

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, ІСТОРІЇ ТА СОЦІОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ, СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ
ТА СОЦІОЛОГІЇ**

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ВІЛ-
ПОЗИТИВНИМ ВАГІТНИМ ЖІНКАМ В УМОВАХ
ДЕЦЕНТРАЛІЗАЦІЇ ВЛАДИ В УКРАЇНІ**

Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти бакалавр

Виконала: студентка 4курсу
Спеціальності 231 Соціальна робота
Освітньо-професійної програми «Соціальна робота»
Ольга ГОРБУНОВА
Керівник: Володимир ГУРІЧ, доцент
Рецензент: Олена БЛИНОВА, професорка

ЗМІСТ

Вступ	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок	6
1.1 ВІЛ-епідемія в країнах Європи.....	6
1.2 Діагностика вагітної жінки на ВІЛ інфекцію.....	8
РОЗДІЛ 2. Соціальна допомога ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам в умовах децентралізації влади в Україні	15
2.1. Організація медико-соціальної допомоги ВІЛ- інфікованим вагітним та їх новонародженим дітям.....	15
2.2. Соціально-психологічний супровід вагітної ВІЛ-інфікованої жінки.....	20
ВИСНОВКИ	31
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	34
ДОДАТКИ	36
Додаток А. Кодекс академічної доброчесності.....	38
Додаток Б. Перелік умовних скорочень.....	39
Додаток В. Нормативно – правова база щодо децентралізації послуг з ППМД в Україні.....	41

ВСТУП

Актуальність дослідження. ВІЛ-інфекція - чума ХХ століття, і ми знаємо про її існування. Але іноді нам вважається, що питання, пов'язані з вірусом імунодефіцита людини нас не стосуються, а чи дійсно це так? Ця глобальна проблема досягла глобальних масштабів і наслідки її призводять до серйозних медичних, економічних і соціальних проблем. Епідемія знаходиться на концентрованій стадії розвитку. За статистикою, понад 50% інфікованих не отримують медичні послуги у зв'язку з не своєчасним зверненням до спеціалістів, а також із-за наявності стигми, дискримінації з боку спільнот. Тому виникла необхідність ліквідації проблеми засобами профілактики, інформування населення, вивчення цього захворювання, закріплення на законодавчому рівні статусу ВІЛ – інфікованого громадянина. Актуальність дослідження на сучасному етапі децентралізації влади в Україні та реформуванні медичної системи пов'язана з високою інфікованістю жінок репродуктивного віку і високим ризиком передачі інфекції від матері до дитини. Відзначимо, що в Україні система охорони здоров'я заснована на централізованій моделі надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, тобто в регіональних і місцевих центрах боротьби зі СНІДом. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» (зі змінами – наказ МОЗ України від 09.01.2014 № 7) та наказу МОЗ 15.07.2011 р. № 417 в Україні визначені організаційні та правові аспекти реформування системи охорони здоров'я, а також зазначені завдання щодо децентралізації послуг з акцентом на розбудову первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини. Позитивним в децентралізації влади в Україні є те, що вона сприяла масовому відкриттю та розгалуженості кабінетів «Довіра». Відповідно до наказу МОЗ України від 21.07.2014 року № 509 «Про затвердження змін до Типового положення про кабінет «Довіра»» до основних функцій кабінету «Довіра» належить здійснення медичного

нагляду за ВІЛ-позитивними вагітними, призначення та супровід медикаментозної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням антиретровірусних препаратів (далі – наказ МОЗ від 21.07.2014 р. № 509). Але стигма і дискримінація не дозволяють жінкам, які проживають в районах, звернутися за місцем проживання, так як всі один одного знають - вони не впевнені в конфіденційності інформації. Незважаючи на те, що послуга є поряд, жінці легше поїхати до обласного центру, де її ніхто не знає. Найслабкішою ланкою щодо надання допомоги ВІЛ-позитивним жінкам є соціальна служба, оскільки вона дистанційована від надання послуг людям, які живуть з ВІЛ, соціальні служби займаються тільки жінками з групи ризику. Для допомоги вагітним інфікованим жінкам потрібна комплексна робота багатьох спеціалістів: сімейних лікарів, лікарів-акушерів, лікарів-інфекціоністів, юристів, психологів, соціальних працівників. Проблемами ВІЛ-інфікованих осіб опікувалися такі науковці як: В.Марциновська, Р.Мостовенко, Н.Нізова, Л.Сторожук, Т. Тарасова. З огляду на особливу актуальність зазначеної проблеми було вибрано тему кваліфікаційної роботи: **«Організація надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним вагітним жінкам в умовах децентралізації влади в Україні».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Освітньо-кваліфікаційну роботу виконано відповідно до наукової теми кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології «Сучасні технології формування професійної активності в умовах трансформації сучасного українського суспільства» (державний реєстраційний № 0117U006790). Тему роботи обговорено та затверджено на засіданні кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології (протокол від 20.10.2020 р. № 3) та наказом по Херсонському державному університету Наказ від 06.04.2021 №430 – Д «Про затвердження тематики кваліфікаційних робіт (проектів) здобувачів ступеня вищої освіти «бакалавр» денної форми навчання у 2020-2021 навчальному році.

Мета дослідження – розкрити організацію соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам в умовах децентралізації влади в Україні

Завдання роботи:

- 1.З'ясувати стан ВІЛ- епідемії в країнах Європи;
- 2.Дослідити алгоритм діагностики ВІЛ- інфікованих вагітних жінок;
3. Розкрити організацію медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним та їх новонародженим дітям;
4. Визначити як здійснюється медико-соціальний супровід вагітної ВІЛ- інфікованої жінки та її новонародженої дитини в умовах децентралізації влади в Україні.

Об'єкт дослідження – соціальне обслуговування ВІЛ-інфікованих

Предмет дослідження – організація надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним вагітним жінкам в умовах децентралізації влади в Україні.

Відповідно до предмета, мети і завдань використовувався комплекс **методів** дослідження, зокрема: *теоретичні* - аналіз та узагальнення спеціальної та медичної літератури з метою з'ясування змісту основних понять дослідження, з'ясування сутності організації соціально-психологічної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам; *емпіричні*: спостереження за процесом децентралізації влади в Україні та реформуванням системи охорони здоров'я.

Практична значущість: матеріали кваліфікаційної роботи можуть використовуватись соціальним працівником під час роботи з ВІЛ-інфікованими людьми.

Апробація результатів роботи. Матеріали дослідження обговорювались на засіданні кафедри соціальної роботи, соціальної педагогіки та соціології (протокол від 01.03.2021р. №8).

Структура роботи: обумовлена її змістом та складається зі вступу, двох розділів, 4 підрозділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

Теоретичні аспекти медико-соціального супроводу ВІЛ-інфікованих жінок

1.1 ВІЛ-епідемія в країнах Європи

Перші випадки СНІДу в світі були діагностовані в 1981 році. Вірус, що викликає СНІД був виявлений у 1983 році. За два десятиліття від СНІДу в світі померли майже 30 мільйонів чоловік. Поняття ВІЛ або вірус імунодефіциту людини це вірус, що відноситься до сімейства ретровірусів, інформація про спадковість якого зберігається в молекулі РНК. ВІЛ - це вірус, який руйнує імунну систему людини і, як наслідок, здатність організму захистити себе від хвороб. Людина стає чутливою до всіляких інфекційних захворювань. Поняття СНІД походить від англomовного вираження Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), яке означає синдром набутого імунодефіциту. Сьогодні в охороні здоров'я замість нього використовується поняття ВІЛ-захворювання або хвороба ВІЛ. ВІЛ-захворювання - це заключна фаза ВІЛ-інфекції. Хоча від зараження вірусом імунодефіциту людини до формування ВІЛ-захворювання можуть пройти роки, вірус нікуди не зникає з організму і крок за кроком послаблює імунну систему людини. Людина небезпечна в сенсі передачі інфекції іншим, хоча сама може почувати себе досить добре.

