

# **РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ**

**Руководство для специалистов по социальной  
работе и социальных работников  
системы здравоохранения**

# **РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ**

Руководство для специалистов по социальной  
работе и социальных работников  
системы здравоохранения

© РОО «СПИД инфосвязь», 2007 год

**Автор-составитель:**

**Кольцова Ольга Владимировна** - специалист по социальной работе и медицинский психолог, заведующая отделением медико-психолого-социальной реабилитации Санкт-Петербургского городского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

При составлении руководства неоценимую помощь оказала **Волкова Галина Владимировна**, врач-эпидемиолог, заместитель главного врача Санкт-Петербургского городского Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

**Выпускающий редактор:**

**Никитина Марина Анатольевна** - руководитель Программы «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе», РОО «СПИД инфосвязь»

## СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
Предисловие	4
Этические принципы социальной работы в оказании паллиативной помощи	7
Методы социальной работы	11
Потребности ВИЧ-инфицированных пациентов	15
Содействие в решении проблем	19
Ориентирование в системе обеспечения медицинскими и социальными услугами	24
Организация адекватной помощи в зависимости от приоритетных потребностей	28
Оценка качества жизни	34
Роль социального работника в оказании помощи ВИЧ-инфицированным	36
Словарь терминов	41
Приложение: Оценка потребностей ВИЧ-инфицированных пациентов на примере опросника нью-йоркской программы COBRA.	46
Список использованной литературы	94

## Предисловие

Эпидемия ВИЧ/СПИДа относится к числу социальных бед, которые наносят огромный ущерб мировому сообществу, каждой стране и людям, которых они непосредственно затрагивают.

В последнее время медицина достигла больших успехов в лечении ВИЧ-инфекции, благодаря появлению и развитию высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Но из-за сопутствующих заболеваний лечение может не давать результата, и тогда силы пациента настолько истощаются, что он не может сопротивляться регрессу. Такой человек нуждается в паллиативной помощи.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), *паллиативная помощь* подразумевает всестороннее и своевременное выявление и решение проблем, которые несет с собой неизлечимое заболевание – облегчение боли и других проявлений болезни, оказание психологической, социальной и духовной поддержки – имея главной целью улучшение качества жизни больного и его близких (Протоколы ВОЗ).

Паллиативная помощь, направленная на уменьшение страданий, может последовательно осуществляться на разных этапах – в стационарах, на амбулаторном приеме в поликлиниках (как специализированных, так и традиционных медицинских учреждений) и в домашних условиях. «Формы организации [паллиативной помощи] должны быть разносторонними, приспособленными к той или иной системе здравоохранения и культуре, и должны быть нацелены на удовлетворение изменяющихся потребностей и желаний пациентов» (рекомендации Res (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы).

«Уменьшение способности к концентрации, упадок сил, появление первых оппортунистических инфекций вынуждает приспособляться. Требования, предъявляемые профессией, и стресс более не преодолеваются без значительных энергетических затрат. С началом болезни возникает вопрос о социальном страховании по другую сторону от работы. Какие же существуют возможности материальной стабилизации и медицинского обслуживания? Какие ходатайства и когда можно подать?» (К. Arasteh, R. Weiss, 2004/2005).

Для организации социальной помощи ВИЧ-инфицированным в государственных учреждениях здравоохранения, таких как инфекционные больницы и Центры по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, относительно недавно стали вводиться должности социальных работников и специалистов по социальной работе. Им, как правило, приходится учиться на практике. Они используют знания, накопленные в отечественной медицине и психологии, многолетний опыт зарубежных коллег по социальной работе в отношении больных, страдающих от последствий ВИЧ/СПИДа, онкологических заболеваний, а также от наркомании и алкоголизма. Это специалисты, которые ориентируются в медицинских аспектах ВИЧ/СПИДа, владеют методами психосоциальной диагностики и консультирования и организуют и координируют индивидуальную социальную работу с клиническим случаем. Чтобы стать профессионалом, социальный работник должен обладать личностными качествами, располагающими к нему людей, владеть навыками общения, посредничества и организации помощи.

Болезни, вызванной ВИЧ-инфекцией, подвержены в основном лица молодого и среднего возраста, которые по мере развития заболевания могут полностью или частично

утрачивать здоровье и работоспособность. Так как болезнь нарушает естественное развитие человека в период зрелости, то у людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, накапливается неудовлетворенность в разных жизненных сферах, что со временем сказывается на качестве жизни в целом.

Разумная адаптация человека, живущего с ВИЧ-инфекцией, направлена на то, чтобы распределить свои силы как с учетом возникших в связи с болезнью объективных ограничений, так и с учетом его потенциальных возможностей.

Болезнь одного человека меняет жизнеустройство всех членов его семьи. Социальный работник оказывает поддержку лицам, осуществляющим постоянный уход за больным, так как они могут иметь серьезные проблемы в социальной сфере, такие как, например, потеря работы в результате того, что они заботятся о родственнике в ущерб своим рабочим обязательствам.

Страх смерти обостряет внутренние психологические конфликты. У человека появляется желание многое в своей жизни изменить. Одни проводят «ревизию» прошлой жизни, другие хотят улучшить будущее существование. Социальный работник помогает пациенту упорядочить его переживания, принять появившиеся вместе с болезнью ограничения и найти ту сферу жизни, в которой он может продолжать развиваться.

## **Этические принципы социальной работы в оказании паллиативной помощи**

Ценности и этические принципы определяют нормативное поведение социального работника. На уровне индивидуальных интервенций и взаимодействий социальные работники-профессионалы руководствуются следующими общепринятыми нормами:

- 1) пациент индивидуален;
- 2) он имеет право на выражение своих чувств;
- 3) право на управляемое эмоциональное участие;
- 4) право на принятие;
- 5) право не быть оцененным;
- 6) право делать самостоятельный выбор и принимать самостоятельные решения;
- 7) право на конфиденциальность.

Не следует идеализировать пациентов. Даже в отношении заботящихся о них людей они могут проявлять свои слабости, недостатки. У наркозависимых пациентов может формироваться искаженная система ценностей и проявляться способности к манипулированию, потребительское отношение к благотворителям. Ввиду неосознанных проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией, пациент может извлекать своеобразную выгоду из своего заболевания (феномен «вторичной выгоды») и преувеличивать свое недомогание, чтобы социальный работник делал все за него.

По мере накопления опыта в практике индивидуальной социальной работы формируются также принципы, запрещающие социальному работнику в некоторых ситуациях идти на поводу у пациента, поскольку это нанесет ему вред, ограничивать степень его самостоятельности. Среди этих правил можно отметить следующие:



- никогда не помогайте «третьему лицу» - тому, кого вы не видели и с кем не обсуждали сложившуюся ситуацию;
- не верьте, что человек беспомощен (за исключением тех случаев, когда он без сознания);
- не пытайтесь заставить другого человека, во что бы это ни стало, чувствовать себя лучше;
- не принимайте решения за другого человека и не пытайтесь убедить человека сделать выбор по вашему желанию (Забадыкина Е.В., 1999).

Паллиативная помощь в области ВИЧ/СПИДа многое заимствует из онкологии, в том числе и морально-этические принципы, на которых выстраивается психологическая поддержка физически ослабленных людей.

Голландский доктор Фредерика де Грааф, работающая в онкологическом хосписе, поделилась своим опытом со специалистами, занятыми в области лечения ВИЧ/СПИДа. В ее тезисах отражается этика отношений «медицинский работник – больной».

- a) Найти смысл жизни.
- b) Определиться, где я и где мой больной.
- c) Даже в молчании пребывать с пациентом, но не над ним.
- d) Создавать условия, чтобы пациент мог свободно размышлять и говорить.
- e) Проявление личностного достоинства.
- f) Трепетно относиться к человеку, с которым мы связаны.

Фредерика каждый тезис раскрывает на конкретных историях своих пациентов. И, наверное, каждый специалист - врач, психолог, социальный работник или

священник - может вспомнить случаи из своей практики, вдумываясь в содержание этих тезисов.

Игумен Мефодий (Кондратьев) наставляет: «Кто бы из больных ни начал с нами разговор о смысле жизни, надо настроиться на разговор об их жизни, не о жизни вообще. Человек у порога смерти готов сделать последние оценки прожитого, ищет максимально возможного для него осмысления своей судьбы, понимания смысла уходящей жизни. Допуская до разговора об этом, человек оказывает огромное доверие. У каждого человека свой сокровенный смысл жизни, который он не выдумывает, но с той или иной степенью прозорливости находит. Только он сам может его действительно понять. Другие могут быть его помощниками в этом поиске, не более. Хорошо, когда помощники задумываются о смысле собственного бытия».

Сестра Элизабет из Организации Св. Винсента в Нью-Йорке, работает с детьми еще с тех времен, когда не было лекарств, и многие умирали от СПИДа. Она считает, что прежде чем говорить о смерти и умирании, надо самим примириться со смертью и умиранием, иначе собственные переживания будут мешать в тот момент, когда больной нуждается в сострадании и понимании.

Митрополит Антоний Сурожский, говорил о том, как священник должен справиться со страхом, если человек умирает: «С собой священнику некогда справляться. Если он заглядится на себя, то ему некогда заботиться о другом. Поэтому в момент, когда происходит трагедия, он должен просто сказать: о себе я буду думать позже, я буду разбирать свои переживания, когда уже не буду нужен этому человеку». Он также приводит пример из военной медицины: «Когда хирург оперирует больного, раненого, ему некогда думать о себе, он должен забыть про себя и всецело уйти в свою работу. Причем «забыть про себя» означает, что сейчас идет обстрел, а он в состоянии

сказать: убьют меня или не убьют – мне до этого никакого дела нет, я занят *этим* человеком... Надо себя так прошколить. Конечно, это не всегда и не в каждый момент удастся. Есть моменты, когда ты себя вспоминаешь, но тогда можно сказать: отойди вон, ты мне мешаешь делом заниматься! И этому надо учиться». Все это можно отнести к социальному работнику, который помогает пациенту пережить кризис, родственнику больного принять утрату близкого человека.

Поддержка пациента должна быть действенной и разнообразной, что отражено в принципах паллиативной помощи Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

<b>Принципы паллиативной помощи, провозглашаемые ВОЗ:</b>
---

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Облегчить боль и другие тягостные проявления болезни.</li><li>▪ Признавать жизнь и смерть естественными процессами.</li><li>▪ Не ускорять наступление смерти, но и не продлевать страдания.</li><li>▪ Сочетать с медицинской помощью духовную и психологическую поддержку.</li><li>▪ Как можно дольше продлевать активную жизнь пациента.</li><li>▪ При жизни и после смерти пациента оказывать психологическую поддержку его родственникам.</li><li>▪ Включать многопрофильную помощь, учитывающую потребности пациента и его близких, в том числе консультации психолога.</li><li>▪ Повышать качество жизни, по возможности облегчать течение болезни.</li><li>▪ Если позволяет состояние пациента, использовать такие методы лечения болезни, направленные на продление жизни, как химиотерапия и лучевая терапия; проводить исследования необходимые для уточнения причин и тактики лечения осложнений.</li></ul> |
|---|

## Методы социальной работы

Прогрессирование ВИЧ-инфекции связано с увеличением числа срочных и плановых госпитализаций. По мере снятия обострений пациент, как правило, переводится на амбулаторный этап лечения, а при невозможности посещения поликлиники продолжает лечение в домашних условиях. Обеспечение преемственности между различными этапами лечения позволяет не только более рационально использовать материальные ресурсы, но и заботиться о психологическом комфорте пациента, так как фактор смены обстановки имеет благоприятное воздействие на человека. Социальная и психологическая работа проводится на всех этапах лечения.

