



УДК 616.98:578.828ВІЛ:616-036.22(477.7)

А. С. Федчук<sup>1</sup>, О. О. Недужко<sup>1</sup>, Т. Х. Кірьязова<sup>2</sup>,  
Т. Л. Гридiна<sup>1</sup>, Л. І. Шитикова<sup>1</sup>, Л. М. Мудрик<sup>1</sup>, С. В. Поздняков<sup>1</sup>

## ПРАКТИЧНА МОДЕЛЬ КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ МОЛОДІ ТА ПІДЛІТКІВ НА ВІЛ З МЕТОЮ ЗНИЖЕННЯ РИЗИКУ ІНФІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЄЮ

<sup>1</sup>ДУ «Український науково-дослідний  
протичумний інститут ім. І. І. Мечникова» МОЗ України, Одеса,

<sup>2</sup>Одеський обласний інститут удосконалення вчителів

Молоді люди та підлітки — це головний потенціал для кожної країни. На жаль, ця вікова група є однією з найуразливіших до епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у світі та, зокрема, в Україні. За період з грудня 2008 по жовтень 2009 рр. при проведенні скринінгових досліджень на ВІЛ-інфекцію серед осіб репродуктивного віку — мешканців Одеси та Одеської області (n=15 214) показник інфікованості сироваток ВІЛ становив 2,9 % [1]. У 2009 р. понад 77 % ВІЛ-інфікованих громадян України належали до вікової групи 15–49 років [2]. Рівень доступу й охоплення консультуванням і тестуванням (КТ) на ВІЛ-інфекцію молоді та підлітків є нижчим порівняно з дорослим населенням [3], особливо серед молоді з ризикованою поведінкою [4]. Відсоток осіб віком 15–24 роки, які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію й отримали його результати, у 2007 р. становив 12 % [3]. Враховуючи, що, за даними опитування, за власним бажанням тестування прохо-

дять лише 20 % молоді [5], то відсоток молоді 15–24 років, що проходять тестування на ВІЛ-інфекцію з власного бажання та знають результат тесту, дорівнює приблизно 2,4 % на рік.

Від того, наскільки суспільство буде здатним допомогти молоді захистити себе від ВІЛ-інфекції, значною мірою залежить і наше спільне майбутнє. Одним із найважливіших засобів у вирішенні цього завдання є КТ на ВІЛ-інфекцію. Робота консультанта, по-перше, дає можливість запобігти ВІЛ-інфекції у підлітково-молодіжному середовищі, а по-друге, допомагає вчасно повідомити інфікованим особам про їхній ВІЛ-статус і надати їм допомогу. Для підвищення ефективності проведення КТ існує необхідність у системному вивченні провідних методик профілактичної роботи та їх адаптації до специфічних умов розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу й особливостей підлітково-молодіжного середовища в Україні.

### Матеріали та методи дослідження

Було проведено системний пошук теоретичних і науково-практичних робіт із вивчення формування поведінки у взаємозв'язку з ризиком інфікування ВІЛ у підлітково-молодіжному середовищі; виділені основні практичні методики зниження поведінкового ризику; вивчені характеристики інформованості з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та особливості поведінки підлітків і молоді в Україні; встановлені основні характеристики надання КТ на ВІЛ-інфекцію серед молоді та підлітків в Україні; створена практична модель зниження ризику інфікування ВІЛ для застосування під час сесії консультування та тестування.

Збір і аналіз інформації здійснювалися за даними публікацій у вітчизняних та іноземних наукових виданнях, звітів про проведені дослідження, даними офіційної статистики, вітчизняних законодавчо-правових актів, а також за результатами раніше проведених і опублікованих власних досліджень.