У 2017 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) в державах європейського регіону було зареєстровано близько 49 000 нових випадків зараження ВІЛ (на 76 мільйонів жителів). Багато нових випадків було виявлено в наступних державах: Естонія (472/1 000 000), Україна (285/1 000 000), Португалія (217/1 000 000) і Молдавія (204/1 000 000). Серед нових випадків одна третина була діагностована у жінок, а 28% - у осіб молодше 30 років. Число випадків СНІДу в європейському регіоні ВООЗ знизилося (з 16 випадків на мільйон жителів у 2020 році до 9 випадків у 2017 році), головним чином, за рахунок тенденцій зниження в

держав Західної та Центральної Європи, так як в державах Східної Європи (перш за все, в Білорусії і Молдові) захворюваність в той же період підвищилася. Перший ВІЛ - інфікований в Естонії був виявлений в 1988 році, і з цього часу у них було діагностовано 7 320 випадків ВІЛ-інфекції (за станом на 31.12.2019) [11]. Протягом цих років Естонія, яка була державою з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції та де головною небезпекою вважалося поширення інфекції, перш за все, статевим шляхом, перетворилася в державу з концентрованою епідемією, яка характеризується найбільшим рівнем поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) в європейському регіоні. ВІЛ в Естонії поширювався, головним чином, через гомосексуальні контакти. Іле не зареєстровано поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ), на такому рівні, як у багатьох державах Західної Європи, де поширення ВІЛ серед ЧСЧ досягає 10 - 20%. Гетеросексуальні партнери MSM і ПН, а також клієнти і партнери осіб, залучених до проституції є «передавачами», через які ВІЛ-інфекція може поширитися і на всю популяцію. І все ж ні в одній державі Західної Європи ВІЛ-інфекція не виходила за межі класичних груп ризику і вразливих груп, ВІЛ-інфекція поширена, в основному, серед молодих людей у віці 20-29 років[7].

ВІЛ-епідемія в країнах Європи «старіє» - серед нових зареєстрованих ВІЛ -інфікованих особи молодше 30-річного віку становили в 2017 році 92%, в 2019 році - 57%. Збільшення віку інфікованих може бути обумовлено декількома обставинами. З одного боку, інфекція, можливо, почала поширюватися з середовища молодих наркоманів в інші вікові групи. З іншого боку, збільшився і середній вік групи ризику. І ще частина нових випадків - це люди, інфіковані вже кілька років назад і тільки тепер знаходяться під спостереженням системи охорони здоров'я. Число жінок виявлених ВІЛ-інфікованих в розбивці по роках зросла на 21%, завдяки зниженню абсолютного числа випадків інфікування серед чоловіків. Число

нових випадків серед жінок, починаючи з 2013 року, залишалося відносно стабільним - близько 250 зареєстрованих носіїв ВІЛ-інфекції в рік. Вік ВІЛ-інфікованих жінок становить переважно 20-29 років, і багато хто з них тестуються вперше на ВІЛ, коли стають на облік у зв'язку з вагітністю. У 2019 році 24% первинних випадків ВІЛ серед жінок було діагностовано саме у вагітних[10].

1.2 Діагностика вагітної жінки на ВІЛ інфекцію

ВІЛ інфекція має свої особливості, які впливають на характер її поширенн

- ВІЛ-інфекція протягом багаторічного періоду (в середньому 8 - 10 років) залишається безсимптомною у людей, що живуть з ВІЛ, та може поширюватися від інфікованих людей, які не знають про свій діагноз;
- довічне носійство ВІЛ;
- відсутність антиретровірусної терапії для повного лікування ВІЛ-інфекції. Антиретровірусна терапія продовжує життя пацієнта, покращує якість життя людей, які живуть з ВІЛ та знижує передачу ВІЛ-інфекції.
- складність виявлення інфекції в найбільш уразливих групах населення;
- висока стигматизація і дискримінація ВІЛ-інфікованих суспільством;
- відсутність вакцин для профілактики.

Шляхи передачі ВІЛ-інфекції[13]:

Джерелом інфекції є інфікована вірусом імунодефіциту людина, яка заразна на всіх стадіях хвороби.

- під час переливання донорської крові та її компонентів, при трансплантації органів, донорської сперми;
- під час використання шприців, голок, іншого ін'єкційного обладнання та татуювань, під час проведення манікюрних процедур нестерильним інструментарієм, татуаж;
- під час медичних інвазивних втручань (від пацієнта до пацієнта, від

пацієнта до медичного персоналу, від медичного персоналу до пацієнта – прокол шкіри контамінованим ВІЛ-інфікованим інструментом, використання

нестерильного медичного інструментарію, обладнання.

□ під час статевих стосунків (незахищені гомо, гетеро, бісексуальні контакти);

передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини;

Імовірність передачі ВІЛ-інфекції різними шляхами неоднакова[13]:

Під час вагітності:

- інфікування матері під час вагітності або за 6 місяців до настання вагітності;

- вагітність на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції;

- продовження прийому наркотиків під час вагітності;

- промискуїтет;

- будь-які інші інфекційні захворювання (інші інфекції, що послаблюють імунну систему матері і збільшують ризик інфікування дитини ВІЛ).

Під час пологів. Прямий контакт між шкірними та слизовими оболонками немовляти і статевими шляхами матері. В результаті, заковтування немовлям материнської крові або інших біологічних рідин.

В період новонародженості. Після пологів мати може передати вірус своїй дитині при годуванні груддю. Під час годування грудьми дитина може зазнавати впливу крові, якщо у матері пошкоджена шкіра навколо соска або є тріщини сосків.

Профілактика ВІЛ-інфікування дитини

За статистикою, дитина від ВІЛ-позитивної матері буде зараженою в одному випадку з семи. Цю ймовірність можна знизити за умови проведення профілактики ВІЛ-інфікування за допомогою:

1) хіміопрфілактики під час вагітності;

2) хіміопрфілактики під час пологів;

3) можливості пологів шляхом кесаревого розтину;

- 4) хіміопрофілактики новонародженому;
- 5) штучного вигодовування дитини.

З метою проведення профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини всім вагітним жінкам, які планують зберегти вагітність, має бути запропоновано тестування на ВІЛ. Тестування вагітних жінок на ВІЛ повинно бути добровільним. Воно проводиться під час постановки жінки на облік і повторюється в третьому триместрі вагітності для виключення ймовірності "періоду вікна". У ряді регіонів проводиться третє обстеження на ВІЛ в терміни 38-40 тижнів або безпосередньо в пологовому будинку. Необхідність триразового обстеження пояснюється можливістю «пропустити» ВІЛ-інфекцію в «період вікна». Третє обстеження виправдано в регіонах з високим рівнем поширеності ВІЛ серед населення, а також серед жінок з уразливої групи[13].

Після отримання ВІЛ-позитивного результату вагітна направляється до жіночої консультації в Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом для обстеження і підтвердження діагнозу. У разі повторного позитивного результату результати тестування повідомляє жінці лікар акушер-гінеколог Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. Акушер гінеколог Центру проводить після тестове консультування. Саме на цьому етапі жінці надають соціально-психологічну допомогу в Центрі щодо профілактики та боротьби зі СНІДом, потім в соціальному закладі - психотерапевт. Одночасно про результати обстеження вагітної жінки дізнається лікар жіночої консультації, який в подальшому супроводжує цю вагітну. Обстеження вагітних жінок на ВІЛ обов'язково супроводжується до- і після тестового консультуванням.

Дотестове консультування включає в себе: пояснення необхідності обстеження, інформацію про захворювання, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ (на рівні, доступному клієнту), повідомлення про можливі варіанти результатів обстеження (позитивний, негативний, сумнівний) і інформацію про профілактику.

Особливістю після тестового консультування ВІЛ-позитивних вагітних є обговорення наступних питань:

1. вплив вагітності на перебіг ВІЛ-інфекції. Немає ніяких доказів, що вагітність прискорює перебіг ВІЛ-інфекції у безсимптомних жінок;
2. вплив ВІЛ-інфекції на перебіг вагітності;
3. обговорення ризику передачі ВІЛ-інфекції дитині: заходи профілактики;
4. необхідність подальшого спостереження матері і дитини.

Для проведення хіміопрофілактики під час вагітності, пологів та новонародженому мати повинна підписати інформовану згоду (затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Інструкції з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині і зразка інформованої згоди на проведення хіміопрофілактики ВІЛ ». Хіміопрофілактика проводиться за рахунок федерального і регіонального бюджетів, на базі Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Діагностика на ВІЛ при вагітності проводиться за таким алгоритмом[23]:

- 1) Спочатку проводиться консультування, збирається інфекційний і статевий анамнез, з'ясовується наявність, характер і стаж шкідливих звичок і інтоксикацій. Проводиться бесіда з жінкою в якій лікар роз'яснює всі ризики і ускладнення ВІЛ інфекції.
- 2) Визначення антитіл до ВІЛ методом ІФА проводиться тричі за вагітність (при постановці на облік, в 30 тижнів і в 36 тижнів). Якщо вперше отримано позитивний результат, то далі проводиться блоттінг – це високочутливий метод дослідження для підтвердження або спростування діагнозу ВІЛ-інфекції. У цьому випадку (якщо кров взята на другий етап дослідження) в жіночу консультацію відправляють результат "ВІЛ затриманий ". Обстеження на ВІЛ проводиться завжди за згодою пацієнтки, останнім часом в деяких центрах виділяється квота для одного обстеження на ВІЛ батька дитини. При ВІЛ-позитивному результаті пацієнтка повинна бути про консультована інфекціоністом СНІД-центру

(стаціонарно або амбулаторно, це залежить від акушерської ситуації) і поставлена на облік, це необхідно

для отримання препаратів антивірусної терапії за пільгою.

