

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»

Кафедра социальной работы и социологии медицины

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

Факультет психолого-социальной  
работы и высшего сестринского  
образования

Направление подготовки Социальная  
работа

Квалификация бакалавр

Допущена к защите: «12» марта 2018 г.

Зав. кафедрой Кузьмин К.В., к.и.н.,  
доцент

Дата защиты 21 марта 2018 г.

Оценка \_\_\_\_\_

Исполнитель: Бармина

Алина Юрьевна

Группа ЗСРб-404С

Руководитель: Петрова

Л.Е., к.с.н., доцент

Нормоконтролер Кузьмин

К.В., к.и.н., доцент

Рецензент  
\_\_\_\_\_

Екатеринбург 2018

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ		3
ГЛАВА 1. ВИЧ/СПИД: ПРОБЛЕМА ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ		7
1.1.	Подготовка и планирование беременности в условиях риска инфицирования	7
1.2.	Наблюдение ВИЧ-положительных беременных женщин. Факторы, усиливающие риск инфицирования	12
1.3.	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Цели социальной работы с ВИЧ-положительными	16
ГЛАВА 2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ		22
2.1.	Медико-социальный портрет ВИЧ-инфицированных беременных женщин.	22
2.2.	Работа с семьями, затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, в Свердловской области.	30
2.3.	Проблемы организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, детям с перинатальным контактом по ВИЧ и ВИЧ-инфицированным детям.	34
2.4.	Анализ существующих мер социальной поддержки беременных женщин и организации медицинской помощи	39
ГЛАВА 3. СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН О ПРОБЛЕМЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ		45
3.1.	Социальная характеристика ВИЧ-инфицированных беременных женщин.	45
3.2.	Применение результатов исследования для повышения эффективности мер социальной поддержки беременных женщин и организации медицинской помощи	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ		59
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ		62
ПРИЛОЖЕНИЯ		66

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема ВИЧ/СПИД является одной из наиболее актуальных из-за высокой распространенности, социальных последствий и рисков, связанных с инфицированием. Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г., достигло 1 006 388 человек (по данным формы мониторинга Роспотребнадзора «Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ»). Отмечается эпидемиологический рост заболеваемости среди женщин при преимущественно половом пути передачи ВИЧ (к концу 2015 г. в России было зарегистрировано более 372 тыс. ВИЧ-инфицированных женщин). В то же время, использование антиретровирусной (АРВ) терапии позволило существенно увеличить продолжительность и повысить качество жизни ВИЧ-инфицированных людей.

Женщины наиболее уязвимы перед ВИЧ-инфекцией, и с каждым годом все больше россиянок сталкиваются с необходимостью учиться жить с ВИЧ. Большинство из них молоды – им от 18 до 30 лет. Это наиболее благоприятный детородный возраст для женщин. Год от года на свет появляется все больше детей, чьи мамы ВИЧ-инфицированы, на сегодняшний день родилось около 6000 таких малышей.

Современные методы профилактики ВИЧ-инфекции снизили риск заражения ребенка до 1-2%. Отмечается, что женщины, инфицированные ВИЧ, в последние годы всё чаще планируют беременность и рожают детей. Вероятность того, что дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, окажутся без попечения родителей во много раз выше, чем в случае с детьми, рожденными матерями с отрицательным ВИЧ-статусом. В большинстве известных исследований констатируется пониженное качество жизни ВИЧ-инфицированных женщин, повышенный риск

отказов от детей. Ряд женщин имеют крайне низкий уровень социальной адаптации и не могут создать оптимальные условия жизни не только для своего ребенка, но и для себя. Низкий уровень социальной компетентности может быть следствием зависимого поведения, определенной модели поведения семьи, в которой она выросла. Социальная незрелость часто наблюдается у выпускниц детских домов. Многие женщины проживают на территории мужа (партнера) или родителей и не имеют юридических прав на жилье. Проблемы зависимого поведения, внутрисемейная стигматизация приводят к конфликтам и внутрисемейному насилию. Вследствие чего мама с ребенком оказываются на улице. Отсутствие внутрисемейной поддержки является одной из наиболее частых причин отказа от ребенка. В ряде случаев, женщины, боясь стигматизации и дискриминации со стороны ближайшего окружения, не раскрывают диагноз в семье. Отсутствие информации о ВИЧ-инфекции также препятствует организации поддержки женщине в семье с учетом ее интересов и потребностей. Большой спектр медицинских проблем у родственников и самой женщины так же в значительной степени затрудняет возможность ухода за ребенком.

На сегодняшний день около 70 детей с ВИЧ находятся в государственных учреждениях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Для того чтобы ВИЧ-позитивная женщина могла жить полноценной жизнью и обеспечивать развитие своего ребенка, она должна быть включена в систему социальной поддержки как со стороны различных общественных институтов, так и со стороны близких. В некоторых случаях систему социальной поддержки приходится создавать практически с нуля, в других – восстанавливать утраченные социальные связи. Женщине также может потребоваться помощь в освоении или корректировке необходимых для этого социальных навыков. Многие из них являются потребителями наркотиков, вовлечены в деятельность по предоставлению услуг коммерческого секса. В таких условиях резко

возрастает риск насилия и пренебрежения по отношению к ребенку, что особенно опасно для детей раннего возраста.

В целях защиты прав ребенка (и его семьи) комплексная помощь ВИЧ-инфицированным матерям из групп повышенного социального риска должна включать деятельность, направленную на мониторинг и снижение социального риска для ребенка. Такая деятельность может состоять из патронажных, образовательных, психотерапевтических и других услуг.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что на сегодняшний день медицина знает достаточно много о том, как предотвратить передачу ВИЧ от матери ребенку. ВИЧ-инфицированные женщины могут рожать здоровых, не инфицированных детей. По данным Всемирной организации здравоохранения, риск передачи ВИЧ от матери ребенку без какого-либо вмешательства составляют 20-45%. При проведении же профилактических мероприятий этот риск можно снизить до 2% и менее.

Объект эмпирического исследования. В 10 женских консультациях г. Екатеринбурга проводился опрос женщин, достигших возраста 18-ти лет, находящихся на учете в связи с беременностью. В исследование приняли 375 человек (327 ВИЧ-отрицательных женщин и 48 женщин, живущих с ВИЧ).

Объект ВКР – профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Предмет исследования: методы и содержание социально-психологической помощи по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Цель исследования: выявление эффективных приемов активного участия будущих мам в программе по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Задачи:

1. Характеристика ВИЧ/СПИДа как медико-социальной проблемы.
2. Выделение этапов подготовки и вынашивания здорового ребенка.

3. Описание путей решения передачи ВИЧ от матери ребенку.
4. Разработка программы помощи для ВИЧ-инфицированных женщин не наблюдавшихся в Центре СПИД и женской консультации.
5. Характеристика целей и принципов работы социальной службы с группой беременных ВИЧ-инфицированных женщин.
6. На основании результатов самостоятельного социологического исследования определить качество информированности и выявить риски передачи ВИЧ-инфекции среди беременных женщин.

При написании выпускной квалификационной работы были использованы следующие методы:

- аналитический обзор опубликованных данных;
- анализ нормативно-правовой документации;
- сравнительный анализ;
- анкетирование;
- классификация респондентов по определенным признакам;

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и литературы и приложений.

# ГЛАВА 1. ВИЧ/СПИД: ПРОБЛЕМА ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

## 1.1. Подготовка и планирование беременности в условиях риска инфицирования

ВИЧ – это вирус иммунодефицита человека. ВИЧ ослабляет иммунную систему, которая защищает организм от различных инфекций. ВИЧ поражает определенные клетки иммунной системы (СД4-клетки). По снижению количества СД-4 клеток судят о стадии заболевания. Людей, живущих с ВИЧ, также называют ВИЧ-инфицированными или ВИЧ-положительными.

СПИД – синдром приобретенного иммунного дефицита. При ослаблении иммунной системы человек становится уязвимым для различных болезней, особенно инфекционных (туберкулез и пневмония). Такие болезни называются «оппортунистическими» (умеющими пользоваться благоприятными обстоятельствами), так как они возникают, когда иммунная система человека ослаблена и теряет способность противостоять возбудителям заболеваний.

В настоящее время существуют медикаменты, способные приостановить темп развития ВИЧ-инфекции. Другие препараты могут предотвратить или вылечить некоторые оппортунистические заболевания. Ранняя диагностика дает больше возможностей для профилактики и лечения.

Когда у ВИЧ-инфицированного человека диагностируют одно или несколько из оппортунистических заболеваний и/или количество СД4-клеток снижается до определенного уровня, ему ставят диагноз СПИД. В международной практике врачи предпочитают использовать термины «поздняя стадия» или «продвинутая стадия ВИЧ-инфекции».

Основные пути передачи ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфекция может передаваться:

- от инфицированной матери ребенку (во время беременности, родов и кормления грудью)
- при контакте с кровью инфицированного (иглы, шприцы, переливание крови, пирсинг, татуировка)
- при незащищенном половом контакте (анальном, вагинальном, в меньшей степени оральном)

Инфицирование может произойти, если достаточное количество ВИЧ проникло в кровь. Жидкости организма, которые содержат в себе достаточное количество ВИЧ для инфицирования, это: кровь, сперма, вагинальный секрет, грудное молоко. Слюна, пот и моча не содержат вирус в количестве, достаточном для инфицирования.

ВИЧ не может проникнуть через неповрежденную кожу или передаваться по воздуху, как вирусы простуды или гриппа.

Для многих женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией, желание иметь детей может стать одним из главных, особенно если они еще не испытали счастья материнства. Это ваш выбор и право – дать новую жизнь и продолжить свой род. Принимая решение стать матерью, каждая женщина берет на себя ответственность за жизнь и здоровье своего будущего малыша.

Неоднократно, будут возникать вопросы, над которыми стоит задуматься и обсудить их с партнером и/или консультантом по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Вопросы зачатия ребенка для супружеских пар, в которых один или оба партнера ВИЧ-инфицированы, являются очень актуальными. Как и когда это сделать, чтобы максимально обезопасить себя и в первую очередь будущего ребенка?

ВИЧ-инфицированная женщина может передать вирус ребенку во время беременности, родов и кормления грудью. Ребенок не может быть инфицирован напрямую от отца, так как сперматозоиды не содержат вирус. Сперматозоид и яйцеклетка в известной степени стерильны и не

содержат ничего, кроме генетической информации и питательных веществ для развития клетки-зародыша. Но так как в семенной жидкости содержится высокая концентрация ВИЧ, то ВИЧ-инфицированный партнер может передать вирус женщине. Если женщина не инфицирована ВИЧ, то при незащищенном половом контакте она может заразиться вирусом сама и впоследствии передать его ребенку. Если в паре оба партнера инфицированы, то важно помнить, что при занятии незащищенным сексом существует риск повторного инфицирования другими видами ВИЧ или лекарственно устойчивым вирусом. Это также может увеличить риск передачи вируса от матери ребенку.

Для пар, в которых один или оба партнера ВИЧ-инфицированы, существуют методы альтернативного зачатия:

*Для пар, в которых инфицирована только женщина.* Метод искусственного осеменения: процедура заключается во введении семенной жидкости во влагалище в период овуляции, которая происходит приблизительно на 14-й день менструального цикла, когда зрелая яйцеклетка выходит из яичника и готова к оплодотворению сперматозоидами.

*Для пар, в которых инфицирован мужчина.* Спланированный по времени контакт: половой контакт без презерватива в период овуляции (выхода зрелой яйцеклетки, готовой к оплодотворению). При использовании данного метода существует риск передачи ВИЧ-инфекции от одного партнера другому. Некоторые пары используют этот метод в случае, когда другие методы зачатия недоступны или неприемлемы. Перед тем как прибегнуть к данному методу, обоим партнерам необходимо пройти обследование – на способность к деторождению, хронические заболевания половых органов, инфекции, передающиеся половым путем, и при необходимости пролечиться.

Искусственное оплодотворение женщины очищенной спермой ВИЧ-положительного партнера: метод заключается в прямом введении спермы

во влагалище после процесса «очистения» спермы. Данный способ значительно снижает риск передачи вируса женщине, и многие специалисты считают его наиболее предпочтительным для пар, в которых инфицирован мужчина. Женщина, желающая зачать ребенка таким способом, находится под наблюдением, в процессе которого определяется момент начала овуляции, после чего партнер предоставляет сперму для очистки. Предварительно сперма партнера исследуется на способность к оплодотворению. Ограничением к использованию этого метода является его высокая стоимость и ограниченное число клиник, в которых данный метод доступен.

Экстракорпоральное оплодотворение (оплодотворение в пробирке): при использовании данного метода сперматозоиды отделяют от семенной жидкости, а у женщины при помощи малотравматичного хирургического вмешательства (лапароскопии) осуществляется забор зрелых яйцеклеток.

Яйцеклетки оплодотворяются в пробирке. Успешно оплодотворенная яйцеклетка помещается в полость матки. Данный метод, ввиду высокой стоимости и необходимости проведения процедур, связанных с искусственным вторжением в организм, применяется только для пар, испытывающих проблемы с зачатием.

Искусственное оплодотворение женщины спермой ВИЧ-отрицательного донора: метод полностью исключает риск передачи ВИЧ женщине, но не все пары считают его приемлемым для себя. Перед использованием этого метода следует предупредить юридические и этические проблемы, которые могут возникнуть в будущем, если донор будет претендовать на отцовство.

Планирование беременности. За несколько месяцев до предполагаемой беременности следует посетить врача (акушера-гинеколога) и рассказать ему о своих планах. Опыт показывает, что хорошо спланированная беременность дает много преимуществ и для мамы, и для малыша.

Риск передачи вируса от мамы ребенку значительно увеличивается, если у женщины имеются не леченные или хронические формы инфекций, передающихся половым путем (ИППП), хронические заболевания женских половых органов в стадии обострения, заболевания других органов и систем, ведущие к ухудшению общего состояния женщины. Большое значение имеют стадия развития ВИЧ-инфекции у женщины, показатели вирусной нагрузки, иммунного статуса, наличие оппортунистических инфекций.

Своевременное обращение к специалистам при подготовке к беременности позволит снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

## 1.2. Наблюдение ВИЧ-положительных беременных женщин.

### Факторы, усиливающие риск инфицирования

Наблюдение у врача-гинеколога. Сначала акушер-гинеколог подтвердит наступление беременности и поставит женщину на учет по беременности. Во время первого визита предстоит ответить на некоторые вопросы, связанные со здоровьем. Необходимо настроиться на конструктивное сотрудничество, установить хорошие отношения с врачом – женщине, ставшей на учет, предстоит встречаться не реже раза в месяц в течение всей беременности.

