після останнього запитання тренерська команда має подякувати «живій книзі» та перейти до презентації.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Транс*люди — термін, який позначає людей на різній стадії трансгендерного переходу, або тих, хто відмовилися від нього. За визначенням МКБ-11, це особи, що потрапляють до розділу 17 «Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям», блок L1-NA6, код NA 60: гендерна неконгруентність повнолітніх та дорослих осіб (у МКБ-10 Розділ 5 «Розлади психіки та поведінки», глава «Розлади поведінки в зрілому віці», код F60-F69, рубрика F64.0 — «Розлад статевої ідентифікації»).

Виділимо кілька ґендерних ідентичностей, що потребують спеціалізованого медичного супроводу, підтримки чи втручання:

Транс*жінки (англ. MtF — male to female) — люди, що ідентифікують себе як жінки, але мають при цьому хромосомний набір «XY».

Транс*чоловіки (англ. FtM — female to male) — люди, що ідентифікують себе як чоловіки, в каріотипі яких фігурує хромосомний набір «XX».

Небінарні люди — це люди, чия ґендерна експресія є максимально ґендерно-нейтральною.

Інтерсекс — термін, що описує досвід людини, народженої зі статевими ознаками (включаючи статеві залози, геніталії, репродуктивні органи та набір хромосом), які не вписуються в типові визначення чоловічого чи жіночого тіла. Поняття інтерсекс стосується лише біології, статевих ознак і не має стосунку до сексуальної орієнтації та ґендерної ідентичності.

Трансгендерні люди приходять до усвідомлення своєї ідентичності в різні вікові періоди. Підлітковий період для цієї цільової групи є психологічно та фізіологічно вкрай складним. Адже саме в цей час відбувається найактивніша морфологічна диференціація, тому посилюється відчуття депресії, неприйняття свого тіла, емоційний дисбаланс. При цьому підліток не може самостійно ухвалювати рішення, адже ще має повну економічну залежність від сім'ї чи людей, які займаються вихованням. Тому трансгендерні підлітки зазвичай не мають доступу

до необхідної медичної допомоги та підтримки. Також у цей період відсутня практика використання гормональних блокаторів та психологічної допомоги.

Як правило, транс*люди звертаються за медичною допомогою виключно у зв'язку з процесом переходу (зміни громадянської статі в паспорті, гормональної корекції фенотипу для найбільшої відповідності з ґендерною ідентичністю). Особливістю групи є необхідність забезпечення перманентної ендокринологічної підтримки у зв'язку із замінною гормональною терапією.

СПЕЦИФІЧНІ МЕДИЧНІ ПОТРЕБИ ТРАНС*ЛЮДЕЙ:

- кваліфікована ендокринологічна допомога, яка б включала ведення небінарних клієнтів/клієнток;
- етично підготовлені урологи, гінекологи та проктологи, готові надавати спеціалізовану медичну допомогу;
- репродуктологи, обізнані в питаннях специфіки ведення пацієнтів на різних етапах гормональної терапії;
- навчений середній медперсонал, до якого можна регулярно звертатися для проведення ін'єкцій гормональних препаратів;
- кваліфіковані сексологи, психологи та психотерапевти, що використовують небінарні підходи в терапії та готові надавати допомогу під час адаптації, соціалізації, подолання депресивних станів, опрацювання психотравм;
- дружні терапевти та сімейні лікарі, які в процесі взаємодії готові враховувати особливості та потреби транс*людей.

ПРОБЛЕМИ, З ЯКИМИ СТИКАЮТЬСЯ ТРАНС*ЛЮДИ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ:

- страх стигматизації, некоректного поводження, принизливого та глузливого тону з боку медперсоналу;
- труднощі на етапі оформлення медичної картки в реєстратурі під час пояснення особливості своєї ідентичності;
- відсутність етичних принципів з боку персоналу під час роботи з пацієнтами;
- уважність до особливостей пацієнтів під час огляду (наприклад, трансґендерні люди, які прагнуть, але ще не здійснили операцію, можуть відчувати сильний

стрес навіть під час базового огляду терапевта. Тому, за можливістю, огляд чи пальпацію необхідно проводити, не просячи пацієнта зняти натільну білизну. Краще її просто відсунути, створивши таким чином доступ до конкретної досліджуваної ділянки. Якщо пацієнт використовує бандаж для стягнення грудних залоз, варто запитати, чи готовий він зняти бандаж на час огляду, пояснивши, яке саме дослідження ви плануєте провести і з якою метою. У разі відмови потрібно підібрати альтернативний метод дослідження);

- неправильне використання родових закінчень чи паспортного імені, ігнорування прохання пацієнта щодо коректного звертання;
- гомофобія, трансфобія, упередження, прагнення «нормалізувати», спрямувати у «правильне русло» трансгендерних та ґендерно неконформних людей. Наприклад, під час звернення транс*чоловіка до гінеколога-ендокринолога із запитом призначення замісної гормонотерапії для маскулінізації лікар призначає препарати для нормалізації менструального циклу, пояснюючи це тим, що «вам народжувати потрібно, а не гріховним займатися...»;
- аутинг — неузгоджене розголошення особистої інформації про пацієнта (в аспекті ґендерної ідентичності);
- відмова в госпіталізації через відсутність «спеціалізованих палат»;
- «подвійна оплата послуг» за медичну допомогу.

ПЕРЕЛІК ТА КАЛЕНДАР ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ, РЕКОМЕНДОВАНИЙ ВСЕСВІТНЬОЮ ПРОФЕСІЙНОЮ АСОЦІАЦІЄЮ ЗІ ЗДОРОВ'Я ТРАНСГЕНДЕРНИХ ЛЮДЕЙ:

- онкологічний скринінг;
- скринінг на ВІЛ та ІПСШ;
- клінічний аналіз крові (ОАК, БХ (з особливою увагою на ліпідний профіль, АЛТ/АСТ, коагулограма, іонний склад);
- контроль глікемічного профілю;
- моніторинг гормональної панелі;
- контроль серцево-судинної системи;
- перевірка мінеральної щільності кісткової тканини.

АКТУАЛЬНІ ТЕМИ ДЛЯ ДИСКУСІЇ З МЕДИЧНИМИ ФАХІВЦЯМИ ПРО ОСОБЛИВОСТІ ЗДОРОВ'Я ТРАНС*ЛЮДЕЙ:

- етика та деонтологія під час ведення пацієнтів із ґендерними варіаціями;
- специфіка заповнення медичної документації;
- особливості надання ендокринологічної підтримки транс*людям;
- особливості ведення трансґендерних пацієнтів різних вікових груп, з різним обсягом хірургічних втручань та без них;
- взаємозв'язок гормональної терапії з хронічними захворюваннями;
- канали та способи формування медичних знань про феномен трансґендерності;
- принципи підтримки здорового способу життя з урахуванням соціопобутових особливостей транс*людей;
- взаємозв'язок депресивних станів та гормональної терапії; інструменти подолання депресії.

СПІЛКУВАННЯ З «ЖИВОЮ КНИГОЮ» (ТРАНС*ЛЮДИНА)

Тренерська команда запрошує до участі у тренінгу трансґендерного чоловіка чи жінку у якості «живої книги». «Книга» розповідає свою історію та робить акцент на власному досвіді взаємодії з фахівцями медичної сфери. Після розповіді лікарі можуть поставити запрошеному гостеві будь-які запитання. Модерує дискусію один із тренерів. Після останнього запитання тренерська команда має подякувати «живій книзі» та перейти до підсумків сесії.

- Не існує ЧСЧ-специфічних медичних станів чи хвороб, проте ця група схильна стикатися з певними медичними проблемами частіше, ніж загальне населення.
- Транс*люди потребують спеціалізованого медичного супроводу, зокрема у зв'язку з ЗГТ.
- Нечутливість лікарів призводить до страху та відмови від медичної допомоги, що вкрай негативно позначається на здоров'ї та житті транс*людей.

Підбиття підсумків першого дня тренінгу

Мета: систематизувати інформацію, отриману учасниками протягом першого дня тренінгу.

Час: 30 хв.

Тренерська команда готує плакат у вигляді медичної баночки для ліків, а кожному з учасників роздає по одній паперовій «пігулці» та просить кожного з них доповнити речення:

Мій день сьогодні був тому що



Після виступів усіх учасників тренерська команда закріплює «пігулки» на основному плакаті, дякує групі за роботу та завершує перший тренінговий день.



Рефлексія першого тренінгового дня та план роботи другого дня

Мета: актуалізувати інформацію першого дня тренінгу, налаштувати учасників та учасниць на продуктивну роботу.