## Результати дослідження та їх обговорення

### *Формування поведінки і ризик передачі ВІЛ-інфекції у підлітково-молодіжному середовищі*

Ризик інфікування ВІЛ — процес, пов'язаний з багатьма факторами. З погляду на формування ризику та, насамперед, сексуальної й інших видів поведінки можна розглядати внутрішні та зовнішні фактори/мотиватори [6]. Крім того, кожний індивідуум має розглядатися з позицій того, чи особа сама владна над своєю поведінкою (внутрішній локус контролю) чи, навпаки, у її формуванні переважають сторонні чинники (зовнішній локус контролю) [7]. Встановлення того, що саме має переважний вплив на поведінку особи — внутрішні чи зовнішні фактори, — має велике значення у наданні допомоги на шляху до безпечної поведінки.

Головними чинниками, що впливають на ризик інфікування ВІЛ, є внутрішні фактори. Наприклад, ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом серед підлітків і молоді переважно обумовлюється інформованістю, віком, статтю, мотивацією, психологічним станом, стосунками із статевим партнером, формами статевого акту та практикою безпечного сексу, кількістю статевих партнерів та ін. [8]. Інформованість — один із головних чинників формування поведінки. Але навіть достатній рівень поінформованості серед молоді, а особливо серед підлітків, не завжди трансформується у відповідно високий рівень безпечної поведінки. Практично у всіх групах підлітків спостерігається явище профілактичної дисоціації (значна розбіжність між умовно високим рівнем профілактичних знань і значно нижчим рівнем реалізації цих знань (практичних навичок) у повсякденному житті). Кожна людина має певний набір по-

ведінкових навичок, які створюють картину типової поведінки. Обрання моделі типової поведінки багато в чому залежить від того, чого саме людина прагне досягти своїми вчинками, — мотивації. Мотив — це причина поведінки. Інформація, навички, мотиваційні фактори можуть сформувавши активну життєву позицію, наявність якої безпосередньо впливає на поведінку людини [9].

Крім вищезазначених, існує багато інших внутрішніх факторів об'єктивного характеру, які формують поведінку людини (наприклад стать). Для юнаків чоловічий стереотип мужності («я не злякаюся зробити ін'єкцію»), намагання приховати свої емоції та почуття (зменшення значення наявності почуттів до сексуального партнера), часта відмова від допомоги (зменшення можливостей для отримання необхідної інформації) тощо можуть збільшити ризик інфікування. Дівчата також мають деякі специфічні ознаки, які роблять їх більш вразливими до інфікування: «норми», що вимагають від дівчини жіночності та лагідності (наприклад, «я маю погодитися з бажанням партнера не використовувати презерватив»). Виникнення ризику інфікування також асоційоване з молодшим віком [10]. Збільшенню ризику інфікування сприяють шкідливі звички, особливо вживання наркотиків та алкоголю.

Вплив оточення людини та інші зовнішні фактори є дуже вагомими при втягненні її у ризиковану поведінку. За даними дослідження, першу ін'єкцію найчастіше «допомагають» зробити особи, які вже мали досвід вживання ін'єкційних наркотиків [10]. Більшості споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) першу ін'єкцію робили знайомі, друзі, а також сексуальні партнери.

Поведінку кожної особи доцільно розглядати як взаємо-

дію внутрішніх і зовнішніх факторів. Для кожної людини існує певний локус контролю — тобто те, від чого найбільше залежить ризик інфікування/поведінка: від внутрішніх або зовнішніх факторів. Люди з зовнішнім локусом контролю вважають причиною виникнення тієї чи іншої ситуації (у тому числі ризику інфікування) зовнішні фактори; особи з внутрішнім локусом, навпаки, впевнені, що ця ситуація обумовлена їхніми власними діями та здібностями. Співвідношення одного або іншого типу локалізації локусу контролю впливає на різноманітні характеристики поведінки. Наявність зовнішнього локусу контролю може бути пов'язана з більшим ризиком інфікування ВІЛ.