Врач направит сделать ряд анализов – обычно это УЗИ, общий анализ крови и анализ мочи. Помимо этих процедур, следует сдать анализы крови на определение иммунного статуса и вирусной нагрузки. Эти исследования необходимы, чтобы оценить состояние здоровья (иммунитета) и узнать, как ведет себя вирус. На основании этих анализов врач примет решение о назначении антиретровирусного лечения.

Другие анализы, которые необходимо сдать: анализы на инфекции, передающиеся половым путем (гонорея, сифилис, хламидиоз и др.), на гепатит В и С, на туберкулез. Также врач посмотрит состояние половых органов и сделает мазок на исследование влагалищной микрофлоры.

Недоношенная беременность является одним из дополнительных факторов риска передачи вируса малышу. Поэтому необходимо регулярно посещать врача и с заботой относиться к себе и своему здоровью.

Наблюдения в женской консультации. В первой половине беременности женщина должна посещать консультацию 1 раз в месяц, после 20 недель беременности – 2 раза, после 32 недель – 3-4 раза в месяц. При необходимости врач назначит более частые визиты.

При нормальном течении беременности родовая госпитализация рекомендуется в 37-38 недель. При угрозе возникновения осложнений госпитализация может проводиться на любом сроке беременности.

Когда может произойти передача ВИЧ от матери ребенку. Риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет от 20 до 45%, если не применять никаких мер профилактики. Передача ВИЧ от матери ребенку возможна во время беременности, до 14 недель – 3%, с 14 до 36 недель – 17%, с 36 недель – 50%, при кормлении грудным молоком 16-29%. При этом самый большой риск – во время родов 30%.

Заражение во время беременности. Во время беременности вирус из кровотока матери может проникать к плоду через плаценту. Плацента – это орган, соединяющий мать и плод. Через плаценту плод получает кислород и питательные вещества из организма матери, но кровь матери и ребенка не смешиваются. В норме плацента защищает малыша от возбудителей различных инфекций, находящихся в материнской крови, в том числе и от ВИЧ. Однако если плацента воспалена или повреждена, что может произойти при травмах живота или при инфекционных заболеваниях, ее защитные свойства снижаются. В этом случае ВИЧ-инфекция может передаваться от матери плоду.

Заражение во время родов. При прохождении по родовому каналу (шейка матки, влагалище) кожа младенца соприкасается с кровью и влагалищными выделениями матери, которые содержат ВИЧ. На коже малыша имеются ранки и ссадинки, через которые вирус может попасть в его организм.

При прохождении по родовым путям младенец может заглатывать материнскую кровь и влагалищные выделения. В этом случае вирус может попасть в организм ребенка через слизистую полости рта, пищевода и желудка.

Заражение во время грудного вскармливания. Грудное вскармливание увеличивает вероятность ВИЧ-инфицирования ребенка на 16-29%, поэтому рекомендуется не прикладывать ребенка к материнской груди, не кормить его сцеженным грудным молоком ВИЧ-

инфицированной женщины и начать искусственное вскармливание с рождения.

Если женщина приняла решение о кормлении ребенка грудью, необходимо провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене.

Факторы, влияющие на риск передачи ВИЧ от матери ребенку:

1. Материнские.
2. Плодные.
3. Акушерско-гинекологические.

Материнские факторы:

- вирусная нагрузка у матери: если у мамы высокие показатели вирусной нагрузки ( $> 10000$  копий вируса в 1 мл крови), то риск передачи ВИЧ ребенку значительно увеличивается.
- иммунный статус матери: чем ниже количество CD4 клеток крови у будущей матери, тем выше риск передачи ВИЧ ребенку.
- курение, в связи со своим отрицательным влиянием на иммунитет, может увеличить риск передачи ВИЧ от матери ребенку.
- возраст матери ( $>30$  лет) также может быть связан с повышенным риском передачи ВИЧ.
- инфекции женских половых органов, не леченные или хронические, также повышают риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

Антиретровирусная (АРВ) терапия, применяемая во время беременности, и для новорожденного снижает вероятность передачи ВИЧ (см. ниже: «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку»).

Акушерско-гинекологические факторы:

- преждевременное отхождение околоплодных вод: при безводном периоде от четырех и более часов (безводный период – время, которое проходит от отхождения околоплодных вод до рождения ребенка) риск заражения увеличивается почти в два раза.

- метод ведения родов: кесарево сечение, если оно делается до начала схваток, способно значительно снизить риск передачи вируса ребенку. В контексте профилактики ВИЧ-инфекции имеет смысл говорить только о плановом КС: до начала родовой деятельности на 38-й неделе беременности, до отхождения околоплодных вод. Исследования показали, что плановое КС значительно снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку независимо от эффекта антиретровирусного лечения. При проведении планового КС в сочетании с антиретровирусной терапией можно добиться снижения уровня передачи ВИЧ ребенку до 2% и менее. Решение о необходимости кесарева сечения принимается только совместно с врачом.

- инфекции женских половых органов, не леченные или хронические, также повышают риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

Плодные факторы:

- вес при рождении менее 2500 грамм повышает риск передачи ВИЧ при родах и грудном вскармливании, потому что у таких детей часто недоразвиты иммунная система, защитная функция кожи и слизистой желудочно-кишечного тракта.

- преждевременные самопроизвольные роды (< 38 недель) повышают риск передачи, так как у ребенка может быть недостаточно развитая иммунная система.

- если ожидается двойня: близнец, родившийся первым, в два раза чаще инфицируется ВИЧ, чем второй. Это связано с тем, что время прохождения через родовые пути у первого близнеца больше и длительнее контакт с инфицированной материнской кровью и выделениями.

Важную роль играет профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, для ранней постановки на учет в женскую консультацию и центр СПИДа.

### 1.3. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.

#### Цели социальной работы с ВИЧ-положительными

Передача ВИЧ от матери ребенку возможна в период беременности, при родах и при грудном вскармливании. Для предотвращения инфицирования ребенка при грудном вскармливании рекомендуется детей, родившихся от ВИЧ-положительной женщины, не прикладывать к груди и не кормить материнским молоком. При невозможности вскармливания без материнского молока должно проводиться его кипячение.

Применение медикаментозной профилактики во время беременности и родов (при отказе от последующего грудного вскармливания) позволяет снизить риск инфицирования ребенка до 2% и менее.

Медикаментозная профилактика включает в себя:

- АРВ-терапию во время беременности;
- АРВ-терапию во время родов;
- профилактику у новорожденного.

Наиболее успешные результаты получаются при проведении всех трех этапов медикаментозной профилактики, однако если какой-либо из них провести не удастся (например, вследствие позднего выявления ВИЧ-инфекции у женщины), это не является основанием для отказа от следующего этапа.

Перед назначением АРВП с женщиной проводится беседа (консультирование), в ходе которой беременную информируют о целях этого мероприятия, вероятности рождения инфицированного ребенка при проведении профилактики и отказе от нее, возможных побочных эффектах применяемых препаратов. Пациентке предлагается подписать информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (прил. 1).

Необходимо помнить, что антиретровирусные препараты во время беременности назначаются в первую очередь для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а не для лечения ВИЧ-инфекции.

Применение АРВ-препаратов во время беременности должно начинаться не позже 28-недели беременности. Если ВИЧ-инфекция была выявлена на более поздних сроках, прием препаратов начинается как можно раньше (с момента установления диагноза)

Участие женщины в здоровье ребенка. Женщина должна:

- планировать роды совместно с врачом;
- заботиться о здоровье во время беременности;
- принимать АРВ – препараты во время беременности под наблюдением врача;
- воздерживаться от кормления грудью.

Послеродовой уход за ВИЧ-положительными женщинами не имеет существенных отличий от ухода за неинфицированными пациентками. Необходимо соблюдать меры предосторожности при контакте с лохиями (выделения из влагалища в послеродовом периоде), гигиеническими прокладками или материалами со следами крови.

Для прекращения лактации можно использовать метод перетяжки молочных желез или медикаментозного прекращения лактации (по рекомендации врача).

Необходимо соблюдать меры предосторожности при уходе за младенцем, не допуская контактов с инфицированными жидкостями ВИЧ-положительной матери: кровью, молоком, выделениями из влагалища.

После выписки из роддома женщине необходимо в ближайшее время посетить гинеколога, так как ВИЧ-положительные женщины более подвержены послеродовым инфекционным осложнениям, проконсультироваться у специалистов по вопросам планирования семьи и способах контрацепции.

В этот период некоторые женщины испытывают особенную потребность в психологической помощи и эмоциональной поддержке, которую можно найти у своих близких и друзей или в специальных организациях и службах. Хорошим источником поддержки может служить группа взаимопомощи.

Малыш, рожденный от ВИЧ-положительной мамы, требует особенно внимательного отношения, и его здоровье во многом будет зависеть от того, насколько ответственно родители будут подходить к медицинским осмотрам и выполнению необходимых процедур.

Дети, рожденные от ВИЧ-положительной мамы, должны обязательно проходить:

- наблюдение в поликлинике по месту жительства;
- наблюдение педиатром СПИД - центра;
- осмотры специалистами;
- стандартные лабораторные исследования;
- обследование на внутриутробные инфекции;
- вакцинацию;
- профилактику пневмоцистной пневмонии.

Вакцинация является неотъемлемым этапом медицинского наблюдения детей, особенно рожденных от ВИЧ-положительных матерей. Необходимо помнить, что для таких детей иммунизация живыми вакцинами проводится с ограничением, поскольку живые вакцины могут вызвать тяжелые осложнения и прогрессирование заболевания в случае, если ребенок окажется ВИЧ-инфицированным. Вакцинация проводится согласно календарю прививок без ограничений.

Всем детям, рожденным от ВИЧ-положительных матерей, с шести недель необходимо проводить профилактику пневмоцистной пневмонии бисептолом. Если ребенок попадает в поле зрения медицинского персонала в более поздний период, то профилактику необходимо начинать как можно раньше. У ребенка старше 12-ти месяцев профилактика проводится в

зависимости от показателей иммунного статуса. Наиболее часто пневмоцистная пневмония развивается в возрасте 3-9 месяцев жизни ребенка.

Следует знать, что все дети, рожденные от ВИЧ-положительных матерей, являются положительными по результатам серологических тестов на антитела к ВИЧ, потому что у всех детей в крови присутствуют материнские антитела, которые в отличие от вируса ВИЧ гораздо меньше размерами и могут проникать через плацентарный барьер. Но антитела не могут вызвать ВИЧ-инфекцию.

Материнские антитела со временем разрушаются, и если ребенок не инфицирован ВИЧ, то к 18-ти месяцам жизни можно по результатам серологических тестов поставить отрицательный диагноз. Если передача ВИЧ все же произошла, то в 18 месяцев результаты останутся положительными. Это говорит о том, что у ребенка вырабатываются собственные антитела на вирус иммунодефицита человека.

Узнать о том, передался ли ВИЧ ребенку, можно и гораздо раньше по результатам тестов на наличие самого вируса (ПЦР – полимеразная цепная реакция).

До момента установления окончательного диагноза ребенок будет иметь диагноз «Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» и считаться (статистически) положительным.

Для окончательного установления диагноза ребенку, рожденному от ВИЧ-положительной матери, необходимо пройти следующие клинико-лабораторные исследования:

- два и более исследования на антитела к ВИЧ – в возрасте 12-18 месяцев, одно исследование – в возрасте старше 18 месяцев;
- два исследования вирусологическими методами (ПЦР) – до 12 месяцев; исследования на наличие клинических проявлений, характерных для ВИЧ/СПИДа.

Социальные проблемы женщин, живущих с ВИЧ.

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

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

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

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

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

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

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

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

## ГЛАВА 2. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ

### 2.1. Медико-социальный портрет ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

Свердловская область относится к регионам с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. До 1996 г. регистрировались единичные случаи, связанные с половым путем передачи, преимущественно гомосексуальным среди мужчин. В 1996 г. появились первые случаи инфицирования, связанные с употреблением инъекционных наркотиков. На фоне неблагополучной ситуации по наркомании, в 2000-2001 гг. в области произошла вспышка ВИЧ-инфекции среди ПИН, в результате которой сформировался большой резервуар инфекции в данной группе. Наиболее неблагополучным стал 2001 г., когда было выявлено 8 926 случаев ВИЧ-инфекции, при этом на долю ПИН пришлось 91,4%, а уровень заболеваемости достиг максимальной отметки – 197,7 на 100 тысяч населения.

В 2015-2016 гг. отмечается снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией до 170,1 и 156,9 соответственно.

Тенденции развития эпидемической ситуации в Свердловской области в целом соответствуют Российской Федерации, однако уровень заболеваемости в несколько раз превышает средний российский: 2001 г. – в 3,3 раза, 2008 г. – в 2,8 раза, 2014 г. – в 2,9 раза, 2016 г. – в 2,2 раза. Наряду с этим, в Российской Федерации с 2005 г. наблюдается постоянный рост новых случаев, тогда как в Свердловской области с 2015 г. регистрируется снижение темпа прироста на 2,0% в 2015 г. и на 7,8% в 2016 г.

На начало 2017 г. в Свердловской области зарегистрировано кумулятивно 87 644 случая ВИЧ-инфекции. Число лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) – 70 058 человек. По абсолютному числу инфицированных ВИЧ область занимает 1 место.

На 01.01.2017 г. среди всех ЛЖВ на долю детей 0-14 лет приходилось 1,4%, подростков 15-17 лет – 0,2%, взрослого населения – 98,4%.