3) Визначення імунного статусу – це кількість CD4 + Т-клітин в кубічному міліметрі крові. Їх кількість відображає ступінь ураженості імунної системи інфекцією, глибину інфекційного процесу. В залежно від кількості CD4 + Т-клітин вибирається активність антивірусної терапії.

4) Визначення вірусного навантаження, відображає кількість копій вірусної РНК, що циркулює в крові. Чим більше цей показник, тим небезпечніше перебіг хвороби, швидше ураження імунної системи і вищий ризик передачі будь-яким шляхом. Якщо показник менш 10 тисяч копій в одному мкл - вважається низьким вірусним навантаженням, а понад 100 тис. копій / мкл- високим.

5) Експрес-тестування на ВІЛ. Його використовують, якщо жінка поступає в пологовий будинок необстеженою, і немає часу чекати результатів ІФА на ВІЛ (екстрена ситуація, що вимагає вирішення). У такій ситуації проводиться забір крові на аналіз методом ІФА та експрес-тестування одночасно. Остаточний діагноз "ВІЛ-інфекція " за результатами експрес - теста не можливо.

Інфікування ВІЛ не є вироком для жінки і є цілком реальні шанси народити здорову дитину, але для цього необхідна ретельна підготовка не тільки майбутньої матері, але і батька. Необхідно пройти загальне дослідження, в яке входить: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, флюорографія, консультація вузьких спеціалістів за показаннями. Також в плановому порядку проводиться повне обстеження пари на значущі інфекції. Повинні бути здані аналізи на гепатити В і С, мікрореакція на сифіліс, аналізи на ППСШ (гонорея, хламідіоз, трихомоніаз, уреоплазма, мікоплазма), віруси герпесу, цитомегаловірус і вірус Епштейна-Барра. всі виявлені захворювання слід максимально повно пролікувати, так як це знижує ризик

внутрішньоутробного інфікування плода. У разі, коли обоє інфіковані ВІЛ, необхідно своєчасне призначення антиретровірусної терапії обом партнерам після консультації інфекціоніста СНІД центру. Це дозволить знизити вірусне навантаження і максимально знизити ризик зараження, так як вони можуть бути інфіковані різними видами вірусу. Якщо ж інфікована тільки жінка, а чоловік здоровий, то майбутній матері також необхідно проконсультуватися у інфекціоніста СНІД-центру та приймати антиретровірусну терапію. Найбільш вигідним способом зачаття є штучне запліднення, це спосіб, при якому в період овуляції (на 12-15 дні менструального циклу) в піхву жінки штучно вводять сперму партнера. У ситуації, коли інфікований чоловік, а жінка здорова, при правильному виборі запліднення ризик зараження можна звести до мінімуму. Так як відомо, що сперматозоїди не можуть бути інфіковані вірусом імунодефіциту людини, а заражена тільки насіннева рідина і вона несе дуже високе вірусне навантаження. Але існують способи очищення сперми, якою штучно вводять жінці, або застосовують екстракорпоральні методи запліднення, але їх частіше використовують, коли існує супутня патологія сперми партнера або інші форми безпліддя. При відсутності антиретровірусної терапії ВІЛ під час вагітності може прогресувати, з латентної стадії переходити в стадії з ускладненнями, що загрожує не тільки здоров'ю, але й життю. При своєчасному лікуванні значної динаміки в розвитку ВІЛ-інфекції не спостерігається. За деякими даними після пологів стан імунітету навіть поліпшується, чим це пояснити поки не знають, але такі дані є. Під час вагітності жінка, інфікована ВІЛ, спостерігається у двох акушерів-гінекологів. Акушер-гінеколог жіночої консультації здійснює загальне обстеження вагітності, призначає обстеження згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я "Про затвердження порядку надання медичної допомоги за профілем "акушерство і гінекологія (за винятком використання допоміжних репродуктивних технологій) " і лікування акушерської патології".

Акушер-гінеколог СНІД-центру оглядає пацієнтку не менше трьох разів за вагітність. Тут акушерський огляд поєднується з даними про імунний статус і вірусному навантаженні, виходячи з сукупності обстежень, відбувається регулярна подача тактики обстеження і лікування, можлива зміна антиретровірусної терапії або додавання ще одного препарату до схеми. Під час останнього візиту в терміні 34-36 тижнів пацієнтці на руки видається не тільки лікарський висновок, а й препарат для хіміопрофілактики ВІЛ під час пологів, а також препарат для хіміопрофілактики ВІЛ дитині в формі сиропу. І жінці видається схема застосування обох форм препаратів. ВІЛ-інфекція у жінки дітородного віку - це не протипоказання до вагітності, але потрібен серйозний і обдуманий підхід. Мабуть, існує не так багато патологій, при яких практично все залежить від злагодженої роботи пацієнтки і лікарів. Ніхто не гарантує жінці з ВІЛ народження здорової дитини, але чим вчасно жінка проходить терапію, тим імовірніше шанс виносити і родити не заражену дитину. Вагітність буде супроводжуватися прийомом великої кількості різних препаратів, що теж ризиковано для плода, але все це служить благої меті – народження неінфікованого малюка[23].

РОЗДІЛ 2

Соціальна допомога ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам в умовах децентралізації влади в Україні

2.1 Організація медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним та їх новонародженим дітям

Важливими напрямками в організації медико-соціальної допомоги є запобігання інфікування ВІЛ, профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, надання доступного сучасного лікування жінкам і дітям з ВІЛ-інфекцією, соціального захисту та підтримки сім'ям і дітям. Основою організації медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним і їхнім дітям є забезпечення цього контингенту комплексним обстеженням і лікуванням в повному обсязі, надання соціальної допомоги даній категорії, моніторинг та оцінка ситуації з ВІЛ-інфекції серед вагітних і дітей та інформованість про стан справ з даної проблеми. Велика кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок і народжених ними дітей призвело до активного залучення в процес надання їм медико-соціальної допомоги пологових та педіатричних установ. Для вирішення широкого спектра їхніх проблем потрібне залучення фахівців з медичних, соціальних та інших організацій. Спільна діяльність інфекційної, пологової, педіатричної та соціальної служб повинна бути спрямована на первинну профілактику, виявлення ВІЛ-інфікованих вагітних та дітей, диспансерний облік, спостереження, лікування, забезпечення АРВП та соціально-психологічний супровід.

Кількісні та якісні характеристики проблем, пов'язаних з ВІЛ-інфікуванням, можуть істотно відрізнятися в різних географічних і адміністративних територіях України. Особливості взаємодії різних установ охорони здоров'я і соціальних служб визначаються сукупністю умов, пов'язаних з рівнем ураженості і захворюваності на ВІЛ-інфекцію, адекватністю регіональної нормативної правової бази, ресурсним

забезпеченням пологових, педіатричних, соціальних установ, центрів з профілактики та боротьби з ВІЛ / СНІД та фінансовими можливостями.

Організація системи взаємодії інфекційної, пологової, педіатричної та соціальної служб з надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним і дітям спрямована на вирішення наступних завдань:

- забезпечення консультативними пунктами з питань ВІЛ-інфекції та своєчасне виявлення ВІЛ-інфекції у вагітних і дітей;
- здійснення дородового і післяродового диспансерного спостереження;
- проведення комплексної профілактики перинатальної передачі, включаючи широке застосування триетапної АРВП;
- забезпечення високоактивною АРВТ;
- забезпечення доступності штучного годування дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів;
- забезпечення соціально-психологічного супроводу жінок і дітей;
- оцінка ефективності проведеної профілактики і лікування, соціально-психологічного супроводу;
- проведення навчання з питань ВІЛ-інфекції з персоналом, залученого щодо надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним і дітям.

На сьогоднішній день проведення дородового і післяродового диспансерного діагностування ВІЛ-інфікованих вагітних жінок і народжених ними дітей проводиться в пологових та педіатричних установах. У територіальних центрах з профілактики та боротьби з ВІЛ / СНІД цієї категорії населення надається спеціалізована медична допомога (консультативна, діагностична та лікувально-профілактична). Але цей вид допомоги не завжди є доступним через віддаленість установи від місця проживання вагітної жінки і дитини, а також її стану вагітності, стану новонародженого в перші 18 місяців життя.