### *Методики зниження поведінкового ризику*

Протягом останніх 20 років досліджень, що здійснювалися з метою зменшення ризиків інфікування ІПСШ/ВІЛ, було створено потужне наукове підґрунтя для профілактичних дій у вигляді сформованих поведінкових теорій, таких як модель здорових переконань (Health Belief Model), теорія продуманої дії (Theory of Reasoned Action), теорія запланованої поведінки (The Theory of Planned Behaviour) і соціально-когнітивна теорія (Social Cognitive Theory). З точки зору моделі здорових переконань, головними у зміні поведінки на безпечну є сприйняття ризику й уразливості, а також баланс між очікуваними позитивними і негативними результатами безпечної поведінки. Теорії продуманої дії та запланованої поведінки говорять про те, що сформоване ставлення і прийнятні соціальні норми впливають на намір вчинити певну дію й на поведінку. З позицій соціально-когнітивної теорії, поведінка особи моделюється наставниками, важливим для особи оточенням і самоефективністю (self-efficacy, тобто



власним почуттям того, що людина в змозі контролювати свою поведінку під впливом різноманітних обставин). Результати сучасних поведінкових досліджень підтверджують правоту усіх теорій. Концепцію формування безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки було сформульовано Fisher & Fisher (1992) [11]. Згідно з нею, формування безпечної поведінки в людській популяції, у тому числі серед молоді, має трикомпонентну структуру (рис. 1).

На думку авторів, існують три основних компоненти формування безпечної поведінки, які взаємопов'язані та впливають один на одного на різних рівнях:

1) інформація — впливає на зменшення ризику, пов'язана з мотивацією й обумовлює навички та поведінку;

2) мотивація — пов'язана з інформацією, обумовлює навички та поведінку;

3) навички — обумовлені інформацією та мотивацією, впливають на поведінку.

Таким чином, формування максимально безпечної поведінки можливе лише за умов поєднання усіх трьох компонентів та їх достатньої потужності.

Практично усі моделі зміни поведінки визнають її формування як етапний процес. При цьому рух від сходки до сходки залежить як від спро-

можності особи, так і від зовнішніх обставин. Існує кілька сходових моделей зміни поведінки. Наприклад, модель «етапи змін» передбачає наявність п'яти основних етапів у зміні поведінки [12]. Стисло ці етапи можна описати так:

1) попереднє спостереження (отримання інформації та навичок);

2) спостереження (формування довгострокових намірів до змін);

3) підготовка до змін (із поглядом на короткострокову перспективу);

4) власне дії/поведінка (зміни мають нетривалий характер);

5) підтримка (зміни у поведінці мають постійний характер).

На кожному етапі окремій особі потрібні зовсім різні компоненти, починаючи з підвищення усвідомлення небезпеки на першому етапі до налаштування до змін у наступних. Сприйняття людиною ризику та усвідомлення втрат і переваг безпечної поведінки є більш значущим на етапі формування схильності до змін, тоді як на етапі прийняття рішень повинні використовуватися механізми підтримки цих змін. Діалог та обговорювання є єдиними прийнятними методами донесення цієї інформації. Тільки таким чином особа буде здатна розповісти про питання, які її турбують, а консультант — оцінити, чи є це турбування обґрунтованим, запропонувати варіанти вирішення наявних питань і допомогти молодій людині обрати кращий для неї варіант. Тобто кожна сесія має бути орієнтованою на конкретну людину.

*Характеристика інформованості з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу й особливості поведінки підлітків і молоді в Україні*

За даними опитування, 59 % респондентів в Україні віком 15–24 роки мали досвід сексуальних контактів (чоловіки — 63 %, жінки — 55 %) [5]. За ре-

