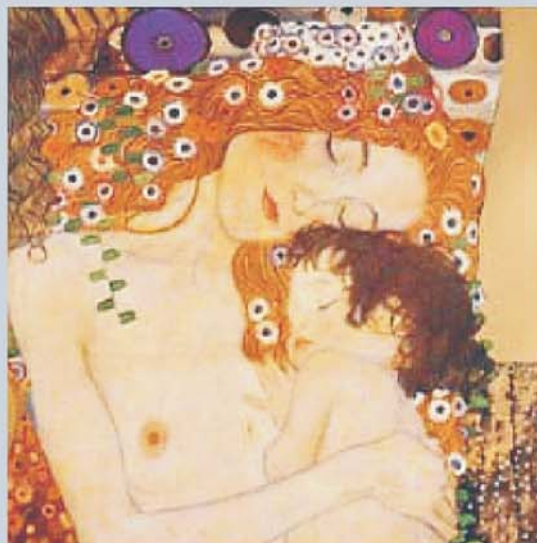


**КАЛИНИНГРАДСКИЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ**

**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

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 (руководитель), С.И. Васильева, Е.С. Сдобникова, А.П. Соровцева,
Т.В. Тихонова, Е.А. Дубченко (редактор)

Рецензенты:

А.Ю. Егоров, доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского
государственного университета;
Г.В. Сабитова, к.пед.н., Л.С. Алексеева, к.психол.н., ГосНИИ семьи и воспитания

Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей: Пособие
для социальных работников. — Москва, 2006. — 114 с.

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 Агентством по международному развитию Швеции.
Содержание настоящего издания отражает точку зрения авторов
и не может рассматриваться как политика или взгляды ЮНИСЕФ.

© ЮНИСЕФ, 2006

© Коллектив авторов, 2006

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ АВТОРОВ	6
Раздел 1. ВИЧ И СПИД — СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	7
Раздел 2. СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ СЕМЕЙ	13
Раздел 3. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ОКАЗАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЛЮДЯМ И ИХ СЕМЬЯМ	18
Раздел 4. АЛГОРИТМ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ЕГО СЕМЬИ	26
Раздел 5. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ЖИВУЩИМ С ВИЧ, И ИХ СЕМЬЯМ . . .	33
Раздел 6. ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И ИХ СЕМЬЯМ	37
Раздел 7. ОПЫТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ И ПОДДЕРЖКЕ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЛЮДЕЙ И ИХ СЕМЕЙ	44
ПЕРЕЧЕНЬ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ	52
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	53
СЛОВАРЬ	55
ПРИЛОЖЕНИЯ	56
Приложение 1. ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ОТ 22 ИЮЛЯ 1993 г. № 5487-1 (ИЗВЛЕЧЕНИЯ)	56
Приложение 2. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30 МАРТА 1995 г. № 38-ФЗ «О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМОГО ВИРУСОМ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА (ВИЧ-ИНФЕКЦИИ)»	64
Приложение 3. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕСТА НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ .	74
Приложение 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДОБРОВОЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ АНТИТЕЛ К ВИЧ	76
Приложение 5. ШКАЛА ТЯЖЕСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ СТРЕССОРОВ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	88

Приложение 6. РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ	89
Приложение 7. ПУТИ, ПРИВОДЯЩИЕ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В СОЦИАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ	90
Приложение 8. УЧРЕЖДЕНИЯ – СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРТНЕРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПОМОЩЬ ЛЖВС И ИХ СЕМЬЯМ	91
Приложение 9. АЛГОРИТМ РАБОТЫ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ЕГО СЕМЬЕЙ	92
Приложение 10. СОСТАВЛЯЮЩИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ЕГО СЕМЬЕЙ	94
Приложение 11. ПЛАН-ДОГОВОР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО	95
Приложение 12. МОДЕЛЬНЫЙ ПРИКАЗ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ НАСЕЛЕНИЯ И ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ИМ УЧРЕЖДЕНИЙ	97



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздравсоцразвития России)

Рахмановский пер., 3, г. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: 928-44-53, факс: 928-50-58

15.05.2006 № 15-3/690-06

На № _____ от _____

Руководителям
органов социальной защиты населения и
органов Управления здравоохранением
субъектов Российской Федерации

Разработанное в соответствии со Сводным планом действий на 2005 год» в рамках сотрудничества ЮНИСЕФ и Российской Федерации партнером ЮНИСЕФ пособие «Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей» (далее пособие) направлено на совершенствование доступности и качества оказания социальной помощи людям, живущим с ВИЧ, и членам их семей.

В разработке Пособия принимали участие ведущие специалисты Калининградского центра социальной помощи семье и детям, Иркутского областного отделения Российского Красного Креста, Центра научно-практической социальной работы и студенческих инициатив Санкт-Петербургского Государственного университета. Пособие одобрено российскими экспертами, работающими в области социальной поддержки семьи и детей (ФГУ Государственный НИИ семьи и воспитания).

Пособие разработано с учетом международных стандартов, рекомендаций и нормативных правовых актов Минздравсоцразвития России, регламентирующих организацию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным.

В Пособии представлены современные сведения о ВИЧ-инфекции, специфика проблем, переживаемых теми, кто с ней живет и соприкасается, сформулированы принципы и направления работы специалистов, ее психологические составляющие, а также медико-социальные аспекты деятельности специалиста по социальной работе.

Пособие является методическим организационным руководством для организации деятельности социальных и лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным членам их семей. Руководство рекомендуется к использованию в работе организаторам социальной помощи семье и детям, специалистам, работающим в этой области, медицинским работникам.

Директор Департамента
медико-социальных проблем семьи,
материнства и детства
Минздравсоцразвития России
Профессор О.В.Шарапова

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 (*Приложение 1,2*).

Учитывая, что в настоящее время профилактика вертикального пути передачи ВИЧ особенно актуальна, 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 и социального развития Российской Федерации;

О.В. Шарাপовой, 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, профилактики трудной жизненной ситуации детей;

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

Санкт-Петербургской региональной общественной организации по работе с детьми и молодежью «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 (ЮНЭЙДС), из 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 г. 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 концен-

трации (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 распространения 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 3*) и может быть добровольным (*Приложение 4*) и обязательным.

Добровольное медицинское освидетельствование может проводиться по просьбе освидетельствуемого лица или по просьбе или с согласия 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, прибывающие 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.

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 удается 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, то есть 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, необходимости 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-положительного, 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 руководством 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 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 5*). 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 стационар-

ного 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 нарушения 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). Соккрытие одним из супругов своего ВИЧ-статуса вносит в семейные отношения оттенок недосказанности, 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 психологи-

ческих 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.

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

3-й тип — «*анозогнозический*», 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 — «параноидальный», 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, использует 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 социоэкономическим 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 6*).

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 вежливым. 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 поддержки ВИЧ-положительному. 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 — расширять 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 приобретение 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 «беспроblemное» 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 свойственен 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 отвращения 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 и цели 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 поддержке 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, 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-положительным и членам их семей, нуждающимся 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 реадаптация, 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 имеют отношения с его ближайшим окружением — семьей, родственниками, друзьями. Роль этих людей двояка. 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. Патронат 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) социального (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 одоб-

рение и поддержку клиенту. Категорически недопустимы упреки и обвинения, пусть даже обоснованные.

Центром по профилактике и борьбе со СПИДом была направлена на прием в социальное учреждение молодая женщина Б., узнавшая две недели назад о положительном результате теста. Специалист, применив методику рефлексивного 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 патронат для оказания медико-социально-психологической помощи.

В случае, когда клиент ищет поддержки и участия в решении проблем, лучше использовать метод рефлексивного слушания, который 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», очерчивании 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 оформлении 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;
- медицинскую, социальную и психологическую реабилитацию;
- 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 и 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 службы 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 психо-реабилитационную 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 соответствии 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 изменений 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 уязви-

мым. 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»: встаньте, 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. («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 вскармливания 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 оправдано 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 про-

филаксии и борьбе со СПИДом, затем в социальном учреждении и при необходимости — врач-психотерапевт. Одновременно о данной беременной ставится 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-положительных матерей, передается из родильного дома руководителям детских поликлиник по месту жительства и главному врачу Центра по профилактике и борьбе со СПИДом. Имеется учетная форма № 309/у «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью»;

— при необходимости по состоянию здоровья новорожденные от ВИЧ-положительных матерей госпитализируются в стационары города, подготовленные к работе с ВИЧ-инфицированными детьми и детьми от ВИЧ-положительных 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-положительных матерей, проводятся 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 г. 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, предоставляя 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	Количество родов ВИЧ-положительных	Количество женщин в отделении	Кол-во родов	Кол-во абортов	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 правомерно. 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 также с целью профилактики социального сиротства, повышения эффективности оказания адресной социальной помощи и сопровождения семьи и детей в *Приложении 12* 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 борьбе 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-положительным 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 являются:

- 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 были организованы:

— патронажная работа медицинских сестер милосердия Красного Креста и психолога в семьях ВИЧ-положительных (беременных женщин 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-положительных.

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 различного 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 борьбе 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;

- поддержку 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;

- доставку 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 по профилактике 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 устанавливают первичный контакт с матерью, имеющей положительный тест на ВИЧ-инфекцию. В ходе контакта специалист выясняет: была ли беременность запланированной, желает ли мать воспитывать ребенка, предоставляет 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-положительной матери ухудшается, и ей становится тяжело ухаживать за своим ребенком. В некоторых семьях обязанностями 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 работа 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 г. № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями».
14. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2002 г. № 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 с.
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. СПб: Питер, 2003. 440 с.
16. Сборник нормативных актов и методических документов Российской Федерации и Санкт-Петербурга по профилактике СПИДа. Санкт-Петербург, 2005. 317 с.
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 блотинг, 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.

Основы законодательства Российской Федерации

**об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1
(с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г.,
2 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г., 29 июня,
22 августа, 1, 29 декабря 2004 г., 7 марта 2005 г.)**

Извлечения

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 22. Права семьи

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор врача общей практики (семейного врача), который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на меры социальной поддержки в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

О порядке предоставления и оплаты дополнительных выходных дней в месяц одному из работающих родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами см. Разъяснение Минтруда РФ и ФСС РФ от 4 апреля 2000 г. № 3/02-18/05-2256, утвержденное постановлением Минтруда РФ и ФСС РФ от 4 апреля 2000 г. № 26/34.

Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Статья 23. Права беременных женщин и матерей

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации.

Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации.

Статья 24. Права несовершеннолетних

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, и на условиях, определяемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

2) утратил силу с 1 января 2005 г.;

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние – больные наркоманией в возрасте старше 16 лет, иные несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со статьями 32, 33, 34 настоящих основ.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты в порядке и на условиях, устанавливаемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Раздел VI

Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- 6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;

Согласно Постановлению Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. № 25, Приказу Минздравмедпрома РФ от 17 мая 1995 года № 128 при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов специальные печати или штампы учреждения, организации используются без указания его профиля.

- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;
- 11) возмещение ущерба в соответствии со статьей 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
- 12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- 13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, – их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противозидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Меры социальной поддержки в оказании медико-социальной помощи и лекарственным обеспечением гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими учреждениями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), в соответствии с настоящими Основами законодательства является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Статья 42. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются меры социальной поддержки, определяемые органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение мероприятий по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (за исключением помощи, оказываемой федеральными специализированными медицинскими организациями, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации), в соответствии с настоящими Основами является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Меры социальной поддержки при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных частями третьей и четвертой настоящей статьи.