В гендерной структуре ЛЖВ Свердловской области (87 644 человека) лидируют мужчины (61,3%); в динамике их доля увеличивается, а доля женщин уменьшается. В 2016 г. среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных на долю мужчин пришлось 62,4%, что на 12% выше показателя 2005 г. (рис. 1)

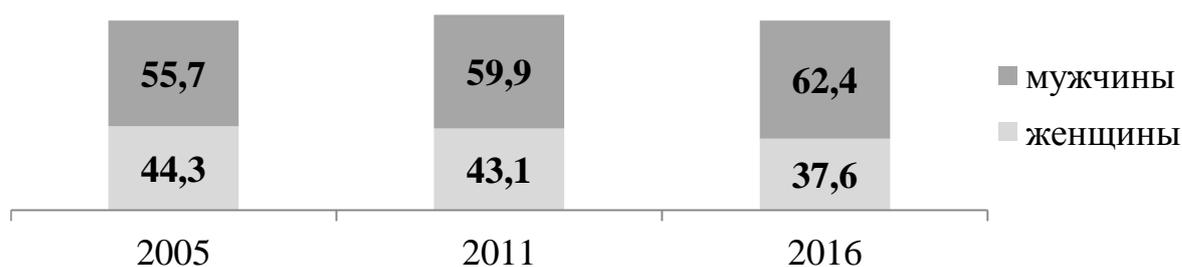


Рис. 1. Гендерная структура вновь выявленных ВИЧ-инфицированных, Свердловская область, 2005, 2011, 2016 гг. (%)

В гендерной структуре вновь выявленных подростков и лиц 18-19 лет отмечается превышение доли девушек: в 15-17 лет – с 2002 г., 18-19 лет – с 2003 г. В 2016 г. среди подростков доля девушек сравнялась с юношами, а в группе 18-19 лет по-прежнему была выше в 2,5 раза. Повозрастное распределение первичных случаев ВИЧ-инфекции показало, что в 2016 г. наблюдается снижение доли возрастных групп – 15-17 лет, 18-19 лет и 20-29 лет.

Женщины репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет) в 2016 г. составили 92,1% среди общей когорты ВИЧ-инфицированных женщин (с

15-летнего возраста) и 37,0% среди впервые выявленных случаев заболевания. Женщины активного детородного возраста (от 18 до 39 лет), инфицирование которых имеет особое эпидемиологическое значение, составили 74,0% и 37,8%, соответственно.

Среди женщин наиболее высок удельный вес 30-39-летних (43,0%) и 20-29-летних (28,7%). В 2016 г., по сравнению с показателями 2001 и 2005 гг., значимо – до 0,4% сократилась доля девушек в возрасте 15-17 лет, до 2,3% – 18-19 лет и до 28,7% – женщин в возрасте 20-29 лет с одновременным ростом в возрастной группе 30 лет и более – до 67,3% в 2016 г. (табл. 1)

Таблица 1

Возрастная структура впервые выявленных инфицированных ВИЧ женщин в Свердловской области (%)

Возрастная группа	2001 г.	2005 г.	2013 г.	2015 г.	2016 г.
15–17 лет	11,6	4,0	0,9	1,2	0,4*
18-19 лет	22,8	10,6	2,5	1,7	2,3*
20–29 лет	58,7	67,7	40,7	34,4	28,7*
30–39 лет	5,1	11,9	39,5	40,1	43,0*
40–49 лет	1,0	2,2	9,1	14,0	16,4*
50–59 лет	0,1	1,1	4,7	5,1	5,8*
60 лет и старше	0	0	1,5	1,6	2,1*

Несмотря на снижение удельного веса девушек 15-17 лет и 18-19 лет среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных, с 2005 г. в данных группах первичная заболеваемость выше по сравнению с мужчинами аналогичного возраста, в 2015 г. – в 3,6 и 1,6 раза соответственно.

Показатель заболеваемости среди женщин в области на протяжении последних десяти лет выше средних российских показателей - в 2,8 раза.

Наблюдается рост показателя до 121,5 на 100 тыс. населения в 2014 г., что в 2,2 раза выше уровня 2005 г. (56,5)

В динамике с 2001 г. отмечается изменение путей передачи инфекции в группе впервые выявленных ВИЧ-инфицированных (табл. 2). Если в 2001 г. 91,4% всех случаев ВИЧ-инфекции, приходилось на парентеральный путь передачи, то в 2016 г. его доля составила 43,7%. Однако, парентеральный путь остается актуальным для мужчин – 56,6% в 2016 г. Половой путь преобладает у женщин с 2003 г., в 2016 г. составил 73,8% (рост в 3,8 раза по сравнению с 2001 г).

Таблица 2

Структура путей передачи среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных Свердловской области в отдельные годы (%)

Путь передачи	2001 г.			2005 г.			2011 г.			2016 г.		
	муж	жен	оба пола									
Парентеральный	95,1	80,3	91,4	82,2	29,5	60,2	64,6	28,4	48,6	56,6	23,8	43,7
Половой	4,87	19,6	8,56	14,8	66,7	36,5	34,1	69,8	50,8	42,0	73,8	54,5
Вертикальный	0,03	0,05	0,04	3,0	3,8	3,3	1,3	1,8	1,6	1,4	2,4	1,8

Наращение полового пути и вовлечение в эпидемический процесс женщин ведут к увеличению ВИЧ-инфицированных беременных (табл. 3). В области с 2006 г. доля инфицированных ВИЧ среди беременных устойчиво выше 1%, что по критериям ВОЗ соответствует генерализованной стадии ВИЧ-инфекции. За 2010-2015 гг. показатель

достиг  $2,0 \pm 0,14\%$ , что в 2,6 раза выше среднего российского уровня (0,75%).

Таблица 3

Доля инфицированных ВИЧ среди беременных женщин (%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Свердловская область	1,3	1,5	1,4	1,8	1,5	1,8	2,1	2,1
Российская Федерация	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8

В 2016 г. было выявлено 2 338 женщин с ВИЧ-инфекцией (2015 г. – 2 686), из них 426 при постановке на учет по беременности – 18,2% от общего числа женщин (2011 г. – 24,4%, 2006 г. – 39,5%).

Составлен медико-социальный портрет инфицированной ВИЧ беременной (по данным амбулаторных карт 2012-2016 гг.): возраст 30-39 лет (41,9%), состоят в браке (68,8%), трудоустроены (60,8%), со средним специальным образованием (56,6%), в прошлом употребляли наркотики (24,6%), имеют одного полового партнера (64,4%), который в 49,5% случаев является ВИЧ-инфицированным, а в 26,3% не обследован, а также детей от предыдущих беременностей (36,2%), в том числе ВИЧ-инфицированных (1,1%).

Выявлены тенденции нарастания доли женщин, проживающих с ВИЧ-инфицированным партнером – в 2016 г. до 54,9% (в 2014 г. 40,9%), и имеющих детей от предыдущих беременностей – до 48,0% (в 2012 г. 27%). Оценка состояния здоровья инфицированных ВИЧ беременных показала утяжеление стадий заболевания в последние годы – в 2016 г. доля находящихся в 4 стадии возросла в 5,4 раза – до 65% (в 2009 г. 12,0%). При этом во время беременности утяжеление стадии отмечено у 30,2%, что показывает необходимость назначения АРВТ всем беременным с ВИЧ, вне

зависимости от срока гестации, для снижения риска вертикальной передачи ВИЧ.

Большинство беременностей у инфицированных ВИЧ завершается родами, их доля растет с 63,8% в 2008 г. до 77,8% в 2016 г., у 26,2% роды произошли преждевременно, что повышает перинатальный риск.

Сравнительный анализ пораженности ВИЧ в области свидетельствует о более выраженном вовлечении женщин и мужчин в эпидемический процесс, чем в среднем по России. В 2016 г. пораженность мужчин была выше среднего российского уровня в 2,8 раза – 2 074,2 и 730,0 на 100 тысяч населения соответственно, пораженность женщин в 2,9 раза – 1 231,2 и 430,0 на 100 тысяч соответственно.

Наибольший уровень пораженности ВИЧ-инфекцией в Свердловской области отмечается в возрастной группе 30-39 лет – 5 809,1 на 100 тысяч населения, в том числе среди мужчин и женщин – 6 989,5 и 4 660,7 соответственно (табл. 4).

Таблица 4

Пораженность ВИЧ-инфекцией мужского и женского населения в разных возрастных группах, Свердловская область, на начало 2017 г.

Возрастная группа	мужчины		женщины		оба пола	
	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч	абс.	на 100 тысяч
1-2 года	63	66,1	70	77,5	133	71,6
3-6 лет	96	88,3	134	122,9*	230	102,6
7-14 лет	243	132,7	304	173,5#	547	152,6
15-17 лет	34	58,9	56	101,8*	90	79,8
18-19 лет	42	106,7	124	328,5α	166	215,3
20-29 лет	4 588	1 501,9	5 677	1 949,5α	10 265	1 720,4
30-39 лет	24 097	6 989,5	16 517	4 660,7α	40 614	5 809,1
40-49 лет	9 962	3 718,7	4 459	1 506,7α	14 421	2 557,7
50-59 лет	1 656	613,7	1 133	334,2α	2 789	458,1
60 лет и старше	424	137,8	379	63,6α	803	88,9
всего	41 205	2 047,2	28 853	1 231,2α	70 058	1 647,0

Заражение детей крайне неблагоприятно с точки зрения медико-социальных последствий ВИЧ-инфекции. В области первый случай заражения ребенка (14 лет) парентеральным путем выявлен в 1998 г. Число новых случаев среди детей увеличивалось до 2008 г., когда диагноз подтвержден 131 ребенку (2,8% от всех впервые выявленных), заболеваемость достигла 21,2 на 100 тыс. населения и максимально приблизилась к заболеваемости подростков (37,0)

В последующем новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей сокращались. В 2016 г. – снижение на 28,4% по сравнению с 2014 г.

По кумулятивным данным, на 01.01.2017 г., в области диагноз ВИЧ-инфекции был установлен у 987 детей, что составляет 1,1% от числа ЛЖВ области, 91,5% из которых заражены от ВИЧ-инфицированных матерей (в России – 92%), 6,6% – при внутривенном употреблении наркотиков и 1,9% – половым путем (табл. 5).

Таблица 5

Число детей, рожденных от инфицированных ВИЧ женщин  
в Свердловской области и Российской Федерации, 2009-2016 гг.

Годы	Область абс.	Россия абс.	Доля детей, рожденных в области (%)	Доля детей, родившихся от инфицированных ВИЧ матерей, от всех родившимся живыми детей (%)	
				Область	Россия
2012	1 259	13 158	9,6	2,1	0,7
2013	1 429	14 449	9,9	2,4	0,8
2014	1 514	15 414	9,8	2,5	0,8
2015	1 481	15 862	9,3	2,5	0,8
2016	1 453	16 110	9,0	2,5	0,9

Благодаря реализуемым профилактическим мероприятиям уровень вертикальной передачи ВИЧ в области не превышает средний по России.

По сравнению с уровнем 2005 г. (8,6%), к 2016 г. показатель снизился в 5,4 раза – до 1,6% (табл. 6).

Таблица 6

Частота вертикальной передачи ВИЧ, выборочные годы (%)

Годы	Свердловская область	Российская Федерация
2008	4,1	7,8
2011	3,4	4,4
2016	1,6	1,8

На 01.01.2017 г. в области умерло 35 ВИЧ-инфицированных детей. Случаи смерти единичны – от 0 до 6 в год. С 2012 г. летальность снизилась в 3,8 раза – до 0,12% в 2016 г.

Наблюдается существенный рост ВИЧ-инфицированных беременных женщин в группе активного детородного возраста. Тенденция преобладания полового пути инфицирования над парентеральным сохраняется по сей день. Идет постепенное нарастание вовлечение женщин в эпидемию через половой путь инфицирования, что имеет особое эпидемиологическое значение и повышает риски распространения ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

## 2.2. Работа с семьями, затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, в Свердловской области

В Свердловской области ежегодно рождают более 1200 ВИЧ-инфицированных женщин. При этом проживает 759 детей в возрасте от 0 до 17 лет с диагнозом ВИЧ-инфекция, причем из них в возрасте 5-8 лет – 214 детей; в возрасте 9-17 лет – 342 ребенка. Эти возрастные группы особо выделены в связи с тем, что именно в эти промежутки, как правило, остро проявляются проблемы, связанные с приверженностью к лечению у детей.

Проблемы семей, затронутых ВИЧ, имеющих или ожидающих детей:

### 1. Беременные с ВИЧ-инфекцией:

- отказ от наблюдения и химиопрофилактики во время беременности и родов;

- страх рождения ребенка с ВИЧ-инфекцией;

- страх отказа семьи (мужа, родителей) от женщины в связи с инфицированием;

- влияние СПИД-диссидентов.

### 2. Семьи с ВИЧ-инфицированными детьми 5-8 лет:

- отказ детей (выплывают таблетки) от АРТ: «Почему я должен пить эти горькие таблетки, а другие дети не пьют?!»

- страх разглашения диагноза ребенка.

### 3. Семьи с ВИЧ-инфицированными подростками 9-17 лет:

- незнание о своем диагнозе;

- начало вступления в сексуальные отношения.

Большая часть ВИЧ-инфицированных детей не знает о своем диагнозе. Части подростков их родители (опекуны) якобы сообщили диагноз, однако дети не владеют информацией о болезни, подавляют страхи о смерти, о вине и проживают с постоянным чувством тревоги и

напряжения. Ситуация усугубляется тем, что в разных возрастах несовершеннолетние по разным причинам отказываются от приема АРТ.

Задачи социальной работы с семьями, затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции:

1. Формирование приверженности к антивирусному лечению детей и их родителей.
2. Профилактика срывов и отказов от лечения, сохранение приверженности к приему АРТ детей.
3. Приверженность диспансерному наблюдению и химиопрофилактике ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Возможность рождения здоровых детей от ВИЧ + матерей.

Психологические и медицинские проблемы в семьях, сопряженные с ВИЧ-инфекцией:

1. Страх разглашения диагноза (до 95% семей)
2. Невозможность поделиться своими переживаниями (до 95% семей)
3. Отсутствие приверженности к АРТ, срывы с АРТ как взрослых, так и детей (до 25% семей)
4. Страх раскрыть ВИЧ статус ребенку (до 90% родителей (опекунов))
5. Ощущение своей ущербности.
6. Разногласия взглядов в семье на ВИЧ-инфекцию и терапию.
7. У беременных женщин – страх за здоровье ребенка, место родов.
8. Переживание за жизнь ребенка в будущем.
9. Влияние ВИЧ-диссидентов.

Пути решения проблем:

1. Деятельность детской мультипрофессиональной команды (врач-педиатр, детский психолог, специалист по социальной работе, равный консультант, медсестра). Направление врачом семей, где дети нуждаются в лечении либо срываются с лечения, на консультирование к психологу и социальному работнику. Выяснение опыта наблюдения и лечения родителей, так как опыт отсутствия приверженности у родителей

повышает вероятность сложностей при формировании приверженности у детей. Разный взгляд на терапию в семье также влияет на приверженность к лечению детей.

