Міністерство освіти і науки України

Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя

Факультет психології та соціальної роботи

Кафедра соціальної педагогіки і соціальної роботи

Освітня програма: Соціальна робота.

Управління соціальним закладом

Спеціальність: 231 Соціальна робота

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Соціальна робота з ВІЛ - інфікованими в умовах стаціонарного лікування

студентки Журавльової Анжеліки Юріївни

Науковий керівник - Конончук Антоніна Іванівна

кандидат педагогічних наук, доцент

Рецензенти:

1. Борисюк С.О., канд.пед. наук, доцент, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя

2. Платонова О.Г., канд. пед. наук, доцент кафедри соціальної роботи та освітніх і педагогічних наук Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка

Допущено до захисту

Завідувач кафедри

професор_____«___»___2019р. Криловець М.Г

Ніжин - 2019

АНОТАЦІЯ

Журавльова А. Ю. Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування. – Рукопис.

Робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю «Соціальна робота». Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя. Ніжин, 2019.

У роботі проаналізовано сучасний стан та шляхи розв'язання проблем ВІЛ-інфікованих в Україні. Розкрито сутність соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими, її зміст та структуру. Узагальнено вітчизняні практики соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими у контексті проблеми дослідження. Проаналізовано діяльність стаціонарного лікувального закладу як осередку соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими. Схарактеризовано форми, методи соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного закладу. Досліджено особливості проблем ВІЛ-інфікованих, що знаходяться на лікуванні. Розроблено рекомендації для соціальних працівників по роботі з ВІЛ-інфікованими, які знаходяться в умовах стаціонарного лікування.

Ключові слова:соціальна робота, люди які живуть з ВІЛ, ВІЛ-інфіковані в умовах стаціонарного лікування, соціальна робота з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування, методи і форми роботи з ВІЛ-інфікованими.

ANNOTATION

Zhuravleva A.Yu. Social work with HIV-infected patients under inpatient care. - Manuscript.

Work for a master's degree in the specialty "Social work".Nizhyn Mykola Gogol State University. Nizhin, 2019.

The article analyzes the current state and ways of solving HIV problems in Ukraine. The essence of social work with HIV-infected persons, content and structure are revealed.Domestic practices of social work with HIV-infected in the context of the research problem are generalized. The activity of inpatient medical institution as a center of social work with HIV-infected persons is analyzed.The forms, methods of social work with the HIV-infected in a hospital setting are characterized. The peculiarities of the problems of HIV-infected people under treatment are investigated. Recommendations for social workers on working with HIV-infected persons who are in hospital are developed.

Keywords: social work, HIV-infected, HIV-infected in inpatient care, social work with HIV-infected in inpatient care.

ЗМІСТ

ВСТУП…….....4

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ …….....9

1.1. Сучасний стан та шляхи розв'язання проблеми ВІЛ-інфікованих осіб в Україні…….....9

1.2. Сутність та структура соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими особами……...23

1.3.Особливості проблем ВІЛ-інфікованих, що знаходяться на лікуванні…….....34

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ …….....41

РОЗДІЛ 2. ЗМІСТОВНО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ….....44

2.1. Характеристика діяльності стаціонарного лікувального закладу як осередку соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими…….....44

2.2. Дослідження особливостей ВІЛ-інфікованих як засіб ефективної соціальної роботи в умовах стаціонарного лікування…….....48

2.3. Методи, форми соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування…….....59

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ.....71

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....74

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....80

ДОДАТКИ.....84

ВСТУП

Нині пріоритетним завданням суспільства України є забезпечення умов формування особистості, яка має прагнути до дотримання здорового способу життя, оскільки саме здоров'я є основою позитивного саморозвитку людини, її здатності до реалізації своїх прагнень і задоволення потреб. Дане завдання може бути вирішеним у напрямі відповідального ставлення до здоров'я лише за умови перебудови свідомості сучасної особистості, а відповідно й мобілізації її життєвих ресурсів, усвідомлення необхідності дотримання здорового способу життя та вироблення особистісної позиції щодо зміцнення стану свого здоров'я впродовж усього життя. Статистика свідчить про зниження рівня здоров'я населення в Україні, що обумовлено як конкретними причинами (спадковістю, способом життя, незадовільною профілактичною роботою та медичною допомогою, забрудненням повітря, питної води, несприятливими умовами у сім'ї тощо), так і значимими, а саме кризою в економіці, зниження матеріального здобутку, соціальною нестабільністю. Особливе занепокоєння спричиняють соціально обумовлені хвороби, серед яких за швидкістю розповсюдження пріоритетне місце належить ВІЛ/СНІДу.

Слід зазначити, що Україна посідає провідне місце в Європі за рівнем ВІЛ-інфікованих осіб. За даними Міністерства охорони здоров'я України було зареєстровано 5 764 випадків ВІЛ-інфекції (з них 783 дитини до 14 років)[10]. Всього з 1987 року в Україні офіційно зареєстровано 321 382 нових випадки ВІЛ-інфекції, а від СНІДу в Україні померло 46 024 людини[13]. Найбільш ураженими ВІЛ-інфекцією регіонами є Дніпропетровська, Одеська, Донецька, Київська й Миколаївська області, а також Київ. Інформація наведена без урахування АР Крим та Севастополя, які не надають даних щодо статистики епідемії з квітня 2014 року[11]. Також відсутні дані щодо деяких місяців з Донецької та Луганської областей. З літа 2014 року дані з цих регіонів не надходять у повному обсязі.

За оцінкою експертів з 2014 року епідемічна ситуація у нашій країні стрімко погіршується. Один з основних індикаторів, за якими відслідковується розвиток епідемії, – це кількість нових випадків ВІЛ-інфекції. За 2017 рік цей показник виріс на 6,6 відсотка у порівнянні з 2016 роком. Це відповідає динаміці епідемії, якою вона була близько 10 років тому. За оцінками експертів UNAIDS в Україні з ВІЛ-інфекцією живе до 240 тисяч осіб. І тільки кожен другий знає про свій діагноз. Станом на 1 травня 2018 року на обліку в Україні перебуває 143 766 ВІЛ-позитивних пацієнтів[8].

З метою поліпшення здоров'я населення, зокрема, дітей і молоді, в Україні щорічно розробляється нормативно-правова база із запобігання ВІЛу та необхідності ведення здорового способу життя. Наприклад, з 2000 р. було прийнято понад 120 нормативно-правових актів, що пов'язані зі здоров'ям населення, серед них Закони України: «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» (2001), «Про сприяння соціальному становленню і розвитку молоді України», «Про охорону дитинства» (2000), «Про обіг в Україні наркотичних речовин, їх аналогів і прекурсорів», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (2010) та ін..

Особливого значення нині набувають реабілітаційні заклади як осередки допомоги ВІЛ-інфікованим особам, які діють у форматі реабілітаційних центрів, благодійних фондів, терапевтичних спільнот, недержавних організацій, заснованих волонтерами і меценатами. Водночас, незважаючи на ґрунтовний досвід реабілітації ВІЛ-інфікованих, запозичений у західних країн, діяльність подібних центрів реабілітації в умовах України не може повністю врахувати ментальність, прийняті соціальні норми,соціально-економічні фактори українського суспільства тощо. Тому соціальна діяльність в таких осередках є фрагментарною, у ній відсутня системність і комплексність. Така допомога спрямована на особистість ВІЛ - інфікованого, у той час поза увагою фахівців залишається сім'я ВІЛ-інфікованого.

Сучасні наукові дослідження розкривають наукові основи, практичні методи і технології соціальні роботи з ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД людьми. Окремі аспекти профілактики ВІЛ/СНІДу розглядалася у працях вітчизняних науковців та практиків: О. Балакірєвої, М. Бурменського, Б. Ворника, Т. Воронцової, Т. Журавель, Б. Лазоренка, Т. Лях, В. Петровича, І. Пінчук, О. Пилипенка, В. Пономаренка, О. Пурік, В. Сановської, В. Стешенка, С. Терницької та ін. Питання інтеграції людей, які живуть з ВІЛ, розкрито в працях Є. Большова, О. Девіс, О. Жмурко, С. Оксамитної, О. Похолок, Ю. Сахно, Н. Храченко, О. Шестакоського та ін. Професійна підготовка майбутніх фахівців у сфері ВІЛ/СНІД і залежностей досліджуються А. Бойко, Н.Гусак, І. Петрюк та ін.

Аналіз наукових досліджень у сфері ВІЛ/СНІД і залежності у зв'язку із захворюванням, дає змогу зробити висновок, що проблема соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах лікувального закладу у системі охорони здоров'я не була предметом окремого наукового дослідження. Соціальна значущість визначеної проблеми та її недостатнє вивчення обумовили вибір теми магістерської роботи: «Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування».

Мета магістерської роботи – обґрунтувати необхідність використання та розкрити зміст, форми, методи соціальної роботи з ВІЛ- інфікованими в умовах стаціонарного лікування.

Об'єкт дослідження: соціальна робота з ВІЛ-інфікованими.

Предмет дослідження: зміст, форми та методи соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування.

Завдання:

1. Проаналізувати сучасний стан та шляхи розв'язання проблем ВІЛ-інфікованих в Україні.

2. Розкрити сутність соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими, зміст і структуру.

3. Проаналізувати діяльність стаціонарного лікувального закладу як осередку соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими.

4. Схарактеризувати форми, методи соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного закладу.

5. Дослідити особливості проблем ВІЛ-інфікованих, що знаходяться на лікуванні в умовах стаціонарного закладу.

6. Розробити рекомендації для фахівців соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, порівняння, узагальнення), емпіричні (опитування, спостереження, анкетування, бесіда, вивчення документації, результатів діяльності) тощо.