О механизме обеспечения прав граждан на конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, а также на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него в системе обязательного медицинского страхования см. Методические рекомендации Федерального фонда ОМС, утвержденные Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 г.

О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну, см. Приказ Федерального фонда ОМС от 25 марта 1998 г. № 30.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте, установленном частью второй статьи 24 настоящих Основ, для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

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.

Согласно Постановлению Фонда социального страхования РФ от 17 мая 1995 г. № 25 при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, и других медицинских документов специальные печати или штампы учреждения, организации используются без указания его профиля.

Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ

«О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»

(с изменениями от 12 августа 1996 г., 9 января 1997 г., 7 августа 2000 г., 22 августа 2004 г.)

Признавая, что заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), приобретает массовое распространение во всем мире, остается неизлечимым и приводит к неотвратимому смертельному исходу, вызывает тяжелые социально-экономические и демографические последствия для Российской Федерации, создает угрозу личной, общественной, государственной безопасности, а также угрозу существованию человечества, вызывает необходимость защиты прав и законных интересов населения, а также учитывая необходимость применения своевременных эффективных мер комплексной профилактики ВИЧ-инфекции,

Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации принимает настоящий Федеральный закон.

Глава I. Общие положения

Статья 1. Основные понятия

В настоящем Федеральном законе применяются следующие понятия:

ВИЧ-инфекция – заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека;

ВИЧ-инфицированные – лица, зараженные вирусом иммунодефицита человека.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции

1. Законодательство Российской Федерации о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов и принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов, а также законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Федеральные законы и иные нормативные правовые акты, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации не могут снижать гарантии, предусмотренные настоящим Федеральным законом.

3. Если международными договорами Российской Федерации установлены иные, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом, правила, то применяются правила международных договоров.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон распространяется на граждан Российской Федерации, на находящихся на территории Российской Федерации иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе постоянно проживающих в Российской Федерации, а также применяется в отношении предприятий, учреждений и организаций, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, независимо от их организационно-правовой формы.

Статья 4. Гарантии государства

1. Государством гарантируются:

регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ-инфекции на территории Российской Федерации;

производство средств профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также контроль за безопасностью медицинских препаратов, биологических жидкостей и тканей, используемых в диагностических, лечебных и научных целях;

доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции (далее – медицинское освидетельствование), в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечение безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование;

предоставление медицинской помощи ВИЧ-инфицированным – гражданам Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

развитие научных исследований по проблемам ВИЧ-инфекции;

включение в учебные программы образовательных учреждений тематических вопросов по нравственному и половому воспитанию;

социально-бытовая помощь ВИЧ-инфицированным — гражданам Российской Федерации, получение ими образования, их переквалификация и трудоустройство;

подготовка специалистов для реализации мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции;

развитие международного сотрудничества и регулярный обмен информацией в рамках международных программ предупреждения распространения ВИЧ-инфекции;

обеспечение бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, а в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации, в порядке, установленном органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

2. Осуществление указанных гарантий возлагается на федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии с их компетенцией.

Статья 5. Гарантии соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных

1. ВИЧ-инфицированные – граждане Российской Федерации обладают на ее территории всеми правами и свободами и несут обязанности в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

2. Права и свободы граждан Российской Федерации могут быть ограничены в связи с наличием у них ВИЧ-инфекции только федеральным законом.

Статья 6. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых федеральными специализированными медицинскими учреждениями и иными организациями федерального подчинения, относится к расходным обязательствам Российской Федерации.

1.1. Финансовое обеспечение мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, проводимых учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации, относится к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации.

2. Финансовое обеспечение деятельности по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции рассматривается в приоритетном порядке с учетом необходимости защиты личной безопасности граждан, а также безопасности общества и государства.

Глава II. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным

Статья 7. Медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование проводится в учреждениях государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Выдача официального документа о наличии или об отсутствии ВИЧ-инфекции у освидетельствуемого лица осуществляется только учреждениями государственной или муниципальной системы здравоохранения.

3. Медицинское освидетельствование проводится добровольно, за исключением случаев, предусмотренных статьей 9 настоящего Федерального закона, когда такое освидетельствование является обязательным.

4. Лицо, проходящее медицинское освидетельствование, имеет право на присутствие при этом своего законного представителя. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

5. Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования.

6. Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

7. В учреждениях государственной системы здравоохранения медицинское освидетельствование граждан Российской Федерации проводится бесплатно.

Статья 8. Добровольное медицинское освидетельствование

1. Медицинское освидетельствование в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения проводится добровольно по просьбе освидетельствуемого лица или с его согласия, а в случаях, указанных в пункте пятом статьи 7, – по просьбе или с согласия его законного представителя.

2. По желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть анонимным.

Статья 9. Обязательное медицинское освидетельствование

1. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. Лица, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

3. Работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров.

Перечень работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование для выявления ВИЧ-инфекции при проведении обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров, утвержден постановлением Правительства РФ от 4 сентября 1995 г. № 877.

4. Правила, в соответствии с которыми осуществляется обязательное медицинское освидетельствование лиц в целях охраны здоровья населения и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются им не реже одного раза в пять лет.

Указанные Правила утверждены постановлением Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017.

5. Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, устанавливаются Правительством Российской Федерации и пересматриваются не реже одного раза в пять лет.

Статья 10. Условия въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства

1. Дипломатические представительства или консульские учреждения Российской Федерации выдают российскую визу на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, прибывающим в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, при условии предъявления ими сертификата об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, если иное не установлено международными договорами Российской

Федерации. Данное положение не распространяется на сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств, сотрудников международных межправительственных организаций и членов их семей.

2. Требования к указанному сертификату устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Требования к сертификату об отсутствии ВИЧ-инфекции, предъявляемому иностранными гражданами и лицами без гражданства при их обращении за визой на въезд в Российскую Федерацию на срок свыше трех месяцев, установлены Постановлением Правительства РФ от 25 ноября 1995 г. № 1158.

Статья 11. Последствия выявления ВИЧ-инфекции

1. Граждане Российской Федерации в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, они подлежат депортации из Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Право на повторное медицинское освидетельствование

Лицо, прошедшее освидетельствование, имеет право на повторное медицинское освидетельствование в том же учреждении, а также в ином учреждении государственной, муниципальной или частной системы здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования.

Статья 13. Право ВИЧ-инфицированного на получение информации о результатах медицинского освидетельствования

1. Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, уведомляется работником учреждения, проводившего медицинское освидетельствование, о результатах освидетельствования и необходимости соблюдения мер предосторожности с целью исключения распространения ВИЧ-инфекции, о гарантиях соблюдения прав и свобод ВИЧ-инфицированных, а также об уголовной ответственности за поставление в опасность заражения либо заражение другого лица.

2. В случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, а также у лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, работники учреждений, указанных в пункте первом настоящей статьи, уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц.

3. Порядок уведомления лиц, указанных в пунктах первом и втором настоящей статьи, о выявлении у них ВИЧ-инфекции устанавливается соответствующим федеральным органом исполнительной власти.

Статья 14. Права ВИЧ-инфицированных при оказании им медицинской помощи

ВИЧ-инфицированным оказываются на общих основаниях все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 15. Профилактика, диагностика и лечение ВИЧ-инфекции

Соответствующие федеральные органы исполнительной власти, координирующие научные исследования, обеспечивают разработку и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции, а также вносят на утверждение Правительства Российской Федерации проект федеральной целевой программы, направленной на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

См. Инструкцию по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности, утвержденную приказом Минздрава РФ от 19 декабря 2003 г. № 606.

Статья 16. Обязанности администраций учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным

Администрации учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь, обязаны создать условия для реализации предусмотренных настоящим Федеральным законом прав ВИЧ-инфицированных, а также для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции.

Глава III. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных и членов их семей

Статья 17. Запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных

Не допускаются увольнения с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Статья 18. Права родителей, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иных законных представителей ВИЧ-инфицированных — несовершеннолетних

1. Родители, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, а также иные законные представители ВИЧ-инфицированных — несовершеннолетних имеют право на:

совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре учреждения, оказывающего медицинскую помощь, с выплатой за это время пособий по государственному социальному страхованию;

сохранение непрерывного трудового стажа за одним из родителей или иным законным представителем ВИЧ-инфицированного — несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет в случае увольнения по уходу за ним и при условии поступления на работу до достижения несовершеннолетним указанного возраста; время ухода за ВИЧ-инфицированным — несовершеннолетним включается в общий трудовой стаж.

2. Законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации могут устанавливаться и другие меры социальной поддержки ВИЧ-инфицированных и членов их семей.

Статья 19. Социальная поддержка ВИЧ-инфицированных — несовершеннолетних

ВИЧ-инфицированным — несовершеннолетним в возрасте до 18 лет назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются меры социальной поддержки, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации, а лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными — несовершеннолетними, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 20. Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека при оказании им медицинской помощи медицинскими работниками

Возмещение вреда, причиненного здоровью лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека в результате ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками учреждений, оказывающих медицинскую помощь, производится в порядке, установленном гражданским законодательством Российской Федерации.

Глава IV. Социальная поддержка лиц, подвергшихся риску заражения вирусом иммунодефицита человека при исполнении своих служебных обязанностей

Статья 21. Утратила силу с 1 января 2005 г.

Статья 22. Гарантии в области труда

1. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, имеют право на сокращенную продолжительность рабочего времени, дополнительный отпуск за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установления размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам федеральных учреждений здравоохранения определяется Правительством Российской Федерации.

Порядок предоставления указанных гарантий и установление размера надбавок к должностным окладам за работу в особо опасных для здоровья и тяжелых условиях труда работникам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации определяется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Работники предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, осуществляющие диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также лица, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, подлежат:

- обязательному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Глава V. Заключительные положения

Статья 23. Государственный контроль

Государственный контроль за деятельностью физических и юридических лиц, направленной на реализацию мер по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, осуществляют в пределах своей компетенции федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Статья 24. Ответственность за нарушение настоящего Федерального закона

Нарушение настоящего Федерального закона влечет за собой в установленном порядке дисциплинарную, административную, уголовную и гражданско-правовую ответственность.

Статья 25. Президенту Российской Федерации и Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом до 1 июля 1995 года.

Статья 26. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 августа 1995 года.

Консультирование до и после проведения теста на ВИЧ-инфекцию

Консультирование до проведения теста на ВИЧ-инфекцию

(из сборника статей «Беременность и ВИЧ», СПИД Фонд Восток-Запад)

1. Проводите консультации в неформальной обстановке.
2. Убедите клиента в сохранении конфиденциальности.
3. Объясните или дайте определение целей тестирования на ВИЧ.
4. Тактично расспросите клиента о событиях его жизни, нынешних или прошлых, связанных с риском инфицирования.
5. Расскажите о ВИЧ и СПИДе.
6. Расскажите о тестах на наличие антител к ВИЧ-инфекции, включая информацию о «периоде окна» при инфицировании.
7. Расскажите клиенту, что будет означать для него положительный результат теста.
8. Обсудите возможную реакцию клиента на положительный результат теста.
9. Обсудите значение отрицательных результатов теста.
10. Расскажите о процедуре проведения теста.
11. Заручитесь информированным согласием клиента.

