

КАЛИНИНГРАДСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ
ИРКУТСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА
ЦЕНТР НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И СТУДЕНЧЕСКИХ ИНИЦИАТИВ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ,
И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Пособие для социальных работников

Москва
2006

ББК 60.56
М42

Коллектив авторов:

Н.Н. Воронцова, В.В. Жеребцова, Т.А. Епоян, А.И. Загайнова, С.А.Игумнов, Е.И. Романенко, В.Н. Садовникова, С.И. Сидоренко, П.Б. Торопов, Г.М. Шумейко

Редакционная группа:

Е.А. Воронова, С.И. Васильева, Е.С. Сдобникова, А.П.Соровцева, Т.В.Тихонова

Рецензент:

А.Ю. Егоров, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского государственного университета

Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и М42 членов их семей: Пособие для социальных работников. — Москва, 2006.

В данном пособии изложены современные представления о ВИЧ-инфекции, обозначены основные социальные и психологические проблемы людей, живущих с ВИЧ, и их семей, сформулированы принципы и особенности оказания им социальной помощи. Особое внимание обращено на оказание медико-социальной помощи и поддержки ВИЧ-положительным беременным женщинам, молодым матерям и семьям с детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями.

Пособие предназначено для социальных и медицинских работников, психологов, а также для всех, кто хочет больше знать о ВИЧ/СПИДе.

ББК 60.56

Пособие подготовлено при участии и финансово-организационной поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и издано в рамках совместного проекта Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Секретариата Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и организаций ООН - соучредителей ЮНЭЙДС «Координация в действии», финансируемого Министерством международного развития Великобритании и Агентства по международному развитию Швеции.

Содержание настоящего издания отражает точку зрения авторов и не может рассматриваться как политика или взгляды ЮНИСЕФ.

ISBN

© ЮНИСЕФ, 2006
© Коллектив авторов, 2006

СОДЕРЖАНИЕ

От авторов	
Раздел 1. ВИЧ И СПИД — СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	
Раздел 2. СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ СЕМЕЙ	
Раздел 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЛЮДЯМ И ИХ СЕМЬЯМ	
Раздел 4. АЛГОРИТМ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ- ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ЕГО СЕМЬИ	
Раздел 5. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, И ИХ СЕМЬЯМ	
Раздел 6. ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ВИЧ- ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И ИХ СЕМЬЯМ	
Раздел 7. ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ И ПОДДЕРЖКЕ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ СЕМЕЙ	
ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ	
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	
СЛОВАРЬ	
Приложения	
Приложение 1. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ОТ 22 ИЮЛЯ 1993 г. № 5487-1 (ИЗВЛЕЧЕНИЯ)	
Приложение 2. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30 МАРТА 1995 г. №38-ФЗ «О ПРЕДУПРЕЖДЕ- НИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ- ИНФЕКЦИИ)»	
Приложение 3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА НА ВИЧ- ИНФЕКЦИЮ	
Приложение 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ	

- Приложение 5. ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СТРЕССОРОВ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ
- Приложение 6. РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ
- Приложение 7. ПУТИ, ПРИВОДЯЩИЕ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В СОЦИАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ
- Приложение 8. УЧРЕЖДЕНИЯ – СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРТНЕРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ ЛЖВС И ИХ СЕМЬЯМ
- Приложение 9. АЛГОРИТМ РАБОТЫ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ЕГО СЕМЬЕЙ
- Приложение 10. СОСТАВЛЯЮЩИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ЕГО СЕМЬЕЙ
- Приложение 11. ПЛАН-ДОГОВОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО
- Приложение 12. МОДЕЛЬНЫЙ ПРИКАЗ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ НАСЕЛЕНИЯ И ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ИМ УЧРЕЖДЕНИЙ

ОТ АВТОРОВ

Пособие для специалистов по социальной работе резюмирует опыт работы Центров социальной помощи семье и детям и сотрудничающих с ними общественных организаций. В нем собраны общие сведения в объеме, необходимом специалисту, работающему с ВИЧ-положительными людьми и их семьями. В частности, изложены современные представления о ВИЧ-инфекции, обозначены основные социальные и психологические проблемы людей, живущих с ВИЧ, и их семей; сформулированы принципы и особенности оказания им социальной помощи. Детально раскрыты профессионально значимые личностные качества социального работника, сотрудничающего с ВИЧ-положительными и их семьями. При этом особый акцент сделан на необходимости соблюдения работником признанных на международном уровне этических стандартов социального взаимодействия и норм российского законодательства.

Учитывая особую актуальность в настоящее время профилактики вертикального пути передачи ВИЧ, отдельный раздел пособия посвящен оказанию комплексной медико-социальной помощи и поддержки ВИЧ-положительным беременным женщинам, молодым матерям и семьям с детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями. В пособии также излагается опыт отечественных общественных организаций, оказывающих всестороннюю медико-психолого-социальную поддержку ВИЧ-положительным семьям.

Все материалы и сведения изложены в содержательной, но доступной для понимания форме, поэтому будут полезны не только для социальных и медицинских работников, психологов, педагогов, но и для всех, кто хочет больше знать о ВИЧ/СПИДе.

Вопросы и предложения по содержанию пособия, а также запросы на проведение обучающих семинаров и установочных круглых столов по вопросам организации оказания психолого-социальной помощи ВИЧ-положительным людям и их семьям просьба направлять в ЮНИСЕФ по адресу: 101000, г. Москва, Покровский бульвар, дом 4/17, строение 1, офис 20; вниманию В. Дыковой vdykova@unicef.org.

Авторский коллектив выражает благодарность за помощь в подготовке издания:

*Департаменту медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства
здравоохранения Российской Федерации;*

О.В. Шараповой, директору Департамента;

М.В. Гордеевой, заместителю директора Департамента;

Е.И. Куприяновой, начальнику отдела социальной политики семьи, женщин и детей;

Н.А. Шахиной, начальнику отдела социальной поддержки детей с ограниченными возможностями, профилактике трудной жизненной ситуации детей;

*Центру научно-практической социальной работы и студенческих инициатив
Санкт-Петербургского государственного университета;*

Санкт-Петербургской региональной общественной организации «Центр “Инновации”»;

Санкт-Петербургской общественной организации «Врачи детям»;

*Л.М. Ландо, заместителю директора Центра социальной помощи семье и
детям г. Калининграда.*

Раздел 1

ВИЧ И СПИД — СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) — одна из глобальных угроз здоровью человечества. По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), среди 40 млн ВИЧ-положительных людей, проживающих во всем мире, более 3 млн составляют дети.

Эпидемия ВИЧ не обошла стороной и нашу страну. Ежедневно регистрируется более ста случаев ВИЧ-инфицирования. По официальным данным, на конец 2005 г. в Российской Федерации проживало свыше 335 тыс. ВИЧ-положительных людей, из них более 15 тыс. — дети. По расчетам эпидемиологов, реальное число ВИЧ-положительных людей в 3–4 раза превышает количество официально зарегистрированных случаев.

ВИЧ-инфекция и СПИД. ВИЧ-инфекция впервые была описана в 1981 году. В 1982 г. ученым удалось выяснить, что причиной заболевания является вирус, который поражает клетки иммунной системы человека, делая их неспособными защищать организм от болезней. В результате многолетнего проживания и размножения ВИЧ клетки иммунной системы вместо «защитников» организма становятся «фабрикой» по производству вирусов иммунодефицита человека. В конце концов, истощившись, клетки иммунной системы погибают. При этом развивается иммунодефицитное состояние, при котором организм теряет способность противостоять бактериям, вирусам, грибкам, вызывающим различные болезни. На этом фоне могут развиваться онкологические заболевания. Поздние стадии ВИЧ-инфекции, при которых имеет место гибель большого количества иммунных клеток, называются **синдромом приобретенного иммунодефицита (сокращенно СПИД)**.

Пути передачи ВИЧ. Передача ВИЧ осуществляется вертикальным и горизонтальным путями. Вертикальный — от беременной женщины ребенку. Инфицирование может происходить внутриутробно, в родах, при вскармливании грудью.

Горизонтальный путь передачи — половой, парентеральный. *Половой путь* реализуется при гомо- и гетеросексуальных контактах во время незащищенного полового контакта при любых видах сексуальных практик (анальный, вагинальный, оральный секс).

Парентеральный путь — «кровь в кровь», когда инфицирование происходит при использовании нестерильных инструментов или введении наркотиков общими иглами и шприцами, использовании общего раствора наркотического

вещества, содержащего кровь инфицированного ВИЧ человека, переливании зараженной донорской крови и ее компонентов и т. д.).

Риск передачи ВИЧ-инфекции тем или иным путем зависит от количества вирусов (*вирусной нагрузки*), содержащихся в той жидкости организма, с которой контактирует человек. Их концентрация неодинакова в разные периоды развития инфекции и в разных жидкостях организма. Жидкости, в которых вирус содержится в максимальной концентрации (или концентрации, достаточной для заражения): ликвор (спинномозговая жидкость), кровь, лимфа, сперма, выделения влагалища (вагинальный секрет), грудное молоко. Жидкости, содержащие низкую концентрацию вируса и *не представляющие опасности в плане заражения*: моча, слезы, слюна, мокрота, пот.

В разных странах и регионах преобладают различные пути заражения (гомосексуальный, гетеросексуальный, инъекционные наркотики). В России в начале эпидемии в 1996–1999-х годах преобладал путь заражения через инъекционное введение наркотиков (78,6% всех известных случаев), в настоящее время все больший удельный вес приобретает половой путь заражения при гетеросексуальных контактах.

Как долго вирус живет вне организма человека? На открытом воздухе вирус погибает через несколько минут. Внутри шприца он может жить значительно дольше. Использованный шприц или полая игла (без стерилизации) может содержать живой вирус в течение нескольких суток.

ВИЧ не передается воздушно-капельным, контактно-бытовым, пищевым и трансмиссивным путями (через укусы насекомых), например, ВИЧ нельзя инфицироваться при:

- 1) чихании или кашле ВИЧ-положительного;
- 2) пребывании в одном помещении с инфицированным человеком;
- 3) укусах насекомых и через домашних животных;
- 4) пользовании общей посудой, полотенцами, постельным бельем, телефоном, унитазом, ванной, бассейном. Если на одежду или белье попала жидкость, содержащая ВИЧ (например, кровь), то вирус быстро погибает во внешней среде;
- 5) объятиях, рукопожатии, поскольку неповрежденная кожа является естественным барьером для вируса;
- 6) так называемом социальном поцелуе;
- 7) осуществлении медицинских манипуляций в лечебных учреждениях (при неукоснительном соблюдении правил дезинфекции и стерилизации инструментов и использовании одноразовых инструментов);
- 8) пользовании услугами маникюрных/педикюрных кабинетов, парикмахерской (при неукоснительном соблюдении правил дезинфекции и стерилизации инструментов).

Диагностика ВИЧ-инфекции начинается с выявления вируса иммунодефицита человека путем *медицинского освидетельствования* (обследования для выявления вируса иммунодефицита человека) (ФЗ «О предупреждении распро-

странения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ).

Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию должно проводиться с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики этого заболевания (*Приложение 1*) и может быть добровольным (*Приложение 2*) и обязательным.

Добровольное медицинское освидетельствование может проводиться по просьбе освидетельствуемого лица или по просьбе или согласию его законного представителя (для несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном порядке недееспособными). Его проводят в учреждениях государственной, муниципальной, а также частной систем здравоохранения. Однако выдача *официального документа* о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции *осуществляется только государственными или муниципальными учреждениями, имеющими лицензию*. По желанию освидетельствование может быть анонимным.

Обязательному медицинскому освидетельствованию (то есть обследованию в обязательном порядке) подлежат:

- 1) доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей;
- 2) работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;
- 3) иностранные граждане и лица без гражданства, пребывающие в РФ на срок свыше трех месяцев;
- 4) лица, находящиеся в местах лишения свободы (утверждено Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 28 февраля 1996 г. № 221).

Обязательное медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводится **бесплатно**.

— Основными методами лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является *обнаружение общих антител к вирусу с помощью иммуноферментного анализа* (метод ИФА) — **это первый этап обследования** и *антител к отдельным белкам вируса с помощью иммунного блотинга* (метод ИБ) — **это второй, экспертный, более точный этап обследования**. При получении положительного результата на первом этапе исследования по методике ИФА **проведение иммунного блотинга является обязательным**.

Результаты исследований на ВИЧ интерпретируются как положительные, сомнительные и отрицательные.

Отрицательными считаются результаты анализов в тех случаях, когда не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов (белков) ВИЧ. В этом случае выдается заключение об отсутствии в крови человека антител к ВИЧ.

Сомнительными (неопределенными) будут считаться результаты исследования, которые невозможно достоверно интерпретировать. Сомнительный

результат анализа предполагает необходимость повторного лабораторного исследования.

Положительными считаются результаты анализов, которыми достоверно подтверждается наличие в крови антител к ВИЧ. Положительный тест на ВИЧ свидетельствует о том, что человек инфицирован ВИЧ. Такого человека называют ВИЧ-положительным.

Только после получения *повторного положительного результата* методом ИБ **врач сообщает человеку о наличии у него ВИЧ-инфекции**. При этом результат обследования врач сообщает обратившемуся человеку *лично*, и информация эта является строго **конфиденциальной**. Медицинские работники и другие лица, которым в связи с выполнением служебных или профессиональных обязанностей стали известны сведения о результатах проведения медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфекции, обязаны сохранять эти сведения в тайне. За разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лица, которым эти сведения стали известны в связи с выполнением ими служебных или профессиональных обязанностей, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (*Приложение 3*).

Необходимо знать, что от момента заражения ВИЧ до момента обнаружения антител в крови больного человека (то есть до возможности диагностирования ВИЧ-инфекции) проходит от 2 недель до 1 года (в среднем около 3 месяцев). Этот период называется **«периодом окна»**. При обследовании методом ИФА в это время результаты еще отрицательные. Однако человек является источником инфекции не с момента появления антител, а с момента инфицирования ВИЧ, даже не догадываясь о своем заболевании.