Индивидуальная работа со случаем начинается со сбора сведений, который удобнее производить с помощью интервью с фиксированными вопросами. Обычно создается специальная карта (в приложении руководства приведен один из наиболее подробных вариантов такой карты). Если у больного есть несовершеннолетние дети, необходимо собрать полную информацию о них (можно на этот случай также иметь специальную анкету или карту). Детей надо защитить, если открываются факты их заброшенности или плохого ухода.

Изучая взаимоотношения в ближайшем окружении, социальный работник ищет взрослого человека (родственника или друга), на которого больной может опереться, и с которым специалист может поддерживать связь.

Социальная работа с ВИЧ-инфицированными больными в паллиативных проектах обычно долговременна, она чаще всего проводится в течение всей оставшейся жизни пациента. После его смерти некоторое

время осуществляется поддержка родственников (особое внимание уделяется пожилым родителям и детям). Интенсивное ведение случая подразумевает обязательное посещение пациента на дому.

Если специалист оставляет больному свою визитку или координаты другого рекомендуемого им специалиста, при указании направления их деятельности запись не должна содержать слов «ВИЧ» или «СПИД». При работе с родственниками учитывается, открыл больной им свой ВИЧ-статус или нет.

Если наступает улучшение состояния пациента, специалист может «отпустить» пациента, осуществляя редкие (1 раз в месяц) беседы по телефону.

1. Базовая (первичная) социальная диагностика включает в себя оценку условий проживания, основного финансового обеспечения, уровня образования и занятости, ухода за детьми, отношений в семье, актуальных криминальных осложнений и др. Необходимо, в первую очередь, выяснить жизненно важные потребности больного.
2. Индивидуальный социо-терапевтический план включает последовательность мероприятий, согласно устанавливаемым задачам, для удовлетворения жизненно важных потребностей. Он, как правило, составляется совместно с пациентом и имеет сроки выполнения.
3. Вторичная социальная диагностика проводится по итогам полученных консультаций у разных специалистов, проведенного лечения, решения социальных вопросов (оформление документов, прохождение курса наркологического лечения и реабилитации и др.), интервьюирования родственников и партнеров. Ее задача – анализ

ошибок и достижений, коррекция индивидуального плана.

4. Консультирование по различным актуальным вопросам: о приверженности к динамическому диспансерному наблюдению, об особенностях противоретровирусной терапии и ее побочных явлениях, о вредных последствиях от наркотиков и алкоголя, при конфликтной ситуации в семье и на работе, при решении проблем с регистрацией, при оформлении документов и т.п.
5. Собеседование с родственниками пациентов: мотивирование их к поддержке пациентов, помощи в решении многочисленных социально-психологических проблем, обучение навыкам по уходу за больными.
6. Мониторинг «работы со случаем» производится путем подробного описания собранных о пациенте сведений. Оценка результатов взаимодействия осуществляется в процессе обсуждения случая со специалистами.

Медицинский контроль состояния пациента и внимание к его потребностям и возможностям вполне могут позволить сочетать паллиативную помощь с реабилитационными программами, направленными на восстановление способности к самообслуживанию, раскрытию и оптимальному использованию человеческого потенциала.

В рабочей папке социального работника должны быть координаты специалистов, входящих в междисциплинарную группу, и организаций, оказывающих медицинские и социальные услуги. Социальный работник должен быть осведомлен о работе этих служб, конкретных специалистов и сотрудников и поддерживать с ними постоянные рабочие контакты.

**Необходимые координаты:**

<b>Специалисты и службы</b>	<b>Адрес</b>	<b>Телефон</b>
Врач инфекционист (ФИО)		
Врач психиатр-нарколог (ФИО)		
Врач фтизиатр (ФИО)		
Врач педиатр (ФИО)		
Психолог (ФИО)		
Специалист по социальной работе (ФИО)		
Священник (имя)		
Консультант по социально-правовым вопросам (ФИО)		
Консультант службы занятости (ФИО)		
Группа взаимопомощи ЛЖВС		
Регистратура Центра СПИД		
Справочная инфекционной больницы		
Мобильная бригада Центра СПИД		
Консультант медицинской страховой компании		
Регистрация бездомных		
Приют для бездомных		
Детский приют		
Центр реабилитации наркозависимых		

## Потребности ВИЧ-инфицированных пациентов

Социальная работа в здравоохранении осуществляется с целью решить проблемы больного человека. Он работает с клиническим случаем.

**Клиент** – человек, получающий помощь; ядро социальной работы со случаем. В медицине человек, получающий помощь, называется пациентом. По выражению В. Франкла, **пациент** – это «*homo patiens*», то есть «**человек страдающий**».

Имеются общие факторы, препятствующие удовлетворению потребностей и осложняющие социальное функционирование человека, которые он не в состоянии преодолеть самостоятельно.

<b>Основные факторы, приводящие к возникновению проблем (по Х. Перлман):</b>
--

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a) Клиент не имеет материальных средств для решения своих проблем.</li><li>b) Дефицит информации, отсутствие знания по проблеме ограничивают индивидуальные стратегии ее решения, требуют вмешательства социального работника.</li><li>c) Проблема осмыслена клиентом, но его индивидуальные ресурсы, эмоциональная и физическая энергия исчерпаны. Требуется восстановить равновесие, а затем решать конкретные вопросы.</li><li>d) Сильное эмоциональное напряжение, которое блокирует рациональное управление ситуацией. Социальный работник освобождает клиента от эмоционального давления, формирует подходы к адаптации.</li><li>e) Проблема в самом человеке, эмоции и чувства которого управляют его поступками. Социальный работник</li></ul> |
|--|



помогает клиенту решить его эмоциональные проблемы, идентифицировать свое типичное поведение относительно ситуаций и окружающих его людей.

f) Некоторые люди считают проблемы трудноразрешимыми только потому, что не имеют навыков планирования и размышления над ситуациями. Социальный работник осуществляет решение проблем за счет поэтапного обучения решению жизненных задач на основе жизненных фактов клиента.

Социальный работник, оценивая проблемы пациента, устанавливает с ним доверительные отношения, при этом старается избежать осуждения, оценки личности больного. Доверие необходимо, чтобы открыто обсудить со своими взрослыми пациентами их истории болезни и выбрать подходящую форму помощи.

Частоту той или иной проблематики можно рассмотреть на примере анализа проблем, выявленных у 80 ВИЧ-инфицированных пациентов, которые взяты из общего потока обращений к специалисту по социальной работе в течение двух месяцев (то есть без отбора, все подряд в течение определенного периода времени).

Из общего числа пациентов (из 80):

- 38 - взрослые мужчины,
- 38 - взрослые женщины,
- 4 - подростки, из которых 3 юноши и 1 девушка.

1 женщина – беременная, 23 человека имеют детей.

Все пациенты имели *одну или несколько* проблем, влияющих на качество лечения ВИЧ-инфекции. Насколько часто встречается та или иная проблема можно судить по их процентному соотношению от общего числа ( $n = 80$ ).

69% (55 пациентов) предъявляли проблему зависимости от наркотиков или алкоголя. 41 человек

имели зависимость от героина, 3 - от эфедрона, 11 – от алкоголя. На момент обращения 20 героинозависимых пациентов были в ремиссии, 5 человек переживали абстинентный синдром (синдром отмены наркотиков), остальные 16 человек систематически употребляли наркотические вещества.

44% (35 пациентов) нуждались в помощи для формирования или укрепления приверженности в АРВТ. 15 человек готовились принимать АРВТ-препараты, они испытывали потребность в информации о лечении. 20 человек (25%) уже получали терапию и испытывали трудности адаптации к ней.

36% (29 человек) не предъявляли никаких проблем, они обратились с целью профилактического обследования (им рекомендовано 1 раз в год «пройти» всех специалистов Центра СПИД). Оценивая уровень осведомленности пациента о ВИЧ-инфекции, социальный работник нередко мог выявить наличие поведенческого риска, заблуждения в представлениях о заболевании, о противоретровирусной терапии. Можно сказать, что они нуждались в просвещении об особенностях развития ВИЧ-инфекции, механизмах ВААРТ. В некоторых случаях их представления о заболевании и лечении необходимо было корректировать.

15% (12 человек) имели инвалидность, то есть их трудоспособность из-за ослабленного здоровья была ограничена. Многие из них высказывались о том, что хотели бы работать в меру сил и способностей, но на рынке труда *такую* работу найти сложно.

11% (9 человек), которые не являлись инвалидами, нуждались в помощи по профориентации и трудоустройству.

9% (7 человек) нуждались в психологической помощи в связи с частыми депрессиями.

4% (3 человека) нуждались в помощи для получения регистрации как лица без определенного места жительства.

В 28% случаев в консультации специалиста по социальной работе получили партнеры или родственники. 18% пациентов (14 человек) пришли на консультацию вместе с супругом или половым партнером, и в 11% случаев (9 человек) сопровождение осуществлялось близкими родственниками.

Такое распределение потребностей позволяет видеть, в каких областях социальный работник должен быть компетентным, какими обладать навыками и с какими учреждениями и организациями сотрудничать, чтобы качественно планировать и организовывать помощь своим пациентам.

Во время профилактической беседы специалист по социальной работе стимулирует пациента к получению объективной информации о состоянии своего здоровья, к сотрудничеству со специалистами, корректирует его представления заболевания, ориентирует в услугах Центра СПИД и других организаций.

## Содействие в решении проблем

Содействие в удовлетворении жизненно важных потребностей пациента может осуществляться непосредственно социальным работником учреждения здравоохранения, где оказывается паллиативная помощь, а также при его посредничестве с привлечением самых разных специалистов и служб.

Дефицит информации и помощи порождает множество искажений. В беседе с социальным работником происходит коррекция неправильных представлений. Именно поэтому социальный работник должен быть компетентным в результатах обследования, механизмах АРВТ, сопутствующих ВИЧ-инфекции заболеваниях. Он умеет помогать в кризисе и знаком с тонкостями раскрытия диагноза родным и близким. Социальный работник может обсуждать проблемы болезни *доступным для пациента языком*.

Отсутствие у пациента документов, таких как паспорт (если учреждение финансируется из городского бюджета) и страхового медицинского полиса (если услуги оплачиваются Фондом обязательного медицинского страхования) является препятствие для получения комплексной помощи, оформления инвалидности и т.п. Если документов нет, социальный работник должен помочь как можно быстрее их восстановить. Если есть родственники, важно подключить их к сбору необходимых справок.

Если родственников и друзей нет, либо они устраняются от оказания помощи больному, тогда восстановлением документов занимается социальный работник. Прежде чем обращаться в паспортный стол, он может по доверенности, оформленной на бланке лечебного учреждения, собрать некоторые справки.