Консультирование после проведения теста на ВИЧ-инфекцию

(из сборника статей «Беременность и ВИЧ», СПИД Фонд Восток-Запад)

1. Выдавайте результаты как можно скорее по завершении теста.
2. Вручайте результаты теста только лично клиенту, не сообщайте их по телефону и желательно – не перед выходными днями.

3. Сообщите клиенту о результатах тестирования.
4. Расскажите о тестах на наличие антител к ВИЧ-инфекции, включая информацию о «периоде окна» при инфицировании.
5. Расскажите клиенту, что означает для него положительный результат тестирования.
6. Учитывайте, какие чувства возникают у человека при получении отрицательного результата; расскажите о профилактике инфицирования и о «периоде окна».
7. Учитывайте, какие чувства возникают у человека при получении положительного результата.
8. Выясните, какие вопросы беспокоят клиента в первую очередь.
9. Поговорите о том, как клиент планирует провести ближайшие несколько часов и дней.
10. Выясните, какую поддержку клиент может получить и где она может быть предоставлена.
11. Обсудите, через кого клиент хотел бы сообщить своим сексуальным партнерам о результатах теста и о риске, которому они подвергаются.
12. Выясните, какие проблемы и сложности предвидит клиент, и обсудите, как с ними можно справиться.
13. Поощряйте клиента к тому, чтобы он задавал вопросы.
14. Расскажите клиенту о здоровом образе жизни, медицинском наблюдении и местных службах помощи.
15. Направьте его на последующее наблюдение и консультирование.

Рекомендации по проведению добровольного обследования населения на наличие антител к ВИЧ

(утверждены Департаментом Госсанэпиднадзора Минздрава РФ 4 июля 1997 г.; подготовлены сотрудниками Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе с ВИЧ-инфекцией В.В. Беляевой, И.Г. Савченко, В.В. Покровским)

Цели, задачи и принципы организации добровольного (анонимного) обследования населения на заражение вирусом иммунодефицита человека

Психосоциальное консультирование при ВИЧ-инфекции

Дотестовое консультирование

Особенности проведения дотестовой консультации у лиц, употребляющих наркотики внутривенно

Послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование при положительном результате

Цели, задачи и принципы организации добровольного (анонимного) обследования населения на заражение вирусом иммунодефицита человека

В настоящее время важнейшим подходом к предотвращению распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации является обучение населения безопасному в плане заражения ВИЧ поведению.

Обследование на наличие ВИЧ-антител с соответствующей консультацией играет главную роль в предупреждении передачи инфекции и минимизации нанесенного вреда.

В соответствии со статьей 4 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», вступившего в силу с 1 августа 1995 г., для граждан России гарантируется доступность добровольного медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием и обеспечением безопасности такого медицинского освидетельствования как для освидетельствуемого, так и для лица, проводящего освидетельствование.

Согласно статье 7 вышеупомянутого закона, «медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции».

Проведение добровольного, то есть по просьбе обратившегося или с его согласия, обследования без дотестового и послетестового консультирования является нарушением закона. Основная цель организации и проведения добровольного обследования

– индивидуальное обучение обратившихся поведению, снижающему риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем или с кровью, а также оказание поддержки в решении психологических проблем, возникающих у обратившихся в связи с ростом в общественном сознании опасности распространения ВИЧ/СПИДа.

Добровольное анонимное обследование проводится в кабинетах психосоциально-го консультирования и добровольного обследования на ВИЧ, организация которых возложена в соответствии с приказом Минздрава России от 16.08.94 № 170 на центры профилактики и борьбы со СПИДом.

Консультирование – это конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и работником службы здравоохранения с целью обсуждения задач и причин обследования, оценки ситуации о степени риска заражения ВИЧ-инфекцией, связанной с особенностями поведения консультируемого, определения эмоциональных реакций и возможных последствий осведомленности о его серо-статусе и обучения навыкам безопасного в плане заражения ВИЧ-инфекцией поведения.

Консультирование и обследование по желанию обратившегося может быть проведено анонимно, когда образец сыворотки крови и результат обследования обозначаются кодом, а не фамилией и именем обследуемого, а код образца сыворотки известен только клиенту.

Консультирование и добровольное обследование может быть проведено конфиденциально, что означает, что сам факт обследования и его результаты могут быть известны самому обследуемому и работнику здравоохранения, проводящему консультирование.

Конфиденциальная информация не должна предоставляться ни при каких обстоятельствах ни администраторам здравоохранения, ни работодателям, ни лечащим врачам и т.п. без четко выраженного (желательно письменного) согласия клиента. Разглашение конфиденциальной информации может привести к конфликту с пациентом, падению доверия населения к организации, проводящей тестирование, и снижению эффективности работы.

Добровольное тестирование на наличие антител к ВИЧ, как анонимное, так и конфиденциальное, может быть предпринято только после осознанного согласия пациента. «Осознанное» в данном контексте означает, что в процессе собеседования (дотестового консультирования) обратившийся получил исчерпывающую информацию о понятии «серологический статус» и осознает преимущества и недостатки такого рода информации о своем состоянии. «Согласие» означает выражение согласия на проведение обследования в обстановке, исключающей принуждение, в которой человек должен чувствовать полную свободу в отношении выражения своего согласия или отказа.

Консультирование само по себе представляет ценное психологическое воздействие даже в том случае, если обследование на ВИЧ не может быть произведено или если пациент решил не проходить обследования.

Потенциальная польза консультации для индивидуального лица заключается в том, что оно:

- получает точную информацию о ВИЧ-инфекции;
- легче справляется со своими тревогами и неприятностями;
- получает эмоциональную поддержку;
- знакомится со способами и средствами снижения риска заражения;
- получает психологические стимулы к изменению опасного поведения;
- получает сведения о дополнительных медицинских или социальных службах поддержки.

Сочетание добровольного тестирования с консультированием имеет следующие преимущества:

- определяет наличие или отсутствие антител к ВИЧ в сыворотке крови;
- наступает психологическая разрядка в связи с предшествующей неопределенностью;
- инфицированные ВИЧ направляются для клинического наблюдения и лечения;
- определяется необходимость планирования предстоящих дел, то есть обеспечение будущего детей, приведение в порядок финансовых документов, принятие решения относительно родов и вскармливания грудью и будущих взаимоотношений партнеров;
- увеличивается мотивация применения способов и средств снижения риска заражения ВИЧ по отношению к самому клиенту и к его партнерам.

Значимость консультаций возрастает, если они сопровождаются применением конкретных мер (например, обеспечение обратившегося презервативами, безопасным оборудованием для инъекций и т.п.).

Для успешного проведения добровольного тестирования на антитела (АТ) к ВИЧ, производится ли оно исключительно по инициативе клиента или медицинского работника, необходимо обеспечить следующие условия.

Собеседования должны преследовать следующие цели:

- вызвать чувство эмоционально выраженной озабоченности относительно риска личного поведения;
- объяснить технические аспекты тестирования и доказать его необходимость;
- объяснить практическое значение результатов тестирования для конкретного человека и оценить его способность справиться с этими последствиями;
- обеспечить поддержку, дать совет.

Только люди, получившие необходимую информацию от консультанта, могут дать осознанное согласие на обследование. Обстоятельства, сопровождающие жизнь каждого человека, социальные условия будут обязательно влиять на соотношение преимуществ и недостатков тестирования для этого человека в данный конкретный момент его жизни. Не должно быть никакого давления или принуждения при направлении на обследование. Иначе тестирование на АТ к ВИЧ не может рассматриваться как истинно добровольное и не будет иметь должного значения как для обследуемого, так и для общества. Любое потенциальное или реальное нарушение тайны обследуемого резко снижает ценность тестирования на АТ к ВИЧ для каждого конкретного человека.

При проведении добровольного обследования должно быть обеспечено техническое совершенство используемых лабораторных тестов и высокое качество лабора-

торных исследований. Не допускается использование тестов, не имеющих разрешения Минздрава на их использование. Запрещается информировать обратившееся лицо о «положительных» результатах исследования до получения их окончательного подтверждения, в связи с чем не рекомендуется проводить обследование «быстрыми» тестами, а также тестами, определяющими антитела к ВИЧ в моче или слюне, дающими высокий процент ложноположительных реакций. Предпочтительный срок послетестового консультирования – 5-7 день после обследования.

Запрещается давать ответ о результатах исследования по телефону.

Психосоциальное консультирование при ВИЧ-инфекции

Психосоциальное консультирование при ВИЧ-инфекции представляет собой систему, успешно сочетающую профилактику заболевания с оказанием психосоциальной поддержки всем тем, кто так или иначе связан с проблемой ВИЧ/СПИДа. Эти профилактические и санитарно-просветительные мероприятия проводятся в форме собеседования. Глобальная программа ВОЗ по борьбе со СПИДом определяет понятие консультирования как конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, дающий возможность преодолеть психоэмоциональный стресс и принять решение относительно инфекции ВИЧ.

Цель консультирования состоит в том, чтобы обеспечить такой тип психосоциальной поддержки и ощущение личной ответственности, какие требуются для изменения образа жизни в отношении ВИЧ-инфекции.

Основными задачами консультирования являются:

- профилактика распространения инфекции ВИЧ;
- обучение населения безопасному половому поведению;
- оказание психологической поддержки обратившимся.

Консультирование предусматривает оказание помощи людям в определении характера проблем, с которыми они сталкиваются, а затем в принятии решения о том, что они способны реально сделать, чтобы ослабить воздействие этих проблем на себя и своих близких. Консультирование, ориентированное на учет индивидуальных особенностей обратившихся, является эффективным средством профилактики ВИЧ-инфекции еще до начала тестирования. Помимо эмоциональной поддержки в процессе консультирования оценивается индивидуальный риск заражения, а также стимулируется принятие решения о выборе способа профилактики заболевания.

Предпосылками успешной консультативной работы являются:

- достаточное время для установления контакта, взаимопонимания, собственно консультирования;
- поддержание чувства полной доброжелательности и благосклонности к обратившимся со стороны консультанта, независимо от их образа жизни, выбора половых партнеров, а также социально-экономических, этнических или религиозных особенностей. Недопустимо проявлять какие-либо субъективные эмоции по поводу индиви-

дуальных особенностей обратившихся;

- легкодоступность консультаций. Люди, нуждающиеся в консультации, должны чувствовать, что могут попросить о встрече или связаться с консультантом в любое время;

- последовательность любой информации, предоставляемой при консультировании;

- конфиденциальность. Взаимоотношения участвующих в консультировании должны основываться на том принципе, что все обсуждаемые вопросы носят частный характер, если сам обратившийся не решит поделиться этой информацией еще с кем-либо. Запись на прием в кабинет психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ производится предварительно (лично или по телефону) с фиксацией времени приема. Лицо, обратившееся в кабинет, проходит регистрацию. В случае анонимного обращения в журнале регистрации фиксируется кодовый номер или любая фамилия (имя), названные пациентом. Если обратившемуся необходима справка о результатах тестирования, то в журнале регистрации фиксируются паспортные данные. После регистрации обратившийся направляется на прием к консультанту для проведения дотестового консультирования.

Дотестовое консультирование

Тестирование на антитела к ВИЧ должно быть доступно для любого, кого беспокоит состояние его здоровья или возможность заражения. Тестирование следует проводить лицам, которые:

- считают, что подвергаются риску;

- имеют венерические заболевания;

- употребляют внутривенно наркотические препараты, а также имеют половых партнеров, употребляющих наркотики внутривенно.