Час: 30 хв.

На аркуші фліпчарту тренер готує плакат:

Перший день тренінгу	
Найважливіша інформація	Найяскравіші події
	

Кожен учасник має зазначити, яка інформація з першого дня тренінгу, на його думку, є найважливішою, а також, які події попереднього дня стали для нього найяскравішими. Під час загального обговорення тренерська команда записує висловлювання у відповідні розділи плаката чи прикріплює, якщо вони записувалися на самоклеючих стікерах. Після завершення роботи відбувається презентація мети та плану роботи другого дня тренінгу.

Тема 4.

Особи, що надають сексуальні послуги за винагороду та їхні медичні потреби

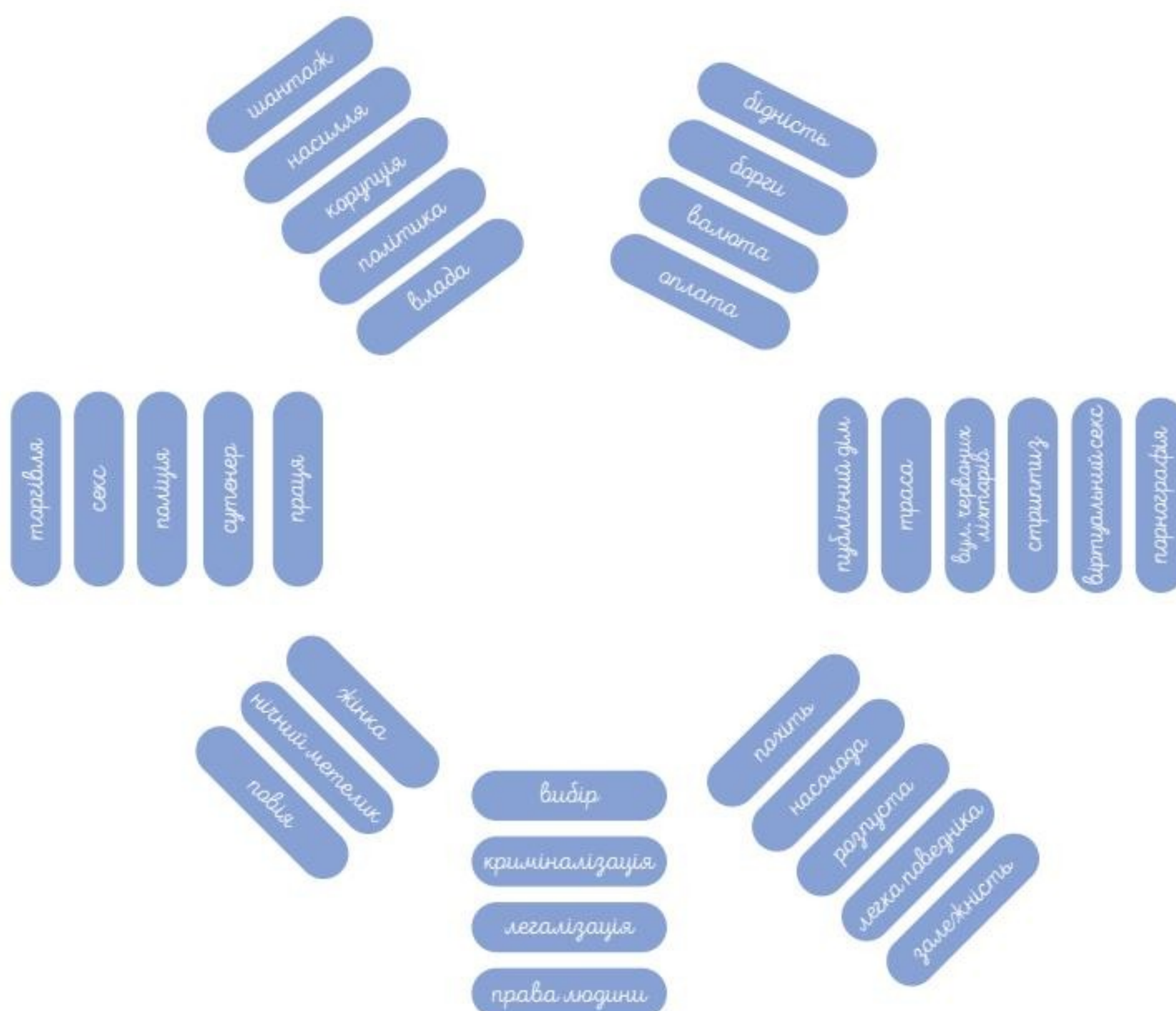
Мета: ознайомити учасників із ключовими поняттями, статистичними даними та специфічними потребами секс-працівників/працівниць, проаналізувати проблеми, з якими стикаються представники цієї групи та обговорити можливості їхнього вирішення на рівні медичних закладів.

ВПРАВА «АСОЦІАТИВНЕ СОНЕЧКО»

Необхідні матеріали: дерев'яні палички для огляду горла чи паперові смужки.

Тренерська команда роздає всім учасникам по три палички і просить кожного записати на них по три асоціації до слова «секс-робота». Одна паличка — одна асоціація. Після цього тренерська команда пропонує групі обговорити зазначені асоціації та згрупувати їх за певними категоріями.

Наприклад, слова «бідність», «борги», «валюта» та «оплата» можуть належати до загальної групи «гроші» і т.д.



Важливо, щоб учасники групи самі визначили категорії, за якими вони будуть групувати свої асоціації. За потреби, тренерська команда також може додати свої три асоціації.

Питання для дискусії:

- Які відчуття у вас викликає це «сонечко» — позитивні, негативні чи нейтральні?
- Чому, на вашу думку, саме такі асоціації виникли у групи?
- З яких джерел ми черпаємо інформацію про секс-роботу?
- Як ви вважаєте, ці джерела можна вважати надійними та правдивими?
- Чи складно було виконати це завдання?
- Які висновки ви зробили після виконання цієї вправи?

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Термін **секс-працівники/працівниці** передбачає коло осіб, які займаються сексом для отримання доходу чи інших благ, включаючи продукти харчування, ліки, медикаменти та житло. Секс-працівники мають підвищений ризик зараження і передачі ВІЛ та інших захворювань, що передаються статевим шляхом, оскільки вони більш схильні до ризикованої сексуальної поведінки (наприклад, сексу без презерватива, сексу з декількома партнерами) та вживання психоактивних речовин. Ті, для кого надання секс-послуг є постійним джерелом доходу, мають вищий ризик зараження ВІЛ, аніж ті, хто робить це час від часу.

Поняття секс-робота включає в себе широкий спектр послуг, наприклад, еротичні танці, віртуальний секс за гроші, стриптиз та інші практики, пов'язані з сексом та еротиною.

Варто зазначити, що є різні категорії секс-працівників за типом сексуальних партнерів:

- жінки, що практикують секс із жінками;
- жінки, що практикують секс із чоловіками;
- чоловіки, що практикують секс із чоловіками;
- чоловіки, що практикують секс із жінками;
- транс*люди.

СЕКС-ПРАЦЯ ВІДПОВІДНО ДО СЕРЕДОВИЩ СЕКС-БІЗНЕСУ

- **Секс-працівники/працівниці, які працюють просто неба.** Цей термін використовується для секс-працівників, які налагоджують контакт із клієнтами просто неба: на вулицях, шосе, у парках та інших громадських місцях.
- **Секс-працівники/працівниці, які працюють у приміщеннях.** Цей термін використовується для секс-працівників, які налагоджують контакт із клієнтами в приміщеннях або через інтернет: в публічних будинках і приватних клубах, саунах, масажних салонах, барах, нічних клубах, квартирах та ескорт-агентствах.

НЕВДАЛІ ТА ПОЛІТКОРЕКТНІ ТЕРМІНИ

Найбільш розповсюджені слова «проституція», «повія» мають негативну конотацію та вказують на маргінальне становище людей, які надають секс-послуги за винагороду. Правозахисні та сервісні організації (зокрема, «Amnesty International» та МБФ «Альянс громадського здоров'я») пропонують для використання терміни **«люди, що надають сексуальні послуги за винагороду»**, **«секс-робота»**, **«секс-працівниці»** та **«секс-працівники»** як нейтральне позначення тих, хто працює у сфері секс-послуг. Такі визначення наділяють людей суб'єктністю і наголошують, що секс-робота — це вид заробітку (який людина може вибрати сама і від якого може відмовитися).

