

Коммуникация и консультирование в области ВИЧ-инфекции

**Пособие
для медицинских работников**

Москва 2008



Данное пособие разработано в рамках Фонда «Здоровая Россия» с использованием доказательно обоснованных данных международной практики, наиболее авторитетных отечественных руководств и посвящено актуальной проблеме коммуникаций и консультирования при ВИЧ-инфекции.

Пособие предназначено для широкого круга медицинских специалистов - акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, терапевтов, акушеров, фельдшеров, медсестер, студентов медицинских вузов, - которые, как правило, не имеют опыта работы с ВИЧ-инфицированными пациентами в повседневной практике.

Цель пособия - ознакомить различных специалистов с проблемой ВИЧ-инфекции, принципами до- и после-тестового консультирования, основами коммуникаций в области ВИЧ-инфекции, особенностями консультирования беременных женщин, подростков. В пособии также освещены правовые аспекты данной проблемы.

Пособие предполагается распространять вместе с листовками-подсказками, которые призваны помочь медицинским работникам в процессе консультирования.

Авторы:

Беляева Валентина Владимировна, ведущий научный сотрудник Российского Федерального научно-методического центра профилактики и борьбы со СПИДом, д.м.н.

Афоница Лариса Юрьевна, ведущий специалист Научно-практического центра помощи беременным женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией МЗ и СР РФ, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИД Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования, к.м.н.

Дмитриева Елена Викторовна, директор Фонда «Здоровая Россия», д. соц. наук.

Рюмина Ирина Ивановна, руководитель направления «Медицина и общественное здравоохранение» Фонда «Здоровая Россия», д.м.н.

Фролов Сергей Анатольевич, директор программ Фонда «Здоровая Россия».

Софронов Александр Генрихович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Шухов Владимир Семенович, ведущий научный сотрудник ФГУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, д.м.н., профессор.

Нил Макки, региональный директор департамента Центра коммуникативных программ Университета им. Джонса Хопкинса



Пособие одобрено Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и может быть использовано в практической работе учреждений здравоохранения.

© Проект «Здоровая Россия», 2008

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	стр. 5
1. Краткий обзор развития эпидемии ВИЧ/СПИДа	стр. 7
2. Современные представления о ВИЧ-инфекции	стр. 10
2.1. Течение ВИЧ-инфекции	стр. 10
2.2. Успехи в лечении ВИЧ-инфекции	стр. 14
3. Социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции	стр. 17
3.1. Особенности ВИЧ-инфекции	стр. 18
3.2. Выводы	стр. 25
4. Консультирование и его соотношение с более широким понятием коммуникации в здравоохранении	стр. 27
5. Консультирование при ВИЧ-инфекции – путь к изменению поведения	стр. 37
5.1. Определение понятия «консультирование» и общие принципы консультативной работы	стр. 37
5.2. Условия успешной консультативной работы	стр. 42
5.3. Выводы	стр. 49
6. Консультирование при обследовании на ВИЧ	стр. 51
6.1. Порядок обследования на ВИЧ в Российской Федерации ...	стр. 52
6.2. Лабораторные методы обследования на ВИЧ	стр. 56
6.3. До-тестовое консультирование при обследовании на ВИЧ ...	стр. 60



6.4. После-тестовое консультирование при обследовании на ВИЧ	стр. 64
6.5. Особенности сообщения горьких новостей	стр. 68
7. Консультирование женщин по вопросам ВИЧ-инфекции	стр. 73
7.1. Женщины, как особо уязвимая группа в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции	стр. 74
7.2. Консультирование по вопросам беременности	стр. 78
7.3. Современные представления о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку	стр. 82
8. Особенности консультирования подростков по вопросам ВИЧ-инфекции	стр. 87
8.1. Психологические особенности подросткового возраста	стр. 88
8.2. Особенности консультирования подростков по вопросам ВИЧ-инфекции	стр. 92
Заключение	стр. 96
Литература	стр. 97
Приложения	стр. 104

«Государством гарантируется... доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции... в том числе и анонимного, с предварительным и последующим консультированием...»

«Медицинское освидетельствование граждан проводится с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции»

Ст. 4 «Гарантии государства» и ст. 7 «Медицинское освидетельствование» Федерального закона от 30 марта 1995 г. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)»

ВВЕДЕНИЕ

За годы, прошедшие с момента появления на территории Советского Союза первых случаев заражения ВИЧ, врачи, работающие с этим заболеванием, научились лучше понимать его закономерности, успешнее распознавать и лечить те инфекции, которые развиваются у заразившегося человека по мере ослабления его иммунитета. Были усовершенствованы методы диагностики, а в последние годы возникли новые возможности и надежды, связанные с появлением специфического лечения ВИЧ-инфекции. Это лечение позволяет подавить вирус, продлить период активной жизни заразившихся людей, снизить риск рождения больного ребенка, если мать инфицирована. В рамках Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, а также программы «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу» успешно решается проблема доступа пациентов к получению высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Сегодня, можно констатировать, что при наличии показаний каждый человек, живущий с ВИЧ, может получить необходимое обследование и лечение.

Вместе с тем на вопросы «Верите ли вы в близкую победу над СПИДом?», «Когда, по вашей оценке, человечество будет в состоянии эффективно бороться с этим недугом?» руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академик В.В.Покровский ответил так: «Когда в 1985 г. я начинал работать со СПИДом, мне казалось, что победа близка. А теперь мне кажется, что она все более и более отдалается. И все более начи-

наешь понимать, что эпидемия ВИЧ-инфекции в значительной мере связана с пороками человеческого общества, а не со страшными свойствами вируса; он вовсе не такой страшный, но он хорошо приспособлен к недостаткам нашего общества, то есть на самом деле наш общественный строй, наша психология работают в пользу вируса. И это основные движущие моменты эпидемии, поэтому победить будет очень непросто».

Сегодня медицинские действия ориентированы, прежде всего, на принцип эффективности. Это, в какой-то степени, приводит к тому, что современную медицину справедливо критикуют за «инструментализм» и «бесчеловечность»; ее обвиняют в том, что она «растасшила человека на части». Для того, чтобы не утратить своих позиций, академической медицине крайне важно не потерять из виду человека, как единое целое.

Появление ВИЧ-инфекции наглядно показало, что привычные подходы к работе с пациентами не позволяют справиться с этим заболеванием. Об этом свидетельствуют и результаты социологического исследования информированности о проблеме ВИЧ/СПИДа медицинских работников, не являющихся специалистами в этой области, которое было проведено Фондом «Здоровая Россия» [20].

Для предотвращения распространения эпидемии необходимо осознать, что ВИЧ-инфекция – это, в большой степени, болезнь поведения, а процесс изменения поведения сложен. Простые методы изоляции, запрещения, какого-либо принуждения в данном случае неэффективны. Нужно учиться разговаривать на темы, связанные с ВИЧ-инфекцией; общаться, обсуждать, разъяснять.

Авторы этого руководства предприняли попытку создать у читателя целостное представление о ВИЧ-инфекции, о том влиянии, которое она оказывает на жизнь и поведение инфицированных ВИЧ людей и их ближайшего окружения, обозначить подходы к построению эффективной работы с теми, кто оказался так или иначе затронут проблемой ВИЧ/СПИДа.

1. КРАТКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

1. КРАТКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

В 1983 году двумя учеными – Люком Монтаньи во Франции и Робертом Галло в США – был выделен вирус, названный впоследствии вирусом иммунодефицита человека.

В 1984 году во всем мире количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции измерялось сотнями, и многие исследователи сомневались, что имеют дело с самостоятельным заболеванием, не известным ранее. Однако спустя 10 лет около 2 млн жителей Земли умерли от СПИДа. Человечество ощутило свою незащищенность, что привело к распространению еще одной эпидемии – «эпидемии страха».

Усилия, направленные на создание и внедрение в практику антиретровирусных препаратов, привели к тому, что с конца 1990-х годов в экономически развитых странах было зарегистрировано снижение темпов перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа, а также числа летальных исходов. К этому времени от ВИЧ/СПИДа умерли около 20 млн человек.

По своему характеру эпидемия чрезвычайно динамична и изменчива; в настоящее время она затрагивает практически все слои населения. Особенно высокому риску подвержены молодые женщины, которые составляют почти 50% всех людей в мире, живущих с ВИЧ/СПИДом. Половина всех новых случаев инфицирования в мире приходится на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет; ежедневно заражаются более 6 тысяч человек. По оценкам экспертов, за 2007 год количество ВИЧ-инфицированных в мире увеличилось на 2,5 млн человек – больше, чем за любой предшествующий год. Несмотря на то, что 25 из 38 млн ВИЧ-инфицированных проживают на африканском континенте, самые быстрые темпы роста эпидемии отмечаются в странах Восточной Европы и Азии.

На территории Российской Федерации первый случай ВИЧ-инфекции у гражданина страны был выявлен в 1987 г. Первой группой людей, вовлеченных в эпидемию ВИЧ-инфекции, были мужчины, практикующие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ). Подъем заболеваемости регистрировался в 1989 г., и он был связан с рядом случаев передачи ВИЧ в медицинских учреждениях на юге России; однако государственная система эпиднадзора позволила быстро обнаружить и локализовать очаг инфекции, и уже в 1990-1991 г. наблюдалось снижение заболеваемости ВИЧ. Однако, после сравнительно стабильного четырехлетнего периода, в 1995 г. был выявлен первый ВИЧ-позитивный в группе лиц, потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). С этого периода времени (начиная с 1996 г.) в России стало отмечаться катастрофическое увеличение числа новых случаев заражения ВИЧ, связанное с распространением вируса


в среде потребителей психоактивных средств. К концу 2005 г. уже около 0.4% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. При этом, в возрастной группе 18-24 года было зарегистрировано около 1% всех ВИЧ-инфицированных. В целом, по данным Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом за период с 1 января 1987 г. по 13 июля 2007 г. зарегистрирован 407.191 случай ВИЧ-инфекции у граждан Российской Федерации. При этом, по данным Н.Н. Ладной (2007), экстраполяция числа выявленных случаев на количество населения РФ позволяет предполагать, что вирус ВИЧ присутствует в крови не менее миллиона человек или более 1% населения РФ в возрасте 15-50 лет.

Драматизм ситуации усугубляется тем, что в ряде российских городов, например, в Тольятти (Самарская обл.), Иркутске или Орехово-Зуево (Московская обл.), зарегистрированы с ВИЧ инфекцией 6-8 % молодых мужчин в возрасте 18-30 лет.

Как и в других странах мира, в России доля женщин среди ВИЧ-инфицированного населения неуклонно увеличивается: в 2007 г. она составила 43%, а в некоторых регионах превысила 50%. Женщины заражаются ВИЧ в более молодом возрасте, чем мужчины. Диагноз ВИЧ-инфекции у женщин в 2005 г. выявлялся чаще в возрасте 20-24 года, тогда как у мужчин в возрасте 25-29 лет. В 2005 г. женщины в России чаще заражались при сексуальных контактах с мужчинами, таким путем инфицированы 60% женщин в возрасте 15-30 лет.

Подавляющее большинство российских женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, находятся в репродуктивном возрасте, что объясняет нарастание частоты выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин. В 2006 г. на 100.000 обследованных беременных женщин приходилось 116,0 случаев обнаружения антител к ВИЧ. Сейчас более чем у половины ВИЧ-инфицированных женщин беременность закончивается родами, хотя за 5 лет до этого на такой шаг решились только 3% женщин. С каждым годом число родов у ВИЧ-инфицированных женщин возрастает. Это очень важно, если учитывать постоянно ухудшающуюся демографическую ситуацию в России.

Однако с 2001 г. отмечается тенденция к снижению доли лиц, инфицированных при внутривенном введении наркотиков, и увеличению доли лиц, инфицированных при гетеросексуальных контактах (в мире подавляющее большинство людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, инфицированы именно половым путем).



2. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

2. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

2.1. ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Вирус иммунодефицита человека

ВИЧ относится к семейству ретровирусов, подсемейству лентивирусов. Лентивирусы вызывают хронические инфекции (в течение длительного времени с момента инфицирования протекающие без серьезных симптомов), характеризуются персистирующей репродукцией вируса и поражением центральной нервной системы. В настоящее время выделены 2 типа вируса – ВИЧ-1 и ВИЧ-2, – различающиеся по структурным и антигенным характеристикам. В России эпидемия вызвана ВИЧ-1.

Вирусная частица представляет собой нуклеокапсид, окруженный липидной мембраной. В состав нуклеокапсида входят его основные ферменты – обратная транскриптаза, интеграза и протеаза, – а также двунитевая вирусная РНК. В мембрану вируса встроены гликопротеидные комплексы – gp 41 и gp 120.

ВИЧ не отличается высокой устойчивостью в окружающей среде. Он погибает под действием всех известных химических агентов с дезинфицирующей активностью (даже при низких концентрациях), при кипячении (через 1-3 минуты) и практически полностью инактивируется прогреванием при температуре 56°С в течение 30 мин.

Считается, что вирус может содержаться почти во всех биологических жидкостях организма. Однако его количества недостаточно для инфицирования, если в этих жидкостях нет примеси крови.

На степень риска влияет много факторов, наиболее значимыми из которых являются форма контакта и количество опасного материала.

Биологические жидкости, не опасные при контакте в отсутствие примеси крови

- Слезная
- Слюнная
- Потовая
- Моча
- Рвотные массы

Результаты исследования

Медицинские работники, не являющиеся специалистами в области ВИЧ-инфекции, связывали передачу вируса от человека к человеку непосредственно с кровью. Такие биологические жидкости как сперма, тканевая жидкость, слизистые выделения, грудное молоко, а также препараты крови, назывались значительно реже.

Все биологические жидкости, связанные по своему происхождению с лимфой, содержат ВИЧ в высоких концентрациях. Именно вследствие этого одним из путей передачи вируса является половой, а грудное вскармливание существенно увеличивает риск инфицирования ребенка матерью.

Биологические жидкости, опасные при контакте

- Кровь
- Лимфа
- Сперма
- Вагинальные секреты
- Церебро-спинальная жидкость
- Асцитическая жидкость
- Перикардальная жидкость
- Синовиальная жидкость
- Грудное молоко (опасно для ребенка)

Жизненный цикл вируса иммунодефицита человека

После попадания в организм человека ВИЧ проникает в клетки-мишени, на поверхности которых расположен CD4-рецептор. Основную массу таких клеток составляют Т-лимфоциты, выполняющие регуляторную роль в иммунном ответе. Для проникновения вируса внутрь клетки необходимо (помимо CD4-рецептора) наличие на ее поверхности корецепторов CCR5 и CXCR4. Помимо этого, ВИЧ способен проникать в клетки, не содержащие CD4-рецептор, что обуславливает вовлечение в патологический процесс различных органов и систем.

В клетке на матрице РНК ВИЧ строится ДНК (обратная транскрипция). Она встраивается в геном клетки-хозяина и продуцирует вирусные белки, из которых собираются новые вирусные частицы. Геном ВИЧ ДНК, включенный в геном клетки-хозяина, носит название “провируса”. В организме человека, инфицированного ВИЧ, миллиарды клеток могут содержать ВИЧ ДНК.

ВИЧ обладает высокой активностью, продуцируя до 10^{10} вирусных частиц ежедневно. При этом обратная транскриптаза делает множество ошибок, синтезируя

копии ДНК на матрице РНК ВИЧ. ВИЧ может также подвергаться процессу внутренней рекомбинации. В результате образуется широкий набор вариантов, или штаммов. Если пациент получает недостаточно эффективную антиретровирусную терапию, формируются варианты вируса, устойчивые к препаратам.

При «естественном течении» ВИЧ-инфекции выявляется высокая скорость образования и разрушения CD4-лимфоцитов – 10^9 клеток в день. В этой «гонке на выживание» вирус со временем побеждает, поражая иммунокомпетентные клетки. Гибель иммунокомпетентных клеток приводит к формированию иммунодефицита, который проявляется развитием симптомов, связанных с воздействием самого вируса (энцефалопатия, синдром истощения, цитопенический синдром), со вторичными заболеваниями инфекционного (оппортунистические инфекции) и неинфекционного генеза, а также с ВИЧ-связанными заболеваниями.

Клинические проявления ВИЧ-инфекции

На скорость прогрессирования заболевания и его тяжесть могут влиять такие факторы, как возраст и генетические особенности человека, вирулентность индивидуального штамма ВИЧ, наличие инфекций, вызванных другими микроорганизмами, и т.д. Даже при заражении от одного и того же источника в одних случаях (их около 10%) инфекция прогрессирует быстро, в других – медленно. У некоторых ВИЧ-инфицированных число CD4-лимфоцитов не снижается и СПИД не развивается в течение 7-12 и более лет. В таких случаях (их около 5-10%) говорят о длительном и не прогрессирующем течении инфекции.

Клиническое течение ВИЧ-инфекции (более подробно см. в Приложении1)

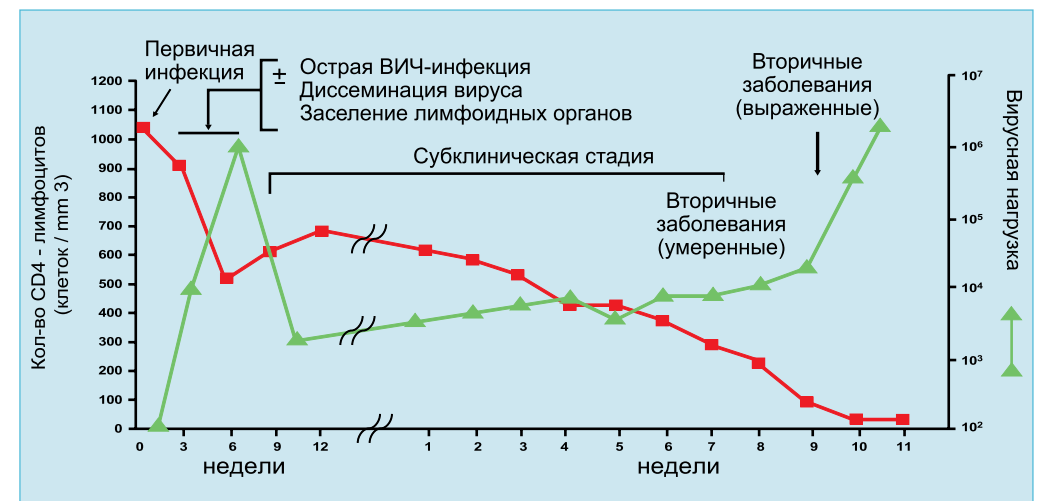


Рисунок 1. Естественное течение ВИЧ-инфекции (без лечения антиретровирусными препаратами) [36].

2.2. УСПЕХИ В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Результаты исследования

В сознании людей СПИД стоит в одном ряду с самыми опасными, страшными болезнями, не поддающимися излечению. Представление о том, что СПИД неизлечим, может иметь негативные последствия для тех, кто уже заражен, приводить к тому, что они будут пренебрегать лечением, считая его неэффективным.

Данное мнение, скорее всего, отражает представление самих врачей о задачах и возможностях лечения ВИЧ-инфекции.

В последнее время достигнут серьезный прогресс в области фундаментальных и клинических исследований ВИЧ-инфекции, что в значительной степени изменило перспективы как для клиницистов и исследователей, так и для больных. Инфекция ВИЧ теперь рассматривается как заболевание, потенциально поддающееся лечению.

Результаты исследования

Уровень осведомленности медицинских работников о способах лечения ВИЧ-инфекции довольно низок. Большинство опрошенных уверены в том, что любая терапия может быть направлена только на смягчение симптомов заболевания. По мнению врачей, ВИЧ-инфицированные пациенты должны укреплять свой иммунитет с помощью иммуномодуляторов. Термин «антиретровирусная терапия» для большей части участников исследования является незнакомым. Те же, кто встречался с этим термином, уверены в том, что антиретровирусные препараты являются очень дорогостоящими, очень токсичными и наиболее эффективны на начальных этапах болезни.

Антиретровирусные препараты

Результаты исследования

Говоря об антиретровирусной терапии, медицинские работники имели в виду использование иммуномодуляторов; некоторые говорили о химиотерапии.

Современные антиретровирусные препараты могут подавлять размножение вируса и препятствовать прогрессированию болезни.

Первым широко применяемым в антиретровирусной терапии препаратом стало лекарственное средство из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ, зидовудин (или азидитимидин). За период с 1987 по 1995

гг. были зарегистрированы еще четыре препарата из этой группы. Лекарства применялись в виде монотерапии, а кратность их приема составляла 5-6 раз в сутки. Однако, 6-летний опыт применения такого режима не показал кардинальных перемен в терапии ВИЧ-инфекции - монотерапия оказалась недостаточно эффективной.

В 1995 г. были опубликованы результаты двух клинических исследований, которые свидетельствовали, что при сочетанном применении двух антиретровирусных препаратов (битерапия) частота неблагоприятных исходов ВИЧ-инфекции (переход в стадию СПИДа и смерть) оказалась значительно ниже, чем при монотерапии.

Результатом активной разработки новых антиретровирусных препаратов стала регистрация за период с 1995 по 1998 гг. сразу шести препаратов, которые подавляют активность различных ферментов вируса, обеспечивающих образование новых вирусных частиц.

1995 г. считается началом «эры ВААРТ» (высокоактивной антиретровирусной терапии). ВААРТ предполагает назначение трех (тритерапия) и более препаратов из различных групп. Всего за три года - с 1994 по 1997 - в Европе доля больных, не получавших антиретровирусную терапию, сократилась с 37% до 9% [48], а доля получающих ВААРТ возросла с 2% до 64%. С 1994 по 1998 гг., т.е. всего за четыре года, частота перехода ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа сократилась с 31% до 2,5%. Еще заметнее сократилась частота развития вторичных заболеваний. [34].