2. Консультирование родителей и опекунов в т.ч. мотивирующее на раскрытие статуса ВИЧ-инфицированному подростку (9-14 лет). Объявление статуса – важная и сложная задача, как для специалистов, так и для родителей. Необходимо не только сказать о его статусе ребенку, но и сделать это так, чтобы он понял, осознал, не разочаровался, а смог строить планы на будущую жизнь. Прежде чем сказать ребенку о его диагнозе, необходимо выстроить беседу с родителями (опекунами), которые, как правило, отказываются от раскрытия статуса ребенку, с целью снятия тревожности и проработки их страхов. После обсуждения проблемы часть родителей сами озвучивают ребенку его диагноз. Как показывает мировой опыт и практика нашей работы сообщение диагноза лучше делать в возрасте 9-11 лет, до достижения подросткового кризиса, поскольку подростковый возраст характерен личностными и физиологическими изменениями и трудно проживается самими детьми и их родителями.

3. Организация работы через:

- Группы для беременных. Проводятся в постоянном режиме на базе ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» и его филиалов с 2008 года. Охвачено обучением более 500 ВИЧ-инфицированных беременных женщин;
- Программу занятий по приверженности лечению для детей 5-8 лет, не знающих свой диагноз, и для их родителей.

Для формирования внутренней мотивации на лечение у детей-дошкольников проводится три интерактивных занятия, построенных на основе пособия «ФЕЯ Витаминка» (календарь, диск с мультфильмом), где доступным для детей языком вводятся такие понятия как иммунитет, вирус, полезные продукты. Это пособие помогает ребенку узнать, что происходит с организмом, если он пропускает прием лекарственной терапии. Опыт показал, что проведение цикла занятий важно, так как

простая передача комплектов « ФЕЯ-Витаминки» в семьи часто не приводит к просмотру и обсуждению вопросов приверженности между родителями и детьми дома, особенно в семьях «группы риска».

- Группы поддержки для детей, знающих свой диагноз 9-17 лет.

После раскрытия статуса необходимо сопровождение таких семей и детей. В настоящее время проводятся занятия с детьми и родителями (опекунами) – цикл 10 занятий один раз в месяц. Проведение таких занятий дает возможность детям:

- понять, что он такой не один, у него есть возможность увидеть и пообщаться со сверстниками;

- приобрести навыки коммуникации;

- приобрести навыки работы и управления чувствами, проработать свои личностные особенности;

- открыто обсуждать вопросы ВИЧ-инфекции со сверстниками и со значимыми взрослыми.

- Группы психосоциального сопровождения родителей ВИЧ-инфицированных подростков – обязательное условие проведения групп для подростков, проводится параллельно и одновременно с группами для подростков, так как самое сильное влияние на детей, в том числе в плане принятия диагноза и лечения, оказывают родители.

Для родителей (опекунов) это возможность обсудить свои страхи и тревоги по поводу ВИЧ-инфекции, будущего их детей, узнать особенности подросткового возраста, а также приобрести навыки эффективного взаимодействия с детьми-подростками.

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

### 2.3. Проблемы организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, детям с перинатальным контактом по ВИЧ и ВИЧ-инфицированным детям

При подтверждении наличия у женщины ВИЧ-инфекции сотрудникам Центра СПИД следует определить жизненную ситуацию женщины и социальные проблемы ее семьи. Если жизненная ситуация признана тяжелой, необходимо привлечь сотрудника социальной службы для организации социальной помощи женщине и ее семье.

Женщина информируется об ответственности медицинских и социальных работников за соблюдение конфиденциальности информации о ее диагнозе. Уточняется, кто из близких проинформирован о ВИЧ-статусе женщины, и определяется тактика общения с ними, если они не знают, что у женщины ВИЧ.

Социальному работнику следует уточнить у женщины следующую информацию:

- адекватность понимания женщиной своей ситуации;
- наличие документов, удостоверяющих личность (паспорт, справка об освобождении, водительское удостоверение);
- гражданство;
- наличие постоянного жилья и жилищно-бытовые условия;
- наличие постоянной или временной регистрации по месту проживания;
- источники доходов и их размер;
- возможность семейной поддержки;
- состоит ли женщина в официальном браке;
- с кем проживает женщина, информированы ли ее домашние о том, что у женщины ВИЧ, каково их состояние здоровья;

- употребление психоактивных веществ женщиной и членами ее семьи, давность приема, есть ли понимание необходимости отказа от наркотиков;
- заинтересованность в рождении ребенка, возможности его содержания.

Органы здравоохранения и социальной защиты должны стремиться к предоставлению всеобъемлющей помощи семьям, затронутым ВИЧ, в соответствии с требованиями законодательства. Основные задачи взаимодействия медицинских и социальных служб для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку состоят в следующем:

1. Организация медицинского наблюдения во время беременности.
2. Прием противовирусных препаратов женщиной во время беременности.
3. Своевременное поступление женщины в родильный дом.
4. Обеспечение приема противовирусных препаратов ребенком.
5. Обеспечение ребенка питанием искусственными смесями.
6. Организация медицинского наблюдения ребенка.
7. Профилактика незапланированной беременности у женщин с ВИЧ.

Информацию о том, что женщина с ВИЧ не наблюдается во время беременности, поступает из Центра СПИД в женскую консультацию. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 февраля 2003 г. №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» определяет необходимость патронажа женщины медицинским работником женской консультации (ЖК) на дому. Сотрудник женской консультации обсуждает с сотрудником Центра СПИД необходимость социально-медицинского патронажа. В случае этой необходимости акушер-гинеколог ЖК совместно с социальным работником посещают женщину с ВИЧ на дому, определяют трудности, связанные с посещением медицинских учреждений, и разрабатывают программу помощи. (табл. 7).

Возможные проблемы с получением наблюдения во время беременности:  
медико-социальные пути их решения

Проблема	Возможные пути решения
Отдаленное проживание от Центра СПИД и женской консультации	Организация транспорта или обеспечение проездными документами
Бедность	Содействие в оформлении документов, пособий, субсидий
Плохое состояние собственного здоровья	Госпитализация или организация ухода на дому
Необходимость заботится о детях или близких	В случае болезни – организация ухода на дому или помещение в стационар. Помощь в устройстве ребенка в ясли или детский сад
Непонимание необходимости медицинского наблюдения во время беременности из-за низкой образованности или искаженной информации	Организация эффективного повторного консультирования женщины и ее близких профессиональным опытным сотрудником
Опасения разглашения своего ВИЧ-положительного статуса	Подтверждается юридическая ответственность сотрудников за соблюдение конфиденциальности
Негативное отношение со стороны медицинского работника	Определение проблемы, обсуждение ее с медицинским работником, определение другого медицинского специалиста
Неадекватное отношение к себе и беременности из-за употребления наркотиков, неприятие собственного ВИЧ-статуса	Консультирование женщины о необходимости наблюдения и лечения для профилактики инфицирования ребенка и поддержки ее собственного здоровья. Определения попечителя, его консультирование и подготовка
Отсутствие документов, страхового полиса и регистрации по месту жительства	Консультирование по процедуре восстановления/получения полиса/паспорта/регистрации, сбор необходимых документов, посещение паспортно-визового отдела милиции и подача заявления на получение необходимых документов
Депрессия, приводящая к равнодушию к своей судьбе и судьбе ребенка	Консультирование и обследование. Психологическая помощь и психотерапия. Привлечение поддержки со стороны близких и инфицированных ВИЧ

Основой организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, детям с перинатальным контактом по ВИЧ и ВИЧ-инфицированным детям является обеспечение их комплексным обследованием и лечением, в том числе ВААРТ в полном объеме, предоставление им необходимой психологической и социальной помощи.

Совместная деятельность органов и учреждений здравоохранения (инфекционной, родовспомогательной, педиатрической служб) и социальной защиты населения должна быть направлена на первичную профилактику, выявления ВИЧ-инфицированных беременных и детей, привлечения их к диспансерному наблюдению и лечению, полное обеспечение АРВП перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и адекватного обследования, социально-психологического сопровождения.

В настоящее время на уровне субъекта РФ действует, как правило, одно специализированное учреждение - Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Решить все эти вопросы одному учреждению зачастую невозможно, поэтому назрела необходимость объединения усилий разных учреждений и организаций, которые постоянно работают с этой категорией населения.

Организация системы взаимодействия различных учреждений здравоохранения и социальной защиты населения по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям должна быть направлена на решение следующих задач:

- обеспечение профилактики распространения ВИЧ-инфекции;
- обеспечение консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей;
- осуществление диспансерного дородового и послеродового наблюдения беременной женщины, матери и ребенка;
- проведение комплексной профилактики перинатальной передачи, включая более широкое применение трех этапной АРВП;

- обеспечение нуждающихся ВААРТ;
- обеспечение доступности искусственного вскармливания детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями;
- обеспечение социально-психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин и детей;
- оценка эффективности проводимой профилактики, лечение и социально психологическое сопровождение;
- проведение обучения по вопросам ВИЧ-инфекции всего медицинского персонала, вовлеченного в процесс оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

Меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, по возможности, должны интегрироваться в существующие инфраструктуры системы здравоохранения, обеспечивающие медицинский уход и охрану репродуктивного здоровья. Интеграция профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в родовспомогательную, педиатрическую и социальные службы уже начата в регионах, однако требует более четкого определения функций медицинских и социальных работников в вопросах оказания помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

Оказание всесторонней медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам с детьми чрезвычайно важно, так как она направлена на поддержку семьи, профилактику отказов от ребенка, а, следовательно, на профилактику социального сиротства.

## 2.4. Анализ существующих мер социальной поддержки беременных женщин и организации медицинской помощи

Процесс организации своевременного выявления, диспансерного наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных сопряжен с большим количеством немедицинских проблем, решение которых лежит в сфере деятельности не только учреждений здравоохранения, но и других служб, прежде всего социальной защиты населения.

Распространение ВИЧ-инфекции зачастую связано с девиантным поведением (употреблением психоактивных веществ, беспорядочными половыми связями и т. д.). Большинство ВИЧ-инфицированных относятся к категории граждан, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся как в медицинской, так и в психологической помощи и социальной поддержке.

Проведенный эпидемиологический анализ свидетельствует, что среди кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных женщин, выявленных в Свердловской области, 38,2% инфицировались при употреблении инъекционных наркотиков. По результатам изучения медико-социальных характеристик ВИЧ-инфицированных женщин, решивших сохранить беременность, 73,1% ранее употребляли наркотики, при этом 45,4% продолжали принимать наркотики во время беременности.

Потребители наркотиков являются «закрытой» группой для учреждений здравоохранения в силу своей социальной уязвимости, что негативно отражается на приверженности медицинскому наблюдению.

Для осуществления мероприятий по профилактике, лечению ВИЧ-инфекции и химиопрофилактике ППМР нередко требуется одновременно помочь женщине решить проблемы социального и психологического характера.

В Свердловской области разработана и внедрена модель организации оказания комплексной медико-социальной помощи, которая позволяет

обеспечить во всех муниципальных образованиях унифицированный подход и согласованное межведомственное взаимодействие при медико-социальном сопровождении лиц, уязвимых ВИЧ-инфекции.

Организация медико-социального сопровождения женщин и детей имеет свои особенности, обусловленные решением специфического комплекса задач: раннего выявления ВИЧ-инфекции, формирования приверженности диспансерному наблюдению и лечению, снижения уровня ППМР, отказов от ребенка.

Алгоритм медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин и семей с детьми, состоящих под наблюдением в ОЦ СПИД (филиалах) или КИЗ/КДК, может быть представлен в виде последовательных этапов: 1. Выявление социальных проблем; 2. Диагностика проблем; 3. Реабилитация; 4. Оценка результатов и дальнейшее сопровождение (рис. 2).

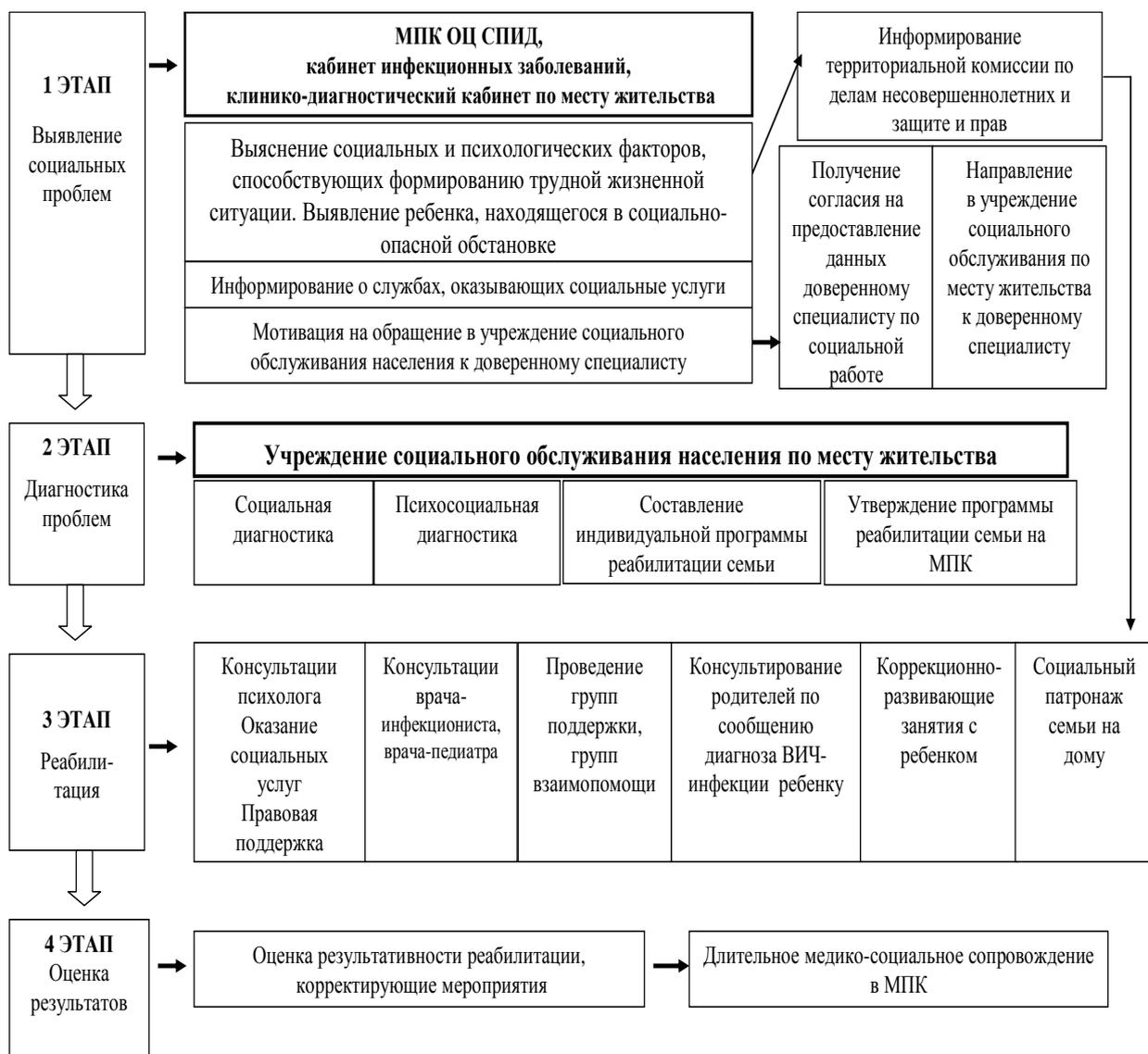


Рис. 2. Алгоритм действий мультипрофессиональной команды при медико-социальном сопровождении ВИЧ-инфицированных женщин и семей с детьми

1 этап – выявление социальных проблем женщины. При обращении ВИЧ-инфицированной женщины в ОЦ СПИД либо в КИЗ/КДК по месту жительства врачом (фельдшером) проводится выяснение основных медицинских, социальных и психологических факторов, способствующих формированию трудной жизненной ситуации, которые могут препятствовать приверженности диспансерному наблюдению, профилактике ППМР, АРВТ и, как следствие, привести к

неблагоприятным медицинским и социальным последствиям: утяжелению заболевания женщины, рождению ВИЧ-инфицированного ребенка, его смерти, отказу от ребенка, социальному сиротству, смерти женщины.