В беседе консультант оценивает такие качества обратившегося, как способность понимать и использовать информацию, склонность к изменению рискованного поведения в целях самозащиты или предотвращения передачи инфекции другим людям, способность сохранять самообладание, а также возможность получить необходимую психосоциальную поддержку. За время дотестового консультирования консультант получает информацию относительно биографических и поведенческих особенностей обратившегося. Учитывая интимный характер многих сведений и определенную сдержанность в разговоре о половом поведении, получение психосоциального анамнеза требует такта, терпеливого и внимательного разъяснения причин, которые побуждают консультанта задавать вопросы очень личного свойства, а также заверений относительно соблюдения конфиденциальности. Анамнестические сведения должны быть достаточно подробными, для того чтобы реально оценить существующий риск заражения ВИЧ. Ответы обратившегося позволяют наметить направление и содержание дальнейшего консультативного процесса. Так, например, выяснение эмоционально значимых для обследуемого лица обстоятельств (любовь к детям и членам семьи, религиозность, стремление к профессиональному совершенствованию) дает возможность опираться на эти мотивы во время проведения послетестового консультирования при положительном результате. Напоминание консультируемому о незавершен-

ности его дел и о значимых близких позволяет в некоторой степени смягчить тяжесть психоэмоциональных реакций и восстановить самообладание.

Консультанту необходимо знать:

- почему человек хочет пройти обследование;
- какое поведение или какие симптомы беспокоят обратившегося;
- что известно обратившемуся о тесте на ВИЧ-инфекцию;
- насколько информировать обратившегося о путях передачи ВИЧ-инфекции, о рискованном поведении и способах профилактики.

Консультант оценивает:

- особенности полового поведения;
- частоту смены половых партнеров;
- использование презервативов;
- наличие ВИЧ-инфицированного лица среди половых партнеров;
- рискованное поведение (внутривенное употребление психоактивных средств, наличие среди половых партнеров лиц, занимающихся коммерческим сексом, а также мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами);
- гемотрансфузии, использование продуктов крови, пересадка органов;
- нестерильные инвазивные процедуры (инъекции, татуировка, надрезы).

Консультант выясняет:

- что думает обратившийся о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования;
- кто поддержит обратившегося в случае положительного результата тестирования.

Консультант должен выявить и обсудить все неверные представления о планируемом тесте и убедиться в том, что обратившийся понимает, что означает положительный результат.

Консультант поясняет, что тест определяет только наличие антител к вирусу иммунодефицита человека. Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить о других связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях ни в настоящем, ни в будущем.

Консультант подчеркивает, что:

- не существует теста, который мог бы определить, имеется или разовьется ли у человека СПИД;
- на основании положительного результата тестирования нельзя сказать, когда произошло заражение;
- заражение ВИЧ не обязательно говорит о неверности сегодняшнего партнера, так как могло иметь место и до начала их взаимоотношений. Необходимо также разъяснить наличие «периода окна» (промежутка времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течение этого периода человек уже заражен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются.

Консультант должен объяснить, что нужно делать, чтобы не приобрести и не передать инфекцию ВИЧ в этот период времени (3-6 месяцев). Независимо от результатов тестирования следует принять решение о поведении, чтобы либо остаться незараженным, либо защитить других от заражения.

Консультант должен учитывать, что обратившийся может:

- быть слишком напуган и растерян, чтобы осознать сказанное консультантом;
- не понимать, почему его спрашивают об интимной жизни, и не хотеть отвечать;
- возлагать на тест нереальные надежды;
- не высказывать желания изменить поведение.

Задачей дотестового консультирования является выработка обратившимся осознанного решения (информированного согласия) о прохождении обследования на антитела к ВИЧ. Информированное согласие подразумевает, что в результате дотестового консультирования обратившийся свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принимает решение пройти тестирование. Консультант должен рассказать обратившемуся об официальном порядке последующего тестирования с целью подтвердить положительный результат. Положительный результат, полученный методом ИФА, нуждается в катанестическом и подтверждающем исследовании. Когда человек хочет пройти тестирование, но не имеет в анамнезе рискованного поведения, консультанту следует уточнить причину подобной озабоченности и предложить поддерживающее консультирование. Сведения, полученные в процессе беседы, а также выводы заносятся консультантом в карту консультативного приема. Результаты тестирования по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании, время которого оговаривается с консультируемым до прохождения теста.

Особенности проведения дотестовой консультации у лиц, употребляющих наркотики внутривенно

Если в процессе проведения консультирования у пациентов выявляется риск заражения ВИЧ-инфекцией в связи с употреблением наркотиков, необходимо акцентировать внимание пациента на высокой степени риска передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов при парентеральных вмешательствах.

Необходимо установить, является ли этот момент подходящим для рассмотрения пациентом вопроса о прохождении обследования на ВИЧ; например, находится ли он под воздействием какого-либо препарата? В случае, если пациент недавно начал лечение, следует повременить с обсуждением обследования, поскольку положительный результат может сам по себе привести к дальнейшей подвергающей пациента риску деятельности.

Период получения результата является особенно опасным для наркоманов, и необходимо уделить время для обсуждения этого непосредственно после представления результата.

Вне зависимости от того, является результат положительным или отрицательным, необходимо дополнительно убедить пациентов в необходимости использования

методов сокращения вредного воздействия, в частности, таких, как неиспользование совместных игл и шприцев, приобретение готовых шприцев с наркотиком, обучение навыкам дезинфекции инструментов для введения, а также необходимость использования предохранительных средств при половых контактах.

Послетестовое консультирование

Тестирование позволяет выделить три категории людей, которые нуждаются в послетестовом консультировании:

- те, кто оказался инфицирован ВИЧ и нуждается в поддержке;
- ВИЧ-серонегативные лица из категории высокого риска;
- ВИЧ-серонегативные лица из категории низкого риска.

Во время послетестового консультирования при отрицательном результате консультант должен повторить всю информацию, которую он предоставил до тестирования. Это делается для того, чтобы обратившийся знал наверняка, что нужно и чего не нужно делать, чтобы избежать заражения. Многие консультанты считают полезным, чтобы их посетители рассказывали своими словами, что они должны делать, чтобы остаться здоровыми. Необходимо договориться о последующих посещениях консультанта с тем, чтобы обратившийся мог получить поддержку в соблюдении безопасного поведения. Таким образом, в процессе послетестового консультирования при отрицательном результате консультант обсуждает значение полученного результата, напоминает о наличии «периода окна» и рекомендует повторить исследование через 3-6 месяцев, подтверждает необходимость придерживаться правил безопасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.

При положительном результате тестирования отношения между консультантом и инфицированным лицом могут перейти в новую фазу.

Послетестовое консультирование при положительном результате

Представляет собой кризисное консультирование. Сообщение человеку известия о наличии у него антител к ВИЧ воспринимается как угроза жизнедеятельности. Обычно люди в возрасте от 20 до 45 лет, то есть наиболее подверженные риску заражения ВИЧ, не ждут смерти. Они еще не научились мириться с ней и не воспринимают смерть как жизненную неизбежность. Консультируемые по-разному реагируют на сообщение о наличии у них антител к ВИЧ, однако описаны некоторые общие реакции.

Эти люди находятся в состоянии эмоционального кризиса:

- ощущают сильную угрозу;
- поражены и захвачены врасплох происходящим;
- расстроены и теряют контроль над собой;
- эмоционально парализованы отсутствием выхода из создавшегося положения.

Обычными реакциями людей, находящихся в кризисном состоянии, являются следующие:

- «это не может происходить со мной»;
- «я больше не хозяин своей жизни»;
- «ничто отныне не имеет для меня значения»;
- «я не знаю, что делать»;
- «я не знаю, к кому обратиться за помощью»;
- «никому не понять, что я чувствую».

Для того чтобы сообщить обратившемуся результат исследования, консультант использует предтестовую оценку личностных характеристик заразившегося, его психосоциальных обстоятельств, представлений о ВИЧ-инфекции и отношения к СПИДу. После сообщения положительного результата тестирования необходимо дать время на восприятие этого известия.

Консультант не должен:

- поддаваться панике;
- давать ложные заверения;
- обижаться на поведение консультируемого.

Консультант должен:

- дать четкое объяснение значения положительного результата;
- подробно разъяснить разницу между инфекцией ВИЧ и СПИДом;
- объяснить, где и как можно получить психоэмоциональную поддержку и помощь во время последующих критических ситуаций;
- поддерживать позитивные тенденции инфицированного.

В процессе консультирования необходимо побуждать инфицированных к продолжению и поддержанию жизни, продуктивной в социальном и экономическом плане. Необходимо обращать внимание инфицированного лица на его ответственность за изменение поведения для избежания передачи возбудителя, а также упоминать о пожизненном характере ВИЧ-инфекции и риске заражения других людей. При этом пропагандируется использование презервативов при половых сношениях и даются инструкции, как ими правильно пользоваться.

Консультант подчеркивает целесообразность избегания инфекций, которые могут угнетать иммунитет и ускорять развитие СПИДа (особенно болезней, передающихся половым путем), разъясняет, как поддерживать гигиену, вести здоровый образ жизни. Рекомендуются уточнить целесообразность соблюдения сбалансированной диеты и режима сна, умеренных занятий физическими упражнениями, овладения методиками релаксации для уменьшения стрессовых воздействий, диспансерных обследований, а также избегания злоупотребления алкоголем и отказа от приема наркотиков. Необходимо помочь пациенту в осознании важности недопущения рискованного поведения для сохранения собственного здоровья и здоровья окружающих. Напоминая, что по результатам теста нельзя судить о том, когда произошло заражение, консультант обсуждает с инфицированным лицом проблему оповещения половых партнеров и целесообразность информирования близких. Почти во всех случаях решение о сообщении сведений должно приниматься самим инфицированным лицом. Люди, инфицированные ВИЧ, могут сталкиваться с отрицательной и враждебной реакцией со стороны окружающих. Консультант оказывает им поддержку, информи-

рует о наличии специализированной службы психосоциальной поддержки инфицированным лицам при центрах профилактики и борьбы со СПИДом, психотерапевтических кабинетах и отделениях ЛПУ, а также о других источниках помощи и поддержки (к примеру, со стороны неформальных организаций). Сообщение человеку известия о ВИЧ-серопозитивности представляет собой психотравмирующую ситуацию. Возникает конфликт, связанный с наличием неизлечимости заболевания, который не может быть разрешен, так как выздоровление невозможно. Как будет реагировать инфицированный на эту новость, зависит от состояния физического здоровья на момент консультирования, степени подготовленности к подобному сообщению, наличия поддержки данному лицу в кризисной ситуации, личностных особенностей инфицированного, а также его представлений о болезни, жизни и смерти. Потребность в консультировании и психологической поддержке наиболее велика в том случае, когда на сообщение о наличии антител к ВИЧ пациент отвечает появлением так называемых психоэмоциональных реакций. Некоторые реакции могут быть очень выраженными, но следует помнить о том, что подобные проявления являются нормальным ответом человека на новость, которая угрожает его жизни.

Появление психоэмоциональных реакций следует предвидеть и быть готовым к оказанию помощи в этой ситуации.

Страх.