Об эффективности антиретровирусной терапии можно судить, в частности, по таким показателям, как вирусная нагрузка и количество CD4-лимфоцитов. Термин «вирусная нагрузка» используется для обозначения результатов определения количества копий РНК ВИЧ в миллилитре плазмы, выполненного с помощью молекулярных методов. Применение ВААРТ позволяет довести вирусную нагрузку до уровня ниже уровня определения (нижнего порога чувствительности) и существенно увеличивать процентное содержание и абсолютное количество CD4-лимфоцитов на протяжении многих месяцев и лет. В свою очередь, снижение вирусной нагрузки является мерой профилактики передачи ВИЧ другому человеку.

Существенной преградой для широкого внедрения ВААРТ была ее высокая стоимость. Результатом совместных усилий ученых разных стран стало налаживание производства и использования, так называемых, дженериков (воспроизведенных лекарственных средств), стоимость которых во много раз ниже, чем у препаратов, изготавливаемых фирмами-разработчиками. По такому пути пошли Бразилия, Индия Таиланд: купив патент (производственную «формулу») антиретровирусных препаратов, эти страны сами наладили их производство.

Помимо антиретровирусных препаратов, в лечении ВИЧ-инфекции используют-

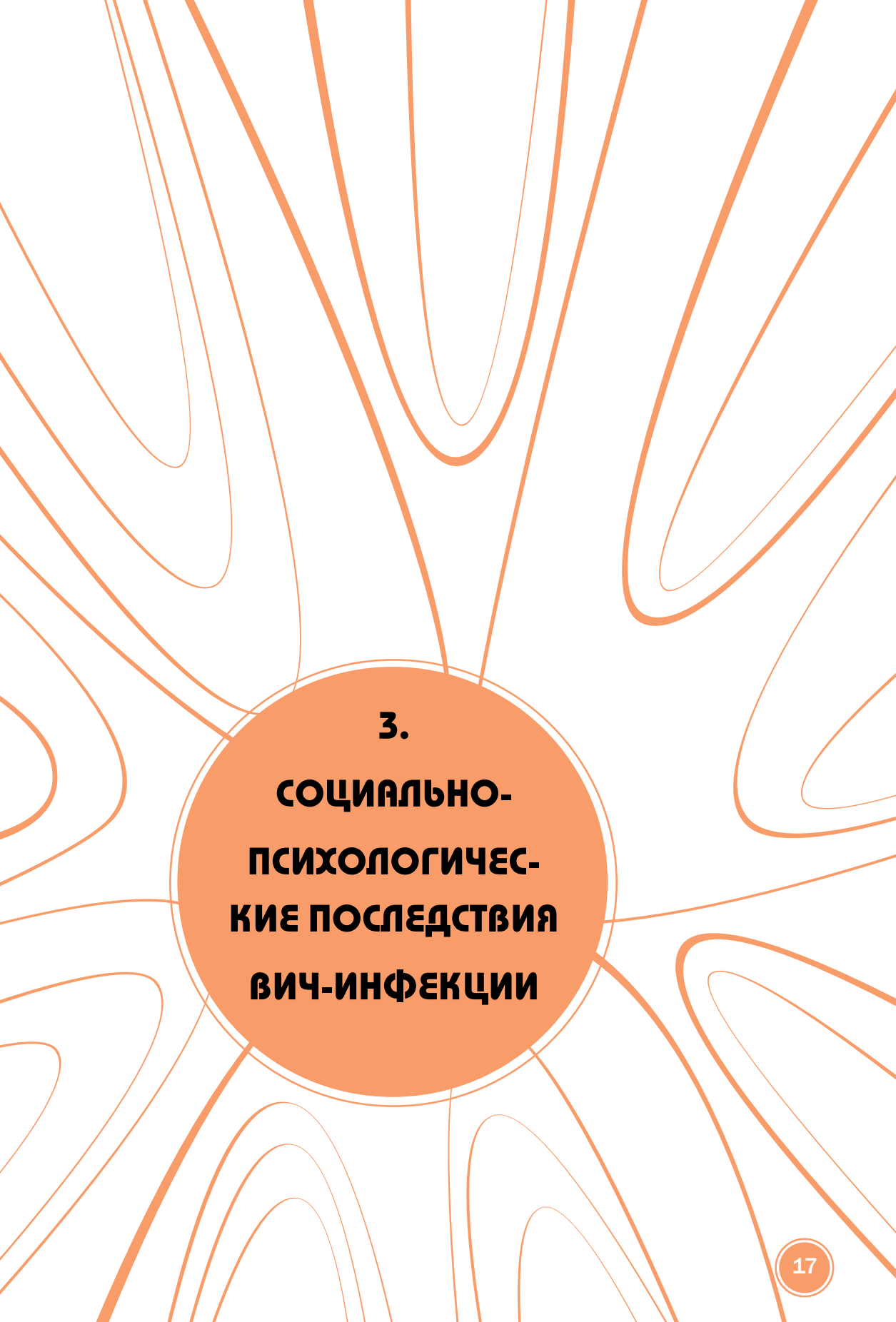
ся средства для профилактики и лечения вторичных инфекций, а также для лечения ВИЧ-ассоциированных заболеваний.

Установленный факт

У 97% пациентов, получавших ВААРТ и соблюдавших все требования по приему препаратов в течение четырех лет, вирусная нагрузка не определялась с помощью ПЦР [51].

Применение высокоактивных препаратов поставило врачей и их пациентов перед новой проблемой – ранняя и отдаленная токсичность. В настоящее время побочные действия антиретровирусных препаратов известны; составлены подробные инструкции о рекомендуемых и не рекомендуемых комбинациях, а также об их взаимодействии с другими лекарственными средствами. Это помогает правильно подбирать пациенту антиретровирусные препараты с учетом и особенностей течения ВИЧ-инфекции, и сопутствующих заболеваний. Наличие побочных эффектов не должно являться причиной, удерживающей от назначения ВААРТ. Несмотря на то, что, как и любая другая терапия, ВААРТ дает побочные эффекты, она при этом спасает жизнь. В начале лечения необходимо обратить особое внимание на возможность снижения побочных эффектов и поддержания приверженности лечению.

Начиная с 2001 г., уже зарегистрированные и вновь появляющиеся антиретровирусные средства адаптируются к одно-двукратному приему. Создаются комбинированные препараты: в состав одной таблетки входят два и три антиретровирусных средства. Сейчас используются несколько схем, основанных на однократном приеме в сутки комбинации трех препаратов.



**3.
СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕС-
КИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

3. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Заражение ВИЧ в большинстве случаев является следствием так называемого рискованного поведения. Поведение, в свою очередь, зависит от целого ряда социально-психологических факторов. Знакомство с некоторыми социально-психологическими особенностями, которые приносит ВИЧ-инфекция в жизнь заразившегося человека, позволяет лучше оценить ситуацию и найти рациональные подходы к профилактике этого заболевания.

3.1. ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Инфекция ВИЧ относится к длительно текущим заболеваниям. Несомненные успехи высокоактивной антиретровирусной терапии позволяют продлить период активной жизнедеятельности пациентов, снизить риск возникновения таких оппортунистических инфекций, как пневмоцистная пневмония, микобактериальная и цитомегаловирусная (ЦМВ) инфекция, повысить качество их жизни. Однако прогноз заболевания до сих пор остается неблагоприятным, т.к. полностью избавиться организм человека от ВИЧ в настоящее время нельзя.

Социально-психологические последствия ВИЧ инфекции проявляются на 4 уровнях: индивидуальном, семьи, общества, а также людей, занятых предоставлением помощи при этом заболевании.

Социально-психологические последствия ВИЧ-инфекции на индивидуальном уровне проявляются в:

- *Изменении физического состояния заболевшего: ВИЧ инфекция - длительно текущее заболевание с неблагоприятным прогнозом, представляющее прямую угрозу жизни.*
- *Личностных изменениях: человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей, меняется его самоуважение, уверенность в себе, образ себя и отношение к себе.*
- *Изменениях социального положения заболевшего: происходит обесценивание личности, ущемление прав, снижение социального статуса, приклеивание «ярлыка».*

Стигматизация

Стигма применительно к ВИЧ-инфицированным людям означает такое отношение к ним других людей, которое характеризуется восприятием ВИЧ-инфекции у зараженных ею людей как позора, «темного пятна», лежащего на них. Для них. В связи с болезнью им приписываются качества, которые в действительности отсутствуют.

Стигматизация по отношению к ВИЧ-инфицированным людям представляет

собой усвоение населением, медицинскими работниками, работодателями предвзятого негативного к ним отношения. Стигматизация может происходить и на эмоциональном, и на рациональном уровнях.

На эмоциональном уровне стигматизация означает расширение предубеждений о зараженности ВИЧ-инфекцией как о свидетельстве недостойных, неприличных, отвратительных качеств у человека, свидетельстве его развращенности.

На рациональном уровне стигматизация означает расширение представлений о зараженности ВИЧ-инфекцией как о свидетельстве опасности этого человека для здоровья окружающих.

Причиной стигматизации по отношению к ВИЧ - инфицированным людям часто является отсутствие знаний, распространение упрощенных, схематизированных и искаженных представлений о способах заражения человека ВИЧ-инфекцией, путях её передачи.

В обществе распространено представление о ВИЧ/СПИДе как о самопричиненной болезни. Традиционно передача ВИЧ-инфекции связывается с такими видами поведения, как употребление наркотиков, сексуальная распущенность, «извращенность». Не одобряя подобного поведения, общество винит самих заразившихся в том, что с ними произошло. При этом степень вины в заражении ВИЧ-инфекцией различна. «Невиновными» признаются дети, а также взрослые, заразившиеся внутрибольничным путем и от своих половых партнеров. Остальные – «наркоманы, гомосексуалисты и просто сексуально неразборчивые люди» – считаются «виновными» в заражении. В отличие от заболевших другими тяжелыми заболеваниями, например, раком или туберкулезом, люди, живущие с ВИЧ, не встречаются на уровне повседневного общения сочувствия и сострадания со стороны представителей неинфицированного большинства.

ВИЧ-инфекция до сих пор рассматривается обществом как порочащее, неуместное, опасное свойство заразившегося человека, то есть становится его стигмой, позорным клеймом. Люди воспринимают тех, кто заразился ВИЧ, как угрозу своей личной безопасности, относятся к ним враждебно, стремятся защититься от них самыми разными способами вплоть до открытой дискриминации и даже изоляции.

Результаты исследования

Большинство опрошенных медицинских работников, говоря о своих чувствах к инфицированным ВИЧ пациентам, подчеркивали, что относятся к ним «нормально», так же как к остальным пациентам, без каких-либо предубеждений.

Многие участники исследования особо подчеркивали, что их отношение к пациенту не зависит от того, инфицирован он или нет.

В значительной мере такая позиция мотивируется представлениями медицинских работников об их профессиональном долге. На самом деле речь здесь, скорее, идет о характеристике поведения медицинского работника, нежели о его эмоциональном настрое. На уровне эмоций врач (медсестра) может стремиться лишь к тому, чтобы быстрее прекратить общение с ВИЧ-инфицированным пациентом. Однако при этом он выполняет все свои профессиональные обязанности так же, как выполнял бы их в отношении обычных больных.

Многие респонденты говорили о том, что пациенты с ВИЧ вызывают у них жалость. Как уже было сказано выше, инфицированные дети вызывают жалость абсолютно у всех участников исследования, воспринимаются как невинные жертвы.

«К взрослым – скорее негативное отношение. К детям иначе. Дети не виноваты, чего к ним плохо относиться, они такими родились» (хирургическая медсестра).

Что касается взрослых пациентов, то и здесь многие из респондентов говорили о том, что те вызывают у них жалость, сочувствие, независимо от причин заражения.

«Жуткая жалость внутри и обида за то, что так получилось, что девочка не успела еще пожить, а уже сломала себе жизнь» (врач акушер-гинеколог).

И все-таки одной из доминирующих эмоций медицинских работников в отношении носителей ВИЧ является боязнь заражения. Некоторые переживают внутренний конфликт: теоретически они понимают, что для них риск заражения невысок и в то же время испытывают желание перестраховаться.

Страх в сочетании с невозможностью избежать контактов с ВИЧ-инфицированными пациентами приводят к росту раздражения медицинских работников в их адрес и нежеланию с ними работать.

«У врача есть какая-то досада, что этот пациент ходит именно к тебе. Хочется, чтобы это было подальше от тебя» (врач-терапевт).

Эпидемия ВИЧ стала причиной появления в обществе предубеждения по отношению к зараженным людям. Некоторые зарубежные авторы, писавшие о ВИЧ/СПИДе, для обозначения этого явления использовали термин “истерическое отношение”. В 1990 г. в США было опубликовано социологическое исследование, посвященное изучению так называемой “эпидемической психологии”, которая проявляется во время крупных вспышек эпидемий [52]. Автор исследования отмечает, что, подобно войнам и революциям, эпидемии создают атмосферу потери контроля, ввергая общество в “эмоциональный водоворот, который порождает сильные чувства – страх, подозрительность, морализаторство, иррациональность, панику и потребность “немедленно принять решительные меры”. В отношении людей, живущих с ВИЧ, проявления «эпидемической психологии» можно заметить в тенденции изолировать их, ограничить их права на соблю-

дение конфиденциальности, рождение детей. Даже среди медицинских работников отчетливо прослеживается стремление обсуждать вопросы, связанные с ВИЧ инфекцией, как угрозу, а не как проблемы, нуждающиеся в решении.

У пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, отмечается большое количество значимых проблем немедицинского характера. Их трудно привлечь к получению медицинской помощи и трудно удержать в системе диспансерного наблюдения. Такие особенности поведения пациентов, как употребление наркотиков, раскованное сексуальное поведение, нетрадиционные сексуальные предпочтения относятся к социально неодобряемым. Это может приводить к неоднозначному отношению медицинских работников к своим пациентам, расцениванию их как «трудных», беспокойству по поводу собственной безопасности на рабочем месте.

Отношение медицинских работников к пациентам, страдающим ВИЧ-инфекцией отражают результаты социологического исследования среди врачей различных специальностей, которые проходили обучение в Федеральном Центре профилактики и борьбы со СПИДом в течение 2006-2007 гг. Исследование проводилось методом анонимного анкетирования. Из 175 респондентов 71.4% составили женщины, 28.6%-мужчины. Большинство опрошенных – 68%, были в возрасте 25-45 лет. Инфекционисты, психиатры-наркологи, акушеры – гинекологи и психологи составили 61% респондентов. 39% были представлены организаторами здравоохранения, терапевтами, хирургами, фтизиатрами, эпидемиологами, специалистами по социальной работе, врачами-лаборантами, дерматологами, венерологами, медицинскими работниками среднего звена. 83% опрошенных имели опыт работы с ВИЧ-инфицированными пациентами. Полученные результаты показали, что **опрошенные были склонны признать ограничения в положении людей, живущих с ВИЧ, в обществе. Половина респондентов (51%) не разрешили бы своему ребенку ходить в детский сад вместе с ВИЧ-инфицированными детьми, столько же считали, что ВИЧ-инфицированные не могут вступать в брак с не инфицированными ВИЧ, отбывать наказание вместе с другими осужденными. Эти данные также свидетельствуют о желании ограничить действия ВИЧ-инфицированных людей. Более трети опрошенных (27%) не стали бы покупать свежие овощи у продавца магазина, инфицированного ВИЧ.**

Половина опрошенных считают, что ВИЧ – инфицированные женщины не должны иметь детей.

Объяснение полученных результатов недостаточным информированием медицинских работников было бы неполным без учета эмоционального фактора. Самым мощным и стойким страхом, проявившимся практически во всех странах в начале эпидемии ВИЧ-инфекции, был страх бытового – воздушно-капельного или контактно-бытового (через общие вещи, посуду) – заражения ВИЧ. Невозможность такого заражения доказана с полной достоверностью.

Признанный факт

С 1987 г. в СССР, а позднее – в России, регулярно обследовали на ВИЧ всех, кто имел бытовые контакты с заразившимися людьми. Были обследованы десятки тысяч человек, и ни одного случая заражения бытовым путем обнаружено не было.

Тем не менее, подобные опасения до сих пор существуют. Время от времени они подпитываются «сенсационными» публикациями и «разоблачениями».

В средствах массовой информации активно обсуждается и проблема «СПИД–терроризма». Этим термином называют поведение ВИЧ-инфицированных людей, которые «специально заражают окружающих вирусом», чтобы «отомстить» обществу. «СПИД-террористам» приписываются самые антигуманные намерения и поступки.

Как звучит тема «СПИД-терроризма» в СМИ

«...зараженные иглы втыкаются в кнопки лифтов, рассыпаются по пляжам, булавочные уколы можно получить на дискотеках, в общественном транспорте. Больные женщины пачкают ручки дверей менструальной кровью».

«Если они не совершают самоубийство, то превращаются в настороженных, замкнутых людей, с которыми очень трудно общаться не только врачам, заинтересованным в контактах с ними, но и близким родственникам».

Даже среди профессионалов встречаются люди, встревоженные слухами о злобной секте, колющей заражёнными иглами людей на дискотеках, в транспорте и прочих людных местах.

Если рассматривать эти страхи более детально, то выясняется, что ВИЧ крайне неустойчив во внешней среде и живёт только в биологических жидкостях.

Признанный факт

Нередко медицинские работники, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, травмируются различными медицинскими инструментами, в том числе и иглами. Известно около ста таких случаев на территории Российской Федерации. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России зарегистрировано два случая заражения медицинских работников на рабочем месте.

В условиях неприязни со стороны окружающих ВИЧ-инфицированные вынуждены вырабатывать особые жизненные стратегии, которые могут быть названы «управлением стигмой» или «изменением поведения в отношении людей, живущих с ВИЧ».

Зная об этом, медицинский работник сможет легче понять поведение своих па-

циентов и в дальнейшем строить лечебно-профилактическую работу с учетом реальной ситуации.

Социологи различают два типа управления стигмой: реактивные и проактивные. Это деление основано на том, принимают заразившиеся люди существующие стигматизирующие нормы или нет [55].

Реактивные стратегии управления стигмой являются реакцией ВИЧ-инфицированного человека на тяжелую, травмирующую ситуацию, связанную с его болезнью. Они включают в себя защитные попытки избежать воздействия стигмы (или смягчить его), но при этом подразумевают принятие существующих в обществе социальных норм и ценностей, которые и приводят к стигме. Примерами реактивной стратегии являются утаивание ВИЧ-статуса, представление болезни в качестве другой, менее порицаемой (например, рака).

Проактивные стратегии бросают вызов стигме и подразумевают неприятие социальных норм, лежащих в ее основе. Примерами проактивных стратегий являются участие в просветительской работе, цель которой – сформировать в обществе правильные представления о способах передачи ВИЧ-инфекции, и социальный активизм, подрывающий и разрушающий стигму путем формирования в обществе правильного понимания сущности ВИЧ/СПИДа.

Было описано несколько типичных стратегий выживания, выработанных ВИЧ-инфицированными, проживающими в г.Калининграде. По мнению исследователей, эти стратегии не являются раз и навсегда закрепленными. Люди с ВИЧ могут придерживаться нескольких стратегий одновременно или, в определенный период жизни, прибегать к наиболее приемлемой в данной ситуации форме поведения.

Таблица 2 Стратегии управления стигмой при ВИЧ-инфекции

Стратегии ВИЧ-инфицированных пациентов, направленные на преодоление стигмы
Реактивные
<u>1. Стратегия сохранения анонимности и тайны диагноза.</u> Люди, заразившиеся ВИЧ, стремятся защититься от негативно настроенного окружения, скрывая свой ВИЧ-статус. Раскрытие диагноза зачастую ведет к ущемлению их прав и ограничению возможностей. Когда человек, сам проявлявший стигму в отношении людей с ВИЧ, узнает свой диагноз, он понимает, что оказался на «том самом месте», и точно знает, как общество в большинстве своем относится к людям, подобным ему. Так как любому человеку есть что терять, не каждый готов пройти через все несправедливости, добиться своих целей и при этом не потерять, а приобрести.

2. Игнорирование опасности заболевания.

Формируется после достаточно продолжительного времени жизни с ВИЧ. Справившись с первыми переживаниями по поводу диагноза, люди вырабатывают у себя восприятие болезни как неопасной и с точки зрения физического самочувствия, и в контексте социальных последствий. Стратегия может развиваться в двух направлениях: 1) конструирования собственных теорий о характере болезни и способах ее лечения; 2) принятия представления о том, что ВИЧ не страшнее многих других опасных инфекций, которыми может заразиться любой.

3. Стратегия физического и социального саморазрушения.

Характеризуется принятием распространенного представления о неизбежности скорой смерти после заражения ВИЧ. Эта стратегия вынуждает ВИЧ-инфицированных людей выбирать (сохранять) образ жизни, способствующий физическому и социальному саморазрушению. Такая стратегия распространена преимущественно среди тех, кто до заражения ВИЧ был социально неблагополучен.

Проактивные

1. Стратегия социального активизма.