Існує низка труднощів, пов'язаних зі збором важливих статистичних даних про секс-роботу. Наприклад, вулична секс-робота є найбільш видимою, і це полегшує збір статистичних даних. Оцінкова кількість осіб, залучених до секс-роботи в Україні, станом на 2014 рік складає 74 тисячі¹². На жаль, в Україні відсутні демографічні дослідження щодо секс-працівників, хоча деякі дослідження здійснювалися в особливих умовах (наприклад, у в'язницях, деяких квартирах із незвичайними умовами та екзотичних танцювальних клубах). Однак незаконний, а часто і криміналізований характер секс-бізнесу в Україні, ускладнює збір даних про рівень ВІЛ-інфекції та необхідну профілактику. Відсутність даних створює значні перешкоди для розробки програми з цілеспрямованої профілактики.

В Україні діють профілактичні програми для секс-працівників та їхніх клієнтів. У 2018 році 41 неурядова організація надавала послуги з профілактики ВІЛ та ІПСШ для секс-працівників у всіх регіонах України. Ці послуги були спрямовані на зменшення рівня потенційної шкоди здоров'ю та передбачали базовий пакет для кожного клієнта (консультації, презервативи, лубриканти, тестування на ВІЛ, сифіліс, раннє виявлення туберкульозу).



12 Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні» / Берлева Г., Сазонова Я. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна», 2017. — 64 с. / Режим доступу: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/mio2016high.pdf>

Ризик ВІЛ та інших захворювань, що передаються статевим шляхом, серед секс-працівників є доволі високим. На це впливають різні фактори, зокрема:

- обмежений доступ до профілактичних програм;
- відсутність презерватива під час надання секс-послуг, бо інколи секс-працівниці можуть отримувати більше грошей за секс без презерватива, або це постійний клієнт чи інтимний партнер, з яким презервативи використовуються рідше. Крім того, нерівний розподіл влади у відносинах з клієнтами може ускладнити комунікацію щодо використання презервативів;
- ризикованіші форми сексу, такі, як анальний секс;
- сексуальні партнери з високим ступенем ризику (наприклад, такі, що не знають про свою інфікованість ВІЛ чи іншими ЗПСШ);
- вплив наркотиків чи алкоголю. Секс-працівники, що вживають наркотики, як правило, мають більше клієнтів, рідше користуються презервативами і частіше вживають ін'єкційно одночасно кілька різних наркотиків.

СПЕЦИФІЧНІ МЕДИЧНІ ПОТРЕБИ СЕКС-ПРАЦІВНИКІВ/ПРАЦІВНИЦЬ:

- гінекологічні та дерматовенерологічні захворювання;
- порушення режиму дня;
- підвищена тривожність;
- специфічні порушення, викликані травматичними подіями, зокрема насиллям;
- у трансгендерних людей це замісна гормональна терапія та пов'язані з нею потреби.

ПРОБЛЕМАМИ, З ЯКИМИ СТИКАЮТЬСЯ СЕКС-ПРАЦІВНИКИ/ПРАЦІВНИЦІ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

- для лікування ІПСШ необхідно деякий час утримуватися від статевих контактів, але секс-працівники не завжди можуть це зробити і не хочуть цього пояснювати лікарів;

- графік роботи медичних закладів часто несумісний із графіком роботи секс-працівників, особливо це стосується клінічних аналізів;
- ВІЛ-інфіковані секс-працівники/працівниці часто неохоче звертаються за медичною допомогою через недовіру до конфіденційності даних про пацієнтів у системі охорони здоров'я чи страх втрати доходу після постановки на облік;
- фінансові та інші бар'єри (наприклад, відсутність документів), які впливають на доступ до медичної допомоги.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ СЕРЕД СЕКС-ПРАЦІВНИКІВ/ПРАЦІВНИЦЬ

Для секс-працівників потрібен розширений пакет послуг профілактики ВІЛ-фемідоми, різні види лубрикантів, різні види та розміри презервативів, латексні серветки для орального сексу, дезинфіканти та антисептики, серветки для інтимної гігієни тощо.

Також для цієї категорії потрібен доступ до профілактики до контакту (PrEP). Пероральні препарати PrEP (що містять тенофовір) є додатковим методом профілактики для осіб з високим ризиком інфікування. В межах PrEP може бути використано тенофовір (TDF) чи його комбінацію з емтрицитабіном (FTC) або ламівудином (ЗТС). За критеріями ВООЗ, PrEP має сильний рівень рекомендації та високий ступінь доказової ефективності.

ОСОБЛИВОСТІ СХЕМ АРТ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ СЕКС-ПРАЦІВНИКІВ/ПРАЦІВНИЦЬ

Важливо застосовувати схеми АРТ, які потребують меншої кількості вживань препарату, тобто має надаватися перевага схемам одноразового прийому на день.

АРТ під час вагітності — згідно зі стандартним клінічним протоколом антиретровірусної терапії для вагітних.

ФАКТОРИ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА СПРИЙНЯТЛИВІСТЬ АРТ:

- постійні зміни режиму дня;
- страх, що хтось побачить ліки, особливо у випадку спільного проживання з іншими секс-працівниками/працівницями, що може становити загрозу життю людини;
- часті зміни місця проживання.

СЕКС-ПРАЦЯ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Підлітковий вік — це перехідний етап від дитинства до юнацтва. Згідно з визначенням Організації Об'єднаних Націй, підлітки — це особи віком від 10 до 19 років. Оцінкова кількість секс-працівників підліткового віку в Україні становить 15 000 людей¹³.

Базове дослідження серед підлітків, що живуть чи працюють на вулиці, свідчить про те, що 82% опитаних дівчат (до 19 років включно) мають сексуальний досвід¹⁴. Майже третина (28%) опитаних підлітків мали досвід надання сексуальних послуг за винагороду (гроші, продукти, одяг, наркотики тощо), при цьому 57% дівчат (серед них 12,5% віком 10–13 років) мають досвід комерційного сексу і почали надавати сексуальні послуги за винагороду до виповнення 15 років, а до досягнення повноліття — вже 95% респондентів. Середній вік початку надання сексуальних послуг за винагороду становить 14 років.

Згідно з низкою проведених досліджень можна зробити висновки, що підлітки, які надають сексуальні послуги за винагороду, мають високий рівень статевої активності, практикують часту зміну партнерів та ризиковану статеву поведінку. Крім того, варто враховувати низьку соціальну адаптацію та високий рівень вразливості до зовнішніх подразників, що призводить до високого рівня інфікування ВІЛ та іншими захворюваннями.



Оцінкова кількість секс-працівників підліткового віку

15 000
в Україні

ПЕРЕЛІК ТА КАЛЕНДАР ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ДЛЯ СЕКС-ПРАЦІВНИКІВ/ПРАЦІВНИЦЬ

- тест на ВІЛ та ВГС раз на три місяці;
- тест на вагітність;
- профілактичні обстеження за графіком (стоматолог, гінеколог, сімейний лікар, дерматовенеролог та інші).

13 Оцінка чисельності дітей та молоді вікової групи 10–19 років, що належать до груп ризику / ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К., 2011. — 48 с. / Режим доступу: https://www.unicef.org/ukraine/Ocinka_chiselnosti_ditey_ukr.pdf

14 Підлітки груп ризику: доказова база для посилення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні: аналіт. звіт / ЮНІСЕФ; Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К.: К.І.С., 2008. — 192 с. / Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/MARA_Report_ukr_druk.pdf

ПРОЯВИ ДИСКРИМІНАЦІЇ У МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ:

- відмова у лікуванні через залученість до секс-роботи пацієнта;
- дискримінація через належність до спільноти транс*людей або ЧСЧ;
- стерилізація під час кесарева розтину без згоди пацієнтки;
- розголошення ВІЛ-статусу;
- неетична поведінка медичного персоналу (образливі висловлювання, грубе поводження, зневажливе ставлення, принизливі чи нетактовні запитання типу «Чи знає ваша родина про вашу роботу?», «Як ставиться до цього ваш чоловік/дружина?», «Як ви почали займатися цією роботою?», «Хто саме вас примушує цим займатися? тощо).

ПЕРЕГЛЯД ТРЕЙЛЕРУ «ТАКА РОБОТА»¹⁵



¹⁵ Трейлер «The job» / Режим доступу: https://www.youtube.com/watch?v=aRaDY_Ba7LI

ЗАПИТАННЯ ДЛЯ ДИСКУСІЇ:

- Які враження викликає трейлер до цього фільму?
- Які, на вашу думку, медичні ризики становить секс-робота для жінки / чоловіка / транс*людини?
- Які труднощі доводиться долати особам, що надають секс-послуги за винагороду, аби зберегти своє здоров'я?
- Як ви вважаєте, чи розповсюджуються права пацієнтів на секс-працівників/працівниць?
- Якого ставлення ви б хотіли до себе з боку медичних працівників, опинившись на місці особи, що надає секс-послуги?
- Які, на вашу думку, якості лікаря є найважливішими у роботі з цією ключовою групою?
- Як ви вважаєте, що може допомогти лікарям позбутись упереджень щодо секс-працівників/працівниць?