З огляду на те, « що в останні роки число ВІЛ-інфікованих вагітних і відповідно народжених ними дітей збільшується, на акушерів-гінекологів

та педіатрів, які працюють в центрах з профілактики та боротьби з ВІЛ / СНІД, лягає велике навантаження щодо забезпечення прийому і надання допомоги цій групі населення, контролю якості профілактики перинатальної передачі ВІЛ-інфекції та лікування». У зв'язку з цим: «заходи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері дитині не повинні застосовуватися ізольовано - в міру можливості їх необхідно інтегрувати в існуючі інфраструктури системи охорони здоров'я, що забезпечують медичний догляд та охорону репродуктивного здоров'я. Інтеграція профілактики перинатальної передачі ВІЛ-інфекції в пологових, педіатричних і соціальних службах вже розпочато в регіонах, однак вимагає чіткішого визначення функцій медичних і соціальних працівників, основою яких є види і обсяги допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним і дітям, рівень надання цієї допомоги».

Заходи щодо профілактики перинатальної передачі ВІЛ-інфекції :

- Удосконалення нормативних документів з профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок ;
- Надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним, народженим ними дітям (стандарти і клінічні протоколи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини);
- Підвищення професійної підготовки медичних працівників пологових, педіатричних та соціальних установ;
- Удосконалення практики планування сім'ї для ВІЛ-інфікованих, змісту ВІЛ-інфікованих дітей в будинках дитини.

Лікувально-профілактичні та діагностичні заходи:

- Застосування стандартів медичної допомоги ;
- Проведення консультування всіх вагітних і інформоване добровільне тестування на ВІЛ двічі за період вагітності (при взятті на диспансерний облік зв'язку з вагітністю та в 34 - 36 тижнів) або під час вступу на пологи, якщо тестування не було проведено в 34 -

36 тижнів вагітності, що дозволяє виявити випадки ВІЛ-інфікування вагітної;

- Підвищення діагностування ВІЛ-інфікованих вагітних жінок триетапною (в період вагітності, під час пологів і дитині після народження) АРВП.
- Застосування раціональної тактики штучного годування дитини, значно знижують ризик інфікування новонароджених.
- Проведення консультацій ВІЛ-інфікованих жінок після пологів з питань планування сім'ї;
- Впровадження сучасних підходів до диспансерного обліку та спостереження за дітьми, народженими від ВІЛ-інфікованих матерів, своєчасне встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у новонародженого.
- Забезпечення комплексного обстеження ВІЛ-інфікованих жінок і дітей і лікування (які потребують) в повному обсязі.
- Реалізація "родового сертифікату" (в рамках реалізації пріоритетного національного проекту в сфері охорони здоров'я), що сприяє своєчасній постановці жінки на облік, проведення діагностичних і профілактичних заходів.

Удосконалення епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією:

- Удосконалення, стандартизація та уніфікація звітних і облікових форм державного федерального статистичного спостереження.
- Проведення моніторингу за ВІЛ-інфекцією у вагітних жінок і дітей, проведення профілактики щодо перинатальної передачі ВІЛ-інфекції.
- Впровадження індикаторів оцінки якості проведення профілактики перинатальної передачі ВІЛ-інфекції в кожному регіоні і в цілому по країні.
- Поліпшення взаємодії структур, які здійснюють епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією, а також моніторинг та оцінку протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції серед жінок і дітей.

2.2 Соціально-психологічний супровід вагітної ВІЛ-інфікованої жінки

Під час надання комплексної інтегрованої допомоги фахівцями застосовується декілька принципів соціального супроводу. Ведучий принцип соціального супроводу полягає в тому, що вирішенням ситуації конкретного клієнта займається один і той же фахівець від початку і до кінця, а мета цього - розвинути і поліпшити соціальне функціонування (тобто можливість впоратися з проблемами) клієнта, а також запобігти виникненню і поглибленню проблем зі здоров'ям і соціальних проблем.

Головним завданням соціального супроводу є надання послуг та підтримку вагітній жінці виходячи з індивідуальних потреб, забезпечивши ефективне використання особистих ресурсів. Фахівець, організуючий соціальний супровід ВІЛ – позитивної вагітної може запропонувати наступні послуги: допомогти зорієнтуватися в складних системах охорони здоров'я, щоб отримувати медичні послуги, в т.ч. пов'язані з психічним здоров'ям, змінити поведінку щодо вживання наркотиків шляхом лікування і реабілітації, допомогти знизити ризик поширення ВІЛ-інфекції через людей, чий ВІЛ-позитивний статус відомий, шляхом консультування їх з питань безпечної поведінки (як в сексуальних відносинах, так і при вживанні наркотиків), допомогти жінці набути навичок справлятися зі своїм життям.

Для забезпечення конфіденційності соціальний супровід таких клієнтів краще вести одній людині - довірній особі. У соціальних установах видається наказ про формування групи довірених осіб, які працюють з ВІЛ-позитивними клієнтами. До цієї роботи бажано залучати фахівців вищої кваліфікаційної категорії, які володіють навичками соціальної роботи і які пройшли спеціальне навчання.

Фахівцю, який супроводжує ВІЛ-позитивну жінку, слід:

- знати соціальних партнерів, які можуть йому допомогти в вирішенні проблем ВІЛ-позитивного клієнта і членів його сім'ї;
- підтримувати зв'язки з місцевими організаціями, що працюють з ВІЛ інфікованими;
- мати інформаційно-методичний матеріал, що містить необхідну для супроводу клієнта інформацію про захворювання, законодавство та інших питаннях.

Роботу з ВІЛ-інфікованою вагітною в соціальному закладі можна розділити на п'ять етапів, які нерозривні, переходять один в інший, і кожен наступний не може бути реалізований без попередніх.

На практиці склалися наступні етапи роботи.

I етап. Отримання попередньої інформації про клієнта і його сім'ї, збір додаткових відомостей (вивчення і збір додаткової інформвції).

II етап. Встановлення контакту з ВІЛ-позитивним (і членами його сім'ї) - за згодою.

III етап. Визначення завдань в рамках соціального супроводу і складання індивідуального плану соціально-психологічної реабілітації.

IV етап. Реабілітація клієнтів (при наявності згоди).

V етап. Патронат ВІЛ-позитивного і його сім'ї (за наявності згоди).

Для кожного етапу розроблено певні методи і форми роботи.

Розглянемо етапи роботи з ВІЛ-позитивними та членами їх сімей в соціальному закладі більш докладно.

Співпрацювати з ВІЛ-позитивним і його сім'єю дуже складно. запорукою успішної роботи служить здатність соціального працівника ставитися до ВІЛ-позитивних людей та їх сім'ей без упередження, здатність до емпатичних підходів при вирішенні всіх проблем, що виникають.

Вимоги до індивідуально-психологічних особливостей фахівця: порядність, чесність, безкорисливість, цілеспрямованість, працьовитість, спостережливість, емоційно-вольова стійкість, достатній рівень толерантності, розвинене почуття емпатії, соціальна інтуїція.

Вимоги до професійної підготовки: обізнаність в соціально-гуманітарних і моральних питаннях, навички професійного консультування. Знання нормативно-правової бази та можливостей ефективної взаємодії з різними органами і установами для оперативного вирішення питань забезпечення і захисту прав і законних інтересів своїх підопічних. Для соціального працівника, який здійснює допомогу ВІЛ інфікованим людям та їхнім родинам, необхідні також базові знання про ВІЛ.

Тут доречно навести і медичні протипоказання: робота з даною категорією не рекомендується людям, що страждають серцево-судинними, нервово-психічними розладами і іншими хворобами, що знижують загальну працездатність і врівноваженість в спілкуванні, вчинках і т.п.

Професійні та особистісні якості соціального працівника

Для працівника, який співпрацює з ВІЛ-позитивним і його сім'єю, найважливіші такі якості особистості:

- доброзичливість - щире бажання допомогти клієнту і його сім'ї в подоланні проблем, пов'язаних з ВІЛ-статусом;
- справедливість - неупередженість, націленість на дотримання моральних норм і правил;
- толерантність - терпимість до прояву людських слабкостей, інших оцінок дійсності, інших життєвих цінностей;
- емпатія - співчуття, співпереживання, здатність емоційно відгукуватися на переживання інших людей, розуміти ці переживання;
- вміння спілкуватися і вміння переконувати - легко вступати в контакт, підтримувати спілкування і виходити з нього, здатність впевнено, спокійно, аргументовано і переконливо висловлювати свою думку;
- уважність і чуйність, дбайливе ставлення до людей;
- вміння слухати, вникати в зміст сказаного, допомагати клієнту висловитися;
- ввічливість - ввічливість, тактовність, привітність;

- організаторські навички - уміння планувати, контролювати і організувати власну діяльність і процес взаємодії з іншими людьми та установами;
- витримка - терпіння, стійкість, самовладання, контроль над своїми почуттями та емоціями;
- оптимізм - «позитивний настрій», бадьоре і життєрадісне світовідчуття, при якому людина бачить світлі сторони, вірить в свої сили, в майбутнє, в успіх.