Новизна та теоретичне значення отриманих результатів дослідження полягає у тому, що уперше було досліджено та проаналізовано особливості соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими особами в умовах стаціонарного лікування ; узагальнено наукові доробки вітчизняних практик соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими у контексті проблеми дослідження; подальшого розвитку набули форми та методи соціальної роботи з даною категорією клієнтів.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці методичних рекомендацій фахівцям соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування; підборі діагностичного інструментарію. Матеріали дослідження та його висновки можуть бути використані у практичній роботі соціальних працівників з ВІЛ-інфікованими, а також для актуалізації пропаганди здорового способу життя серед різних категорій населення, особливо серед молоді; студентами спеціальності «соціальна робота» для

підготовки курсових та магістерських досліджень; викладачами ЗВО для підвищення рівня професійної підготовки фахівців соціальної сфери.

Апробація дослідження: результати дослідження доповідались на ІІІ Міжнародній науково-практичній конференції «Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення» (м. Ніжин, 14 травня 2019 рік), на ІІ Міжнародній науково-практичній конференції «Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери» (м. Ніжин,15-16 листопада 2018 рік), на Міжнародній науковій конференції «Жінка в освіті та науці» (м. Ніжин,2019 рік).

Публікації: результати магістерської роботи були висвітлені у трьох публікаціях, а саме: у статті «ВІЛ-інфіковані особи як об'єкт соціальної підтримки в Україні» (Вісник студентського наукового товариства, Ніжин, НДУ ім. М.Гоголя, 2019 р., Вип. 22., 233 с.); «Соціальні аспекти надання допомоги ВІЛ-інфікованим» (матеріали ІІІ Міжнародної науково-практичної конференції «Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення», Ніжин, НДУ ім. М.Гоголя, 14 травня 2019 рік, 112с.);«Соціальна робота з ВІЛ-інфікованими дітьми у контексті взаємодії фахівців соціальної сфери» (матеріали ІІ Міжнародної науково-практичної конференції «Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери»,Ніжин, НДУ ім. М.Гоголя, 15-16 листопада 2018 рік, 22 с.).

Структура магістерської роботи: вступ, два розділи,висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел, додатки. Об'єм – 106 сторінки загального тексту та 71 сторінки основного тексту.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ

1.1. СУЧАСНИЙ СТАН ТА ШЛЯХИ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ В УКРАЇНІ

Сучасний стан та шляхи розв'язання проблеми ВІЛ-інфікованих осіб в Україні розглядалися в працях вітчизняних науковців та практиків, зокрема: О. Балакірєвої, М. Бурменського, Р. Вайноли, Б. Ворника, Т. Воронцової, Т. Журавель, І. Звєрєвої, Н. Зимівець, Б. Лазоренка, В. Лютого, Т. Лях, О. Нікітіної, В. Петровича, О. Пилипенка, В. Пономаренка, О. Пурік, В. Стешенка, С. Терницької, Т. Цюман. Також у цьому напрямку продовжують працювати вітчизняні та зарубіжні вчені, серед яких слід відзначати: Г.Апанасенко, В.Войтенко, І. Гундарова, В.Кулікова, І.Муравова, В.Петленко, Л.Попова та інші (Додаток А). У нашій країні реєстр ВІЛ-інфікованих розпочато в 1987 році, і за даний проміжок часу проблема ВІЛ/СНІДу набула небаченої розповсюдженості, а проблема її вирішення стала дуже актуальною як у медицині, так і у всій Україні загалом [15, с.33].

Нині в Україні ВІЛ-інфекція посідає провідне місце серед проблем охорони здоров'я. Складність цієї інфекції полягає в тому, що структура даного епідемічного процесу є багатофакторною. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) називають ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу у всьому світовому товаристві як пандемічна криза, яка несе за собою масу негативу для демографії цілого світу. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав. Нинішній стан розвитку такого кризового процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується масштабним розповсюдженням ВІЛу на різні верстви населення. Найчастіше у зоні ризику зараження знаходяться особи працездатного віку, які проживають по всій території країни. Характерною тенденцією поширення інфекції ВІЛу є: нерівномірність розповсюдження хвороби по всій території нашої держави,

масштабне зростання епідемії, зміна домінуючих шляхів передачі від носія здоровій людині. [23;41].

Підтвердженням вищезазначеного твердження є незадовільна статистика МОЗ України, де офіційно зареєстрували 321 382випадки ВІЛ-інфекції,це включно з 1987 року. Наша країна втратила 46 024 людини, які захворівши на ВІЛ, у силу різних причин, не змогли вижити. Від даної хвороби більше всього постраждала Дніпропетровська і Одеська область, трохи менше Донецька і Київська і ще менше Миколаївська. Дані звіту МОЗ про спалахи ВІЛ-інфекції можемо побачити на Рис.1.1.1.

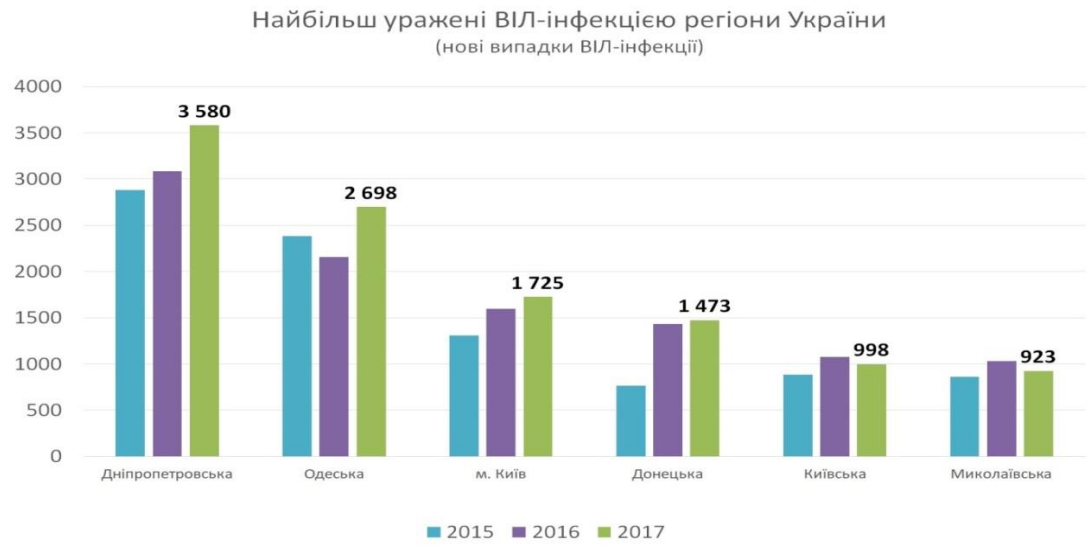

Рисунок 1.1.1. Найбільш уражені ВІЛ-інфекцією області України (2015-2017 рр.)

Україна займає провідне місце у Європі за масштабами поширення ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів UNAIDS, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе до 240 тисяч осіб. У 2018 році в Україні на обліку вже було 143 766 осіб, які мають ВІЛ [24, с.12-16].

Для того, щоб зменшити поширення спалахів інфекції в Україні було прийнято ряд національних програм, які були спрямовані на профілактику

даного захворювання. Такі програми, у першу чергу, передбачали проведення повномасштабних інформаційних кампаній превентивного характеру, а також передбачали безпосередню роботу з вразливими категоріями населення, що суттєво скоротило список ВІЛ-інфікованих у щорічних реєстрах та звітах МОЗ щодо поширення ВІЛ в Україні.

Нами було з'ясовано, що у 2013-2017 роки діяльність щодо розробки та удосконалення зазначених програм та кампаній стосовно попередження розповсюдження ВІЛу почала скорочуватися, і це призвело до того, що загальні показники зареєстрованих випадків спалахів захворювання стрімко досягли незадовільної позначки. Частим випадком та причиною зараження, як зазначає статистика, був для наших громадян незахищений статевий акт. У порівнянні з 2005 роком, коли через сексуальні відносини отримували інфекцію ВІЛу тридцять три відсотки людей, то в 2012 році такий показник зріс до п'ятдесяти одного відсотка. Серед наукових досліджень стосовно найчастіших шляхів передачі ВІЛу в Україні, була така тенденція, що третина виникаючих випадків передачі ВІЛ-інфекції відбулося через те, що люди нехтували засобами контрацепції. Найбільшими доказами такої ситуації виступили 64% хворих у 2017 році. Жертвами та заручниками випадків інфікування ВІЛ в Україні переважно стали молоді особи віком від п'ятнадцяти до тридцяти років. Вагомою причиною отримання даної хвороби стала наркоманія та відмова користуватися контрацептивами. Свідченням цього є спеціальні соціологічні дослідження, які підтверджують, що багато п'ятнадцятирічних юнаків і дівчат вдавалися до демонстрації ризикованої поведінки (вживали психотропні речовини, наркотики, не користувалися презервативами під час статевого акту тощо)[6, с.81]. Також визначають і такі шляхи передачі ВІЛ:

1. Парентеральний шлях (кров носія вірусу потрапляє в кров незараженої особи), це може відбутися при:

- спільному використовуванні голок, шприців і іншого устаткування для ін'єкцій наркотиків;

- переливанні крові і отриманні донорських органів;

- випадковому уколі інфікованою голкою або інфікованим медичним приладдям;

- через заражене устаткування для пірсінгу і тату.

2. Вертикальна трансмісія (передача ВІЛ від матері до дитини під час пренатального та натального періодів і при грудному вигодовуванні).