Після обговорення відео тренерська команда має підбити підсумки сесії та підкреслити головні тези:

- Секс-працівники та працівниці мають високий ризик інфікування ВІЛ та іншими ІПСШ, а також мають специфічні медичні потреби.
- Медичний персонал має дотримуватися неупередженого ставлення та не завдавати шкоди, а також поважати право пацієнта на конфіденційність та анонімність.
- Толерантність та професійна етика можуть допомогти бачити у пацієнтові людину, а не представника групи ризику.



Тема 5.

Особливості надання медичних послуг людям, що живуть із наркозалежністю

Мета: надати інформацію щодо оцінкової кількості людей, які вживають наркотики, та представити актуальну епідеміологічну ситуацію в Україні серед ЛЖН; проаналізувати специфічні медичні проблеми та потреби різних підгруп людей, що вживають наркотики, а також знайти шляхи їхнього вирішення.

ПЕРЕГЛЯД ФРАГМЕНТУ ФІЛЬМУ ТА ОБГОВОРЕННЯ У ГРУПІ

Тренерська команда пропонує групі для перегляду фрагмент документального фільму «Громадського телебачення» «Клади, люди, телеграм: кілька історій про наркотики»¹⁶ (від 7,20 до 9,10 хвилин).

¹⁶ Клади, люди, телеграм: кілька історій про наркотики / Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=fLstKOzKit4>

Після цього тренер ставить групі запитання:

- *Яке враження викликав цей фрагмент?*
- *Хто зображений на відео?*
- *Чи схожі герої фільму на стереотипний образ людей, що вживають наркотики?*
- *Чому, на вашу думку, люди починають вживати наркотики?*
- *Як ви вважаєте, наркозалежність — це хвороба?*

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Люди, які живуть із наркозалежністю (ЛЖН) — це особи, що мають досвід вживання наркотичних речовин ін'єкційно чи неін'єкційно, та внаслідок цього мають підвищені ризики інфікування ВІЛ або вірусними гепатитами. Цей термін дозволяє об'єднати наявні підгрупи для ефективної мобілізації.

У медичному контексті доцільно використовувати терміни ЛВН (люди, які вживають наркотичні речовини) та ЛВНІ (люди, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом).

За визначенням ВООЗ, наркозалежність — це хвороба, зумовлена вживанням будь-якої наркотичної речовини, що викликає фізичну та психічну залежність.

За оцінковими даними, на початок 2018 року в Україні кількість людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (опіоїди чи стимулятори), становила 347 тисяч осіб. Переважно це молоді люди працездатного віку. Більшість із них вже має синдром залежності від цих речовин.

Протягом останніх років в Україні активно з'являються нові психоактивні речовини з різними шляхами вживання, тому кількість осіб, які вживають наркотичні речовини неін'єкційним шляхом, наразі невідома.

Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» повідомляє, що станом на 01.01.2017 р. під диспансерним наглядом перебувало 42 247 осіб із діагнозом «розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів», із них 2144 особи вперше виявлені у 2017 році.

Станом на 01.10.2018 р. кількість пацієнтів програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) становила 10 890 осіб¹⁷.

17 Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» / Інформація щодо кількісних та якісних неперсоніфікованих характеристик пацієнтів ЗПТ станом на 01.10.2018 / Режим доступу: https://phc.org.ua/pages/diseases/opioid_addiction/stat-docs

ВПРАВА «СОЦІАЛЬНІ ПІДГРУПИ ЛВН»

Необхідні матеріали: Сім аркушів, на кожному з яких надрукована одна з підгруп людей, що вживають наркотики (див. таблицю нижче).

Тренерська команда об'єднує учасників у сім малих груп (по 2–3 особи). Кожна група наосліп вибирає одну підгрупу людей, що вживають наркотики. Протягом 10 хвилин група має обговорити особливості цієї підгрупи та дати відповідь на запитання: чому ця підгрупа потребує окремих механізмів залучення до програм зменшення шкоди та надання послуг? Після обговорення малі групи презентують свої напрацювання на форумі групи.

№	Основні підгрупи людей, що вживають наркотики	Особливості підгрупи та основні причини, відповідно до яких підгрупа потребує окремих механізмів залучення до програм зменшення шкоди та надання послуг
1.	Споживачі опіатів.	Спостерігається тенденція до збільшення споживання вуличного метадону серед споживачів опіатів. Збільшення ін'єкційного споживання аптечних наркотиків (таких, як налбуфін). Використання макового насіння для виготовлення опію ацетильованого, що призводить до підвищених ризиків появи абсцесів та запальних процесів. Препарати, що містять кодеїн, стають шкідливішими через додавання різних хімічних домішок до їхнього складу, що призводить до підвищених ризиків абсцесів та інфікування ВІЛ/ВГС серед споживачів «крокодилу».
2.	Споживачі ін'єкційних наркотиків амфетамінової групи, рекреаційних наркотиків («дизайнерських» наркотиків, NPS).	Збільшення споживання речовин амфетамінової групи, таких, як «солі» та «спайси», що стають предметом зловживання серед молоді. Вони відкрито продаються через інтернет. Величезна кількість варіацій хімічних структур NPS випереджають всі спроби запровадити міжнародний контроль над ситуацією. Найпопулярнішим шляхом здобування наркотиків є так звані «закладки». Найчастіше використовуються мобільні схеми та посередницькі послуги.
3.	Наркозалежні жінки.	Жінки є більш закритою групою, оскільки частіше за все вони вживають психоактивні речовини разом із чоловіками. Ймовірність отримання профілактичних втручань вагітними жінками, які споживають наркотики, є вдвічі-втричі нижчою порівняно з вагітними жінками серед загалу. Натомість вірогідність передачі ВІЛ їхнім малюкам зростає ¹⁸ . Саме чоловіки частіше отримують медичні та соціальні послуги.

¹⁸ Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні / Режим доступу: https://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Population_Booklet_Helios.pdf

№	Основні підгрупи людей, що вживають наркотики	Особливості підгрупи та основні причини, відповідно до яких підгрупа потребує окремих механізмів залучення до програм зменшення шкоди та надання послуг
4.	Підлітки та молоді люди віком 14–24 роки, які вживають наркотики неін'єкційно, студенти.	Підлітки та молодь мають підвищену схильність до ризику, зокрема це стосується експериментів із вживанням психоактивних речовин. Крім того, вони мають підвищений ризик інфікування ВІЛ у зв'язку з раннім початком статевого життя, поведінковими розладами через вживання психостимуляторів, насильством та неможливістю пройти тест на ВІЛ без дозволу батьків. Дослідження Українського інституту соціальних досліджень імені Олександра Яременка засвідчують, що конопля та її препарати посідають перше місце в рейтингу поширеності, на другому місці таблетовані наркотичні анальгетики (трамадол), на третьому — поєднання алкоголю з ПАР ¹⁹ . Підлітки (14–19 років) швидше за інших переходять від вживання наркотиків неін'єкційним шляхом до ін'єкційного — час переходу в середньому для цієї групи становить 1,6 року (для порівняння: для старших вікових груп цей термін становить три роки і більше) ²⁰ .
5.	Пацієнти програми замісної підтримувальної терапії, які вживають ін'єкційно «прекурсори».	Збільшення споживання таких «прекурсорів», як димедрол, сонат, гідазепам та їхніх аналогів серед пацієнтів ЗПТ призводить до ризиків інфікування ВІЛ. Такі препарати розчиняються спиртом чи іншим алкоголем, що часто призводить до передозування та хвороб вен.
6.	Люди, що вживають наркотики, та проходять військову службу.	Відсутність розробленої моделі підготовки фахівців різних галузей до практичної діяльності без стигми та дискримінації з дотриманням засад конфіденційності без постановки на спеціалізований облік як залежних осіб. Відсутність пакету послуг з діагностики та лікування таких соціально небезпечних захворювань, як алкогольна та наркотична залежність, гепатити В, С, ТБ, ВІЛ.
7.	ЛВН у короткостроковій ремісії, які зараз перебувають у реабілітаційних центрах.	Серед ЛВН є люди з низькою мотивацією до збереження власного здоров'я, під час активного споживання наркотиків вони не звертаються до НУО та ЛПЗ для проходження тестування на ВІЛ.