Это особая жизненная стратегия ВИЧ-инфицированных людей, профессионально участвующих в движении по борьбе со СПИДом. Человек, больной ВИЧ-инфекцией, включается в деятельность той или иной СПИД-сервисной организации и воспринимает эту деятельность как свою профессию. ВИЧ-активизм дает ему возможность самореализоваться, позволяет сделать общественную карьеру и сформировать новые практики повседневной жизни. Кроме того, эта стратегия нередко способствует выживанию инфицированного. Активисты получают доступ к дополнительным источникам финансирования, одежды и продуктов питания, к информации по медицинским и правовым аспектам ВИЧ/СПИДа, а также к дорогостоящему противовирусному лечению.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» не только наделяет инфицированного человека определенными правами, но и возлагает на него ответственность, закрепленную законодательно. Статьей 122 Уголовного кодекса Российской Федерации, действующего с 1 января 1997 г., было предусмотрено несение ВИЧ-инфицированным человеком уголовной ответственности за заражение других людей. Это привело к тому, что ВИЧ-инфицированные люди начали утаивать свой статус. Однако 21 ноября 2003 г. Государственная Дума приняла закон о внесении дополнений и изменений в УК, в том числе в статью 122. В соответствии с этими дополнениями и изменениями человек, поставивший партнера в опасность заражения

либо заразивший его ВИЧ-инфекцией, освобождается от уголовной ответственности в случае, “если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у первого этой болезни и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения”. Новая формулировка освободила людей, живущих с ВИЧ, от угрозы наказания, которая ранее довлела даже над супружескими парами, где один из супругов был ВИЧ-положительным, а другой – нет.

Однако существует и другой аспект действия права ВИЧ-инфицированных, который регулирует их отношения с официальными учреждениями (к примеру, оказание медицинской помощи учреждениями здравоохранения). Среди случаев нарушений вертикального действия прав людей, живущих с ВИЧ, чаще всего отмечаются несоблюдение конфиденциальности, дискриминация при предоставлении медицинских услуг, а также несоблюдение действующего законодательства при обследовании на антитела к ВИЧ.

3.2. ВЫВОДЫ

Можно сделать вывод, что **ВИЧ-инфекция, а также стигматизация, ее сопровождающая, влияют практически на все стороны жизни заразившегося человека.** Будучи длительно текущим заболеванием, с неблагоприятным прогнозом, **она представляет собой угрозу для его физического состояния.** Она также влияет на личность больного: снижает его самооценку (инфицированный человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей), самоуважение, уверенность в себе. В конечном итоге она изменяет самосознание человека.

Примеры из практики

Пациентка Ж., ВИЧ-инфицированная, 26 лет. До обнаружения у нее заболевания она думала о себе как о женщине, матери, жене, педагоге. После того как ей сообщили диагноз, она начала воспринимать себя как «ВИЧ-инфицированную», тяготиться невозможностью вернуться к прежним представлениям о себе.

Пациентка Л., ВИЧ-инфицированная, 24 лет. После получения положительного результата теста на антитела к ВИЧ записала в своем дневнике: «Я больше не жена, мать, сестра и дочь. Я теперь пациентка».

При ВИЧ-инфекции меняются взаимоотношения заразившегося человека с окружающими. Диапазон этих изменений достаточно велик.

Примеры из практики

Пациентка И., ВИЧ-инфицированная, 27 лет. Ее отец (профессор медицины) сказал ей “Лучше бы ты умерла”, когда узнал о ее диагнозе. Воспоминания об этих словах не оставляют пациентку спустя годы. Она резко сузила круг общения, о своем состоянии может говорить только с врачами, которые ее наблюдают.

Пациент К., ВИЧ-инфицированный, 20 лет. Друзья и родственники стремились полностью контролировать ситуацию, и он чувствовал себя «пленником ВИЧ-инфекции». «Я хотел, чтобы моя подруга оставалась моей возлюбленной, а она стала моей нянькой. Все, о чем она говорила со мной, было связано с моей болезнью».

ВИЧ-инфекция накладывает существенные ограничения на жизненные перспективы человека, на весь его жизненный сценарий. На практике ему приходится сталкиваться с проблемами выбора или смены профессии, профессионального роста, трудоустройства, с вопросами планирования семьи. Большое значение имеют неизбежно возникающие вопросы о смысле и целесообразности дальнейшей жизни с ВИЧ инфекцией.

Пример из практики

Пациентка К., ВИЧ-инфицированная, 28 лет. Муж и годовалая дочь пациентки также инфицированы ВИЧ. Находится на психотерапевтическом лечении. Основная проблема в начале курса – восприятие своей семьи как «семьи смертников», оценка ситуации как безвыходной, утрата смысла дальнейшей жизни, поиски виновных в том, что, несмотря на соблюдение всех мер профилактики, дочь родилась инфицированной ВИЧ. В процессе лечения К. пришла к осознанию ценности жизни в настоящем, принимаемая противоретровирусная терапия стала для нее способом преодоления беспомощности перед лицом болезни. Общение с дочерью стало приносить чувство радости. Со слов К. ВИЧ инфекция «сделала ее сильнее».

ВИЧ-инфекция может влиять и на социальное положение человека: нередко изменяется его социальный статус, повышается правовая уязвимость.

Практически любое заболевание способно нарушить привычные контакты человека с окружающим его миром, лишить прежних перспектив, ограничить трудовую деятельность или, в ряде случаев, сделать невозможным ее продолжение. Однако в ряду многочисленных человеческих недугов ВИЧ-инфекция занимает особое место. Зарубежные авторы считают эту болезнь не только биологически, но и социально злокачественной.

4. КОНСУЛЬТИ- РОВАНИЕ И ЕГО СООТНОШЕНИЕ С БО- ЛЕЕ ШИРОКИМ ПОНЯТИ- ЕМ КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕ- НИИ

4. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ЕГО СООТНОШЕНИЕ С БОЛЕЕ ШИРОКИМ ПОНЯТИЕМ КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Важным видом межличностной коммуникации является **коммуникация между медицинским работником и ближайшим социальным окружением** (семья, друзья) пациента. Особое внимание в процессе консультирования необходимо уделять тому, как пациент рассматривает роль своей семьи и ближайшего окружения в плане оказания психологической и моральной поддержки.

Семья и ближайшее окружение являются мощным ресурсом в профилактике распространения ВИЧ и формировании приверженности к лечению. Врач играет важнейшую роль в эффективной активации этого ресурса и именно от качества его коммуникации с пациентом и ближайшим окружением, зависит дальнейшая судьба пациента. Например, в ходе исследования потребностей супругов пациентов, проходящих лечение, установлено, что лишь 15% из них ощущали поддержку со стороны медицинских работников. 45% членов семей, принимавших участие в исследовании, отмечали трудности с доступом к информации. Проблемы, с которыми они сталкивались, включали в себя отсутствие конкретных ответов от врача, ограниченную возможность посещения врача, получение информации по телефону, получение ежедневной информации от медицинских работников о развитии болезни у пациента [52].

Независимо от результатов теста, пациент должен оценить свое ближайшее окружение в качестве ресурса поддержки – кто мог бы ее оказать, на кого можно было бы рассчитывать и в какой степени. Необходимо сформировать у пациента четкие представления о том, каковы могут быть первые шаги в отношении ближайшего окружения.

Медицинский работник должен иметь в виду, что пациент проходит определенные стадии в так называемой «карьере болезни», каждая из которых характеризуется определенными ожиданиями и потребностями. Сразу после того, как пациент узнает о своем положительном ВИЧ статусе, семья и ближайшее окружение могут рассматриваться им как люди, от которых необходимо скрывать диагноз, в этом случае врач должен подтвердить ему свое намерение сохранять полную конфиденциальность.


Тем не менее, следует помнить, что пациенту тяжело оставаться «один на

один» со своей проблемой и ему требуется психологическая поддержка. Если семья и близкие на данный период не рассматриваются пациентом в таком качестве, врач должен быть готов предоставить информацию об обществах, объединениях или группах, которые могут оказать поддержку и помочь научиться жить в новых условиях. Для этого врачу следует подготовить и иметь у себя «под рукой» информационный буклет с адресами, телефонами, интернет-ресурсами, краткими характеристиками различных объединений ЛЖВ. В таких сообществах пациент может получить более подробную информацию о том, как и когда информировать ближайшее окружение.

Если пациент хочет раскрыть семье и близкими свой статус в присутствии медицинского работника, следует проявить понимание и деликатность в информировании третьи лиц. Информация о заболевании, необходимости лечения, путях передачи и предохранения, исходящая от медицинского работника может сыграть решающую роль в формировании поддерживающего климата в семье ЛЖВ. Непредвзятое отношение медицинского работника способно значительно снизить стресс, помочь изменить образ жизни, мобилизовать семейную поддержку в формировании устойчивой приверженности к лечению.

Помимо консультирования или межличностной коммуникации с пациентами и членами их семей, существуют другие возможные пути достижения изменения поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Это информационные кампании на радио и телевидении, семинары, тренинги, обучение по принципу «равный – равному» и школьные образовательные программы, мобилизация общественности и коммуникация в рамках лечебного учреждения. Все это – формы коммуникации для изменения поведения. В широком аспекте коммуникация для изменения поведения – основанный на исследованиях консультативный процесс включающий повышение знаний, формирование установок и поведения путем выявления, анализа и сегментирования аудиторий и участников программ, а также предоставления им адекватной информации и мотивирования их с помощью хорошо аргументированных стратегий, использование соответствующего сочетания межличностных, групповых и медийных каналов» [49].

В настоящее время коммуникация определяется как «процесс взаимодействия участников посредством создания и обмена информацией с целью достижения обоюдного понимания». Соответственно, обоюдное, вза-



имное понимание организует обоюдное согласие, которое в свою очередь создает предпосылки для коллективного действия.

Реальное поведение человека далеко не всегда вписывается в представления «разумного», «рационального». Не только научные факты и достижения игнорируются или остаются невостребованными, но даже очевидный жизненный опыт может не влиять на мотивацию или выбор человека. Примером такого «слепого» игнорирования может быть курение, о вреде и последствиях которого известно даже ребенку, но которое все еще повсеместно распространено в нашей стране. Аналогичная ситуация наблюдается с потреблением алкоголя. Попытки государства бороться с помощью запретов, ограничения места и времени продажи и употребления, повышения цен, устранения рекламы практически безуспешны. Очевидно, что поведение в отношении собственного здоровья лежит в области установок на самых глубинных уровнях человеческой психики.

В отличие от предвыборной, PR или маркетинговой кампании, кампания в области общественного здоровья направлена на изменение уже сложившихся, давних, устойчивых и, зачастую, неосознаваемых установок населения. Самым сложным является то, что кампании направлены на те установки, вредоносность и деструктивность которых очевидна и самому человеку, но, тем не менее, эти установки продолжают мотивировать и определять его поведение. Коммуникативные кампании направлены на то, чтобы заставить человека сделать выбор, который он должен был сделать сам, исходя из рациональных соображений того, что ему полезно, но по каким-то причинам, не сделал, выбрав для себя рискованное или просто саморазрушительное поведение. Нилл Макки, региональный директор департамента Центра коммуникативных программ Университета им. Джонса Хопкинса

Как правило, осознавая опасность и пагубность последствий своего поведения, человек не меняет его, продолжая идти на риски и укореняясь в своем выборе. Для изменения поведения необходимо разрушить целую систему мировоззрения, блокирующую выбор в пользу здорового поведения и подкрепляющую мотивацию к риску. Очевидно, разрушить такую систему мировоззрения запретами, просто информированием или любыми другими разрозненными мерами невозможно и требуется системное, последовательное, многоуровневое воздействие, направленное не только на изменение поведения на более выгодное самому человеку, но и вовлечение одного че-

ловека в аналогичное изменение поведения окружающих.

Объект воздействия является одновременно и субъектом воздействия. Без этого условия «трансляции» не возможно достичь масштабных, значимых результатов коммуникативной кампании в области здравоохранения (продвижении здоровья).

В последние десятилетия сложились основные принципы и ключевые элементы коммуникативных кампаний:

- *вовлеченность аудитории;*
- *изменение поведения одновременно в двух сферах – индивидуальной и социальной;*
- *использование средств масс-медиа;*
- *развитие развлекательного компонента в обучении.*

Можно выделить следующие виды кампаний по целям и задачам, на решение которых они направлены:

Информационные кампании (или масс-медийные кампании) – это наиболее низкий уровень коммуникативных кампаний. Программы, направленные на информирование аудитории, обычно стремятся к повышению уровня знаний у индивидуума, осознанию возможных последствий того или иного поведения, пониманию альтернатив, информированности о доступной помощи, а также к признанию важности продвигаемой в кампании идеи.

Кампании убеждения могут иметь точно такие же задачи, но при этом они стремятся создать новые стереотипы отношений и поведения или же изменить уже сложившиеся. Задачам более высокого уровня обычно предшествует введение в действие задач более низкого уровня.

Мобилизационные кампании, стоящие на более высоком уровне задач, опираются на нижние уровни коммуникативного воздействия с целью способствовать или препятствовать изменению поведенческого стереотипа. Конкретные результаты могут включать проявление нового поведения, участие в деятельности какой-либо общественной группы или введение в действие межличностных каналов общения. Во всех этих случаях происходит явное изменение поведения.

Коммуникативные кампании осуществляются на различных уровнях и обязательно предполагают межличностное взаимодействие, чего не предполагает масс-медийная или информационная кампания. Значимый эффект воздействия на поведение населения может сформироваться только в условиях взаимодействия масс-медийной кампании и мероприятий на межличностном уровне, «лицом к лицу», «равный-равному», «профессионал – клиенту» и т.п., осуществляющееся на уровне малых групп, сообществ, объединений.

Таким образом, масс-медийная кампания заключается скорее в обезличенном информировании или призыве, в то время, как коммуникативные кампании разворачиваются на всех уровнях межличностного и межгруппового взаимодействия. Масс-медийная кампания может рассматриваться как необходимый фон, коммуникативной кампании, без которого последняя теряет основной ресурс воздействия.

Социальная реклама – понятие, которое можно определить как вид коммуникации, ориентированные на привлечение внимания к самым актуальным проблемам общества и его нравственным ценностям. Соотношение понятия «социальная реклама» и коммуникативных кампаний заключается в том, что социальная реклама является одним из средств и инструментов последних, это один из путей создания, распространения и передачи важных сообщений, в данном случае, в отношении вопросов здоровья, и информирования по различным аспектам рискованного поведения.

Понятие **пропаганды здорового образа жизни** также относится к односторонним, «монологическим» каналам воздействия. Целью пропаганды не является осмысленное и личностно принятое решение. Пропаганда – это деятельность, устно или с помощью средств массовой информации осуществляющая популяризацию и распространение идей в общественном сознании.

Пропаганда здорового образа жизни, как и любая пропаганда в общем значении этого понятия, устанавливает категоричные рамки формата выбора человека и принятия им решения: «делай так – не делай так», «выбирай – не выбирай», «живи так – живи не так» и т.п. Таким образом, пропаганда не подразумевает наличия условия обязательной осмысленности в выборе человека и его заинтересованности в принятии на себя ответственности за свой выбор.

Пропаганда здорового образа жизни – это упрощенная система мероприя-

тий по сравнению с коммуникативной кампанией. Коммуникативные кампании требуют от представителей целевой аудитории осмысленного, рационального и ответственного принятия решения относительно собственного выбора в условиях альтернатив различного риска. Во взаимоотношении этих понятий можно видеть, что одной из задач, решаемых коммуникативными кампаниями, является пропаганда здорового образа жизни, но кампания не сводится только к этому и не ограничивается пропагандой.


Современные специалисты в области продвижения здоровья все чаще отказываются от понятия «пропаганда». Многие зарубежные специалисты, по сути дела, открыто признают, что пропаганда является средством обмана, информационно-психологического насилия над личностью и контроля ее поведения. Слово «пропаганда» с тех пор стало означать массовое «внушение» или влияние посредством манипуляции символами и психологией индивидуума. Иногда пропаганда определяется, как «искусство принуждения людей делать то, чего бы они не делали, если бы располагали всеми относящимися к ситуации данными».

Особенности отношения к информации о здоровье.

В области продвижения здоровья можно выделить несколько важных особенностей, демонстрирующих, что:

- люди желают знать больше о своем здоровье,
- склонны обсуждать проблемы здоровья с друзьями, родственниками и семьей,
- слышать о вопросах здоровья в СМИ, обсуждать с компетентными медицинскими сотрудниками,
- люди в целом имеют намерение изменять свое поведение в области здоровья,
- коммуникативные программы в области общественного здоровья демонстрируют эффективную способность помочь реализовать эти изменения.

Таким образом, в основе современной парадигмы коммуникации в области общественного здоровья вопрос: «может ли коммуникация в области общественного здоровья влиять на поведение», меняется на вопрос «как и за счет



чего разрабатывать коммуникативный инструментарий для более эффективного решения поставленных задач в области общественного здоровья».

Понятие «продвижение здоровья» подразумевает выведение мероприятий по охране здоровья из границ медицинского учреждения в повседневную жизнь общества и передача всей возможной доли ответственности за свое здоровье на его носителя.

В современной российской научной литературе это понятие еще не получило окончательного определения и не является широко распространенным. Между тем, в западной социологии здоровья и смежных дисциплинах, понятие продвижение здоровья (health promotion) является устоявшимся термином, применяемым к описанию конкретной системы мероприятий по изменению текущей ситуации в области общественного здоровья. Продвижение здоровья – процесс, побуждающий людей к повышению собственного контроля над факторами, влияющими на здоровье, и, посредством этого, улучшению собственного здоровья. Для достижения состояния полного физического, психического и социального здоровья, группа людей или индивид, должны уметь распознавать и осознавать устремления, удовлетворяющие их потребностям, а также помогающие налаживать более продуктивные отношения с окружающей средой.

Продвижение здоровья – это наука и искусство оказания помощи людям в изменении их жизненных стилей для достижения оптимального состояния здоровья. Оптимальным здоровьем считается баланс физического, эмоционального, социального, духовного и интеллектуального здоровья. Жизненный стиль может быть изменен к лучшему путем сочетания повышения осознанности, изменения поведения и создания окружения, способствующего принятию более здоровых жизненных моделей. Только все три составляющие могут обеспечить максимальный эффект и сформировать устойчивые изменения в выборе жизненных стилей».

В первую очередь, продвижение здоровья связано с технологиями информирования населения о тех заболеваниях, временные, финансовые и моральные затраты на лечение которых многократно превосходят затраты на профилактику.

Еще большее значение, чем информирование, в области продвижения здо-

ровья имеет вопрос формирования личной внутренней мотивации человека к изменению поведения и перехода к более здоровым моделям поведения. Основная цель коммуникативной кампании в области здравоохранения заключается в создании устойчивых и осознанных поведенческих моделей, снижающих риски распространения социально значимых заболеваний.

Ключевыми понятиями для эффективного продвижения здоровья являются понятия «отношение к здоровью» и «самооценка здоровья» человеком. Под отношением к здоровью понимается «система индивидуальных, избирательных взаимосвязей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или наоборот, угрожающими ее здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния».

Без ясного понимания особенностей восприятия того, что представляет собой здоровье и как его следует оценивать, невозможно разрабатывать сколько бы то ни было эффективную коммуникативную стратегию. Необходимо учитывать, что при всей своей кажущейся ценности, здоровье воспринимается как нечто неотъемлемое и неиссякаемое, и далеко не всегда входит в круг разумной обеспокоенности человека. Зачастую, лишь болезнь или травма способны обратить внимание человека на свой образ жизни и принудить к изменению поведения.

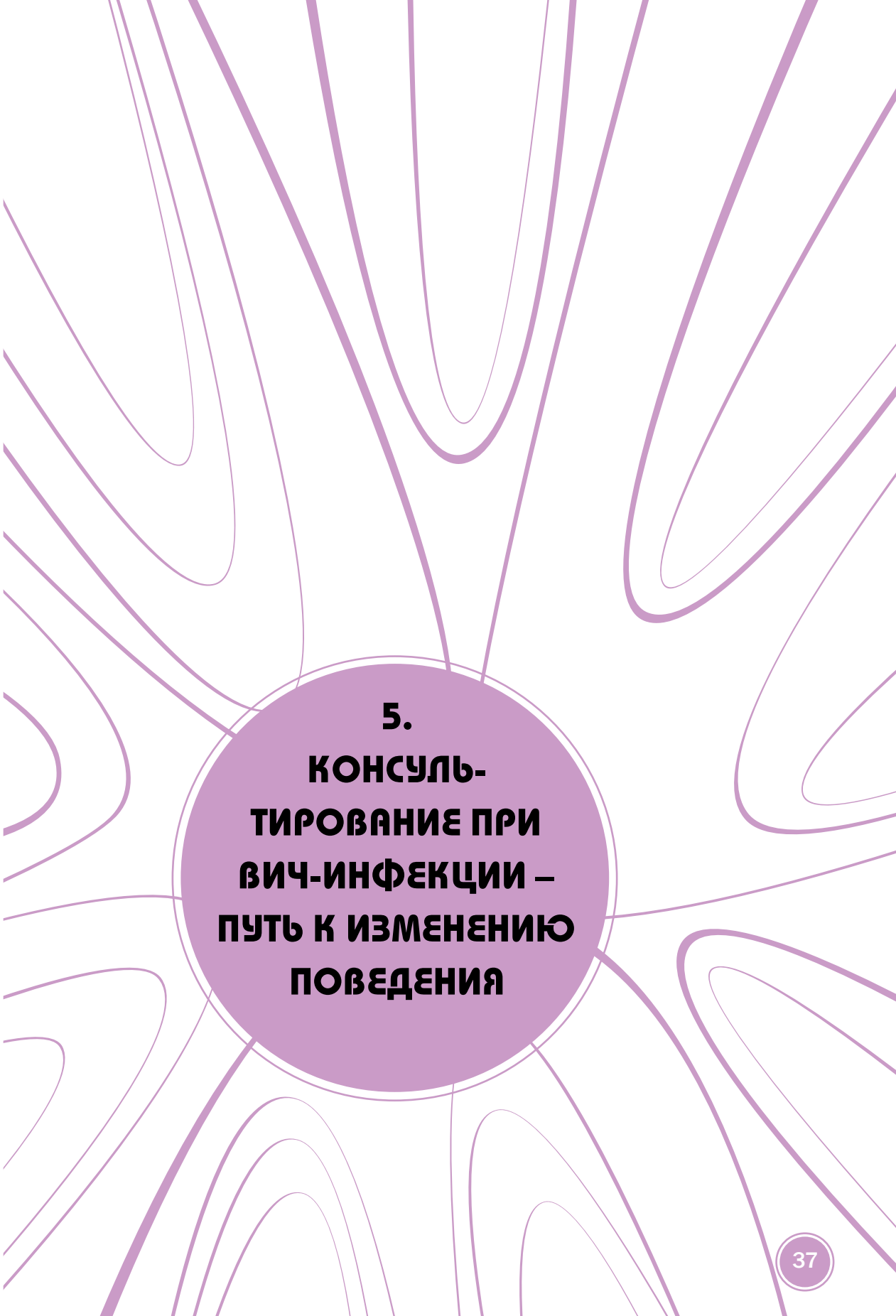
Уровни коммуникации

Традиционно выделяют несколько уровней коммуникации:

- *массовая – процесс распространения информации (знаний, духовных ценностей, моральных и правовых норм и т.п.) с помощью технических средств (через прессу, радио, телевидение и др.) для больших, массовых аудиторий.*
- *групповая – коммуникация в малых группах, организациях, коллективах и т.п.*
- *межличностная – обмен сообщениями и их интерпретациями двумя или несколькими индивидами, вступившими в контакт друг с другом, в данном случае, это медицинский работник и пациент, а также его семья и ближайшее окружение.*

Для реализации успешной коммуникативной кампании необходимо инициировать мероприятия и задействовать информационные каналы на все указанных уровнях. Для эффективной профилактики ВИЧ-инфекции и формирования приверженности к лечению также необходимо разрабатывать мероприятия и определять основные действующие силы на этих уровнях. Однако, как уже было показано, ключевым компонентом в изменении поведения является межличностная коммуникация: «равный-равному», врач-пациент, врач - члены семьи пациента и т.п.