Крім перерахованих вище особистісних якостей для соціального працівника, який співпрацює з ВІЛ-позитивним і його сім'єю, найбільш значущі знання:

- юридичні (соціальне право, включаючи знання законів і нормативних актів, що регламентують соціальну роботу з ВІЛ-позитивними людьми, а також питання взаємодії з державними та недержавними органами і установами);
- медичні, в тому числі загальні уявлення про ВІЛ-інфекції, шляхи її передачі, захворюваннях, пов'язаних з ВІЛ;
- психологічні - основ загальної, медичної, соціальної психології, психології індивідуальних і вікових особливостей, психології стресу, основ психологічного консультування і психотерапевтичного впливу;
- конфліктології та психології міжособистісних відносин – основ соціальної і групової роботи з урахуванням особливостей соціальних проблем ВІЛ-позитивних людей та їх сімей;
- професійного етикету.

Основним в роботі з ВІЛ-позитивним є спілкування. Якщо соціальний працівник має високі показники комунікативної компетентності, йому легше вибрати ефективну стратегію взаємодії і домогтися позитивних змін в особистості і поведінці клієнта. І навпаки, психосоціальний вплив може виявитися малоефективним, а то й неможливим, якщо фахівець не зможе подолати бар'єри в спілкуванні. Однак активна взаємодія з клієнтом, «вживання» в його проблеми може привести до «емоційного вигорання».

Соціально-психологічна підтримка ВІЛ-позитивній вагітній жінці

Практика показує, що ефективну соціально-психологічну підтримку ВІЛ-інфікованої вагітній жінці може надати соціальний працівник з необхідним рівнем знань про особливості перебігу вагітності та методи профілактики передачі ВІЛ від матері дитині. ВІЛ передається трьома шляхами: при незахищених сексуальних контактах (Гетеросексуальних або гомосексуальних); через кров (наркотики, переливання інфікованої крові); від інфікованої матері до її дитини. За статистикою, більш ніж 90% інфікованих дітей заражаються від матері. Багато жінок дізнається про ВІЛ-позитивний статус будучи вагітними, коли стають на облік в жіночу консультацію. Колись усім ВІЛ-позитивним жінкам «рекомендували» переривання вагітності (аборт). «Зараз рішення народити дитину залишається невід'ємним правом кожної жінки, і наявність ВІЛ не є причиною для його обмеження (Наказ МОЗ України від 28.12.93 № 302 «Про затвердження переліку медичних показань для штучного переривання вагітності»). Основами законодавства про охорону здоров'я громадян (стаття 36)» встановлено, що кожна жінка має право самостійно вирішувати питання про материнство. Штучне переривання вагітності за бажанням жінки, в тому числі і інфікованої вірусом імунодефіциту людини, проводиться в терміни до 12 тижнів вагітності. Якщо ВІЛ-позитивна вагітна жінка з яких-небудь причин має намір перервати вагітність в терміни понад 12 тижнів вагітності, їй надано право перервати цю вагітність за медичними показаннями до 27-го тижня вагітності. Штучне переривання вагітності за медичними показниками проводиться тільки за згодою жінки.

Шлях передачі ВІЛ від матері до дитини називається вертикальним шляхом передачі. Інфікування плода можливо під час вагітності, особливо на пізніх термінах, під час пологів при проходженні по родових шляхах матері і при годуванні груддю. Частота інфікування дитини від ВІЧ

позитивної матері становить від 10 до 45% і залежить від цілого ряду чинників.

За даними служби «Довіра» ВІЛ-позитивним вагітним соціальні послуги можуть надати спеціалісти неурядових організацій та медичні працівники.

Соціальні послуги, що надають соціальні працівники у Центрах СНІДу та кабінетах «Довіра»:

- психологічна допомога;
- «консультування з питань формування прихильності до АРТ»;
- «навчання профілактиці попередження передачі (зараження) ВІЛ та формування навичок здорового способу життя»;
- «консультування з питань особливостей догляду й підтримки дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, та дітей, які живуть з ВІЛ». Цей перелік послуг ВІЛ-позитивні вагітні можуть отримати меншою мірою на рівні акушерсько – гінекологічної служби та практично не отримати на рівні первинної медико-санітарної допомоги.

Якщо між медичними закладами і громадськими організаціями налагоджена співпраця то ВІЛ-позитивні вагітні жінки мають змогу отримати соціальні послуги: « соціально-побутові послуги (забезпечення продуктами харчування, іграшками, транспортні послуги, соціально-побутовий патронаж, виклик лікаря, забезпечення медикаментами тощо)»; « супровід до відповідних спеціалістів згідно з потребами та показниками»;

- допомога в отриманні обов'язкових соціальних виплат, коштів благодійних фондів у зв'язку з ВІЛ, у тому числі допомога в оформленні документів;

Соціальні послуги, що можуть отримати ВІЛ-позитивні вагітні жінки у медичних закладах:

- послуги консультування з питань ВІЛ-інфекції, антиретровірусної терапії;

- психологічні консультації;
- консультації щодо харчування для дітей,
- безкоштовні обстеження та додаткові аналізи;
- патронаж на дому;
- допомога в оформленні документів та отриманні соціальних виплат та соціально-побутові послуги.

Одним із ефективних методів роботи соціального працівника в команді спеціалістів служби « Довіра» є супервізія.

Супервізія має бути обов'язковою складовою професійної діяльності фахівців у сфері ВЛ/СНІДу, з огляду на складні умови їхньої праці, значне психологічне навантаження, роботу в стресовому середовищі, нерівномірний графік роботи, а також часті випадки професійного вигорання. Супервізія здійснюється шляхом аналізу ефективності роботи працівника, надання йому підтримки та сприяння його професійному зростанню. Супервізію можна розглядати і як процес, і як подію. В першому випадку мова йде про регулярні зустрічі згідно з домовленостями та планом. Обидві сторони готуються до них, обговорюючи поточну практику. В другому випадку супервізія виступає як певна подія, яка відбувається або при кризових ситуаціях, які потребують негайного вирішення, або при запрошенні залученого фахівця (зовнішнього супервізора).

Супервізія є ресурсом у профілактиці професійного вигорання та негативного впливу професійних стресів. Більшу небезпеку для працівника несуть не сильні і короткотривалі стреси, а довготривалі, хоча і не емоційно сильні. Вони виснажують захисні сили організму, спричиняючи вигорання. Менеджерська супервізія не є окремим видом діяльності, це одна з управлінських функцій, що має бути відображена в посадових інструкціях керівників. Результати супервізії мають занотовуватися. Кожен працівник організації повинен отримувати супервізію, що має бути зазначено у його посадових інструкціях. Це стосується також і керівників,

які теж мають право отримувати, при можливості, зовнішню супервізію, або інтравізію. Супервізія повинна бути регулярною, а не одноразовою дією. Лише за цієї умови супервізія буде засобом профілактики професійного вигорання у працівника.

Супервізія в соціальній роботі – це дотримання стандартів роботи та сприяння розвитку організацій, оскільки основна мета супервізії полягає у забезпеченні якомога кращих послуг для клієнтів. Про цю відповідальність варто наголошувати працівникам. Супервізія – це не контроль чи моніторинг діяльності працівника. Вона має на меті допомогти фахівцю розвинути свій професійний потенціал в повній мірі, через обговорення завдань, які він виконує в організації. Це складає управлінську функцію супервізії. Супервізія - це не робочі зустрічі, наради. Вона має свою мету, завдання та структуру, і проводиться в окремо відведений час та згідно з відповідним планом. Супервізія – це не лише психологічна підтримка персоналу через обговорення труднощів, проблем, які мали місце в роботі з клієнтами, та шляхів їх розв'язання. Предметом супервізії має бути вся діяльність працівника, його щоденна практика, поточні результати, успіхи та досягнення.

Супервізія повинна виконувати одночасно три функції: управлінську, підтримуючу та навчальну. Чому повинна? Тому що переважання однієї з них у процесі супервізії робить її або моніторингом, або консультацією, або тренінгом.