**Пример доверенности:**

*В отдел вселения и  
регистрационного учета ГУ  
«ЖА Адмиралтейского р-на»  
г. Санкт-Петербурга*

**ДОВЕРЕННОСТЬ**

*Больная С-ко Н. П., проживающая по адресу: СПб,  
наб. р. Фонтанки, д. ..., кв. ..., в настоящее время  
находится в стационаре «Центра по профилактике и  
борьбе с инфекционными заболеваниями». Паспорт был  
утерян ею во время автомобильной катастрофы.*

*Просим выдать специалисту по социальной работе  
Петровой М. Н. следующие документы на С-ко Н.П.:*

- выписку из «Карточки регистрации»;*
- справку о регистрации - форму 9 (2 экз.);*
- характеристику жилой площади – форма 7 (2 экз.)*

*Данные Петровой Марии Николаевны: паспорт*

*\_\_\_\_\_ ,  
выдан (кем) \_\_\_\_\_  
(когда) \_\_\_\_\_*

*Доверенность действительна до \_\_\_\_\_ 2005 г.*

*Сведения подтверждаю*

*Главный врач \_\_\_\_\_ К.М. Иванов*

Далее с этими документами необходимо обратиться в паспортный отдел. Сотрудник паспортного стола может выехать в больницу либо восстановить паспорт при участии социального работника. В случае требования со стороны сотрудников паспортного стола личной явки больного в паспортный отдел милиции для оформления или получения паспорта, социальный работник должен обратиться за письменным разъяснением порядка решения данного вопроса, из которого будут видны причины отказа в содействии.

Если пациент оказался в трудной жизненной ситуации, можно обратиться в Отдел социальной защиты населения за материальной помощью. Для этого, как правило, требуется личное заявление пациента с просьбой о предоставлении помощи, паспорт, справка о регистрации. Паспорт в некоторых случаях может заменять справка об освобождении из мест лишения свободы.

Социальная работа с ВИЧ-инфицированными включает в себя взаимодействие с наркозависимыми в разных состояниях. У таких пациентов имеется целый набор заболеваний, о которых надо иметь представление, чтобы координировать общую помощь.

При фазном течении наркологического заболевания надо ответить на вопросы:

- какое вмешательство, в какой фазе зависимости будет иметь смысл?
- что нуждается во внимании: интоксикация, абстинентные симптомы, «тяга», срыв, употребление алкоголя, полинаркомания, нарушения личности, психосоциальные проблемы?

**Мультизаболевания при наркозависимости  
(J. Goelz, 1999.)**

**Наркологический синдром**

- психотропный вред посредством употребления веществ
- соматотропный вред посредством употребления веществ

**Психический синдром**

- психические симптомы последствий зависимости
- симптоматика предшествующих психических нарушений

**Соматический синдром**

- соматические симптомы последствий нелегального употребления
- соматические сопутствующие заболевания
- преморбидные соматические заболевания

**Социальный синдром**

- маргинальность
- асоциальность
- криминальность
- бездомность
- заброшенность

Пациент может отрицать употребление наркотиков, но от этого количество его проблем не уменьшится. Социальный работник может использовать объективные признаки употребления наркотиков, не для того, чтобы пациента разоблачать, а чтобы, понимая его трудности, помочь снизить вред от употребления наркотиков.

<b>Объективные и субъективные абстинентные симптомы</b>	
<b>Объективные симптомы</b>	<b>Субъективные симптомы</b>
- повышение кровяного давления	- головокружение
- учащенный пульс	- боль в мышцах
- повышенная температура	- дискомфорт в животе
- частое дыхание	- тошнота
- гусиная кожа	- отсутствие аппетита
- увеличенный зрачок	- разбитость
- насморк/чихание	- озноб «то в жар, то в холод»
- слезотечение	- беспокойство
- тремор	- головная боль
- бессонница	- тяга к опиатам
- диарея	
- рвота	

«Harm reduction, так называемое низкопороговое лечение, является точкой отсчета в понимании проблемы наркотиков с медицинской, социо-терапевтической и юридической точек зрения», - писал немецкий врач Йорг Гёльц. Стратегия снижения вреда помогает специалистам, работающим с наркопотребителями, гибко формировать у них установку к постепенному отказу от наркотиков.

Необходимо обращать особое внимание на ВИЧ-инфицированных людей, у которых нет родственников, друзей и знакомых, оказывающих им материальную и моральную поддержку, так как в этом случае они могут нуждаться в самом необходимом: в еде, одежде и т.п. С такими пациентами обсуждаются возможности помощи со стороны групп взаимопомощи.



## **Ориентирование в системе обеспечения медицинскими и социальными услугами**

Чтобы пациент пользовался услугами различных специализированных учреждений и организаций, социальный работник может дать ему ориентирующую консультацию. Для этого он сам должен иметь четкое представление об их структуре и собственное мнение о качестве предоставляемой помощи.

Содействие, например, может заключаться в том, чтобы помочь пациенту написать заявление в отдел социальной защиты населения для получения социальной субсидии, указать, какими документами оно должно быть подкреплено, где получить необходимые справки. Как правило, пациент (или его родственники) получают навык обращения за материальной помощью, и в дальнейшем оформляют все документы уже самостоятельно.

ВИЧ-инфицированный инвалид, нуждающийся в протезировании конечностей, должен получить разъяснения, какие документы и куда он должен представить, чтобы заказать себе бесплатный протез. И прежде чем направить пациента в Отдел по социальной защите населения или в Фонд социального страхования, социальный работник должен по телефону выяснить расписание приема граждан и точный адрес, имя и отчество официального лица, принимающего документы для обеспечения жителей протезно-ортопедическими изделиями.

Например, в Санкт-Петербурге социальный работник воспользуется «Положением о порядке обеспечения жителей СПб протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения, облегчающими жизнь инвалидов» (приложение к распоряжению Комитета по труду и социальной защите населения от 30.01.2004 №

4-р), наведет необходимые справки и составит пациенту письменную инструкцию. К примеру:

*«Обеспечение жителей СПб протезно-ортопедическими изделиями осуществляется по личному обращению граждан, в пределах лимитов финансовых средств, выделенных на эти цели федеральным бюджетом и бюджетом СПб на текущий год.*

*Б-в А.В. должен обратиться в отдел социальной защиты населения (ОСЗН) своего района и предоставить следующие документы:*

- *паспорт;*
- *справку МСЭ об инвалидности (для инвалидов), выписку из истории болезни или справку медицинского учреждения о нуждаемости в протезно-ортопедической помощи;*
- *пенсионное удостоверение (для пенсионеров);*
- *удостоверение о праве на льготы (для тех, кто их имеет).*

*Принести документы и заявление в ОСЗН Колпинского района можно в понедельник или среду по адресу: ул. Урицкого, д. 1/4, каб. 24. Тел.: 461-55-96.*

*При телефонном разговоре сотрудники отдела «по инвалидам» посоветовали уточнить у пациента сроки окончания инвалидности, рассмотреть возможность переосвидетельствования на I-ю группу (если ее нет). Они рекомендовали обратиться в МСЭ Колпинского р-на (Тверская, 10) к Иванову Г. И. (тел.: 469-26-84), чтобы он написал индивидуальную программу реабилитации для Б-ва А.В., при этом сразу вписать туда трудовые рекомендации (если пациент будет потом устраиваться на работу).*

Формы содействия могут быть очень разные.

В отношении получения государственных услуг можно без особого риска для пациента экспериментировать.

**Пример особого случая:**

*Пациент инфицирован ВИЧ в течение 17 лет, он нуждался в бесплатном протезировании зубов. Как инвалид он мог воспользоваться этой услугой и встал на очередь, но список ожидания на льготное протезирование был таким длинным, что, согласно скорости продвижения очереди, он смог бы поставить «новые» зубы только через 12 лет. Пациент посчитал, что у него нет такого запаса времени, и попросил социального работника составить ходатайство от Центра СПИД, разрешая открыть чиновникам его ВИЧ-статус, с надеждой, что они пойдут на встречу, если получат объективные сведения о состоянии его здоровья. Такое ходатайство было результативным, пациент встал на очередь, соблюдая все формальности, но, благодаря ходатайству, получил бесплатные зубные протезы в течение 3-х месяцев.*

Недостаток государственных социальных служб - в бюрократически длительном рассмотрении бумаг (подтверждающих справок) и принятии решений. Гораздо быстрее могут действовать общественные организации. Но существует немалый риск, что под видом благотворительной помощи свои «услуги» предлагают тоталитарные секты.

Социальный работник должен хорошо знать концептуальные особенности общественных организаций, в которые рекомендует обратиться пациенту, и дать полное развернутое объяснение о предоставляемых услугах. Например, если пациент обратился с просьбой направить его в реабилитационный центр для

наркозависимых, социальный работник должен предоставить полную информацию об условиях приема и пребывания в нескольких центрах, объяснить, чем отличаются или совпадают их программы. Только после того, как пациент сам выберет подходящую ему организацию, социальный работник предоставляет ее координаты. Направляя ВИЧ-инфицированного пациента в загородный (или иногородний) центр, необходимо обсудить потребность пациента в АРВ-терапии, и возможности передачи в этот Центр лекарств, а так же кто их будет для него получать в Центре СПИД.

<b>Инфраструктура и система обеспечения медицинскими и социальными услугами</b>	
Медицинское обслуживание	Центр по профилактике и борьбе со СПИД Клиника Домашний патронаж
Социальное обслуживание	Центр социального обслуживания населения Фонд социального страхования Пенсионный фонд Бюро занятости
Уход	Отделение сестринского ухода Социальные приюты Социальные гостиницы
Сопровождение	СПИД-сервисные общественные организации
Социальное окружение	Семья, родственники Друзья Группа взаимопомощи

## Организация адекватной помощи в зависимости от приоритетных потребностей

К желательным результатам помощи относят психоэмоциональную стабильность, лучшее понимание (себя, своей ситуации, других), принятие решения и реализацию решения (Herbert M.).

Стратегия помощи – это первоначальный перевод проблемы в термины желательных результатов и планирование применения определенных методов.

К основным методам помощи относят информацию, идеи и специальные умения.

Представим несколько клинических случаев, с которыми социальный работник может иметь дело.

*Случай А. Молодой человек, 28 лет, поступил в стационар для обследования. Он сильно похудел, испытывает такую слабость в ногах, что порой не может передвигаться. Пациенту рекомендуют начинать АРВ-терапию.*

*Оценка позволила определить несколько проблемных сфер. Пациент имеет многолетнюю зависимость от героина. Он высказывает неудовлетворенность своим образом жизни, но разочарован в попытках наркологического лечения, и не представляет, как справиться с влечением к наркотику. Кроме того, у него накопились долги. Чтобы получить деньги на наркотики, он брал потребительские кредиты. Жилищные условия крайне неудовлетворительные, но и не имеют никакой перспективы для улучшения. Пациент проживает в однокомнатной квартире совместно с матерью, ее бывшим мужем (отцом пациента), ее настоящим супругом («отчимом») и сестрой. Все имеют право на проживание в этой квартире. Так как пациент - наркопотребитель, а его отец – алкоголик, остальные*

*члены семья определили им место на кухне. Пациент нигде не работает. У него утрачены документы, которые требуются для устройства на работу, а именно военный билет, свидетельство об ИНН и пенсионное страховое свидетельство. Эти же документы ему необходимы для оформления инвалидности. Он ведет хаотический образ жизни, который может помешать регулярному приему препаратов.*

В разборе случая А можно выделить несколько социальных проблем, которые будут мешать лечению, а именно хаотический образ жизни, связанный с наркопотреблением и незанятостью, беспокойство в связи с долгами, утрата необходимых документов.