В терминальной стадии болезни антитела уже не образуются из-за поражения иммунной системы, и результаты опять становятся отрицательными.

Для определения стадии заболевания и решения вопроса о необходимости начала лечения определяют также количество иммунных клеток **CD4+** и **CD8+**, а также количество вирусов в крови инфицированного человека, так называемую **вирусную нагрузку**.

Лечение ВИЧ-инфекции

Основные принципы терапии больных ВИЧ-инфекцией:

- создание охранительного психологического режима;
- своевременное начало антиретровирусной терапии;
- тщательный подбор лекарственных препаратов и их необходимого минимума;
- ранняя диагностика вторичных заболеваний и их своевременное лечение.

Целью антиретровирусной терапии является максимальное и продолжительное угнетение размножения вируса, восстановление и/или сохранение функции иммунной системы, улучшение качества жизни, снижение связанной со СПИДом заболеваемости и смертности. Сегодня арсенал лекарственных средств позволяет подавить размножение вируса у большей части больных на

определенный, иногда довольно длительный срок, перевести заболевание в хроническое течение. Но, тем не менее, терапией удастся лишь продлить жизнь больного, хотя и довольно длительно, но пока **нет возможности полностью остановить инфекционный процесс**. Разработано свыше 200 возможных комбинаций антиретровирусной терапии, но еще не найдено ни одной, которая являлась бы наилучшей для всех больных. В каждом конкретном случае важно найти этот лучший вариант. Терапия всегда индивидуальна.

При показаниях необходимо назначать больным **высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ)**. Главная особенность ВААРТ — это *необходимость строго следовать режиму приема препаратов, т. е. не делать пропуски приема назначенных препаратов*. Такое лечение способно долгие годы поддерживать ВИЧ в бессимптомной стадии. Очень важной задачей в работе медиков и социальных работников является объяснение ВИЧ-положительным, получающим антиретровирусную терапию, необходимость соблюдения строгого режима приема препаратов. Пропуск приема лекарств приводит к возникновению вирусов устойчивых к действию этих препаратов и утяжелению течения заболевания.

При лечении ВИЧ-инфекции возможны и методы альтернативной медицины. Нетрадиционная (альтернативная) терапия используется при лечении ВИЧ-положительных для:

- 1) уменьшения стресса;
- 2) уменьшения побочных эффектов лекарств;
- 3) облегчения боли;
- 4) стимуляции иммунной системы (нет четких доказательств эффективности).

Необходимо помнить, что альтернативная медицина не решает всех проблем со здоровьем у ВИЧ-инфицированного, не регулируется в такой же степени, как медицина официальная (возможность обращения за лечением к лжеврачам), не всегда является «безопасным» и «естественным» методом лечения. Следует также учитывать, что некоторые лекарственные травы не сочетаются с антиретровирусными препаратами, используемыми для лечения ВИЧ-инфекции. Например, зверобой, который сейчас часто применяется как лекарство против депрессии, несовместим со многими антиретровирусными препаратами. Большие дозы витамина С противопоказаны при приеме препарата индинавира, а большие дозы чеснока снижают эффективность саквинавира. И главное, **никакие методы альтернативной медицины не заменят антиретровирусную терапию ВИЧ-инфекции**.

Диспансерное наблюдение. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» от 16 августа 1994 г. № 170, амбулаторное наблюдение за больными ВИЧ-инфекцией осуществляется центрами по борьбе со СПИДом, а при их отсутствии — специально обученными врачами (инфекционистом или терапевтом) под методическим ру-

ководством ответственного за данную территорию Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Во всех случаях при работе с ВИЧ-положительными пациентами необходимо использовать принцип «доверенного врача», когда больной со всеми своими медицинскими проблемами обращается к конкретному врачу.

Диспансерное наблюдение должно обеспечивать выполнение следующих задач:

- 1) выявление и лечение у больного имеющихся или вновь возникающих заболеваний, способствующих прогрессированию ВИЧ-инфекции;
- 2) максимально раннее выявление признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции и своевременное назначение специфической терапии;
- 3) обеспечение больному ВИЧ-инфекцией всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

Бытовое и социальное общение с ВИЧ-положительными людьми абсолютно безопасно. Для социального работника нет никакой опасности при работе с ВИЧ-положительными клиентами. В случае возникновения какой-либо «аварийной ситуации», то есть при контактах с опасными в плане заражения ВИЧ биологическими жидкостями (кровью, спермой, влагалищными выделениями) любого человека, вне зависимости от того, известен его ВИЧ-статус или нет, должны предприниматься меры профилактики.

При загрязнении рук кровью:

немедленно обработать их 3%-м раствором хлорамина или 70%-м раствором спирта, два раза тщательно вымыть руки теплой водой с мылом.

При повреждении кожных покровов:

выдавить из ранки немного крови, промыть рану под проточной водой с мылом, обработать руки 70%-м раствором этилового спирта, а рану — 5%-м раствором йода.

При попадании крови на слизистые оболочки глаз:

сразу же промыть глаза водой или 1%-м раствором борной кислоты.

При попадании крови на слизистую носа и рта:

закапать в нос 1%-й раствор протаргола, рот прополоскать 0,05%-м раствором (бледно-розового цвета) марганцовокислого калия или 1%-м раствором борной кислоты.

Возможно, при возникновении «аварийной ситуации» специалисту по социальной работе потребуется консультация врача Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или врача-инфекциониста местного лечебного учреждения.

Раздел 2
СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ
ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ СЕМЕЙ

Жизнь с ВИЧ — это серьезное испытание для человека, и те кризисные ситуации, которые чаще всего возникают, связаны с эмоциональными потерями и глубокими негативными переживаниями. Классификация стрессов по DSM IV-R (1994 г.) относит эти ситуации к пятому уровню стрессорных факторов и определяет как чрезмерно тяжелые.

Многолетнее изучение особенностей социально-психологической адаптации людей, живущих с ВИЧ, на различных этапах их жизни показало, что существует взаимосвязь между тем, как протекает заболевание, и тем, как люди приспосабливаются к новым условиям. Эти наблюдения позволили выделить три основных периода в жизни людей, инфицированных ВИЧ, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в поддержке и сопровождении.

Первый период: установление ВИЧ-положительного статуса.

Факт установления наличия у человека ВИЧ-инфекции — чрезмерно тяжелый стрессовый фактор (*Приложение 4*). Сообщение диагноза приводит к психической травме. В этот период на первый план выступают эмоциональные переживания, которые могут привести к повышению риска развития различных форм суицидального поведения. Человек испытывает:

- тревогу (по поводу нарушения конфиденциальности, невозможности что-либо изменить);
- страх (по поводу возможного заражения ВИЧ близких или угрозы преждевременной смерти);
- опасения (например, по поводу доступности лечения или возможности сохранения социального и профессионального статуса);
- чувство утраты (планов на будущее, положения в обществе и в семье, финансовой стабильности, физической привлекательности, здоровья, самостоятельности и т.п.);
- печаль, тоску, депрессию (по поводу ожидаемых или свершившихся потерь);
- чувство жизненной несправедливости;
- чувство вины (по отношению к людям, которых он мог заразить);
- угрызения совести (из-за собственного поведения, приведшего к инфицированию);
- агрессивность (по отношению к конкретному человеку, специалистам, учреждению — предполагаемому источнику заражения, либо к обществу в целом).

Второй период: появление клинических признаков заболевания.

Закономерность течения ВИЧ-инфекции такова, что рано или поздно наступает этап прогрессирования заболевания. Впервые ВИЧ-положительный человек начинает «ощущать присутствие вируса». Серьезные болезненные симптомы, необходимость стационарного лечения становятся тяжелым испытанием. Многие боятся того, что отныне их жизнь будет постоянно связана только с болью, лекарствами и больницей. Сам факт пребывания в инфекционной больнице или стационаре Центра по профилактике и борьбе со СПИДом может спровоцировать раскрытие тайны диагноза или возбудить определенные подозрения у знакомых, друзей, коллег, близких.

Ухудшение состояния здоровья и пребывание в медицинском учреждении зачастую вынуждают человека оставить работу, прекратить учебу, изменить круг привычных занятий и общения. В этот период психологический кризис усугубляется рядом социальных проблем: рушится профессиональная карьера, возникают реальные материальные и финансовые трудности, меняются социальные роли в семье (например, родители вынуждены ухаживать за своими взрослыми детьми) и т. д.

Может угнетающе подействовать необходимость начать регулярный прием антиретровирусных препаратов. Многих пугает сложный график приема лекарств, проявление побочных эффектов. Тяжелая болезнь или смерть знакомого, имевшего ВИЧ-положительный статус, служит дополнительным сильным психологическим потрясением для человека, живущего с ВИЧ. Мысли о возможности приближения собственной смерти нередко приводят к эмоциональному кризису.

Третий период: терминальная стадия ВИЧ-инфекции.

Это период, когда развиваются тяжелые необратимые заболевания. Опыт работы с людьми на терминальной стадии заболевания показывает, что несмотря на имеющиеся нарушение памяти, замедление темпа протекания психических процессов, сужение объема слухоречевого восприятия, примерно треть больных сохраняет мучительные переживания по поводу своей скорой смерти и нуждается в психологической и социальной поддержке.

В каждый из перечисленных периодов ВИЧ-положительному приходится решать различные проблемы.

Семейные и социальные проблемы ВИЧ-положительных людей. Одной из наиболее серьезных является проблема раскрытия ВИЧ-статуса перед родными и близкими, другими значимыми людьми. Из-за этого часто происходит осложнение супружеских отношений (возникает атмосфера взаимного недоверия, внутрисемейные конфликты, угроза распада семьи). Скрытие одним из супругов своего ВИЧ-статуса вносит в семейные отношения оттенок недоканности, напряженности, подозрительности. В конечном счете, «запоздалое разоблачение тайны» еще более утяжеляет внутрисемейный конфликт. Чувство одиночества ВИЧ-положительных людей нередко усугубляется изоляцией в то время, когда им особенно необходимо взаимопонимание и возможность поговорить с кем-то о своих страхах и одиночестве. Могут осложниться отношения

с друзьями и коллегами из-за предвосхищения (как правило, преувеличенного) предстоящего отвержения, отказа в поддержке и т. п.

Социальные проблемы женщин, живущих с ВИЧ. Для женщины важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее объяснения по поводу того, как она получила инфекцию. Женщины чаще страшатся расставаний, беспокоятся о том, что они не смогут в должной мере ухаживать за детьми, престарелыми родителями. Знание этих психологических особенностей помогает социальным работникам грамотно построить беседу с женщинами, имеющими ВИЧ-положительный статус, и проанализировать их социальные проблемы для последующей разработки программы социальной помощи.

Практика показывает, что у многих женщин с ВИЧ беременность протекает без существенных последствий, дети благодаря проведенной комплексной профилактике рождаются здоровыми. Многие ВИЧ-положительные женщины в настоящее время воспитывают здоровых детей.

Проблемы, связанные со стигматизацией и дискриминацией. Стигматизация (предвзятое отношение) — сложный процесс социально-психологического межличностного взаимодействия, который ведет к отвержению лиц с определенными нежелательными признаками. Стигма — это свойство, рассматриваемое как порочащее, неуместное, отличающее человека от социально определяемой нормы. В случае инфекции ВИЧ таким свойством или признаком является ВИЧ-положительный статус. Неосведомленность о путях развития ВИЧ-инфекции привела к появлению в обществе предубеждений по отношению к инфицированным людям. Отсутствие медицинского просвещения по поводу передачи и клинических проявлений инфекции ВИЧ, представление о том, что СПИД во всех случаях — закономерный результат аморального и антисоциального поведения, спровоцировали ситуацию, когда ВИЧ-положительный статус стал для человека своего рода социальным клеймом.

Проявления стигматизации и дискриминации отмечаются даже в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ (ЮНЭЙДС, 2001). Вследствие этого люди неохотно сообщают окружающим, в том числе социальным работникам, о своем ВИЧ-статусе, усиливая таким образом собственную изоляцию.

Психосоциальные проблемы людей, живущих с ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, сталкиваются с рядом специфических психосоциальных проблем. Назовем основные из них.

Эмоциональные проблемы:

- чувство тревоги, подавленности (вплоть до депрессии);
- потеря уверенности в будущем;
- недостаток взаимопонимания в семье;
- одиночество;
- чувство обиды и разочарования;
- потеря контроля над собой;
- чувство своей вины или, напротив, необоснованные обвинения окружающих;

- чувство беспомощности;
- страх смерти и социального отвержения.

Проблемы, связанные с повышенной социальной уязвимостью:

- угроза потери работы или безработицы;
- временное ограничение или потеря трудоспособности;
- отсутствие социальной поддержки со стороны семьи и лиц ближайшего окружения;
- возросшие расходы на лечение на фоне отсутствия или недостаточности социальных пособий;
- проблемы, связанные с возможной дискриминацией (неформального административного и явного психологического давления) формального и неформального социального статуса.

Вопросы сексуального поведения:

- страх (часто преувеличенный) заразить любимого человека;
- опасения разрыва отношений в случае раскрытия своего ВИЧ-положительного статуса и т.п.

Можно выделить следующие психологические типы отношения к своим проблемам лиц, живущих с ВИЧ.

1-й тип — «гармоничный», характеризуется адекватным отношением к проблеме, активным поиском социальной поддержки, контактностью, пониманием необходимости своего активного участия в системе социальной поддержки.

2-й тип — «эргопатический» («уход в работу»), отличается попыткой скрыть свою тревогу за лихорадочной активностью, опасениями, что на работе узнают о его ВИЧ-статусе.

3-й тип, «анозогностический», предпочитает избирательную «слепоту» в отношении проблемы, убежденность в том, что «это может случиться с каждым, но только не со мной» («результаты тестирования ошибочны»).