Вірус імунодефіциту людини дуже нестійкий, він зберігає власні хвороботворні властивості тільки в певних рідинах людського організму і не передається:

- повітряно-краплинним шляхом (при кашлі, чханні, розмові);

- контактно-побутовим шляхом (рукостискання, дотик до шкіри, до предметів, яких торкався хворий);

- через укуси комах;

- через їжу і воду;

- при користуванні загальним туалетом, ванною, перебування у басейні загального користування, через спільний із носієм посуд, через рушник або одяг;

- при поцілунках (хоча є певний ступінь ризику при запальних захворюваннях слизової оболонки порожнини рота одного з партнерів, наприклад, кровоточивість ясен).

Боротьба з попередженням та прогресуванням даної хвороби у нашій країні зумовила появу законодавчого та нормативно-правового врегулювання і цим самим набула неабиякої державної ваги в Україні. Зокрема, з 1991 року в нашій країні діє Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту та соціальний захист населення», а в 1998 році у даний закон були внесені поправки, а цілковитого удосконалення закон набув у 2001

році, коли в нього внесли поправки, які стали більш сучасними і відповідали міжнародним нормам[22;31;38].

Нещодавно в нашій країні за Наказом та Дорученням президента була утворена міжсекторальна урядова комісія з питань боротьби з ВІЛ/СНІД, за сприянням якої керівники центральних органів влади мають налагодити тісну співпрацю з громадськими та міжнародними організаціями стосовно розробки нових стратегій превентивної роботи з молоддю та поліпшенню ситуації ВІЛ в країні, яка склалася на даний момент. Уповноважена комісія, перш за все, має бути ознайомлена зі щорічними звітами, результатами діагностики захворювання, а також пропонувати свої варіанти припинення поширення вірусу.

Слід зауважити, що досягненням у сфері боротьби зі СНІД стало включення представника нашої держави до правління Глобального фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією, де Україна представляла інтереси двадцяти чотирьох країн Східноєвропейського регіону і вже у першому раунді отримала найбільший у Європі грант для України в дев'яносто шість мільйонів доларів і низку грантів для країн регіону — Молдови, Таджикистану, Румунії та інших[15,с.34-77].

Роки боротьби з цією хворобою дали змогу для певних досягнень. Так, у нашій державі вже реалізовано п'ять загальнодержавних програм профілактики ВІЛ/СНІД-інфекції. Програми націлювалися на: створення бази на теренах вітчизняного виробництва разового медичного інструментарію;створення та покращення діагностичних тест-систем, які існували до того; попередження поширення ВІЛу в медичних установах; унеможливлення передачі ВІЛ-інфекції через кров від донора; сприяння створенню цілих мереж закладів, які пропагують здоровий спосіб життя на противагу ВІЛу, а також установ, де можна отримати якісні медичні послуги тощо; щорічне сприяння проходження населенням скринінгу на ВІЛ. Даний процес удосконалення попередження та зупинення поширення вірусу суттєво

гальмує загальновідома проблема - повноцінне фінансування з державного та місцевих бюджетів, оскільки ці кошти дуже потрібні, перш за все, на профілактику, лікування, інформаційно-освітні заходи, закупівлю приладдя для діагностики, а найголовніше проведення моніторингу епідеміологічного стану. Тому було створено спеціальну програму, яка мала проаналізувати та забезпечити раціональне фінансування заходів за рахунок державного та місцевих бюджетів, а також додаткових ресурсів — гранту Глобального фонду та позики Світового банку. Це зумовило розширення профілактичних можливостей ризикованої поведінки, здійснення необмеженого лікування осіб, які вже є носіями ВІЛ та хворими на СНІД, а особливо - забезпечення догляду та підтримки, що може суттєво сповільнити оберти інтенсивності зростання чисельності розповсюдження ВІЛу та всіх його наслідків для організму людини [11;14;33;40].

Міністерство охорони здоров'я нашої країни за прикладом та сприянням інших високорозвинених держав ввело одну з передових технологій контролю за епідемією ВІЛ-інфекції, яка поширюється виключно на вразливі групи осіб. Це значно покращило сам процес дослідження та дало можливість проаналізувати як реальний стан ураженості осіб, так і прослідкувати за ефективністю використання профілактичних програм. Така діяльність надала можливість створити та удосконалити профілактичну програму запобігання передачі ВІЛ від матері дитині. Вдосконаленням виступило те, що В Україні офіційно запровадили дворазове тестування на ВІЛ усіх жінок, які знаходяться при надії, щоб у подальшому розробити потужну систему профілактики ВІЛ-інфікованих жінок, що суттєво б скоротило розвиток багатьох супутніх хвороб з ВІЛ у малюків ще з народження. У даний проміжок часу (2017-2019 рр.) чисельність новонароджених з ВІЛ-інфекцією суттєво знизилась з двадцяти семи до десяти відсотків. Особливим досягненням наших спеціалістів у галузі боротьби з ВІЛ/СНІД стало успішне виконання заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед новонароджених, що було схвалено та визнано на рівні Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка повідомила, що наша країна

визнана лідером у цьому напрямі і наш досвід рекомендовано для впровадження в різних країнах Європи. Цьому також посприяло те, що в нашій державі зробили великий акцент на забезпечення надійної безпеки донорській крові, що одразу дало суттєві результати скорочення захворювання на ВІЛ шляхом передачі через донорську кров (у 2001 році — два випадки, в 2002 році — три, у 2003 проблема такої передачі ВІЛу була ліквідована). У більшості регіонів розпочато програму безпечного донорства шляхом введення карантину на плазму крові, але вкрай недостатнє фінансування цього заходу за два попередніх роки не дало змоги запровадити зазначену технологію в закладах охорони здоров'я. Це вплинуло на те, що у 2019 році Міністерство охорони здоров'я затвердило рішення за кошти державного бюджету провести закупівлю холодильного обладнання для того, щоб можна було зберігати плазму крові у спеціально замороженому стані.

Суттєву допомогу нашій нації у вигляді додаткових ресурсів надав Глобальний фонд, і цим самим стимулював закупівлю антиретровірусних препаратів для початку інтенсивного лікування хворих на СНІД, а також на виручені гроші вдалося придбати лабораторно-діагностичне обладнанням для лікарень та установ медичного характеру.

Щорічно спеціалісти в галузі СНІД та міжнародні експерти складають прогнози поширення епідемії ВІЛ/СНІД як у всьому світі, так і в Україні. При цьому вони враховують особливості державної політики протидії епідемії, її профілактику та медичне обслуговування. Завданням експертів та фахівців у галузі СНІД є також виявлення недоліків у заходах превентивного характеру, що здійснюються для протидії ВІЛ/СНІДу, адже від цього залежатиме кількість збережених життів людей, які живуть з даним діагнозом. Одні з останніх висновків такої експертної комісії показали, що рівень смертності в Україні, за умови дестабілізації ситуації може призвести до того, що ВІЛ/СНІД наблизиться до півмільйонного рубежу. Це у свою чергу спричинить те, що тривалість життя інфікованих може зменшитися на два/чотири роки для чоловіків та на 2–4,7 року для жінок. Тому особливу увагу слід приділити на

витрати для лікування та медичного догляду за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД, що за розрахунками економістів у даній сфері діяльності складатиме п’ятсот п’ятдесят три мільйони гривень на рік, але варто зазначити, що сума буде незначно змінюватися у залежності від швидкості розповсюдження епідемії. Але серйозною проблемою залишається народжуваність, яка зменшується за рахунок додаткових втрат ненароджених дітей. У сукупності це призводить до суттєвого зменшення кількості населення, яке може працювати, що зменшить продуктивність виробництва і обсягу валового національного продукту. Щоб запобігти такій загрозі, перш за все, необхідний контроль за дотриманням конституційних прав осіб з ВІЛ, адже вони часто потерпають від несправедливого ставлення держави та інших людей, що часто штовхає ВІЛ-позитивних до навмисного позбавлення життя себе, що також призводить до скорочення чисельності населення.Права ВІЛ-позитивних людей ми висвітлили в табл. 1.1.1. Таблиця 1.1.1.

Конституційні права та їх значення для ВІЛ-позитивних людей

Конституційне право	**Практичне значення для ВІЛ-позитивних людей**
Стаття 21. усі люди є вільні й рівні у своїй гідності та правах.	Особа або організація (лікарня, школа, підприємство, пенітенціарна установа) не мають права словом або дією заподіювати шкоду гідності людини через її ВІЛ-позитивний статус.
Стаття 32. ніхто не може зазнавати втручання в його особисте й сімейне життя, крім випадків, передбачених	Школа, роботодавець, лікарня, пенітенціарна установа не мають права примушувати до розкриття ВІЛ-статусу чи проходження тестування на

конституцією України.	ВІЛ.
Стаття 33. кожному, хто на законних підставах перебуває на території України, гарантується свобода пересування.	ВІЛ-позитивні люди вільні у своєму праві пересуватися по країні або виїхати за її межі.
Стаття 34. кожному гарантується право на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань.	Свобода слова важлива для забезпечення інформацією про профілактику ВІЛ у в'язницях. Це важливо також для захисту людей, яким можуть погрожувати після розголошення ВІЛ-статусу.
Стаття 36. громадяни України мають право на свободу об'єднання у політичні партії і громадські організації.	ВІЛ-позитивні люди так само, як і всі інші, мають право на членство в об'єднаннях громадян.
Стаття 43. кожен має право на працю.	ВІЛ-позитивні люди мають право вибирати роботу або вид діяльності. Протиправно забороняти їм ставати вчителем, лікарем, інженером через їхній ВІЛ-статус.
Стаття 47. кожен має право на житло.	ВІЛ-позитивні люди мають такі ж права, як і інші громадяни, на житло, житлові субсидії та позики.
Стаття 49.кожен має право на охорону здоров'я, медичну	Лікарні або лікарі не мають права відмовляти ВІЛ-позитивним

допомогу та медичне страхування.	людям у лікуванні.
Стаття 50. кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.	Право на безпечне середовище особливо важливе у випадку перебування ВІЛ-позитивних людей у в'язниці або психіатричній установі.