Жилищная проблема пока не является значимой для этого периода работы со случаем. Напротив, все в этой семье придерживаются принципа «в тесноте да не в обиде» и готовы помогать пациенту. Без их реальной поддержки ситуация пациента выглядела бы намного хуже.

Эффективность лечения будет зависеть от приверженности пациента к обследованию и лечению. Задача специалиста по социальной работе содействовать ее формированию и укреплению. Для решения других вопросов он может подключать родственников, предоставив им общую информацию об АРВТ и отдельно по режиму приема препаратов, а также о том, как восстановить документы, чтобы их отсутствие не препятствовало оформлению инвалидности.

Есть социальные проблемы, за решение которых специалист по социальной работе медицинского центра не может отвечать. В данном случае это проблема жилья и долгов. Пациент должен понять и принять эти рамки. Может быть, если он попросит у родственников помощи в погашении кредитов, они поставят перед ним условия отказаться от наркотиков.

Случай Б. Женщина 32 лет госпитализирована в стационар Центра СПИД по инициативе районного инфекциониста, который даже организовал для пациентки транспорт поликлиники. ВИЧ-инфекция выявлена у женщины в 1998 г. в местах лишения свободы (МЛС). Она освободилась в 2004 г., но в Центр СПИД сразу не обратилась. Пациентка работает кондуктором в автобусе. Она ежедневно употребляет героин, суточная доза – 0,5 грамма. Она не замужем, детей не имеет и не планирует иметь. Хочет как можно быстрее выписаться, чтобы возобновить работу, так как должна выплачивать кредит в размере 80% от зарплаты.

Пациентке назначена АРВТ, которую она начнет принимать дома. Ее представления о терапии поверхностные.

В разборе случая Б можно выделить социальные проблемы, препятствующие лечебно-восстановительным мероприятиям. У пациентки низкий интерес к своему здоровью, у нее нет опыта сотрудничества с врачом, и даже после обследования она не проявляет заинтересованности в нем, что говорит об отсутствии приверженности к наблюдению и лечению. Она испытывает беспокойство в связи с потерей в заработке в то время, пока она находится на обследовании.

Употребление героина, безусловно, наносит ущерб здоровью, но низкая осведомленность об АРВ-терапии и отсутствие опыта обращения за медицинской помощью косвенно могут свидетельствовать о том, что мотивация к отказу от наркотиков еще не сформирована.

Социальный работник организует помощь пациентке, исходя из ее потребностей. Первоначально надо решить ту проблему, которая мешает приспособиться к меняющимся условиям, то есть необходимо помочь

пациентке избавиться от чувства страха, которое усугубляется непрерывной борьбой за существование.

«Это всеохватывающее чувство опасности, безусловно, является самой большой трудностью в жизни с ВИЧ-инфекцией. Спонтанно возникает множество вопросов, которые касаются значения инфекции для собственной жизни относительно здоровья, сексуального поведения, социальных контактов и др. Ответы на эти вопросы решающим образом способствуют преодолению шока и интегрированию знаний об инфекции в повседневную жизнь» (K. Arasteh, R. Weiss, 2004/2005).

Таким образом, можно предполагать, что подробное информирование пациентки о прогрессировании ВИЧ-инфекции, нарастании астении, о значении и механизмах АРВТ для улучшения качества жизни, могут с течением времени изменить ее отношение к работе (в сторону меньшей значимости) и к лечению (в сторону большей значимости).

#### **И снова обратимся к случаю:**

*Случай В. Молодая женщина (31 г.) узнала о том, что инфицирована ВИЧ полгода назад. Она находится на содержании партнера, с которым вместе уже 4 года. Раньше они оба употребляли психостимуляторы (эфедрин), в настоящее время у нее бывают однодневные срывы на наркотиках, а он ежедневно после работы употребляет алкоголь. У нее детей нет. У него есть дочь от первого брака. В сексуальных контактах презерватив не используют, потому что он этого не хочет, хотя оба информированы о риске суперинфицирования. Не смотря на его пристрастие к спиртному, они неплохо уживаются. Она заинтересована, чтобы он тоже начал обследование и выяснил свой иммунный статус, но не хочет на него давить.*



*После 10-дневного стационарного лечения она была направлена в поликлинику Центра СПИД для назначения АРВТ. Согласно врачебному заключению, ВИЧ-инфекция у нее спонтанно прогрессирует. Показатели CD4-хелперов за полгода снизились с 242 до 156 клеток. Среди сопутствующих заболеваний: орофарингеальный кандидоз, хронический вирусный гепатит С, хронический пиелонефрит, геморрой. Женщина часто болеет простудными заболеваниями. Она высказывает потребность в оформлении инвалидности. Она чувствует, что не может работать.*

***Здесь прослеживаются три основные проблемы:***

- 1) прогрессирование у женщины ВИЧ-инфекции, необходимость начинать АРВТ;
- 2) партнер не хочет обследоваться и динамически наблюдаться в Центре СПИД, хотя несколько лет назад встал на учет; учитывая незащищенные половые контакты, женщина может получать от него вирусы, что, в свою очередь, будет негативно влиять на лечение;
- 3) предстоящие хлопоты, связанные с оформлением инвалидности.

В данном случае, приверженность к АРВТ у пациентки сформирована, и ей теперь предстоит адаптация к терапии, которая будет успешной при стабильных условиях. Но хлопоты об инвалидности или о том, чтобы партнер начинал обследование, несут дополнительную нагрузку и в этот период не целесообразны. Здесь требуется только поддержать ее согласие начинать лечение. Если терапия будет эффективной, возможно, инвалидность не понадобится. И только после того, как пациентка окрепнет, она может влиять на партнера, вовлекая его в обследование. Возможно, что улучшение ее самочувствия станет для него примером, и тогда не нужно

будет прилагать каких-то усилий, чтобы сломить его сопротивление по поводу обследования. Если же адаптация к терапии будет тяжелой, эффект от нее – слабым, то, возможно, вовлечение мужа в сопровождение подтолкнет его к уменьшению приема спиртного или полному отказу от алкоголя.

Планирование слишком частых посещений специалистов, большого количества мероприятий могут разрушать сотрудничество пациента с социальным работником. При работе с каждым случаем важно продумать четкий план действий, который не может быть простым набором мероприятий, но должен иметь логическую последовательность и конкретные сроки выполнения.

## Оценка качества жизни

Для выявления психологических проблем и наблюдения за изменениями при вмешательстве, а также для определения прогноза заболевания используется оценка качества жизни.

*Качество жизни (КЖ)* - это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства (по определению ВОЗ).

КЖ - это субъективный критерий физического, психологического и социального благополучия человека (Коц Я.И., Либис Р.А., 1993)

В медицине принято считать качество жизни как уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни, на которые влияют болезни, несчастные случаи и/или их лечение (Najman J. M., Levine S., 1981).

<b>Критерии качества жизни, рекомендованные ВОЗ (WHOQOL Group, 1996)</b>	
Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Жизнь в обществе	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (шум, населенность, климат)

С 1991 г. ВОЗ проводит разработку единого международного инструмента для оценки качества жизни. Разработанный опросник “Шкала качества жизни” (ВОЗКЖ - 100) является одним из инструментов измерения меры благополучия пациентов и их удовлетворенности условиями своей жизни в связи с болезнью.

Использование оценки качества жизни может быть хорошим инструментом для определения эффективности вмешательства, так как пациент сам оценивает многие стороны своей жизни. Специалист может выбрать ту методику КЖ, которая ему больше нравится, и использовать в своей работе.

## **Роль социального работника в оказании помощи ВИЧ-инфицированным**

Качество помощи больному с комплексом проблем зависит от межпрофессионального взаимодействия, то есть, от качества услуг целой бригады (команды) специалистов, в которую входят инфекционист, психиатр-нарколог, психолог, медсестра, социальный работник и др. специалисты.

В команде у каждого есть своя роль. Специалисты расспрашивают пациента каждый по своему профилю, собирают анамнез жизни и болезни, проводят обследование, принося свой вклад в работу со случаем.

Врачи осматривают пациента, назначают обследование (например, тестирование на ВИЧ, иммунологическое обследование, УЗИ, рентгенологическое обследование) и лечение (комбинированная АРВ-терапия, лечение оппортунистических заболеваний, купирование абстинентных симптомов). Инфекционист обращает внимание на возникновение тех или иных инфекций в хронологическом порядке (составляет эпидемиологический анамнез), выявляет острые соматические заболевания, назначает терапию. Нарколог далее идентифицирует проблемы со здоровьем, связанные с употреблением наркотиков (наркологический анамнез), направляет на детоксикацию и реабилитацию.

Социальный работник дает оценку социального базового обеспечения пациента и помогает ему сориентироваться в системе помощи лечебных учреждений и общественных организаций, решает социальные проблемы.

Именно социальный работник обращает внимание на проблемы семьи пациента, ищет помощника среди его ближайшего окружения.

<b>Роль социального работника в составе мультидисциплинарной команды</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Информировывает об особенностях жизни с ВИЧ-инфекцией и об АРВ-терапии</li><li>• Настраивает пациента на сотрудничество с врачом</li><li>• Исследует микросоциальное окружение пациента, в том числе посредством выхода в адрес проживания семьи</li><li>• Консультирует родственников и партнеров</li><li>• Устанавливает причины возникающих у пациента трудностей по месту жительства, учебы или работы и степень их влияния на приверженность к лечению</li><li>• Планирует индивидуальную профилактическую и реабилитационную работу с ВИЧ-инфицированными членами семьи</li><li>• Информировывает об услугах Центра СПИД</li><li>• Разъясняет порядок оформления инвалидности и права на получение государственного социального обслуживания</li><li>• Организует и непосредственно оказывает социальные услуги по выходу пациента из трудной жизненной ситуации</li><li>• Координирует визиты к специалистам междисциплинарной команды</li></ul>

Все эти услуги становятся доступными, если больной оказывается в поле зрения специалистов и имеет документы, подтверждающие его личность, регистрацию по месту получения помощи и страховой медицинский полис.

Однако, среди ВИЧ-инфицированных немало людей, которые либо не имеют документов, либо утратили доверие к лечебным учреждениям и самостоятельно не обращаются за помощью. Причинами могут быть отклоняющееся поведение с характерным для него пренебрежением к сформированным в обществе нормам, полуполюгальное существование, связанное с употреблением наркотиков или что-либо другое. Есть негосударственные общественные организации (НГО), которые работают с ВИЧ-инфицированным «в той точке, в которой он находится». Как правило, именно активисты общественных движений умеют первыми наладить контакты с проститутками, бездомными, наркоманами, алкоголиками. Проявляя заботу об ослабленных ВИЧ-инфицированных больных или людях с отклонениями в поведении, они помогают специалистам Центров СПИД осуществлять медицинское и психологическое вмешательство. Волонтеры могут работать в одной команде с профессионалами, если принимают руководящую позицию специалистов здравоохранения в работе со случаем.