4-й тип — «тревожный», проявляется тревогой, перерастающей в панику. Возникает стремление к бесконечным перепроверкам результатов теста, обращение к разным специалистам и службам, поиск каких-то сверхдорогостоящих и нереалистичных методов лечения.

5-й тип — «ипохондрический», «застревает» на малейших изменениях в организме, каких-либо симптомах, как правило, не имеющих отношения к ВИЧ. Все самые малейшие и незначительные изменения в организме человек начинает относить к проявлениям ВИЧ-инфекции.

6-й тип «меланхолический» (депрессивный), проявляется чувством безысходности. У человека формируется убежденность, что он самый худший, невезучий, мерзкий. «Мое состояние — результат роковых ошибок прошлого, настоящее ужасно, а в будущем ожидает самое худшее». На этом фоне нередко возникает стремление к самонаказанию, в том числе путем ухода из жизни

(суицидальные стремления). У лиц этой группы многократно возрастает риск самоубийства.

7-й тип — «неврастенический», характеризуется «раздражительной слабостью» — реакцией, очень часто встречающейся в ситуации хронического стресса. Она проявляется перепадами настроения, вспышками раздражительности и гнева. Это состояние сменяется слезами, раскаянием. Такой человек в сердцах может наговорить резких слов социальным работникам, членам своей семьи, другим людям, а потом глубоко сожалеть об этом.

8-й тип — «демонстративный» (*истероидный*), отмечен выраженным стремлением к привлечению внимания окружающих. Человек получает своеобразное удовлетворение, сообщая всем о своем ВИЧ-статусе. Возможны демонстративный суицидальный шантаж, связанный с неудовлетворенными притязаниями, а также обвинения окружающих вплоть до необоснованных наговоров.

9-й тип — «сенситивный» (*сверхчувствительный*), имеют место опасения социального осуждения («если узнают о ВИЧ-статусе») со стороны близких людей и общества в целом. ВИЧ-положительный статус субъективно воспринимается как «факт, позорящий семью». Вследствие этого у человека развивается выраженное стремление к максимальному сокрытию информации. Он начинает изолировать себя и семью, вплоть до ухода с работы, отказа от посещения школы, вуза. Это, в свою очередь, чревато резким снижением социально-экономического статуса. В отдельных случаях возникает убежденность в ненужности продолжения жизни, вплоть до суицидальных попыток.

10-й тип — «паранойяльный», проявляется в высказывании внешнеобвинительных идей, порой на грани утраты связи с реальностью. Например, «медики проводят запрещенные эксперименты. Они меня заразили»; «заразили специально, чтобы убить, отнять имущество». Продолжением такой позиции могут стать бесконечные жалобы в различные организации, содержащие обвинения в адрес мнимых «обидчиков». Иногда встречаются и попытки «саморасправы», когда такие лица проявляют агрессию по отношению к предполагаемым обидчикам. Поскольку люди данного типа часто находятся в состоянии пограничного нервно-психического расстройства, необходимо тесное взаимодействие социального работника с медицинским психологом, психотерапевтом или психиатром.

11-й тип — «дисфорический», парадоксально сочетает в себе тоску и злобу, недоброжелательное отношение к людям, положение которых считает лучше своего, используют свою проблему для психологического давления на окружающих.

12-й тип — «апатический», характеризуется безразличием к своей судьбе и проявляется позицией «лежачего камня». Чаще подобное состояние пассивности развивается у ВИЧ-положительных, относящихся к малоимущим социально-экономическим слоям общества. Такие люди ничего не предпринимают для улучшения своего положения, и оно еще более усугубляется. Забота о внешнем виде, соблюдение правил гигиены — все отходит на второй план. Клиент «ложится и собирается умирать».

Комплекс проблем, включая психоэмоциональные реакции и неадекватный стиль поведения, приводит к ухудшению качества жизни как интегральной характеристики физического, душевного и социального благополучия (*Приложение 5*).

Раздел 3
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ
ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЛЮДЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Профессиональный выбор предполагает соблюдение специалистами, оказывающими социальную помощь, определенных нравственных и этических принципов. На основе Декларации этических принципов в социальной работе Международная Федерация социальных работников (1994 г.) разработала и утвердила Профессионально-этический кодекс социального работника России. Он содержит положения, согласно которым применение и соблюдение принципов оказания социальной помощи не должно зависеть от статусной категории клиента (например, низкое материальное обеспечение, наличие ВИЧ и т.д.). Все гуманистические принципы социальной работы применяются в соответствии с клиентоориентированным подходом, предполагающим приоритет решения проблем клиента, обратившегося за помощью.

Принципы оказания социальной помощи

Уважение мнения клиента как основа действия социального работника подтверждается соблюдением **принципа самоопределения (добровольности) клиента**. Этот рабочий принцип является отражением положений Конституции РФ, гарантирующих уважение прав и свобод граждан и невмешательство в личную и семейную жизнь без их согласия.

Для реализации этого принципа очень важно положение об *информированном согласии*. Оно заключается в том, что клиент должен получить необходимую информацию в количестве, достаточном для принятия собственного решения. Социальный работник обязан получить от клиента разрешение на сотрудничество с ним и его семьей.

Социальный работник должен помнить, что именно за клиентом остается право выбора получать или не получать ту или иную помощь.

Принцип профессиональной компетентности предполагает, что при использовании знаний и практических навыков специалист по социальной работе не дает критической оценки действиям клиента, но постоянно оценивает свою работу и стремится повышать квалификацию и уровень личностного роста. Кроме того, при реализации своих функциональных обязанностей, построении системы отношений с клиентом и его ближайшим окружением социальный работник должен четко разграничивать сферу профессиональных и личностных отношений. Он обязан соблюдать *тактичность и корректность*, быть вежли-

вым. Социальный работник — представитель муниципального учреждения, на помощь которого надеется ВИЧ-положительный. Поэтому уважение к клиенту подчеркивает не только статус социального работника как представителя учреждения, но и статус клиента как члена общества.

Принцип ответственности реализуется как по отношению к решению проблем клиента, так и при сотрудничестве со специалистами конкретного социозащитного учреждения и при взаимодействии со специалистами органов и учреждений, задействованных в оказании помощи и поддержке ВИЧ-положительного. Быть ответственным — значит отвечать за свои профессиональные решения, за используемые методы, а также за результаты своей работы. Социальный работник должен понимать, что многие ВИЧ-положительные находятся в *критическом состоянии*, их жизнь меняется коренным образом и от своевременности, полноты и качества помощи часто зависит жизнь этих людей.

Принцип конфиденциальности означает недопустимость разглашения информации личного характера без согласия клиента. Очень часто вопросы, обсуждаемые с социальным работником, глубоко личные и порой вызывают у клиента чувство стыда или вины. Поэтому очень важно, чтобы клиент мог верить, что все, что он расскажет социальному работнику, не выйдет за пределы узкого круга вовлеченных в помощь специалистов. Если возникает необходимость поделиться информацией еще с каким-либо заинтересованным лицом, то всегда следует предварительно обсудить подобную возможность с самим клиентом и получить его письменное согласие. Следует помнить, что в соответствии с ч. 5 ст. 61 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации».

Принцип социальной активизации предполагает побуждение ВИЧ-положительного к самостоятельным действиям при решении проблем ресоциализации.

Социальный работник должен помочь клиенту выработать уверенность в своих силах, а в случае работы со всей семьей — расширить ее возможности в решении своих проблем, понимании их причин и возможных последствий. Важно, чтобы члены семьи осознали и приняли меру своей ответственности за то, что происходит с ними. Сюда же входят выработка навыков к самостоятельным действиям по решению проблем и приобретению самоконтроля над собственной жизнью. Социальные работники не должны опекать своих клиентов в большей степени, чем это необходимо, чтобы обеспечить их самостоятельное функционирование. Именно развитие *независимости*, а не зависимости от специалистов, гарантий и услуг, является целью социальной работы.

Следует формировать у клиентов **реальные ожидания от деятельности социальных работников и системы социальной помощи в целом**. Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники, и ВИЧ-положительный, и члены его семьи, вовлеченные в работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад в успех, что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить «беспроблемное» существование клиента и его семьи. Социальный работник должен преодолеть закрытость семьи, чувство неполноценности, «зацикленность» на имеющихся проблемах и обеспечить динамику семейных взаимоотношений. Успешное развитие, сотрудничество с учреждениями социальной сферы основано на активности самого ВИЧ-положительного и его семьи.

Психологические проблемы в работе с ВИЧ-положительным и его семьей

При использовании указанных выше принципов могут возникать **психологические проблемы**, которые специалист должен преодолевать, минимизировать или нивелировать. Перечислим некоторые из них.

1. Социальный работник может **попасть в плен общественно-бытовых стереотипных установок**, что сразу же отражается на уровне и качестве профессиональных действий. Достаточно устойчивы представления о похожести всех ВИЧ-положительных людей друг на друга, например:

- большинство ВИЧ-положительных — наркоманы, гомосексуалисты, алкоголики;
- ВИЧ-положительные люди держатся изолированно как от общества, так и от своих семей;
- у них слабое здоровье;
- ВИЧ-положительные не интересуются половой жизнью или не способны к ней;
- ВИЧ-положительный человек не может учиться;
- большинство ВИЧ-положительных людей плохо справляются с работой;
- умственные способности у ВИЧ-положительных снижены.

Негативные стереотипы не только внушают страх перед ВИЧ, они держат в своей власти и самих ВИЧ-положительных. Но инфицированные люди далеко не всегда беспомощны, больны, одиноки. Опросы показали, что во многих случаях ВИЧ-положительные чувствуют свою «неполноценность или оторванность от мира» именно из-за предвзятого отношения к ним со стороны других людей. Их внешняя «замкнутость» вызвана самостигматизацией и отчуждением людей.

Во многих случаях человек, живущий с вирусом иммунодефицита, абсолютно не отличается от окружающих ни по внешнему виду, ни по принадлежности к асоциальным группам (наркоманы, алкоголики и т.д.), ни по социальной активности, ни по общему состоянию здоровья, ни по способностям.

2. Социальный работник во взаимодействии с ВИЧ-положительным и его семьей может **столкнуться в общении с рядом психологических барьеров**, возникших как у него самого, так и у ВИЧ-положительного клиента.

Барьеры в общении — это особые психические состояния, проявляющиеся в неадекватном поведении участников общения и препятствующие позитивному взаимодействию.

Барьер на почве страдания или горя часто свойствен ВИЧ-положительным клиентам социальных служб. Причинами их страдания могут быть трагические события, неудовлетворенность своим положением, тягостные физические ощущения. Страдание настолько сильно, что трудно рассчитывать на их внимание к другим людям и чужим проблемам.

Барьер общения, вызванный гневом. Столкнувшись со сложной жизненной ситуацией, некоторые клиенты могут направить свое недовольство на человека, призванного оказать им помощь. Гнев увеличивает физическую и психическую энергию и вызывает потребность «излиться» в словах или агрессивных действиях.

Барьер стыда и вины — это барьер, возникающий от неловкости за себя или других. Нередко это связано с чувством стеснения при просьбе о помощи или ее получении. Стыд за свою несостоятельность может привести к прерыванию отношений с социальным работником.

Барьер презрения обычно связан с межличностными или межгрупповыми различиями. Презрительное отношение у социального работника могут вызвать какие-либо черты характера, стиль поведения, образ жизни, социально-групповая принадлежность клиента.

Барьер страха — один из самых труднопреодолимых. Это может быть страх потери, изменений, страх общения, страх перед неудачей и т.д. У самого социального работника может присутствовать страх возможного заражения ВИЧ. Причины страха различны и необходимо точно их определить, проанализировать и по возможности преодолеть самостоятельно или с помощью психологов, психотерапевтов.

Барьер отвержения или брезгливости. Нередко возникает у социальных работников, так как они имеют дело с больными или морально и социально опустившимися людьми. Неприятные запахи, неопрятный внешний вид, физические недостатки — все это может вызвать чувство брезгливости. Если это ощущение не удастся скрыть, то партнер по общению заметит его, и дальнейшее взаимодействие станет проблематичным.

3. Социальный работник в процессе общения с ВИЧ-положительным и его семьей может **затронуть вопросы, которые ранее считались этически запретными, «чужими и страшными»**. Это такие вопросы, как, например, смерть клиента, будущее его детей и родителей. Не следует избегать разговоров на тему смерти и связанных с нею проблемах. Это очень актуально для ВИЧ-положительного. При совместном их обсуждении он не будет чувствовать себя в одиночестве и будет уверен, что другой человек услышал и узнал о том, что его беспокоит.

Для многих клиентов важен вопрос о сексуальном поведении. Специалист по социальной работе должен быть подготовлен к тому, чтобы тактично обсудить потребности интимной жизни своего подопечного.

В общении со специалистом по социальной работе не может быть запретных тем. Проблемы «нетрадиционных» сексуальных взаимоотношений, употребления наркотиков, мысли о самоубийстве — беседы на эти и подобные темы не должны смущать профессионала. Он должен набраться терпения и внимательно, доброжелательно, спокойно, без осуждения и излишнего морализирования выслушать то, что захочет сказать ему подопечный.

4. Социальный работник должен быть готов к ситуации, когда **на заданный вопрос у него нет ответа**. Единственный выход — честное признание факта незнания и поиск нужных сведений.

Большинство решений ВИЧ-положительному человеку приходится принимать самостоятельно, и иногда он получает недостающую информацию от других людей, живущих с ВИЧ, или на собраниях групп поддержки. Специалист по социальной работе должен формировать у клиента установку на получение качественной профессиональной информации.

Направления, цель, основные задачи социальной работы с ВИЧ-положительными

ВИЧ-положительные люди живут рядом с нами, их необходимо принять, к ним нужно относиться так же, как и ко всем другим.

Социальный работник должен быть готов к тому, что любой из его клиентов живет с ВИЧ, независимо от того, раскрывает он свой ВИЧ-статус или нет.