Таким образом, для эффективной реализации программ по профилактике и продвижению здоровья навыки взаимодействия медицинского работника на межличностном уровне составляют ключевой элемент для всей программы. К сожалению, как показывают исследования профессионального общения медицинских работников с пациентами, обычных навыков недостаточно, а образование в медицинских ВУЗах не обеспечивает необходимого уровня коммуникативной компетентности. Необходимо разрабатывать дополнительные специализированные программы по развитию и отработке навыков межличностного общения с пациентом и его ближайшим окружением.



5. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – ПУТЬ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ

5. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – ПУТЬ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ

С учетом богатого опыта стран, столкнувшихся с проблемой ВИЧ/СПИДа раньше России, а также на основе проведенных наблюдений были разработаны подходы к консультированию при обследовании на антитела к ВИЧ и по мере прогрессирования заболевания.

Консультирование тесно связано с особенностями эпидемической ситуации. Это живая развивающаяся система, чутко реагирующая как на повседневные проблемы медицинской практики, так и на изменения ситуации во всем мире. К примеру, вовлечение в эпидемический процесс ПИН привело к разработке специальных стратегий консультирования. Появление специфической терапии ВИЧ-инфекции потребовало создания и внедрения новых подходов, направленных на повышение приверженности пациентов лечению. Рост среди людей, живущих с ВИЧ, доли женщин диктует необходимость дальнейшего развития консультирования с учетом интересов этой группы населения.

5.1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ» И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу право принимать решения. Врач же «исключительно в интересах больного» поступал так, как считал нужным. Раньше думали, что держать больного в неведении «гуманнее», чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовавшему мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Больной доверял врачу - врач брал на себя заботу о нем. Традиционно взаимоотношения врача и больного основывались на слепой вере; врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду. И поныне взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи, однако строятся они должны на иной основе: *в современной медицине врач и больной сотрудничают, делятся сомнениями и сообщают друг другу полную правду.*

Принципиально важным является создание психологически благоприятной среды, содействующей привлечению и удержанию пациентов в рамках программ оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ инфек-

ции. Доверительная атмосфера создает более искренние и устойчивые отношения пациента с врачом, пациент будет расположен к более откровенному обсуждению особенностей своего поведения в связи с ВИЧ инфекцией. Особенно важным является обеспечения доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом в системе исполнения наказаний. Это позволяет избежать восприятия медицинских работников лишь в качестве части тюремной администрации и расширяет их профессиональные возможности.

Основой создания атмосферы взаимной заинтересованности, доверия и понимания является *консультирование*, которое позволяет осуществлять поддержку пациентов и их близких.

Согласно определению, данному в глобальной программе ВОЗ по борьбе со СПИДом, «консультирование по вопросам ВИЧ/СПИДа – это конфиденциальный диалог между обратившимся лицом и консультантом, дающий обратившемуся возможность преодолеть стресс, а также принять решение относительно ВИЧ-инфекции». Из определения следует вывод, что консультирование является методом не только профилактики ВИЧ-инфекции, но и оказания эмоциональной, психологической поддержки всем, кого затронула эта проблема.

Важно, что в данном определении приоритеты расставлены следующим образом: сначала преодоление стресса, а затем принятие решения относительно ВИЧ-инфекции, т.е. непосредственная профилактика заболевания.

Если профилактическая составляющая консультативного процесса является для медицинских работников привычной и не вызывает возражений, то при упоминании психологической поддержки возникает по меньшей мере целый ряд уместных вопросов.

Вопрос первый: «**Что такое психологическая поддержка?**»

Поддержать психологически (эмоционально) означает:

- проявить уважение к обратившемуся за помощью человеку независимо от его личных качеств, а также от того, болен он или здоров;
- создать во время беседы атмосферу взаимной заинтересованности, доверия и понимания.

Вопрос второй: «**Зачем нужно оказывать психологическую поддержку?**»

Таблица 3 Основные характеристики психологической поддержки

<p>Она дает возможность обратившемуся человеку преодолеть тревогу и страх.</p>	<p>Люди, охваченные этими чувствами, не способны ни воспринимать информацию, ни принимать решения, ни рационально действовать. Поэтому если медицинский работник хочет быть услышанным, понятым и заинтересован в результатах своего труда, ему важно осознать необходимость оказания пациенту эмоциональной поддержки.</p>
<p>Она повышает степень самоуважения человека.</p>	<p>Если ВИЧ-инфицированный человек не уважает себя и не ценит собственную жизнь, трудно научить его уважать окружающих и оберегать их от заражения.</p> <p>Это та редкая форма коррекции, которая без помощи лекарств позволяет влиять на самооценку людей, их представление о самих себе. Следовательно, в процессе консультирования можно изменять и поведение, в том числе в отношении ВИЧ-инфекции, то есть непосредственно заниматься профилактикой заболевания.</p>
<p>Поддержка выгодна как пациенту, так и медицинскому работнику.</p>	<p>В конечном итоге повышается качество жизни обоих участников процесса консультирования. Пациент чувствует защищенность, обретает психологическую устойчивость. Врач работает эффективно, получая от своей работы удовлетворение.</p>

Вопрос третий: «Кто может оказывать психологическую поддержку и вообще заниматься консультированием?».

Широко распространено мнение, что консультирование – удел психологов и психотерапевтов.

Установленный факт

Медицинские работники любой специальности, ежедневно работая с пациентами, волей-неволей, осознанно или нет, общаются с ними, что создает предпосылки для консультирования. Даже если врач не считает себя консультантом, но по долгу службы рекомендует пациенту сдать кровь на ВИЧ, он должен обладать навыками консультирования.

Важно понять, какие барьеры мешают принятию идеи о том, что снятие стресса – необходимая часть врачебной работы. Самый главный барьер – нежелание выйти за пределы профессионального стереотипа. Однако в практике любого медицинского специалиста могут возникнуть проблемы, связанные с ВИЧ-инфекцией, и он должен уметь сориентироваться в подобной ситуации.

В основе эффективного консультирования лежат несколько принципов:

- *каждый человек важен, ценен как таковой и заслуживает уважения;*
- *каждый человек в состоянии отвечать за свои поступки;*
- *каждый человек имеет право принимать самостоятельные решения;*
- *каждый человек имеет право выбирать ценности и цели.*

На первый взгляд, перечисленные утверждения носят общий гуманистический характер и не имеют прямого отношения к повседневной врачебной работе. На самом же деле, когда встает вопрос о том, почему один врач в своей деятельности успешен, а другой нет, значение этих, казалось бы, абстрактных принципов становится очевидным.

Установленный факт

Медицинский работник, личные установки которого вступают в противоречие с идеологией консультирования, не может быть достаточно эффективным в своей деятельности, так как испытывает затруднения и психологический дискомфорт при установлении контактов с пациентами, может формально отнестись к своей работе. В конечном итоге профессиональная деятельность такого врача оказывается недостаточно успешной, так как его представления о лечебно-диагностической ситуации не всегда совпадают с реальностью.

У врача любой специальности, в силу специфики его профессии, постепенно формируется представление, что именно он должен принимать решение о

том, что нужно пациенту. Несомненно, в ряде случаев, особенно при оказании неотложной медицинской помощи, так и происходит. Однако опыт работы с людьми, так или иначе затронутыми проблемой ВИЧ/СПИДа, показывает, что стереотипы врачебного мышления, в соответствии с которыми обратившемуся за помощью человеку отводится традиционно пассивная роль, нуждаются в пересмотре. В некоторых случаях желание принять на себя всю полноту ответственности за пациента, решить проблему за него, недостаточный учет его мнения и выбора могут привести к ситуации, которая покажется врачу безвыходной.

Пример из практики

Специалистам одного из региональных Центров профилактики и борьбы со СПИДом было поручено написать подробную информационную листовку о том, что нужно предпринимать потерпевшему в случае изнасилования. При работе над материалом врачи столкнулись с затруднениями. В частности, для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией нужно было рекомендовать потерпевшему удалить следы насилия, провести санитарную обработку, обратиться в Центр профилактики и борьбы со СПИДом. В то же самое время для медицинского освидетельствования нужно оставлять все как есть.

Реальный выход был найден в рамках консультирования. Право выбора остается за потерпевшим: только он может решить, что для него важнее – заниматься профилактикой ВИЧ или отстаивать свои законные интересы в судебном порядке. Обязанность составителей листовки в данной ситуации заключается в предоставлении всей необходимой информации.

5.2. УСЛОВИЯ УСПЕШНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ РАБОТЫ

Консультирование – это двустороннее общение, в процессе которого медицинский работник помогает пациенту принять информированное решение. Обучение консультированию должно стать неотъемлемой частью специальной подготовки медицинских специалистов.

Конфиденциальность – основа консультирования

Консультирование невозможно, если пациент не доверяет медицинскому работнику. С пациентом нужно обязательно обсудить вопрос конфиденциальности. **Врач вправе использовать информацию о пациенте только в профессиональных целях.** Врач не вправе распространять сведения о пациенте с

другими намерениями. Вся медицинская документация должна храниться в недоступных для посторонних местах. Результаты медицинских исследований по телефону сообщаться не должны. **Пациенты вправе знать, кому и в каком виде конфиденциальная информация будет передана.**

Когда возникает необходимость поделиться полученными от пациента сведениями с его родителями, учителями, супругой/супругом, врач обязан поставить пациента в известность об этом. Если тот не возражает, то вопрос конфиденциальности из этического превращается в сугубо профессиональный. В противном случае информация не может быть разглашена, какими бы мотивами ни руководствовались медицинские работники. Согласно статье 31 Основ законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г.) при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на сохранение в тайне информации:

о факте обращения за медицинской помощью,

о состоянии здоровья,

о диагнозе;

об иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

Результаты исследования

На практике медицинские работники, не являющиеся сотрудниками специализированных учреждений по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным, обсуждают друг с другом пациентов, живущих с ВИЧ. Эти случаи не рассматриваются ими как разглашение информации.

Основной целью таких обсуждений является предупреждение коллег о возможности заражения.

Иногда обсуждение ВИЧ-инфицированных пациентов, в том числе и с коллегами, имеет своей целью эмоциональную разрядку («выпускание пара»), например, в случае, когда пациент сообщает о своем диагнозе уже после того, как врач его осмотрел.

Совет

В самом начале консультирования важно обсудить условие конфиденциальности: «Все, о чем мы с вами будем говорить, останется между нами, если вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-либо еще».

С одной стороны, это способствует уменьшению тревоги у консультируемого, а с другой – установлению контакта, необходимого для успешной беседы.

Достаточное время

Медицинскому работнику необходимо достаточно времени для того, чтобы установить с пациентом контакт и взаимопонимание. Они важны как для собственно консультирования, так и для того, чтобы обратившийся человек осознал необходимость изменения своего образа жизни в отношении ВИЧ-инфекции.

Зачастую медицинские работники сомневаются в том, что при нехватке времени, которую они испытывают, им удастся должным образом консультировать пациентов. Эти сомнения могут быть связаны и с недостатком практических навыков, и с психологической защитой врачей и медсестер от попыток изменить их профессиональные стереотипы и расширить навыки. С опытом, как правило, приходит осознание выгоды от применения консультирования в повседневной практике и умение структурировать беседу, распределяя время таким образом, чтобы его хватило и на работу с первично обратившимся пациентом, и на повторные консультации.

Совет

В некоторых случаях полезно заранее обговорить время, которым консультант располагает для беседы. «У нас сегодня есть 10 минут. Какие вопросы вы считаете наиболее важными?»

Доброжелательное и благосклонное отношение

Важно дать понять обратившемуся за консультацией человеку, что, независимо от его образа жизни, сексуальных предпочтений, этнических и религиозных особенностей, консультант настроен по отношению к нему доброжелательно и благосклонно.

Вполне естественно, что медицинский работник может отрицательно относиться

к некоторым формам поведения, например, к употреблению наркотиков. Однако привнесение личных мотивов в консультирование, как, впрочем, и в любую другую профессиональную деятельность, не позволяет осуществлять ее на должном уровне.

Доступность изложения информации

Любая информация, которую сообщает консультант, должна быть последовательна и изложена простым, понятным языком.

Совет

Опытные консультанты просят своих пациентов коротко повторить основные положения беседы. Это придает им уверенности в том, что их информация была правильно понята.

Доступность консультации

Консультация должна быть доступной. Люди, нуждающиеся в консультации, должны знать, что они всегда могут попросить о встрече или связаться с врачом.

Владение навыками установления контакта

Одним из важных условий успешного консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции является владение навыками установления и поддержания контакта, в основе которого лежит умение слушать, достаточными навыками которого обладают немногие. Прослушав десятиминутное устное сообщение, человек понимает и запоминает из сказанного всего лишь половину. Через два дня он забывает из того, что запомнил, еще половину. Другими словами, следует иметь в виду, что память может удержать всего лишь четвертую часть того, что было сказано всего несколько дней назад.

Неумение слушать является основной причиной неэффективного общения, поскольку именно оно приводит к недоразумениям, ошибкам и проблемам.

Часто мы не слушаем по довольно простым причинам: когда чем-либо расстроены или когда то, что нам говорят, не представляет для нас интереса. Иногда мы просто ленимся или устали, ведь слушать – трудное занятие. Это активный процесс, требующий внимания к тому, о чем идет речь. Поэтому оно требует постоянных усилий и сосредоточенности на предмете беседы. Мы не слушаем потому, что чрезмерно заняты собственной речью. Мы не слушаем потому, что ошибочно думаем, что слушать – значит просто не говорить. Это

далеко не так. От высказываний воздерживаются по многим причинам. Собеседник, возможно, вежливо ждет своей очереди или обдумывает предстоящее высказывание. Мы не слушаем потому, что поглощены сами собой, своими переживаниями, заботами или проблемами.

Мы не слушаем еще и потому, что судим. В результате многолетней клинической практики психологи пришли к такому выводу: одной из главных причин неэффективного слушания является наша склонность к суждениям, оценкам, одобрению и неодобрению заявлений других. Мы склонны судить все и вся, что видим или слышим, в основном потому, что это касается нас лично. Другими словами, наша первая реакция – это суждение о явлениях со своих личных позиций. Очень часто, однако, реакция, основанная на личных убеждениях, является серьезной помехой эффективного слушания.

Таблица 4 Правила продуктивного слушания

Старайтесь не прерывать собеседника	Прежде чем ответить, дайте собеседнику возможность высказаться. Своим поведением подчеркните, что вам интересно его слушать. Если вам недостаточно полученной информации, попросите повторить или пояснить то, что не совсем понятно.
Предоставьте собеседнику время	Чтобы человек выразил свою мысль до конца, предоставьте ему время и возможность высказаться.
Не давайте собеседнику понять, что его трудно слушать	Напротив, проявите по отношению к нему полное внимание и расположение. Случайного кивка, восклицания или замечания будет достаточно, чтобы подчеркнуть вашу заинтересованность.

Избегайте поспешных выводов	Это один из главных барьеров для эффективного общения. Воздержитесь от скороспелых оценок и постарайтесь до конца понять точку зрения собеседника или ход его мыслей.
Не заостряйте внимание на речевых особенностях собеседника	Иногда собеседник может казаться вам слишком медлительным, монотонным, надоедливым. Однако это не повод для того, чтобы проявлять нетерпение в общении с ним. Вас не должны отвлекать манеры и особенности речи пациента.
Спокойнее реагируйте на высказывания собеседника	Если один из собеседников чрезмерно возбуждён, это влияет на восприятие другого. В таком случае срабатывают эмоциональные барьеры. Врач может найти себе моральную поддержку в полном отрицании того, о чем говорит пациент. Хороший слушатель сдерживает волнение, не отвлекается на мелочи, а извлекает суть из высказываний собеседника.
Не отвлекайтесь	Плохого слушателя всё отвлекает: звуки с улицы, телефонные звонки, хождение людей мимо открытой двери. Хороший слушатель либо сядет так, чтобы не отвлекаться, либо сконцентрирует своё внимание только на словах собеседника.

Деятельность медицинского работника неизбежно связана с общением. Для достижения успеха в профессии важно осознавать необходимость владения навыками эффективного ведения беседы с пациентами.

Установленный факт

Пациенты безошибочно чувствуют внутренний настрой врача, его к ним отношение. Нет и не может быть такой техники, которая заменила бы искреннее внимание к человеку.

Таблица 5 Личные качества, способствующие успешному консультированию

Гибкость	Умение реагировать на потребности пациента.
Интерес к человеку	Открытость в отношениях с людьми.
Внимательность	Умение понимать чувства других людей и демонстрировать им это.
Толерантность	Способность воспринимать разнообразие во мнениях, понимать, что человек имеет право думать иначе.
Коммуникабельность	Склонность и умение свободно высказывать свое мнение при обсуждении, не давя при этом на окружающих и аргументируя свою мысль.
Доброжелательность	Спокойное восприятие возможных ошибок собеседника в оценке фактов, в логике рассуждений. Желание и умение побуждать пациентов пояснять и уточнять свои мысли.
Позитивность	Положительное отношение, непредубежденное восприятие мнений и взглядов других людей.
Энтузиазм	Неравнодушие к процессу консультирования, умение получать удовлетворение от этой работы.

5.3. ВЫВОДЫ

ВИЧ-инфекция – болезнь, связанная с поведением человека. Чтобы изменить эпидемическую ситуацию, необходимо изменить на менее рискованное поведение людей в отношении этой болезни.

В первую очередь изменить поведение могут и, по-видимому, должны медицинские работники. Для успешной профилактики ВИЧ/СПИДа необходимо преодолеть барьер молчания и включить в свою повседневную работу консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Очень важно собственное отношение медицинского работника к проблеме ВИЧ-инфекции.

Установленный факт

Медицинский работник, который уверен в том, что ВИЧ-инфекция приводит к быстрой и мучительной смерти, испытывает перед этим заболеванием страх и может внушить его своему собеседнику. Это отрицательно повлияет не только на результат беседы, но и на эмоциональное состояние пациента.

Результаты исследования

Большая часть участников исследования имела опыт консультирования пациентов по вопросам ВИЧ/СПИДа. Врачи, не специализирующиеся на вопросах ВИЧ/СПИДа, обсуждали их со своими пациентами в основном эпизодически. Сами врачи, как правило, не придают консультативной деятельности особо высокого значения: они не относят ее к своим основным профессиональным обязанностям и не чувствуют со стороны пациентов выраженного запроса на получение информации о ВИЧ/СПИДе.

Выводы, которые можно сделать, очевидны: каждый медицинский работник должен, в первую очередь, изменить собственное поведение, осознать важность проблемы ВИЧ/СПИДа, повысить осведомленность о ней и о консультировании, принять решение об использовании консультирования в работе.

По мнению медицинских работников, обсуждение пациентом вопросов ВИЧ/СПИДа с врачом не является проявлением отвлеченного любопытства. В подавляющем большинстве случаев пациенты обращаются с этими вопросами к врачу либо будучи напуганными возможностью заразиться, либо опасаясь, что заражение уже произошло.

Среди медицинских работников довольно широко распространена точка зрения, что вопросы пациента о ВИЧ/СПИДе, скорее всего, свидетельствуют о том, что человек практикует поведение высокого риска. Эта точка зрения основывается на личном опыте врачей (по их словам, вопросы о ВИЧ/СПИДе действительно чаще всего задают люди, практикующие рискованное поведение).

По отношению к пациентам, интересующимся проблемами ВИЧ/СПИДа, медицинских работников можно разделить на две группы. Представители первой группы воспринимают такие вопросы как проявление здоровой любознательности, заботы человека о себе. Однако гораздо более многочисленна вторая группа, представители которой начинают настороженно относиться к пациенту, подозревая, что он может быть инфицирован.