<b>Оказание социальной помощи ВИЧ-инфицированным со стороны НГО</b>
---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Привлечение к обследованию и лечению ВИЧ-инфицированных пациентов</li><li>• Помощь в восстановлении/оформлении документов</li><li>• Социально-психологическая реабилитация нарко- и алкоголезависимых</li><li>• Помощь в уходе за детьми, поиске приемных семей</li><li>• Помощь в профориентации и трудоустройстве</li><li>• Юридические консультации и сопровождение</li><li>• Посещение на дому тяжелых больных</li><li>• Регистрация и помещение в приюты и социальные гостиницы</li></ul> |
|--|

Социальный работник должен воспитывать в себе и сохранять определенные личностные качества. «В таких помогающих сферах деятельности, как консультирование, психотерапия и обучение, качество межличностных отношений между профессионалами и клиентом гораздо важнее методологии помощи, которой придерживается специалист» (Фирсов М.В. и Шапиро Б.Ю.).



<b>Профессионально желательные личностные характеристики консультанта</b> (обзор Р. Кочунасом зарубежной специальной литературы)
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ проявление глубокого интереса к людям и терпение в общении с ними;</li><li>▪ чувствительность к установкам и поведению других людей;</li><li>▪ эмоциональная стабильность и объективность;</li><li>▪ доверие к людям и способность вызывать доверие других людей;</li><li>▪ уважение ценностей и прав других людей;</li><li>▪ проницательность;</li><li>▪ отсутствие предубеждений;</li><li>▪ самопонимание;</li><li>▪ сознание профессионального долга;</li><li>▪ эмпатия, внимательность и чуткость (но не высокая сензитивность);</li><li>▪ умение выслушать, теплота и сердечность (но не сентиментальность);</li><li>▪ объективность (неотождествление себя с клиентом);</li><li>▪ высокий социальный интеллект, внутренний локус контроля, гибкость и отсутствие собственных серьезных проблем.</li></ul>

## Словарь терминов

**ВААРТ** – *высокоактивная антиретровирусная терапия* – это лечение подавляющее размножение вируса. Своевременно начатая противоретровирусная терапия и тщательный выбор лекарственных препаратов при строгом соблюдении режима приема препаратов позволяет добиться максимального уменьшения выраженности и продолжительности клинических проявлений, предотвратить или отсрочить развитие угрожающих жизни поражений, а также сохранить или восстановить качество жизни инфицированных людей.

**ВИЧ-инфекцией** называется инфекционное заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), для которого характерно медленно прогрессирующее поражение иммунной системы человека, вследствие чего и развиваются вторичные, так называемые, оппортунистические заболевания (М.И. Наркевич, 2006 г.).

**Дискриминация** — это предвзятое или обусловленное предубеждениями обращение с человеком или группой людей. Дискриминация — это намеренная или случайная демонстрация предвзятого отношения (см. стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом). Дискриминацию часто рассматривают как ущемление прав человека в различных областях, таких как здравоохранение, профессиональная деятельность, юридическая система, социальное обеспечение и репродуктивная и семейная жизнь.

**Инвалиды** – это люди, у которых значительно ограничены возможности в получении и сохранении работы, а также продвижения по службе в связи с официально

признанными физическими или умственными недостатками.

**Информированное согласие** основывается на том принципе, что дееспособные лица имеют право на принятие информированных решений, касающихся их участия или согласия на определенные события в контексте профессиональных отношений между работником здравоохранения и пациентом/клиентом.

**Конфиденциальность** означает этическое и/или юридическое обязательство медицинских и других специалистов, например, юристов и поставщиков социальных услуг не раскрывать кому бы то ни было, не имея на то полномочий, информацию, предоставленную этими специалистами или полученную ими в контексте профессиональных отношений с клиентом. Конфиденциальность распространяется на статус ВИЧ/СПИДа отдельного лица, и требует получения медицинскими органами согласия от инфицированного лица на раскрытие его ВИЧ/СПИД-статуса другим лицам. Конфиденциальность также означает, что лицо, инфицированное ВИЧ, рассчитывает на то, что его статус не будет раскрыт без его согласия теми лицам, которым эта информация могла быть сообщена. Этические обязательства в отношении конфиденциальности подкрепляются правом человека на невмешательство в частную жизнь.

**Мультидисциплинарная команда** – группа профессионалов, в которую могут входить специалисты разного профиля, объединенную общей задачей помочь больному и создать для него и его семьи атмосферу заботы, сочувствия и поддержки. В паллиативной

медицине обязательными участниками команды являются врач и медицинская сестра. В идеальном варианте в команду должны входить инфекционист, психотерапевт, психолог, социальный работник и священник. Других специалистов (психиатр-нарколог, фтизиатр, анестезиолог) привлекают при необходимости. Допускается помощь обученных волонтеров. Диагноз план лечения и ухода обсуждаются с пациентом и его родственниками.

***Паллиативная медицина*** – это активная, всеобъемлющая помощь неизлечимым больным с целью уменьшения их страданий, достижения наилучшего качества жизни больного и его семьи, выполняемая группой профессионалов (см. мультидисциплинарная команда) Идеология паллиативной помощи определяют принципы ее организации, которая заключается в следующих позициях: командный подход, долговременность, доступность, достаточность, бесплатность.

***Социальная индивидуальная работа со случаем*** – «деятельность профессиональных социальных работников, основанная на психосоциальных, поведенческих, системных концепциях и имеющая системные ценности, помогающая индивидам и семьям справиться с интрапсихическими, межличностными, социоэкономическими проблемами развития, осуществляющаяся при непосредственном взаимодействии с клиентом, лицом к лицу» (Barker).

***Социальная помощь*** – это комплекс гуманитарных услуг экономически необеспеченным, социально слабым психологическиязвимым слоям и группам населения. Она носит, как правило, характер периодических и единовременных доплат к пенсиям и пособиям, а также

долговременных услуг (медицинских, психологических, правовых, педагогических, бытовых и др.) в целях оказания адресной поддержки наименее защищенных слоев населения, ликвидации или нейтрализации критических жизненных ситуаций, вызываемых неблагоприятными социально-экономическими условиями (О.В. Трошин с соавт.). Социальная помощь – это вмешательство в жизненную ситуацию человека, поэтому она требует ответственного отношения к делу, уважения к личности человека, его ценностям и способу существования, а также постоянного повышения компетентности самого помощника.

**СПИД** – клиническое состояние, характеризующееся критическим снижением функций иммунной системы и часто сопровождающееся развитием таких симптомов поражения иммунной системы, как тяжелые инфекционные и паразитарные поражения различных органов, значительное снижение массы тела, диарея, пневмония и определенный тип рака, называемого саркомой Капоши (М.И. Наркевич, 2006 г.).

**Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом**, — это любые предвзятые, неблагоприятные суждения о людях, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), либо подозреваемых в принадлежности к данной группе, а также об их близких и любимых, друзьях, социальной группе и сообществе. Стигматизирующие взгляды нередко направлены не только на ВИЧ-инфицированных, но и на формы поведения, считающиеся опасными заражением ВИЧ. Особенно жесткими стигмами окружены такие связываемые с конкретными болезнями формы поведения, от которых, по мнению окружающих, человек способен отказаться (проституция, потребление наркотиков).

Нередко самый тяжелый груз стигматизации в связи с ВИЧ/СПИДом ложится на людей из отвергаемых обществом слоев — малообеспеченных, представителей национальных меньшинств, мужчин, вступающих в половые связи с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса. Молва часто огульно относит к этим группам всех ВИЧ-инфицированных. Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом часто намного тяжелее стигм, сопровождающих другие болезни.

Обыватели считают, что любой может уберечься от заражения ВИЧ, поэтому ВИЧ-инфицированных, в отличие от, скажем, больных туберкулезом, нередко винят в их болезни. Нередко от ВИЧ страдают люди, которых общество уже причислило к изгоям (например, бедняки или представители национальных меньшинств).

**Человеческий потенциал** — это «совокупность человеческих сил, необходимая для действий, но еще не облаченная в определенную форму» (Д.К. Танатова, 2006, с. 92). Человеческий потенциал включает в себя социальные роли (в том числе, роль в семье), мировоззренческие принципы, качество жизни, иерархию ценностей, волевые способности, психологические установки и т.п.

**Этически обоснованное консультирование партнеров** (уведомление партнеров) включает контакт с сексуальными и/или инъекционными партнерами ВИЧ-инфицированного лица (пациента-источника) с целью уведомления о возможном риске ВИЧ-инфицирования и побуждения к консультированию, тестированию и, при необходимости, лечению ВИЧ-инфекции.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СОВРА (Нью-Йорк)

#### ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ

Данный опросник должен включать информацию, полученную непосредственно от клиента, от системы социальной поддержки и третьих организаций, также работающих с клиентом. Следует закончить заполнение данного опросника в течение 45 дней с момента принятия клиента в программу. Данный процесс должен включать посещение на дому (в случае если нет других данных). План социальной помощи клиенту должен разрабатываться использованием всей информации данного опросника.

Дата начала заполнения: \_\_\_\_\_

Дата завершения заполнения: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. клиента:

\_\_\_\_\_

Страховой полис № \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_

Кем и когда выдан паспорт:

\_\_\_\_\_

Адрес (указать район города):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон:

\_\_\_\_\_

### СВЕДЕНИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Вся медицинская информация должна получаться из достоверных источников. Не существует строгих ограничений по источникам информации, в качестве примера можно рассматривать данные лабораторных анализов, письменные заключения врача, информацию, полученную непосредственно от медицинского персонала.

#### ТЕКУЩИЙ ВИЧ-СТАТУС:

Бессимптомная стадия \_\_\_\_\_ Наличие симптомов \_\_\_\_\_

Стадия СПИДа \_\_\_\_\_

Группа риска  ДА  НЕТ

Категория \_\_\_\_\_ группы \_\_\_\_\_ риска

Наблюдается ли в центре СПИД (стоит ли на учете)

ДА  НЕТ

Если «ДА», то с какого момента (месяц, год)

Примерная дата тестирования на ВИЧ/диагноза СПИД

Хочет ли клиент быть тестированным или повторно тестированным

на ВИЧ-инфекцию  ДА  НЕТ

Заинтересован ли клиент в до тестовом консультировании

ДА  НЕТ



**МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР:**

Проходил ли клиент медицинский осмотр?

ДА    НЕТ

Показатели CD4 \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Вирусная нагрузка \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_

Имеет ли клиент свой установленный график посещений  
врача?