Инфицированные лица перед лицом неизлечимого заболевания испытывают множество страхов. Психологически понятно появление переживаний, связанных со страхом смерти и, в частности, мучительной смерти в одиночестве. С одной стороны, подобный феномен может быть вызван печальными примерами друзей, коллег или близких. С другой стороны, этот страх часто бывает обусловлен незнанием и неверными представлениями об этой ситуации, а также сопровождается ощущением беспомощности перед неизбежным. Как и при большинстве психоэмоциональных реакций, страх и сопутствующее ему психическое напряжение можно в значительной степени уменьшить, если их озвучить и обсудить в контексте наличия возможностей для устранения затруднений, беспокоящих конкретного консультируемого.

Утрата.

Люди, инфицированные ВИЧ, испытывают чувство утраты в отношении будущей жизни, положения в обществе, финансовой стабильности и независимости. Наиболее частым из наблюдаемых переживаний является утрата надежды. По мере увеличения потребности в уходе заболевший может тяготиться утратой возможности распоряжаться самим собой.

Печаль.

Пациенты часто испытывают чувство глубокой печали из-за тех потерь, которые они уже испытали или ожидают в будущем. Они также могут испытывать подобное чувство, откликаясь на переживания близких и членов семьи по поводу своего неизлечимого заболевания.

Депрессия.

Подавленное настроение при ВИЧ-инфекции может быть вызвано целым рядом причин. Пациент испытывает подавленность при периодических медицинских осмотрах, так как ощущает неспособность полностью контролировать свое состояние перед лицом неуклонного прогрессирования заболевания; душевное равновесие нарушается при известиях об ухудшении состояния и смерти знакомых больных; пациентов постоянно угнетает мысль о том, что они не могут долгосрочно планировать свою жизнь и не успеют вырастить детей; ухудшение собственного соматического состояния, как правило, сопровождается появлением чувства беспокойства и подавленности.

Угрызения совести и чувство вины.

Когда у человека обнаруживают ВИЧ-инфекцию, он может испытывать чувство вины и угрызений совести по поводу своего поведения, которое могло привести к заражению ВИЧ, а также по отношению к людям, которых он мог заразить. Иногда отмечаются переживания вины за те горести, которые ВИЧ-инфекция принесла близким больному людям и особенно детям. В памяти пациентов часто вливают события из прошлого, способные усугубить чувство вины.

Тревога.

Чувство тревоги может сопровождать заболевшего ВИЧ-инфекцией на протяжении всего заболевания, так как такой человек постоянно пребывает в состоянии неуверенности и тревожных ожиданий в связи с этим заболеванием. В своей практической деятельности консультант имеет дело с многочисленными тревожными опасениями пациентов по поводу краткосрочного и долгосрочного прогнозов, неспособности изменить ситуацию с заболеванием, утраты конфиденциальности в образе жизни, грядущей отверженности, беспомощности и зависимости.

Раздражительность, озлобленность.

Некоторые пациенты становятся раздражительными, постоянно размышляют о том, что к их проблемам плохо или невнимательно относятся. Они чувствуют себя «неудачниками», так как именно их «угораздило» заболеть ВИЧ-инфекцией. Такие пациенты с трудом сдерживают свои негативные переживания, недоверчивы, во всем видят подвох. В некоторых случаях гнев больных может быть направлен против них самих, принимая форму аутоагрессивного (в том числе и суицидального) поведения.

Суицидальные мысли и действия.

При сообщении результатов тестирования на антитела к ВИЧ консультант должен учитывать риск появления крайних форм социально-психологической дезадаптации – суицидальных феноменов. Вероятность их возникновения наиболее высока на ранних этапах восприятия этого известия. Выделяют два основных вида суицидальных проявлений: пассивное и активное суицидальное поведение. К первой разновидности относят суицидальные мысли и намерения, ко второй – покушения на самоубийство

и завершённый суицид. Следует также учитывать наличие таких просуицидальных факторов, как злоупотребление алкоголем, индивидуальные особенности пациента в виде акцентуации личности или психопатии, а также неблагополучие социально-психологической ситуации пациента. При наличии всех трёх просуицидальных факторов риск развития суицидального поведения наиболее высок.

Самооценка.

На ранних этапах жизни в условиях ВИЧ-инфекции отмечается существенное снижение самооценки, уверенности в себе и своей социальной значимости. По мере прогрессирования заболевания нарушения самооценки могут усугубляться изменением внешности пациента (появлением элементов саркомы Капоши на лице, снижением веса, выпадением волос), а также ограничением самостоятельности.

Ипохондрические и навязчивые состояния.

Озабоченность состоянием здоровья, малейшими физическими ощущениями и проявлениями может привести к развитию ипохондрии. Мысли о неизбежной смерти, признаках ухудшения самочувствия могут иметь характер навязчивости, вмешиваясь в адаптационный процесс и мешая его становлению. Мысли о предстоящей смерти, страх одиночества и утраты контроля могут привести к появлению интереса к религии и духовным вопросам. В подобных случаях регистрируются размышления о смысле жизни, грехе, виновности, всепрощении, примирении, а также дискуссии на эти темы. Консультант должен выявлять неадаптивные формы поведения инфицированных лиц и их крайние формы – суицидальные феномены. Тактика консультирования таких лиц строится на учете индивидуальных особенностей, выявленных на этапе дотестового консультирования. В частности, консультант обращает внимание пациента на необходимость дальнейшего обследования для окончательного решения вопроса о наличии и стадии заболевания. Тем самым оговаривается дополнительное время, столь необходимое для адаптации инфицированного к новым условиям жизни. При наличии выраженных психоэмоциональных реакций может возникнуть необходимость в оказании специализированной психиатрической помощи. В тех же случаях, когда консультирование проводит врач, имеющий специальную подготовку по психиатрии, достаточно бывает включения в консультативный процесс элементов психотерапии. Хорошо зарекомендовал себя прием апелляции к антисуицидальным факторам (любовь к близким, родительские обязанности, незавершённые дела, представления о греховности самоубийства), а также устранение ощущения уникальности ситуации.

Квалифицированное проведение консультативных мероприятий в процессе тестирования на антитела к ВИЧ позволяет успешно сочетать профилактическую работу по изменению поведения с целью предупреждения заражения ВИЧ с индивидуальной психологической поддержкой, что характеризует настоящий этап борьбы с ВИЧ-инфекцией, лично ориентированный и потому более цивилизованный.

Начальник Департамента
Госсанэпиднадзора Минздрава РФ

А.А. Монисов

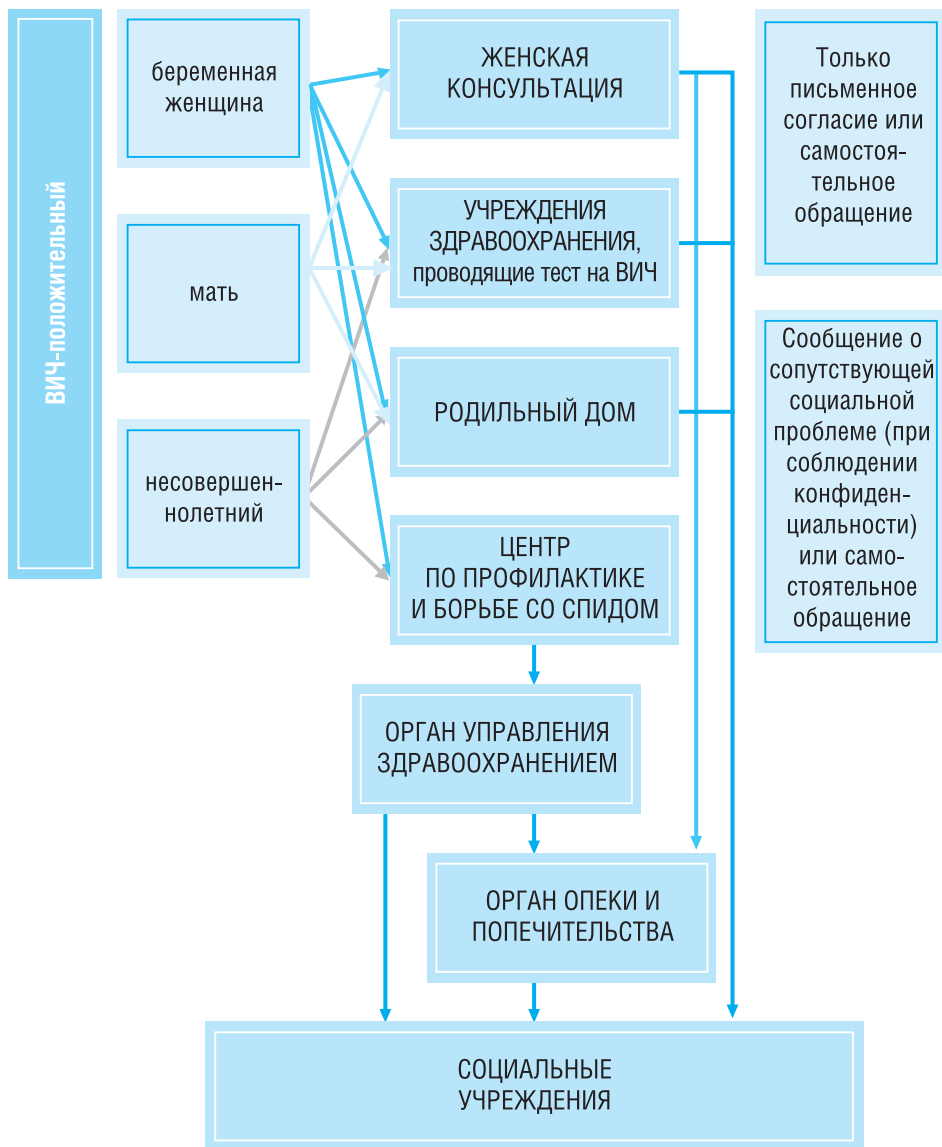
**Шкала тяжести психосоциальных стрессоров для взрослых
(адаптирована из DSM-IV, 1994)**

1	Стрессорный фактор отсутствует	Никакие события не могут рассматриваться как острый стресс, способный вызвать заболевание. Отсутствуют также устойчивые длительные стрессовые обстоятельства, которые могли бы вызвать заболевание.
2	Стрессорный фактор слабый	Примером острого слабого стресса может служить ситуация начала или окончания учебы в школе; примером длительной слабой стрессовой ситуации – конфликты в семье, неудовлетворенность работой, проживание в районе с высокой преступностью.
3	Стрессорный фактор умеренный	Примером острого стрессогенного события могут быть: брак, разлука с супругом, потеря работы, уход на пенсию, аборт. Примеры хронических стрессовых ситуаций: разногласия в браке, серьезные финансовые затруднения, плохие отношения с начальством, ситуация, когда один из родителей исполняет все родительские обязанности (родитель-одиночка).
4	Стрессорный фактор тяжелый	Примером острого тяжелого стресса может стать развод или рождение ребенка; примером хронического – безработица, бедность.
5	Чрезмерно тяжелый стрессорный фактор	Острый – смерть одного из супругов, диагностирование серьезного заболевания, приводящего к резкому снижению качества жизни (например ВИЧ), подверженность насилию; хронический – наличие серьезного хронического заболевания у субъекта или его ребенка, наличие физической или сексуальной неполноценности.
6	Катастрофически острый стресс	Смерть ребенка, самоубийство супруга, разорение в результате стихийного или иного бедствия. Хронический – пребывание в качестве заложника, пребывание в концентрационном лагере (в ситуации постоянной угрозы гибели).