Соціальний захист і підтримка ВІЛ-інфікованих осіб гарантовані низкою нормативно-правових документів. Зокрема, до них належать: Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. №435-IV (Ст. 284, ч.3; Ст.286); Закон України від 26 квітня 2001р. № 2402-III «Про охорону дитинства» (Ст.12; Ст.29); Закон України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки»; Закон України від 12 грудня 1991 р. № 1972-XII «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» та ін. (Додаток Б).

Для осіб та сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ-інфекції, передбачені такі виплати та допомоги: виплати державної соціальної допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам до вісімнадцяти років; щомісячна державна допомога; забезпечення адаптованими молочними сумішами дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями; щорічне санаторно-курортне лікування; спеціальні норми харчування; спеціальне перебування батьків у стаціонарах із дітьми у віці до чотирнадцяти років; отримання додаткової щорічної відпустки тривалістю десять днів у літній чи інший зручний для них час до досягнення дітьми вісімнадцятирічного віку.

Щорічні дані статистики доводять, що ВІЛом найчастіше заражаються молоді особи — найрепродуктивніший, працездатний, обороноспроможний потенціал нашої держави. Рання смерть чи важка хвороба таких молодих людей може призвести до серйозних проблем у суспільстві, зокрема, до сирітства, проблем у сім'ях, залишенні без догляду старих батьків, що є серйозною проблемою для нашої держави теж. Слід зауважити, що навіть зараз існують і створюються дитячі будинки для дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів і залишених ними. Такий притулок – будинок дитини існує в Макіївці («Малятко»), де за останніми даними виховуються шістдесят п'ять ВІЛ-інфікованих дітей. Кожен рік чисельність таких малюків може збільшуватися, бо кожну десяту ВІЛ-інфіковану дитину залишають у пологовому будинку.

Оскільки доведено, що вірус ВІЛ поширюється і вражає більше молодих людей, то Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) створила мобільний додаток тестування на ВІЛ/СНІД, який було презентовано першого грудня 2017 року. Він отримав назву HIV-тест. Автори-розробники тесту обґрунтували свій винахід тим, що на сьогоднішній день однією з головних проблем є те, що кожен другий ВІЛ-позитивний українець не знає про свій діагноз. Першочерговою метою даного додатку «HIV-test» - допомогти людині вийти з онлайну в офлайн і переконати пройти тест на ВІЛ в реальному світі. За допомогою мобільної програми (додатку), що достатньо легко завантажується на мобільний телефон, цілком анонімно можна оцінити ризики інфікування і дізнатися, де знаходиться найближчий пункт тестування.

При проходженні мобільного тесту, у якому пропонується оцінити ризики інфікування на ВІЛ, особі пропонується відповісти на 20 запитань (наприклад, чи наявні тату, як часто користуєтесь контрацептивами, чи підлягала особа хірургічним операціям тощо).

Якщо людина відповідає відверто на задані питання, то цим вона дає можливість додатку точно вирахувати відсоток вірогідності того, що вона має ВІЛ. Для того, щоб програма запропонувала особі пройти тест у реальному

житті, відсоток відповідей опитуваного має перевищувати 50% ризикових відповідей того, хто тестується. У такому випадку, людині пропонується список місць, де можна здати безкоштовний тест на ВІЛ. Також варто зазначити, що дана програма (тест) доступна на сайті HIVtest. com.ua, а сам додаток можна скачати на мобільний в AppStore та PlayMarket.

Отже, проаналізувавши вищезазначені проблеми, які спричиняла і продовжує спричиняти ВІЛ-інфекція, ми бачимо, що вона виходить за межі медичної проблеми, адже причина її розповсюдження знаходиться у соціальній площині. Дана хвороба спричинює зміну поведінки особи, яка нею вражена, а її наслідки — це вже проблема розвитку суспільства, його національної безпеки та стабільності.

У ході аналізу наукової літератури та статистичної інформації нами було встановлено, що вітчизняний та міжнародний досвід доводить те, що давно існують інструменти для запобігання і подолання загрози епідемії. Сюди відносимо профілактичні програми, які направлені на профілактику ризикованої поведінки молоді, осіб з уразливих груп. Світовими експертами було вже доведена економічна ефективність таких програм, зокрема, вартість попередження одного випадку інфікування ВІЛ серед споживачів ін’єкційних наркотиків становить приблизно 1030 гривень. Вартість лікування одного хворого на ВІЛ орієнтовно, за даними ВООЗ, становить близько 7900 гривень на рік за умови мінімальної закупівельної ціни препаратів. Отже, екологічна доцільність профілактичних заходів очевидна.

Низка соціологічних досліджень у напрямку превентивної роботи з населенням, які проводилися в різних областях нашої країни, довели, що створені програми з попередження споживання наркотиків, алкоголю, заняттям проституцією мали позитивні результати, оскільки, зменшився відсоток осіб з такою поведінкою, а також люди, які вже неодноразово цим займалися, змінили або переглянули своє становище, щоб змінити власну ризиковану поведінку на безпечну, у першу чергу, для того, щоб не заразитися ВІЛом і уберегти своїх

партнерів. Успішною особливістю таких програм є те, що вони дають змогу особам, які належать до уразливих груп, швидко отримати всю потрібну інформацію, що стосується ВІЛ/СНІД,дізнатися про медичні та соціальні послуги, а також мати доступ до інших існуючих послуг. Важливість таких програм полягає у тому, що вони передбачають не тільки допомогу ВІЛ-позитивним та залученням здорових людей до здорового способу життя, але й активно залучають громадян до розробки основних стратегій програм та впроваджують їх, спираючись на особистий досвід інфікованих людей, що дозволяє творити умови для реалізації їх конституційних прав (Таблиця 1.1.1.).

Озброївшись дієвими профілактичними програмами, ми маємо збільшити кількість заходів і цим максимально розширити протидію епідемії, поки це ще можливо з мінімальними втратами. Як засвідчує досвід зарубіжних країн, зменшити поширеність ВІЛ можна при охопленні профілактичними програмами більш як шістдесят відсотків представників уразливих груп, нині цей показник сягає двадцять відсотків, що говорить нам про те, що вся робота, яка проводилася є недостатньо ефективною і потребує постійного вдосконалення.

Таким чином, проаналізувавши наукову літературу з проблеми розв’язання проблеми ВІЛ-інфікованих осіб в Україні, ми робимо висновок, що розвиток епідемії ВІЛ-інфекції зумовили такі чинники: низький рівень знань громадян нашої країни щодо питань виявлення ВІЛ та обізнаності щодо його попередження; небажання проходити тести на виявлення ВІЛ, брак мотивації до безпечної поведінки; ризикована поведінка та неприйнятний спосіб життя осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ; невчасне виявлення та недоліки диспансерного лікування ВІЛ-інфікованих; недостатній розвиток інфраструктури, зокрема, медично-соціальної допомоги, який значно повільніший від інтенсивності поширення епідемії; низька поінформованість населення та осіб з групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ і людей, які живуть з ВІЛ, до медичного обслуговування, профілактики даного захворювання, медично-соціальної допомоги. Вагомою проблемою є переважне

інфікування статевим шляхом, у зв'язку з чим, збільшується чисельність захворювання осіб жіночої статі, які перебувають у дітородному віці, що спричиняє збільшення відсотка малюків, які народжуються у ВІЛ-інфікованих матерів. Негативну роль у попередженні даної пандемії грає недостатнє державне фінансування превентивних заходів пов'язаних з ВІЛ/СНІДом. Нами було проаналізовано також нормативно-правові, організаційні та фінансові перешкоди на шляху отримання якісних інтегрованих послуг пацієнтами, які мають супутні захворювання, які виникли унаслідок зараження ВІЛом, це: туберкульоз, наркозалежність, вірусні гепатити та різні інші патології. Найбільшою трудністю для інфікованих осіб є переживання стигми та дискримінації.

Також нами було вивчено державні програми щодо запобігання поширення ВІЛ-інфекції, що дало змогу констатувати компетентність їх спрямування та результативність, а саме: скорочення кількості нових випадків зараження ВІЛ населення та зниження відсотка випадків інфікування ВІЛ у групах підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування; зведення до нульової поділки випадків передачі ВІЛу від ураженої хворобою матері до новонародженого; надання можливості загального доступу до участі та ознайомлення з профілактичними програмами усім групам підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Оскільки ВІЛ переважно це проблема молоді, то такі програми націлені на роботу з молодими особами України і передбачають достатньо масштабне охоплення дітей у школах, молоді - в університетах. Програмами передбачено, перш за все, формувати здоровий спосіб життя у молоді. Особливо необхідним є надання медико-соціальних послуг, що передбачає догляд та підтримку ВІЛ-інфікованих осіб, які знаходяться під медичним наглядом; надання можливостей неприпиняючого лікування хворих на ВІЛ; зменшення відсотка людей, які помирають від супутніх хвороб, які виникли унаслідок захворювання на ВІЛ та обтяжили організм зараженої людини; охоплення спеціальними програмами замісної підтримувальної терапії визначених ін'єкцій наркотичних речовин, кому це необхідно та залучення їх

до реабілітаційних програм; пропаганда толерантного ставлення до осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД, та постійне інформування осіб груп підвищеного ризику щодо різних шляхів зараження ВІЛ, а також зниження рівня стигми та дискримінації стосовно людей з ВІЛ/СНІД.