По-видимому, для успеха профилактической работы врачу любой специальности важно осознать целесообразность обсуждения с пациентами вопросов, связанных с ВИЧ-инфекцией. Тем более что консультирование в нашей стране закреплено законодательно. В Федеральном законе “О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)”, который был принят Государственной Думой 30 марта 1995г., оговорено, что тестирование на наличие в крови антител к ВИЧ должно сопровождаться консультированием. То есть любой врач, назначивший своему пациенту анализ крови на антитела к ВИЧ, по закону должен провести консультирование.



6. КОНСУЛЬТИРОВА- НИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВА- НИИ НА ВИЧ

6. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ВИЧ

6.1. ПОРЯДОК ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральным законом РФ № 38-ФЗ от 30.03.95 г. «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» определяется, что любой гражданин РФ может обследоваться на предмет наличия у него антител к ВИЧ:

- добровольно (п. 3 ст. 7);
- бесплатно в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения (п. 7 ст. 7);
- анонимно по желанию (п. 2 ст. 8);
- с предварительным и последующим консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции (п. 6 ст. 7).

При желании лицо, прошедшее медицинское освидетельствование, имеет право пройти повторное медицинское освидетельствование в любом учреждении здравоохранения по своему выбору независимо от срока, прошедшего с момента предыдущего освидетельствования (ст. 12).

Медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет может проводиться по просьбе или с согласия родителей (законных представителей) (п. 5 ст. 7).

Есть категории лиц, которые должны проходить обязательное медицинское освидетельствование для выявления у них ВИЧ-инфекции (см. Приложение 1). Граждане, отказавшиеся от обязательного медицинского освидетельствования, или в случае выявления у них ВИЧ-инфекции не могут быть донорами крови, биологических жидкостей, органов и тканей, а иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, подлежат депортации из России.

В настоящее время многие министерства и ведомства по собственной инициативе расширяют круг лиц, подлежащих обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию, что является прямым нарушением положений Федерального закона.

Таблица 6 Что дает тестирование на ВИЧ

Пациенту, прошедшему тестирование на ВИЧ	<p>При положительном результате:</p> <ul style="list-style-type: none">• Доступ к необходимому медицинскому уходу – определение стадии ВИЧ-инфекции, назначение антиретровирусной терапии, профилактика оппортунистических заболеваний, вакцинация, обследование на наличие других ИППП и туберкулеза, прочие медицинские процедуры.• Осознанную возможность изменить свое поведение с целью уберечь других людей от заражения.• Шанс разумно перепланировать свою жизнь исходя из новых обстоятельств. <p>При отрицательном результате:</p> <ul style="list-style-type: none">• Мотивацию изменить поведение для предотвращения ВИЧ-инфицирования в будущем.• Медицинский уход в связи с другими заболеваниями, не связанными с ВИЧ.• Возможность получить консультирование по проблеме ВИЧ/СПИДа и связанного с ней рискованного поведения.
Другому человеку	<p>Бывает, что от тестирования одного человека напрямую зависит здоровье другого</p> <p>Если у беременной женщины получен положительный результат теста на ВИЧ, специальные меры профилактики могут снизить риск инфицирования будущего ребенка. Добровольное тестирование беременных женщин помогает вовремя предложить им профилактическое лечение, необходимое для сохранения здоровья будущего ребенка.</p>
Общественному здравоохранению	<p>Тестирование на ВИЧ гарантирует безопасность донорской крови и органов. Эпидемиологические данные необходимы для разработки эффективных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.</p>

Установленный факт

Широко распространена практика тестирования больных на ВИЧ перед госпитализацией для проведения хирургических вмешательств. Оправданием для этого служат следующие доводы:

- о существует большой риск заражения для медработников;
- о этот риск можно снизить, только если знать ВИЧ-статус пациента.

Однако нет никаких данных в пользу того, что знание ВИЧ-статуса пациента помогает медицинским работникам снизить личный риск. Вероятность передачи ВИЧ во время травм, сопровождающих медицинские манипуляции, не превышает 0,3%. В то же время для гепатита В эта вероятность составляет примерно 25%. Риск передачи ВИЧ можно уменьшить с помощью общепринятых мер предосторожности. Эти же меры эффективны против гепатита В и других инфекций [26].

С другой стороны, знание ВИЧ-статуса пациента часто создает чувство ложной безопасности у персонала, делая его уязвимым перед инфекциями. Если, к примеру, операция проводится пациенту, недавно инфицированному ВИЧ, у него еще не выработались антитела и результат теста отрицательный. Кроме того, у пациента могут быть другие инфекции, представляющие опасность для жизни медицинского работника (вирусные гепатиты В и С, HTLV-I).

Инфекционный контроль должен быть универсальным и не зависящим от результатов тестирования пациента.

Тестирование на антитела к ВИЧ – это не то же самое, что профилактика ВИЧ-инфекции. Само по себе получение результата анализа не гарантирует изменения поведения. Единственное, что связывает тестирование с принятием решения об изменении поведения, – это качественное до- и после-тестовое консультирование.

Часть медицинских работников до сих пор тешат себя иллюзией, что для решения большинства проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, достаточно лишь протестировать все население Российской Федерации. Даже если не принимать во внимание принципиальную невозможность проведения подобного обследования, полученный результат никаким образом не поможет профилактике заболевания.

Результаты исследования

Направление пациентов на анализ на ВИЧ является процедурой, воспринимаемой медицинскими работниками как элемент повседневной практики, а не как чрезвычайное событие. Большинство опрошенных считают, что для направления пациента на анализ на ВИЧ не обязательно заручаться его согласием.

Практика забора крови на исследование при отсутствии предварительного согласия пациента или вообще без его ведома является неправильной. Подобные действия врачей незаконны, так как нарушают права граждан, и могут быть обжалованы в суде. Так, согласно статье 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья. Информация о состоянии здоровья содержит результаты обследования, сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, сведения о методах лечения и связанном с ними риске, возможные варианты медицинского вмешательства и их последствиях, результатах проведенного лечения.

Согласно статье 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Отсутствие судебных разбирательств носит временный характер, а вероятность их появления возрастает по мере повышения информированности пациентов и роста их правового самосознания. Консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ является обязательным по закону, и владеть навыками консультирования, равно как и проводить его до и после тестирования на ВИЧ, должен врач любой специальности. Более того, общепринятым в клинической практике должно стать получение зафиксированного на специальном бланке информированного согласия пациента.

Глубоко личный, интимный характер вопросов, задаваемых консультантом во время беседы с пациентом, и вполне понятная сдержанность пациента при ответе на эти вопросы требуют от консультанта такта, терпеливого и внимательного разъяснения причин, которые побуждают его задавать пациенту вопросы личного свойства, а также заверений в соблюдении конфиденциальности.

Врач должен быть готов к тому, что обратившийся:

- будет слишком напуган и растерян, чтобы осознать сказанное врачом;
- не поймет, почему его спрашивают об интимной жизни, и не захочет об этом говорить;
- возлагает на тест нереальные надежды;
- не выкажет желания изменить поведение и пройти тестирование.

6.2. ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ

В России тестирование крови на ВИЧ-инфекцию применяется с конца 1985 г. Сегодня для диагностики ВИЧ-инфекции и контроля над течением заболевания используются множество лабораторных методов.

Таблица 7 Практические методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции

Группы методов	Характеристика	
Серологические	Определение антител, вырабатываемых организмом человека в ответ на ВИЧ.	
	Определение антигенов ВИЧ. Чаще используется в составе комбинированных тест-систем, выявляющих и антиген, и антитела.	
Молекулярные	Определение нуклеиновых кислот ВИЧ:	
	- ДНК	- качественные методы
	- РНК	- количественные методы
	Определение устойчивости ВИЧ к антиретровирусным препаратам	

Практические методы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции включают выявление либо антител к вирусу, либо компонентов самого вируса (антигенов, нуклеиновых кислот). Период до появления антител называют «серонегативным окном». По завершении этого периода наступает сероконверсия, когда в крови инфицированного человека начинают образовываться антитела и меняется результат теста. Антитела к вирусу появляются в крови большинства ВИЧ-инфицированных через 4-8 недель после заражения. В течение трех месяцев после заражения антитела выявляются у 90-95% пациентов, через 6 месяцев – у 5-9% пациентов, в более поздние сроки – у 0,5%.

На сегодняшний день в России стандартной процедурой лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

Выявление суммарных антител к ВИЧ осуществляется наиболее часто с помощью иммуноферментного анализа (ИФА), чувствительность которого составляет более 99,5%. В большинстве диагностических лабораторий для проведения этого анализа используются коммерческие наборы, позволяющие определять антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Результаты анализа обычно расценивают как положительные, отрицательные или неопределенные. Все случаи положительного и неопределенного результатов ИФА должны быть проверены с помощью более специфичных методов.

Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции чаще всего используют иммунный блоттинг. Принцип этого метода заключается в выявлении антител к определенным белкам вируса (антигенам). Антигены фиксированы на специальной мембране, на которую помещают исследуемую сыворотку. О наличии антител к определенному антигену ВИЧ судят по появлению окрашенной полосы на участке мембраны, где локализован данный антиген.

Результаты ИБ оценивают в соответствии со следующими критериями:

- *положительный* – если на мембране видны полосы, соответствующие любым двум или трем гликопротеидам ВИЧ (gp41, gp120, gp160);
- *отрицательный* – не обнаруживаются антитела ни к одному из антигенов ВИЧ;
- *если результат ИБ нельзя расценить как положительный или отрицательный, его считают неопределенным. Такой результат может быть получен при обследовании ВИЧ-инфицированных пациентов, у которых гуморальный иммунный ответ на вирус находится на ранней стадии развития. В связи с этим при получении неопределенного результата иммунного блоттинга обязательно повторяют, а также проводят исследования методами, направленными на выявление компонентов самого вируса, поскольку эти методы позволяют подтвердить диагноз ВИЧ-инфекции на самых ранних стадиях заболевания.*

Разнообразные методы прямого выявления ВИЧ и его компонентов используют для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции при сомнительных результатах ИБ, а также у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Кроме того, некоторые из этих методов позволяют оценить эффективность антиретровирусной терапии.

Наиболее простой из названных методов – иммуноферментный анализ (ИФА)

на антиген р24. В течение нескольких недель после заражения, до развития гуморального иммунного ответа на ВИЧ, концентрация белка р24 в сыворотке ВИЧ-инфицированных резко возрастает. Поэтому метод применяется для диагностики ВИЧ-инфекции во время острой фазы, когда концентрация этого антигена высока, а антител к белкам ВИЧ – наоборот, низка.

Методы, основанные на полимеразной цепной реакции (ПЦР), получили широкое распространение в диагностике инфекционных заболеваний. Благодаря применению этих методов удалось достичь значительного прогресса в понимании патогенеза ВИЧ-инфекции. В настоящее время они особенно широко используются для диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. Существуют два основных метода, позволяющих выявить, соответственно, провирусную ДНК и вирусную РНК.

Первый метод («качественный») позволяет обнаружить одну провирусную ДНК на 10 000 – 100 000 клеток и используется для диагностики ВИЧ-инфекции (особенно в течение одного-трех месяцев после заражения, пока антитела к ВИЧ отсутствуют), а также для анализа провирусной ДНК и выявления штаммов ВИЧ, устойчивых к антиретровирусным препаратам.

Лабораторные методы, основанные на ПЦР, используют при положительных (или сомнительных) результатах серологических исследований, а также в случаях, когда серологическое исследование нецелесообразно (например, при диагностике ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами; у больных с гипогаммаглобулинемией). Эти методы не могут заменить стандартное серологическое исследование (за исключением детей первого года жизни, рожденных у ВИЧ-инфицированных женщин) и используются в качестве вспомогательных в индивидуальных случаях.

Второй метод («количественный») чаще используют для измерения концентрации вирусной РНК в плазме («вирусная нагрузка»); этот показатель выражается количеством копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы. По величине вирусной нагрузки судят о скорости прогрессирования ВИЧ-инфекции, а также осуществляют контроль за проводимой антиретровирусной терапией. Одновременная оценка числа лимфоцитов CD4 и концентрации вирусной РНК позволяет с высокой точностью предсказать характер течения ВИЧ-инфекции и оценить эффективность специфической терапии.

Метод выделения вируса в культуре клеток применяют в исследовательских лабораториях для анализа генетических изменений ВИЧ и выявления штаммов, устойчивых к антиретровирусным препаратам. Для выделения вируса исследуемый биологический материал инкубируют с культурой клеток, способных поддерживать репродукцию ВИЧ. В широкой практике этот метод не применяется.

В экстренных случаях можно использовать экспресс тест-системы, применение которых регламентировано Приказом Минздрава РФ №292 от 30.07.2001г. «Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека». Работа с одноэтапными простыми быстрыми иммуноферментными тест-системами не требует сложного оборудования и высокой квалификации персонала, однако необходима определенная подготовка и строгое следование инструкции. В дальнейшем результат должен подтверждаться стандартными исследованиями.

Только на основании положительных результатов лабораторного анализа клинический диагноз ВИЧ-инфекции не может быть выставлен. Для вынесения окончательного диагностического заключения необходимо учитывать эпидемиологические данные и результаты клинического обследования.

Результаты исследования

Участники исследования говорили о том, что ВИЧ/СПИД не имеет таких симптомов, по которым можно было бы безошибочно поставить диагноз.

Острая ВИЧ-инфекция (даже в случае, если она протекает с яркой клинической манифестацией), субклиническая стадия и ранняя фаза стадии вторичных заболеваний действительно имеют неспецифические проявления. Клиническая диагностика возможна на поздних стадиях ВИЧ-инфекции - 4Б, 4В, 5 по классификации В.И.Покровского (2001) у пациентов с глубоким иммунодефицитом, что проявляется выраженными клиническими формами некоторых вторичных заболеваний (их называют «СПИД-индикаторными») (Приложение 1).

Лабораторная диагностика у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами

Серологическая диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, усложняется тем, что как у зараженных, так и у незараженных детей в возрасте 6-12 месяцев (в редких случаях – до 15 и даже 18 месяцев) обнаруживаются антитела к ВИЧ материнского происхождения. Критерием, свидетельствующим о наличии у ребенка ВИЧ-инфекции, является обнаружение у него антител к ВИЧ в возрасте 18 и более месяцев. Отсутствие антител к ВИЧ в возрасте 18 месяцев у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью, является критерием, свидетельствующим против наличия у него ВИЧ-инфекции.

Результаты исследований, проведенных с помощью молекулярных методов диагностики, позволяют сделать заключение о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными

ми женщинами, в первое полугодие жизни. В России используются тест-системы, выявляющие ДНК ВИЧ с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Повторное обнаружение нуклеиновых кислот ВИЧ в первое полугодие жизни служит диагностическим критерием в пользу ВИЧ-инфекции, а повторные отрицательные результаты – против диагноза ВИЧ-инфекции. При использовании молекулярных методов диагностики снятие с диспансерного учета детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, осуществляется в возрасте 12 месяцев по совокупности результатов серологических и молекулярных исследований, и клинических данных.

6.3. ДО-ТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ВИЧ

Объем и характер до-тестового консультирования зависят от того, насколько человек информирован о ВИЧ-инфекции. Следует учитывать и мотивы тестирования. К примеру, пациенту, который обследуется по клиническим показаниям, нужно разъяснить причину тестирования, сделав акцент на возможные общие для его заболевания и ВИЧ-инфекции симптомы.

Совет

До-тестовое консультирование лучше проводить в таком месте, где можно обеспечить конфиденциальность общения. Обсудите с пациентом процедуру тестирования и получения результатов.

Таблица 8 Этапы до-тестового консультирования при обследовании на ВИЧ

Этап до-тестового консультирования	Содержание этапа
Вводный	
Представьте сами, спросите, как обращаться к посетителю. Обсудите вопрос конфиденциальности	«Все, о чем мы с вами будем говорить, останется между нами, если вы сами не захотите поделиться этой информацией с кем-либо еще». Подробно объясните, какая информация является конфиденциальной.

А. Получение и оценка информации

1. Определите наличие или отсутствие факторов риска	Выясните следующие вопросы: особенности полового поведения пациента; частота смены им половых партнеров; использование презервативов; наличие ВИЧ-инфекции среди половых партнеров пациента; факты внутривенного употребления пациентом наркотиков; наличие среди половых партнеров пациента лиц с гомосексуальными предпочтениями, работников коммерческого секса; перенесенные переливания крови, использование продуктов крови, пересадка органов; нестерильные проникающие процедуры.
2. Оцените: <ul style="list-style-type: none"> • понимает ли пациент предоставляемую информацию; • задумывается ли об изменении рискованного поведения; • как он будет реагировать в случае положительного результата тестирования; • есть ли у него возможность получить необходимую поддержку. 	<p>Важно оценить способность пациента усвоить предоставляемую информацию. Известны случаи, когда слова врача о том, что ВИЧ-инфекция и СПИД – разные вещи, воспринимались буквально и консультируемые, думая, что им не грозит СПИД, выказывали намерение вернуться к прежнему образу жизни.</p> <p>Если консультант обнаружил в жизни пациента те или иные факторы риска и может предполагать, что результат тестирования окажется положительным, уточнение того, что думает обратившийся о своей реакции на положительный или отрицательный результат тестирования и кто поддержит его в случае положительного результата, позволит консультанту эффективно действовать в ситуации сообщения положительного результата.</p>
3. Оцените знания пациента о ВИЧ-инфекции	Задайте вопрос: «Что вы знаете о ВИЧ-инфекции и СПИДе?».

Б. Предоставление информации

1. О ВИЧ-инфекции	Выявите представления пациента об этом заболевании и обсудите неверные.
2. О предлагаемом тесте	Выявите и обсудите неверные представления о планируемом тесте. Так, оговорите, что присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции, но не позволяет судить ни о сроках, ни об источниках заражения, ни о других связанных с ВИЧ-инфекцией болезнях ни в настоящем, ни в будущем. Необходимо также рассказать пациенту о периоде “окна” (промежутке времени между заражением ВИЧ и появлением в крови антител к нему). В течение этого периода человек уже заражен, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Объясните, что нужно делать, чтобы в этот период (3-6 месяцев с момента возможного заражения) не приобрести и не передать ВИЧ: отказаться от донорства; использовать презервативы при каждом половом контакте; пользоваться одноразовыми шприцами и иглами при внутривенном употреблении наркотиков и не делиться ими с другими; соблюдать стерильность раствора наркотика и емкости, из которой он набирается.

В. Обсуждение вероятных последствий тестирования

Убедитесь в том, что пациент понимает, что означают понятия «положительный», «отрицательный» и «неопределенный» применительно к результату теста.

Обсудите возможные реакции пациента на результат (особенно положительный) теста.

Оцените возможные последствия тестирования.

Оцените возможность изменения рискованного поведения, если оно имело место.

Задачей до-тестового консультирования является выработка пациентом осознанного решения (“информированного согласия”) о прохождении обследования на антитела к ВИЧ.

Г. Получение информированного согласия на прохождение тестирования

Кровь для исследования на ВИЧ может быть взята только после того, как обследуемый выразит свое согласие в ясной форме:

- добровольно, т.е. без всякого прямого или косвенного принуждения (например, заявления о том, что ему будет отказано в медицинской помощи на том основании, что он не согласен на анализ), и
- предварительно (например, в виде собственноручной записи о согласии в медицинской документации).

Д. Назначьте время после-тестового консультирования

Результаты теста сообщаются на после-тестовом консультировании.

В результате до-тестового консультирования пациент:

- получает информацию о ВИЧ-инфекции, принципах тестирования, мерах профилактики ВИЧ-инфекции, возможных результатах тестирования;
- получает объективную оценку риска инфицирования ВИЧ;
- принимает осознанное решение о прохождении обследования;
- обдумывает возможности изменения своего поведения, рискованного в плане заражения ВИЧ.

Совет

При завершении консультирования спросите пациента:

- какого результата тестирования он ожидает и почему;
- что он будет делать, если получит не тот результат, на который рассчитывает;
- что изменится в его жизни, если результат окажется положительным;
- что изменится в его жизни, если результат окажется отрицательным.

Результаты исследования по телефону не сообщаются.

Установленный факт

Период ожидания результатов тестирования может иметь большое значение для принятия человеком решения об изменении рискованного поведения. В этот период многие впервые задумываются о ВИЧ как о личной проблеме и осознают необходимость перемен.

Пренебрежение возможностями до-тестового консультирования (к примеру, включение анализа на антитела к ВИЧ (или иного теста) в общий перечень лабораторных методов обследования) нарушает законные права пациентов и не позволяет проводить профилактическую работу.

6.4. ПОСЛЕ-ТЕСТОВОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ВИЧ

Результаты исследования

Процедура сообщения отрицательного результата анализа является обычной в практике медицинских работников. Обычно врач/медсестра говорит пациенту, что у него «хороший анализ», и больше никак это не комментирует.

Пренебрежительное отношение к после-тестовому консультированию при отрицательном результате существенно ограничивает возможности профилактики ВИЧ-инфекции.

Совет

При после-тестовом консультировании

- Начните с приветствия.
- Спросите о самочувствии после сдачи крови на анализ.
- Спросите, есть ли какие-нибудь вопросы до того, как будет сообщен результат теста.
- Сообщите результат теста.
- Убедитесь в том, что пациент понимает значение полученной информации.
- Предоставьте пациенту возможность выразить свои чувства по этому поводу.