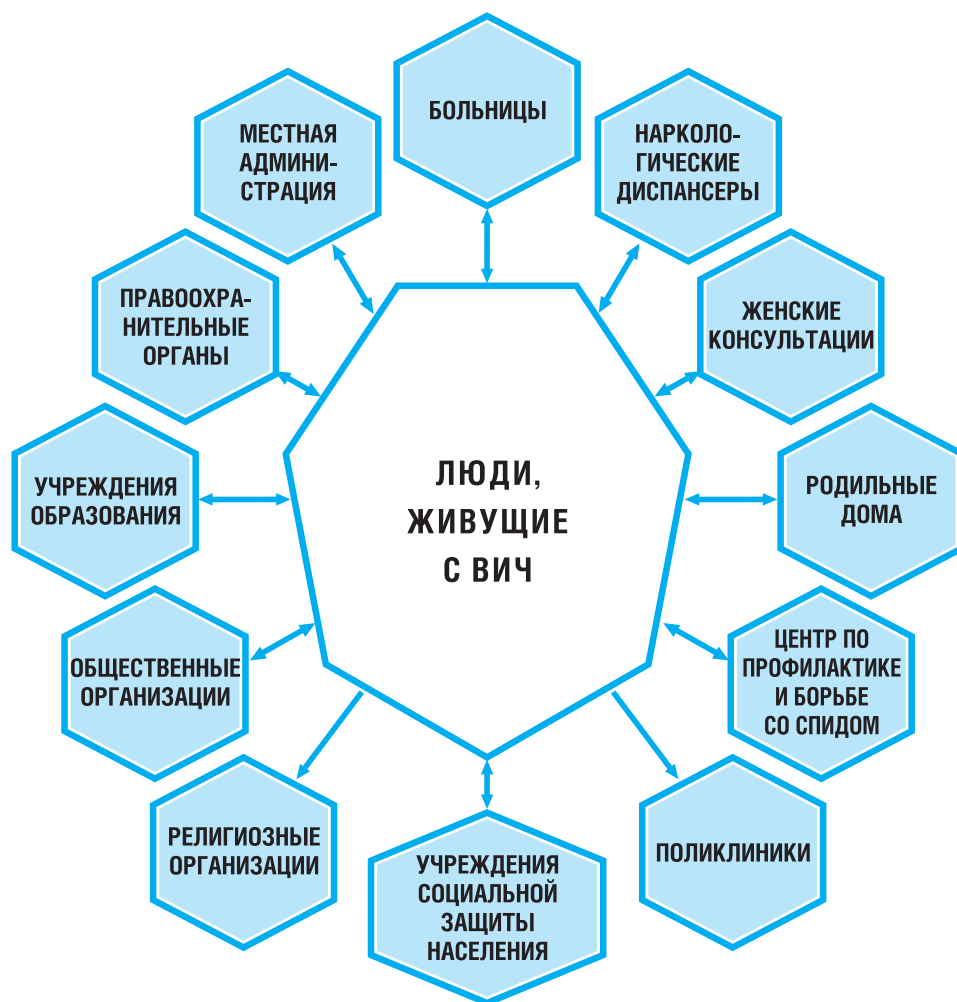
Развитие нарушений качества жизни людей, живущих с ВИЧ



Пути, приводящие ВИЧ-положительных женщин и детей в социальные учреждения



Учреждения – социальные партнеры,
оказывающие помощь ЛЖВС и их семьям

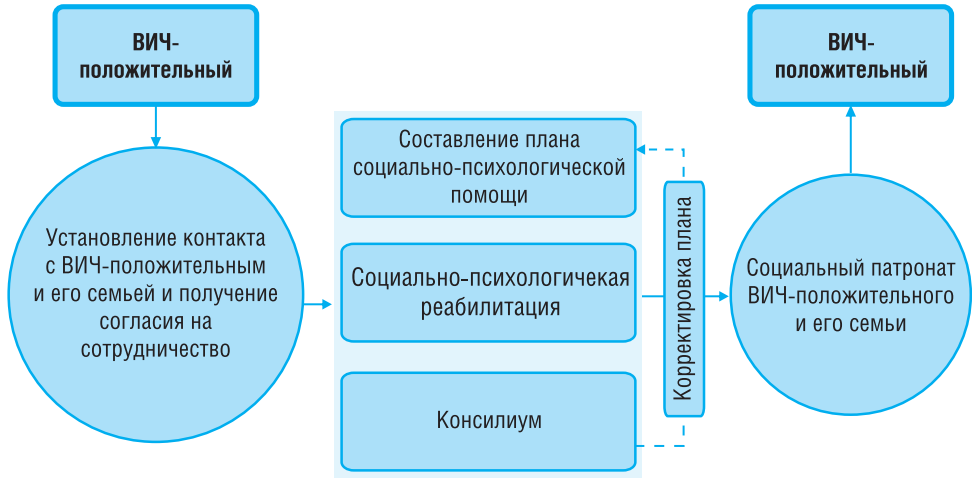


Алгоритм работы с ВИЧ-положительным и его семьей





Составляющие взаимодействия с ВИЧ-положительным и его семьей



УСЛОВИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ				
<ol style="list-style-type: none"> 1.Получить информацию от организации, поставившей диагноз. 2.Найти социальных партнеров. 3.Подготовить информационный материал о социально-психологических проблемах ВИЧ-положительного. 4.Заключить договор о социальном партнерстве. 5.Организовать приход ВИЧ-положительного в социальное учреждение. 6.Знание методик и наличие опыта доверительного общения. 7. Наличие кабинета. 8.Бланк для записи проблем и запросов на необходимую помощь. 9.Наличие доверенных лиц со специальной подготовкой. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Наличие стандартного индивидуального плана. 2.Наличие методики взаимодействия социального работника и психолога по составлению плана (работа в команде). 3.Изучение ситуации в семье. 4.Наличие методики изучения семьи. 5.Согласие клиента на работу с семьей. 6.Определение показателей результативности помощи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Наличие стандартного алгоритма работы с ВИЧ-положительным и его семьей. 2.Определение методов решения индивидуальных проблем клиента. 3.Специалисты. 4.Помещение, оборудование. 5.Контроль социальным работником процесса социально-психологической реабилитации. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Наличие плана работы консилиума. 2.Положение о консилиуме. 3.Участие в работе консилиума специалистов, социальных партнеров и доверенных лиц. 4.Участие в работе консилиума клиента и членов его семьи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Специалисты, социальные партнеры со специальной подготовкой. 2.План патронажа в зависимости от проблем клиента. 3.Согласие ВИЧ-положительного и членов его семьи. 4.Социально-психологическая подготовка семьи и детей.

Наименование учреждения социальной защиты населения

ПЛАН-ДОГОВОР

социально-психологического сопровождения ВИЧ-положительного

_____ (Ф.И.О.) и членов его семьи

«__» _____ 200_г.

Основные проблемы:

1. Социально-экономические:

- увольнение с работы;
- отсутствие источника средств существования.

2. Социально-бытовые:

- необходимость перевода ребенка в другую школу, вызванная дискриминацией, связанной заболеванием матери;
- невозможность обеспечения семьи калорийным питанием.

3. Психологические:

- стресс от поставленного диагноза;
- проблема одиночества;
- нарушения во взаимоотношениях с родственниками.

Цель социально-психологического сопровождения: мобилизация внутренних ресурсов ВИЧ-положительного клиента и стимулирование его участия в создании условий для обретения им навыков жизни в новых для него условиях, сохранения его трудоспособности и включенности в значимую деятельность.

Задачи социально-психологического сопровождения:

- помочь клиенту в выявлении его внутренних ресурсов и устранении факторов, мешающих их использованию. Стимулирование к жизни в новых условиях;
- вовлечь клиента в активные действия по решению его проблем, порожденных ВИЧ-инфекцией;
- помочь в овладении навыками достижения психологической устойчивости;
- оказать помощь клиенту в принятии решения о том, что он способен реально сделать для ослабления отрицательного воздействия последствий заболевания на себя и своих близких;
- оказать содействие в налаживании отношений с родственниками, вовлечение их в решение проблем клиента.

Оказание помощи и реабилитация клиента

№	Проблемы	Виды помощи	Сроки	Мониторинг
1	Социально-экономические: - увольнение с работы, - отсутствие источника средств существования	1. Психологическое консультирование. 2. Консультация с юристом о статусе ВИЧ-положительного. 3. Оказание содействия в трудоустройстве: - оформление документов в суд на незаконное увольнение с работы, - содействие в оформлении документов в Бюро по трудоустройству в случае смены места работы, - информирование о возможности установления инвалидности и оказание помощи в составлении плана действий клиента в решении этого вопроса.	1-я неделя 1-я неделя 1-2-я неделя	Через две недели
2	Социально-бытовые: - перевод ребенка в другую школу, - невозможность обеспечения семьи калорийным питанием	1. Решение вопроса о переводе ребенка путем обращения в отдел образования района. 2. Психологическая поддержка ребенка. 3. Организация питания семьи по линии РОО «Красный крест»	1-2-я неделя Постоянно 1-2-я неделя	На второй неделе - проверка питания, на третьей неделе - решение вопроса о переводе ребенка
3	Психологические: - стресс, - проблема одиночества, - нарушения во взаимоотношениях с родственниками.	1. Консультация психолога, психотерапевта. 2. Выработка приверженности профилактическому лечению. 3. Консультирование родственников. 4. Оказание помощи в разрешении проблем межличностных взаимоотношений. 5. Вовлечение в группу поддержки.	С 1-й недели постоянно 2-я неделя С 1-й недели	Один раз в две недели в течение трех месяцев, затем - один раз в месяц

Примечание: план реабилитации изменяется и корректируется в процессе сопровождения ВИЧ-положительного клиента по мере выполнения мероприятий и появления новых проблем. Участники плана реабилитации: специалист по социальной работе, юрист, медицинские работники, психолог, психотерапевт, специалист центра занятости и т.д.

Клиент:

Специалист по социальной работе:
(доверенное лицо)

Модельный приказ о взаимодействии органов управления здравоохранением и социальной защитой населения и подведомственных им учреждений

**Орган управления
социальной защитой населения
субъекта Российской Федерации**

**Орган управления
здравоохранением
субъекта Российской Федерации**

Приказ № ____ от ____ г.

Приказ № ____ от ____ г.

«Об организации медико-социально-психологического сопровождения беременных женщин, матерей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа»

Социально-экономические изменения, произошедшие в последние годы в стране, коснулись, прежде всего, самых уязвимых и наименее защищенных групп населения, в том числе женщин и детей. Современная российская семья испытывает множество трудностей: экономические, социальные, бытовые, психологические, нравственные и др.

Вследствие этого важнейшей социальной задачей является разработка эффективных механизмов работы с семьей по профилактике социального неблагополучия и сопутствующих ему социальных проблем, а также определения мер по формированию ответственного отношения к своему репродуктивному поведению и ответственному выполнению родительских функций.

При реализации настоящего приказа руководствоваться принципом конфиденциальности и недопустимости произвольного вмешательства в личную и семейную жизнь иначе, как в случаях, установленных действующим законодательством, а именно: Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, Семейным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ. В случае необходимости социального вмешательства с целью оказания помощи беременной женщине, а также семье и детям, не попадающим в установленные законодательством случаи допустимого вмешательства, руководствоваться только принципом добровольности и заручаться письменным согласием клиента на социальный патронаж либо предоставлять ему возможность самостоятельного обращения путем надлежащего информирования его о возможностях учреждений социальной защиты населения, месте их нахождения, режиме работы и др.