Таким чином, впровадження державних програм щодо запобігання поширення ВІЛ-інфекції та надання медичної допомоги пацієнтам є одним із дієвих шляхів розв'язання даної проблем, що так гостро представлена сьогоденню і вимагає швидких рішучих дій, як з боку держави, так і з боку кожного свідомого громадянина, який має відповідально ставитися до свого здоров'я та поважати права та гідність хворих на ВІЛ.

1.2. СУТНІСТЬ ТА СТРУКТУРА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ ОСОБАМИ

Профілактика та протидія епідемії ВІЛ/СНІДу визнана в Україні державним пріоритетом, адже проблема ВІЛ-інфекції вже давно вийшла за межі суто медичної. В Україні зростає показник соціального, біологічного сирітства дітей з причин ВІЛ-інфекції. Статистичні дані також засвідчують, що епідемія поширюється на дітей та підлітків, у першу чергу, з уразливих груп населення, а також груп найвищого ризику. Сьогодні окрему, найвищу категорію ризику щодо ВІЛ-інфікування складають діти та молодь, які живуть та працюють на вулиці, а також ті, що виховуються у неблагополучних сім'ях. У наукових джерелах та дослідженнях провідних психологів та педагогів чимала кількість наукових праць присвячена саме питанням профілактики та протидії епідемії ВІЛ/СНІДу серед молодого покоління. Особлива увага надається соціальним і психологічним сторонам наявної проблеми, аналізуються та розробляються удосконалені технології роботи з особами, що мають ВІЛ, особливий акцент робиться на дітях та особах, що їх оточують (рідні, близькі, однолітки, педагоги тощо). Проблема пошуку новітніх технологій у боротьбі з даним недугом знайшла своє відображення у наукових роботах українських науковців: Р.

Вайноли, І. Дубініної, І. Звєрєвої, А. Капської, Л. Котової, М. Лукашевич, В. Полтавця, В. Оржеховської, С. Страшко та ін. Психологічна підтримка дітей уражених ВІЛом та їх родин досліджувалася у роботах Ю. Алєксєєва, О. Парфілової, Л. Куликової та ін.

Як зазначає Т. Лях, першочерговою метою соціальної роботи в контексті проблеми ВІЛ/СНІДу є надання психосоціальної допомоги людям, які живуть із ВІЛ/СНІДом, допомогти повноцінно адаптуватися до свого стану з урахуванням специфічних проблем, що переслідують різні періоди захворювання. Засоби досягнення цієї цілі – вивільнення й оптимізація адаптаційного потенціалу людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом та їх близьких [42, с. 43].

У наукових джерелах ми можемо зустріти також таке поняття як «психосоціальна робота з ВІЛ-позитивними». Це пов’язано з низкою проблем та труднощів, які супроводжують постраждалу особу, а найчастіше - це питання психічного та психологічного здоров’я. У широкому значенні психосоціальна робота розуміється як один із напрямів соціальної роботи щодо надання первинної психологічної допомоги, соціальної підтримки й сприянні людям, які певним чином опинилися у складних життєвих ситуаціях, а також сюди відносимо організацію комплексу умов для продуктивної адаптації людини до умов життєдіяльності, які змінилися у силу тяжких обставин [7, с. 17].

Основними напрямами психосоціальної роботи є:

• інформування;

• профілактика;

• реабілітація;

• корекція;

• розвиток;

• посередництво.

Щоб як найглибше усвідомити зміст психосоціальної роботи з людьми, які живуть із ВІЛ, необхідно вникнути в сутність програми та методичних рекомендацій психосоціальної допомоги і соціальної підтримки, які реалізуються у методах, засобах і організаційних формах психосоціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в період їх адаптації до умов життя, що змінилися. Саме в цьому і розкривається зміст такої роботи [21, с. 29].

Будь які заходи чи програми з профілактики та протидії ВІЛ/СНІДу не можуть реалізовуватися без урахування основних методів психосоціальної роботи з даною категорією осіб, а саме: психотерапевтичної бесіди як методу індивідуальної роботи з клієнтом і ведення груп як методу групової роботи у співпраці з родиною, групою, колективом [6, с. 67].

Застосування вищезазначених методів найдієвіше допоможе вплинути на розвиток системи надання психосоціальної допомоги, забезпечення реабілітації, догляду та підтримки осіб, які постраждали внаслідок епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і спрямувати таку роботу на вирішення постійно виникаючих проблем:

1. Проблема соціальної адаптації ВІЛ-інфікованих дітей і малюків, які були народжені від ВІЛ-інфікованих матерів. Особливої уваги заслуговують діти, які народилися у ВІЛ-інфікованих та залишилися сиротами.

2. Проблема догляду та соціальної підтримки ВІЛ-інфікованих і членів їх родин за допомогою застосування сучасних моделей третинної профілактики в цільових визначених групах.

Таким чином, психосоціальна робота з пацієнтами, які живуть із ВІЛ/ СНІДом, є тим продуктивним ресурсом, який може забезпечити якість життя з ВІЛ, оскільки категорія цих громадян перебуває у постійній залежності від медичного обслуговування, приймання пігулок і має безліч проблем пов’язаних як із особистим, так із суспільним життям, яке має тенденцію до постійних змін та утворень нових перешкод на шляху у враженої вірусом людини. Тому

психосоціальна робота у цьому напрямку має бути мобільною та зазнавати постійних трансформацій, що пов’язано із стрімким розвитком сьогодення.[3, с. 77].

Виходячи з цього ми проаналізували теорії та практики психосоціальної допомоги людям, які живуть із ВІЛ/СНІДом. Вони показали, що ефективність психосоціальної роботи забезпечується врахуванням специфічних особливостей індивідуального консультування та групової роботи на різних етапах перебігу захворювання. Виявлено, що на початковому етапі після встановлення діагнозу більш ефективні індивідуальні бесіди, тому що людині буває важко розпочати говорити про хворобу дитини багатьом людям. Це вимагає від спеціаліста (соціального працівника) неабияких зусиль, так як саме в таких ситуаціях необхідними для спеціаліста є не тільки отримані знання, уміння та навички, а й у першу чергу, людяність і щира підтримка. Така якість буде дуже цінною на етапі адаптації, де можна запропонувати пацієнту участь у групових бесідах і груповій психотерапії. Що ж стосується реабілітації – головна роль відводиться групам самодопомоги та групам взаємодопомоги [6, с. 55]. Також у таких випадках особам з ВІЛ можна звертатися до благодійних організацій, які надають соціальні послуги, але вони не можуть надати цілковиту допомогу, якщо не будуть співпрацювати з іншими установами. Саме виходячи з цього відбуватиметься становлення і вдосконалення соціально-медичного підходу щодо допомоги (підтримки) людей, сімей, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу. Структурований аналіз організації роботи можливо представити за таким переліком:

1) система спільних дій із соціальними службами на підтримку діяльності груп взаємодопомоги людей, які живуть із ВІЛ/ СНІДом;

2)комплексна програма соціальних служб через забезпечення співпраці із громадськими організаціями;

3) адресна допомога (через технологію соціального супроводу та технологію соціальної реабілітації) з людьми та сім'ями через спільну роботу з міськими організаціями та центрами;

4) консультативна допомога через формат консультативних пунктів адресного контактування, інформування громадян і здійснення цільової соціально-психологічної роботи;

5) проектна діяльність за реальних програм і проектів, що дає можливість людям та сім'ям з дітьми, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу, позбутися соціальної ізоляції та самоізоляції, зберігати і підвищувати свій соціальний статус, бути соціально адаптованими;

6) освітня діяльність громадських організацій, соціальне навчання волонтерів в умовах «Інформаційного мобільного центру профілактики ВІЛ»;

7) забезпечення супервізії мультидисциплінарної команди фахівців, які надають кваліфіковані послуги дітям, людям, які живуть із ВІЛ, і членам їх сімей.

Таким чином, основні напрями та форми діяльності, спеціалізованих медичних установ, громадських організацій, установ, які спеціалізуються на роботі з клієнтами даної категорії базуються на системі добре підготовлених та спланованих дій щодо підготовки, перепідготовки,набору кадрів компетентних спеціалістів, волонтерів для здійснення соціальної роботи з людьми та сім'ями, яких торкнулася проблема ВІЛ. Найбільшу увагу тут приділяють саме професіоналу, який би досконало володів усіма методами роботи з ВІЛ-інфікованими, та знав специфіку роботи. Тому для того, щоб соціальні працівники могли виконувати всю багатогранність функцій на різних рівнях реалізації соціальної політики і практики соціальної роботи з пацієнтами, які є ВІЛ-інфікованими, вони мають відповідати таким вимогам: освітній рівень; професійний рівень;координаційні здібності; особистісний потенціал. Освітній рівень соціального працівника вимагає знань у галузі психології, соціології,

медицини, педагогіки, права, економіки й управління, знань теорії, методики і технології соціальної роботи тощо.

Професійний рівень працівника має ґрунтуватися на знаннях, вміннях і навичках, які є необхідними в роботі зі спеціальними групами клієнтів, а саме:

- бути обізнаним з характерними ознаками ВІЛ-інфікування та хворих на СНІД;
- знати чинники розмежування спеціальних груп клієнтів;
- розуміти проблеми ВІЛ-інфікованих людей;
- знати методи і технології соціальної роботи з хворими на ВІЛ/СНІД;
- бути обізнаним у нормативно-правовій базі (захист прав клієнта);
- знати загальні засади документаційного забезпечення соціальної роботи;
- уміти розробляти програми, спрямованості на задоволення потреб осіб з ВІЛ;
- проводити дослідження проблем клієнтів;
- оцінювати потреби людей;
- спонукати клієнтів до змін у їхньому житті;
- проводити консультаційну роботу;
- представляти інтереси громадян;
- сприяти налагодженню соціально корисних зв’язків;
- здійснювати соціально-лікувальні заходи;
- проводити різні форми індивідуальної і групової роботи;
- оформляти необхідну документацію;
- накопичувати позитивний досвід;

• оцінювати досягнуті результати.