ДА    НЕТ

Частота визитов: \_\_\_\_\_

Комментарий о возможности клиента посещать врача  
(назовите препятствия):

---

---

---

**СПИСОК МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ГДЕ  
КЛИЕНТ ПОЛУЧАЕТ ЛЕЧЕНИЕ /НАБЛЮДАЕТСЯ ПО  
ПОВОДУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Мед. Учреждение   Адрес/телефон  
Контакт/Дата последнего посещения

---

---

---

---

## МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Укажите сопутствующую информацию на основании информации от медицинских учреждений либо со слов клиента (если «да», то необходимо указать дату начала заболевания):

<b>СПИД-индикаторные болезни</b>		<b>ВИЧ-ассоциированные болезни</b>	
<b>Нет/Да</b>	<b>Дата</b>		
Кандидоз (bronхи, трахеи, легкие)		Неоплазия перепанальной области	
Кандидоз (пищевод)		Анемия	
Цервикальный рак (инвазивный)		Асептический менингит	
Кокцидиомикоз (диссеминированный или экстрапульмональный)		Оральпый кандидоз	
Криптококкоз (экстрапульмональный)		Цервикальная дисплазия или неоплазия	
Криптоспоридиоз		Лихорадка (неясной этиологии)	
Цитомегаловирусная инфекция		Потеря веса (неясной этиологии)	
Цитомегаловирусный ретинит		Хронический вагинальный кандидоз	
ВИЧ-энцефалопатия		Эндокардит	
Простой герпес		Гранулоцитопения	

Гистоплазмоз			Герпес зостер		
Саркома Капоши			ВИЧ-кардиомиопатия		
Лимфома Беркита			ВИЧ-миопатия		
Иммунобластная лимфома			ВИЧ-нефропатия		
Лимфома (ЦНС)			ВИЧ-полинейропатия		
Mycobacterium avium			Низкий уровень CD4		
Пневмоцистная пневмония			Менингит		
Пневмония (рекуррентная)			Волосистая лейкоплакия языка		
Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия			Воспалительные заболевания органов малого таза		
Сальмонеллезная септицемия (рекуррентная)			Себорейный дерматит		
Токсоплазмоз головного мозга			Сепсис		
Туберкулез легочный			Сифилис		
			Тромбоцитопения		
			Синдром Трейтера		

## ТУБЕРКУЛЕЗ

Туберкулез в анамнезе:  ДА  НЕТ  
если «ДА», когда \_\_\_\_\_

Полностью ли пройден курс лечения:  ДА  НЕТ

Дата последней ФЛГ/рентгенографии легких  
\_\_\_\_\_

Результаты:  (+)  (-)

Если нет в анамнезе, дата последней реакции Манту  
\_\_\_\_\_

Результаты:  (+)  (-)

Нуждается в направлении к фтизиатру?  ДА  НЕТ

Клиент получает терапию туберкулеза/профилактику  
туберкулеза:  ДА  НЕТ

Если «ДА», то какую:  
\_\_\_\_\_

Комментарий о возможности клиента быть приверженным  
к приему противотуберкулезных препаратов (укажите  
препятствия):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Находится ли клиент на DOT:  ДА  НЕТ

Если да, укажите программу:  
\_\_\_\_\_

Необходимость направления на DOT:  ДА  НЕТ

Необходимость сопровождения семьи/близких со стороны  
фтизиатра:  ДА  НЕТ

ГЕПАТИТЫ

Выполнялся ли когда-либо анализ на гепатит:

ДА  НЕТ

Дата последнего обследования:

\_\_\_\_\_

Тест на гепатит:  А,  В,  С

Результаты:

\_\_\_\_\_

Лечение гепатита в данный момент:  ДА  НЕТ

Комментарии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ  
(ИППП)

Наличие ИППП в анамнезе:  ДА  НЕТ

Объяснение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тестировался ли на ИППП.  ДА  НЕТ

Дата (ы): \_\_\_\_\_

Результаты: \_\_\_\_\_

Лечение ИППП в данный момент:  ДА  НЕТ

Комментарии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Медицинское учреждение:

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Дата последнего гинекологического обследования: \_\_\_\_\_

Тест на беременность в течение последних шести месяцев:

ДА  НЕТ

Дата последнего теста: \_\_\_\_\_

Результаты: \_\_\_\_\_

Наличие беременности:  ДА  НЕТ

Если ДА, примерный срок недель \_\_\_\_\_

Получение пренатальной помощи:  ДА  НЕТ

АЗТ / АРВ-терапия:  ДА  НЕТ

ПЦР диагностика у ребенка 1-го месяца жизни:

ДА  НЕТ

Дата: \_\_\_\_\_

Результаты: \_\_\_\_\_

Подтверждающий ПЦР-тест у ребенка 4-го месяца жизни:

ДА  НЕТ

Дата: \_\_\_\_\_

Результаты: \_\_\_\_\_

Получает ли клиент консультирование по планированию семьи?  ДА  НЕТ

Заинтересован ли клиент в услугах семейного консультирования (планирование семьи)?  ДА  НЕТ

ДРУГОЕ:

Измерялось ли у клиента артериальное давление:

ДА  НЕТ

Дата: \_\_\_\_\_

Результаты:

\_\_\_\_\_

Проходит ли клиент (в возрасте > 50 лет) обследование толстой кишки? (должен проводиться раз в два года у лиц старше 50 лет):  ДА  НЕТ

Дата: \_\_\_\_\_

Результаты:

\_\_\_\_\_

**МЕДИКАМЕНТЫ (АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ):**

Название препарата	Другое название	Начало приема	Доза
Retrovir капсулы	zidovudine, AZT		
Retrovir сироп	zidovudine, AZT		
Retrovir инъекции	zidovudine, AZT		
Videx	didanosine, ddI		
Hivid	zalcitabine, ddC		
Zerit	stavudine, d4T		
Eпивир	lamivudine, 3TC		
Invirase	saquinavir		
Norvir	ritonavir		

Crixivan	indinavir		
Viramune	nevirapine		
Viracept	nelfinavir		
Rescriptor	delavirdine		
Combivir	zidovudine and lamivudine		
Fortovase	saquinavir		
Sustiva	efavirenz		
Ziagen	abacavir		
Agenerase	amprenavir		
Norvir	ritonavir		
Videx EC	didanosine		
Kaletra	lopinavir and ritonavir		
Trizivir	Abacavir, zidovudine, and lamivudine		
Viread	Tenofovir disoproxil		

#### **ДРУГИЕ ПРЕПАРАТЫ**

Название	Начало приема	Доза

Что клиент сообщает об ощущениях связанных с приемом назначенных ему препаратов:

---



---



Привержен ли клиент к приему препаратов (мнение клиента)?

ДА    НЕТ    ИНОГДА

Препятствия приему препаратов по предписанному графику:

---

---

---

Чувствует ли клиент, что знает достаточно о назначенных ему препаратах?

ДА    НЕТ

Осознает ли клиент последствия пропуска приема препаратов?

ДА    НЕТ

Хотел бы клиент, чтобы ему оказали помощь/поддержку в достижении приверженности:

ДА    НЕТ

Комментарии: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (список аллергенов):

Данных нет:

---

---

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:

Клиника: \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Дата последнего посещения:

\_\_\_\_\_

Получает ли клиент стоматологическую помощь в настоящее время?

ДА  НЕТ

Существует ли у клиента проблемы стоматологического характера?

ДА  НЕТ

Комментарий: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ:

Клиника:

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Дата последнего посещения:

\_\_\_\_\_

Получает ли клиент офтальмологическую помощь в настоящее время:

ДА  НЕТ

Существует ли у клиента проблемы офтальмологического характера:

ДА    НЕТ

Комментарий: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ПИТАНИЕ:**

Аппетит (оценка клиента):

\_\_\_\_\_

Текущая диета:

\_\_\_\_\_

Достаточен ли объем питания:                     ДА         НЕТ

Разнообразие:     ДА         НЕТ

Значимое изменение массы тела  
в ближайшее время:                                     ДА         НЕТ

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дополнительные источники питания у клиента  
(продуктовые наборы, выдаваемые общественными  
организациями, социальные столовые):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ:**

Принимает ли клиент участие в клинических испытаниях:  
 ДА    НЕТ

Если ДА, укажите следующее:

Название, тематика клинического испытания	Время	Место

Выказывает ли клиент заинтересованность в участии  
клинических испытаниях:  
 ДА    НЕТ

**КОМПЛЕМЕНТАРНАЯ ТЕРАПИЯ /  
НЕСТАНДАРТНАЯ МЕДИЦИНА**

Использовались ли клиентом методы нетрадиционной  
медицины:  ДА    НЕТ

Если «ДА» опишите:

---

Заинтересован ли клиент в дополнительной информации в  
области нетрадиционной медицине:  ДА    НЕТ

Комментарии:

---

---

---

---

**ПОМОЩЬ / УХОД НА ДОМУ**

Получает ли клиент помощь на дому:  ДА  НЕТ

Если «ДА», название организации оказывающей помощь:

\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Имя сотрудника, оказывающего помощь:

\_\_\_\_\_

Виды помощи, оказываемые в данный момент:

\_\_\_\_\_ Сестринский уход: \_\_\_\_\_

Визитов в неделю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Посещение врача \_\_\_\_\_

Частота \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Посещение социальным работникам \_\_\_\_\_

Частота, регулярность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Требуется ли дальнейшая оценка/коррекция помощи на  
дому:  ДА  НЕТ

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗАНЯТОСТЬ / ОБРАЗОВАНИЕ / ОБУЧЕНИЕ

Статус занятости:

- работает
- безработный
- обучение/программа трудоустройства
- нарушение трудоспособности

Если работает:

Название/адрес организации

---

- Полный рабочий день (поясните)

---

- Частичная занятость (поясните)

---

Если проходит обучение/включен в программу по трудоустройству, то название и адрес программы:

---

---

Имя консультанта по трудоустройству:

\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

Если безработный или не трудоспособен:

Предыдущее место работы:

---

---

Длительность занятости: \_\_\_\_\_

Когда прекратил работать: \_\_\_\_\_

Является ли домохозяйкой:  ДА  НЕТ

Другое: \_\_\_\_\_

Заинтересован ли клиент в обучении:  ДА  НЕТ

Заинтересован ли клиент в трудоустройстве:

ДА  НЕТ

Комментарий (укажите препятствия):

---

---

**Образование** (уровень образования):

Начальное

Незаконченное среднее

Среднее

Среднее профессиональное

Незаконченное высшее

Высшее

Научная степень

Оцените уровень грамотности клиента:

---

---

Если в данный момент клиент учится:

---

---

Изучаемый предмет:

---

---

Расположение учебного заведения:

---

---

Ожидаемое время окончания: \_\_\_\_\_

Есть ли заинтересованность в дальнейшем обучении:

---

---

## МАТЕРИАЛЬНЫЕ/ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ

### (СЕМЕЙНЫЕ):

**Вид медицинской страховки:**

Обязательная:       ДА                                       НЕТ  
Дополнительная:     ДА                                       НЕТ  
Не имеет:               ДА                                       НЕТ

Данные о страховом медицинском полисе

---

Вид	№ страхового полиса	Дата окончания срока действия
ОМС		
ДМС		

Если клиент получает социальное пособие, укажите дату начала выплаты: \_\_\_\_\_

Имеет ли клиент текущие задолженности (укажите какие):

\_\_\_\_\_

Общий месячный доход клиента: \_\_\_\_\_

Общий месячный доход семьи: \_\_\_\_\_

По мнению кейс-менеджера, достаточен ли общий доход клиента/семьи для удовлетворения базовых нужд:

ДА       НЕТ

Если «НЕТ», комментарий:

\_\_\_\_\_

Существует ли у клиента разногласия с социальными службами по поводу финансового обеспечения:

ДА       НЕТ



Комментарий: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Оцените способность клиента управлять собственными финансами:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Устанавливалась ли когда-либо опека над клиентом:  
 ДА       НЕТ

Существует ли лицо, помогающее клиенту управлять финансами:  
 ДА       НЕТ

Если «ДА», укажите:

Комментарий (общий по разделу):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЛЬЕМ

Актуальная жилищная ситуация:

Стоимость/месяц: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Отдельный дом/квартира

\_\_\_\_\_ Коммунальной квартире

\_\_\_\_\_ Съемная жилплощадь

\_\_\_\_\_ Общежитие

\_\_\_\_\_ Приют

\_\_\_\_\_ Детский дом/интернат

Совместное проживание:

\_\_\_\_\_ В одиночестве

\_\_\_\_\_ С другими

Причина/с кем

\_\_\_\_\_

Совместное проживание устойчивое/долгосрочное?