Пациентка информируется о службах, оказывающих социальные услуги, врачом (фельдшером) проводится работа по формированию у женщины мотивации на обращение в учреждение социального обслуживания населения к доверенному специалисту. При согласии пациентки на раскрытие информации об ее ВИЧ-статусе специалисту по социальной работе медицинский работник оформляет информированное согласие на передачу сведений в учреждение социального обслуживания, которое подписывается пациенткой и представителем учреждения здравоохранения. При выявлении в семье ребенка, находящегося в социально опасной обстановке для его жизни или здоровья, решение проблемы осуществляется во взаимодействии с прокуратурой, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних.

2 этап – диагностика проблем женщины. При обращении ВИЧ-инфицированной женщины в учреждение социального обслуживания населения ей предоставляется подробная информация о видах социальных услуг и условиях их получения, предлагается заключить договор о социальных услугах, соблюдается строгая конфиденциальность информации. При согласии женщины осуществляется ее прием на социальное обслуживание, выявление потребностей и предоставление социальных услуг в соответствии с законодательством. Разрабатывается индивидуальная программа реабилитации с учетом медицинских, социальных и психологических факторов, повлиявших на формирование трудной жизненной ситуации, программа утверждается с участием всех членов МПК.

3 этап – реабилитационные мероприятия. Он включает консультации психолога, оказание социальных услуг, правовую поддержку. С семьями с детьми проводится работа по повышению приверженности приему АРВТ у

детей и родителей, оказывается помощь по сообщению диагноза ВИЧ-инфекции ребенку. Осуществляется социальный патронаж на дому, проводятся коррекционно-развивающие занятия с ребенком, создаются группы для ВИЧ-инфицированных беременных. Новыми направлениями в работе являются группы по приверженности АРВТ для детей 5–8 лет, не знающих свой диагноз, и для их родителей; группы поддержки для детей 9–17 лет, знающих свой диагноз; группы психологического сопровождения родителей ВИЧ-инфицированных подростков; включение информации по ВИЧ-инфекции в программу «Школа приемных родителей». Проведение занятий осуществляется специалистами учреждений социального обслуживания, прошедшими обучение в ОЦ СПИД. С этой целью разработаны методические программы для специалистов учреждений социального обслуживания населения по консультированию ВИЧ-инфицированных граждан, по сообщению диагноза ВИЧ-инфицированным детям и подросткам, по консультированию опекунов и родителей ВИЧ-инфицированных детей. Для информационной и психологической поддержки ВИЧ-инфицированных подростков, их родителей и специалистов, работающих с данной категорией семей, создан сайт ([www.teensplus.ru](http://www.teensplus.ru)), который пока является единственным в России. Важной составляющей данного этапа является постоянное взаимодействие специалистов по социальной работе, психолога с врачом-инфекционистом, наблюдающим женщину, и педиатром, наблюдающим ребенка.

4 этап – оценка результатов. Совместно доверенными специалистами учреждения социального обслуживания населения, врачом-инфекционистом и врачом-педиатром осуществляется оценка качества предоставляемых комплексных услуг и результативности выполнения программы реабилитации, назначаются корректирующие мероприятия, при необходимости женщина находится на длительном медико-социальном сопровождении в МПК.

Для этого необходимо разработать четкую модель взаимодействия всех структур, обеспечивающих предоставление им медицинских и различных социальных услуг.

### ГЛАВА 3. СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ПРОБЛЕМЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

#### 3.1. Социальная характеристика ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

В социологическом исследовании представлены результаты факторов риска инфицирования ВИЧ. В выборку вошли беременные женщины Екатеринбурга в возрасте от 16 до 44 лет. В 5 женских консультациях г. Екатеринбурга проводился опрос женщин, находящихся на учете в связи с беременностью.

Итоговый объем выборки составил 375 человек (327 ВИЧ-отрицательных женщин и 48 женщин, живущих с ВИЧ). Средний возраст опрошенных составил 28,5 лет. Большинство опрошенных (70,4%) на момент проведения исследования состояли в зарегистрированном браке, каждая пятая в гражданском браке (20%), остальные – или разведены (1,6%) или не замужем (8%). Выявлены основные факторы риска инфицирования ВИЧ у беременных женщин – практика незащищенных сексуальных контактов (47,7%), наличие более 2-х сексуальных партнеров в течение последнего года (7,5%), опыт употребления наркотических веществ (2,7%). Выявлена недостаточная осведомленность о применении средств контрацепции, а также низкий охват опрошенных дотестовым консультированием.

Беременные женщины, принявшие участие в опросе, находились на 5-40 недели беременности. Средний срок беременности респондентов составил 27 недель.

Половину выборки составили сотрудники, работающие на условии полной занятости (50,1%) с высшим (48,5%) или средним специальным

образованием (29,6%). Лишь менее десятой части респондентов не имели образования помимо средней школы. Трое участниц, на момент опроса, обучались в школе. 38,4% беременных женщин на момент проведения исследования нигде не учились и не работали.

Используемые методики:

1. Нормативно-правовая документация (прил. 1).
2. Анкета пациента (прил. 2).

Целью исследования является:

Изучение уровня информированности по проблеме ВИЧ-инфекции и выявление факторов риска инфицирования среди беременных, как представителей общей популяции, имеющих низкий риск заражения ВИЧ.

Процедура проведения исследования:

Социологическое исследование проводилось на территории города Екатеринбурга в период с августа по декабрь 2017 года.

Участие в опросе было анонимным, добровольным на основе информированного согласия и предполагало ответы на вопросы анкеты, состоящей из нескольких блоков вопросов: социально-экономический статус опрашиваемых, особенности сексуального поведения, отношение к алкоголю и наркотикам, уровень знаний о мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Испытуемые могли высказать свою точку зрения на поставленные вопросы. Бланки анкеты и авторучки выдавались пациентам «Свердловского Областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД».

Анкеты выдавались врачом акушером-гинекологом на базе женских консультаций города Екатеринбурга, при постановке женщины на учет по беременности.

Обработка результатов: проводилась по каждому вопросу анкеты.

### 3.2. Применение результатов исследования для повышения эффективности мер социальной поддержки беременных женщин и организации медицинской помощи

Знания и установки относительно ВИЧ-инфекции. Большинство опрошенных (72%) считают, что в их регионе существует эпидемия ВИЧ-инфекции, такое же количество женщин считают проблему ВИЧ-инфекции актуальной для своего города.

Воздействие ВИЧ-инфекции на человека. Большинство респондентов знают, что ВИЧ разрушает иммунную систему человека (89,1%). Каждая десятая (11,5%) полагает, что ВИЧ разрушает свертывающую систему крови.

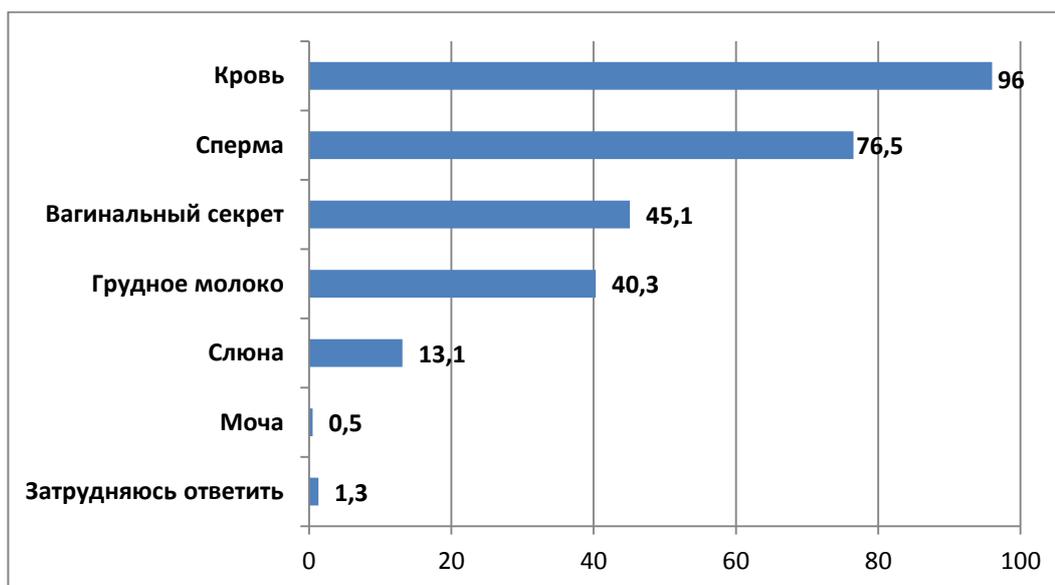


Рис. 3. Пути передачи ВИЧ-инфекции (%)

Большинству опрошенных известны пути передачи ВИЧ (рис. 3): в том, что ВИЧ передается через кровь, уверены (96%) и сперму (76,5%). Чуть меньше половины респондентов (45,1%), считают, что ВИЧ передается через вагинальный секрет, а 40,3% участников опроса одним из способов передачи называют грудное молоко. Возможность заразиться

ВИЧ через слюну и мочу существующей считают 13,1% и 0,5% опрошенных соответственно. С ответом на вопрос о путях передачи ВИЧ-инфекции затруднились 1,3% респондентов.

Почти половина респондентов (47,7%) затруднились ответить на вопрос, что представляет собой состояние человека в период «окна» при ВИЧ-инфекции. 43,8% опрошенных считают, что – это состояние, когда человек уже инфицирован, но тест на ВИЧ ещё отрицательный, 7,5% женщин ответили, что периодом «окна» называется состояние, когда у человека ещё не появились симптомы заболевания, а 3,5% уверены, что период «окна» означает, что человек не может передать инфекцию другим.

Практически каждый третий 11,2% респондентов считает, что после опасного контакта обследоваться на ВИЧ необходимо на следующий день, 11,5% участников ответили, что обследование следует провести через неделю, а 53,6% беременных женщин уверены, что пройти данную процедуру стоит через 3-6 месяцев. Каждая четвертая (23,7%) женщина затруднилась ответить.

Из 375 респондентов только 1 затруднился дать ответ на вопрос о том, как обнаружить ВИЧ-инфекцию у человека, остальные знают, что для этого необходимо сдать кровь на наличие антител к ВИЧ.

Передача ВИЧ ребенку во время беременности и/или родов возможна, по мнению большинства участников опроса (83,5%). В том, что беременная женщина, инфицированная ВИЧ, может, принимая лекарства от ВИЧ, предотвратить инфицирование ребенка уверены половина респондентов (53,1%) опрошенных из данной подгруппы, каждый третий (36%) затруднился ответить на данный вопрос. Только половина опрошенных (53,1%) знают о возможности передачи ВИЧ через грудное молоко. Почти треть (28,5%) затруднились ответить на данный вопрос.

В том, что ВИЧ инфицированного человека нельзя определить по внешнему виду знают почти все участницы опроса (90,9%). О необходимости предохранения презервативом для снижения риска

заражения ВИЧ также знают почти все женщины-участницы опроса (91,2%).

Стратегию обоюдной верности половых партнеров считают эффективной в отношении профилактики ВИЧ-инфекции 67,5% опрошенных.

Наиболее распространенные заблуждения о возможности передачи ВИЧ-инфекции бытовым путем включают себя представления о таких каналах распространения инфекции как курение наркотиков (20%) и укусы комара (11,2%). Эти же варианты ответов вызвали наибольшую неопределенность у четверти опрошенных – 24% и 25,3% соответственно. Также вызывают вопросы пути возможности передачи ВИЧ при плавании в бассейне, через поцелуи, чихание и кашель и совместный прием пищи: на них затруднились ответить однозначно от 13% до 25% респондентов (рис. 4).



Рис. 4. Распространенность заблуждений о путях передачи ВИЧ-инфекции, в %

О существовании лекарств, способных продлить жизнь ВИЧ-инфицированному пациенту знают большинство респондентов – 82,9%. Информацию о ВИЧ-инфекции респонденты чаще всего получали из

различных СМИ: телевидение, радио, печатные издания (68,5%). Половина участников исследования в равной степени использовали Интернет (52,8%) и информацию из брошюр и плакатов (52,8%). Для многих источником стали и медицинские работники – 46,4%. Реже всего знания о ВИЧ-инфекции исходили от однокурсников/одноклассников (3,7%) и коллег опрошенных (7,5%).

Узнаваемость профилактических вмешательств для общего населения. Тематические баннеры на сайтах в течение последних 12 месяцев видели 32,8% респондентов. При этом никогда не видели такие баннеры более половины опрошенных – 52,8%. Сайты организаций (помимо Центра СПИД) и инициативных групп, занимающихся профилактикой ВИЧ, в течение последних 12 месяцев видел каждый пятый респондент (20,5%).