Соціальний працівник має виконувати такі функції щодо соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими:

- профілактична (попередження несприятливих явищ, що здійснюється завдяки проведенню профілактичної роботи, використовуючи визнані моделі профілактики, такі як модель практичних знань, модель залякування, модель ефективного навчання, модель пропаганди способу життя тощо);

- аналітико-діагностична (вивчення контингенту на території обслуговування, складання соціальних паспортів груп, виявлення причин виникнення девіацій);

- прогностична (розроблення перспективних і цільових програм соціального обслуговування, реабілітаційних програм із застосуванням сучасних методик і технологій);

- правозахисна (знання законодавства, вміння його застосовувати до конкретної життєвої ситуації, представляти інтереси, отримувачів соціальних послуг, захищати їх права);

- соціально-педагогічна (сприяння залученню пацієнтів до суспільно корисної праці, реалізації їх творчих здібностей, підтримка інтересів, надання допомоги у спілкуванні у мікросоціумі, у вихованні дітей);

- соціально-медична (сприяння у задоволенні потреб медичного догляду, участь у роботі мультидисциплінарних бригад у медичних закладах);

- соціально-економічна (сприяння задоволенню потреб і інтересів клієнтів у професійній діяльності, матеріальному забезпеченні)[22;27;31;35].

Кожен професіонал, який працює з постраждалими від ВІЛу, у своїй роботі має знати, що перший етап соціальної роботи має починатися з розмови з ВІЛ-інфікованою людиною або з членами сім'ї про характер захворювання, необхідності тривалого виснажливого лікування, що вимагає зміни звичного

способу життя. Наступний етап соціальної роботи – створення психологічного комфорту для хворого і його родичів з моменту початку лікування. Обговорюється можливість і доцільність інформування про те, що трапилося родичів, друзів, знайомих. Питання психосоціального характеру передбачають вміння спілкуватися з пацієнтом і його сім'єю після повідомлення їм про наявність захворювання. На сьогоднішній день така робота здійснюється медичним персоналом, але вона не завжди ефективна, тому що вимагає використання психологічних методів соціальної підтримки і захисту з якими медичні працівники ознайомлені частково або неповністю.

Звідси слідує, що найчастіше пацієнти з ВІЛ в умовах стаціонарного лікування найчастіше потребують комплексної допомоги. Тому вважаємо за потрібне виокремити таке поняття як «профілактична медико-соціальна робота з ВІЛ-інфікованими». Така робота поділяється на два види: 1) первинна профілактика; 2) вторинна профілактика [3, с. 98].

До первинної профілактики ВІЛ/СНІДу відносимо попередження розвитку у особи інфекції ВІЛ, тобто робота з формування уявлень про здоровий спосіб життя, активної життєвої позиції по відношенню до власного здоров'я. Але вже при наявній інфекції первинна профілактика є не зовсім актуальною. Для цього необхідною є вторинна профілактика, яка спрямовується на власну превенцію прогресування хвороби і містить в собі комплексне лікування та профілактичні заходи. Вирішення проблем медико-соціального супроводу осіб з ВІЛом, які знаходяться у небезпечному соціальному стані, можливе лише на основі міжвідомчої взаємодії ВІЛ-сервісних установ державного і недержавного секторів (науково-методичні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом, лікарні клінічно-інфекційного характеру, регіональні центри з профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, лабораторії діагностики ВІЛ, кабінети профілактики ВІЛ-інфекції, кабінети анонімного обстеження).

Значну перевагу в соціальній роботі з ВІЛ-позитивними має консультування. Воно є одним із найдієвіших методів соціальної роботи, під

час якого спеціаліст з соціальної роботи дає змогу клієнту усвідомити і зрозуміти наявні у нього проблеми, які пов'язані з його здоров'ям та запропонувати шляхи, які можуть бути використані для їх вирішення. Консультування можна вважати технологічним способом для вирішення різноманітних соціальних завдань, дана процедура, часто використовується в соціальній роботі, а також у медичній, юридичній практиці різнопрофільними фахівцями, що мають на меті допомогти людям з ВІЛ та їх родинам, за допомогою порад та вказівок на альтернативні форми надання допомоги, у визначенні цілей і забезпечення необхідною інформацією. У соціальній роботі з ВІЛ-інфікованими працівники соціальної сфери та інші фахівці використовують такі типи консультування: загальне консультування осіб з ВІЛ, яке передбачає врахування проблем і потреб клієнтів; спеціальне консультування ВІЛ-інфікованих у напрямку соціальних працівників фахівцями соціальних служб або установ; навчальне консультування спеціалістів соціальних служб та організацій працівниками вищих організацій та установ.

Надаючи допомогу пацієнту з ВІЛ, потрібно пам'ятати, що важливо працювати не тільки з ним самим, але необхідною є робота також і з його найближчим оточенням – сім'єю. Найчастіше вагомий акцент науковці та фахівці у галузі зазначеної проблеми надають роботі з психологічної реабілітації родичів ВІЛ-інфікованих дітей. Оскільки неодноразово було доведено, що саме статус дитини дорослими визнається найважче, їм надто важко прийняти цей факт, і так як цей контингент визначає реальне мікросередовище оточення хворої дитини, психологічний клімат, який може зіграти як позитивну, так і негативну роль у формуванні негативного стану, хронічного стресу у дитини.

Соціальною роботою передбачена організація спеціалізованої медичної допомоги та догляду за потерпілими від ВІЛ, які є на різних стадіях розвитку даної інфекції, надання їм соціально-психологічної допомоги. Найбільше обтяжує та приносить неприємності для ВІЛ-позитивних людей недостатня соціально-психологічна захищеність хворих від несприятливого впливу думки

оточуючих, їх надмірна тривога та навішування ярликів. Тому для уникнення цього соціальна робота передбачає взаємодію та координацію зусиль різнопрофільних спеціалістів (лікарі, психологи, соціальні працівники). Соціальна робота в області ВІЛ-інфекції використовує систему заходів постійного психологічного супроводу на всіх етапах роботи з хворими та членами їх сімей. Це є свідченням того, що є потреба створення різних груп психологічної підтримки ВІЛ-позитивних, де першочергово вчитимуть саморегуляції і само підтримці. Також необхідно організовувати психологічні тренінги, організовувати зустрічі людей, які мають ВІЛ, що дозволить обмінятися думками з приводу вирішення різних проблем, обговорити їх, знайти спільне рішення. Це дасть змогу дітям, у першу чергу, отримувати допомогу не тільки від фахівців, а від однолітків, які переживають подібні труднощі. Загальною метою проведення зазначених заходів є допомога клієнту шляхом мобілізації внутрішніх ресурсів самого інфікованого, що допоможе отримати хворому емоційну розрядку, знайти відповіді на давно існуючі запитання, розв'язати проблеми, подолати труднощі, перейняти цінний досвід.

Поряд з груповими формами соціальної підтримки ВІЛ-інфікованим та членам їх сімей можуть здійснюватися інші види психологічної допомоги, такі як психологічне консультування (очне або по телефону), індивідуальна, групова або сімейна психотерапія. При наданні соціальної підтримки сім'ї, де є людина з ВІЛ-інфекцією, необхідно керуватися наступними цілями: надання можливості сім'ї отримувати достатні знання про розвиток хвороби, харчуванні та особливості препаратів для ВІЛ-інфікованих; надання знань про запобігання зараження ВІЛ-інфекцією членів сім'ї (небезпека наркозалежності); об'єднання сімей, в яких є людина з ВІЛ, у групи підтримки, групи взаємодопомоги, психотерапевтичні групи; знання законів для того щоб захищати людські права ВІЛ-інфікованих і членів їх сімей; використання здатності сім'ї спонукати ВІЛ-інфіковану людину шукати і приймати медичну і соціальну допомогу, відвідувати програми з уповільнення розвитку ВІЛ-інфекції.

Соціальна робота повинна здійснюватися не тільки на мікрорівні – з вірусоносіями, з його найближчим оточенням, а й на мезо- та макрорівні – із суспільством в цілому, що вкрай важливо. Соціальна робота з населенням на рівні громади, регіону, країни полягає у проведенні широкої роз'яснювальної роботи про заходи громадської і особистої профілактики. Висока інформованість суспільства в області ВІЛ і СНІДу дозволить пом'якшити негативні соціальні наслідки, подолати страх, стереотипи, зросте ймовірність рішення психосоціальних проблем, пов'язаних з дискримінацією, стигматизацією, неадекватним сприйняттям ВІЛ-інфікованих, а також членів їх сімей. Соціальна робота дозволить сформувати адекватну громадську свідомість і толерантне сприйняття людей з позитивним ВІЛ-статусом.

Таким чином, людина, у якої діагностується ВІЛ-інфекція, належить до когорти вкрай вразливих і психологічно незахищених категорій, що потребують особливої уваги зі сторони оточуючих та професійної соціальної допомоги та підтримки. Такі особи можуть знаходитися у довготривалому стані тривожності, що негативно впливає на загальне самопочуття і соціальну адаптованість у суспільстві, втрачати життєві орієнтири, цінності, здатність до саморозвитку. Технологічний аспект соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими включає в основному індивідуальну допомогу дитині, сім'ї, найближчому оточенню. При цьому використовуються такі методи як: інформування, консультування, пряма натуральна й фінансова допомога, догляд і обслуговування, патронаж, психологічна підтримка тощо. Для досягнення максимального результату вирішення проблем та труднощей ВІЛ-позитивних у суспільстві та в особистому житті необхідно використовувати комплексний підхід у соціальній роботі.