После-тестовое консультирование при отрицательном результате

Таблица 9 Особенности после-тестового консультирования в зависимости от степени риска ВИЧ-инфицирования у пациента

Если риск ВИЧ-инфицирования	
низкий	высокий
Напомните пациенту основную информацию, предоставленную ему до тестирования (можно попросить пациента самого “вспомнить” услышанное).	<ul style="list-style-type: none">• Обсудите значение полученного результата.• Повторите основную информацию.
Обсудите вопросы наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции.	<ul style="list-style-type: none">• Напомните пациенту о наличии периода “окна”.• Посоветуйте пройти повторное тестирование через 3-6 месяцев.• Вернитесь к вопросу наименее опасного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. Обсудите необходимость использования презервативов. При наличии в анамнезе сведений об употреблении наркотиков обратите внимание пациента на обязательность соблюдения стерильности шприцев и игл, раствора наркотика, емкости, из которой он набирается, и недопустимости их совместного использования с другими.

После-тестовое консультирование при неопределенном результате

В случае тестирования крови на антитела к ВИЧ методом иммунного блоттинга существует вероятность получения неопределенного результата. **Причиной такого результата теста могут быть:**

- ошибки при постановке теста;
- наличие у пациента других острых и хронических заболеваний;
- явление сероконверсии.

При получении неопределенного результата врач:

- обсуждает с пациентом значение полученного результата;
- объясняет, при каких обстоятельствах бывает неопределенный результат;
- объясняет, что для исключения ошибки необходимо повторить тест;
- рекомендует придерживаться менее опасного в плане передачи ВИЧ поведения: регулярно использовать презерватив при половых контактах; при внутривенном введении наркотиков соблюдать стерильность раствора наркотика, емкости, из которой он набирается, шприцев, игл и не использовать их совместно с другими;
- направляет пациента в центр по профилактике и борьбе со СПИДом, где тот будет находиться под наблюдением.

После-тестовое консультирование при положительном результате

Результаты исследования

Многие медицинские работники признались в нежелании сообщать пациентам положительный результат тестирования. Были названы следующие причины:

- Сообщение любого «сложного» диагноза является психологической травмой для пациента и предъявляет особые требования к морально-психологическим качествам медицинского работника.
- Медицинские работники, не специализирующиеся в области ВИЧ/СПИДа, не считают, что эта работа входит в сферу их компетенции, и не относят ее к своим прямым обязанностям.
- Медицинские работники стараются избегать ответственности, которую влечет за собой сообщение диагноза «ВИЧ».

О положительном результате теста на ВИЧ пациенту сообщает врач, назначивший обследование. Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований. Она включает два последовательных этапа: выявление факта инфицирования ВИЧ и установление развернутого клинического диагноза, то есть определение стадии, характера течения ВИЧ-инфекции и прогноза. Поэтому диагноз «ВИЧ-инфекция» только на основании положительного результата анализа на антитела к ВИЧ не выставляется. Речь идет о констатации состояния инфицированности. Это имеет значение для проведения проти-

возидемических мероприятий (например, для предупреждения передачи ВИЧ половым партнерам в случае, если пациент внутривенно употребляет наркотики, через донорскую кровь).

При впервые устанавливаемом клиническом диагнозе ВИЧ-инфекции сначала на основании эпидемиологических, клинических и имеющихся лабораторных данных обосновывается диагноз, затем определяется стадия заболевания, указываются ее характерные признаки. Диагноз устанавливается в специализированном медицинском учреждении (Центре профилактики и борьбы со СПИДом) с целью оказания пациенту медицинской помощи.

Врач:

- Сообщает результат ясно и кратко.
- Предоставляет пациенту время для осознания сообщения.
- Оценивает реакцию пациента на сообщение.
- Выслушивает предположения и опасения пациента относительно своего диагноза.
- Объясняет как можно проще, что такое ВИЧ, чем он отличается от СПИДа, как влияет на иммунную систему.
- Избегает рассуждений о перспективах пациента; поясняет, что более подробно этот вопрос будет обсуждаться специалистом – врачом инфекционистом после завершения полного обследования.
- Выслушивает рассказ пациента о чувствах, связанных с ВИЧ.
- Объясняет, что окончательный диагноз и стадия заболевания будут определены после клинического и лабораторного обследования врачом-инфекционистом на основании совокупности клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.
- Рекомендует пациенту отказаться от рискованного поведения, поскольку оно, помимо прочего, может привести к заражению другими заболеваниями, влияющими на иммунную систему и способствующими прогрессированию ВИЧ-инфекции (например, ИППП); советует использовать презервативы при сексуальных контактах, отказаться от употребления наркотиков.
- Объясняет пациенту, что тот в силах предотвратить заражение других людей.
- В случае необходимости, если пациент нуждается в дополнительной информации и поддержке, приглашает его на повторную беседу.

Совет

В некоторых случаях, когда эмоциональные реакции на сообщение положительного результата проявляются особенно бурно, целесообразно предоставить дополнительное время на то, чтобы справиться с ситуацией. Можно попросить пациента не уходить сразу после консультации, посидеть у кабинета консультанта, обдумать вопросы, успокоиться, заглянуть в кабинет перед уходом.

Пациента направляют в специализированное учреждение (например, Центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями) для установления окончательного диагноза и постановки на диспансерный учет. При этом необходимо дать пациенту адрес этого учреждения, а также предварительно договориться со специалистами о предстоящем визите пациента.

Таким образом, консультирование при обследовании на антитела к ВИЧ является не только обязательным, но и эффективным способом индивидуальной профилактической работы с людьми по вопросам ВИЧ-инфекции. Многие впервые задумываются об этом заболевании применительно к себе, осознают индивидуальную степень риска, получают необходимую информацию, т.е. делают первый шаг к изменению поведения. Квалифицированное консультирование помогает людям овладеть ситуацией в случае получения ими положительного результата тестирования и тем самым вносит существенный вклад в профилактику самоубийств и других поступков, продиктованных отчаянием.

6.5. ОСОБЕННОСТИ СООБЩЕНИЯ ГОРЬКИХ НОВОСТЕЙ

Для беседы, в ходе которой человеку будет сообщено психотравмирующее известие, следует, по возможности, назначить удобное время. Беседовать нужно наедине, лучше в отдельном кабинете. Важна обстановка кабинета: врач и его собеседник должны располагаться на стульях или креслах одинаковой высоты, не друг против друга, а лучше под углом 45 градусов; свет не должен слепить собеседнику глаза. Врач, проводящий сложную для него беседу, прежде всего, сам должен чувствовать себя комфортно.

Если врач голоден, болен или чем-то раздражен, беседу лучше отложить. Во время разговора целесообразно принять спокойную позу: ноги не скрещены, руки разведены, ничего не теребят, а спокойно лежат на столе

Совет

Опытные консультанты рекомендуют ничего не записывать за пациентом в его присутствии.

В структуре беседы о горьких новостях можно выделить следующие стадии:

- подготовка;
- сообщение;
- признание проблемы;
- оценка возможности суицида;
- поиск решений;
- завершение консультирования.

Этап подготовки к сообщению

Врачу необходимо еще раз удостовериться в подлинности той информации, которую он намерен сообщить пациенту, продумать формулировки. Важна психологическая готовность врача к беседе.

Этап сообщения

Таблица 10 Ошибки, наиболее часто допускаемые при сообщении горьких новостей

«Дискуссия»	«Давайте обсудим ваше положение...»
«Угадывание»	«Вы не догадываетесь, зачем мы вас пригласили?»
«Извинение»	«Вы меня извините, но...»
«Смягчение ситуации»	«У вас все хорошо, но есть одно обстоятельство...»
«Расплывчатые формулировки»	«Ситуация складывается не совсем так, как мы ожидали...»

Все перечисленные приемы часто используются врачами для того, чтобы избежать реакций горя, отчаяния и гнева. Однако попытки отложить сообщение неприятных известий или смягчить их лишь усиливают неуверенность и страх пациента.

Совет

Не затягивайте ситуацию. Сообщайте неприятное известие ясно и кратко.

Иногда пациент предчувствует «плохую» информацию. Длительные вступления только усиливают его переживания. Краткое и четкое сообщение горькой новости проясняет ситуацию и увеличивает возможность резкой реакции, после

которой пациент способен быстрее «переработать» психотравмирующее известие.

Человек в ситуации психологического кризиса испытывает тревогу. Сильная тревога вызывает замешательство, искажает суждения, толкает на принятие сомнительных решений и приводит к пораженческому поведению.

Врач, со своей стороны, также испытывает отрицательные эмоции. Однако он должен понимать, что для достижения оптимального результата необходимо преодолеть нежелание говорить с пациентом о его чувствах. **Цель кризисного консультирования – установить такие взаимоотношения с пациентом, которые позволят ему выразить свои мысли и чувства, а затем принять решение.**

Этап признания проблемы

Врач может столкнуться с различными эмоциональными реакциями на сообщенную новость.

Таблица 11 Эмоциональные реакции при сообщении горьких новостей

Отрицание проблемы	Пациент не желает верить тому, что услышал
Агрессивное поведение	Пациент обвиняет во всем окружающих, в том числе и медицинского работника
Горе	Пациент плачет
Отчаяние	Пациент теряет самообладание
Замкнутость	Пациент замыкается в себе и молчит

Эти реакции естественны, и их не следует опасаться. Готовность врача к таким проявлениям человеческих эмоций поможет ему преодолеть дискомфорт при виде слез и рыданий, беспокойство при выслушивании возможных агрессивных высказываний, ощущение бессилия, когда пациент замыкается в себе. Для врача в подобной ситуации лучше всего слушать пациента и повторять в сжатой форме его высказывания:

- “Вы не можете поверить?”
- “Вас пугает сама мысль?”
- “Вы ищете виновных?”
- “Вам трудно сейчас обсуждать?”
- “Вы не согласны?”
- “Я вижу, что вы очень испугались”.

В результате разговор продолжается, и напряжение постепенно ослабевает. При сообщении горькой новости от врача требуются внимание и терпение. Пациент должен иметь возможность выразить свои чувства. Однако бывают ситуации, когда консультирование заходит в тупик. Очень важно в этой сложной ситуации сохранять спокойствие.

Пример из практики

Пациент Р. 30 лет после сообщения положительного результата молча вышел из кабинета на 7 этаже и встал у открытого окна. Консультант вышел вслед за пациентом и встал на расстоянии 1.5 метров. Риск суицидального поведения пациента был расценен как высокий, однако возможности физически воспрепятствовать возможной попытке не было. Пациент продолжал молчать. Консультант использовал методику присоединения к пациенту: молча дышал с той же частотой, принял ту же позу. Примерно через 10 минут пациент посмотрел на консультанта и задал ему вопрос. Кризисная ситуация была преодолена.

Таблица 12 Если разговор зашел в тупик

Анализируйте разговор как бы со стороны и делитесь с пациентом выводом, который вы сделали.	«Я думаю, что мы зашли в тупик»
Храните молчание.	Или говорите: «А как дальше?».
Признайте, что пациент находится в очень трудном положении.	«Положение действительно сложное...»
В крайнем случае, предложите новую встречу для продолжения разговора, т.к. переход к следующему этапу консультирования (поиску решений) становится проблематичным.	

Этап поиска решений

В фазу принятия решений консультирование вступает только тогда, когда пациент может контролировать свои эмоции. Опытный врач безошибочно определяет тот момент, когда его собеседник готов принимать решения, это момент, когда пациент начинает задавать вопросы. Услышав вопрос “Как мне быть дальше?” или “Что же теперь делать?”, врач приступает к обсуждению возможных решений.

Этап завершения консультирования

При завершении консультирования врач должен еще раз изложить выводы и повторить конкретные договоренности, которых они совместно с пациентом достигли во время беседы.

Опыт консультативной работы, связанной с ВИЧ-инфекцией, свидетельствует о том, что грамотное консультирование при сообщении «сложного» диагноза помогает изменить поведение людей, предупреждает развитие у них разрушающего поведения, способствует их психологической стабильности.



7. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

7.1. ЖЕНЩИНЫ КАК ОСОБО УЯЗВИМАЯ ГРУППА В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Несмотря на то, что парентеральным путем мужчины и женщины заражаются одинаково часто, вероятность заражения женщины от мужчины при половом контакте примерно в два-три раза выше, чем мужчины от женщины.

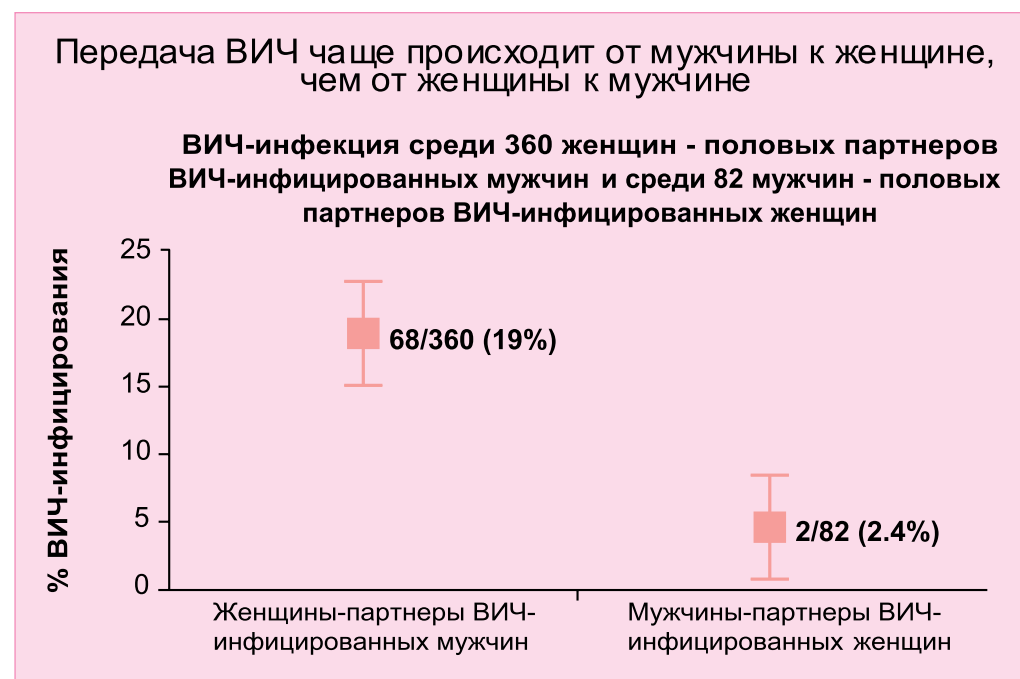


Рисунок 2. Передача ВИЧ от мужчины к женщине и от женщины к мужчине. [54]

Уязвимость женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции обусловлена не только повышенной опасностью заражения ВИЧ, но и большей вероятностью пострадать от последствий заражения.

Таблица 13 Факторы повышенной уязвимости женщин в условиях эпидемии ВИЧ

Биологические факторы	<p>Объем семенной жидкости, попадающей во влагалище женщины при незащищенном половом контакте, в 2-4 раза больше, чем количество секрета, выделяемого женским организмом, а значит, и вирусных частиц женщина получает больше.</p> <p>В семенной жидкости ВИЧ содержится в большей концентрации, чем во влагалищном секрете.</p> <p>Площадь поверхности, через которую может проникнуть вирус, у женщины больше, а гигиенические процедуры после полового акта ей провести труднее: сперма может оставаться во влагалище в течение нескольких дней и служить источником заражения.</p>
Социальные факторы	<p>Насилие, принуждение к сексу, невозможность отказаться от секса по причинам экономической и финансовой зависимости.</p>
Культуральные факторы	<ul style="list-style-type: none"> • К женщине предъявляются более строгие требования. Добрые связи, внебрачный ребенок, аборт, развод, повторный брак — во всех видах конфликтов между полами женщина оказывается стороной, терпящей больший физический, материальный и моральный ущерб. • Общество возлагает на женщину ответственность за детей. • На всех возрастных этапах женщина должна решать свои биологические и социальные проблемы одновременно. Женщина живет по биологическим часам, которые нельзя остановить, а тем более подвести. В отличие от мужчины этапы ее телесных изменений революционны, необратимы, и она не может сделать позже то, что не успела в определенном возрасте. В социальном смысле женщина считается неперспективной в плане карьеры уже после 50 лет. То есть женщина должна успеть сделать все, что должна сделать женщина, и то, что может сделать мужчина, за более короткий промежуток времени. • Существует представление о том, что женщина несет ответственность за все, что происходит под крышей ее дома, и поэтому все семейные проблемы - это ее вина. • Семья и друзья призывают женщину быть лучшей хозяйкой. • Культивируется убеждение, что нельзя выносить сор из избы.

При рассмотрении вопросов, связанных с повышенной уязвимостью женщин в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции, следует особое внимание уделить особенностям женской психологии.

Психологические особенности женщин заключаются в том, что они, как правило, воспринимают себя как личность в контексте своих взаимоотношений с другими людьми. Для женщины очень важно, что подумают о ней окружающие, как будут восприняты ее слова и поступки. Нередко женщина выступает в роли человека, который оказывает, а не получает помощь. Собственные потребности не являются для нее первостепенными.

Опыт консультирования женщин после получения положительного результата тестирования на антитела к ВИЧ и в процессе установления диагноза ВИЧ-инфекции показывает, что именно изменения в отношениях с окружающими являются для них наиболее значимыми и травмирующими.

Пример из практики

Пациентка Я., ВИЧ-инфицированная, 26 лет, наиболее тяжело переживала то, что ее половой партнер, тоже ВИЧ-инфицированный, прекратил с ней отношения, в то время как ей представлялось естественным, что их совместная жизнь будет продолжена, и они будут поддерживать друг друга. При этом переживания по поводу наличия у нее неизлечимого заболевания, утрата работы, обида на партнера, послужившего источником заражения, не были для нее столь актуальны.

Для пациентки О., ВИЧ-инфицированной, 29 лет, более значимым стал отказ инфицированного мужа жить с ней после обнаружения у нее ВИЧ, а не переживания по поводу собственной болезни.

Пациентка К., ВИЧ-инфицированная женщина, 32 года, испытывала наибольшие отрицательные эмоции в связи с тем, что вынуждена была каким-то образом объяснить матери смену своей специальности после всех тех лет, на протяжении которых мать «отказывала себе во всем ради ее образования».

Учитывать особенности женской психологии необходимо и при проведении профилактической работы с половыми партнерами ВИЧ-инфицированных мужчин. Медицинским работникам представляется совершенно естественным, что никто и ни при каких условиях не захочет заразиться ВИЧ. Однако и в этой ситуации следует учитывать ту роль, которую для женщины играет ее система отношений.

Некоторые женщины, вступающие в брак с инфицированными мужчинами, декларируют твердое намерение «разделить судьбу» своего избранника и говорят, что самое страшное – не его болезнь, а то, что он может расценить отказ как предательство.

Пример из практики

Пациент М. 28 лет, наблюдается по поводу ВИЧ инфекции, принимает антиретровирусную терапию. Собирается вступить в брак с ВИЧ- негативной девушкой 23 лет. На протяжении года не сообщал ей о своем диагнозе. Привел партнершу на консультацию и представил ситуацию таким образом, что только что узнал о своем положительном результате теста. У партнерши отмечались выраженная психоэмоциональная реакция горя. Планы относительно замужества неизменны. Беспокоится, что «он может плохо обо мне подумать, что я его брошу из-за его болезни».

Каково бы ни было личное отношение медицинских работников к подобным ситуациям, необходимо учитывать их реальность.

Женщины больше боятся расставаний, беспокоятся о том, что не смогут в должной мере ухаживать за теми, кто от них зависит. Они могут смириться с тем, что служат мишенью для выплескивания гнева; для насилия; могут подавить собственный гнев ради того, чтобы не остаться в одиночестве.

Мужчины при прогрессировании ВИЧ-инфекции часто опасаются стать зависимыми от окружающих. Они могут утратить самоуважение, если перестанут работать, а иногда испытывают озлобленность и желание отстраниться от тех, кто, по их мнению, «вынужден» за ними ухаживать.

Пример из практики

Пациентку У., 25 лет, от ухода от ВИЧ-инфицированного партнера удерживала боязнь осуждения со стороны окружающих. «Наши друзья знали, что мой жених инфицирован, многие восхищались силой нашей любви. Что они подумают обо мне теперь, если я уйду от него?»

Знание особенностей женской психологии необходимо для проведения консультирования. **В беседе с пациенткой на темы, связанные с ВИЧ/СПИДом, важно:**

- *выяснить ее жизненные приоритеты;*
- *проявить уважение к ее ценностям;*
- *сформировать у нее достаточный уровень доверия к консультанту;*

- использовать присущее женщинам свойство заботиться о других в целях изменения ее нежелательного поведения;

- напомнить ей о необходимости заботиться о себе.

Конечно, медицинский работник вправе указывать пациентке на негативные стороны ее поведения. Однако это будет воспринято женщиной как забота и поддержка только в том случае, если между ней и консультантом установлен достаточный уровень доверия и она чувствует, что к ее ценностям проявляют уважение. В противном случае замечания медицинского работника могут быть восприняты как критика, и в дальнейшем это приведет к трудностям в работе с пациенткой.

7.2. КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ БЕРЕМЕННОСТИ

Если женщина обратилась за медицинской консультацией по поводу беременности, то именно гинеколог или акушер может оказаться первым, кто сообщит ей о положительном результате теста на ВИЧ. Отсюда следует, что специалисты данного профиля обязательно должны владеть навыками до- и после-тестового консультирования.

Вне зависимости от того, какого образа жизни придерживается женщина, медицинский работник должен относиться к ней с таким же уважением, как и к другим пациентам.

Совет

Познакомьтесь с посетительницей. Представьтесь сами и спросите как ее зовут. Не называйте ее «женщина». Это непрофессионально.