19 Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом / Режим доступу: https://www.unicef.org/ukraine/4_HIV_injecting_drug_users_ua.pdf

20 Аналіз факторів, що спричиняють початок вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом: аналіз. звіт / Режим доступу: <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/Analiz-Faktoriv-vjivannia-narkotikiv.pdf>

Дискусія за результатами презентацій. Тренерська команда підбиває підсумки і представляє узагальнену таблицю щодо особливостей підгруп людей, що вживають наркотики, та основних причини необхідності окремих механізмів залучення до програм зменшення шкоди і надання послуг. Також увага акцентується на такому важливому факторі, як обмежений доступ до медичних та профілактичних послуг.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Епідеміологічна ситуація в Україні²¹

Протягом 2015–2017 рр. інфікованість ВІЛ серед ЛВНІ в Україні мала тенденцію до зниження: 1,67%, 1,41%, 1,36%, відповідно (код 102). У семи регіонах країни (в Івано-Франківській, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Полтавській, Херсонській областях та в місті Києві) цей показник перевищував середній по країні і становив від 21,96% у Кіровоградській області до 1,52% у Житомирській.

Кількість ЛВНІ, обстежених за допомогою швидкого тесту, у багатьох регіонах збільшилася і в 2017 році в цілому по Україні становила 166113 осіб.

У 2017 році в Україні з 2467 ВІЛ-позитивних ЛВНІ — 1395 (56,5%) осіб належали до тих, хто на момент послуги тестування на ВІЛ активно вживав наркотичні речовини ін'єкційним способом. Рівень інфікованості ВІЛ серед активних ЛВНІ по Україні дорівнює 0,85%.

Основні фактори ризику щодо інфікування ВІЛ-інфекцією серед людей, що вживають наркотики:

- небезпечні практики вживання наркотичних речовин (використання брудних шприців без стерилізації, використання «брудного наркотика» («ширки» –наркотика опіоїдної групи домашнього виготовлення);
- небезпечні сексуальні практики (секс без презерватива, травмонебезпечні сексуальні практики);
- високий рівень насильства стосовно ЛВН-жінок;
- відсутність механізмів та алгоритмів збору і утилізації використаних шприців;
- низький рівень соціальної адаптації та активної участі людей, які споживають наркотичні речовини; відсутність символічного капіталу, знань та навичок соціальної роботи; відсутність документів, реєстрації, договору з лікарем;

21 Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського Національної академії медичних наук України» / ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 49.

- відсутність ефективних алгоритмів надання послуг зменшення шкоди та ЗПТ для людей, які споживають речовини амфетамінової групи та так звані «дизайнерські» наркотики;
- низький рівень життя ЛВН;
- складний алгоритм діагностики та лікування туберкульозу, що призводить до низького виявлення, особливо серед людей із соціальними проблемами, відсутністю житла та документів;
- високий рівень недовіри, самостигми, негативний досвід звернень до НУО;
- високий рівень стигми та дискримінації у соціумі.

МОЗКОВИЙ ШТУРМ «МЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ ЛЖН»

Тренер пропонує групі спільно сформувати перелік специфічних медичних проблем, які існують у людей, що вживають наркотики. Мінімальний список проблем представлений нижче. Тренерська команда може допомогти групі скласти цей список, ставлячи запитання, а не подаючи інформацію у готовому вигляді. Список може бути значно ширший, адже все залежить від специфіки медичної групи, з якою працює тренерська команда.

Медичні проблеми, які існують у людей, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом:

- Захворювання вен та судин, зокрема:
 - тромбоз — закупорка вени тромбами,
 - флебіт — запалення вени,
 - тромбофлебіт — коли є і тромби, і запалення одночасно.

Ці захворювання небезпечні тим, що викликають закупорку вен, що призводить до сильних набряків, болю та може викликати венозну гангрену (відмирання) кінцівки.

- Абсцес — внутрішнє гнійне запалення.
- Стоматологічні проблеми, зокрема:
 - запалення ясен,
 - руйнування та випадання зубів,

- травми м'яких тканин та кісток обличчя,
- періодонтит,
- остеомієліт верхньощелепної та нижньощелепної кістки.

Крім цього ЛВН можуть мати такі специфічні медичні потреби:

- порушення сну,
- абстинентний синдром,
- гормональні порушення у жінок, порушення гормонального циклу,
- посттравматичний стресовий розлад,
- статева дисфункція,
- геморой,
- високі ризики захворювання на ТБ,
- хронічні ІПСШ.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ

Проблеми, з якими зіштовхуються ЛЖН у медичних закладах

- Відсутність документів чи реєстрації обмежує доступ до медичних послуг. *Приклад:* ЛЖН може мати проблеми із законом, зокрема, перебувати у розшуку та не мати можливості відновити документи.
- Відсутність символічного капіталу. ЛЖН часто не знають алгоритми та механізми звернення до лікаря, не мають доступу до інформації щодо медичної реформи. *Приклад:* ЛЖН потрібна консультація профільного фахівця, проте він не знає, що спершу потрібно звернутися до сімейного лікаря.
- Проблеми із венами. *Приклад:* жінка звернулася до лікарні швидкої допомоги, медична сестра не змогла взяти кров та вигнала її, не надавши медичну допомогу.
- Несумісність деяких ліків з психоактивними речовинами. *Приклад:* «Ефавіренс» послаблює дію метадону, потрібно змінити схему АРТ для забезпечення сприйнятливості пацієнтом лікування.

- Бачення вживання наркотиків як причини інших медичних проблем. *Приклад:* Медичний працівник каже: «Спершу припиніть вживати наркотики, а потім будемо лікувати».
- Різні види насильства, стигми та дискримінації. *Приклад:* Розголошення інформації про пацієнта (ВІЛ-статус, наркозалежність).
- Медичні працівники починають цікавитися причинами вживання наркотиків, задають некоректні запитання та не бачать інших актуальних медичних потреб.

НЕКОРЕКТНІ ЗАПИТАННЯ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО ЛЖН

- Як або чому ви почали вживати наркотики?
- Чи знає ваша родина про те, що ви вживаєте наркотики?
- Як ваша родина ставиться до вживання наркотиків?
- Чому ви не кинули вживати наркотики?
- Де ви берете наркотики?
- Де ви берете кошти для придбання наркотиків?
- Рекомендація перервати вагітність для жінки, яка споживає наркотики.
- Рекомендація негайно кинути вживати наркотики під час вагітності.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ СЕРЕД ЛЖН

Для ефективної профілактики ВІЛ потрібно:

- здійснити ТБ-скринінг; для ЛЖН необхідно розробити коментарі до скринінгу, адже деякі симптоми, такі, як схуднення, втомленість, підвищена пітливість, пов'язані із симптомами вживання наркотиків.
- забезпечити розхідними профілактичними матеріалами, такими, як шприці, спиртові серветки, презервативи та лубриканти; важливо велику увагу приділяти їхній якості та асортименту; потрібні шприці різного розміру, що обумовлено видом наркотика, який вживає людина, станом вен та іншими факторами;
- зробити послугу тестування на ВІЛ комплексною та передбачити можливість надання соціального супроводу у випадку позитивного результату тесту; також під час тестування важливо якісне дотестове та післятестове консультування;

- забезпечити реалізацію інформаційного та освітнього компонентів профілактики; внести перелік консультацій, зокрема: мотиваційне консультування, консультування з питань насилля, захворювань вен, передозувань, вирішення проблеми наркотичної залежності; людині потрібно пропонувати вибір: безпечне вживання вуличних наркотиків, замісну підтримувальну терапію, детоксикацію, реабілітацію тощо;
- забезпечити видачу налоксону;
- організувати експрес-тестування на вірусні гепатити В та С;
- надавати консультації з боку профільних дружньо налаштованих фахівців: дерматовенеролога, гінеколога, нарколога, хірурга, юриста тощо;
- налагодити видачу медичних засобів для лікування захворювань вен;
- забезпечити видачу захисних масок.

ОСОБЛИВОСТІ СХЕМ АРТ У ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЛЖН

Гормональні препарати можуть викликати варикоз та тромбофлебіт. У жінок ЛЖН вже є проблеми із венами, тому їм протипоказані деякі гормональні препарати.

Дія метадону послаблюється внаслідок вживання деяких схем АРТ, зокрема схема із препаратом «Ефавіренс».