1.3. ОСОБЛИВОСТІ ПРОБЛЕМ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ

Особи, які живуть з ВІЛ/СНІД, часто стикаються з різними складними життєвими обставинами, які пов'язані з їх дисфункційністю. Слід зазначити, що до такої ситуації в житті осіб з ВІЛ, призводять, насамперед: неякісні медичні і соціальні послуги, неефективна соціально-психологічна підтримка; загострення вже існуючих проблем. Уразливість осіб та сімей з ВІЛ/СНІД зумовлюють: психологічні проблеми (внутрішньоособистісні й міжособистісні конфлікти, стреси, депресії, апатія, підвищений рівень тривожності тощо), пов'язані з прийняттям як дорослими, так і дітьми свого діагнозу; неготовність до зміни способу життя через ВІЛ-інфекцію та відсутність прихильності до лікування; високий рівень стигми (навішування ярликів) та дискримінації (порушення прав, які виникають через стигму) з боку оточуючих до людей, які живуть із ВІЛ та навіть, з боку членів родини, сусідів, оточуючих. Дану дискримінацію породжують страх перед захворюванням, необізнаність щодо шляхів передачі, а особливо низький рівень толерантності в суспільстві; самостигматизація, що виникає на основі стигми та дискримінації – людина навішує на себе «ярлик» безпорадності, безвиході, нікчемності, соромиться себе та свого діагнозу, у наслідок цього може займати позицію захисту та зневіри; інші складні життєві обставини сім'ї чи її членів: алко- чи наркозалежність, насильство в сім'ї, конфлікт із законом, складні економічні умови (бідність), відсутність постійного місця проживання тощо. Дослідження вищезазначених проблем ВІЛ-інфікованих відображені у наукових доробках: О. Волик, В. Гордєйко, А. Грекова, В. Дацюк, О.Девіс, Є. Дроботун, О. Дружиніна, О. Жмурко, Т.Журавель, А. Кальченко, С. Комар, Т.Лях, К.Панделі, О. Панфілова, Л.Сабадаш, О.Соловйова, Н. Харченко, В.Чечнева та ін.. Так, на основі аналізу досвіду діяльності Всеукраїнської благодійної організації (ВБО) «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», було умовно виокремлено типові проблеми та труднощі людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ):

1. Низький рівень соціально-психологічної готовності до прийняття свого статусу та протидії стигматизації та дискримінації з боку суспільства, піклування про себе й дітей (зокрема, розкриття їм статусу, надання якісної підтримки, забезпечення реалізації всіх прав та інтересів тощо).

2. Формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції та диспансерного спостереження (регулярного відвідування лікаря).

3. Обмежений доступ для ЛЖВ із віддалених міст/сіл до медичних послуг (часто навіть через значні для сім'ї кошти на проїзд до медичного закладу); для ЛЖВ, які не мають документів, а також до лікування.

4. Обмежений доступ до госпіталізації, паліативної або хоспісної допомоги тих осіб, які її потребують (відсутність відповідних закладів або належної кількості місць у закладах такого типу).

Однією з найперших труднощів є дискримінація людини з ВІЛ. Згідно з даними, що були зібрані з багатьох наукових джерел, зокрема, В. Дацюк, Т.Журавель, Т.Лях, А. Кальченко, вона виявляється у вигляді:

• прямої або завуальованої відмови від надання послуг або відкритої зневаги в системі охорони здоров'я;

• звільнення (відмова в прийомі на роботу), як правило, під непрямим приводом у сфері працевлаштування;

• небажання приймати дитину в навчальний заклад — дитячий садок, молодшу школу (як під прямим, так і під непрямим приводом) у системі освіти.

У наукових роботах А. Грекова, В. Гордєйко, О. Девіс, О. Жмурко, Н. Харченко були зафіксовані вияви нетолерантного ставлення у сферах: системи охорони здоров'я (нетолерантність присутня у вигляді зневажливого, бридливого ставлення, особливо з боку персоналу медичних установ (медсестри, санітарки), розмови за спиною ВІЛ-позитивної людини, її приниження, демонстративна надмірна обережність у поводженні з нею тощо;

на робочому місці (упереджене ставлення, сприйняття ВІЛ-позитивних як неповноцінних, невигідних працівників, тиск колективу на таку людину (колектив намагається «вижити» такого працівника, демонструє зневагу); системи освіти (ярликування ВІЛ-інфікованої дитини або дитини, батьки якої ВІЛ-інфіковані, глузування, тиск на неї з боку однолітків, відторгнення такої дитини педагогами й колективом). Таке ставлення соціуму сприяє виникненню бар'єрів у інтеграції для осіб з ВІЛ/СНІДом (схема 1.3.1).

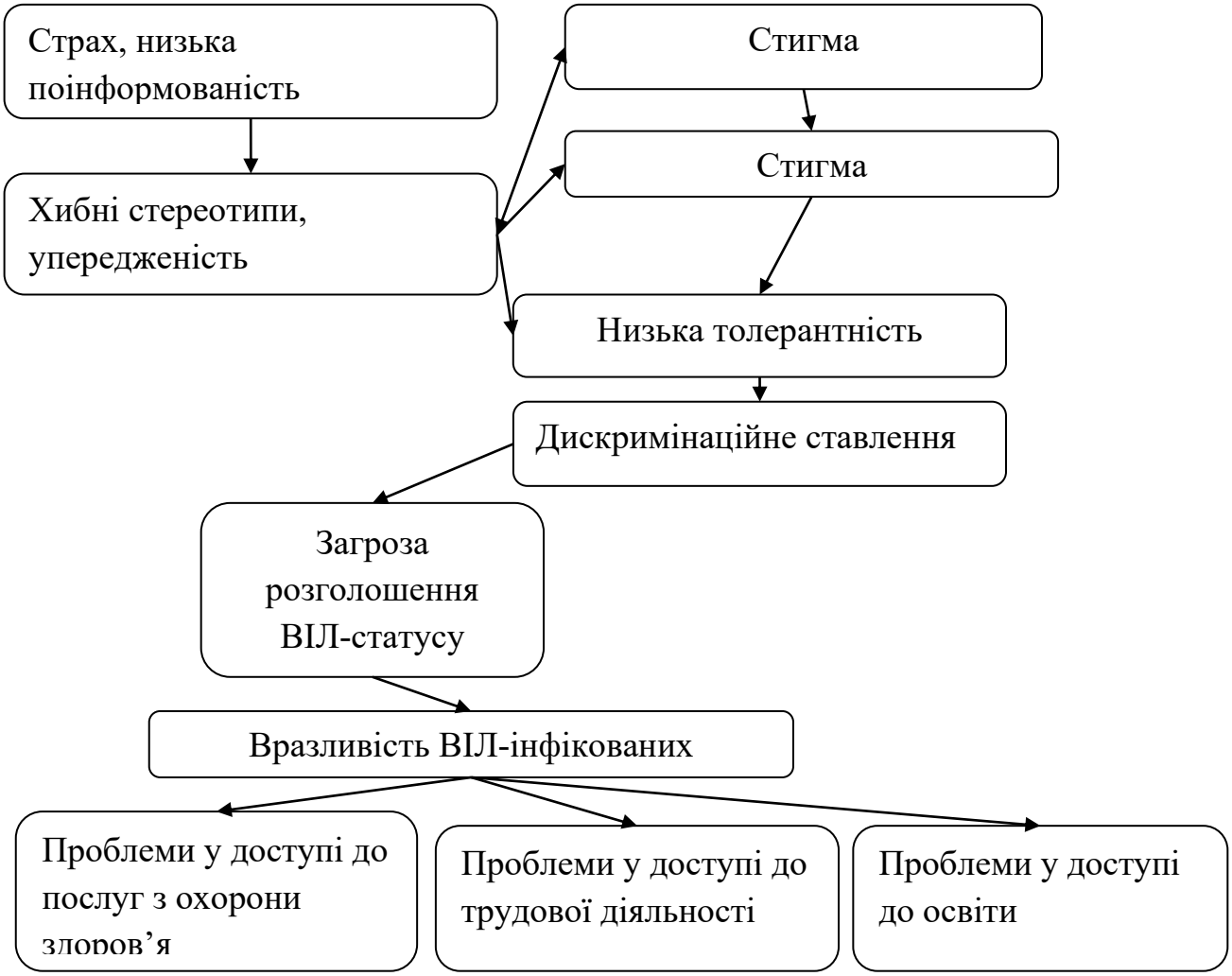

Схема 1.3. 1.Способи виникнення бар'єрів для осіб З ВІЛ/СНІД

Слід зазначити, що стигма та дискримінація взаємопов'язані та взаємозалежні одне від одного: стигматизація спричиняє дискримінацію, яка, у

свою чергу, зумовлює внутрішню стигму, яка заохочує та підсилює стигматизацію, створюючи, таким чином, замкнене коло, порушує права людини та заважає її адаптації у суспільному житті. Саме стигма, пов'язана з ВІЛ/СНІДом, заважає відкритому обговоренню причин епідемії та вжиттю ефективних заходів щодо протидії епідемії цих захворювань. Одним із шляхів подолання стигми та дискримінації є відкрите визнання існування цієї проблеми. Це є передумовою для успішної мобілізації держави, суспільства та окремих людей для протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, інтегруванню в суспільне життя людей з ВІЛ/СНІДом. Замовчування цієї проблеми може призвести до заперечення її існування і гальмує прийняття невідкладних заходів для її розв'язання. Подолати стигму та дискримінацію в українському суспільстві можливо за допомогою освіти, яка робить те, чого не вдається жодному антидискримінаційному законодавству, змушує людей побороти страхи. При цьому важливо, щоб люди отримували знання не тільки про ризики, шляхи інфікування, а й про права людей, які живуть з ВІЛ, про стигму та дискримінацію, пов'язану з ВІЛ/СНІДом. Сучасний стан проблеми ВІЛ/СНІДу свідчить про недосконаліть державної політики у протидії стигматизації та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ/СНІДом, що вимагає впровадження широких освітніх та виховних програм серед населення, у медичних установах та у освітніх закладах. Це не тільки буде впливати на подолання стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих, а й сприятиме адаптації та інтеграції в суспільство людей, постраждалих унаслідок ВІЛ/СНІДу.