Рекламные щиты с профилактическими посланиями когда-либо видели половина опрошенных (50,4%), а листовки и брошюры этой тематики видели 66,6%. При этом большинство ответивших положительно на эти вопросы видели материалы в течение последних 12 месяцев перед проведением исследования.

В региональных печатных изданиях информацию о способах профилактики ВИЧ в течение последних 12 месяцев перед проведением исследования видели 29,3% участников опроса; ранее, чем за год до исследования такую информацию видели 13,1% респондентов. В региональных Интернет-изданиях информацию о ВИЧ в течение последних 12 месяцев видели 27,2% опрошенных, в то время как ранее года до проведения исследования видели информацию 13,9%. Чаще всего информацию о ВИЧ респонденты видели по телевидению 60%, а ранее года до исследования информацию видели 14,9% респондентов. В течение последних 12 месяцев перед проведением исследования по радио информацию о ВИЧ слышали 21,1% опрошенных женщин. Ранее эту информацию слышали 12,3% респондентов. Значительная доля

респондентов обратила внимание на городские акции, которые проводились как в течение последнего года, так и ранее. Пятая часть респондентов видела такие акции за последний год, еще 16% опрошенных видели такие акции ранее. Выставки были замечены значительно меньшим количеством респондентов: так, когда-либо выставки о ВИЧ видели 10,2% участников опроса, при этом большинство респондентов видели такие выставки не в последний год перед проведением исследования.

Использование ресурсов Центра СПИД. Страницы Центра СПИД Свердловской области в социальных сетях когда-либо посещал каждый третий респондент (28,3%), причем большинство таких посещений пришлось на последние 12 месяцев. Небольшое количество опрошенных (16%) пользовались сайтом Центра СПИД Свердловской области, каждый десятый (11,5%) обращался к нему в течение 12 месяцев, предшествующих опросу. Телефон доверия Центра использовали лишь 4 из 375 женщин-участниц опроса (1,1%). Экспресс-тестирование на базе мобильного пункта Центра СПИД проходили 5,9% респондентов.

Половое поведение и половые партнеры. Вступали в сексуальные контакты все опрошенные. От 1 до 4 сексуальных партнеров было у респондентов за последние 12 месяцев, предшествующих опросу. Для большинства 97,1% это был один партнер, у 7 человек (1,9%) было за этот период 2 партнера. Не использовали презерватив при сексуальных контактах в течение последних 12 месяцев почти половина опрошенных (47,7%). При этом все время использовали презерватив при сексуальных контактах за последние 12 месяцев 6,7% респондентов, чаще всего каждый пятый (19,5%), иногда 18,1%.

У трети респондентов (33,6%) был только один сексуальный партнер в течение жизни, у 17,6% – 2 партнера, у 21,1% больше 3, но меньше 5 и у 7,5% было более 6 партнеров. У 5,3% женщин были сексуальные партнеры, которые когда-либо отбывали наказание в местах лишения свободы, у 7,7% – мужчины, имеющие опыт покупки секс-услуг

(использования услуг проституток), у 2 респондентов (0,5%) половым партнером был мужчина, имевший гомосексуальный опыт. 2,7% респондентов указали на то, что среди их сексуальных партнеров были мужчины, которые употребляли наркотики с помощью инъекций, а 2,4% указали на то, что у них был секс с ВИЧ-инфицированной женщиной.

О ВИЧ-статусе партнера всегда интересуются лишь каждый пятый респондент, и почти половина не задает этот вопрос никогда (42,1%). В четверти случаев (25,1%) вопрос о статусе не задавался по причине использования презерватива, 13,1% по причине собственной незаинтересованности. Неловко задать такой вопрос было для 5,3%. Считали, что партнер не будет честен при ответе на этот вопрос 7,5% респондентов. При этом 54,1% респондентов сообщили, что сексуальных партнеров, у которых бы они не поинтересовались ВИЧ-статусом, у них не было.

Риск заражения ВИЧ. Инъекционные наркотики принимали за последние 12 месяцев 2,1% опрошенных из данной подгруппы. 12% когда-либо в течение жизни наносили татуировки, 14,9% опрошенных делали пирсинг. В течение последних 12 месяцев перед проведением исследования флюорографию проходили 89,9% опрошенных.

Мы спросили респондентов, как они оценивают собственный риск заражения ВИЧ. Большинство из них (70,1%) уверены, что такого риска нет, и они контролируют свою безопасность. Считают, что их может коснуться проблема ВИЧ/СПИД 38,9% участников опроса. Лично знают кого-либо, живущего с ВИЧ четверть опрошенных (25,9%).

Прохождение тестирования на ВИЧ и его результат (рис. 5). Почти все респонденты (92,2%) проходили тестирование на ВИЧ в течение жизни, больше половины (60,8%) – потому что данный анализ был обязательным, для 37,1% респондентов данное решение было добровольным. Из тех, кто делал тест на ВИЧ, почти все (91,6%) сделали его в течение 12 месяцев, предшествующих опросу. 2% тестировались –

около 1-2 лет назад, 1,2% – 2-4 года назад, 2,6% более четырех лет назад и столько же опрошенных не помнят, когда проходили тестирование. Значительная доля 12,1% тестируемых не узнавали результаты своего анализа. После заполнения анкеты все участники опроса проходили экспресс-тестирование. У 48 (12,8%) респондентов тест показал наличие ВИЧ-инфекции. Заражение ВИЧ-инфекцией, по мнению данной подвыборки произошло во время секса с мужчиной (85,4%), при переливании крови (2,1%) или других медицинских манипуляций (2,1%), при нанесении татуировки/пирсинге (2,1%) и в 8,3% случаях источник заражения респонденту не известен. Все респонденты, у которых была обнаружена ВИЧ-инфекция посредством данного экспресс-тестирования, сообщили о том, что они ранее знали о своем ВИЧ-статусе, им назначена АРВТ-терапия, и они принимали и принимают в настоящее время.

Чаще всего тестирование респонденты проходили по причине того, что данный анализ является стандартным при беременности: на эту причину указали 80,6% опрошенных. Также популярной причиной было тестирование «просто хочу знать» – 7,8% респондентов указали на нее. Часть опрошенных (4,6%) тестировались, потому что у них был незащищённый секс, столько же участников опроса тестировались перед медицинским вмешательством или сдачей крови. Один человек прошел тестирование, поскольку обнаружил у себя признаки ВИЧ, двое, потому что делали татуировки.



Рис. 5. Если бы Вы захотели пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, какой бы способ вы выбрали (%)

Центр СПИД вызывает наибольшее доверие как будущий пункт для тестирования на ВИЧ у респондентов (рис.3) также треть респондентов (29,6%) предпочла бы обратиться в поликлинику за бесплатным не анонимным тестированием.

Отношение к людям с ВИЧ-инфекцией и их права. Наиболее толерантны респонденты были при ответе на вопрос, что будет, если у их друга обнаружат ВИЧ. Так, по-прежнему будут дружить и поддержат друга, будет почти половина участников опроса (46,7%). Каждый третий респондент (32,3%) затруднился дать ответ и спрогнозировать, как бы он поступил в такой ситуации.

Не стали бы покупать продукты у продавца, живущего с ВИЧ 41,7% респондентов, треть (29,1%) затруднились ответить на этот вопрос.

Уверены, что работодатель имеет право по закону отказать в приеме на работу или уволить сотрудника по факту наличия у него (нее) ВИЧ-инфекции 12,3% и, опять же, у трети (30,1%) респондентов ответ на данный вопрос вызвал затруднение.

В том, что коллеги имеют право по закону знать о том, что их коллега живет с ВИЧ, уверены 31,2%, чуть больше четверти (26,4%) затруднились ответить. Также, значительное число респондентов (36,8%) считают, что коллеги имеют право отказаться работать с таким сотрудником.

Существенна доля респондентов, которая уверена в том, что у ВИЧ-инфицированных детей нет права учиться вместе с другими детьми (13,6%).

При этом больше половины участников опроса (58,9%) считают, что им не нужна дополнительная информация по ВИЧ-инфекции.

ВИЧ-отрицательные и ВИЧ-положительные респондентки: основные различия. Группы респонденток значимо не различаются по социально-демографическим характеристикам. Также не были выявлены значимые различия в отношении осведомленности об эпидемии ВИЧ в регионе.

Во многом знания подгрупп респонденток о ВИЧ, способах его профилактики и путях передачи не различаются. Статистически значимые различия ожидаемо касаются всех вопросов, связанных с АРВТ (рис. 6) и возможности передачи ВИЧ ребенку через грудное молоко. Также ЛЖВС реже склонны считать, что ВИЧ передается через слюну (рис. 7)

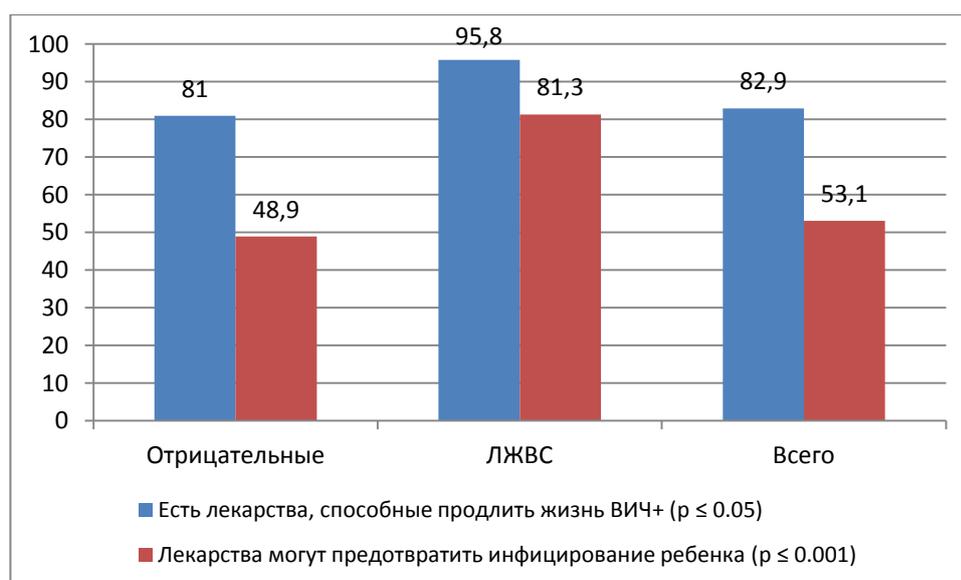


Рис. 6. АРВТ (в %)

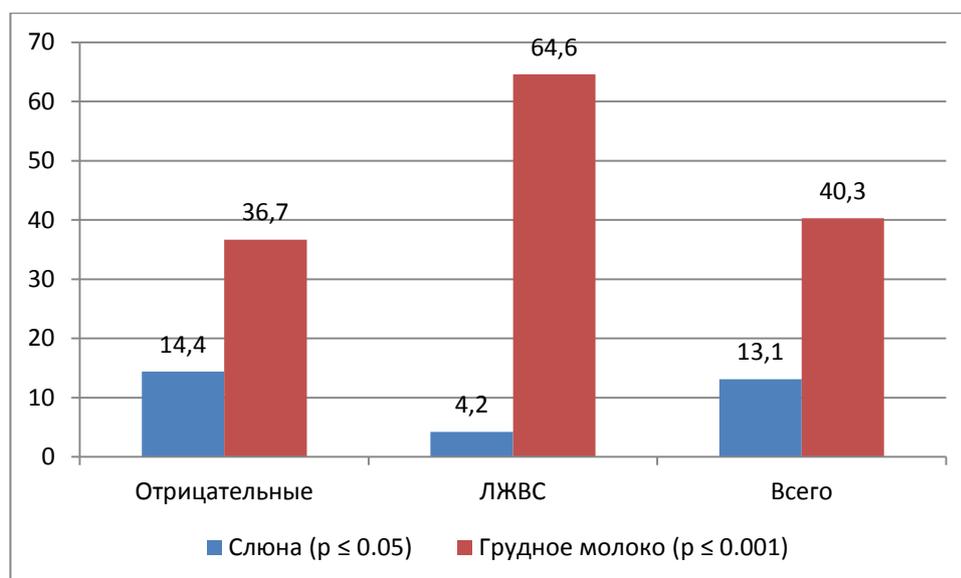


Рис. 7. Через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ (в %)

Между подгруппами нет различий по агрегированному индикатору UNAIDS, а также сводному индикатору охвата профилактическими программами. Также нет значимых различий по источникам информации о ВИЧ, а также использованию информационных ресурсов ОЦ СПИД.

Анализ распределений ответов на вопросы о половой жизни также не выявил значимых различий за исключением вопроса об использовании презервативов. Так, большинство ЛЖВС пользуются презервативами всегда или чаще всего (60,4%), в то время как доля ВИЧ-отрицательных респонденток для такой частоты всего 21,1% ( $p \leq 0.001$ ,  $\chi^2=53.316$ ).

ЛЖВС респондентки ожидаемо демонстрируют более толерантные установки относительно ЛЖВС. Так, они склонны не акцентировать внимание на ВИЧ-инфекции друга (29,2% против 6,7%) и не переставать с ним общаться (станут реже общаться 12,8% ВИЧ – и 2,1% ВИЧ+)( $p \leq 0.001$ ,  $\chi^2=27.181$ ). Также они готовы приобретать продукты у продавца, живущего с ВИЧ (83,3% против 21,4%,  $p \leq 0.001$ ,  $\chi^2=79.356$ ). Более того, респондентки, живущие с ВИЧ более осведомлены о своих правах как ВИЧ-инфицированных (Табл. 8)

## Какие права есть у ЛЖВС и их социального окружения (в %)

	Отрицательный			ЛЖВС			Всего			по Всего группе
	Есть	Нет	Затрудн яюсь ответить	Есть	Нет	Затрудн яюсь ответить	Есть	Нет	Затрудн яюсь ответить	
Право отказать в приеме на работу или право уволить сотрудника ЛЖВС	13,8	55,7	30,6	2,1	70,8	27,1	12,3	57,6	30,1	$p \leq 0.05$
Коллеги имеют право знать о ВИЧ-статусе	35,2	37	27,8	4,2	79,2	16,7	31,2	42,4	26,4	$p \leq 0.001$
Коллеги ВИЧ-инфицированного сотрудника могут отказаться с ним работать	41,6	39,1	19,3	4,2	81,3	14,6	36,8	44,5	18,7	$p \leq 0.001$
Дети с ВИЧ-инфекцией могут учиться в обычной школе вместе с детьми без ВИЧ-инфекции	47,7	15,6	36,7	89,6	0	10,4	53,1	13,6	33,3	$p \leq 0.001$

Уровень знаний женщин о путях передачи ВИЧ – средний, доля правильных ответов составляет 76%, что свидетельствует о наличии на территории Свердловской области определенной системы информирования населения по вопросам ВИЧ-инфекции, однако некоторые знания закреплены в большей мере посредством тематической социальной рекламы нежели другой образовательной практикой.