В соответствии с действующим законодательством социальные службы должны помочь ВИЧ-положительному удовлетворить его основные потребности с использованием как ресурсов и возможностей государства, так и личных ресурсов и потенциальных возможностей ВИЧ-положительного.

Таким образом, деятельность социального работника должна строиться в двух направлениях:

1) социально-правовом — оказание социально-правовой помощи и поддержки ВИЧ-положительному и его семье, в том числе в получении установленных законодательством гарантий;

2) медико-социально-психологическом — оказание помощи и поддержки в (ре-)социализации ВИЧ-положительного, нахождении возможностей его индивидуальной и общественной самореализации.

Основные задачи социальной работы с ВИЧ-положительными

К ним можно отнести следующие:

— создание условий, при которых клиенты могут осуществить все положенные по закону гарантии;

— помощь в создании условий жизнедеятельности (учебы, работы, лечения, отдыха и т.п.), в которых клиент чувствовал бы себя востребованным, включенным в реальные дела, в социум;

— увеличение степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь и более успешно разрешать возникающие проблемы;

— создание условий, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и на их основе (ре-)адаптироваться к новым условиям жизни в обществе;

— достижение такого результата, когда необходимость в помощи социального работника у клиента отпадает.

Основные функции специалистов по социальной работе с ВИЧ-положительным и его семьей

Профессиональная деятельность социального работника при оказании помощи и поддержки ВИЧ-положительному клиенту и его семье реализуется в государственной сфере здравоохранения и социальной защиты населения и в рамках негосударственных организаций, занимающихся проблемами групп социального риска. Поэтому в функциях специалистов по социальной работе с данной категорией лиц находят свое отражение формы и методы, сложившиеся как в системе здравоохранения (профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и т.п.), так и в системе социальной защиты населения (предоставление социального обслуживания, социальное и правовое консультирование и т.п.). Являясь координатором в разрешении комплекса проблем клиента, оказавшегося в трудной жизненной ситуации, специалист по социальной работе не только взаимодействует с другими специалистами (врачами, юристами, психологами, чиновниками различных органов учреждений и т.д.), но частично берет на себя функции, являющиеся общими для реализации профессиональных ролей гуманистической направленности (консультационную и диагностическую, прогностическую, информационную, коммуникативную и т.д.).

Следовательно, **деятельность специалистов по социальной работе с ВИЧ-положительным клиентом определяется такими основными функциями**, как:

1) *диагностическая* — сбор материалов, относящихся к медико-социальному, социально-правовому и психологическому статусу клиента, включая сведения о семье, степени значимости профессионального и неформального социального окружения для постановки «социального диагноза»;

2) *прогностическая* — аналитико-синтетическая деятельность, прогнозирующая развитие определенных событий (процессов, происходящих в семье, группе, а также моделей социального поведения ВИЧ-положительного). Социальный работник с учетом пола, возраста, социального, психологического статуса, стадии заболевания человека намечает путь наиболее эффективного сотрудничества;

3) *правозащитная* — информирует клиента о его правах и обязанностях в соответствии с Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 24 февраля 1995 г. № 38-ФЗ с последующими изменениями и дополнениями (*Приложение 6*), объясняет содержание гарантий и способы их реализации, применяет законодательство и иные нормативные акты, направленные на оказание помощи и поддержку клиента, его защиту;

4) *организационная* — при наличии согласия клиента и его семьи координирует деятельность определенных специалистов и представителей общественных структур для оказания различных видов помощи и социальных услуг ВИЧ-положительному и членам его семьи, не нарушая принципа конфиденциальности;

5) *профилактическая* — приводит в действие различные механизмы (правовые, психологические, медицинские, педагогические) для предупреждения социальных проблем ВИЧ-положительного; содействует преодолению проблем личного характера, помогает формированию положительного климата в семье, оказывает помощь в предоставлении лечебно-профилактических мероприятий и т.п.;

6) *медико-социальная* — содействует укреплению здоровья, социально-медицинской реабилитации ВИЧ-положительного; обучает овладению основами оказания первой медицинской помощи; помогает подготовке семьи к предстоящим изменениям;

7) *социально-педагогическая* — выявляет интересы, потребности, склонности ВИЧ-положительных людей к различным видам деятельности, дает рекомендации по адекватному изменению в реализации профессиональных возможностей (в силу изменения психофизиологического статуса клиента), оказывает клиентам содействие в реализации их возможностей (обучение, трудоустройство, творчество, отдых);

8) *психологическая* — консультирует по различным видам коррекции межличностных отношений ВИЧ-положительного, способствует социальной адаптации личности, оказывает помощь в организации психосоциальной терапии и реабилитации;

9) *социально-бытовая* — содействует в оказании необходимой помощи и поддержки ВИЧ-положительных и членов их семей, нуждающихся по состоянию здоровья в уходе и помощи на дому, в сохранении и улучшении качества их жизни;

10) *коммуникативная* — устанавливает контакт с ВИЧ-положительным, организует обмен информацией, выработку единой стратегии взаимодействия, восприятия и понимания другого человека. Открытое, непредвзятое, справедливое общение социального работника с ВИЧ-положительным играет важную роль в преодолении предвзятого отношения (стигматизации) со стороны других членов общества, которые будут задействованы в работе с этим человеком.

Учитывая жизненные ситуации клиентов, отношение, сложившееся к этим людям в обществе, можно условно выделить **три особых аспекта работы с**

ВИЧ-положительными и членами их семей (не изменяющими в своей основе базовые функции социальных работников):

— соблюдение **строгой конфиденциальности** при работе с клиентами и взаимодействии с другими специалистами, подключившимися к работе;

— **упор в работе по адаптации и реадaptации ВИЧ-положительного** на использование **потенциала и активности самого ВИЧ-положительного** и его семьи;

— учет продолжительности сотрудничества с клиентами в силу **открытости и незавершенности (неопределенности времени и эффективности отдельных результатов) работы.**

От того, как сам социальный работник будет относиться к обратившемуся за помощью клиенту, раскрывшему свой ВИЧ-положительный статус, и от того, как социальный работник будет сохранять конфиденциальность при общении с другими социальными, медицинскими работниками по поводу оказания помощи этому клиенту, будет зависеть не только получение человеком помощи и ее качество, но и условия жизни человека в обществе, а возможно, и сама его жизнь.

Перед многими серьезно больными стоит **проблема поиска своего места в обществе, однако для ВИЧ-положительных эта проблема очень значима.** При этом параллельно идут два процесса: адаптация и реадaptация, при которых очень важна психологическая поддержка и долговременное психосоциальное сопровождение. Адаптация к диагнозу у ВИЧ-положительного влечет за собой определенные ограничения, необходимость наблюдаться у врача, принимать лекарства, сохранять свой диагноз в тайне. Социальный работник должен постараться создать условия, при которых человек, несмотря на особенности состояния здоровья, душевный срыв или жизненный кризис, может жить, сохраняя чувство собственного достоинства и уважение к себе со стороны окружающих.

Для (ре-)адаптации в обществе ВИЧ-положительного социальный работник должен помочь ему найти в себе новые возможности, определить жизненные приоритеты и ценности. Для людей в подобном состоянии очень важным становится увеличение степени их самостоятельности, способности контролировать свою жизнь и разрешать возникающие проблемы с максимальной эффективностью.

Для ВИЧ-положительного большое значение имеет отношение с его ближайшим окружением — семьей, родственниками, друзьями. Роль этих людей двойка. С одной стороны, они могут оказать очень серьезную психологическую поддержку и помощь ВИЧ-положительному в социализации, с другой — нанести необдуманными словами и действиями дополнительную душевную травму. Поэтому сохранение и восстановление контактов между членами семьи, ее поддержка — одна из важнейших задач социального работника.

Раздел 4
АЛГОРИТМ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ЕГО СЕМЬИ

ВИЧ-положительного могут направить в социальное учреждение специалисты Центра по профилактике и борьбе со СПИДом или другого медицинского учреждения. Не исключена возможность и самостоятельного обращения клиента или членов его семьи. Пути, приводящие ВИЧ-положительных женщин и детей в социальные учреждения, приведены в *Приложении 7*.

Большинство проблем ВИЧ-положительного и его семьи могут быть успешно решены лишь при разностороннем сотрудничестве учреждений различных ведомств — социальных партнеров (*Приложение 8*), поддерживающих между собой отношения на основе договоров о социальном партнерстве. В них четко определяются функции сторон, возможности предоставления конкретной помощи, сроки действия договора.

Для обеспечения конфиденциальности социальное сопровождение таких клиентов лучше вести одному человеку — **доверенному лицу**. В социальных учреждениях издается приказ о формировании группы доверенных лиц, работающих с ВИЧ-положительными клиентами. К этой работе желательно привлекать специалистов высшей квалификационной категории, владеющих навыками социальной работы и прошедших специальное обучение.

Специалисту, сопровождающему ВИЧ-положительного клиента, следует:

- знать социальных партнеров, которые могут ему помочь в решении проблем ВИЧ-положительного клиента и членов его семьи;
- поддерживать связи с местными организациями, работающими с ВИЧ-положительными;
- иметь информационно-методический материал, содержащий необходимую для сопровождения клиента информацию о заболевании, законодательстве и других вопросах.

Работу с ВИЧ-положительными в социальном учреждении можно разделить на пять этапов, которые неразрывны, переходят один в другой, и каждый последующий не может быть реализован без предыдущих (*Приложения 9, 10*).

На практике сложились следующие этапы работы.

I этап. Получение предварительной информации о клиенте и его семье, сбор дополнительных сведений (изучение и сбор дополнительных сведений).

II этап. Установление контакта с ВИЧ-положительным (и членами его семьи) — по согласию.

III этап. Определение задач в рамках социального сопровождения и составление индивидуального плана социально-психологической реабилитации.

IV этап. Реабилитация клиентов (при наличии согласия).

V этап. Патронаж ВИЧ-положительного и его семьи (при наличии согласия).

Для каждого этапа разработаны определенные методы и формы работы. Рассмотрим этапы работы с ВИЧ-положительными и членами их семей в социальном учреждении более подробно.

I этап. Изучение имеющейся информации о клиенте и его семье и сбор дополнительных сведений. Основное на этом этапе — получение как можно более полной информации о клиенте от организации, поставившей диагноз и направившей клиента. Например, подобного рода предварительная информация о ребенке, находящемся в специализированном или профильном отделении детской инфекционной больницы, может быть получена из листа или карты первичного осмотра пациента, заполняемых в приемном отделении. Часть этой информации представляют результаты анализов и первичного осмотра, а часть — анамнез со слов больного или сопровождающего его лица. Дополнительными сведениями для социального работника, который в дальнейшем будет осуществлять защиту прав и интересов своего подопечного, могут послужить также первые впечатления врача и другого медицинского персонала приемного покоя, которые могут словесно описать помимо нозологического (в рамках болезни) социальный (одежда, внешний облик, параметры физического истощения и т.п. признаки) и психологический статус ребенка на первичном медосмотре (неадекватное поведение, «взвинченность» и т.п.).

II этап. Установление контакта. Важный момент — первая встреча социального работника с клиентом, так как от нее зависит их последующее взаимодействие. Социальный работник должен определить основную тему беседы, круг проблем, в решении которых он может помочь.

ВИЧ-положительный, пришедший на первую встречу, находится в крайне тревожном эмоциональном состоянии. Необходимо проявить максимальное внимание, тактичность, дружелюбие и участие к клиенту, ослабить напряженность, помочь ему почувствовать себя в безопасности, подвести к принятию решения о сотрудничестве. Встречу лучше начать со знакомства, предварительно предложив удобно расположиться и расслабиться.

Некоторому снятию напряженного состояния ВИЧ-положительного способствуют вопросы: «Вы очень озабочены?», «Вы очень напуганы?», а также фразы типа: «Я Вас слушаю».

Если после такого вступления клиент начал говорить, то специалисту важно правильно выбрать тактику дальнейших действий. В зависимости от способностей клиента можно использовать нерефлексивное и рефлексивное слушание.

Нерефлексивное слушание — простейший прием, в основе которого лежит умение молчать, не вмешиваясь в речь собеседника. Он особенно подходит в работе с ВИЧ-положительными и членами их семей, так как им в данный момент больше необходимо сочувствие и понимание, чем совет. Этот прием требует большого внимания от специалиста, умения в нужный момент короткими фразами, междометиями, мимикой выразить одобрение и поддержку клиенту. Категорически недопустимы упреки и обвинения, пусть даже обоснованные.

Центром по профилактике и борьбы со СПИДом была направлена на прием в социальное учреждение молодая женщина Б., узнавшая две недели назад о положительном результате теста. Специалист, применив методику нерефлексивного слушания, поддерживал разговор с помощью фраз: «Да!», «Это так?», «Понимаю Вас», «Конечно!», мотивируя клиента к дальнейшему монологу. Результатом этого явилась необходимая для дальнейшей работы информация: педагог, вдова, муж погиб три года назад, имеет ребенка трех лет, полгода назад встретила с человеком, с которым имела незащищенный секс. На протяжении многих лет Б. является донором, и, в очередной раз сдавая кровь, получила ВИЧ-положительный анализ. Семья Б. была взята на патронаж для оказания медико-социально-психологической помощи.

В случае, когда клиент ищет поддержки и участия в решении проблем, лучше использовать метод *рефлексивного слушания*, которое характеризуется активной поддержкой беседы. Этот метод позволяет раскрыть смысл сообщений, выяснить их реальное значение.