1. Супервізія повинна відповідати потребам супервізованого працівника, включаючи адміністративний, навчальний та підтримуючий компоненти.
2. Супервізія повинна бути частиною політики організації, що має бути відображено у відповідних положеннях, посадових інструкціях.
3. Службові обов'язки супервізора повинні бути чітко прописані з урахуванням часу, необхідного для супервізії кожного працівника (включаючи час на підготовку та оцінку супервізії).
4. Проходження супервізії має бути визначено у посадових обов'язках працівника.
- 5.

Супервізійні зустрічі повинні відбуватися на регулярних засадах. 6. Важливим у процесі супервізії є чітке розмежування обов'язків між супервізором та супервізованим, які поза нею перебувають в інших рольових позиціях (наприклад, керівник та підлеглий). 7. За результатами супервізії повинні вестися професійні записи. 8. Відсутність дискримінації. 9. Конфіденційність. Супервізія – це захист інтересів клієнта, працівника, команди, керівника, організації, професії.

Супервізор повинен використовувати різні методи (рольова гра, моделювання, демонстрація, виконання вправ) та розвивати свій власний супервізорський стиль задля організації відповідної атмосфери під час супервізії.

Супервізорська сесія має певну структуру і саме ця її специфіка відрізняє її від дружньої бесіди колег на професійні теми. Загалом, це має бути обговорення, де соціальний працівник може говорити про: • те, як відбувається робота; • будь-які проблеми, які мали місце в його роботі; • шляхи їх вирішення; • почуття; • розвиток та навчання. Організувати обговорення цих питань можна в різний спосіб, базуючись на загальних засадах консультування.

Важливою є перша зустріч з супервізії. Від того, наскільки безпечно почуватиметься супервізований, наскільки зрозумілим для нього буде мета та зміст супервізії, роль та повноваження супервізора, залежить його подальша мотивація та активність. Супервізору під час першої супервізії варто:

1. З'ясувати очікування та побоювання супервізованого.
2. Надати інформацію про мету супервізії, її завдання.
3. Обговорити принципи проведення супервізії, її межі.
4. Домовитись щодо тривалості, частоти та місця зустрічей.
5. Обговорити професійні записи.

Планова супервізія може мати такий алгоритм: 1. Привітання, налагодження довірливої та відкритої атмосфери 2. Обговорення

результатів попередньої сесії: - Що відбулося з часу нашої останньої зустрічі? - Що змінилося? - Чи вдалося досягнути запланованих змін? - Чи є потреба повернутися до питань, які ми обговорювали? 3.Структурування сесії: - Про що ви хотіли поговорити сьогодні? - Які питання ви хочете винести сьогодні на обговорення? - На чому ви хотіли б зупинитися більш детально? - Що вас найбільше хвилює із запропонованого для обговорення?

Аналіз питань, винесених на обговорення:

- Деталізація (Чи могли б ви розповісти більш детально про ситуацію, яка склалась? Чи є ще щось, що впливало на неї?)
- Встановлення причинно-наслідкових зв'язків (Чим це викликано? Що привело до цього?)
- Визначення суті (Що, на вашу думку, це означає?)
- Оцінка (Як ви це оцінюєте? Яке ваше ставлення до цього?)
- Визначення альтернатив (Які можливі варіанти ваших дій? Що станеться, якщо ви приймете це рішення?)
- Результати (Чого ви хочете досягнути? Як ви дізнаєтесь, що досягнули свого?)
- Виконання (Що для цього треба зробити? Яка допомога для цього вам потрібна?)
- Узагальнення (Який висновок ви робите? Що, на вашу думку, все це означає?)
- Інтеграція (Чому ви навчились з цієї ситуації? Як ви будете використовувати це знання?)
- Навчання (Що б ви зробили, якби можна було почати спочатку? Що б ви зробили, якби нічого не впливало на ваше рішення?)

5.Планування дій, нотування результатів сесії

6.Підведення підсумків.

АРВ-терапія на сьогодні залишається найважливішим чинником в зупинці епідемії ВІЛ/СНІД. Результатом правильного прийому АРВ-

терапії, як правило, є невизначене вірусне навантаження, що веде до збереження здоров'я ВІЛ-позитивних осіб, зниження смертності від ВІЛ/СНІД та інфікування ВІЛ. Ключовими завдання в цьому контексті мають бути: Формування прихильності до АРТ - здатність особи розпочати, управляти й підтримувати процес прийому препаратів у визначених дозах, у визначений час, з визначеною частотою і за визначених умов, відповідно до призначень лікаря; Формування прихильності до диспансерного спостереження - здатність особи стати і перебувати на регулярному диспансерному спостереженні, що включає в себе планові візити до лікаря, планові обстеження та інші заходи, відповідно до стандартів системи охорони здоров'я. На шляху до формування високої прихильності, як правило, лежать численні перешкоди - не тільки в медичній, а й в соціальній, економічній, психологічній, юридичній площинах: Психо-соціальні фактори - самостигматизація, алко/наркозалежності, депресія та синдром тривожності, викривлені релігійні переконання, соціальна дезінтеграція; Соціо-економічні фактори - відсутність коштів на транспорт до медичного закладу, нерегулярне харчування, відсутність освіти, роботи й постійного місця проживання;

Демографічні фактори – гендер, підлітковий вік; Системні перешкоди – значна відстань до медичного закладу, черги на прийом до лікаря, незаконне стягнення плати за проходження діагностики тощо.

Перешкоди на рівні громади – зовнішні стигма й дискримінація, досвід відмови в надання послуг через ВІЛ-статус. Саме тому для ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД актуальним є забезпечення ВІЛ-позитивним особам не тільки медичного, а й соціального супроводу в найширшому значенні, що дасть можливість подолати перешкоди в залученні ЛЖВ до системи лікування ВІЛ. Пакети послуг в рамках проектної діяльності розраховані на індивідуальну роботу з клієнтами фахівців проекту, в т.ч. на подолання перешкод до формування медичної прихильності на рівні клієнта. Тим не менше, задля підвищення рівня

ефективності проектної діяльності, організаціям рекомендовано працювати на рівнях системних перешкод (колективне представництво інтересів) та перешкод на рівні громади (інформаційно-просвітницька робота з загальним населенням і персоналом виправних закладів). Епідемія ВІЛ/СНІД в Україні має свої особливості й тенденції, які необхідно обов'язково враховувати в проектній діяльності. Зокрема, прогалинами в боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД на даний час можна вважати занадто пізні звернення ЛЖВ щодо постановки на диспансерний облік, значну кількість ЛЖВ, які більше року не відвідують СНІД-центри й кабінети «Довіри», проблему конфекції ВІЛ і туберкульозу. З цією метою, визначено додаткові рекомендації у впровадженні напряму «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб»:

- Наявність соціального працівника при кабінеті консультування і тестування, який забезпечує супровід у постановці на диспансерний облік, надає консультації «рівний-рівному»
- Забезпечення супроводу в постановці на диспансерний облік для ВІЛ-позитивних осіб, що звільняються з пенітенціарних закладів
- Забезпечення безперервності супроводу щойно виявлених ВІЛ-позитивних осіб між проектами зменшення шкоди й проектами з догляду й підтримки Пізня постановка ЛЖВ на диспансерний облік
- Забезпечення виходу на "неактивну" диспансерну групу (ЛЖВ, які більше року не відвідували СНІДцентри) через соціальних працівників, які перебувають в штаті медичних закладів, через отримання від пацієнтів при постановці на диспансерний облік згоди на передачу даних в НУО "Неактивна" диспансерна група з числа ЛЖВ
- Забезпечення обов'язкового скринінгу ЛЖВ на предмет виявлення ТБ, супровід на діагностику, відслідкування результатів та доведення до лікування ТБ (з фокусом на групу СН)
- Забезпечення доведення клієнтів до медичних закладів за місцем їх проживання - після лікування ТБ у стаціонарних відділеннях тубдиспансерів

ВИСНОВКИ

Наукові розвідки з теми дослідження засвідчили, що вірус імунодефіциту людини має великий психологічний, фізичний і соціальний вплив на інфікованих осіб та їх сім'ї. Вплив посилюється за рахунок стигматизації, яка заважає профілактиці та лікуванню ВІЛ-позитивних людей, обмежує можливості соціальної підтримки та розкриттю інформації про ВІЛ.