зультатами власних досліджень серед молодих осіб щодо кількості статевих партнерів протягом останніх трьох місяців, 57,7 % мали одного статевого партнера, 11,0 % — двох, 0,4 % — трьох, а 7,5 % — чотирьох і більше, 23,4 % не відповіли на запитання (n=2003); відповідні показники щодо кількості статевих партнерів протягом останнього року становили: 43,2 % — один партнер, 19,4 % — два, 5,1 % — три, 16,4 % — чотири та більше, 15,9 % не відповіли на запитання (n=2072) [1]. Спостерігається така тенденція щодо захищеності сексу: 52,0 % опитуваних використовують презерватив під час статевого акту. Пропозиція використання презерватива серед тих, хто за останній місяць вступав у сексуальні контакти з випадковими особами, серед українських респондентів розподілилася таким чином: за власним рішенням — 39 %; у 23 % це було спільне рішення; лише 7 % випадкових партнерів виступили ініціаторами використання презерватива під час статевого акту [5]. Майже п'ята частина молодих людей, які мали випадкових сексуальних партнерів, не дала відповіді на запитання про його використання. У цих та інших дослідженнях високий відсоток відмови відповісти на запитання про користування презервативом може свідчити про відповідно високий показник незахищених сексуальних стосунків.

За нашими даними, серед респондентів молодого віку більша частина (88,6 %) негативно ставляться до наркотиків, 7,2 % — терпимо, 3,2 % — позитивно, 1 % не відповіли на запитання 1,9 % — споживали наркотики раніше чи споживають нині, 97,0 % — ніколи не споживали, 1,1 % не відповіли на запитання [1]. Іншим дослідженням встановлено, що перша ін'єкція серед СНІВ відбулася, у середньому, у віці 18 років [10]. Чим молодша

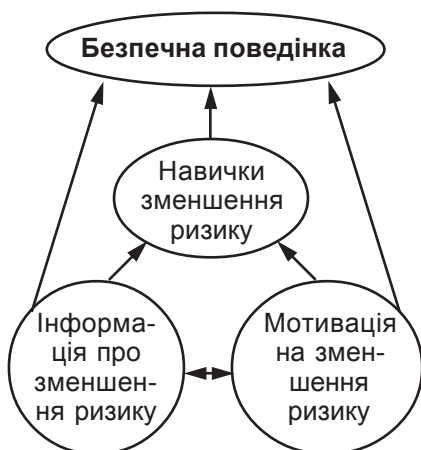


Рис. 1. Модель формування безпечної поведінки



людина, тем менш свідомими та спланованими є її дії, тим вищий ризик зараження. Найвищий рівень незапланованості першої ін'єкції спостерігається серед наймолодших СНІ. За даними опитування, більше половини 15-річних юнаків в Україні щотижня споживали пиво [13]. За даними того ж опитування, були п'яними хоча б раз у житті від 20 % шестикласників до майже 70 % першокурсників ПТУ. Дані опитування свідчать, що під час останнього статевого контакту майже кожна третя молода особа вживала алкогольні напої або наркотики. Звісно, що молода людина, яка перебуває в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, має значно більше шансів на небезпечний секс без використання презерватива.

*Характеристики надання КТ на ВІЛ-інфекцію серед молоді та підлітків в Україні та її законодавче підґрунтя*

В Україні до молоді належать громадяни віком від 14 до 35 років (Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні»). За міжнародними стандартами поняття «підлітки» охоплює вікову групу від 10 до 19 років включно. Вітчизняне законодавство не містить юридичного тлумачення цього терміну, але термін «підліток» у юридичному сенсі ґрунтується на понятті «дитина», а «молодь віком від 14 до досягнення 18 років» і «неповнолітні діти» є синонімами [14].

Законодавство України передбачає надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла 14 років, за її згодою (без обов'язкової згоди або присутності її законних представників) (Цивільний кодекс України). Деякі протиріччя в Законі України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД)

та соціальний захист населення», в якому було вказано на те, що проходження медичного огляду на ВІЛ дітей від 10 до 14 років включно можливе лише на прохання чи за згодою їхніх законних представників, які мають бути присутніми при проведенні такого огляду, враховані у проекті нової редакції Закону. Таким чином, медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітні особи віком від 14 до досягнення 18 років можуть проходити самостійно.