Наиболее часто при рефлексивном слушании применяются следующие приемы:

— *выяснение* — социальный работник обращается к клиенту за уточнениями, используя фразы: «Повторите еще раз», «Я не понял, что Вы имеете в виду?»;

— *перефразирование* — социальный работник выражает мысль клиента другими словами для уточнения ее сути: «Правильно ли я понял, что...», «По Вашему мнению...», «Если я правильно Вас понял, то...»;

— *отражение* — прием, позволяющий показать отношение социального работника к говорящему, помогающий клиенту осознать свое эмоциональное состояние. Фраза может начинаться так: «Я понимаю, что Вы чувствуете», «Мне кажется, что Вы чувствуете...». Когда необходимо подчеркнуть интенсивность чувств, то можно сказать: «Вы очень переживаете по поводу...»;

— *резюмирование* применяется в продолжительных беседах для подведения итога, при обсуждении разногласий, решении проблем. Фраза может начинаться: «Итак, если подвести итог всему сказанному Вами, то...», «Все сказанное означает, что...», «Итак, как я понимаю, в решении Ваших проблем может помочь...» и т.д.

ВИЧ-положительному предлагается сотрудничество для разрешения выявленных проблем, гарантируется конфиденциальность и подписывается двухсторонний договор между клиентом и учреждением в лице специалиста по социальной работе. Значение договора — в установлении «правил игры», очерчи-

вании круга взаимных обязательств и прав, определенных деловых отношений для достижения общей цели.

Получение согласия на сотрудничество свидетельствует о завершении второго этапа.

III этап. Определение задач в рамках социального сопровождения и составление индивидуального плана социально-психологической реабилитации.

Мероприятия плана индивидуальной социально-психологической реабилитации определяются исходя из выявленных проблем ВИЧ-положительных клиентов и могут включать в себя:

- содействие в восстановлении паспорта, оформлении временной регистрации;
- поиск возможностей для получения временного или постоянного жилья;
- содействие в определении группы инвалидности и оформление пенсии;
- содействие в трудоустройстве;
- содействие несовершеннолетним в возвращении в школу или ПТУ;
- содействие в устройстве ребенка в дошкольные учреждения;
- помощь в проведении досуга, организации учебы, получении профессиональных навыков;
- сотрудничество со всеми организациями, помогающими данному клиенту полноценно участвовать в жизни общества;
- медицинская, социальная и психологическая реабилитация;
- лечение сопутствующих заболеваний;
- защиту прав и интересов клиента, в том числе в судебном порядке, в официальных инстанциях, развитие навыков по защите собственных интересов и прав;
- противостояние дискриминации и стигматизации;
- содействие в восстановлении нарушенных межличностных и внутрисемейных отношений.

Социальный работник совместно с клиентом составляют план индивидуальной реабилитации, где расписана деятельность социального работника, представителей других учреждений — социальных партнеров, а также предусматриваются активные действия самого клиента и членов его семьи. Если ВИЧ-положительный или его семья не согласны с планом, то необходимо скорректировать его и убедить клиента в целесообразности получения социальной помощи. В каждом конкретном случае важно определить продолжительность реабилитации и критерии результативности.

Таким образом, в индивидуальном плане определяются характер, объем, координация и проверка качества предоставленных услуг.

Результатом третьего этапа работы является индивидуальный план социально-психологической реабилитации, подписанный ВИЧ-положительным и специалистом по социальной работе (доверенным лицом) (*Приложение 11*).

IV этап. Реабилитация клиентов и его семьи.

На данном этапе социальный работник выступает в роли координатора, связующего звена между клиентом и учреждениями — социальными партнерами.

Следует выделить несколько форм работы с социальными партнерами. Одна из них заключается в том, что социальный работник сообщает клиенту точное название учреждения, куда ему следует обратиться, называет адрес, номер телефона и кабинета, этаж и вид транспорта, каким можно доехать до места, время приема и разъясняет, на что он может надеяться. Другой результативной формой помощи, облегчающей действия клиента по достижению цели, является сопроводительное письмо, дающее четкое представление о целях и ожидаемых результатах обращения клиента в учреждение. Социальный работник доставляет его учреждению-партнеру, проводит предварительную беседу, а затем сообщает клиенту фамилию, имя и отчество сотрудника, с которым необходимо встретиться. Использование подобных приемов дает клиенту возможность связаться с нужным для него учреждением и работником, значительно сократив время и средства и избежав лишних стрессовых ситуаций. В дальнейшем социальному работнику необходимо убедиться в том, что проблема ВИЧ-положительного решена.

ВИЧ-положительный Т. страдал от алкогольной зависимости, самостоятельно с этой проблемой справиться не мог. После оказания социально-психологической помощи ВИЧ-положительному в Центре социальной помощи семье и детям социальный работник при личной встрече договорился с руководством областного наркологического диспансера о его льготном кодировании. Это значительно облегчило решение проблемы, так как Т. надо было только подойти с необходимыми документами в указанное время по названному адресу к конкретному врачу.

При решении вопросов межличностных отношений в семье специалист выступает посредником между клиентом и членами его семьи. Он предварительно (с согласия клиента) устанавливает связь с семьей, помогает разрушить сложившиеся стереотипы во взаимоотношениях, организует общение между конфликтующими сторонами.

Общение между конфликтующими сторонами должно происходить на нейтральной территории. Во время встречи не рекомендуется усаживать их напротив или близко друг к другу. Оставаясь беспристрастным, социальный работник предоставляет оппонентам возможность выражать эмоции, вспоминать все пережитое, обвинять и каяться и многое другое, но только без жесткой грубости и оскорблений. Социальному работнику необходимо приложить усилия к сближению мнений и поиску компромиссных вариантов решения проблем, что требует от него определенных знаний в области технологий разрешения конфликтов в семье.

Составной частью разрешения кризисной ситуации ВИЧ-положительного, его реабилитации и реадaptации является работа по отстаиванию прав клиента и помощь в оформлении и осуществлении гарантий.

Правозащитная и социозащитная практика требует от социального работника не только специальных навыков и умений, но знания нормативно-правовых актов.

ВИЧ-положительный К. обратился в социальное учреждение с просьбой об оказании помощи в оформлении инвалидности. Он считал, что ВИЧ-положительный тест — главное условие ее установления. Специалист, посетив медицинское учреждение, убедился в правильности отказа. Он убедил в этом и клиента.

Следующее направление помощи ВИЧ-положительному — трудоустройство. Для оказания действенной помощи в трудоустройстве ВИЧ-положительного необходимо с помощью специального тестирования определить его профессиональные склонности и возможности и тактично подвести его к пониманию необходимости изменить свои профессиональные претензии с учетом рекомендаций. Затем необходимо предпринять **практические действия** по трудоустройству: решить вопрос о профессиональном обучении, трудоустройстве через службу занятости.

Процесс реабилитации можно проследить на конкретном примере. К специалистам обратилась клиентка Н. — 36 лет, мать 14-летнего сына и 5-летней дочери. В Центр социальной помощи ее привело нарушение взаимоотношений с сыном. В ходе первой встречи были установлены ее проблемы, наиболее важными из которых были наркозависимость и, как следствие, нарушение детско-родительских отношений, осложнение межличностных отношений с близкими, отсутствие постоянной работы. Установив с ней контакт, социальный работник выяснил, что она ВИЧ-положительная. Это внесло коррективы в план индивидуальной работы с ней.

Для реализации совместно выработанного плана были привлечены психолог, психотерапевт Центра социальной помощи, которые проводили психореабилитационную работу с детьми Н. Социальный работник трудоустроил клиентку в торговое предприятие по согласованию с администрацией. Вся работа проводилась в тесном контакте со специалистами Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Особое место в организации реабилитации ВИЧ-положительных отводится **медико-социально-психологическому консилиуму**, в котором принимают участие доверенные лица, специалисты социальных и медицинских учреждений, клиент и члены его семьи (по желанию) (*Приложение 12*). Обсуждение проблем клиента проходит анонимно, что обеспечивает конфиденциальность.

На консилиуме проводятся всесторонний анализ результатов социально-психологической реабилитации, коррекция индивидуального плана в соответ-

ствии с изменениями условий жизни ВИЧ-положительного и его семьи, обновление в связи с этим методов реабилитации.

Результатом работы консилиума может быть:

- решение о прекращении процесса реабилитации;
- решение о прекращении активной социально-психологической реабилитации;
- соглашение о социальном патронате.

V этап. Патронат ВИЧ-положительного и его семьи (при наличии согласия).

На этом этапе проводятся мероприятия по предотвращению вторичных состояний социально-психологической дезадаптации, обусловленных неблагоприятным влиянием микросоциального окружения. Социальный патронат предусматривает не патернализм, а сотрудничество. Специалист не закрепляется за семьей «на долгие годы», но в случае острой необходимости он активно помогает семье. На этапе социальной адаптации семьи к новым условиям жизни он оказывает социальную помощь по мере потребности клиента. Консультации специалистов, тренинги по повышению самосознания, другие формы индивидуальной и групповой работы являются составными процессами социального патроната. Результатом работы на данном этапе является снижение потребности ВИЧ-положительного и его семьи в социально-психологической помощи или отказ от такой помощи по причине ее ненужности.

Разумеется, это далеко не полный перечень мероприятий индивидуальной реабилитации ВИЧ-положительных и членов их семей. Все зависит от состояния ВИЧ-положительного, его личностных особенностей, социально-экономических условий его проживания, возможностей социального учреждения и его социальных партнеров.

Раздел 5
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА
СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА, НЕОБХОДИМЫЕ
ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ,
ЖИВУЩИМ С ВИЧ, И ИХ СЕМЬЯМ

Сотрудничать с ВИЧ-положительным и его семьей очень сложно. Залогом успешной работы служит способность социального работника относиться к ВИЧ-положительным людям и их семьям без предубеждения, способность к эмпатическому подходу при решении всех возникающих проблем.

Требования к индивидуально-психологическим особенностям специалиста: порядочность, честность, бескорыстие, целеустремленность, трудолюбие, наблюдательность, эмоционально-волевая устойчивость, достаточный уровень толерантности, развитое чувство эмпатии, социальная интуиция.

Требования к профессиональной подготовке: осведомленность в социально-гуманитарных и нравственных вопросах, навыки профессионального консультирования. Знания нормативно-правовой базы и возможностей эффективного взаимодействия с различными органами и учреждениями для оперативного решения вопросов обеспечения и защиты прав и законных интересов своих подопечных. Для социального работника, осуществляющего помощь ВИЧ-положительным людям и их семьям, необходимы также базовые знания о ВИЧ.

Здесь уместно привести и *медицинские противопоказания*: работа с данной категорией не рекомендуется людям, страдающим сердечно-сосудистыми, нервно-психическими заболеваниями и другими недугами, снижающими общую работоспособность и уравновешенность в общении, поступках и т.п.

Для работника, сотрудничающего с ВИЧ-положительным и его семьей, **наиболее важны следующие качества личности:**

— благожелательность — искреннее желание помочь клиенту и его семье в преодолении проблем, связанных с ВИЧ-статусом;

— справедливость — беспристрастие, нацеленность на соблюдение нравственных норм и правил;

— толерантность — терпимость к проявлению человеческих слабостей, иных оценок действительности, иных жизненных ценностей;

— эмпатия — сочувствие, сопереживание, способность эмоционально отзываться на переживания других людей, понимать эти переживания;

- умение общаться и умение убеждать — легко вступать в контакт, поддерживать общение и выходить из него, способность уверенно, спокойно, аргументированно и убедительно высказывать свое мнение;
- внимательность и чуткость, заботливое отношение к людям;
- умение слушать, вникать в содержание сказанного, помогать клиенту высказаться;
- обходительность — вежливость, тактичность, приветливость;
- организаторские навыки — умение планировать, контролировать и организовать собственную деятельность и процесс взаимодействия с другими людьми и учреждениями;
- выдержка — терпение, стойкость, самообладание, контроль над своими чувствами и эмоциями;
- оптимизм — «положительный настрой», бодрое и жизнерадостное мироощущение, при котором человек видит светлые стороны, верит в свои силы, в будущее, в успех.

Кроме вышеперечисленных личностных качеств для социального работника, сотрудничающего с ВИЧ-положительным и его семьей, наиболее значимы знания:

- юридические (социальное право, включая знание законов и нормативных актов, регламентирующих социальную работу с ВИЧ-положительными людьми, а также вопросы взаимодействия с государственными и негосударственными органами и учреждениями);
- медицинские, в том числе общие представления о ВИЧ-инфекции, путях ее передачи, заболеваниях, связанных с ВИЧ;
- психологические — основ общей, медицинской, социальной психологии, психологии индивидуальных и возрастных различий, психологии стресса, основ психологического консультирования и психотерапевтического воздействия;
- конфликтологии и психологии межличностных отношений — основ социальной и групповой работы с учетом особенностей социальных проблем ВИЧ-положительных людей и их семей;
- профессионального этикета.

Основным в работе с ВИЧ-положительным является общение. Если социальный работник обладает высокими показателями коммуникативной компетентности, ему легче выбрать эффективную стратегию взаимодействия и добиться положительных изменения в личности и поведении клиента. Напротив, психосоциальное воздействие может оказаться малоэффективным, а то и невозможным, если специалист не сумеет преодолеть такие препятствия, как барьеры в общении. Однако активное взаимодействие с клиентом, «вживание» в его проблемы может привести к «эмоциональному выгоранию».

Вопросы профессионального «выгорания» в работе с ВИЧ-положительными его семьей

«Эмоциональное выгорание» — социально-психологический термин, обозначающий последствия длительного рабочего стресса и профессионального кризиса. Это проблема людей, работающих в системе «человек-человек», которые сталкиваются с негативными переживаниями своих клиентов, из-за чего испытывают повышенное эмоциональное напряжение. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние внутреннего равновесия, а это неизбежно ведет к «выгоранию».

Некоторые личностные особенности могут делать человека более или менее уязвимым к выгоранию. Зачастую именно преданный своему делу человек является наиболее уязвимым. Успешно и плодотворно работающие специалисты в области социальной работы имеют самый высокий риск «выгорания» из-за того, что они испытывают сильную потребность чувствовать себя необходимыми и значимыми.

Социальным работникам, осуществляющим помощь лицам, живущим с ВИЧ, важно сохранить собственную психологическую устойчивость в ситуации длительного эмоционального напряжения. Для этого разработаны специальные методы.