Основными факторами риска инфицирования ВИЧ у беременных женщин является практика незащищенных сексуальных контактов (85,4%),

опыт употребления наркотических веществ (2,1%), при переливании крови (2,1%), источник заражения респонденту не известен (8,3%).

Также снижен уровень осведомленности о возможности применения средств контрацепции.

Таким образом, данные результатов исследования среди беременных женщин свидетельствуют о необходимости дальнейшей комплексной профилактической работы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявлено, что ВИЧ – это вирус иммунодефицита человека, вызывающий ВИЧ-инфекцию – заболевание, последняя стадия которого известна как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). В настоящее время, Свердловская область, характеризуется неблагоприятной ситуацией по ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста, ростом числа детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, что необходимо учитывать при комплексной оценке медико-демографической и социально-экономической ситуации в регионе.

Оценка медико-социального статуса ВИЧ-инфицированных беременных женщин свидетельствует о наличии комплекса факторов риска, влияющих на их приверженность проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ, а также на сохранение и воспитание ребенка в семье.

Для решения задач по повышению эффективности профилактики и оказания медико-социальной помощи женщинам, детям, семьям, имеющих проблемы в связи с ВИЧ-инфекцией необходима реализация межведомственного взаимодействия на основе мультипрофессионального подхода.

Разработаны пути повышения эффективности оказания медико-социальной помощи:

1. Оказание консультативной (психологической и правовой) помощи ВИЧ-инфицированным и членам их семей при обращении в ОЦ СПИД. ( социально–правовой консультативной помощи в получении установленных законодательством гарантий (помощь в оформлении необходимых пособий и льгот )).
2. Патронаж-сопровод беременных и семей с детьми-ВИЧ, для повышения уровня приверженности к наблюдению и лечению.

3. Групповая работа. Проведение школ для беременных и групп для детей с целью адаптации клиентов к ДЗ и повышению приверженности. (группы для беременных проходят еженедельно; -группы для детей по приверженности терапии, не знающих свой диагноз («Фея Витаминка») – либо консультирование (5- 9 лет) проходят ежеквартально и состоят из 3 встреч; -группы сопровождения родителей и детей, знающих свой диагноз (10-15 лет) проходят ежемесячно.

Также было выяснено, что ранняя диагностика ВИЧ-инфекции, забота о своем здоровье, наблюдение во время беременности и ответственное отношение к рекомендациям врача, социального работника, психолога – необходимые составляющие успеха.

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

Следует формировать у женщин реальные ожидания от деятельности социальных работников и системы социальной помощи в целом. Необходимо, чтобы с самого начала и социальные работники, и ВИЧ-положительные, и члены их семей, вовлеченные в работу, понимали, что каждый из них вносит свой посильный вклад в успех, что перед работниками социальных служб не стоит задача обеспечить «беспроблемное» существование женщины и ее семьи. Социальный работник должен преодолеть закрытость семьи, чувства неполноценности,

«зацикленность» на имеющихся проблемах и обеспечить динамику семейных взаимоотношений. Успешное развитие сотрудничества с учреждениями социальной сферы основано на активности самой ВИЧ-положительной и ее семьи.

Оказания помощи ВИЧ-позитивным женщинам – это продление их жизни и повышение ее качества, это возможность рождения здоровых детей, это профилактика социального сиротства, это забота о будущем страны.

Исследование показало, что информированность населения о ВИЧ является одним из важных звеньев по профилактике передачи инфекции.

Учитывая, что сохраняется количество выявленных беременных с ВИЧ-инфекцией на территории Свердловской области и число женщин, вынашивающих беременность, вопросы профилактики перинатального пути передачи ВИЧ являются крайне актуальными.

Важное значение имеет доступность качественного консультирования и обследования на ВИЧ. Совместная деятельность инфекционной, родовспомогательной, педиатрической и социальной служб должна быть направлена не только на выявление ВИЧ-инфицированных беременных и детей, но и на повышение уровня диспансеризации, поддержание приверженности к АРВТ, обеспечение АРВП, профилактику перинатальной передачи ВИЧ и психосоциальное сопровождение.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арасланова Э.И., Заргарова П.Г., Кузьмина З.Г. и др. Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых ВИЧ-инфекцией. – СПб., Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2008.- 174 с.
2. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция. 2-е изд. СПб: Питер, 2003.
3. Беременность и ВИЧ: Сборник статей // СПИД Фонд Восток-Запад ( AIDS Foundation East-West – AFEW). М., Российская Федерация, 2005. 119 с.
4. ВИЧ/СПИД и дети (для медицинских и социальных работников)/ Е.Н. Виноградова, Г.В. Волкова и др. / Под. ред. проф. А.Г. Рахмановой – СПб: Изд. «ВВМ». – 2010 – 359 с.
5. ВИЧ-инфекция у детей/Канадско-российский проект борьбы со СПИДом. СПб., 2000.
6. ВИЧ и беременность - [электронный ресурс] – режим доступа - <http://www.u-hiv.ru> - свободный.
7. ВИЧ и беременность. Как родить здорового ребенка - [электронный ресурс] – режим доступа - <http://www.chitamed.ru> - свободный.
8. Воронин Е.Е., Рахманова А.Г., Фомин Ю.А. и др. Краткое руководство по ВИЧ-инфекции. – СПб., 2003. – 440 с.
9. Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В., Афонина Л.Ю. и др. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. – М., 2004. – 40 с.
10. Воронцова Н.Н. и др. Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей: Пособие для социальных работников / Н.Н. Воронцова, В.В. Жеребцова, Т.А. Епоян, А.И. Загайнова, С.А. Игумнов, Е.И. Романенко, В.Н. Садовникова, С.И. Сидоренко, П.Б. Торопов, Г.М. Шумейко. – М., 2006. – 114 с.

11.Воронцова Н.Н., Жеребцова В.В., Епоян Т.А. и др. Медико-социальное сопровождение людей, живущих с ВИЧ и членов их семей. Пособие для социальных работников. – М., 2006.- 114 с.

12.Голландская неправительственная организация «СПИД Фонд Восток/Запад» Социальное сопровождение в области ВИЧ-инфекции: стандарты предоставления услуг. – М., 2008.- 27 с.

13.Губанова Г.И., Гузеева Е.В., Подымова А.С. Научно-практическая конференция с международным участием. Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы. Санкт-Петербург 25-26 сентября 2014г. Статья « Работа с семьями, затронутыми проблемой ВИЧ-инфекции, в Свердловской области».

14.Давыдова А.А., Исаев Д.Д., Чайка Н.А. Консультирование и психологическая помощь ВИЧ-инфицированными. СПб., 1993.

15.Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. Информационно-аналитический обзор. М.: ЮНИСЕФ,2004.

16.Дите В., Бартенева З., Юн Щ. и др. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. – М., 2007. – 123 с.

17.Долганова М.В., Подымова А.С., Прохорова О.Г., Кива Л.Д. Научно-практическая конференция с международным участием. Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы. Санкт-Петербург 25-26 сентября 2014г. Статья « Опыт работы Свердловского областного центра профилактики и борьбы со СПИД».

18.Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. ЮНЭЙДС, 2003.

19.Журнал: Эпидемиология и инфекционные болезни. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. 2015 – 5 с.

20.Злобин А.А., Степанова Е.Ю. Практическое руководство по организации немедицинских сервисов для ВИЧ-позитивных женщин и их детей. – М., 2013- 43с.

- 21.Квинтин Л. Состояние после психотравмы: терапия или превентивный подход // Кризисные события и психологические проблемы человека. Мн.: НИО, 1997. С. 183-188
- 22.Клинические аспекты ВИЧ – инфекции / А.И. Мазус, П. Фам, Р. Рэдфилд – Российское издание 2013. – М.: Гранат, - 2013 – 696 с.
- 23.Куликов С.И. Психогигиена. СПб.: Питер, 2004.
- 24.Кубатаева А.А., Вовк Е.В., Перегинец И.Б. и др. Сборник рекомендаций по социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных («кейс-менеджмент»). – М., 2008 – 76с.
- 25.Медведева Г.П. Этика социальной работы (учебное пособие для вузов). Изд. Владос, 1999.
- 26.Мед энциклопедия - [электронный ресурс] – режим доступа - <http://www.medportal.ru> - свободный.
- 27.Межведомственное и межпрофессиональное сотрудничество медицинских и социальных работников в оказании комплексной помощи семье: Сборник / Под редакцией О.В. Кучмаевой. – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2005. – 100 с.
- 28.Методические рекомендации по организации социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин с детьми в государственных учреждениях социального обслуживания населения: Сборник / Под редакцией М.В. Жуковой. – М., 2010.
- 29.Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб.: Питер, 2000.
- 30.Оказание социальной помощи семьям, затронутым ВИЧ, по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и планированию семьи. Пособие для социальных работников. – М., 2011.
- 31.Организация и проведение информационной кампании по профилактике ВИЧ – инфекции «Чтобы жить» среди жителей Свердловской области - [электронный ресурс] – режим доступа - <http://www.livehiv.ru> - свободный.

32.Подымова А.С., Прохорова О.Г., Ножкина Н.В. Научно-практическая конференция с международным участием. Дети и ВИЧ: проблемы и перспективы. Санкт-Петербург 25-26 сентября 2014г. Статья «Медико-социальная характеристика ВИЧ-инфицированных беременных женщин Свердловской области».

33.Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.

34.Покровский В.В. с соавт. Консультирование при ВИЧ-инфекции, М., 2003.

35.Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики // ВОЗ. Европейское региональное бюро. Копенгаген, 2000.

36.Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ-инфекция у детей. Краткое руководство. СПб: Питер, 2003. 440 с.

37.Руководство по сохранению семейного жизнеустройства детей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции. – СПб: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», 2008. – 174 с.: ил.

38.Сборник нормативных актов и методических документов Российской Федерации и Санкт-Петербурга по профилактике СПИДа. Санкт-Петербург, 2005. 317 с.

39.Современные подходы к применению АРВ-препаратов в комплексе мер направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку Афоница Л.Ю. Воронин Е.Е. Фомин Ю.А. от 21 ноября 2011г.

40.Суковатова О.В., Суворова С.В. Международная научно-практическая конференция. Жить с полной уверенностью. Санкт-Петербург 5-6 июня 2017г. Статья « Оказание социальных услуг женщинам и детям, затронутым проблемой ВИЧ-инфекции».

41.Франкл В. Человек в поисках смысла / Пер. с англ. И нем. М., 1990.

42.Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия / Vol. 41, No. 1. P. 81-96.

**Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному**

Я \_\_\_\_\_ года рождения, настоящим (фамилия, имя, отчество полностью)

Подтверждаю добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- назначаемые мне препараты необходимы для предотвращения заражения моего будущего ребенка ВИЧ во время беременности и родов;
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение ВИЧ в моем организме и предотвратить его проникновение в организм моего будущего ребенка;
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет до 3%. При отсутствии профилактики или нарушении режима приема

антиретровирусных препаратов риск инфицирования ребенка возрастает до 40%.

- назначаемые мне и моему будущему ребенку антиретровирусные препараты могут вызывать нежелательные явления, о которых я информирована;

- если вследствие проведения профилактики возникает угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

- я информирована о том, что мой отказ от профилактики является прямой угрозой здоровью и жизни моего будущего ребенка;

- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения ВИЧ-инфекцией.

Я обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля над действием назначенных мне антиретровирусных препаратов по установленному графику, сдавать кровь для определения вирусной нагрузки ВИЧ и уровня иммунного статуса;

- принимать назначенные мне антиретровирусные препараты строго в соответствии с предписанием моего лечащего врача;

- сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме антиретровирусных препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

- сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно ( в течение суток), если я

считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;

- не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне профилактику, какие-либо другие лекарственные препараты. Если же прием этих лекарств неизбежен, обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

**Анкета**

Код респондента \_\_\_\_\_

Результат \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Добрый день, настоящий опрос проводится Свердловским государственным центром по профилактике и борьбе со СПИДом для того, чтобы понять, насколько жители Свердловской области информированы о ВИЧ-инфекции и способах ее профилактики.

Некоторые вопросы могут показаться Вам очень личными. Но Вы можете быть уверены, что Ваши ответы вместе с ответами других людей будут использованы только в виде общих сводных таблиц при анализе всей информации, полученной в обследовании ото всех опрошенных. Эта анкета анонимна, пожалуйста, не указывайте свое имя и фамилию. Если Вы не захотите отвечать на какие-то вопросы, просто пропустите их. Однако Ваши искренние ответы помогут нам улучшить систему медицинских и социальных услуг нашего региона.

При заполнении анкеты, пожалуйста, следуйте инструкциям. Подходящие варианты ответов можно обводить кружком, ставить галочку или указывать иным способом.