ДА  НЕТ

Комментарии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Оценка среды обитания** (на основе посещения на дому)

Дата посещения: \_\_\_\_\_

	Да	Нет	Комментарии
В месте проживания чистота/порядок?			
Есть коммунальные услуги?			
Основные приборы работают?			
Есть доступ к телефону?			
Есть ли адекватное питание для семьи?			

Есть ли адекватная одежда?			
Есть адекватная мебель/обстановка?			
Есть ли адекватные предметы личной гигиены?			

Мнение клиента по поводу жилищных условий:

---



---



---

Потребности, выражаемые клиентом по поводу текущего места проживания:

---

Варианты удовлетворения данных потребностей:

---

Адекватно (пригодно) ли данное жилье:

---

Требуются ли дополнительные посещения:

ДА\*     НЕТ

Дата: \_\_\_\_\_

*\*объясните нужду в следующем посещении. Укажите, что из указанной выше информации базировалось на информации, полученной от клиента:*

---



---



---

### **ТРАНСПОРТ**

Регулярность пользования:

ДА       НЕТ       ИНОГДА

Виды транспорта: \_\_\_\_\_

Пользуются ли социальным/медицинским транспортом:

ДА       НЕТ

Транспортные нужды: \_\_\_\_\_

### **СЕМЕЙНАЯ/СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА**

Текущий

супруг/партнер: \_\_\_\_\_

ВИЧ-статус супруга/партнера: \_\_\_\_\_

Известно ли супругу/партнеру о ВИЧ-статусе клиента:

ДА       НЕТ       НЕТ УВЕРЕННОСТИ

Кто из членов семьи/близких по словам клиента, оказывает ему поддержку: звездочкой (\*) укажите контактных лиц, которые готовы помочь в случае неотложной ситуации:

<b>Имя и родство</b>	<b>Возраст</b>	<b>Адрес и телефон</b>	<b>Известно ли о ВИЧ-статусе клиента</b>

Члены семьи/близкие, которых клиент не определил как оказывающих поддержку:

---

---

---

---

---

---

Медицинские потребности семьи/близких:

Имя	Возраст	Потребности	ВИЧ-статус

Опишите связи в семье, роли членов семьи и типы поддержки:

---

---

---

---

---

---

---

---

Как клиент описывает текущую поддержку:

---

---

---

**Насилие в семье:**

Сталкивался ли в прошлом клиент с насилием в семье:

ДА     НЕТ

Если «ДА», комментарий:

---

---

---

---

Включен ли клиент в настоящее время в социальную программу помощи при насилиии в семье:  ДА     НЕТ

Если «ДА», комментарий:

---

---

---

Бывают ли ситуации в настоящее время, в которых клиент не чувствует себя в безопасности?

ДА     НЕТ

Если «ДА», комментарий:

---

---

---

Опасается ли клиент, что может прибегнуть к физической силе при взаимодействии со значимым с человеком или другим взрослым членом семьи?  ДА     НЕТ

Если «ДА», то комментарий:

---

---

Верит ли клиент, что насилие является выходом на данный момент:  ДА  НЕТ

Если клиент не верит, что насилие является выходом, есть ли причины у социального работника верить, что это выход?  ДА  НЕТ

Если «ДА», объясните:

---

---

---

### **Информирование партнеров**

Существуют ли прошлые или текущие сексуальные партнеры или партнеры по потреблению наркотиков, с которыми клиент не обсуждал ВИЧ-статус:

ДА  НЕТ  НЕТ ЯСНОСТИ

Обсуждалось ли важность/положительные аспекты информирования партнеров:

ДА  НЕТ

Что обсуждалось (отметить галочкой)

\_\_\_ Информирование о собственном ВИЧ-статусе

\_\_\_ Информирование партнеров

\_\_\_ Информирование медицинскими работниками

Что должно быть решено, чтобы побудить клиента информировать партнеров:

---

---

---

### ДЕТИ

Есть ли у клиента дети моложе 18 лет:

ДА     НЕТ

#### *Список всех детей клиента, включая приемных:*

Имя	Пол	Возраст	ВИЧ-статус	Живет дома ДА/НЕТ	Живет с другими (укажите с кем)	Известен ли ВИЧ-статус

#### *Список других детей проживающих с клиентом:*

Имя	Пол	Возраст	ВИЧ-статус	Живет дома Да/Нет	Живет с другими (укажите с кем)	Известен ли ВИЧ-статус

Опишите текущие связи с детьми указанными выше:

---

---

---



Если у клиента есть маленькие дети, живущие вне дома, хочет ли клиент увеличить с ними общение или получить право на них:  ДА  НЕТ

Комментарий:

---

---

---

**Есть ли необходимость в:**

Обучении родителей навыкам  ДА  НЕТ

Укажите \_\_\_\_\_

Уходе за детьми  ДА  НЕТ

Укажите \_\_\_\_\_

Есть ли подозрения / подтвержденные факты насилия над детьми  ДА  НЕТ

Объясните \_\_\_\_\_

---

## **ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

### **(ПАВ)**

Если у клиента наркотический/алкогольный анамнез:

ДА     НЕТ

Если «НЕТ», переходите к следующему разделу.

ПАВ потребляемые сейчас или в прошлом:

Вид	Дата последнего эпизода потребления	Частота потребления	Путь введения
Алкоголь			
Марихуана			
Кокаин			
Героин			
Амфетамины			
Лекарственные препараты			
Другое			
Другое			

Получал ли клиент лечение по поводу потребления ПАВ:

ДА     НЕТ

Если «ДА», когда \_\_\_\_\_

Вид лечения: \_\_\_\_\_

Включен ли клиент в настоящее время в программу лечения зависимости:

ДА     НЕТ

Если «ДА», продолжительность: \_\_\_\_\_

Если «ДА», то отметьте галочкой:

Виды программы	V	Комментарий
Снижение вреда		
Обмен игл		
Детоксикация (в стационаре)		
Амбулаторное лечение		
Стационарная реабилитационная программа		
Амбулаторная реабилитационная программа		
AA/NA		
Другое		

Расположение: \_\_\_\_\_

Контактное лицо: \_\_\_\_\_

Частота посещения: \_\_\_\_\_

Комментарий по поводу возможности клиента регулярно посещать программу:

\_\_\_\_\_

Если клиент активно потребляет ПАВ, используются ли методы снижения вреда?  ДА  НЕТ

Комментарий: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заинтересован ли клиент в прекращении потребления ПАВ:

\_\_\_\_\_

Какие шаги были сделаны для прекращения потребления:

---

Оцените мотивацию клиента на отказ от ПАВ:

---

Направлялся ли пациент на лечение:  ДА  НЕТ

Если «ДА», обращался ли по направлению:

ДА  НЕТ

Если «НЕТ», почему:

---

Организация, куда направлялся пациент:

---

### **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ**

Посещал ли когда-либо в прошлом клиент психиатра  ДА  НЕТ

психотерапевта  ДА  НЕТ

психолога  ДА  НЕТ

Если «ДА», диагноз:

---

Комментарий:

---

---

---

---

Госпитализировался ли когда-либо клиент в связи с психиатрической патологией:

ДА  НЕТ

Дата \_\_\_\_\_ Место \_\_\_\_\_

Цель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Принимает ли в данный момент или принимал когда-либо препараты \_\_\_\_\_ для \_\_\_\_\_ коррекции психиатрических/эмоциональных расстройств:

ДА  НЕТ

Препарат	Цель назначения	Дозировка	Примерная дата последнего приема

Мнение клиента по поводу данных препаратов:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приверженность (по сообщению клиента):

ДА  НЕТ  ИНОГДА

Определите препятствия для приема медикаментов:  
(потребление ПАВ, отсутствие жилья, низкий доход,  
низкий уровень знаний):

---

---

---

---

Включен ли клиент в настоящее время в программу  
психиатрического лечения:

ДА  НЕТ

Если «ДА», отметить галочкой категорию:

Категория	√	Комментарий
Группа поддержки		
Индивидуальное консультирование/терапия		
Семейное консультирование/терапия		
Психиатрическое лечение: амбулаторное		
Психиатрическое лечение: стационарное		
Другое		

Медицинское учреждение:

---

Частота посещений:

---

Адрес, телефон:

---

Придерживается клиент графика посещения:

ДА  НЕТ  ИНОГДА

Совершал ли клиент попытку суицида:  ДА  НЕТ

Когда: \_\_\_\_\_

Суицидный риск в данное время:  ДА  НЕТ

Обсуждение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Были ли у клиента мысли о причинении себе вреда:

ДА  НЕТ

Обсуждение:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Чувствовал ли клиент депрессии:  ДА  НЕТ

Обсуждение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Значимые потери/травмирующие ситуации:

ДА  НЕТ

Обсуждение:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заинтересован ли клиент в консультировании/терапии:

ДА  НЕТ

По мнению социального работника, на основании данной выше информации можно ли обсуждать необходимость психиатрического вмешательства:  ДА  НЕТ

Обсуждение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Есть ли потребность или заинтересованность в участии в группах поддержки:

- индивидуальное участие
- семейная группа
- другое \_\_\_\_\_

Комментарий: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Мнение клиента о себе (вопросы клиенту):**

Опишите ваши сильные стороны:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Чтобы вы хотели в себе изменить?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## ПРАВОНАРУШЕНИЯ

Лишался клиент свободы:  ДА  НЕТ

Когда: \_\_\_\_\_

Где: \_\_\_\_\_

Причина лишения свободы:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Освобожден ли клиент условно-досрочно:

ДА  НЕТ

Если «ДА», то когда:

\_\_\_\_\_

Контролирующее клиента учреждение:

\_\_\_\_\_

Телефон:

\_\_\_\_\_

Контактное лицо:

\_\_\_\_\_

Насколько часто клиент должен посещать  
контролирующее учреждение:

\_\_\_\_\_

Нужна ли клиенту помощь по сопровождению в соответствующие учреждения?