Проведення КТ серед підлітків і молоді, як і серед решти населення, може здійснюватися як у закладах охорони здоров'я, так і в автономних пунктах КТ за умови дотримання принципів КТ [15]. Останніми роками виникла необхідність розширення послуг, які б відповідали потребам молодих людей. Одним із типів установ, де доведена ефективність надання подібних послуг, є «Клініки, дружні до молоді» (КДМ). У них надають медичну допомогу та соціальні послуги дітям і молоді на основі принципів дружнього підходу до молоді, рекомендованих ВООЗ та ЮНІСЕФ [16].

За даними опитування молоді віком 25–24 років, 18 % респондентів відповіли, що колись проходили тест на ВІЛ (14-річні — 3 %, 20–24-річні — 29 %) [5]. Відсоток осіб, які вже мають статеві контакти, в окремих вікових групах підлітків і молоді суттєво перевищує відповідний відсоток проходження КТ у цих групах. Найбільш розповсюдженими причинами, які не дозволяють молоді звернутися по КТ, є такі: страх розголосу результатів обстеження — 57 % серед чоловіків і 58 % серед жінок; страх перед можливими змінами в особистому житті — 36 % у чоловіків і 39 % у жінок [5]. За результатами опитування, лише 44 % молодих людей зазначили, що мають можливість пройти КТ за місцем мешкання, 29 % вказали, що в їхньому

населеному пункті такої можливості немає, а 26 % не знають, де можна отримати таку послугу. Група осіб, які отримали весь спектр послуг (пройшли передтестове консультування, зробили тест та отримали післятестове консультування), становила лише 2 % від тих, хто коли-небудь проходив тест на ВІЛ. Серед тих, хто проходив тест на ВІЛ, 12 % повідомили, що вони так і не дізналися про свій ВІЛ-статус. У всіх вікових групах відмічається низький відсоток осіб, які звертаються у центри профілактики та боротьби зі СНІДом для зарахування на диспансерний облік і отримання кваліфікованої допомоги.

Отже,

1) з різних причин велика частка молодих людей, особливо підлітків, які вже ведуть активне статеве життя, не звертаються по КТ;

2) часто спостерігається проведення КТ у неповному обсязі;

3) високий відсоток молодих осіб, які проходять КТ, не дізнаються про свій ВІЛ-статус, а у разі позитивного результату тесту не звертаються до центрів СНІДу;

4) головне, що КТ як структурний елемент системи профілактичних засобів не завжди досягає головної мети, яка полягає у зниженні ризику інфікування, у першу чергу за рахунок зменшення ризикованої поведінки.

*Практична модель зниження ризику інфікування ВІЛ-інфекцією для застосування при КТ молоді та підлітків*

Шлях «інформування — поведінка» має індивідуальний та етапний характер. Інформування кожної особи — це складний процес. Результат цієї дії залежить від трьох основних, пов'язаних між собою компонентів: здібностей консультанта, готовності людини сприйняти цю інформацію та



властивостей інформації. Головним при консультуванні молоді є ввічливість, конфіденційність, доброзичливість, неупереджене ставлення до можливих особливостей їх поведінки, тактовність і розуміння, що бесіда на тему сексуальної поведінки може бути складною для підлітка. У разі готовності особи до сприйняття інформації головне, щоб ця інформація була орієнтована на кінцевий результат — мала властивості знизити ризик інфікування.

Види безпечної поведінки можуть бути різними: абстиненція (утримання) від сексу, наявність постійного неінфікованого сексуального партнера, утримання від початку статевого життя, використання презерватива при кожному статевому контакті, відмова від використання наркотиків, застосування індивідуального ін'єкційного інструментарію та станків для гоління. Створювати безпечну модель поведінки для молоді можна кількома шляхами. На нашу думку, головним є допомога у створенні моделі поведінки, при якій молода особа використовувала б презерватив при кожному статевому контакті та не вживала наркотичні речовини. Важливими також є статеві відносини з постійним партнером. У деяких випадках може бути рекомендовано утримання від початку сексуального життя, використання індивідуального ін'єкційного інструментарію.