В целях создания постоянно действующей системы выявления беременных женщин, молодых матерей и несовершеннолетних, находящихся на раннем этапе кризиса, и внедрения эффективных методов коррекционно-реабилитационной работы с семьей

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить:

1.1. механизм медико-социально-психологического сопровождения семей и детей, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа (*Приложение 1*);

1.2. форму обменной карты семьи (*Приложение 2*);

1.3. анкету беременной женщины (*Приложение 3*);

1.4. анкету родителей (*Приложение 4*);

1.5. акт обследования жилищно-бытовых условий семьи (*Приложение 5*);

1.6. положение о медико-социально-психологическом консилиуме (*Приложение 6*);

1.7. схему «Социальные партнеры по организации медико-социально-психологического сопровождения беременных женщин, матерей и несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе с ВИЧ/СПИДом» (*Приложение 7*).

2. Отделу лечебно-профилактической помощи матерям и детям органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации:

2.1. довести приказ до сведения руководителей территориальных лечебно-профилактических учреждений;

2.2. обеспечить контроль за организацией медицинского обслуживания беременных женщин и детей.

3. Руководителям органов управления здравоохранением муниципальных образований, главным врачам федеральных лечебно-профилактических учреждений и лечебно-профилактических учреждений субъекта Российской Федерации:

3.1. обеспечить своевременную организацию медико-социально-психологического сопровождения беременных женщин, молодых матерей и детей из семей, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, путем оформления документов (*Приложения 2, 3, 4*) и своевременного направления в учреждения социальной защиты населения;

3.2. для проведения межведомственного патронажа семей, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, активно привлекать специалистов общей лечебной сети;

3.3. обеспечить контроль за организацией медицинского обслуживания женщин и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

4. Отделу по делам семьи, материнства и детства органа управления социальной защитой населения субъекта Российской Федерации:

4.1. осуществлять контроль и координацию работы по организации межведомственного патронажа семей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

5. Руководителям управлений социальной защиты населения муниципальных образований:

5.1. организовать работу по межведомственному медико-социально-психологическому сопровождению беременных женщин, молодых матерей и детей, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа;

5.2. представить в отдел по делам семьи, материнства и детства копию приказа о назначении ответственного лица и информацию по реализации данного приказа ежемесячно (до 5 числа месяца, следующего за отчетным) по установленной форме (*Приложение 4*).

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на

Руководитель органа
управления социальной
защитой населения
субъекта Российской Федерации

Руководитель органа
управления здравоохранением
субъекта Российской Федерации

Приложение 1

к Приказу № _____ от «__» _____ г. Приказу № _____ от «__» _____ г.

**Механизм
межведомственного взаимодействия
органов здравоохранения и социальной защиты населения по организации
медико-социально-психологического сопровождения беременных
женщин, матерей и детей, находящихся в социально опасном положении и
трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа**

Настоящий механизм выявления беременных женщин, молодых матерей и детей, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, разработан с целью организации на раннем этапе кризиса медико-социально-психологического сопровождения семьи и поддержания в ней позитивных изменений (*Приложение 6*). Решение этих проблем возможно на основе межведомственного взаимодействия социальных партнеров – учреждений здравоохранения и социальной защиты населения.

Медико-социально-психологическое сопровождение семьи **нацелено** на мобилизацию внутренних ресурсов членов семьи, стимулирование их участия в создании условий для нормализации жизнедеятельности ее членов, формирование навыков конструктивных межличностных отношений, на поиск внешних ресурсов для необходимых преобразований, а также возможностей их эффективного использования.

Основанием для организации медико-социально-психологического сопровождения семьи служит действующее законодательство. В зависимости от причины, вызывающей критическую ситуацию, необходимо избирать методы оказания помощи и разрабатывать индивидуальные программы реабилитации семьи. Медико-социально-психологическое сопровождение семей, в том числе семей, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, позволяет контролировать ситуацию и принимать своевременные меры для стабилизации обстановки в семье, а также своевременно оказывать различные виды помощи (*Приложение 7*).

Учитывая рост числа ВИЧ-положительных людей, в том числе детей, медицинские и социальные работники должны быть готовы к тому, что любой из их клиентов живет с ВИЧ, независимо от того, раскрывает он свой ВИЧ-статус или нет.

Функции социальной работы в отношении ВИЧ-положительного клиента и его семьи практически не отличаются от стандартных, **но учитывают жизненную ситуацию клиентов**, отношение, сложившееся к этим людям в обществе.

В связи с этим деятельность специалистов по социальной работе в отношении ВИЧ-положительных должна быть основана на строгом соблюдении принципа конфиденциальности и включать в себя:

- содействие в реализации прав и гарантий, установленных законодательством для ВИЧ-положительных;

- мероприятия по адаптации и реадaptации ВИЧ-положительного с использованием потенциала самого ВИЧ-положительного и его семьи.

Первый этап «Определение проблемы и пути ее решения» включает в себя:

- раннее выявление беременных женщин, молодых матерей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, в том числе затронутых ВИЧ-инфекцией;
- установление контакта с клиентом;
- в необходимых случаях – получение письменного согласия на патронаж;
- определение потребностей и приоритетов в их решении.

Пациент может либо самостоятельно обратиться за помощью и заявить о существующей проблеме врачу-гинекологу, врачу-инфекционисту, педиатру, другим узким специалистам, медицинским сестрам либо медицинские работники выявляют беременных женщин, матерей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации как при посещении их на дому во время вызова и проведения медицинского патронажа, так и во время приема в лечебном учреждении (*Приложения 2-4*).

На данном этапе задача специалистов органов и учреждений здравоохранения – своевременно и надлежаще информировать пациентов, находящихся в социально опасном положении и трудной жизненной ситуации, о службах социальных партнеров. Пациент на основе полученной информации может самостоятельно обратиться в учреждение социальной защиты населения.

В случае необходимости организации медико-социально-психологического сопровождения семьи медицинские работники заполняют обменную карту семьи (*Приложение 2*) в части, касающейся органов и учреждений здравоохранения, разрабатывают план медицинской реабилитации (с указанием сроков, этапов и исполнителей) и передают карту в орган управления социальной защитой населения по месту жительства пациента, который направляет ее в учреждение социальной защиты населения.

На втором этапе деятельности после получения обменной карты учреждения социальной защиты населения проводят работу по сбору необходимых сведений и документов о семье:

- обследование жилищно-бытовых условий семьи с составлением акта (*Приложение 5*). В ходе обследования могут быть выявлены обстоятельства, требующие незамедлительного вмешательства органов опеки и попечительства при необходимости отобрания ребенка в соответствии со ст. 77 Семейного кодекса Российской Федерации в случае наличия угрозы его жизни и здоровью и т.д.;

- беседы с беременной женщиной, молодой матерью, родственниками и другими лицами (соседи, знакомые, сожители и т.д.). С соседями, знакомыми и сожителями необходимо при беседе соблюдать принцип неразглашения конфиденциальной информации, полученной от семьи, с целью соблюдения интересов ребенка и семьи. Надо помнить: вмешательство в семью должно быть основано на принципе «не навредить» психологическому состоянию беременной женщины, ребенку, то есть вмешательство должно быть щадящим;

- получение обзорных справок на членов семьи из органов внутренних дел, образовательных и иных учреждений;

– сбор документов (копий), необходимых в той или иной ситуации для оказания различных видов социально-психологической помощи (свидетельств о рождении ребенка, документов о взыскании алиментов, свидетельства о заключении или расторжении брака, справки из образовательного учреждения, которое посещает ребенок, справки о регистрации по месту жительства или пребывания ребенка, справки о доходах семьи и др.).

По мере поступления информации и документов заполняется обменная карта семьи (*Приложение 2*) в части, касающейся органов социальной защиты, и разрабатывается индивидуальный план медико-социально-психологической реабилитации семьи, который может носить коррекционный характер, а также составляется график межведомственного патронажа.

На третьем этапе деятельности осуществляется собственно медико-социально-психологическая реабилитация ВИЧ-положительных и членов их семей, оказываются различные виды социальной помощи, осуществляется патронаж.

Следует помнить, что индивидуальная профилактическая работа с семьей и детьми, находящимися в социально опасном положении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ имеет установленные сроки ее окончания. Медико-психолого-социальная реабилитация является частью индивидуальной профилактической работы. По завершении медико-психолого-социальной реабилитации необходимо подвести ее итоги и сделать отметку об окончании или продолжении индивидуальной профилактической работы.

Учет и хранение обменных карт осуществляют учреждения социальной защиты населения.

Приложение 2

к Приказу № _____ от «__» ____ г. Приказу № _____ от «__» ____ г.

Обменная карта семьи

Дата открытия карты _____

Социальный паспорт семьи

1. Ф.И.О. несовершеннолетнего _____
 Дата рождения «__» _____ г.
 Образовательное учреждение _____
2. Адрес постоянного места жительства _____
 (город, село, улица, дом, квартира, телефон) _____
3. Адрес регистрации _____
4. Первичное обращение (кто и когда обратился) _____
5. Сведения о членах семьи
- 5.1. Ф.И.О. матери _____
 Дата и место рождения _____
 Место проживания _____
 Место регистрации _____
 Место работы _____
 Доходы _____
 Употребление ПАВ (алкоголь, наркотики и др.) _____
- 5.2. Ф.И.О. отца (мужа матери) _____
 Дата и место рождения _____
 Место проживания _____
 Место регистрации _____
 Место работы _____
 Доходы _____
 Употребление ПАВ (алкоголь, наркотики и др.) _____
6. Другие совместно проживающие родственники _____
7. Брачные отношения, установление отцовства _____
8. Доходы семьи (размер пособий, пенсий, алиментов, заработок членов семьи и др.) _____
9. Жилищные условия _____
10. Результаты предварительной диагностики психологических проблем _____
11. Выводы специалиста по социальной работе из предварительной информации _____
12. Квалификация ситуации для принятия решения на вмешательство в личную и семейную жизнь _____

Дата заполнения карты «__» _____ 200__ год
 Подпись социального работника _____ Ф.И.О. _____

Комплексный план мероприятий по медико-социально-психологической реабилитации семьи

№ п/п	План действий	Дата	Примечания

(Комплексный план мероприятий по медико-социально-психологической реабилитации семьи может состоять из отдельных блоков, в зависимости от того, какие специалисты принимают участие в коррекционной работе. План может наращиваться по мере выявления проблем и заполняется весь период содержания семьи на патронаже.)

Содержание патронажной работы

Другие рекомендации и примечания (в случае необходимости проведения постреабилитационного контроля за семьей и др.):

Проблемы	Формы и методы работы	Выводы

Заключение о выполнении плана мероприятий обменной карты семьи:

Оценка результатов медико-социально-психологической реабилитации:

- достигнута компенсация частично;
- полная компенсация;
- восстановление нарушенных функций семьи (полное, частичное, положительные результаты отсутствуют) (нужное подчеркнуть)

Дата окончания « ____ » _____ 200__ год

Приложение 3

к Приказу № _____ от «__» ____ г. Приказу № _____ от «__» ____ г.

АНКЕТА БУДУЩЕЙ МАТЕРИ

Просим Вас внимательно прочитать и ответить на вопросы:

1. *Как Вы считаете, какие условия необходимы для рождения ребенка?*
 - материальное положение;
 - наличие жилья;
 - наличие работы;
 - физиологическая зрелость;
 - психологическая зрелость;
 - другое.