*Спасибо, что согласились принять участие в исследовании!*

*Вначале несколько вопросов о Вас*

**2. Укажите, пожалуйста, Ваш возраст (количество полных лет):**

\_\_\_\_\_

**3. Семейное положение:**

1. Не замужем
2. Состою в зарегистрированном браке
3. Состою в гражданском браке
4. Разведена

**4. Образование:**

1. Среднее (11 классов)

2. Неполное среднее (9классов)
3. Среднее профессиональное
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

**5. Каков срок Вашей беременности в настоящий момент (количество полных недель) \_\_\_\_\_**

*Известно, что некоторые заболевания могут наносить серьезный урон здоровью человека. Далее мы бы хотели узнать, что Вы думаете о ВИЧ-инфекции, как заболевании.*

**З1 (4). Как Вы считаете, существует ли в Свердловской области эпидемия ВИЧ-инфекции? (один вариант ответа)**

1. Да
2. Нет, ВИЧ мало распространён в области
3. Нет, ВИЧ не существует

**И0. Существует ли вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)? (один вариант ответа):**

0. Нет
1. Да
77. Затрудняюсь ответить

**И1(8). Что разрушает в организме ВИЧ? (можно выбрать несколько вариантов ответа)?**

1. Разрушает свертывающую систему крови
2. Вызывает дисбактериоз
3. Разрушает иммунную систему человека
4. Вызывает разрушения костной ткани
5. Он не влияет на здоровье
6. Затрудняюсь ответить

**И01.1. Вызывает ли ВИЧ-инфекция – СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита)?**

*(один вариант ответа):*

0. Нет
1. Да
77. Затрудняюсь ответить

**И2(9). Через какие биологические жидкости можно заразиться ВИЧ (можно выбрать несколько вариантов ответа)?**

1. Кровь
2. Слюна
3. Сперма
4. Вагинальный секрет
5. Моча
6. Грудное молоко
7. Затрудняюсь ответить

**ИЗ(10). Отметьте известные Вам пути передачи ВИЧ-инфекции(можно выбрать несколько вариантов ответа):**

1. Незащищённые половые контакты с человеком, ВИЧ-статус которого неизвестен
2. Курение наркотиков
3. Плавание в бассейне
4. Использование для инъекций общих игл и шприцев
5. Через поцелуи
6. От матери ребёнку (во время беременности, родов)
7. От матери к ребёнку (через грудное молоко)
8. Чихание, кашель
9. При рукопожатии
- 10.Использование нестерильного оборудования для пирсинга и татуировок
- 11.Укусы насекомых
- 12.Использование общих бритвенных или маникюрных принадлежностей
- 13.Использование общих предметов в быту (посуда, телефон, стол, стул, туалет и др.)
- 14.Другое \_\_\_\_\_
- 15.Затрудняюсь ответить

**И4(11). Период «окна» при ВИЧ-инфекции – это состояние, когда (один вариант ответа)**

1. Человек уже инфицирован, но тест на ВИЧ ещё отрицательный
2. У человека ещё не появились симптомы заболевания
3. Человек не может передать инфекцию другим
4. Затрудняюсь ответить

**И5(12). Через какое время после опасного контакта нужно обследоваться на ВИЧ? (один вариант ответа)**

1. На следующий день
2. Через неделю
3. Через 3-6 месяцев
4. Затрудняюсь ответить

**И6(13). Как можно обнаружить ВИЧ-инфекцию у человека? (один вариант ответа)**

1. По внешнему виду
2. Сдать кровь на наличие антител к ВИЧ
3. Затрудняюсь ответить

**И7(14). Куда можно обратиться, чтобы сдать анализ на ВИЧ? (впишите)**

---

**И8(15). Как Вы считаете, может ли ВИЧ-инфицированная мать родить здорового ребенка? (один вариант ответа)**

1. Да, может
2. Нет, не может
3. Затрудняюсь ответить

**И9. Существует ли специальное лекарство, которое доктор может прописать беременной женщине, инфицированной ВИЧ, для того, чтобы она родила здорового, неинфицированного ребенка?**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И12. Может ли внешне здоровый человек быть инфицирован ВИЧ?**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И13. Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ, если постоянно использовать презервативы при сексуальных контактах?**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И14. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И15. Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним ВИЧ-отрицательным партнером, у которого нет других половых партнеров? (один вариант ответа)**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И16. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным? (один вариант ответа)**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И17. Можно ли заразиться ВИЧ при инъекции нестерильной иглой, уже кем-то использованной до этого? (один вариант ответа)**

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**И18. Как Вы считаете, есть ли лекарства, способные продлить жизнь ВИЧ-инфицированному пациенту? (один вариант ответа)**

1. Да, есть
2. Нет, таких лекарств не существует
3. Затрудняюсь ответить

**32 (5). Укажите источник Ваших знаний о ВИЧ-инфекции (можно выбрать несколько вариантов ответа):**

1. Родители
  2. Друзья
  3. Коллеги
  4. Тематические мероприятия на предприятии, где Вы работаете
  5. Тематические мероприятия в Вашем учебном заведении (школа, училище, ВУЗ)
  6. Одноклассники или однокурсники
  7. СМИ: телевидение, радио, печатные издания
  8. Интернет
  9. Медицинские работники
  10. Брошюры, плакаты
  11. Другое
- 

**35. Видели ли Вы материалы, посвященные ВИЧ-инфекции, способах ее профилактики, диагностирования или лечения в следующих источниках в течение последних 12 месяцев (отметьте ответ по каждой строке)**

	Да	Нет
1. Страницы Центра СПИД Свердловской области ВКонтакте, Одноклассниках или Facebook		
2. Сайты и страницы в социальных сетях других организаций и инициативных групп		
3. Баннеры на сайтах		
4. Рекламные щиты		
5. Листовки и брошюры		
6. Информация в региональных печатных изданиях		
7. Информация в региональных Интернет – изданиях		
8. Информация по телевидению		
9. Информация по радио		
10. Городские Акции		
11. Выставки		

**36. Вспомните, пожалуйста, за последние 12 месяцев перед наступлением беременности проходили ли Вы флюорографическое обследование органов дыхательных путей (флюорография, ФЛГ, «Флюшка»)**

0. Нет

1. Да

77. Затрудняюсь ответить

*Вопросы этого раздела будут касаться Вашего опыта интимных отношений с другими людьми.*

**Р7.1. Укажите общее число сексуальных партнеров, с которыми у Вас были сексуальные отношения**

\_\_\_\_\_ (впишите количество)

0. Не было таких партнеров

88. Не помню

**Р.7.2. Были ли среди Ваших сексуальных партнеров (дайте ответ по каждой строке)**

	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Мужчины, которые когда-либо отбывали наказание в местах лишения свободы			
Мужчины, имеющие опыт покупки секс-услуг (использования услуг проституток)			
Мужчины, имеющие гомосексуальный опыт			

(сексуальных контактов с мужчинами)			
Мужчины, которые употребляли наркотики с помощью инъекций			
ВИЧ-инфицированные мужчины			

**Р7. Сколько сексуальных партнеров было у вас в течение последних 12 месяцев**

\_\_\_\_\_ (*впишите количество*)

- 0. Не было таких партнеров
- 88. Не помню

**Р10. Как часто Вы использовали презерватив при сексуальных контактах в течение последних 12 месяцев**

- 0. Все время
- 1. Чаще всего
- 2. Приблизительно в половине случаев
- 3. Иногда
- 4. Никогда
- 5. Не было половых контактов в течение последних 12 месяцев
- 88. Не помню

**Р11. Спрашиваете ли Вы сексуальных партнеров о наличии у них ВИЧ? (*можно выбрать несколько вариантов ответа*)**

- 0. Нет, обычно не спрашиваю
- 1. Иногда спрашиваю а, иногда – нет
- 2. Да, всегда спрашиваю
- 77. Затрудняюсь ответить

**Р11.1. Вспомните тех сексуальных партнеров, которых Вы не спрашивали о наличии у них ВИЧ. Укажите, с чем это было связано (*можно выбрать несколько вариантов ответа*)**

- 1. Меня это не интересовало/ не думала об этом
- 2. Я определила ВИЧ-статус партнера по косвенным признакам (внешности, поведению)
- 3. Мне было неловко задать такой вопрос
- 4. Я считала, что партнер может не ответить честно на этот вопрос
- 5. Не было опасности передачи ВИЧ (например, использовались презервативы)
- 0. Не было таких партнеров

*В этом разделе речь идет об употреблении наркотиков*

**P12. Употребляли ли Вы когда-либо наркотики инъекционным путем?**

*(только один вариант ответа):*

- 0. Нет
- 1. Да
- 77. Затрудняюсь ответить

**P13. Употребляли ли Вы наркотики инъекционным путем в течение 12 месяцев предшествовавших опросу? (только один вариант ответа):**

- 0. Нет
- 1. Да
- 77. Затрудняюсь ответить

**P14. Употребляли ли Вы наркотики инъекционным путем с использованием чужой иглы или шприца когда – либо в жизни? Отметьте, когда это было в последний раз (только один вариант ответа)**

- 0. Нет, такого опыта не было никогда
- 1. Да, В течение последних 12 месяцев
- 2. Более 1 года назад
- 77. Затрудняюсь ответить
- 88. Не помню

**P15. Делали ли Вы когда-либо татуировки? (можно отметить несколько вариантов ответа, если несколько татуировок делались в разное время)**

- 0. Нет, такого опыта не было никогда
- 1. Да, В течение последних 12 месяцев
- 2. Более 1 года назад
- 77. Затрудняюсь ответить
- 88. Не помню

**O1(18). Как Вы оцениваете собственный риск заражения ВИЧ?**

- 1. Нет риска, я контролирую свою безопасность
- 2. Есть риск
- 3. Затрудняюсь ответить

**O1.1 Как Вы считаете, может ли Вас коснуться проблема ВИЧ/СПИДа?**

- 1. Да, может
- 2. Нет, не может
- 3. Затрудняюсь ответить

**О1.2. Знаете ли Вы лично кого-нибудь, инфицированного ВИЧ-инфекцией**

1. Да, знаю
2. Нет, не знаю
3. Затрудняюсь ответить

**О2(19). Проходили ли Вы когда-нибудь обследование на ВИЧ?**  
(*можно выбрать несколько вариантов ответа*)

1. Да, это было добровольное решение
2. Да, это было обязательно
3. Нет – **ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ О7**
4. Затрудняюсь ответить – **ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ О7**

**О3. Давно ли Вы в последний раз проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию?** (*отметьте один вариант ответа*)

1. В течение последних 12 месяцев
2. Около 1-2 лет назад
3. Более 2, но менее 4 лет назад
4. Более 4 лет назад
5. Не помню

**О4. Скажите, пожалуйста, узнавали ли Вы результаты этого тестирования?** (*отметьте один вариант ответа*)

1. Да
0. Нет
77. Затрудняюсь ответить

**О5. Какой результат Вам сообщили при этом тестировании** (*отметьте один вариант ответа*)

1. Положительный (ВИЧ-инфицирован)
2. Отрицательный (нет ВИЧ – инфекции)
77. Затрудняюсь ответить

**О6. Укажите, пожалуйста, основную причину, почему Вы тогда прошли тестирование?** (*отметьте один вариант ответа*)

- |  |   |
|--|---|
| 1. Обнаружила у себя возможные симптомы ВИЧ/СПИДа                    | 6. Стандартное тестирование во время беременности   |
| 2. Сексуальный партнер обнаружил у себя возможные симптомы ВИЧ/СПИДа | 7. Стандартное тестирование во время госпитализации |
| 3. Был незащищенный секс   | 8. Просто хотела знать                              |
| 4. Была инъекция нестерильным шприцем/иглой                          | 9. Другое ( <i>Впишите</i> )                        |
-

**О7. Если бы Вы захотели пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, какой бы способ вы выбрали?**

1. Бесплатное анонимное тестирование на базе Центра СПИД с достоверным результатом в течение нескольких дней
2. Бесплатное неанонимное тестирование в поликлинике с достоверным результатом в течение нескольких дней (до 2 недель)
3. Бесплатное анонимное экспресс-тестирование на базе мобильного пункта (автобуса) с предварительным результатом теста в течение 30 минут
4. Платное анонимное тестирование на базе частных лабораторий с достоверным результатом в течение нескольких дней
77. Затрудняюсь ответить

**О8. Укажите, пожалуйста, причину Вашего выбора (впишите)**

---

---

---

---

**О11. Пользовались ли Вы когда-либо следующими ресурсами профилактики ВИЧ-инфекции, имеющимися в нашем городе:**

	1. Да	2. Нет
1. Сайт Екатеринбургского Центра СПИД		
2. Телефон доверия Центра СПИД		
3. Экспресс-тестирование на ВИЧ на базе мобильного пункта Центра СПИД		

**О12(20). Если Вы узнаете, что у Вашего друга была обнаружена ВИЧ инфекция, то**

1. Буду по-прежнему дружить с ним, поддержу его
2. Постараюсь реже контактировать с ним
3. Сделаю вид, что ничего не случилось – это его проблемы
4. Затрудняюсь ответить

**О12.1 Стали бы вы покупать продукты у продавца, если бы знали, что у него ВИЧ-инфекция**

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

**О13. Есть ли у работодателя по закону право отказать в приеме на работу или право уволить сотрудника на основании наличия ВИЧ-инфекции**

1. Да, такое право есть
2. Нет, такого права нет
3. Затрудняюсь ответить

**О14. Если у одного из сотрудников ВИЧ-инфекция, имеют ли коллеги по закону право знать об этом в целях собственной безопасности**

1. Да, имеют
2. Нет, не имеют
3. Затрудняюсь ответить

**О15. Имеют ли право коллеги ВИЧ-инфицированного сотрудника отказать с ним работать?**

1. Да, имеют
2. Нет, не имеют
3. Затрудняюсь ответить

**О16. Имеет ли право ВИЧ-инфицированный ребенок посещать детский сад, учиться вместе со всеми в школе?**

1. Да, имеет
2. Нет, не имеет
3. Затрудняюсь ответить

**О16.1. Как вы считаете, должны ли дети с ВИЧ-инфекцией иметь возможность учиться в обычной школе вместе с детьми без ВИЧ-инфекции?**

1. Да, должны
2. Нет, не должны
3. Затрудняюсь ответить

**О17. Нуждаетесь ли Вы в дополнительной информации по ВИЧ-инфекции?**

1. Да, нуждаюсь
2. Нет, не нуждаюсь
3. Затрудняюсь ответить

*Благодарим Вас за помощь!*

**Для ВИЧ-позитивных респондентов – ЗАПОЛНЯЕТ КОНСУЛЬТАНТ**  
**Н27а. Как Вы думаете, каким образом, Вы были инфицированы ВИЧ?**  
(только один вариант ответа)

- 1 Секс с мужчиной
- 2 Секс с женщиной
- 3 Совместное использование инструментария для введения наркотиков
- 4 При переливании крови
5. При других медицинских манипуляциях
6. Другое (что именно) \_\_\_\_\_
7. Не знаю/затрудняюсь ответить

**F11. Говорил ли Вам ранее когда-нибудь какой-нибудь врач, что у Вас ВИЧ-инфекция?**

0. Нет
1. Да → **ЗАКОНЧИТЕ ОПРОС**
88. Не знаю → **ЗАКОНЧИТЕ ОПРОС**

**F12. Предлагал ли Вам врач начать принимать антиретровирусное лечение(АРВТ)?**

0. Нет → **ЗАКОНЧИТЕ ОПРОС**
1. Да
88. Не знаю → **ЗАКОНЧИТЕ ОПРОС**

**F13. Начали ли Вы принимать АРВТ?**

0. Нет → **ЗАКОНЧИТЕ ОПРОС**
1. Да
88. Не знаю → **ЗАКОНЧИТЕ ОПРОС**

**F15. Вы сейчас принимаете антиретровирусные препараты?**

0. Нет
1. Да