Існує багато захисних факторів, які допомагають молодій людині відмовитися від вживання наркотичних речовин або від ризикованого сексу. Наприклад, одними з найбільш поширених бар'єрів для першої ін'єкції серед молоді є:

1) приклад знайомих СІН (споживачів ін'єкційних наркотиків), а саме — негативні зміни в їхньому житті після початку вживання наркотиків;

2) страх перед наркотичною залежністю;

3) побоювання шкідливих наслідків для власного здоров'я та страх перед ВІЛ/СНІДом.

Таким чином, інформація має зробити акцент на втратах від ризикованої поведінки та можливого інфікування як для власного здоров'я, так і для особистого життя. Важливо, щоб ця інформація ґрунтувалася на прикладах інших людей, особливо знайомих клієнта, посилялася на норми, які існують у суспільстві та в тій соціальній групі, до якої належить людина. Фактор важливості необхідності збереження здоров'я є найбільш значущим, особливо при перших випадках ризикованої поведінки.

Багато молодих людей мають хибні судження щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу та шляхів її запобігання. Підлітки є найменш поінформованою групою. Респонденти з хибними стереотипами про інфікування ВІЛ, які вже мають сексуальний досвід, певною мірою закріплюють ці стереотипи, тоді як ті, хто ще не розпочав сексуальне життя, демонструють скоріше невпевненість, ніж помилковість своїх суджень [5]. Отже, набагато простіше інформувати/вчити навичкам тих, хто ще не почав сексуальне життя, ніж переконувати тих, хто вже має досвід сексуальних стосунків.

Основними причинами невикористання презерватива серед молоді є таке:

1) те, що думати про контрацепцію під час статевого акту з випадковим партнером не дуже хотілося — 38 %;

2) зниження чутливості під час статевого акту — 31 % [5].

Крім того, деякі інші внутрішні фактори сприяють незахищеному сексу: перенесення ініціативи та відповідальності за використання презерватива на статевого партнера, високий рівень довіри до статевого партнера [8]. Бажання отримати задоволення іноді перевищує відчуття небезпеки та розуміння ризику заражен-

ня [5]. Таким чином, збільшення рівня відчуття небезпеки та покращання розуміння ризику може привести до практики безпечного сексу.

Краща поінформованість корелює з позитивними установками щодо безпечної поведінки, але ця кореляція не є лінійною. Єдиним способом спробувати знизити ризик інфікування у майбутньому у форматі консультаційної сесії є надання інформації та навчання навичкам. Тобто консультант не здатний сформувавши мотивацію чи змінити поведінку людини або знизити її ризик, він здатний лише надати конкретну інформацію та навчити певним навичкам, які допоможуть це зробити. Отже, інформація, що надається консультантом, повинна мати такі характеристики:

1) конкретність (називати та пояснювати основні речі);

2) об'єктивність (говорити лише про те, що має наукове підґрунтя);

3) доступність (зрозумілість);

4) реалістичність/доцільність (говорити про те, що має місце та/або може бути здійснене);

5) послідовність (надавати інформацію логічно — від оцінки ризику до складання плану його зменшення; від простого до складного);

6) пріоритетність (приділяти більше уваги тому, що дійсно важливе для конкретної особи на даному етапі);

7) індивідуальність (індивідуальний об'єм, зміст і спосіб надання інформації);

8) переконливість (відобразити переваги безпечної поведінки, відсутності/зниження ризику; відобразити можливі втрати від небезпечної поведінки/наявності ризику/проблем зі здоров'ям).

Головні завдання консультанта:

1) оцінити ризик;