Профилактика и устранение «выгорания»

1. *Определение краткосрочных и долгосрочных целей.* Это обеспечивает обратную связь и повышает долгосрочную мотивацию. Достижение заранее определенных (достижимых!) целей приносит чувство удовлетворенности, повышает самооценку.

2. *Позитивное профессиональное общение.* Когда социальные работники анализируют свои чувства и ощущения и делятся ими с коллегами, вероятность «выгорания» значительно снижается или этот процесс менее выражен.

3. *Использование «тайм-аутов».* Для обеспечения психического и физического благополучия очень важны «тайм-ауты», то есть отдых от работы и других нагрузок.

4. *Овладение умениями и навыками саморегуляции.* Овладение такими психологическими умениями и навыками, как релаксация, определение целей и позитивное мышление, способствует снижению уровня стресса, ведущего к «выгоранию». Определение реальных целей помогает сбалансировать профессиональную деятельность и личную жизнь, что способствует предотвращению «выгорания».

5. *Сохранение положительной точки зрения на происходящее (позитивное мышление).* Найдите людей, которые обеспечат социальную поддержку и, следовательно, помогут сохранить положительную точку зрения в отношении ваших действий.

6. *Контроль эмоций, возникающих после завершения намеченной работы.* Завершение работы не всегда устраняет сильные психологические чувства, особенно если работа не принесла нужных результатов. Эмоции часто усиливаются и проявляются в ссорах с коллегами и подчиненными или, наоборот, в депрессии, которая усугубляет «выгорание».

7. *Поддержание хорошей спортивной формы.* Между телом и разумом существует тесная взаимосвязь. Хронический стресс воздействует на организм человека, поэтому очень важно поддерживать хорошую спортивную форму с помощью физических упражнений и рациональной диеты.

Существуют **техники** восстановления эмоциональных ресурсов, которые помогут социальному работнику справиться со стрессом и избежать угрозы развития «синдрома эмоционального выгорания». Рассмотрим их.

«*Снимите рабочий халат*». Снимая халат или профессиональную одежду, мысленно представьте, что вместе с ним вы снимаете с себя усталость, накопленную за весь рабочий день.

«*Место отдохновения*». Закройте глаза и мысленно представьте образ, с которым у вас связаны приятные переживания. Например, лес, пение птиц, запах смолы, листьев, вкус земляники на губах... или — море: его цвет, запах, прохладу, шум волн, горьковато-соленый вкус...

«*Восстановление ресурсного состояния*»: стоя, сделайте длинный глубокий вдох, одновременно поднимая руки через стороны вверх. Затем короткий сильный выдох: «Ха!» с одновременным резким наклоном вперед.

Освобождение от напряжения и неприятных эмоций: сидя на краю стула, сделайте короткий вдох, затем сильный и резкий продолжительный выдох с одновременным наклоном вперед.

«*Огонь*»: сидя с закрытыми глазами, представьте перед собой костер или горящую свечу. Положите руки на колени ладонями вверх. Представьте, как на левой ладони накапливаются все неприятные эмоции, переживания, воспоминания — «складывайте» их туда. Когда почувствуете, что «сложили» все и ладонь стала тяжелой, резко «сбросьте» все содержимое в воображаемый огонь. Посмотрите на горящую свечу в течение 3–5 минут (желательно перед сном).

«*Вода уносит все*»: просто смотрите на воду (даже текущую из крана) или представляйте различные образы, связанные с ней — бегущий и журчащий ручей, водопады, озеро, море и т. д. Подставьте руку под струю воды и представьте себе, что поток воды смывает все негативные переживания. Умываясь или вставая под душ, также представляйте это.

Экспресс-метод для освобождения от агрессивных состояний: присядьте на корточки, вытянув руки перед собой. Начните тихо «мычать» не открывая рта и медленно поднимаясь, выпрямляясь, усиливайте звук и, доведя его до максимума, выдохните с резким выкриком «А!», вскинув руки вверх.

Нервно-мышечная релаксация: в тех частях тела, где концентрируется напряжение (икры ног, плечи, шея), на счет до 5 с каждой единицей усиливайте напряжение. Затем расслабление на счет до 5 с каждой единицей все больше и больше расслабляйтесь. Повторите это до 9 раз.

Иногда могут помочь просто горячие ванны, физические упражнения, уединение на некоторое время. Не менее важным для снятия напряжения является процесс проговаривания своих ощущений, чувств, переживаний в кругу коллег.

Группы само- и взаимопомощи: одним из способов предотвращения и преодоления «синдрома эмоционального выгорания» является участие социальных работников в работе групп взаимопомощи. В такой группе можно поделиться своими переживаниями и обменяться опытом.

Раздел 6
ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ
ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ
И ИХ СЕМЬЯМ

Практика показывает, что эффективную социально-психологическую поддержку ВИЧ-положительной беременной женщине может оказать социальный работник с необходимым уровнем знаний об особенностях течения беременности у ВИЧ-положительных женщин и методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Когда-то всем ВИЧ-положительным женщинам «рекомендовали» прерывание беременности (аборт). Сейчас решение родить ребенка остается неотъемлемым правом каждой женщины, и наличие ВИЧ не является причиной для его ограничения (Приказ Минздрава России от 28.12.93 № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»). Основами законодательства об охране здоровья граждан (статья 36) установлено, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины, в том числе и инфицированной вирусом иммунодефицита человека, проводится в сроки до 12 недель беременности. Если ВИЧ-положительная беременная женщина по каким-либо причинам имеет намерение прервать беременность в сроки свыше 12 недель беременности, ей предоставлено право прервать эту беременность по медицинским показаниям до 27-й недели беременности. (Приложение 2, «Перечень медицинских показаний для прерывания беременности», раздел I. Инфекционные и паразитарные болезни. ВИЧ-инфекция). Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщины.

Путь передачи ВИЧ от матери ребенку называется **вертикальным путем передачи**. Инфицирование плода возможно **во время беременности**, особенно на поздних сроках, **во время родов** при прохождении по родовым путям матери и **при кормлении грудью**. Частота инфицирования ребенка от ВИЧ-положительной матери составляет от 10 до 45% и зависит от целого ряда факторов.

Факторы, усиливающие риск инфицирования

Во время беременности:

— инфицирование матери во время беременности или за 6 месяцев до наступления беременности;

- наступление беременности на поздних стадиях ВИЧ-инфекции;
- продолжение приема наркотиков во время беременности;
- промискуитет;
- любые другие инфекционные заболевания (другие инфекции, в том числе ЗППП, ослабляют иммунную систему матери, что увеличивает риск инфицирования ребенка ВИЧ).

Во время родов. Прямой контакт между кожными и слизистыми оболочками младенца и половыми путями матери. В результате, заглатывание младенцем материнской крови или других биологических жидкостей.

В период новорожденности. После родов мать может передать вирус своему ребенку при кормлении грудью. Во время кормления грудью ребенок может подвергаться воздействию крови, если у матери повреждена кожа вокруг соска или имеются трещины сосков.

Профилактика ВИЧ-инфицирования у ребенка

По статистике, ребенок от ВИЧ-положительной матери будет ВИЧ-инфицированным в одном случае из семи. Эту вероятность можно снизить при условии проведения **профилактики ВИЧ-инфицирования** посредством:

- 1) химиопрофилактики во время беременности;
- 2) химиопрофилактики во время родов;
- 3) возможности родов путем кесарева сечения;
- 4) химиопрофилактики новорожденному;
- 5) искусственного вскармливание ребенка.

С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным женщинам, которые планируют сохранить беременность, должно быть предложено **тестирование на ВИЧ**. Тестирование беременных женщин на ВИЧ должно быть **добровольным**. Оно проводится при постановке женщины на учет и повторяется в третьем триместре беременности для исключения вероятности «периода окна». В ряде регионов Российской Федерации проводится третье обследование на ВИЧ в сроки 38–40 недель или непосредственно в родильном доме. Необходимость трехкратного обследования объясняется возможностью «пропустить» ВИЧ-инфекцию в «период окна». Третье обследование оправданно в регионах с высоким уровнем распространенности ВИЧ среди населения, а также среди женщин из уязвимой группы.

При получении ВИЧ-положительного результата беременная направляется из женской консультации в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для дообследования и подтверждения диагноза. В случае повторного положительного результата результаты тестирования сообщает женщине врач акушер-гинеколог Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Акушер-гинеколог Центра проводит послетестовое консультирование. Именно на этом этапе женщине оказывают социально-психологическую помощь в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом, затем в социальном учреждении и при необходимости — врач-психотерапевт. Одновременно о данной беременной ста-

вится в известность доверенный врач женской консультации, который в дальнейшем сопровождает эту беременную.

Обследование беременных женщин на ВИЧ обязательно сопровождается **до- и послетестовым консультированием**.

Дотестовое консультирование включает в себя: объяснение необходимости обследования, информацию о заболеваниях, передающихся половым путем, и ВИЧ (на уровне, доступном клиенту), сообщения о возможных вариантах результатов обследования (положительный, отрицательный, сомнительный) и информацию о профилактике.

Особенностью послетестового консультирования ВИЧ-положительных беременных является обсуждение следующих вопросов:

1. *влияние беременности на течение ВИЧ-инфекции*. Нет никаких доказательств, что беременность ускоряет течение ВИЧ-инфекции у бессимптомных женщин;

2. *влияние ВИЧ-инфекции на исход беременности*;

3. *обсуждение риска передачи ВИЧ-инфекции ребенку: меры профилактики*;

4. *необходимость дальнейшего наблюдения матери и ребенка*.

Для проведения химиопрофилактики во время беременности, родов и новорожденному мать должна подписать **информированное** согласие (утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» от 19 декабря 2003 г. № 606).

Химиопрофилактика проводится за счет федерального и регионального бюджетов, на базе Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

На большинстве территорий России выделены специализированные акушерские стационары для приема родов у ВИЧ-положительных беременных (Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации «О родах у ВИЧ-инфицированных женщин» от 27 июня 2002 № 2510/6468–02-32).

Особенности медико-социальной помощи детям и матерям на послеродовом этапе

На послеродовом этапе производятся следующие действия:

— новорожденный выписывается из родильного дома на седьмые сутки вместе с матерью;

— информация о новорожденных детях, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, передается из родильного дома руководителям детских поликлиник по месту жительства и главному врачу Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Имеется следующая учетная форма № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью»;

— при необходимости по состоянию здоровья новорожденные от ВИЧ-инфицированных матерей госпитализируются в стационары города, подготов-

ленные к работе с ВИЧ-инфицированными детьми и детьми от ВИЧ-инфицированных матерей;

— ВИЧ-положительные роженицы после выписки из родильного дома направляются в городской Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для установления диагноза и определения тактики дальнейшего наблюдения за ребенком;

— медицинское обследование, лечение и диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных детей и детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится в детских поликлиниках по месту жительства с учетом рекомендаций специалистов Центра по профилактике и борьбе со СПИДом;

— ВИЧ-положительная женщина получает рекомендации по вскармливанию ребенка уже во время послетестового консультирования, затем в родильном доме, в поликлинике по месту жительства и в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом;

— ВИЧ-положительная женщина получает консультирование по вопросу планирования семьи и послеродовой контрацепции, начиная с послетестового консультирования, затем в родильном доме и Центре по профилактике и борьбе со СПИДом;

— **психологическая поддержка оказывается, начиная с этапа послетестового консультирования, и затем продолжается в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом.** При наличии согласия женщины она направляется в учреждение социальной защиты, где ей оказывается социальная помощь, предпринимаются меры профилактики социального сиротства.

Наблюдение ВИЧ-положительных беременных женщин в условиях женской консультации г. Калининграда

В настоящем разделе изложен двухлетний опыт работы амбулатории «Маленький мир», созданной в 2001 году на правах отделения женской консультации Центрального района г. Калининграда при родильном доме № 4. Оперативное управление амбулаторией осуществляет координационный совет, в который входят главный акушер-гинеколог г. Калининграда, главный врач родильного дома № 4, заместитель директора Центра социальной помощи семье и детям, главный нарколог г. Калининграда. Совет собирается один раз в квартал, а при необходимости — оперативно в течение суток для решения тактических вопросов по той или иной проблеме медицинского или социального характера.

Сотрудники амбулатории — медицинские и социальные работники — совместно с социальными работниками Центра социальной помощи семье и детям г. Калининграда прошли специальную подготовку по вопросам ВИЧ-инфекции и особенностям ее течения у беременных женщин. Амбулатория «Маленький мир» работает в рамках **взаимодействия** учреждений здравоохранения и социального обслуживания, что позволяет охватить все проблемы семьи, где живет ВИЧ-положительная беременная женщина.

Женщины направляются в амбулаторию Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, лечебными учреждениями, обращаются самостоятельно.

Функционируют кабинеты акушера-гинеколога, психолога, неонатолога, процедурный кабинет, зал психологической разгрузки, клиническая лаборатория.

С женщиной работают акушер-гинеколог и психолог, которые консультируют женщину, предоставляют ей исчерпывающую информацию по возможным вопросам, а также оставляют номера контактных телефонов.

Амбулаторию посещают все члены семьи беременной женщины, обсуждаются с ее согласия вопросы медицинского и социального характера. В некоторых случаях по желанию беременной она наблюдается анонимно.

Обслуживание и лечение пациенток в «Маленьком мире» проводится бесплатно за счет средств областного и муниципального бюджетов. Все лекарственные препараты предоставляет Центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Выявленная ВИЧ-положительная беременная женщина проходит обследования, принятые в акушерской практике, посещает врача в сроки, установленные нормативными документами. При необходимости осуществляется госпитализация женщины в стационары г. Калининграда по профилю заболевания или в отделение патологии беременности роддома № 4.

В случае отказа матери от ребенка новорожденного переводят в детскую больницу, где он находится до 3-месячного возраста, а затем в специализированный детский сад. Детский сад коррекционного типа № 17 посещают и дети, рожденные от ВИЧ-положительных матерей, проживающие в семьях.