ФАКТОРИ, ЩО НЕГАТИВНО ВПЛИВАЮТЬ НА СПРИЙНЯТЛИВІСТЬ АРТ:

- послаблення дії метадону внаслідок вживання деяких схем АРТ, зокрема схема із препаратом «Ефавіренс»,
- відсутність навичок тайм-менеджменту,
- порушення режиму дня,
- побічні ефекти,
- насильство.

ПЕРЕЛІК ТА КАЛЕНДАР ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ДЛЯ ЛЖН

- тест на ВІЛ та ВГС раз на три місяці,
- тест на вагітність,
- звичайні профілактичні обстеження за графіком (стоматолог, гінеколог, сімейний лікар, дерматовенеролог та інші).

ВПРАВА «ПРОБЛЕМА-РІШЕННЯ»

Тренерська команда пропонує групі приклади медико-соціальних проблем людей, що живуть з наркозалежністю, а група, у свою чергу, має запропонувати шляхи їхнього вирішення. Це може бути загальне обговорення чи робота в малих групах.

№	Медико-соціальні проблеми ЛЖН	Шляхи їхнього вирішення
1.	Проблеми із венами для ЛЖН та алгоритми дії у складних випадках.	Залучити досвідчених фахівців, дозволити пацієнтові самостійно здійснити забір своєї крові для аналізу.
2.	Абстинентний синдром.	Знати про симптоми та розуміти варіанти допомоги людині у такому стані з метою підвищення ефективності лікування, забезпечити доступ до консультації нарколога.
3.	Низька обізнаність ЛЖН щодо варіантів допомоги та лікування.	Володіти інформацією про соціальні послуги для ЛЖН у вашому місті, аби мати можливість надати пацієнтові комплексну допомогу.
4.	Гормональні порушення у жінок, порушення циклу, насильство.	Вміти мотивувати жінку у випадку насильства звертатися до профільних фахівців (гінеколога, психолога). Знати про підвищені ризики виникнення тромбофлебіту, призначати гормональні ліки, які не підвищують такі ризики.

Після обговорення тренерська команда має підбити підсумки сесії та підкреслити головні тези:

- Люди, що живуть з наркозалежністю, мають найвищий ризик інфікування ВІЛ та іншими ІПСШ серед усіх ключових груп населення.*
- Залежно від підгрупи, до якої належать ЛЖН, вони мають специфічні медичні потреби, тому до них повинні застосовуватись окремі механізми профілактики та лікування.*
- Медичний персонал має дотримуватися неупередженого ставлення та утримуватися від некоректних запитань і повчальних вказівок.*
- Більшість проблем медико-соціального характеру може бути вирішена, якщо медичні заклади будуть активніше співпрацювати з НУО, отримуватимуть достовірну інформацію щодо ключової групи та будуть зацікавлені у наданні комплексної допомоги людям, що живуть з наркозалежністю.*

Тема 6.

Протидія стигматизації та дискримінації у медичних закладах

Мета: усвідомлення учасниками власних поглядів щодо стигматизації та дискримінації у медичних закладах, демонстрація згубного впливу цих явищ як на пацієнтів, так і на медичних працівників.

ВПРАВА «15 КРОКІВ»

Матеріали: картки з ролями:

- гомосексуальний підліток чоловічої статі;
- жінка, що перебуває у шлюбі та має двох дітей;
- секс-працівниця;
- гетеросексуальний неодружений чоловік;
- чоловік, що живе з наркозалежністю;
- жінка, яка протягом шести місяців живе на вулиці;
- бісексуальна жінка;
- трансгендерний чоловік;
- батько чотирьох дітей;
- ВІЛ-позитивна дівчина;
- трансгендерна жінка;
- жінка з інвалідністю;
- ВІЛ-позитивний чоловік-гей.

На кожній картці зафіксовано по одній ролі. Ролі можуть повторюватися залежно від кількості учасників.

Тренерська команда роздає кожному учаснику по одній ролі, учасники не мають показувати у кого яка роль. Далі усі учасники шикуються в одну пряму лінію. У залі має бути достатньо простору для того, щоб учасники могли зробити 15 кроків вперед. Тренер зачитує 15 запитань, кожен учасник відповідає на них з позиції своєї ролі: як би він діяв, будучи саме цією людиною. Відповідаючи на запитання ствердно, учасники роблять крок вперед.

ПЕРЕЛІК ЗАПИТАНЬ:

- 1 У вас було щасливе дитинство?
- 2 Ви можете довіряти членам своєї родини?
- 3 Чи відчуваєте ви, що люди з вашої спільноти доброзичливі та готові вам допомогти?
- 4 Чи можете ви сказати, що гарно навчались у школі і вас завжди ставили в приклад іншим?
- 5 Чи здобули ви вищу освіту в престижному закладі або маєте можливість її здобути?
- 6 Ви володієте іноземною мовою?
- 7 Ви можете влаштуватися на гарну постійну роботу?
- 8 Ви можете, за необхідності, відстояти свої права в суді?
- 9 Чи маєте ви доступ до якісних медичних послуг?
- 10 Ви можете купити собі презервативи?
- 11 Чи знаєте ви, куди звернутися за допомогою з приводу проблеми репродуктивного та сексуального здоров'я?
- 12 Чи можете ви, за необхідності, заплатити за юридичні, медичні, фінансові чи інші консультації?
- 13 Вас оминули дискримінаційні чи стигматичні дії через те, ким ви є?
- 14 Чи можете ви вільно виявляти свої почуття до коханої людини в соціумі?
- 15 Чи вірите ви, що на вас чекає щасливе майбутнє?

Після озвучення всіх запитань попросіть учасників поглянути один на одного: чи всі стоять в одну лінію, чи збереглася пряма? Попросіть учасників назвати свої ролі. Порівняйте місце розташування тих учасників, у кого ролі збіглися чи були схожими.

ДИСКУСІЯ:

- | | | |
|--|--|---|
| → Що символізувала відповідь «так» на запропоновані запитання? | → Носії яких ролей зробили найменше кроків? Чому? | → Які емоції ви переживали під час гри? |
| → Носії якої ролі зробили найбільше кроків вперед? Чому? | → Як ви вважаєте, що вплинуло на вибір відповіді на запитання? | → Які висновки ви можете зробити після гри? |

МІНІЛЕКЦІЯ, ЩО СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ ПРЕЗЕНТАЦІЄЮ

Стереотип — стійке, спрощене уявлення про когось чи щось.

Вперше термін «стереотип» використав класик американської журналістики Волтер Ліппман у 1922 році у книзі «Громадська думка». Цим словом він спробував описати метод, за допомогою якого суспільство намагається категоризувати людей. Як правило, громадська думка просто ставить «штамп» на підставі якихось характеристик. Стереотип як готова схема сприйняття дозволяє людині скоротити час реагування на мінливі умови навколишнього світу.

Стереотипи є складовою частиною масової культури. Вони можуть формуватися на основі віку, статі, раси, професії, національності та інших ознак.

Стереотипи є у кожного з нас, і це природний спосіб пізнання світу. Людський мозок влаштований таким чином, що він постійно класифікує все, що йому трапляється у реальному житті. Коли у нас не вистачає інформації про якийсь предмет, ми відносимо його до певної категорії і приписуємо йому певні якості.

Стереотипи бувають: позитивні, нейтральні чи негативні.

Позитивний стереотип: «Найкращий друг для будь-якої жінки — це чоловік-гей». **Нейтральний стереотип:** «Усі трансгендери — творчі люди».

Негативний стереотип: «Усі колишні чи нинішні ув'язненні мають ВІЛ». Негативні стереотипи, як правило, формують негативне ставлення до певних соціальних груп. Негативні стереотипи стають основою упереджень!

Що таке **упередження**? Це соціальна установка зі спотвореним (часто негативним) змістом, внаслідок чого людина сприймає деякі соціальні об'єкти у спотвореному вигляді.

Це невиправдана негативна установка, що перешкоджає адекватному сприйняттю особистості, явища, повідомлення чи дії.

Американський психолог Гордон Олпорт у книзі «Природа упереджень» виділив такі прояви антипатії: «нехороші» думки, почуття нелюбові, неприязнь, відраза, презирство, дискримінаційні чи насильницькі дії.

Стереотипи та упередження породжують стигматизацію та дискримінацію.

Стигма є соціально сконструйованим явищем, яке призводить до знецінення людини та має негативний вплив на стигматизованих осіб. Численні дослідження у сфері стигматизації засвідчують, що виокремлення якоїсь відмінності та приписування на її підставі певних негативних рис спричиняє серед людей розподіл на «ми» та «вони».