	ДА/НЕТ	√	Комментарий
Доступ к медицинскому обслуживанию			
Юридическая помощь			
Иммиграционная служба			
Органы опеки и попечительства опеки			
Усыновление			
Помощь родственникам			

Другое: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ПОВСЕДНЕВНАЯ АКТИВНОСТЬ

Отметьте галочкой, используя следующую шкалу:

0 - может делать сам, 1- нуждается в частичной помощи, 2

– нуждается в полной помощи

	0	1	2	Если требуется помощь, кто ее оказывает в данный момент
Питание				
Прогулки				
Поездки в городе				
Уход за внешностью				
Одевание				
Умывание				
Посещение туалета				
Домашняя работа				
Посещение магазинов				
Контроль за финансами				
Путешествия				
Пользование телефоном				
Стирка				
Принятие решений				

## РЕКОМЕНДАЦИИ О ПОМОЩИ

Домашняя  
 Клиенту  
 Семье  
Другое \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Домашняя с поддержкой  
 Домашняя работа  
 Личная помощь  
 Сестринский уход  
 Дневной стационар

Укажите типы:

\_\_\_\_\_

Клиника сестринского ухода  
 Проживание в учреждении с уходом (например, психоневрологический интернат)  
 Хоспис  
Другое: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ОБРАЗОВАНИЕ, ИНФОРМИРОВАНИЕ**  
**В ОБЛАСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ**

Охарактеризуйте текущее рискованное поведение:

---

---

---

---

Следующие диски информация о снижении вреда были  
обсуждены \_\_\_\_\_ (дата) отметьте галочкой:

<b>Безопасный секс</b>	√	Комментарий
Кондомы	<input type="checkbox"/>	
Спермицидные средства	<input type="checkbox"/>	
Салфетки для орального секса	<input type="checkbox"/>	
Диафрагма	<input type="checkbox"/>	
Текущий практикуемый метод	<input type="checkbox"/>	Назовите:
<b>Потребление ПАВ</b>		
Потребление наркотиков	<input type="checkbox"/>	
Совместное потребление общими инструментами	<input type="checkbox"/>	
Использование бактерицидных средств	<input type="checkbox"/>	
<b>Общие предосторожности</b>		

Требуется направление клиента для дальнейшего информирования/образования:  ДА  НЕТ

Требуется ли направление на программу снижения вреда/модификация поведения:  ДА  НЕТ

Комментарий:

---

---

---

---

**ДРУГИЕ АГЕНТСТВА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПОМОЩЬ  
КЛИЕНТУ, ЕГО СЕМЬЕ И БЛИЗКИМ**

Название	Услуги	Контактное лицо	Телефон

## ОБЩИЙ СПИСОК ПОТРЕБНОСТЕЙ

Отметить галочкой:

Потребность	ДА	НЕТ	Комментарий
<b>Медицинские услуги</b>			
Первичная помощь			
Диагностика/лечение туберкулеза			
Диагностика/лечения ЗППП			
Гинекология			
Приверженность приема препаратов			
Диагностика/лечение гепатита			
Планирование семьи			
Стоматология			
Офтальмология			
Питание			
Клинические испытания			
Нетрадиционная медицина			
Домашний уход			
Хоспис			
Помощь/направление за помощью членов семьи			
<b>Работа/образование</b>			
Обучение			
Помощь в трудоустройстве			
Финансовые услуги			

Направления за социальными пособиями			
Юридическая помощь			
Жилье			
Транспорт			
Социальная/семейная поддержка			
Информирование партнера			
Насилие в семье			
Помощь при социализации			
Помощь родителям			
Помощь детям			
Медицинская			
Образовательная			
Уход за детьми			
Эмоциональная поддержка			
Потребление ПАВ, лечение			
Психиатрическое консультирование, лечение			
Юридическая помощь			
Информирование/образование в области ВИЧ-информации			
Другое			
Другое			



## **ПСИХОСОЦАЛЬНОЕ ОПИСАНИЕ**

Дайте историческую справку по случаю, отвечая на следующие вопросы о жизни клиента в аспекте будущих потребностей, кейс - менеджмента и необходимых услуг.

Опишите клиента (возраст, сексуальная ориентация, семейный статус, рост, развитие):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Опишите, когда и как клиент инфицировался ВИЧ и как эмоционально на это реагирует:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Опишите семейную историю (поддержка, потери, связи, дети, насилие в семье):

---

---

---

---

---

---

---

---

Опишите историю потребления / зависимости от ПАВ и влияние ее на жизнь клиента:

---

---

---

---

---

---

---

---

Опишите значимые события в жизни клиента: сексуальное насилие, насилие, лишение свободы, психические заболевания, отсутствие жилья, посттравматическое стрессовое расстройство, другие травматические расстройства:

---

---

---

---

---

---

---

---

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

проводите обновления по каждому пункту:

**1. Медицинская помощь.** Отметьте следующее: первичная гинекологическая помощь, текущее состояние здоровья, соблюдение графика посещения врачей и приема медикаментов, препятствие этому, потребности и цели, сильные и слабые стороны клиента:

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Финансовое состояние.** Были ли ситуации, когда клиент не оптимально распоряжался своими финансами. Если «ДА», почему:

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Жилье.** Длительность отсутствия жилья у клиента. Причины этого, повторяются ли это проблемы, если «ДА», почему:

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Психическое здоровье.** Опишите историю заболевания, историю лечения, госпитализации, диагноз. История суицидальных попыток, суицидальные мысли (когда и почему появлялись). Если в настоящее время сообщается о суицидальных мыслях, недавних суицидальных попытках, пишите последний эпизод и предполагающую причину:

---

---

---

---

---

---

**5. Юридические аспекты.** Опишите историю лишения свободы, выдвинутые обвинения. Находится ли клиент на условно-досрочном освобождении. Опишите условия. Насколько часто клиент должен посещать контролирующую организацию, посещает ли регулярно? Необходимость в юридической помощи в текущий момент. Текущие требования, сильные стороны и препятствия:

---

---

---

---

---

---

**6. Работа/образование.** Дайте краткое описание работы клиента, образование клиента, дайте комментарий по текущим препятствиям, которые могут мешать клиенту в достижении цели:

---

---

---

---

---

---

**7. Потребление ПАВ.** Прекратил или активно потребляет. Включен ли в программу снижения вреда? Проходит ли амбулаторное лечение? Когда направлен? Регулярность посещения? Посещает ли группы АА/НА? Текущие цели и нужда. Сильные стороны и препятствия:

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. Семейная поддержка.** Опишите семейную поддержку. Связаны ли клиент/семья с системой социальных услуг. Вывод, если необходимо. История насилия в семье и текущая ситуация. Текущее медицинское состояние близких. Нужды и цели. Сильные стороны и препятствия:

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Социальная поддержка.** Опишите социальное окружение клиента, связи, интересы, участи в социальных группах, духовную поддержку:

---

---

---

---

---

---

---

---

**10. Родители/дети.** Опишите прошлую и текущую ситуацию. Опишите уровень включения органов опеки и попечительства в ситуацию в семье. Взаимосвязь родителей и детей в аспекте проживания, частоты посещения детей, дальнейших планов:

---

---

---

---

---

**11. Другое.** Опишите медицинские, психологические, финансовые и другие социальные нужды, которые могут иметь близкие клиента:

---

---

---

---

---

**12. Совещание по клиенту:**

- медицинское                      Дата: \_\_\_\_\_  
 наркологическое                  Дата: \_\_\_\_\_  
 психическое здоровье            Дата: \_\_\_\_\_

Социальный работник: \_\_\_\_\_  
Дата заполнения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

Директор программы \_\_\_\_\_  
Дата утверждения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

### Список использованной литературы:

1. Арасте К., Вайс Р. Без паники: жизнь с ВИЧ-инфекцией. Перевод с нем. под ред. Н.А. Чайки, Н.В. Сизовой, Новосибирск, 2005.
2. ВИЧ/СПИД. Научимся жить./ Ален Л. Гиффорд, Кейт Лоридж, Вирджиния Гонзалез. Пер. с англ. Могильного В.Н., М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2005.
3. Забадыкина Е.В. Памятка социальному работнику // Социальные работники за безопасность в семье. – М., 1999.
4. Игумен Мефодий (Кондратьев) Духовные аспекты паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным. В сб.: «Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом и со-зависимым». СПб.: Ассоциация ХМДС, 2006.
5. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. Сост. Бурковский Г.В. и др. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998.
6. Кольцова О.В. Роль специалиста по социальной работе в построении общей помощи пациентам «Центра СПИД». В кн.: «Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Практика совместного консультирования и лечения». Руководство. Под редакцией Д.В. Островского. – РОО «СПИД инфосвязь», 2006, с. 43 – 49.
7. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. – СПб.: Речь, 2007.
8. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., 1999.

9. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. Практическое руководство для врачей. – М.: «Практическая медицина», 2006.
10. Никитина Л.А. Сестринский уход в паллиативной медицине. Часть I. Психология общения и общий уход. – Медицинский научно-популярный журнал «Семейный врач», Том 10, № 4-2006.
11. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Протоколы ВОЗ для стран СНГ. Версия 1. 2004.
12. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей. – СПб: Питер, 2003.
13. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи / Пер. Е.С. Введенской.
14. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме: Теоретико-методологический аспект. – Новосибирск: Наука. Сибирская издательская фирма РАН, 2002.
15. Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда». –Женева: Международное бюро труда, 2002.
16. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. - М.: МЕДпрессинформ, 2006.
17. Соммерз-Фланаган, Джон, Соммерз-Фланаган, Рита. Клиническое интервьюирование. 3-е издание.: Пер. с англ. – М.: Издательский дом «Вильямс». 2006.
18. Сурожский Антоний. Труды. М.: «Практика», 2002.
19. Танатова Д.К. Антропологический подход в социологии: Монография. – 2-е изд. – М.:



- Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2006.
20. Трошин О.В., Жулина Е.В., Кудрявцев В.А. основы реабилитации и профориентации: учебное пособие. - М.: ТЦ Сфера, 2005
  21. Узнадзе Д.Н. Общая психология / Пер. с грузинского Е.Ш. Чомахидзе; под ред. И.В. Имедадзе. – М.: Смысл; СПб: Питер, 2004.
  22. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные основы психологии установки. – Тбилиси, Мецниереба, 1961.
  23. Фирсов М. В., Шапиро Б. Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики: Учебное пособие для студентов ВУЗов. М.: Издательский центр «Академия», 2002.
  24. Der drogenabhaengige Patient: hrsg. Von J. Goelz. – neubearb. Aufl. – Muenchen: Urban und Fischer, 1999.
  25. Goelz J. Antiretrovirale Therapie bei HIV-infizierten Drogenkonsumenten. – Hamburg, 1999.
  26. Social work dictionary / Bei Robert L. Barker. – NASW Press, 1991.



**По заказу Федеральной службы по надзору  
в сфере защиты прав потребителей и  
благополучия человека РОО «СПИД инфосвязь»  
в рамках «Приоритетного национального  
проекта в сфере здравоохранения» в 2007 году.**