Дети в детском саду находятся круглосуточно, проходят обследование, получают необходимое лечение и реабилитируются. Окончательное заключение о ВИЧ-статусе ребенка выносится на основании динамического обследования в возрасте 18 месяцев.

Данные о работе амбулатории «Маленький мир» за 2003-2004 гг.

Год	Кол-во родов ВИЧ-положительных	Кол-во женщин в отделении	Кол-во родов	Кол-во аборт	Осталось в семье
2003	68	34*	17	17	100%
2004	52	30	17	13	100%

* Остальные поступили в роддом необследованными.

С образованием амбулатории «Маленький мир» повысилось качество помощи беременным с ВИЧ-инфекцией.

При организации взаимодействия учреждений здравоохранения и социозащитных учреждений в целях оказания помощи ВИЧ-положительным женщинам и их детям, как ВИЧ-положительным, так и ВИЧ-отрицательным, следует помнить, что:

- в соответствии с действующим законодательством вмешательство в семью, имеющую детей, в установленных законом случаях будет правомер-

но. Медицинские работники, соблюдая принцип конфиденциальности, имеют право сообщать о выявлении семей, нуждающихся в социальной поддержке;

- в случае социального неблагополучия ВИЧ-положительной беременной обязательно **наличие ее письменного согласия** на направление информации о ней в учреждение социальной защиты. При отсутствии такого согласия ВИЧ-положительной беременной женщине должна быть предложена информация об учреждениях социальной защиты, учреждениях, готовых оказать помощь в решении ее проблем, куда она может обратиться самостоятельно.

Случаи, при которых законодательство обязывает сообщить о выявлении семей, требующих вмешательства специалистов (применительно к теме пособия):

— при наличии угрозы жизни или здоровью детей граждане и должностные лица, которым стало известно об этом, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства (п. 3 ст. 56 Семейного кодекса РФ и пп. 3 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ). Например: мать, имеющая детей, употребляет наркотические вещества, не работает, дети не получают должного ухода и воспитания, по причине чего дети голодают и т.д., к тому же она ВИЧ-положительная. Медицинский работник, соблюдая принцип конфиденциальности и не разглашая диагноз матери, обязан сообщить в орган опеки и попечительства об угрозе здоровью детей по причине социального неблагополучия матери;

— при получении информации о детях, находящихся в трудной жизненной ситуации в связи с оставлением их без попечения родителей (в том числе и по причине уклонения родителей от исполнения родительских обязанностей). Граждане и должностные лица, располагающие такими сведениями, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения детей (п. 1 ст. 122 Семейного кодекса РФ);

— при выявлении несовершеннолетних, находящихся в обстановке, препятствующей их воспитанию, должностные лица субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних обязаны сообщить об этом в органы опеки и попечительства (пп. 3 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ);

— при выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в помощи государства в связи с безнадзорностью или беспризорностью, а также выявлении семей, находящихся в социально опасном положении (в том числе и в связи с неисполнением родителями/законными представителями своих обязанностей по воспитанию, обучению и/или содержанию или их жестоким обращением со своими детьми), должностные лица субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних обязаны сообщить об этом в орган

управления социальной защитой населения (пп. 4 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ);

— при выявлении несовершеннолетних, нуждающихся в обследовании, наблюдении или лечении в связи с употреблением спиртных напитков, наркотических средств, психотропных или одурманивающих веществ, должностные лица субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних обязаны сообщить об этом в орган управления здравоохранением (пп. 6 п. 2 ст. 9 Федерального закона «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ) и др.

Именно на сообщении о сопутствующей социальной проблеме (а не на диагнозе) должно быть основано своевременное выявление и информирование соответствующих структур о семьях и детях, нуждающихся в помощи государства, в том числе и ВИЧ-положительных.

С этой целью, а так же с целью профилактики социального сиротства, повышения эффективности оказания адресной социальной помощи и сопровождения семьи и детей в *Приложении 13* приводится модельный приказ об организации взаимодействия органов управления здравоохранением и социальной защитой населения региона. Кроме того, следует понимать, что сообщение из Центра по профилактике и борьбы со СПИДом уже само по себе привлекает излишнее внимание и может быть связано с диагнозом. Поэтому целесообразно, чтобы Центр по профилактике и борьбе со СПИДом направлял информацию в орган управления здравоохранением, который доведет сведения о сопутствующей проблеме до соответствующих органов и учреждений.

Раздел 7
ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ И ПОДДЕРЖКЕ
ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ СЕМЕЙ

Наряду с государственными учреждениями большую помощь ВИЧ-положительным людям и их семьям оказывают негосударственные структуры. Как свидетельствует практика, общественные объединения (неправительственные, некоммерческие организации, фонды и т.п.) более мобильны, чем государственные, могут охватывать различные секторы социальной сферы, привлекать дополнительные, иногда довольно значительные финансовые ресурсы, что позволяет разнообразить формы и увеличивать объем помощи ВИЧ-инфицированным людям. Часто их сотрудники сами являются представителями сообщества людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и поэтому пользуются большим доверием ВИЧ-положительных клиентов.

В России институт СПИД-сервисных организаций сформировался в начале 90-х годов XX в. Каждая организация имеет свои приоритетные направления деятельности, но основными служат:

- формирование и пропаганда здорового образа жизни;
- оказание социальной, медицинской, психологической и других видов помощи, особенно группам, контакты с которыми весьма затруднены (потребителям инъекционных наркотиков, коммерческим секс-работникам, осужденным);
- социальная и правовая защита людей, затронутых ВИЧ;
- создание групп взаимопомощи и поддержки людей, живущих с ВИЧ;
- разработка, выпуск и бесплатное распространение печатных материалов, содержащих современную информацию по проблемам ВИЧ/СПИДа;
- создание и поддержка работы службы доверия;
- создание и поддержка страниц в Интернете.

Координация и систематизация деятельности общественных объединений и специализированных государственных учреждений существенно увеличит ресурсы по противодействию ВИЧ/СПИДу. Для эффективного сотрудничества государственные структуры должны стремиться взять на себя обучение персонала, методическую и консультационную поддержку таких организаций, оказывать им содействие в поиске средств на социальные программы и проекты.

В ходе работы по подготовке данного пособия авторы изучили и обобщили опыт работы общественных организаций, оказывающих социальную, медицинскую и психологическую помощь различным группам ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Приведем конкретные примеры деятельности организаций, расположенных в различных регионах страны.

Иркутское областное отделение Российского Красного Креста

В Иркутске с февраля 2003 г. Российский Красный Крест при финансовой поддержке Американского Красного Креста в тесном партнерском взаимодействии с областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом реализует программу «Помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом».

В рамках решения одной из задач программы осуществляется профилактика вертикального пути передачи ВИЧ. За время реализации программы была организована:

— патронажная работа медицинских сестер милосердия Красного Креста и психолога в семьях ВИЧ-положительных (беременных женщины и молодых мам);

— социальная помощь беременным ВИЧ-положительным женщинам и детям, рожденным ВИЧ-положительными матерями.

Беременные ВИЧ-положительные женщины и рожденные ими дети — наиболее уязвимая группа, сталкивающаяся не только с медицинскими, но и с социальными, правовыми и психологическими проблемами.

Для оказания медико-социальной помощи семьям, имеющим детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, была создана патронажная служба. В ее состав вошли координатор по патронажной и социальной работе, три медицинские сестры милосердия, детский психолог. Все сотрудники в течение месяца прошли обучение по программам ВИЧ/СПИД, основам ухода, первой помощи, до- и послетестового консультирования, работы на «горячей линии». Обучение проводили специалисты Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, областного наркологического диспансера, психологи Центра психологической помощи населению и т.д.

Для осуществления патронажа использовалась база данных Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. В целях обеспечения конфиденциальности и защиты прав ВИЧ-положительных *все сотрудники патронажной службы были предупреждены об уголовной ответственности за разглашение тайны диагноза и с них была взята подписка о соблюдении полной конфиденциальности в работе с ВИЧ-положительными людьми.* Фактически сотрудники патронажной службы стали «доверенными лицами» ВИЧ-инфицированных.

Взятие на постоянный патронаж проходило на основании направления врача-педиатра Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и личного заявления ВИЧ-положительной матери.

Критерии взятия на патронаж:

- желание матери или опекуна ребенка идти на контакт;
- неполная или опекунская семья;
- низкий уровень дохода семьи;
- плохое качество питания детей;
- несоответствие физического развития ребенка возрастным нормам;
- плохие санитарно-гигиенические условия проживания ребенка;
- состояние здоровья ребенка.

Педиатр Центра по профилактике и борьбе со СПИДом разрабатывал график посещения детей в семьях силами сестер милосердия Красного Креста, сестры милосердия, в свою очередь, информировали педиатрическую службу Центра по профилактике и борьбе со СПИДом о проведенном патронаже. Это позволило специалистам Центра по профилактике и борьбе со СПИДом взять под контроль и наблюдение практически всех детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями на территории Иркутска и Иркутской области.

Патронируемым семьям в рамках программы также оказана различная рода поддержка: консультации юриста, психолога, врача.

В профилактике вертикального пути передачи ВИЧ особое значение имеет социальная помощь беременным и детям в виде раздачи им витаминных препаратов и продуктов питания.

Все патронируемые дети до 2 лет получают специализированное детское питание, покрывающее не менее 50% суточной потребности ребенка в основных питательных веществах в соответствии с возрастом. Беременные ВИЧ-положительные женщины также получают витаминные препараты. Питание и витаминные препараты выдаются только по рекомендации врачей и педиатра Центра по профилактике и борьбы со СПИДом.

Ассортимент детского питания включает детские молочные смеси, каши, мясные, овощные, фруктовые пюре, разнообразные соки, детское витаминизированное печенье производства отечественных и зарубежных фирм.

В результате проведения акций по сбору средств в пользу детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями, стало возможным оказание помощи семьям в виде детской одежды, игрушек, предметов ухода за новорожденными.

Патронажная служба в рамках вышеуказанной программы осуществляет следующую работу:

- скрининговое первичное обследование семей, где есть дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями, в Иркутске и Иркутской области;

- регулярное (не реже одного раза в месяц) посещение малообеспеченных, неблагополучных семей, где проживают дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями, и оказание помощи молодым мамам по уходу за ребенком (постоянный патронаж);

- консультирование родителей по вопросам перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции, правильного вскармливания ребенка, полноценного питания женщины, приема антиретровирусных препаратов;

- постоянное наблюдение за психофизическим развитием ребенка;

- поддержка регулярной обратной связи с педиатрической службой Центра по профилактике и борьбе со СПИДом;

- оказание психологической поддержки беременным ВИЧ-положительным женщинам и молодым матерям с целью профилактики социального сиротства детей;

- консультирование молодых матерей на дому детским психологом по вопросам развития ребенка;

— доставка наборов детского питания и витаминов на дом. Контроль за хранением, использованием и приготовлением детского питания.

При посещении семьи медицинские сестры получают от родителей информацию, осматривают ребенка и все данные записывают в специально разработанную Центром профилактики и борьбе со СПИДом и Красным Крестом анкету посещения ребенка. Копия заполненной анкеты предоставляется педиатру Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

При работе используется следующая документация:

- анкета первичного посещения ребенка;
- анкета первичного посещения беременной женщины;
- карточка обслуживания ребенка;
- карточка обслуживания беременной женщины.

Вся деятельность, осуществляемая Иркутским областным отделением Российского Красного Креста по программе «Помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом», проводится в рамках Соглашения о сотрудничестве Красного Креста с областным Центром по профилактике и борьбе со СПИДом и Главным управлением здравоохранения Иркутской области.

Общественная организация «Врачи — детям» (Санкт-Петербург)

В течение ряда лет данная организация осуществляет в Санкт-Петербурге комплексное сопровождение ВИЧ-положительных матерей и их детей. Она работает с ВИЧ-положительными женщинами, которые проходят предродовую подготовку в городском Центре по профилактике и борьбе со СПИДом, а также с теми роженицами, которые поступают в родильные дома без предварительного обследования.

Деятельность организации направлена на:

- выявление беременных ВИЧ-положительных женщин, которые могут отказаться от своего ребенка;
- создание социальной сети поддержки для ВИЧ-положительных матерей и их семей;
- сохранение семейной поддержки для детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, посредством предоставления социальной, медицинской и психологической помощи семьям.

Для координации деятельности заключен четырехсторонний договор между Санкт-Петербургской общественной организацией «Врачи — детям», городским Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, родильными домами № 15 и № 16.

Специалистов общественной организации допускают в родильные дома, и в течение нескольких часов после родов или первых суток психолог и социальный работник устанавливает первичный контакт с матерью, имеющей положительный тест на ВИЧ-инфекцию. В ходе контакта специалист выясняет: была ли беременность запланированной, желает ли мать воспитывать ребенка, пре-

доставляет женщине информацию о помощи, которую мать и ее ребенок могут получить. Затем сотрудник получает от женщины письменное согласие на дальнейшее взаимодействие и обсуждение проблем, связанных с ее здоровьем.

Работа проводится в два этапа. Первый этап — психосоциальное сопровождение женщин, находящихся в родильном доме, который включает в себя проведение первичной оценки (потребности и ресурсы). Второй этап — комплексный патронаж, который осуществляется на дому. Психолог проводит диагностику проблем матери и ребенка, наблюдает их поведение, изучает домашнюю обстановку. Социальный работник выявляет родственников в ближайшем окружении, готовых оказать поддержку матери и ее ребенку, помогает заполнять документы, поддерживает связь с государственными учреждениями, информирует женщину и членов ее семьи о существующих службах.

Взаимоотношения специалистов с ВИЧ-положительными матерями и их семьями в своем развитии проходят несколько стадий.