Приклади стигматизації щодо геїв, ЧСЧ, транс*людей, ЛЖВ та інших:

- Небажання потиснути руку під час привітання з людиною, яка живе з ВІЛ чи має гомосексуальну орієнтацію.
- Ведення розмови з людиною, яка живе з ВІЛ, у медичній установі лише в масці.
- Дошкульні коментарі стосовно транс*людей (наприклад: «Якби ти був жінкою, виглядав би краще». Або запитання з серії «навіщо ти змінював стать, якщо тобі подобаються чоловіки?» і тому подібне).
- Спроба «навернути на шлях істинний» працівників комерційного сексу, рекомендації «взятися за голову» та подібне.
- Демонстративне прибирання цінних речей з видимого місця чи використання додаткових засобів захисту під час огляду пацієнтів, що відбували чи відбувають покарання в місцях позбавлення волі.

Дискримінація — певна дія або бездіяльність, яка порушує права людини чи групи людей через упередження щодо їхньої певної ознаки. Наприклад, відмова у наданні медичної допомоги людині, що живе з наркозалежністю чи ВІЛ.

ЧЕК-ЛИСТ СТВОРЕННЯ ДОСТУПНОГО ДЛЯ КЛЮЧОВИХ ГРУП МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

Дискусія з групою про створення толерантного середовища. Ознайомте учасників з дієвими практиками створення толерантного середовища у медичних закладах. Поцікавтеся, що, на їхню думку, може бути реалізовано в їхніх медичних закладах? Що для цього потрібно? Скільки часу необхідно на реалізацію? Який це може дати результат?

Що допоможе створити дієве толерантне середовище в медичних закладах?

- Активне залучення керівництва до впровадження політик рівності та недискримінації на робочому місці.

- Включення понять ключових груп (зокрема, ЛГБТ та ін.) в політики медичних установ.
- Включення в анкети, бланки первинного огляду та історії хвороб запитань про ключові групи в толерантному формулюванні.
- Включення інформації про здоров'я ключових груп в санбюлетені та інших роздаткових інформаційних матеріалах.
- Навчання медичного персоналу особливостям курування ЛГБТІ-пацієнтів та інших представників ключових груп.
- Використання толерантної лексики та недискримінаційних форм взаємодії.
- Врахування потреб ключових груп у комплексі медичних послуг.
- Залучення персоналу із ключових груп.
- Оцінка якості обслуговування шляхом соціального опитування пацієнтів з числа ключових груп.
- Налагодження співпраці з неурядовими організаціями, що надають послуги та допомогу ЧСЧ, транс*людям, секс-працівникам, ЛЖВ та іншим представникам ключових груп, зокрема з питань впровадження ефективної системи супроводу та переадресації.

Для створення толерантного середовища також важливо використовувати толерантну лексику та ставити ґендерно-нейтральні запитання.

РЕКОМЕНДОВАНІ ҐЕНДЕРНО-НЕЙТРАЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

- Ви перебуваєте у стосунках?
- Чи є у вас сексуальний партнер/партнерка?
- Яка ґендерна ідентичність вашого сексуального партнера чи партнерів?
- Які види сексуальної близькості ви практикуєте?
- Як я можу до вас звертатися? Як мені можна вас називати?
- Якому особовому займеннику ви надаєте перевагу стосовно себе?

Приклад збору анамнезу сексуального здоров'я для представників ключових груп населення, розроблений Центром контролю захворювань США, заснованим на принципі п'яти «П»: партнери, профілактика вагітності (для транс*чоловіків), профілактика ІПСШ, практики та перенесені в минулому ЗПСШ.

1. ПАРТНЕРИ

- Ви практикуєте секс з чоловіками, жінками чи з чоловіками та жінками?
- Скільки у вас було сексуальних партнерів/партнerek за останні два місяці?
- Скільки у вас було сексуальних партнерів/партнerek за останні 12 місяців?
- Чи можливо, що хтось з ваших сексуальних партнерів/партнerek, перебуваючи з вами в сексуальних стосунках, міг мати секс ще з кимось протягом за останніх 12 місяців?

2. ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВАГІТНОСТІ (ДЛЯ ТРАНС*ЧОЛОВІКІВ)

- Чи використовуєте ви засоби контрацепції?
- Які способи контрацепції ви використовуєте?

3. ПРОФІЛАКТИКА ІПСШ

- Що ви робите, аби захистити себе від ІПСШ?

4. ПРАКТИКИ

- Для розуміння вашого ризику інфікування ІПСШ мені необхідно знати, який саме статевий зв'язок ви мали?
- Чи практикували ви вагінальний секс (введення пеніса в вагіну)? Якщо так, то чи використовували презервативи: ніколи, іноді, постійно?
- Чи практикували ви анальний секс (введення пеніса в анус)? Якщо так, то чи використовували презервативи: ніколи, іноді, постійно?

- Чи практикували ви оральний секс (контакт ротової порожнини з пенісом / вагіною)?
- Як часто ви використовуєте презервативи: ніколи, іноді, постійно? Якщо відповідь «ніколи», то далі доречне запитання: чому ви не використовуєте презерватив?
- Якщо «іноді», то далі доречне запитання: в яких ситуаціях (чи з ким) ви не використовуєте презерватив?

5. ПЕРЕНЕСЕННЯ ІПСШ В МИНУЛОМУ

- Чи були у вас раніше діагностовані ІПСШ?
- Хто з ваших партнерів мав ІПСШ?
- Ви чи хтось із ваших сексуальних партнерів коли-небудь вживали наркотики ін'єкційним шляхом?
- Чи обмінювали ви або хтось із ваших сексуальних партнерів секс на гроші чи наркотики?
- Чи є ще якась інформація з приводу ваших сексуальних практик, яку мені необхідно знати?

Ці запитання можуть допомогти не лише з правильною постановкою діагнозу, але і сприятимуть налагодженню контакту між медичними фахівцями та пацієнтами.

ПРАКТИЧНІ КЕЙСИ

Тренери об'єднують учасників у п'ять малих груп. Кожній групі роздають по одній картці з описом випадку. Учасники мають обговорити випадок у групі, розписати свій алгоритм дій та виписати список запитань, які вони ставитимуть клієнтові чи пацієнтові. Після обговорення кожна мінігрупа має представити свою роботу на загальній дискусії. За необхідності тренери та інші учасники можуть робити свої ремарки.

Ситуація 1.

Ви лікар-ендокринолог. До вас в кабінет заходить людина, зовнішність якої не можна охарактеризувати ані як типово «жіночу», ані «чоловічу».

- 1 Як ви до нього чи неї будете звертатися?
- 2 Як ви вважаєте, з якою проблемою чи скаргою до вас звернулася ця людина?
- 3 Опишіть алгоритм ваших дій.

Ситуація 2.

Ви лікар-гінеколог. До вас звернулася пацієнтка, яка повідомила, що вона має часті сексуальні контакти, і натякнула, що це її робота. Також вказала, що має сексуальні контакти і з чоловіками, і з жінками.

- 1 Як ви побудуєте розмову з клієнткою?
- 2 Які запитання їй поставите?
- 3 Опишіть алгоритм ваших дій.

Ситуація 3.

Ви лікар-уролог. До вас звернувся чоловік зі скаргою на новоутворення (кондилому) на голівці статевого члена. Під час обстеження він розповів про те, що практикує анальний секс.

- 1 Як ви побудуєте розмову з клієнтом?
- 2 Які запитання ви йому поставите?
- 3 Опишіть алгоритм ваших дій.

Примітка для тренерської команди: в результаті обговорення цієї ситуації учасники повинні зрозуміти, що пацієнт повинен пройти додаткове обстеження у проктолога, аби виключити наявність кондилом в анальному проході. Це специфічна процедура для чоловіків, які практикують секс із чоловіками.

Ситуація 4.

На прийом до сімейного лікаря прийшла жінка 40 років зі скаргою на погане самопочуття та підвищену температуру. У процесі консультування було встановлено, що це трансгендерна жінка.

- 1 Як ви побудуєте розмову з клієнткою і які запитання ви їй поставите?
- 2 На що ви будете звертати увагу під час консультування?
Які додаткові обстеження призначите, враховуючи, що це транс*людина?
- 3 Опишіть алгоритм ваших дій.

Примітка для тренерської команди: пацієнтку обов'язково потрібно направити на ультразвук простати, який є скринінговим дослідженням профілактики раку передміхурової залози. Як правило, навіть після повної хірургічної корекції статі все одно залишається передміхурова залоза.

Ситуація 5.