2. *Как Вы считаете, для чего Вашей семье нужен ребенок?*
 - опора в будущем;
 - продолжение рода;
 - все должны иметь детей;
 - чтобы не было одиноко;
 - для улучшения материального положения семьи;
 - другое.

3. *Планировался ли заранее ребенок?*

4. *Обоюдное ли это решение?*

5. *Что для Вас главное в воспитании ребенка?*
 - здоровье;
 - духовное, нравственное развитие;
 - внешний облик;
 - умственное, интеллектуальное развитие;
 - образование;
 - чтобы был сыт и одет;
 - другое.

6. *В каких вопросах Вам, возможно, требуется помощь специалиста?*
 - детско-родительские отношения;
 - супружеские отношения;
 - преодоление семейных конфликтов;
 - воспитание детей;
 - ситуация потери близких и друзей;
 - взаимоотношения с членами семьи;

- правовые вопросы;
- вопросы устройства быта;
- образование детей;
- другое.

7. *Какие трудности могут возникнуть в Вашей семье в связи с рождением ребенка?*

- материальные;
- жилищные;
- правовые;
- проблемы во взаимоотношениях;
- другое.

8. *В случае необходимости к кому Вы обратитесь за помощью?*

- к друзьям или знакомым;
- к ближайшим родственникам;
- в официальные государственные учреждения;
- в независимые, негосударственные организации.

9. *В каком виде помощи Вы нуждаетесь?*

- материальной;
- социально-психологической;
- социально-педагогической;
- консультативной;
- натуральной (одежда и обувь, продуктовые наборы, бытовые услуги);
- юридической;
- другой.

10. *Каковы условия проживания Вас и Вашего будущего ребенка (площадь квартиры, сколько человек в ней проживает)?*

11. *Каково Ваше семейное положение?*

- состою в браке;
- не состою в браке;
- состою в браке, но проживаю одна;
- другое.

12. *Имеете ли Вы старших детей?*

13. *Ваши фамилия, имя, отчество*

14. *Ваш адрес, телефон*

15. **Согласна на направление информации обо мне в социозащитное учреждение для организации патронажа** _____
(подпись, дата) – заполняется только в случае имеющегося согласия.

Спасибо за ответы.

Приложение 4

к Приказу № _____ от «__» ____ г. Приказу № _____ от «__» ____ г.

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Просим Вас внимательно прочитать и ответить на вопросы:

1. Какие трудности возникали в Вашей семье в связи с рождением ребенка?

- материальные;
- жилищные;
- правовые;
- проблемы во взаимоотношениях;
- другое.

2. В каких вопросах Вам требуется помощь специалистов?

- детско-родительские отношения;
- супружеские отношения;
- преодоление семейных конфликтов;
- воспитание детей;
- ситуация потери близких и друзей;
- взаимоотношения с членами семьи;
- правовые вопросы;
- вопросы устройства быта;
- образование детей;
- другое.

3. В каком виде помощи Вы нуждаетесь?

- материальной;
- социально-психологической;
- социально-педагогической;
- консультативной;
- натуральной (одежда и обувь, продуктовые наборы, бытовые услуги);
- юридической;
- другой.

4. Ваши фамилия, имя, отчество

5. Ваш адрес, телефон

6. *Согласна на направление информации обо мне в социозащитное учреждение для организации патронажа* _____

(подпись, дата) – заполняется только в случае имеющегося согласия при отсутствии установленных законом оснований направить сведения о семье в соответствующие органы и учреждения.

Спасибо за ответы.

Приложение 5

к Приказу № _____ от «___» ____ г. Приказу № _____ от «___» ____ г.

АКТ

обследования жилищно-бытовых условий семьи

«___» _____ г.

фамилия, имя, отчество беременной женщины, ребенка

Дата рождения «___» _____ г.

учащийся (школа, вуз и др.) _____

Мною _____

фамилия, имя, отчество, должность

совместно с _____

фамилия, имя, отчество, должность

в присутствии _____

указать фамилии, имена присутствующих родителей,

родственников, проживающих на данной площади

проведено обследование жилищно-бытовых условий семьи,
 проживающей по адресу: _____

Обследованием установлено, что семья из _____ человек

указываются фамилия, имя, отчество, возраст, место работы,

учебы членов семьи: отца, матери, братьев и др.

занимает жилую площадь _____

указать размер площади

в квартире _____

дается характеристика помещения, условий жизни семьи, детей и т.д.

Санитарное состояние помещения _____

Общий доход семьи _____ рублей _____ на человека

Взаимоотношения между членами семьи _____

если аномальные, то указать причину неблагополучия в семье

Взаимоотношения с соседями по квартире _____

если аномальные, указать причину

Характеристика родителей _____

(или другого родственника, проживающего совместно с клиентом)

Отношение родителей к ребенку (детям) _____

Заключение

Ф.И.О., подписи обследователей;

Печать

Приложение 6

к Приказу № _____ от «__» _____ г. Приказу № _____ от «__» _____ г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор учреждения
социальной защиты населения
_____ Ф.И.О.
«__» _____ 200 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

«О медико-психолого-социальном консилиуме»

Настоящее Положение разработано для организации взаимодействия учреждений социальной защиты населения и лечебно-профилактических учреждений в целях реабилитации ВИЧ-положительных и членов их семей, оказания им помощи в адаптации к жизни в новых условиях, их социальной и правовой защиты. Настоящее положение определяет единый порядок принятия решений и выработки согласованных оперативных и перспективных действий со стороны учреждений здравоохранения и социальной защиты населения и по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-положительным и членам их семей.

1. Общие положения

1.1. Настоящий документ разработан на основе:

- Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ;
- методических рекомендаций Минтруда РФ по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр социальной помощи семье и детям»;
- постановления администрации муниципального образования города (района);
- устава социального учреждения.

Медико-психолого-социальный консилиум является совещательным органом социального учреждения и учреждений – социальных партнеров.

1.2. Консилиум принимает решения методического и исполнительского характера.

1.3. Консилиум представляет собой действующее на функциональной основе подразделение социального учреждения, которое собирается не реже одного раза в месяц, а также по необходимости в экстренных случаях.

1.4. В состав консилиума входят:

- руководитель социального учреждения;
- заместитель руководителя социального учреждения;
- психолог;
- социальный работник.

1.5. На консилиум приглашаются:

- специалисты социального учреждения, а также учреждений-партнеров, участвующих в оказании медико-психолого-социальной помощи ВИЧ-положительным и членам их семей, в том числе непосредственно работающие с ними медицинские работники и психологи;

- ВИЧ-положительные и члены их семей (при необходимости и с их согласия).

2. Функции консилиума

2.1. Консилиум дает оценку актуальному медико-психолого-социальному статусу ВИЧ-положительных и членов их семей.

2.2. Констатирует вид и степень выраженности отклонений в поведении ВИЧ-положительных и членов их семей, в том числе детей, конфликтности взаимоотношений, характера имеющихся проблем.

2.3. Определяет формы и методы оказания медико-социально-психологической помощи ВИЧ-положительным и членам их семей.

2.4. Вырабатывает согласованную программу реабилитационной помощи клиенту и семье.

2.5. Координирует действия заинтересованных сторон в решении проблем ВИЧ-положительных и членов их семей.

2.6. Отслеживает эффективность реализуемой программы.

3. Организационная работа

3.1. Члены консилиума на основании представленной информации призваны:

- принять коллегиальное решение о характере медико-психолого-социальной помощи ВИЧ-положительному и членам его семьи;

- предложить комплексную программу реабилитации и форму организации взаимодействия учреждений – социальных партнеров с ВИЧ-положительным и членами его семьи.

Приложение 7

к Приказу № _____ от «__» _____ г. Приказу № _____ от «__» _____ г.

Функции социальных партнеров в организации медико-социально-психологического сопровождения беременных женщин, матерей и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе с ВИЧ/СПИДом

Женская консультация	Родильный дом
<p>- Оказание соответствующей медицинской помощи беременным женщинам.</p> <p>- Предварительная оценка потребностей пациента в психосоциальной поддержке.</p> <p>- Информирование о службах, оказывающих социально-психологическую помощь, направление в социальные учреждения.</p> <p>При выявлении женщины, находящейся в социально опасном положении:</p> <p>- оформление обменной карты семьи в части, касающейся органов здравоохранения;</p> <p>- передача оформленной обменной карты в органы социальной защиты населения по месту жительства женщины;</p> <p>- проведение совместного медико-социально-психологического патронажа.</p>	<p>- Оказание соответствующей медицинской помощи беременным, роженицам.</p> <p>- Предварительная оценка потребностей пациенток в психосоциальной поддержке.</p> <p>- Информирование о службах, оказывающих социально-психологическую помощь, направление в социальные учреждения.</p> <p>При выявлении женщины, находящейся в социально опасном положении:</p> <p>- оформление обменной карты семьи в части, касающейся органов здравоохранения;</p> <p>- передача оформленной обменной карты в органы социальной защиты населения по месту жительства женщины;</p> <p>- проведение мероприятий по профилактике отказов от детей.</p>
Детская поликлиника	Детская больница
<p>- Оказание соответствующей медицинской помощи (диспансеризация).</p> <p>- Предварительная оценка потребностей семьи в психосоциальной поддержке.</p> <p>- Информирование о службах, оказывающих социально-психологическую помощь, направление в учреждения социальной защиты населения.</p> <p>При выявлении несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении:</p> <p>- оформление обменной карты семьи в части, касающейся органов здравоохранения;</p> <p>- передача оформленной обменной карты в органы социальной защиты населения по месту жительства ребенка;</p> <p>- проведение совместного медико-социально-психологического патронажа.</p>	<p>- Оказание необходимой медицинской помощи несовершеннолетним.</p> <p>- Предварительная оценка потребностей пациента в психосоциальной поддержке.</p> <p>- Информирование о службах, оказывающих социально-психологическую помощь, направление в учреждения социальной защиты населения.</p> <p>При выявлении несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении:</p> <p>- оформление обменной карты семьи в части, касающейся органов здравоохранения;</p> <p>- передача оформленной обменной карты в органы социальной защиты населения по месту жительства ребенка.</p>

Приложение 7 (Продолжение)

Центр СПИД	Учреждения социальной защиты населения
<ul style="list-style-type: none"> - Консультирование, тестирование, диагностическая помощь клиентам. - Информирование о правах и обязанностях в связи с наличием ВИЧ-инфекции. - Информирование о службах, оказывающих социально-психологическую помощь, направление в учреждения социальной защиты населения. <p>При выявлении родителей и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оформление обменной карты семьи в части, касающейся органов здравоохранения; - передача оформленной обменной карты в органы социальной защиты населения по месту жительства женщины; - проведение совместного медико-социально-психологического патронажа. 	<ul style="list-style-type: none"> - Координация взаимодействия учреждений–социальных партнеров. - Сбор сведений и документов о семье. - Оформление обменной карты семьи в части, касающейся органов социальной защиты населения, и составление индивидуального плана социально-психологической помощи. - Оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг. - Социальная адаптация и реабилитация беременных женщин, молодых матерей, несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении. - Оказание материальной, натуральной и др. видов помощи. - Организация медико-социально-психологического патронажа. - Профилактика социального иждивенчества. - Профилактика отказов от детей. - Снижение стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.



Издано и распространяется при поддержке

юнисеф 

**и “СПИД Фонда Восток-Запад”
в рамках проекта ГЛОБУС**