На первой стадии специалисты общественной организации (психологи, социальные работники, врачи) проводят собеседование, в ходе которого ВИЧ-положительная мать получает информацию о деятельности организации. В процессе беседы и при последующей работе определяются социальные, медицинские и психологические потребности. Матери предлагается подписать информированное согласие — документ, в котором определены права и обязанности организации и участника проекта. На второй стадии специалисты проекта определяют социальные и психологические потребности семьи в ходе домашнего визита. Третья стадия — самая длительная. Она включает в себя комплексное сопровождение (медицинские, социальные, психологические услуги) ВИЧ-положительной матери и ребенка, а также оказание долгосрочной психологической помощи всей семье.

Общественная организация Центр «Инновации» (Санкт-Петербург)

Санкт-Петербургская общественная организация Центр «Инновации» работает с новорожденными, от которых отказались ВИЧ-положительные матери. Эти дети находятся в Детской инфекционной больнице. Здесь создан Центр для нахождения детей с перинатальным контактом по ВИЧ. Первоначально предполагалось, что Центр будет оказывать социальное и психологическое сопровождение только отказным детям, но в ходе практической работы выяснилось, что и неотказные дети с контактом по ВИЧ живут в очень тяжелых условиях. Со временем здоровье ВИЧ-инфицированной матери ухудшается, и ей становится тяжело ухаживать за своим ребенком. В некоторых семьях обязанности по уходу за ребенком и вопросами его воспитания вынуждены заниматься бабушки и дедушки преклонного возраста. Таким образом, сама ситуация предопределила переход Центра на сопровождение всех детей из семей ВИЧ-положительных матерей.

Подготовительная работ, включает в себя установление первичного контакта с семьей, знакомство с условиями проживания ребенка, первичную диагностику социальных и эмоционально-психологических проблем. С каждой ВИЧ-положительной матерью заключается «Соглашение о сотрудничестве» и составляется индивидуальный план сопровождения семьи.

Социальная работа начинается с определения социального статуса ребенка и проверки наличия подтверждающих документов. Социальные работники нередко оказывают помощь в оформлении самых различных документов: от подтверждения гражданства до справок о наличии долга по оплате за квартиру. Специалисты организуют консультирование по проблемам социальной адаптации для зависимых, помощь в устройстве в реабилитационные центры терапии химических зависимостей. При необходимости возможна помощь в приобретении лекарств, витаминов для детей, памперсов и других предметов ухода, налажены регулярные консультации со специалистами Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Составлен список необходимых белоксодержащих продуктов, закупку и распределение которых проводят социальные работники организации.

Воспитательно-педагогическая работа проводится не только с детьми, но и с их родителями. Специалисты центра учат родителей:

- заботиться о своем физическом, психическом, социальном и духовном благополучии и развитии, о благополучии и развитии ребенка;
- обращаться за помощью в соответствующие учреждения;
- помогать другим родителям, находящимся в такой же ситуации;
- играть с ребенком, уделять ему время и внимание.

Есть положительные результаты работы. Благодаря активной поддержке сотрудников общественной организации многие матери стали лучше себя чувствовать как физически, так и эмоционально, обрели перспективы своей жизни и жизни детей. Дети стали спокойнее, общительнее, легче идут на контакт со взрослыми и другими детьми.

Оказание *психологической помощи* начиналось с изучения проблематики ВИЧ и выявления особенностей психологической помощи ВИЧ-положительным. В результате психологическое сопровождение стало проводиться в виде индивидуальных консультаций и занятий в группе психологической поддержки и взаимопомощи. Группа поддержки и взаимопомощи ВИЧ-положительных матерей была организована для снятия чувства социальной отверженности, для сплочения их как сообщества и формирования навыков здоровьесберегающего поведения.

Группы поддержки и взаимопомощи

Развитие движения поддержки и взаимопомощи ВИЧ-положительных важно как для самих людей, затронутых инфекцией, так и для общества в целом. Получая помощь и современные знания, люди с ВИЧ могут более активно

повышать качество своей жизни, влиять на разрешение своих внутренних проблем, улучшать отношения с близкими, врачами и окружением. Наше государство сегодня еще не в состоянии создать всестороннюю систему помощи людям с ВИЧ/СПИДом, и группы взаимопомощи берут на себя часть функций по предоставлению такой помощи. Самим своим существованием движение самопомощи помогает всем, кто занимается борьбой со СПИДом, обрести цель жизни и выявить методы борьбы с эпидемией и тем самым позволяет строить более эффективные программы по профилактике ВИЧ-инфицирования.

Столкнувшись с проблемой СПИДа, узнав о наличии ВИЧ-инфекции у себя или у кого-то из близких, человек начинает искать ответы на вопросы: как сохранить здоровье, избежать разглашения тайны диагноза, как строить отношения с окружающими людьми. На некоторые из этих вопросов можно получить ответы у врача, психолога, либо из книг и Интернета. Во время поиска ответа на свой главный вопрос — «как жить с ВИЧ?» — люди сталкиваются с множеством практических повседневных проблем: как сказать партнеру, родителям, стоит ли идти к врачу и принимать те или иные лекарства. Для многих диагноз «ВИЧ-инфекция» — это повод задуматься о том, чего они достигли в жизни и к чему стремятся, и люди объединяются в группы, чтобы сообща искать ответы на возникающие вопросы.

Главное условие деятельности группы людей, которых лично затронула эпидемия СПИДа, — это *конфиденциальность*. Уверенность в неразглашении той информации, которой делится человек, создает доверительную атмосферу среди участников группы. «Что услышал и увидел на группе — пусть останется в группе» — этот лозунг часто вывешивают на стене комнаты, где проходят встречи групп взаимопомощи.

Основа деятельности групп — личный практический опыт участников. Он позволяет увидеть, что у большинства проблем есть много путей решения, и каждый участник группы может выбрать вариант, подходящий именно ему.

Существует несколько видов групп самопомощи. У каждого вида свои особенности и правила. В психотерапевтических группах (группы поддержки) участники под руководством специалиста избавляются от конкретной психологической проблемы и приобретают необходимые им жизненные навыки. Группы взаимопомощи не ставят своей целью привести всех участников к какому-то общему результату, а дают возможность каждому высказаться, поделиться своим опытом и найти ответ на интересующий вопрос. Обычно группы взаимопомощи имеют не ведущего, а фасилитатора, функция которого — следить за соблюдением правил группы, давая возможность каждому участнику быть услышанным.

Группы различны по составу участников, целям и задачам, принятым правилам. Некоторые из них открыты для всех и занимаются в основном взаимной поддержкой и организацией досуга своих участников, другие имеют постоянный состав и решают задачи самопознания и личностного роста, а третьи, помимо взаимопомощи, организуют службы поддержки для людей, затронутых ВИЧ-инфекцией, реализуют профилактические программы среди уязвимых

групп или населения в целом. Одни группы остаются неформальными, встречаясь на дому или в помещении дружественной организации. Другие регистрируются как общественные объединения и постепенно становятся СПИД-сервисными организациями.

Группы взаимопомощи объединяют людей различных взглядов, убеждений и поведения. Важно, чтобы все участники группы принимали друг друга такими, как они есть, без осуждения и предвзятости, и помнили, что на встречах группы все равны, независимо от возраста, социального положения и других факторов. Без этого доверительный разговор в разнородной по составу группе не получится.

История развития в России групп взаимопомощи людей с ВИЧ началась летом 1994 г., когда в одной из московских квартир прошла первая встреча группы «Позитив». За прошедшие годы ситуация в сфере взаимопомощи заметно улучшилась. Рост числа случаев ВИЧ-инфекции, расширение возрастного, социального, географического распространения эпидемии в России постепенно привели к выработке эффективных методов решения возникших в связи с этим проблем, а также к росту активности самих ВИЧ-положительных людей. Было выпущено много информационных листовок, брошюр, журналов и пособий, прошли семинары по созданию и развитию групп взаимопомощи, созданы десятки групп во многих городах России, от Калининграда до Владивостока.

В отличие от западных стран, где существует целый спектр групп самопомощи, в России это движение еще только зарождается, и его потенциал используется далеко не полностью. Абсолютное большинство составляют группы взаимопомощи, созданные самими ВИЧ-положительными людьми. Существуют также группы, помогающие потребителям наркотиков избавиться от зависимости. Однако у нас в стране еще нет движения взаимопомощи подростков, секс-работников и других уязвимых категорий, основанного на стремлении получить информацию, поддержать друг друга в безопасном поведении и научиться защищать свои права. Нет и групп для родителей, дети которых живут с ВИЧ/СПИДом. Зачастую эти родители, помогая своим детям бороться за жизнь, сами не имеют доступа к необходимым знаниям и помощи.

В России одним из главных результатов движения самопомощи людей, затронутых ВИЧ-инфекцией, стало создание Российской интернет-сети ВИЧ-положительных людей. Подобно другим национальным и международным сетям, Российская интернет-сеть была создана для того, чтобы голос людей с ВИЧ был услышан. Это важно, во-первых, чтобы общество узнало о нуждах и потребностях ВИЧ-положительных людей, а во-вторых, чтобы опыт и знания сообщества людей с ВИЧ помогли выработать меры предосторожности, защищающие окружающих от инфицирования.

ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ

1. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.
2. Семейный кодекс Российской Федерации.
3. Федеральный закон «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ.
4. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
5. Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017 «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».
6. Постановление Правительства РФ от 3 апреля 1996 г. № 391 «О порядке предоставления льгот работникам, подвергающимся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей».
7. Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2004 г. № 856 «Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях».
8. Постановление Правительства РФ «Об утверждении правил проведения обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 28.02.1996 г. № 221.
9. Постановление Минтруда РФ от 8 августа 1996 г. № 50 «Об утверждении Порядка предоставления сокращенной продолжительности рабочего времени (36 часов в неделю) и ежегодного оплачиваемого отпуска продолжительностью 36 рабочих дней (с учетом ежегодного дополнительного отпуска за работу в опасных для здоровья условиях труда) работникам организаций здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работникам организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека».
10. Приказ Минздравмедпрома РФ от 16 августа 1994 г. № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».
11. Приказ Минздрава РФ от 7 августа 2000 г. № 312 «О совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД».
12. Приказ Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. № 606 «Об утверждении

Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ».

13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями».

14. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2002 № 2510/6468–02-32 «О родах у ВИЧ-инфицированных женщин».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белозеров Е. С., Змушко Е. И. ВИЧ-инфекция. 2-е изд. СПб: Питер, 2003.
2. Беременность и ВИЧ: Сборник статей // СПИД Фонд Восток — Запад (AIDS Foundation East — West — AFEW). М., Российская Федерация, 2005. 119 стр.
3. ВИЧ-инфекция у детей/Канадско-российский проект борьбы со СПИДом. СПб., 2000.
4. Давыдова А. А., Исаев Д. Д., Чайка Н. А. Консультирование и психологическая помощь ВИЧ-инфицированным. СПб., 1993.
5. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. Информационно-аналитический обзор. М.: ЮНИСЕФ, 2004.
6. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. ЮНЭЙДС, 2003.
7. Квинтин Л. Состояние после психотравмы: терапия или превентивный подход // Кризисные события и психологические проблемы человека. Мн.: НИО, 1997. С. 183–188.
8. Куликов С. И. Психогигиена. СПб.: Питер, 2004.
9. Медведева Г. П. Этика социальной работы (учебное пособие для вузов). Изд. Владос, 1999.
10. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб.: Питер, 2000.
11. Образовательные программы:
 - «Doing it ourselves: Caring for people with HIV/AIDS at home», Department of Human Services & Health, Australia, 1994;
 - «Family drug support: a guide to coping», NSW Users & AIDS Association, Australia, 1999;
 - «Access: a booklet for friends and family members of people with HIV/AIDS», Australian Federation of AIDS Organisations, 1998;
 - «Taking care of yourself: a guide for people with HIV/AIDS», Australian Federation of AIDS Organisations, 1999;
 - «Treat yourself right: information for women with HIV and AIDS», Australian Federation of AIDS Organisations, 2000.
12. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.
13. Покровский В. В. с соавт. Консультирование при ВИЧ-инфекции, М., 2003.

14. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики // ВОЗ. Европейское региональное бюро. Копенгаген, 2000.
15. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей. Краткое руководство. Питер, 2003. 440 стр.
16. Сборник нормативных актов и методических документов Российской Федерации и Санкт-Петербурга по профилактике СПИДа. Санкт-Петербург, 2005. 317 стр.
17. Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. и нем. М., 1990.
18. Ялом И. Д. Экзистенциальная психотерапия / Vol. 41, No. 1. P. 81–96.
19. Alonso Arias R., Gurbindo M.D., Miralles P., Segovia P, Fernandez-Cruz E., Munoz-Fernandez M.A. Zidovudine treatment prevents vertical transmission of human immunodeficiency virus-1 independently of viral load // Acta Paediatrica, 1998. Vol. 87. P. 1208–1209.
20. Cohen F.L. Research of families and pediatric HIV infection: A review and needed directions // Developmental and Behavioral Pediatrics. 1994. Vol. 15. P. 34–42.

СЛОВАРЬ

Антиретровирусные препараты — препараты против вируса иммунодефицита человека. Применяются для лечения ВИЧ-инфицированных больных.

Вирусная нагрузка — количество частиц вируса в 1 мл плазмы крови.

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека.

ВИЧ-инфекция — заболевание, вызываемое ВИЧ.

Добровольное медицинское освидетельствование — обследование на ВИЧ, проводимое по желанию человека.

ИБ — иммунный блоттинг, выявление антител к отдельным белкам вируса.

ИФА — иммуноферментный анализ, выявление общих антител к вирусу.

Обязательное медицинское освидетельствование — обследование на ВИЧ, проводимое группам лиц согласно статье 9 Федерального закона РФ от 30.03.1995 № 38-ФЗ.

Промискуитет — беспорядочные половые связи.

CD4+ клетки — иммунные клетки, лимфоциты периферической крови, которые поражаются при ВИЧ-инфекции.

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита.

СПИД-ассоциированные заболевания — бактериальные, грибковые, вирусные и онкологические заболевания, имеющие тяжелое прогрессирующее течение, практически не поддающиеся терапии и приводящие к гибели пациента.