На практике информация по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку часто предоставляется врачами тенденциозно; данные об успехах химиопрофилактики замалчиваются. Помимо недостаточной информированности о реальном положении дел, оказывать на женщину давление с целью принудить ее к прерыванию беременности некоторых медицинских работников побуждает нежелание иметь «лишние проблемы», а также несовместимая с профессионализмом убежденность, что они лучше знают, как следует жить их пациентам.

Результаты исследования

Участники исследования высоко оценивали риск заражения ребенка от ВИЧ-инфицированной матери: одни говорили, что вероятность заразиться или не заразиться, в этом случае приблизительно одинакова, другие же высказывали точку зрения, что вероятность заразиться приближается к 100%. Среди медицинских работников бытует мнение, что ВИЧ может передаваться через плаценту. Следует отметить, что этой точки зрения придерживаются, в частности, многие педиатры и гинекологи.

Как показало исследование, представление о том, что ВИЧ не обязательно передается от матери ребенку, зачастую основывается не столько на знании механизмов передачи инфекции, сколько на статистике, согласно которой у ВИЧ-инфицированных матерей бывают здоровые дети.

На практике приходится сталкиваться

с манипулированием репродуктивным выбором:

по закону:	на практике:
Статья 36 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан гласит: каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве.	Обычным делом является запугивание, предвзятое толкование, намеренное искажение информации, предпринимаемые медицинскими работниками. На женщину оказывается прямое давление путем безальтернативного направления ее на прерывание беременности. Косвенное давление оказывается через средства массовой информации, которые также предвзято подходят к изложению фактов, связанных с передачей ВИЧ от матери ребенку.

Отличительной особенностью ВИЧ-инфицированных женщин является высокая частота гинекологических заболеваний: у 46,9% ВИЧ-инфицированных женщин было обнаружено, по крайней мере, одно инфекционно-воспалительное гинекологическое заболевание [50]. При проведении углубленного обследования ВИЧ-инфицированных пациенток в стационаре у 83% из них выявили гинекологические заболевания [46]. Среди причин этого необходимо отметить развитие иммуносупрессии, связанное с ВИЧ-инфекцией, а также наличие общих путей передачи. Особых различий в продолжительности жизни ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин нет. Диагноз «СПИД» ставится женщинам, так же, как и мужчинам, при установлении оппортунистических инфекций или злокачественных заболеваний. В ряде исследований [23] различия наблюдались при кандидозе, герпетической инфекции и цитомегаловирусной инфекции. Эти болезни встречаются чаще у женщин, в то время как туберкулез чаще регистрируется у мужчин.

Медицинскому работнику, консультирующему ВИЧ-инфицированную женщину

репродуктивного возраста, не избежать вопросов, связанных с взаимным влиянием беременности и ВИЧ-инфекции. В результате многочисленных исследований было установлено, что, независимо от характера течения ВИЧ-инфекции, во время беременности снижается абсолютное количество CD4-лимфоцитов (это происходит за счет гемодилюции – «разжижения» крови), но процентное содержание CD4-лимфоцитов остается стабильным. Таким образом, беременность не ускоряет снижение CD4-лимфоцитов в процессе развития ВИЧ-инфекции [53]. Вирусная нагрузка также остается относительно стабильной в течение всей беременности даже без лечения [40].

При анализе результатов семи обширных исследований среди беременных и не беременных ВИЧ-инфицированных женщин не было обнаружено различий в показателях прогрессирования ВИЧ-инфекции, наступления стадии СПИДа, снижения CD4-лимфоцитов до уровня ниже 200 клеток/мм³, смертности [37].

Неблагоприятный исход беременности у ВИЧ-инфицированной женщины может быть обусловлен:

- вторичными заболеваниями и/или их лечением;
- состояниями, вызванными самим ВИЧ (поражение иммунной, центральной нервной систем и др.) на поздних стадиях заболевания.

Кроме того, ВИЧ-инфекция и беременность могут влиять на течение, лечение и исходы некоторых инфекций.

Прежде чем рассказывать пациентке о риске передачи ВИЧ ребенку, врач должен быть готов к тому, чтобы выслушать и проанализировать ее переживания по этому поводу.

Таблица 14 Консультирование беременных женщин с положительным результатом анализа на ВИЧ

<p>Врач обязан предоставить женщине всю информацию, четко дать разъяснения относительно существующего риска и возможных перспектив.</p>	<p>Никакие решения нельзя навязывать.</p> <p>Бывает очень сложно не поддаться искушению, принять решение за пациентку. Тем более что иногда сами женщины могут, осознанно или нет, стремиться “переложить ответственность” на врача. Обсудите вопрос о том, что само по себе рождение ребенка приводит к изменению жизненного стереотипа.</p>
---	--

<p>Врач должен объяснить, что химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов (при отказе от последующего грудного вскармливания) значительно снижает риск заражения ребенка, и прямо сказать, что выбор в конечном итоге остается за женщиной.</p>	<p>Врач указывает на недопустимость скоропалительных решений.</p>
<p>Учитывая возможное волнение и растерянность женщины, врач должен быть готов еще раз обсудить ситуацию, повторить основную информацию.</p>	<p>Врач не может позволить себе поддаться на “провокацию” в том случае, если от него требуют каких-либо гарантий.</p>
<p>Каждый врач должен иметь информацию о тех учреждениях, где женщина может получить квалифицированную помощь.</p>	<p>Женщина вправе требовать применения медикаментозной схемы снижения риска рождения ВИЧ-инфицированного ребенка.</p>
<p>Необходимо обратить внимание женщины на то, что ВИЧ-инфекция может повлиять на ее семейное, социальное положение и тем самым ограничить возможности воспитания ребенка</p>	<p>Необходимо обсудить состояние здоровья беременной женщины вне контекста ВИЧ-инфекции и связанные с ним возможные исходы беременности.</p>
<p>Следует обратить внимание пациентки на то, что у многих инфицированных женщин беременность протекала без существенных осложнений и дети, благодаря вовремя проведенной химиопрофилактике, родились здоровыми.</p>	<p>Многие ВИЧ-инфицированные женщины в настоящее время воспитывают здоровых детей. У них самих пока нет СПИДа, они рассчитывают продлить свою жизнь с помощью существующих методов антиретровирусной терапии.</p>

Каждый врач, который в ходе своей практической деятельности может столкнуться с подобной ситуацией, должен проводить консультирование, а не отправлять женщину без всяких объяснений в специализированное учреждение (например, Центр по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями).

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ на современном этапе носит комплексный характер. По данным Федерального научно-практического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Министерства здравоохранения и социального развития РФ (24), максимальное снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку (до 4,4%) достигалось при сочетании комплекса мероприятий. Достоверно значимыми являлись: консультирование, трехэтапная химиопрофилактика, санация родовых путей, отмена грудного вскармливания.

Недоучет роли отдельных мероприятий, пренебрежительное и упрощенное отношение к консультированию в конечном итоге сказываются и на эффективности врачебной работы, и на качестве жизни женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, и на психологической стабильности самих медицинских работников.

7.3. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Как уже говорилось выше, данные опроса медицинских работников показали, что участники исследования высоко оценили риск заражения ребенка от матери: от 50% до 100%. По данным Научно-практического центра МЗ и СР РФ помощи беременным женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией, даже при отсутствии профилактических мероприятий риск ВИЧ-инфицирования ребенка от матери составляет 19,5%, а при назначении химиопрофилактики снижается до 3,4% [14]. В «Базовой стратегии профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе» цель для Европейского региона по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку была сформулирована следующим образом: «Устранить ВИЧ-инфекцию среди детей грудного возраста к 2010 г., достигнув следующих показателей:

- менее одного ВИЧ-инфицированного ребенка на 100 000 детей, рожденных живыми, и
- менее 2 % детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, приобретающих ВИЧ-инфекцию» [1].

Передача ВИЧ от матери ребенку может происходить во время беременности, родов и при грудном вскармливании. Результаты многочисленных исследований показали, что из числа детей, получивших вирус от матери:

- *внутриутробно инфицируются в среднем 30%;*

- *во время родов – в среднем 50%;*
- *при кормлении грудью – в среднем 20%.*

В странах, где подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных женщин не прикладывают ребенка к груди, при отсутствии каких-либо профилактических мероприятий риск вертикальной передачи ВИЧ составляет 15-30%; грудное вскармливание ребенка инфицированной матерью повышает риск на 5-20%, доводя его до 20-50% [38].

Установлено, что вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от совокупности ряда факторов.

Таблица 15 Факторы риска, связанные с передачей ВИЧ от матери ребенку

Группы факторов	Факторы
Материнские	Стадия ВИЧ-инфекции, сопутствующие состояния, употребление наркотиков, грудное вскармливание, характер питания и др.
Акушерские	Язвенные формы венерических заболеваний (например, сифилиса, герпеса), хориоамниониты, эпизиотомия, использование электродов, способ родоразрешения, продолжительность разрыва плодного пузыря, разрывы влагалища, кровотечение во время родов и др.
Вирусные/иммунологические	Вирусная нагрузка у матери, уровень содержания вируса в вагинальных секретах, устойчивость штаммов ВИЧ к антиретровирусным препаратам, которые применяются для профилактики вертикальной передачи ВИЧ, количество CD4-лимфоцитов, антиретровирусная терапия и др.
Плодные	Вес при рождении менее 2500 г, срок гестации менее 34 или 38 недель, многоплодие.

Предупреждение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку – не только актуальная проблема, но и достижимая задача, требующая, однако, определенных усилий как от медицинских работников (умение пользоваться методами и средствами профилактики, обучать женщину правильному поведению), так и от самих женщин (осознанный подход к материнству, желание и возможность соблюдать рекомендации специалистов).

Современные антиретровирусные препараты позволяют снизить количество вируса в крови, а вмешательства, направленные на предупреждение контакта ребенка с биологическими жидкостями и секретами матери, еще более усиливают этот эффект.

Широкое применение химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку началось в 1996 г. Единственная схема, практикуемая в то время, состояла из назначения зидовудина (азидотимедина) в три этапа. Эта схема не стала универсальной по ряду причин: длительность применения; дороговизна; невозможность применения у женщин, не состоящих на дородовом наблюдении; низкая эффективность у женщин с поздними стадиями ВИЧ-инфекции и/или высокой вирусной нагрузкой; возможность формирования лекарственной устойчивости к зидовудину (азидотимедину) и ряду других антиретровирусных препаратов.

В настоящее время с учетом перечисленных факторов рекомендованы несколько основных схем, отличающихся друг от друга длительностью приема препаратов, их количеством, сочетанием, стоимостью, показаниями к назначению.

Пример из практики

Больная Г., 26 лет, инфицирована ВИЧ в 1988 г., стадия болезни IIIБ по В.И.Покровскому, 1989г. (рецидивирующий персистирующий орофарингеальный и вагинальный кандидоз, хроническая рецидивирующая персистирующая герпетическая инфекция, анемия). При обследовании в 1999 г. на сроке беременности 15 недель количество CD4-лимфоцитов составляло 11% – 144 клетки/мм³. Пациентке назначены зидовудин и ламивудин. В III триместре беременности количество CD4-лимфоцитов возросло до 17% – 315 клеток/мм³, вирусная нагрузка ниже уровня определения. Роды в срок, естественным путем. Состояние ребенка после рождения удовлетворительное. Грудное вскармливание исключено. Ребенок не инфицирован ВИЧ и снят с диспансерного учета.

В случае, если в родильный дом на роды поступает женщина, не наблюдавшаяся в женской консультации, можно использовать экспресс тест-системы, применение которых регламентировано Приказом Минздрава РФ №292 от 30.07.2001 г. «Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека». Работа с одноэтапными простыми быстрыми 15-минутными иммунохроматографическими тестами не требует сложного оборудова-

вания и высокой квалификации персонала, однако необходима определенная подготовка и строгое следование инструкции. В дальнейшем результат должен подтверждаться проведением стандартных исследований.

Обычно проводится двукратное тестирование беременных – при первом обращении в женскую консультацию и в третьем триместре беременности (34-36 недель). Если женщина, поступившая на роды, не обследована во время беременности или не прошла второе тестирование, врач должен предложить ей пройти обследование в родильном доме.

Если ВИЧ-инфицирование выявлено во время родов, профилактическое лечение роженице назначает и проводит акушер-гинеколог по двум основным схемам:

- *Схема №1: зидовудин (азидотимидин) в/в струйно 0,002 г (0,2 мл)/кг веса в течение первого часа родов, затем до момента пересечения пуповины 0,001 г (0,1 мл)/кг веса/час.*
- *Схема №2: невирапин 1 таблетка (0,2 г) per os однократно с началом родовой деятельности, в случае затяжных родов – повторить через 12 часов.*

При невозможности проведения обследования химиопрофилактика женщине и новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям. Каждый родильный дом должен быть обеспечен антиретровирусными препаратами для проведения химиопрофилактики.

ВААРТ снижает риск передачи ВИЧ значительно эффективнее, чем монотерапия

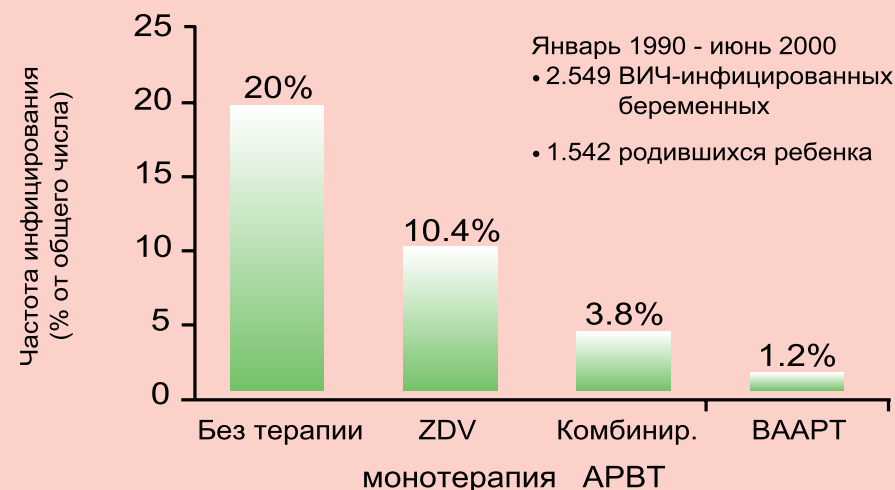


Рисунок 3. ВААРТ снижает риск передачи ВИЧ значительно эффективнее, чем монотерапия [44].

Вопрос о тактике родоразрешения ВИЧ-инфицированной женщины до сих пор остается открытым и на сегодняшний день решается в каждом случае индивидуально, в зависимости от акушерской ситуации. Плановое кесарево сечение (до разрыва плодных оболочек) снижает риск передачи ВИЧ на 50%, однако кесарево сечение, выполненное по экстренным показаниям после отхождения околоплодных вод, не снижает риск заражения ребенка.

Всемирная Организация здравоохранения рекомендует проводить плановое кесарево сечение в сроке беременности 38 и более недель, однако, по возможности, следует определять вирусную нагрузку: если этот показатель ниже 1000 копий/мл, роды можно вести консервативно. Использование комбинированной антиретровирусной терапии, приверженность пациентки такой терапии и постоянный прием препаратов существенно снижают вероятность инфицирования ребенка и позволяют рекомендовать родоразрешение через естественные родовые пути [27].

Несмотря на успехи, достигнутые в области профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, риск рождения инфицированного ребенка сохраняется. В силах медицинских работников снизить этот риск до трех, двух и даже одного процента, но и 1 ребенок на 100 – это личная драма, непонимание, разочарование в возможностях медицины в целом и лечащих врачей в частности.

Результаты исследования

Одна из участниц исследования, педиатр, рассказывала о случае, когда ей пришлось сообщить родителям ребенка о том, что у него сомнительный результат анализа и требуется повторное обследование; это вызвало у родителей эмоциональный шок.

Чтобы избежать подобных ситуаций, необходимо вдумчиво, последовательно, терпеливо и честно проводить консультирование с женщиной, предоставляя ей всю современную доступную информацию по теме «ВИЧ-инфекция, беременность и ребенок».

8. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

8. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ

Подростковый возраст занимает особое место в физическом и психическом становлении человека. В среднем подростковый период ограничивается возрастными рамками от 11-12 до 18-20 лет. В физиологическом плане первую фазу (от 11-12 до 14-15 лет) обозначают как препубертатную, а вторую (от 14-15 до 18-20 лет) – как собственно пубертатную.

Результаты исследования

По мнению участников исследования, подросткам часто не хватает информации о путях заражения ВИЧ. Однако консультирование подростков по вопросам ВИЧ/СПИДа требует от медицинских работников особых психологических навыков. Как и в других случаях консультирования, необходимой предпосылкой успешного диалога в этом случае является доверие подростка к медицинскому работнику. Участники исследования отмечали, что подростки стесняются говорить на подобные темы, боятся, что их интерес вызовет подозрение в том, что они инфицированы. Предпочтительным способом консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа медицинские работники считают индивидуальное консультирование. В то же время одна из участниц исследования, подростковый гинеколог, отметила, что более эффективна как раз групповая работа, потому что подросткам легче бывает задавать вопросы лектору. По-видимому, это можно объяснить тем, что вопросы, задаваемые по содержанию лекции, могут быть преподнесены как проявление общего познавательного интереса к проблеме.

8.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Подростковый возраст – важный, ответственный и нелегкий этап в жизни каждого человека. В этот период меняются представления о себе и об окружающей действительности. Настроение становится неустойчивым. Переходя из детского мира во взрослый, подросток еще не принадлежит полностью ни к тому, ни к другому, поэтому поведение его часто бывает непредсказуемым. Он колеблется между зависимостью от окружающих и растущей потребностью в самостоятельности. Его механизмы психологической защиты еще несформированы, отсюда хорошо известная предрасположенность подростка к конфликтам, чувствительность к критике. Подростковый период жизни отличают также колебания настроения, отсутствие собственной нравственной позиции, неумение использовать чужой негативный опыт. Так, из практики общения с подростками известно, что красочные рассказы о том, какие к каким трагическим послед-

ствиям приводит то или иное рискованное поведение реально существующего или воображаемого сверстника не имеют желаемого эффекта.

Совет

У подростков еще не сформировалось отношение к смерти и возможным увечьям. Поэтому при проведении консультирования не целесообразно прибегать к устрашению и запугиванию.

Таблица 16 Психологические особенности подросткового возраста

Подросток хочет видеть себя взрослым.	Однако ориентация на взрослые ценности и сравнение себя со взрослыми зачастую заставляют подростка снова ощущать себя «маленьким» и «несамостоятельным». При этом, в отличие от ребенка, он не считает такое положение нормальным и стремится его изменить. В то же время, пытаясь вести себя по-взрослому, он не готов к «взрослой» ответственности и избегает ее.
Подростку присущи внутренняя противоречивость, повышенная застенчивость и одновременно агрессивность, склонность занимать крайние позиции и придерживаться неожиданных точек зрения.	Возможности подростка расширяются, а положение остается на детско-школьном уровне. Он часто отказывается принимать оценки и жизненный опыт родителей даже в том случае, когда понимает их правоту. Он делает ошибки и учится именно на них.

Главная особенность подросткового периода – открытие внутреннего «Я» и осознание собственной индивидуальности.

Подростковое «Я» еще неопределенно, расплывчато. Это состояние нередко переживается как смутное беспокойство или ощущение внутренней пустоты, которую необходимо чем-то заполнить. Отсюда – растущая потребность в самоутверждении, во включенности в ту или иную группу сверстников. Именно сознание групповой принадлежности облегчает подростку обособление от взрослых, дает ему чувство эмоционального благополучия и устойчивости. Учебная деятельность и школа перестают быть главными задачами. Ведущим становится интимно-личностное общение со сверстниками.

В подростковом возрасте снижается продуктивность умственной деятельности, поскольку конкретное мышление сменяется логическим.

Именно новым для подростка механизмом логического мышления и объясняется рост критичности. Он уже не принимает постулаты взрослых на веру, требует доказательств и обоснований. Рост критичности подчас ведёт к полному негативизму. Чаще же этот негативизм распространяется только на конфликтные, стрессовые и эмоционально напряжённые для подростка ситуации. Лишь у 20% подростков полностью отсутствуют кризисные проявления негативизма.

Внешность для подростка – важная сторона жизни.

С возрастом озабоченность внешностью обычно уменьшается в силу того, что человек привыкает к своему облику. На первый план выступают другие свойства личности – умственные способности, волевые и моральные качества. Именно от них будет в дальнейшем зависеть успех взаимоотношений с окружающими.

У подростков происходит развитие временных представлений, изменяется жизненная перспектива.

Для подростка становится важным появление жизненного плана; формируется установка на сознательное построение собственной жизни, возрастает потребность в достижении конкретных результатов

8.2. ОСОБЕННОСТИ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Результаты социологических исследований, проведенных среди 1600 подростков в пяти российских городах, показывают [13], что информированность подростков об ИППП, включая ВИЧ/СПИД, очень низка. Только один из пяти юношей и девушек осознает, что определенная (или серьезная) опасность существует. Однако простого осознания риска недостаточно. Важным фактором являются мотивы, побуждающие обсуждать эту проблему с партнером, и владение навыками убеждения. Больше половины юношей и девушек не делают этого, четверть всех опрошенных затрагивали эту тему лишь мельком, и только 10% серьезно обсуждали ее.