У ході дослідження було з'ясовано, що найбільшою мірою страждають від ВІЛ сім'ї з низьким соціально-економічним статусом, включаючи такі групи людей, як наркомани, мігранти та бездомні. Ризик передачі ВІЛ зростає, коли люди не знають про те, що вони інфіковані, коли вони не повідомляють про ВІЛ-статус, не мають доступу до ефективного лікування. На період децентралізації влади в нашій країні проблема СНІДу залишається однією з найактуальніших і тому соціальний контроль у сфері охорони здоров'я за ВІЛ - інфікованими вагітним жінками особливо важливий. На теперішній час триває процес реформування в системі охорони здоров'я, який має позитивні і негативні сторони. Економічний спад, військові дії на території України, скорочення бюджету системи охорони здоров'я, низька мотивація медичних працівників у зв'язку з невеликою заробітною платньою – все це впливає на якість отримання послуг ВІЛ - інфікованими вагітним жінками. Супровід ВІЛ-інфікованої жінки в період вагітності здійснюється комплексно в акушерсько-гінекологічних, педіатричних службах, в закладах на рівні первинної медико-санітарної допомоги та у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (Центри СНІДу та їх відділення).

Результати проведеного дослідження показали, що загальна ситуація з наданням послуг ВІЛ - інфікованим вагітним жінкам в Україні значно поліпшилася останніми роками, але система організації медичної допомоги ВІЛ-позитивним вагітним на рівні первинної ланки поки залишається

слабкою. У закладах охорони здоров'я первинної медико-санітарної допомоги послуги, що закріплені наказами МОЗ України ВІЛ - інфікованими вагітним жінками, не надаються у повному обсязі або взагалі відсутні. Сімейні лікарі не хочуть брати на себе відповідальність недостатньо знань щодо ведення таких пацієнтів або не хочуть брати додаткового навантаження. Найбільш потужними для надання послуг з ППМД є другий і третій рівні медичної допомоги. Соціальна незахищеність ВІЛ-позитивних жінок на теперішній час очевидна - все більша кількість жінок, що зіткнулися з проблемою СНІДу, чиї права порушені, звертається в Центри СНІДу та їх відділення за допомогою. Іноді для своєчасного отримання послуг ВІЛ-інфікованої жінці перешкоджає незручне розташування Центрів СНІДу та кабінетів «Довіра». Жінки не своєчасно відвідують лікаря із-за того, що живуть у віддалених районах, їм важко добиратися, бракує коштів на дорогу. Також однією з причин пропуску відвідувань лікаря є вживання алкоголю, наркотиків, наявність маленьких дітей. Моніторинг післяпологового стану здоров'я та продовження лікування ВІЛ-позитивних жінок здійснюються виключно на базі Центрів СНІДу та їх відділень.

За позитивне, відмічаємо те, що за останні три роки Міністерством охорони здоров'я України було підготовлено низку законопроектів з удосконалення діяльності галузі охорони здоров'я та впровадження нового фінансового механізму в медичній сфері, приводяться до кращих світових стандартів нормативно-правові акти. Чинна нормативно – правова база забезпечує здійснення заходів з ППМД у ЗОЗ всіх рівнів надання медичної допомоги, їх децентралізацію, що сприяє наближенню ВІЛ-позитивних вагітних до послуг за місцем проживання, створенню ефективних механізмів перенаправлення для отримання спеціалізованої допомоги у зв'язку з вагітністю та ВІЛ-інфекцією, зниженню навантаження на працівників ЗОЗ. Нормативно – правова база забезпечує здійснення заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у закладах

охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги, одночасно з їх децентралізацією. Інтегровані послуги для ВІЛ-позитивних жінок та їх дітей, в основному, надаються в Центрах СНІДу та їх відділеннях. Жінки, що народили дитину отримують консультації медичних працівників, народжені діти і матері проходять антиретровірусну профілактику. Породіллям пропонуються ліки для припинення лактації, усі діти забезпечуються адаптованими молочними сумішами протягом першого року життя. Соціальну допомогу (отримання державних коштів на дитину) ВІЛ – інфіковані вагітні жінки, а також жінки, які народили дітей,отримують під час візитів до Центру СНІДу або кабінету «Довіра». Для покращення надання послуг на рівні первинної ланки має сенс повторного вивчення і впровадження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р. (далі – УКПМД ППМД).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- 1.Абрамова К. А. Соціально-психологічні особливості ВІЛ- інфікованих дітей в сучасних українських реаліях. / К. А. Абрамова . Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право. Випуск 4 (20) 2013.
- 2.Адвокация: Метод. рекомендації. – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2005. – 148 с.
3. Бега А., Реміга О., Шевляков І., Толопіло А. Стратегія зменшення шкоди від вживання наркотиків як пріоритет у політиці профілактики ВІЛ/ СНІДу // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 2. – С. 5– 27.
4. Богдан Д., Нахаєва О. Досвід діяльності ВІЛ-сервісних організацій України у формуванні прихильності до високоактивної антиретровірусної терапії // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 2. – С. 94–105.
5. Введення у соціальну роботу: Навч. посібник / Т. В. Семигіна та ін. – К.: Фенікс, 2001. – С. 214–219.
- 6.ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюлетень № 43 / МОЗ України. – Київ, 2015. – 111 с.
- 7.ВІЛ/СНІД та права людини. Міжнародні керівні принципи». ООН, ЮНЕЙДС. 1996 р. 31 с.
- 8.ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Авт.: Котова Н. В., Старець О. О., Олена П. П., Леончук Н. В., Панфілова О. М., Бордуніс Т. А., Дубініна І. М., Булах Л. В. – К.: ТОВ „К.І.С.”, 2010 – 176с.
- 9.ВІЛ/СНІД та ін’єкційне вживання наркотиків: пропозиції щодо забезпечення більшої ефективності профілактичних програм. Послання до політиків, урядовців, усіх осіб, причетних до прийняття відповідальних рішень. – К., 2005. – 36 с.
- 10.Декларація ООН щодо прихильності справі боротьби з епідемією ВІЛ/ СНІДу. – Доступна з: <http://www.un.org>.
- 11.Декларація Генеральної Асамблеї ООН – «Саміт Тисячоліття» .

12. Детальное руководство по ведению ВИЧ-инфицированных женщин во время беременности. Британская ВИЧ-ассоциация. – 2008. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bhiva.org/PregnantWomen2008.aspx>.
13. Догляд і підтримка дітей з ВІЛ-інфекцією: навчальний посібник для персоналу дитячих установ, батьків, опікунів, соціальних працівників та інших осіб, що доглядають за інфікованими дітьми / Авт.: Аряєв М.Л., Котова Н.В., Старець О.О., Карпенко О.І., Рябова М.В., Пеша І.В. Пурік О.П., Леончук Н.В. – К.: Кобза, 2003. -186 с.
14. Дешко Т. та ін. Права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг // Соціальна політика і соціальна робота. – 2005. – № 1. – С. 31–51.
15. Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД і соціальний захист населення»
16. Запорожан В.М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В.М. Запорожан, Н.Л. Аряєв. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 2004. – 634 с.
17. Зведене керівництво з використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Рекомендації з позиції охорони здоров'я. ВООЗ. 2013. 273 с.
18. Керівні принципи для виявлення та ведення випадків споживання хімічних речовин та пов'язаних з цим розладів здоров'я під час вагітності. ВООЗ. – 2014. – 39 с.
19. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІДу в Україні: зведений звіт / ВООЗ, Представництво ЮНЕЙДС в Україні. – Київ, 2009. – 240 с.
20. Методичні рекомендації з узагальнення досвіду соціального супроводу та підтримки сімей, які виховують ВІЛ-інфіковану дитину. – К.: Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ), Український інститут соціальних досліджень, 2005. – 63 с.
21. НСОЗ ФОРТ ВЕЛЛІ, Ведення неонатального абстинентного синдрому. Електронний ресурс Режим доступу:

http://www.nhsforthvalley.com/_documents/qi/ce_guideline_wcdneonatal/neonatalabstinenc esyndrome.pdf.

22.Наказ МОЗ України №551 від 12.07.2010. Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. – Київ. – 163 с.

23.Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Оптимизация клинической тактики и эффективные методы ликвидации новых случаев ВИЧ-инфекции у детей. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012 г.). // ВОЗ. - 2012. – 71 с.

24.Соціально-демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні» (анотований звіт ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України», ЮНІСЕФ, Інститут соціології НАН України», 2013.

25.Соціально-психологічна робота з ВІЛ-позитивними дітьми та їх сім'ями: процес розкриття ВІЛ-статусу дитині: Методичний посібник / Заг. ред. канд. пед. наук Н.Ф. Романової. – К.:Інжиніринг, 2009. – 148 с

26. Шагінян В.Р. Роль перинатального шляху передачі в розповсюдженні гепатитів В і С в Україні та удосконалення епідеміологічного нагляду: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. мед. наук. / В.Р. Шагінян. – К., 2007. – 33 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУЧАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Додаток І

Д. Гордінова Олеся Сергіївна
 укладення) освітньої програми Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна
 доброчесність – це фундаментальна основа діяльності усієї академічної спільноти університету.