На прийом до сімейного лікаря прийшов юнак і повідомив, що у нього наркотична залежність, але вже два роки він нічого не приймає. Тривалий час був на замісній терапії, зараз відмовився і від неї. Скаржиться на порушення сну та погане самопочуття.

- 1 Які запитання ви йому поставите?
- 2 Які аналізи та обстеження призначите?
- 3 Опишіть алгоритм ваших дій.

Після обговорення тренерська команда має підбити підсумки сесії та підкреслити головні тези:

- Стереотипи і упередження існують у нашому житті, хочемо ми того чи ні. Потрібно пам'ятати, що вони спричиняють дискримінацію, а це має негативний вплив на діагностику та лікування. Працівникам медичної сфери потрібно пам'ятати, що від їхніх дій залежить життя та здоров'я людей.
- Створення толерантного середовища у медичних закладах сприятиме підвищенню доступу ключових груп до якісних медичних послуг, що, у свою чергу, сприятиме підвищенню конкурентоспроможності на ринку медичних послуг лікаря та закладу, в якому він працює.
- Використання успішних практик та «принципу п'яти «П» допоможе медичним працівникам впроваджувати засади толерантності та недискримінації під час надання медичних послуг.

Завершення тренінгу

Важливо запропонувати учасникам заповнити анкети зворотного зв'язку (додаток 2) та перевірити рівень засвоєних ними знань (анкета знаходиться на сторінці 11). Це дасть уявлення тренерській команді про рівень успішності тренінгу та моменти, на які потрібно звернути увагу наступного разу. Крім формального зворотного зв'язку у вигляді анкет, важливо дати можливість кожному учаснику поділитися своїми враженнями від відвідування тренінгу. Можна використовувати будь-яку методику на отримання зворотного зв'язку, якою володіє тренерська команда.

Для структурування відповідей учасників ми пропонуємо вправу «Ручний багаж». Під час виконання цієї вправи питання важливо записати на фліпчарті, аби учасники не забули їх і могли структурувати свою відповідь.

ВПРАВА «РУЧНИЙ БАГАЖ»

Під час подорожей ми часто обмежені у своєму багажі — можемо взяти лише те, що поміщається у нашу валізу. Валізи теж бувають різного розміру. Уявіть собі, що ви збираєте речі у подорож і маєте лише маленьку валізку та декілька категорій, які потрібно взяти із собою. Відповіді мають бути лаконічними (кілька словосполучень на кожну категорію).



Програма тренінгу

Підвищення доступу ключових груп населення до кваліфікованої медичної допомоги

День 1

Таймінг	Зміст
09:00–10:00	Вступна частина.
10:00–10:30	Перерва на каву/чай.
10:30–12:00	Тема 1. Основна інформація про ВІЛ та профілактику до контакту.
12:00–13:00	Обід.
13:00–14:30	Тема 2. Якісні послуги для жінок, зокрема тих, що живуть з ВІЛ.
14:30–15:00	Перерва на каву/чай.
15:00–16:30	Тема 3. Ключові групи населення: ЧСЧ та трас*люди.
16:30–17:00	Підведення підсумків першого дня тренінгу та домашнє завдання.

День 2

Таймінг	Зміст
09:00–09:30	Рефлексія першого дня тренінгу та план роботи другого дня.
09:30–11:00	Тема 4. Особи, що надають сексуальні послуги за винагороду, та їхні медичні потреби.
11:00–11:30	Перерва на каву/чай.
11:30–13:00	Тема 5. Особливості надання медичних послуг людям, що живуть із наркозалежністю.
13:00–14:00	Обід.
14:00–15:30	Тема 6. Протидія стигматизації та дискримінації у медичних закладах.
15:30–16:00	Перерва на каву/чай.
16:00–17:00	Завершення тренінгу.

Анкета оцінки якості та ефективності тренінгу

Оцініть нижчезазначені твердження за п'ятибальною шкалою, де «1» — найнижчий бал, а «5» — найвищий.

№	Твердження	Оцінка в балах				
1.	Загальне враження від тренінгу.	1	2	3	4	5
2.	Після тренінгу мої знання з теми ВІЛ покращилися.	1	2	3	4	5
3.	Знання, отримані під час заходу, можна застосувати у моїй роботі.	1	2	3	4	5
4.	Я зможу ділитися інформацією, отриманою на заході, з колегами.	1	2	3	4	5
5.	Кількість інформації відповідає часу проведення.	1	2	3	4	5
6.	Темп та стиль викладення інформації були ефективними.	1	2	3	4	5
7.	Формат тренінгу відповідав зазначеним меті та завданням.	1	2	3	4	5
8.	Робота тренерів була фаховою та ефективною.	1	2	3	4	5
9.	Методи навчання, що використовувалися на тренінгу, заслуговують на оцінку...	1	2	3	4	5
10.	Психологічна атмосфера на тренінгу заслуговує на оцінку...	1	2	3	4	5

Чи є у вас зауваження або рекомендації щодо можливого удосконалення тренінгу? Вкажіть, які частини чи блоки тренінгу були для вас найкориснішими та найцікавішими, а які навпаки? Ваші пропозиції та оцінка дуже важливі для нас.

Дякуємо за відповіді!

Рекомендовані інформаційні ресурси



ІЗ ПИТАНЬ ЛЮДЕЙ, ЩО ЖИВУТЬ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ

- Всеукраїнське об'єднання людей з наркозалежністю «Хвиля» / Режим доступу: <http://www.volna.in.ua>
- Центр громадського здоров'я МОЗ України / Режим доступу: <https://phc.org.ua>
- МБФ «Альянс громадського здоров'я» / Режим доступу: <http://aph.org.ua>

ІЗ ПИТАНЬ СЕКС-ПРАЦІВНИКІВ ТА СЕКС-ПРАЦІВНИЦЬ

- Мережа адвокації за права секс-працівників / Режим доступу: <http://www.swannet.org>
- Глобальна мережа проєктів із секс-праці / Режим доступу: <http://www.nswp.org>
- МБФ «Альянс громадського здоров'я» / Режим доступу: <http://aph.org.ua>

ІЗ ПИТАНЬ ЧСЧ ТА ЛГБТ

- ГО «Точка опори UA» / Режим доступу: <https://t-o.org.ua/about>
- Національний ЛГБТ-портал України / Режим доступу: <https://www.lgbt.org.ua/ru>
- Дружній лікар / Режим доступу: <https://friendlydoctor.org>

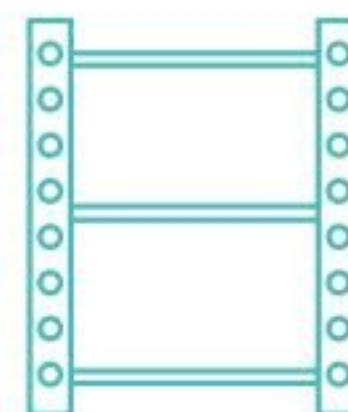
ІЗ ПИТАНЬ ТРАНС*ЛЮДЕЙ

- Транс*Коаліція на пострадянському просторі / Режим доступу: <https://www.transcoalition.net>
- Громадська організація «Інсайт» / Режим доступу: <https://www.insight-ukraine.org/uk>
- Російськомовний ресурс «Интерсекс Россия» / Режим доступу: <https://www.intersexrussia.org/resources>

ІЗ ПИТАНЬ ВІЛ-ПОЗИТИВНИХ ЖІНОК

- Центр Громадського Здоров'я / Режим доступу: https://phc.org.ua/pages/diseases/hiv_aids
- МБФ «Альянс громадського здоров'я» / Режим доступу: <http://aph.org.ua/uk/resursy/vydannya-alyansu>
- БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» / Режим доступу: <http://network.org.ua/documents>

Перелік рекомендованих фільмів



ЛЮДИ, ЩО ЖИВУТЬ ІЗ НАРКОЗАЛЕЖНІСТЮ

→ «Один день із життя» → «Позитивні люди» → «П'ята терапія»

СЕКС-ПРАЦІВНИКИ ТА СЕКС-ПРАЦІВНИЦІ

→ «Така робота» → «Білий танець» → «Точка»

ЧСЧ ТА ЛГБТ

→ «Філадельфія» → «Мій особистий штат Айдахо» → «Доктор Кінсі»

ТРАНС*ЛЮДИ

→ «ХХУ» → «Дівчина з Данії» → «Дівчинка»

ВІЛ-ПОЗИТИВНІ ЖІНКИ

→ «Джіа» → «Далласький клуб покупців» → «Дітки»



ТОЧКА ОПОРИ
FULCRUM