Таблица 17 Учет психологических особенностей подростков при консультировании по вопросам ВИЧ-инфекции

Психологические особенности подростков	Особенности поведения	Особенности консультирования
Чувствительность к критике и мнению окружающих по поводу своей внешности, способностей.	Обидчивость. Лучше промолчат, чем скажут и ошибутся. Хотят выглядеть лучше всех.	Избегать критики и оценок. Дать возможность высказаться.
Стремление освободиться от контроля и опеки взрослых.	Бунтарство, демонстративность. Нарушение правил.	Отказаться от прямых запретов, давления, чтения нотаций.
Потребность в общении, страх быть отвергнутым.	Избегают общения из страха «не понравиться».	Поддерживать и подбадривать не уверенных в себе подростков.

Склонность к риску, экспериментированию и острым ощущениям.	Не думают о своей безопасности, не умеют правильно оценивать свои силы и возможности.	Демонстрировать уверенное, спокойное поведение в беседе. Обосновывать возможность получения острых ощущений не только в ситуациях, связанных с риском для здоровья.
---	---	---

Чтобы успешно консультировать подростков по вопросам, связанным с профилактикой ВИЧ-инфекции, необходимо в первую очередь установить контакт. Для этого в атмосфере доверия важно обсудить потребности подростка и информировать его по вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией.

Медицинский работник должен оценить:

- особенности психического состояния подростка;
- жизненные приоритеты подростка;
- уровень информированности подростка;
- готовность и способность подростка к восприятию информации;
- наличие или отсутствие у подростка интереса к вопросам, связанным с ВИЧ-инфекцией;
- уровень восприятия проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, в референтной группе подростка;
- степень понимания и принятия подростком своей ситуации в связи с ВИЧ-инфекцией;
- характер отношений в семье подростка;
- характер ситуации в школе.

Залогом успешной работы с подростком является создание атмосферы доверия. Для этого необходим искренний интерес к подростку, подлинное желание помочь ему. Важно не оценивать, а слушать, слышать и понимать.

Таблица 18 Особенности консультирования подростков при тестировании на ВИЧ

<p>Создайте условия для конфиденциальной беседы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обговорите необходимость конфиденциальности. • Подчеркните, что вопросы личного свойства не связаны с вашим интересом к интимным подробностям жизни подростка, а являются необходимыми для оценки индивидуального риска заражения. • Обратите внимание подростка на добровольный характер решения о прохождении теста.
<p>Оцените знания подростка о ВИЧ/СПИДе.</p>	<p>Спросите у подростка, что он знает о ВИЧ-инфекции, знаком ли с кем-нибудь, кто страдает этим заболеванием.</p>
<p>Оцените риск заражения подростка ВИЧ.</p>	<p>Расспросите подростка о его половой жизни, не фиксируясь на его сексуальной ориентации. Узнайте, употребляет ли подросток алкоголь или наркотики перед началом половых контактов. Спросите подростка о том, регулярно ли он использует презерватив при половых контактах, а также о том, принуждался ли он когда-либо к вступлению в половые отношения.</p> <p>Спросите, распространено ли в окружении подростка употребление алкоголя и наркотиков.</p>

<p>Обсудите с подростком имевшие место в его жизни факты рискованного поведения.</p>	<p>Проинформируйте подростка о том, что в его жизни имелись случаи рискованного поведения. Обсудите пути изменения поведения на менее опасное. Поощрите подростка, который избегает рискованного поведения.</p>
<p>Расскажите подростку о тесте на ВИЧ, убедитесь в том, что он понимает значение положительного и отрицательного результатов.</p>	<p>Обратите внимание подростка на добровольность и конфиденциальность исследования.</p>
<p>Получите согласие подростка на обследование.</p>	<p>Спросите, расскажет ли подросток своим близким о том, что он обследовался на ВИЧ.</p>
<p>Назначьте время после-тестового консультирования.</p>	<p>Положительный результат теста на ВИЧ сообщается подростку, не достигшему 18 лет, в присутствии родителей или иных законных представителей. Это оговаривается в ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» № 38-ФЗ от 30.03.95 г.</p>

Важно учитывать факторы, которые могут разрушить атмосферу доверия, необходимую для успешного консультирования подростков.

- *Чаще всего это авторитарная позиция медицинского работника, назидательность его тона, снисходительное отношение к мнению подростка. Такое консультирование заранее обречено на неудачу, так как наиболее вероятной реакцией на него станут сопротивление и протест.*
- *Более удачна позиция просвещенного советчика, который объясняет смысл своих рекомендаций, доказывает их обоснованность, оставляет подростку возможность выбора. Даже если для самого специалиста вопросы, обсуждаемые с подростком, являются аксиомой, необходимо быть готовым терпеливо и спокойно доказывать свою правоту, не сбиваясь на менторский тон и раздраженное морализирование.*

Знание социальных и психологических особенностей подросткового периода позволяет медицинскому работнику находить дополнительные аргументы в пользу менее опасного в отношении ВИЧ-инфекции и других ИППП поведения. Такими аргументами для подростка могут стать уверенность в своем жизненном сценарии и возможности его реализации, поддержание на должном уровне внешнего облика и самочувствия.

Медицинский работник должен предложить подростку поддержку в виде доступных консультаций и возможности обсуждения возникающих проблем по телефону.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Со времени своего появления ВИЧ-инфекция преподала человечеству несколько уроков. Она заставила людей с особой силой ощутить свою взаимосвязь друг с другом и зависимость друг от друга. Оказалось, что попытка преодолеть одиночество с помощью секса или решить проблему с помощью наркотиков, может привести к заражению неизлечимым сегодня заболеванием – ВИЧ-инфекцией. Оказалось также, что избежать этого заболевания можно, только изменив навыки поведения, в том числе навыки общения. Каждый медицинский специалист, а не только сотрудник Центра СПИД, должен владеть информацией и уметь обсуждать со своими пациентами вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией. Надеемся, что наше пособие окажется в этой работе хорошим подспорьем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ЛИТЕРАТУРА

1. Базовая стратегия профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного возраста в Европе. – ВОЗ, 2004.
2. Байлук Ф.Н, Зубов В.А., Пайкачева И.В. и др. Некоторые проблемы взаимоотношения “Общество – больной – врач” при эпидемии ВИЧ/СПИДа среди ПВВН//Здравоохранение Заполярья. – 2000. – №5. – С. 55-58.
3. Беляева В.В. Консультирование как модель оказания помощи при ВИЧ-инфекции//Медицинская кафедра. – 2004. – №2. – С.186-189.
4. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции: Пособие для врачей.- М., 2003. – 77 с.
5. Беляева В.В., Суворова З.К., Соколова Е.В., Голиусов А.Т., Покровский В.В. Особенности профилактической работы по вопросам ВИЧ-инфекции на основе опыта работы центров СПИДа в России//Эпидемиология и инфекционные болезни. – №4. – 2004. – С.46-49.
6. ВИЧ инфекция. Информационный бюллетень №26. – Москва, 2004
7. Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А. О критериях диагностики и прогноза ВИЧ-инфекции у детей 1го года жизни и особенностях их лечения/Рахманова А.Г. и соавт. ВИЧ-инфекция.- СПб, 2004. – С.324-332.
8. Вышемирская И.И. ВИЧ-активизм как стратегия выживания: исследование случая. www.indepsocres.spb.ru
9. Дальке Р. Детлефсен Т. Болезнь как путь. Значение и предназначение болезней.- СПб.: ИД «ВЕСЬ», 2003. – 320с.
10. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа, 2002 г. – ЮНЭЙДС, Женева. – С. 35.
11. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. 4й глобальный доклад.- ЮНЭЙДС, 2004. www.hivrussia.org
12. Женщины и ВИЧ/СПИД: просвещение, профилактика, обретение самостоятельности. www.un.org
13. Кеттинг Э., Аверин Ю.П., Дмитриева Е.В. Легко ли быть молодым и влюбленным в России?:Результаты опроса 1600 подростков в 5 российских городах по вопросам здоровья и интимных взаимоотношений. – Угрехт/Москва/Санкт-Петербург, 2001.
14. Коровина Г.И., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А., Исаева Г.Н., Афонина Л.Ю., Улюкин И.М. ПЦР-диагностика ВИЧ-инфекции у детей/ Сб. тезисов IV Всероссийской научно-практической конференции «Генодиагностика инфекционных заболеваний» под ред. Покровского В.В.. – Москва, 2002. – С. 120-123.
15. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования/Пер. с лит. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
16. Кравченко А.В. Комбинированная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции/Эпидемиология и инфекционные болезни. – № 1. – 2001. – С.59-62.
17. Ладная Н.Н., Покровский В.В., Соколова Е.В. Ситуация и тенденции развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России/Материалы 4-го симпозиума и обучающего семинара в Алтайском Крае в рамках проекта «Российская сеть по борьбе с ВИЧ-инфекцией», июль 2004 г. www.hivrussia.org
18. Лечение ВИЧ-инфекции/Под ред. К. Хоффмана и Б. Кампса. – Flying Publisher, 2003. www.HIVMedicine.com
19. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания.- М.: ТОО «Рарогъ», 1996. – 624с.
20. Медицинские работники о проблемах ВИЧ/СПИДа: Отчет. Основные выводы по результатам глубинных интервью. – Проект «Здоровая Россия 2020». – Август 2004. – 44 с.
21. Покровский В.В. Интернет-пресс-конференция на сайте RBC.RU 31.07.2002 г. www.narkotiki.ru
22. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и



СПИД. – М.: «Медицина», 1996. – 248 с.

23. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение//Под общ. Ред. В.В.Покровского – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР МЕД, 2003. – 488 с.

24. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В./Информационный бюллетень «ВИЧ – инфекция». – № 26.- М, 2004. – 35 с.

25. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Буравцова Е.В., Ермак Т.Н., Кравченко А.В., Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. Практическое руководство. -М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 96 с.

26. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Деткова Н.В., Соколова Е.В., Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А. , Королева Л.П. Рекомендации по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку: Учебное пособие. – М. Медицина для Вас, 2003. 29 с.

27. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе:Протоколы ВОЗ для стран СНГ. Версия 1. – ВОЗ, 2004.

28. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. 2007

29. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам/Под ред. Д. Андерсон. – 2001. – С. 463.

30. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Т.2. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – 381 с.

31. СПИД-терроризм угрожает каждому www.press.mednet.md

32. Учебный курс по ВИЧ для медицинских работников. – Baylor College of Medicine, США. – 2003. – 218 с.

33. Федеральный закон РФ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефи-

цита человека (ВИЧ-инфекции)» (№ 38-ФЗ от 30.03.95 г.)

34. Фланаган В.Ф. Вирус иммунодефицита человека, СПИД и права человека в России. – СПб, 2000. – 44 с.

35. Яшина Е. с соавт. Я хочу провести тренинг. “Гуманитарный проект”. – Новосибирск, 2000. – 205 с.

36. A Guide to the clinical care of women with HIV. Edited by Jean R.Anderson, U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, HIV/AIDS bureau, 2001.- 510p.

37. Alliegro M.B., Dorrucchi M., Phillips A.N. Incidence and consequences of pregnancy in women with known duration of HIV infection. Italian Seroconversion study Group. Arch. Intern. Med. 1997, 157: 2585-90.

38. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Deadlines on care treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource constrained settings. – WHO, Geneve, 2004.


39. Belyaeva V.V., Rutchkina Y.V., Pokrovsky Y.V.,. Psychosocial care for HIV-infected individuals in Russia; AIDS CARE; 1993 Vol. 5. N 2.,.pp.243-246.

40. Burns D.N., Landesman S., Minkoff H., Wright D.J., Waters D., Mitchell R.M. et al. The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type-1 infection: antepartum and postpartum changes in human immunodeficiency virus type-1 viral load. Am. J. Obstet. Gynecol. 1998, 178: 355-9.

41. Catalan, J., Meadows, J. & Douzenis, A. The changing pattern of mental health problems in HIV infection: the view from London, UK. AIDS Care, 2000. 12, 333-341.

42. Chabon B., Futterman D., Jones C. Adolescent HIV counseling and testing protocol. In:Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling/ New York: Columbia University Press, 1998, pp.152-161.

43. Christ G.N., Wiener L.S.,//AIDS: Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention. – Philadelphia, 1985.- P.275-279.

- 
44. Cooper et al. JAIDS 2002; 29:484–494.
 45. Fiscus et al. Pediatric Infectious Diseases Journal, 2002; 21:664–668.
 46. Frankel R.E., Selwyn P.A., Mezger J., Andrews S. High prevalence of gynecologic disease among hospitalized women with human immunodeficiency virus infection. Clin. Infect. 1997, 25: 706-12.
 47. HIV voluntary counseling and testing: a gateway to prevention. UNAIDS (2002). 100 pages. www.unaids.org
 48. Kirk O., Mocroft A., Katzenstein T.L. et al. Changes in use of antiretroviral therapy in regions of Europe over time. AIDS 1998, 12:2031-9.
 49. McKee N. et al. Involving People, Evolving Behavior. – P. 109.
 50. Minkoff H.L., Eisenberger-Matityahu D., Feldman J., Burk R., Clarke L. Prevalence and incidence of gynecologic disorders among women with human immunodeficiency virus. Am. J. Obstet. Gynecol. 1999, 180: 824-36.
 51. Murphy R, et al. 42nd ICAAC, San Diego, 2002.
 52. Northouse L., Northouse P. Health Communication. – P. 107.
 53. O’Sullivan M.J., Lai S., Yasin S., Helfgott A. The effect of pregnancy on lymphocyte count in HIV infected women. HIV Infected Women Conf. S20: Feb 22-24, 1995.
 54. Padian et al. American Journal of Epidemiology, 1997; 146: 350–357.
 55. Siegel K., Lune H., Meyer I. Stigma Management Among Gay/ Bisexual Men with HIV / AIDS// Qualitative Sociology. V.21.N 1. P.3-24.
 56. Strong P. Epidemic psychology: a model. Sociology of Health and Illness 1990; 12: 249-59.
 57. The UCSF AIDS health project guide to counseling: Perspectives on psychotherapy, prevention, and therapeutic practice. J.W. Dilley, R. Marks. AIDS Health Project, 1998.

58. Updated U.S. public health service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR, 2005, 54(RR-9) 1–17
59. Weitz R. Living with the stigma of AIDS //Qualitative Sociology. V.13, N. 1, P. 23-38.



ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Стадии ВИЧ-инфекции


(Покровский В.В. и соавт., 2003)

1. “Стадия инкубации” – период от момента заражения до появления реакции организма в виде клинических проявлений “острой инфекции” и/или выработки антител. Продолжительность ее обычно составляет от 3-х недель до 3-х месяцев, но в единичных случаях может затягиваться и до года. В этот период идет активное размножение ВИЧ, однако клинических проявлений заболевания нет, и антитела к ВИЧ еще не выявляются.

2. “Стадия первичных проявлений” связана с первичным ответом организма на внедрение и репликацию ВИЧ, выраженным в виде клинических симптомов и/или выработки антител. Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции может иметь несколько вариантов течения:

2А “Бессимптомная” – характеризуется отсутствием клинических проявлений ВИЧ-инфекции. Ответ организма на внедрение ВИЧ выражается лишь в выработке антител.

2Б “Острая инфекция без вторичных заболеваний” характеризуется разнообразной клинической симптоматикой. Наиболее часто регистрируются лихорадка, высыпания на коже и слизистых, увеличение лимфатических узлов, фарингит, увеличение печени, селезенки, диарея. Иногда развивается “асептический менингит”, проявляющийся менингеальным синдромом. Такой вариант течения, отмечаемый у 15-30% больных, называют “мононуклеозоподобным”, или “краснухоподобным”, синдромом. У большинства больных встречаются 1-2 из вышеперечисленных симптомов в любых сочетаниях. На этой стадии отмечается транзитное снижение уровня CD4-лимфоцитов.



2В “Острая инфекция со вторичными заболеваниями” характеризуется значительным снижением уровня CD4-лимфоцитов. В результате на фоне иммунодефицита появляются вторичные заболевания различной этиологии (кандидозы, герпетическая инфекция и т.д.). Их проявления, как правило, слабо выражены, кратковременны, хорошо поддаются терапии, но могут быть тяжелыми (кандидозный эзофагит, пневмоцистная пневмония); в редких случаях возможен даже смертельный исход.

Стадия первичных проявлений, протекающая в форме острой инфекции (2Б и 2В), регистрируется у 50-90% больных ВИЧ-инфекцией и, как правило, отмечается в первые три месяца после заражения. Она может опережать сероконверсию, то есть появление антител к ВИЧ. Поэтому при первых клинических симптомах в сыворотке больного антител к белкам и гликопротеидам ВИЧ можно не обнаружить.

Продолжительность клинических проявлений во второй стадии может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, однако обычно они регистрируются в течение двух-трех недель. Клиническая симптоматика стадии первичных проявлений ВИЧ-инфекции может рецидивировать.

Стадия первичных проявлений ВИЧ-инфекции у подавляющего большинства больных переходит в субклиническую, но у некоторых она может сразу переходить в стадию вторичных заболеваний.

3. “Субклиническая стадия” характеризуется медленным нарастанием иммунодефицита. Скорость размножения ВИЧ в этот период, по сравнению со стадией первичных проявлений, замедляется.

Основным клиническим проявлением субклинической стадии является “персистирующая генерализованная лимфоаденопатия” (ПГЛ). Для нее характерно увеличение не менее двух лимфоузлов не менее чем в двух не связанных между собой группах (не считая паховых) – у взрослых – до размера в диаметре более 1 см., у детей – более 0,5 см., – сохраняющихся в течение не менее трех месяцев. Обычно эти лимфатические узлы эластичны, безболезненны, не спаяны с окружающей тканью; кожа над ними не изменена.

Увеличение лимфоузлов в третьей стадии может не соответствовать критериям ПГЛ или вообще не регистрироваться.

Длительность субклинической стадии составляет от двух-трех до 20 и более лет, но в среднем она продолжается шесть-семь лет. Скорость снижения уровня CD4-лимфоцитов в этот период составляет 500-700 клеток/мм³ в год.

4. “Стадия вторичных заболеваний” связана с истощением популяции CD4-лимфоцитов. В результате на фоне значительного иммунодефицита развиваются

инфекционные и/или онкологические вторичные заболевания. В зависимости от тяжести вторичных заболеваний выделяют стадии 4А, 4Б, 4В.

4А обычно развивается через 6-10 лет от момента заражения. Для нее характерны бактериальные, грибковые и вирусные поражения слизистых и кожных покровов, воспалительные заболевания верхних дыхательных путей. Обычно стадия 4А развивается у пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов 350-500 клеток/мм³ (у здоровых лиц число CD4-лимфоцитов колеблется в пределах 600-1900 клеток/мм³).

4Б чаще возникает через 7-10 лет от момента заражения. Кожные поражения в этот период носят более глубокий характер и склонны к затяжному течению. Развиваются поражения внутренних органов. Могут отмечаться потеря веса, лихорадка, локализованная саркома Капоши, поражение периферической нервной системы. Обычно стадия 4Б развивается у пациентов с уровнем CD4 лимфоцитов 200-350 клеток/мм³.

4В преимущественно выявляется через 10-12 лет от момента заражения. Она характеризуется развитием тяжелых, угрожающих жизни вторичных заболеваний, их генерализованным характером, поражением центральной нервной системы. Обычно стадия 4В имеет место при уровне CD4 лимфоцитов менее 200 клеток/мм³.


5. “Терминальная стадия” проявляется необратимым течением вторичных заболеваний. Даже адекватно проводимая противоретровирусная терапия и лечение вторичных заболеваний оказываются неэффективными. В результате больной погибает в течение нескольких месяцев. На этой стадии число CD4 клеток, как правило, ниже 50 клеток/мм³.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Таблица Воздействие противоретровирусных препаратов на различные фазы жизненного цикла ВИЧ

Компонент вируса	Роль в жизненном цикле ВИЧ	Противоретровирусные препараты и их действие
gp120	прикрепление вируса к клеткам-мишеням	Ингибиторы прикрепления
gp41	слияние оболочки вируса и клеточной мембраны Ингибиторы слияния	Ингибиторы слияния
CCR5 и CXCR4	проникновение ВИЧ-1 в клетку	Ингибиторы корецепторов
обратная транскриптаза (ОТ)	превращение вирусной РНК в ДНК	Нуклеозидные, нуклеотидные и нуклеозидные ингибиторы ОТ
интеграза	встраивание ДНК ВИЧ в геном клетки хозяина	Ингибиторы интегразы
протеаза	расщепление белков и ферментов на фрагменты	Ингибиторы протеазы

Сегодня в России зарегистрированы и применяются при лечении ВИЧ-инфицированных пациентов 17 противоретровирусных препаратов, относящихся к различным группам и, таким образом, воздействующих сразу на несколько фаз жизненного цикла вируса. Наличие стольких препаратов дает возможность составить большое число комбинаций. Сама по себе ВИЧ-инфекция – еще не показание для обязательного лечения противоретровирусными препаратами. Опыт специалистов показывает, что ВААРТ должна назначаться пациентам с острой ВИЧ-инфекцией и в стадии вторичных заболеваний (см. классификацию ВИЧ-инфекции в приложении). Решение о начале противоретровирусной терапии пациента должны принимать специалисты в области ВИЧ-инфекции, которые могут оценить клинические и лабораторные (количество CD4-лимфоцитов, уровень вирусной нагрузки и другие) показатели больного, его способность соблюдать назначенную схему лечения (приверженность терапии).



Настоящее пособие можно свободно цитировать, воспроизводить частично или полностью, а также переводить при обязательном указании источника.

Пособие нельзя продавать или использовать в коммерческих целях.

Изменения в тексте, дополнительное тиражирование руководства – полное или частичное – не может быть осуществлено без согласования с фондом «Здоровая Россия».

125009 Москва, Газетный пер., 3-5
тел. (095) 9335854, факс (095) 6298367

Сайт: www.fzr.ru

Тираж 6 000 экз.

Распространяется бесплатно