2) з'ясувати, які фактори формують цей ризик (рівень



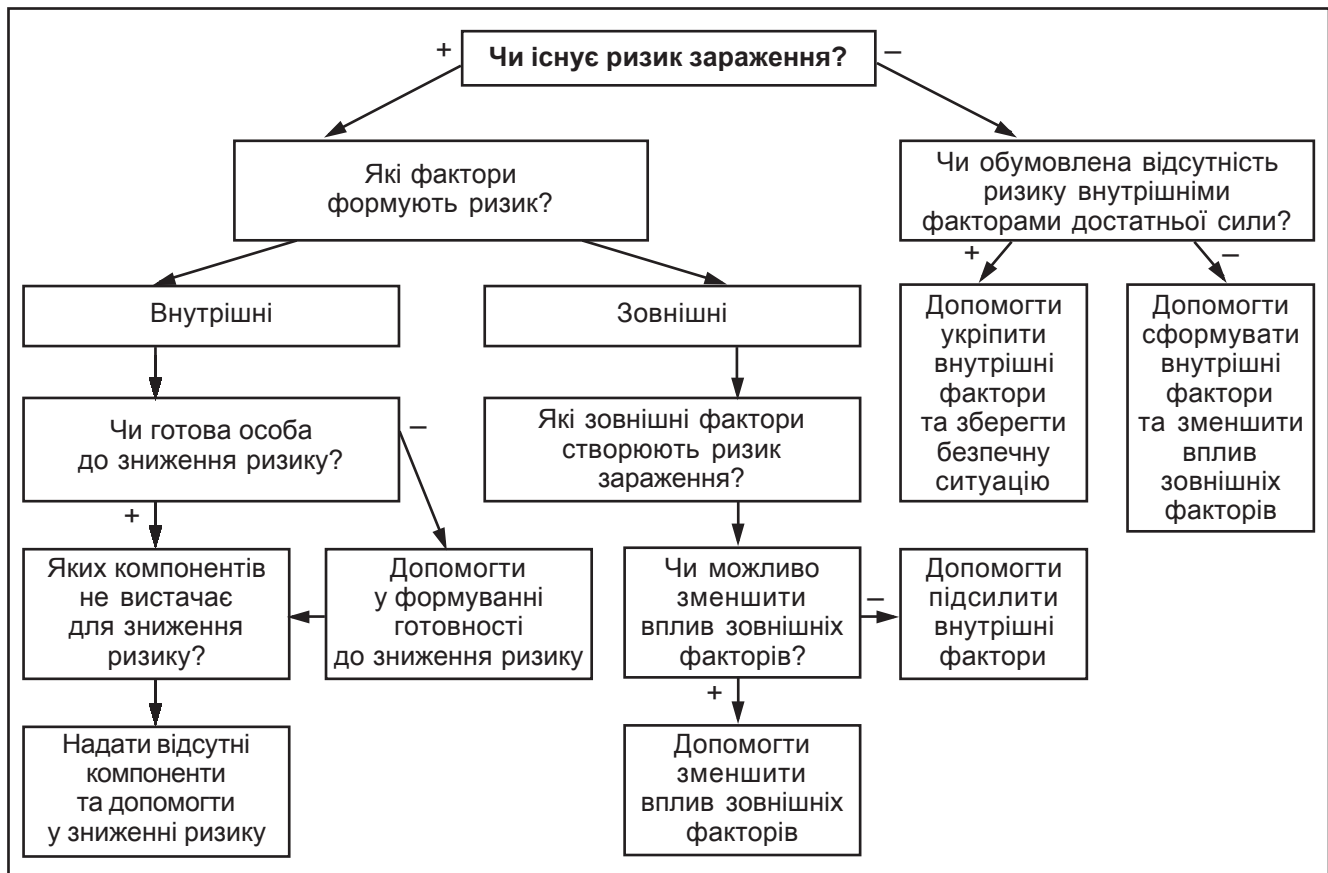


Рис. 2. Практична модель зниження ризику інфікування ВІЛ для застосування при КТ молоді та підлітків

інформованості, мотиваційні компоненти, навички, поведінка тощо);

3) встановити, які фактори є домінуючими у формуванні ризику інфікування — зовнішні чи внутрішні;

4) виділити фактори, яких не вистачає особі для зниження ризику (інформації, навичок або мотивації);

5) дізнатися, чи готова особа до сприйняття інформації та зміни поведінки на менш ризиковану;

6) надати усю необхідну інформацію та навчити навичок, яких бракує.

Враховуючи наведене науково-практичне підґрунтя, процес зниження ризику як головну частину консультаційної сесії можна представити у такому схематичному вигляді (рис. 2).