ЗАВІДУЮЧИЙ, що у своїй освітній і науковій діяльності **УЗГОВ'ЯЗУЮТЬСЯ**.

- дотримуватися:
 - актів законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної доброчесності;
 - зусиль університету до академічного щастя;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - творчого ставлення до інтег.
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надати м'язу на:
 - безпосередню передачу курсових, кваліфікаційних робіт тільки на основі наявності академічного статуту з метою подальшого спеціалізованого проєктування продукції;
 - оброблення, збереження й реалізація кваліфікаційних робіт у відповідному доступі в інституційному репозитарії;
 - виконання робіт для перевірок на основі наявності академічного статуту в інших робочих записках з метою виявлення можливих ознак академічного статуту.
- забезпечити виконання вимогам законодавства, зокрема статуту й академічного контролю результатів навчання;
- надати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використовуючи методи досліджень та джерела інформації;
- не використовувати результати досліджень інших авторів без авторизації публікації на їхню роботу;
- проявляти діяльність збереження та привласнення традицій університету, формування його інституційного іміджу;
- не чинити перешкоди, і не створювати перешкоди щодо інших осіб;
- підтримувати академічну доброчесність, високої відповідальності та поваги до інтелектуального Eigentum;
- захищати честь, гідність та особисту академічну доброчесність, зокрема не вступати в стосунки, створюючи плагиат, розкриття інформації, розкриття в публічних парадоксах;
- не дискримінувати інших на підставі академічних стосунків, а також за національним, расовим, статевим та іншими ознаками;
- відповідально ставитися до своїх обов'язків, зокрема та грати виконувати свої обов'язки та науково-дослідницькі завдання;
- зберігати анонімізацію у своїй діяльності кваліфікації інтереса, зокрема не використовувати спробовані і результати своїх і методів отриманих нечесно вивчених, наукових і творчих діяльності;
- не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, шахрайством, створенням фабрикацій;
- не підробляти документи;
- не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
- не отримувати і не пропонувати винагород за використання отриманих будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну оцінки академічної діяльності;
- не захищати й не провадити агресії та насильства проти інших, соціальних груп;
- не захищати інших матеріальних цінностей, матеріально-технічної бази університету та особисті цінності інших студентів та/або працівників;
- не використовувати без дозволу ректорату (деканату) званнями університету в комерції, не пов'язаних з діяльністю університету;
- не захищати і не захищати будь-яких осіб, зокрема не захищати їх, щоб не допустити плагіату і інших ознак академічного статуту;
- не захищати інших осіб за допомогою інших осіб;
- не захищати інших осіб за допомогою інших осіб;

УСВІДОМЛЮЮ, що підписавши до цього законодавства у разі невиконання Кодексу академічної доброчесності буду нести відповідальність за своїми ознаками відповідальності. Я до цього не хочу бути засудований за ознаки дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

04.05.20
(дата)


(підпис)

Олеся Гордінова
(с/х, прізвище)

Додаток Б**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

АГС акушерсько – гінекологічна служба

АРВ антиретровірусний

АРТ антиретровірусна терапія

ВІЛ вірус імунодефіциту людини

ВН вірусне навантаження

ГІ глибинні інтерв'ю ГФ

Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

ЗОЗ заклад охорони здоров'я,

ЗПТ замісна підтримувальна терапія

ЕПМД елімінація передачі ВІЛ від матері до дитини ППСШ інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА імуноферментний аналіз,

КГ ключові групи щодо інфікування ВІЛ

ЛЗП-СЛ лікар загальної практики – сімейний лікар

ЛЖВ люди, які живуть з ВІЛ

МіО моніторинг та оцінка

МОЗ Міністерство охорони здоров'я

ПЛР полімеразна ланцюгова реакція

ПМСД первинна медико-санітарна допомога

ППМД профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

ПТВ послуги з тестування на ВІЛ

СКК суха крапля крові

УКПМД Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, ЦГЗ МОЗ ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ЦМЛ центральна міська лікарня ЦРЛ центральна районна лікарня ЧПМД частота передачі ВІЛ від матері до дитини

Додаток В

Нормативно – правова база щодо децентралізації послуг з ППМД в Україні

Успішна реформа охорони здоров'я впроваджує взаємозалежні заходи, що поліпшують стан здоров'я населення (зниження захворюваності, смертності, збільшення тривалості життя тощо), покращують якість медичної допомоги та оптимізують витрати на медичні послуги. В Україні визначені організаційні та правові аспекти реформування системи охорони здоров'я, а також зазначені напрямлення щодо децентралізації послуг з акцентом на розбудову ПМСД на принципах сімейної медицини. Децентралізація допомоги та лікування при ВІЛ-інфекції сприяє наближенню ВІЛпозитивних людей до послуг за місцем проживання, створенню ефективних механізмів перенаправлення пацієнтів для отримання спеціалізованої допомоги, зниженню навантаження на працівників охорони здоров'я. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» (зі змінами – наказ МОЗ України від 09.01.2014 № 7) амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризації вагітних та гінекологічних хворих, профілактики та лікування акушерської і гінекологічної патології, планування сім'ї, санітарно-просвітницької роботи (далі – наказ МОЗ 15.07.2011 р. № 417): - На I рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу мешканці села отримують у фельдшерсько – акушерських пунктах, у амбулаторіях загальної практики - сімейної медицини (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки на первинному рівні, в основному, має профілактичний характер з метою попередження небажаної вагітності,

ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням ЛЗП-СЛ/акушерки/фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні (далі – ЦРЛ) в 19-21 і 30 тижнів вагітності. У разі виникнення акушерських ускладнень, патології плода, загострення екстрагенітальної патології вагітна негайно передається під нагляд лікаря акушера-гінеколога. - На II рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу вагітним і гінекологічним хворим здійснює медичний персонал ЦРЛ, центральної міської лікарні (далі – ЦМЛ), жіночих консультацій, гінекологічних кабінетів ЦРЛ, центрів планування сім'ї, оглядових кабінетів поліклінік. У ЗОЗ II рівня спостерігаються вагітні без ускладненого перебігу вагітності та з акушерськими ускладненнями, з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією, вродженими вадами розвитку плода. За наявності показань вагітні скеровуються на III рівень надання медичної допомоги та направляються у денні стаціонари. - На III рівні амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють спеціалісти обласних лікарень. В ЗОЗ III рівня забезпечується поглиблене виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути виконаний на попередніх етапах надання медичної допомоги вагітним та гінекологічним хворим. При необхідності проводиться консультування, додаткове обстеження іншими спеціалістами. Після проведеного обстеження складається індивідуальний план спостереження вагітної для медичного персоналу перших двох рівнів. Одним із ключових стратегічних напрямів Програми 10-го раунду ГФ визначено необхідність розробки та впровадження заходів для ефективної децентралізації інтегрованих медичних та соціальних послуг відповідно до реформ у галузі охорони здоров'я. Процеси децентралізації повинні підтримуватися та розвиватися для нарощування потенціалу регіональних Центрів СНІДу, місцевих ЗОЗ,

що забезпечують профілактику, лікування, догляд та підтримку для ключових груп інфікування ВІЛ (далі – КГ) та ЛЖВ. Децентралізація послуг у сфері ВІЛ/СНІДу визначена як «розподіл відповідальності» при наданні цих послуг на вторинному рівні медичної допомоги (розбудова сайтів АРТ, кабінетів «Довіра») з передачею частини медичних послуг на первинний рівень медичної допомоги (Центри ПМСД, амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, фельдшерсько – акушерські пункти). Це дозволяє забезпечувати безперервність послуг та отримувати їх ВІЛ-позитивному пацієнту у найближчому медичному закладі. Відповідно до наказу МОЗ України від 21.07.2014 року № 509 «Про затвердження змін до Типового положення про кабінет «Довіра»» до основних функцій кабінету «Довіра» належить здійснення медичного нагляду за ВІЛ-позитивними вагітними, призначення та супровід медикаментозної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини із застосуванням АРВ-препаратів (далі – наказ МОЗ від 21.07.2014 р. № 509).

18 Наказом МОЗ України від 16.05.2016 року № 449 затверджений УКПМД ППМД, у якому зазначені організаційні заходи з ППМД на рівнях первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. За результатами опитування ключових інформаторів у протоколі не прописані соціальні послуги для ВІЛпозитивних матерів та їх дітей, відсутні заходи з елімінації сифілісу від матері до дитини, деякі заходи ППМД складно виконувати у ЗОЗ районного рівня.