## Висновки

Таким чином, КТ на ВІЛ-інфекцію — один із найважливі-

ших заходів протидії розвитку епідемії. Заради підвищення його ефективності слід:

1) мотивувати молодь до проходження КТ;

2) проводити консультаційну сесію з урахуванням усіх вимог та у повному обсязі;

3) використовувати наведений алгоритм зниження ризику інфікування та інші практичні рекомендації;

4) зробити усе можливе для отримання особою результату тестування;

5) у разі позитивного результату тестування сприяти зверненню клієнта до центрів профілактики та боротьби зі СНІДом;

6) залежно від індивідуальної ситуації сфокусувати консультацію на зниженні ризику інфікування або на збереженні безпечної щодо інфікування поведінки.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Молодь — група особливого ризику ВІЛ-інфікування / А. С. Фед-

чук, Т. Л. Гридін, Л. І. Шитікова [та ін.] // Одеський медичний журнал. — 2010. — Т. 117, № 1. — С. 4-8.

2. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень. — К., 2010. — № 33. — 53 с.

3. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Україна. — К., 2008. — 144 с.

4. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні: зведений звіт [Електронний ресурс] // UNAIDS. — 2009. — Р. 241. — Режим доступу до ресурсу: [http://www.un.org.ua/files/20090522\\_ukr\\_240\\_4.pdf](http://www.un.org.ua/files/20090522_ukr_240_4.pdf)

5. Моніторинг поведінки молоді як компонент епідагляду другого покоління / О. М. Балакірева, Ю. М. Галустян, Д. М. Дікова-Фаворська [та ін.]. — К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2005. — 44 с.

6. Browes S. Health psychology and sexual health assessment: review / S. Browes // Nursing Standard. — 2005. — Vol. 21, N 5. — P. 35-39.

7. Ogden J. Health Psychology: A Textbook / J. Ogden. — Buckingham: Open University Press, 1996.



8. Варивончик Д. В. Обґрунтування та розробка системи медико-соціальної профілактики інфікування вірусом імунодефіциту людини серед підлітків в умовах великого міста : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. В. Варивончик ; Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця. — К., 2001. — 18 с.

9. Розкриття ВІЛ-позитивного статусу : збірник статей і методичних рекомендацій. — К. : КМВ ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2009. — 144 с.

10. Чинники впливу та попередження початку вживання молоддю наркотиків ін'єкційним шляхом : аналітичний звіт та стратегії профілактики ініціації вживання наркотиків ін'єкційним шляхом серед уразли-

вих груп підлітків та молоді / О. М. Балакірева, Ж.-П. Грунд, Кас Барендрегт [та ін.] ; ред. О. М. Балакірева, Ж.-П. Грунд. — К. : Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка, 2006. — 142 с.

11. Fisher J. D. Changing AIDS-risk behavior / J. D. Fisher, W. A. Fisher // Psychological Bulletin. — 1992. — N 111. — P. 455-474.

12. Prochaska J. O. The transtheoretical model of behavior change / J. O. Prochaska, W. F. Velicer // Am. J. Health Prom. — 1997. — N 12. — P. 38-48.

13. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді : монографія / О. М. Балакірева, Н. О. Рингач, Р. Я. Левін [та ін.] ; наук. ред. О. М. Балакірева. — К. : Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка, 2007. — 128 с.

14. Буроменський М. В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування : аналітичний огляд / М. В. Буроменський, В. М. Стешенко. — К. : Укр. ін-т соц. досліджень ім. О. Яременка, 2008. — 129 с.

15. Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію : додаток до Наказу МОЗ України «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» № 415 від 19.08.2005 р.

16. Оцінка клінік, дружніх до молоді : аналітичний звіт / І. Л. Демченко, Н. П. Пивоварова, М. М. Костючок [та ін.]. — К. : К. І. С., 2008. — 104 с.

Передплачуйте  
і читайте



## ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті  
Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