Потреба у правовій захищеності неодноразово наголошувалася учасниками дослідження як одна із найпріоритетніших проблем. Виконання норм законодавства – чи не найголовніша умова гарантованого доступу ВІЛ-інфікованих до необхідних послуг в основних сферах суспільного життя, таких як працевлаштування, освіта та охорона здоров'я.

Діючим законодавством України ВІЛ-інфікованим гарантуються такі права:

• Право особи, яка зважилася на проходження обстеження на ВІЛ/СНІД, на анонімність, конфіденційність та лікарську таємницю;

• Повна компенсація збитків, що пов'язані з повним або частковим обмеженням прав людей з ВІЛ, яке виникло унаслідок розголошення статусу зараження цих осіб вірусом імунодефіциту;

• Безкоштовне забезпечення медичними препаратами, які будуть необхідні для лікування самого ВІЛ-позитивного і будь-якого його захворювання, засобами особистої профілактики, психосоціальної підтримки тощо;

• Безкоштовний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування;

• Користування ізольованою жилою кімнатою.

Разом з тим правовий аспект проблеми вразливості осіб з ВІЛ/СНІД стоїть дуже гостро. Схематично ми відобразили його зміст у схемі 1.3.2

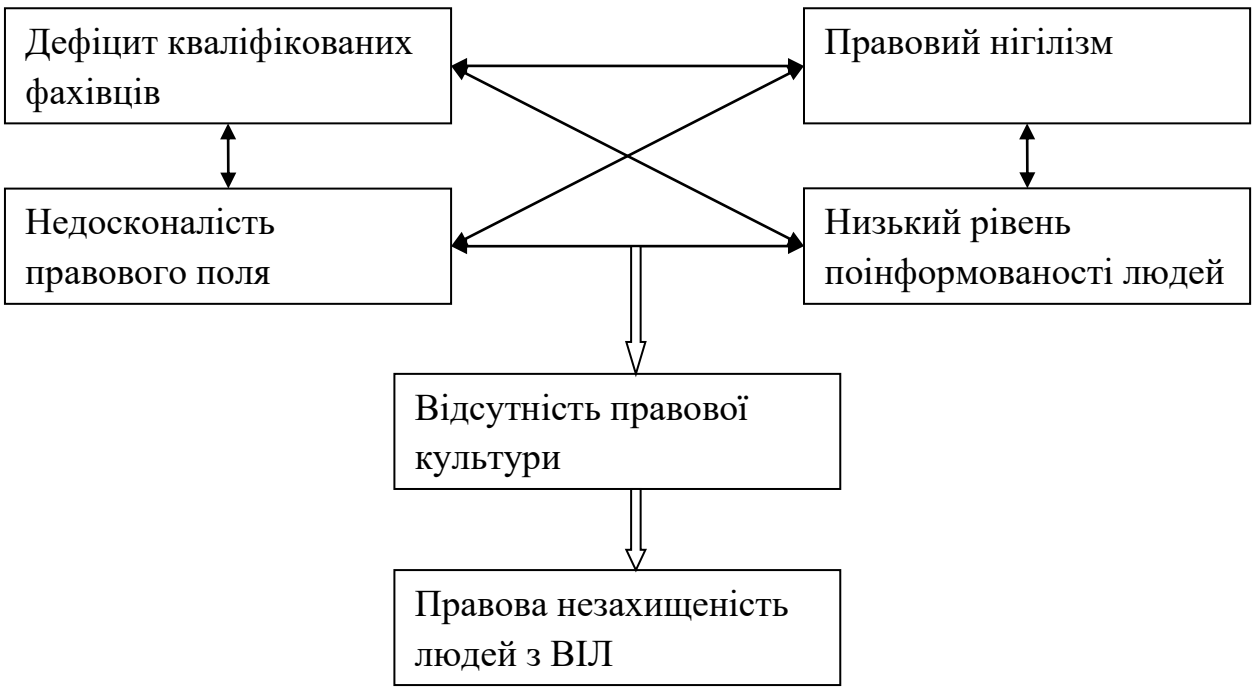

Схема 1.3.2. Правовий аспект проблеми вразливості осіб з ВІЛ/СНІД

Також однією з важливих проблем є розкриття статусу, що є дуже важливим аспектом розгляду питання вразливості ВІЛ-інфікованих, оскільки стигматизація й дискримінація ВІЛ-позитивних людей часто є безпосереднім результатом розголошення. Часто саме в результаті розголошування перед ВІЛ-позитивними постають численні бар'єри інтеграції. На даний момент в Україні основним способом ефективної соціальної інтеграції ЛЖВ в суспільстві є приховування їхнього ВІЛ-позитивного статусу. Враховуючи ймовірні негативні наслідки розкриття стигми, багато ЛЖВ уникають розголошення свого статусу. Так, за результатами аналізу наукових досліджень, тільки 5 із 35 опитаних не відчувають особливої необхідності приховувати від інших свій статус. До них відносяться ті, які посідають відкриту позицію в суспільстві щодо свого статусу і можуть, наприклад, давати телевізійні інтерв'ю із проблем ВІЛ/СНІД, брати участь в профілактичній роботі, публічних акціях тощо. Проте проблема розголошення статусу ВІЛ-інфікованого стоїть досить гостро. Різновиди розголошення статусу ВІЛ-інфікованого ми відобразили на схемі 1.3.3.

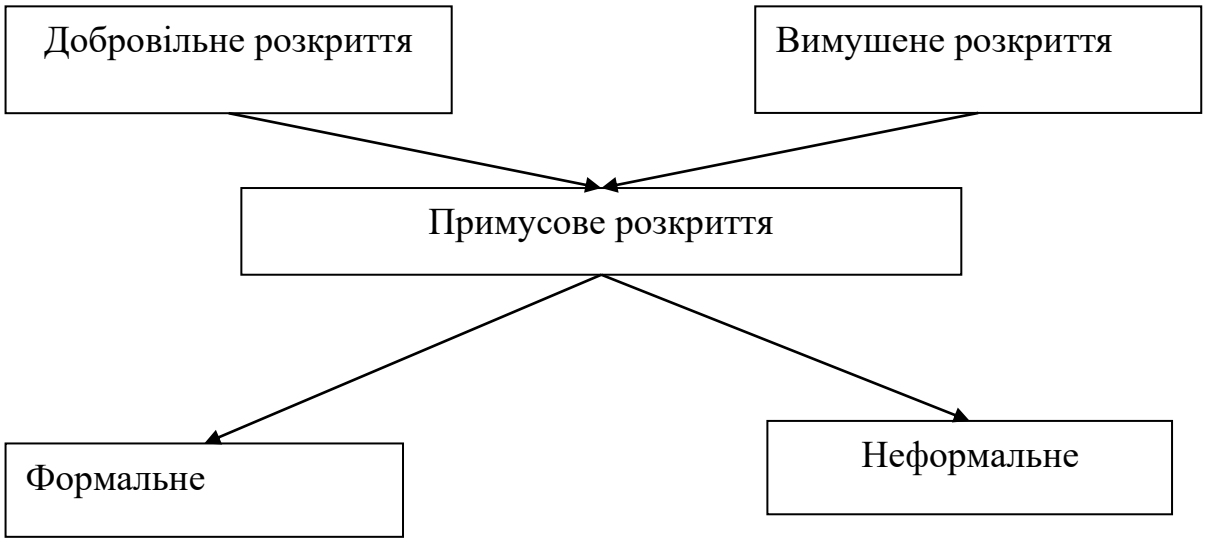

Схема 1.3. 3.Різновиди розголошення статусу ВІЛ-інфікованого

Слід зазначити, що науковці доводять, що проблема розкриття і недотримання конфіденційності статусу найгостріше стоїть у сфері медичних установ як суб'єктів вимушеного розголошення статусу ЛЖВ, і саме звідти ця інформація може поширюватися в інші сфери. Тож не дивно, що ЛЖВ у більшості випадків уникають говорити про свій статус медичним працівникам. При цьому вони часто резонно вважають, що медики самі мають завжди користуватися всіма засобами захисту, до того ж ЛЖВ мають право не говорити про статус, якщо відсутні маніпуляції з кров'ю.

Сучасні дослідження засвідчують, що жінки та дівчата особливо вразливі до ВІЛ-інфекції унаслідок біологічних, соціальних, культурних та економічних причин, зокрема через вкорінену соціальну та економічну нерівність жінок у статевих та шлюбних стосунках. Аналіз ситуації в Україні засвідчує, що жінки є надзвичайно вразливою групою із точки зору поширення ВІЛ/СНІД. Законодавство України проголошує рівність прав і свобод за гендерними ознаками, разом із тим дослідження показують, що реальна ситуація не завжди відповідає цьому. Чинниками підвищеної вразливості жінок щодо ВІЛ є: дискримінація на ринку праці; нерівномірний розподіл сімейних обов'язків; порушення репродуктивних та сексуальних прав жінки.

Таким чином, проаналізувавши найбільш вагомі проблеми осіб з ВІЛ можемо зазначити, що поряд із поширеністю нетолерантного ставлення у всіх сферах, особистий досвід дискримінації явно переважає у сфері охорони здоров'я. Причина нетолерантного ставлення суспільства до ЛЖВ полягає в стигматизованому сприйнятті ЛЖВ, яке є наслідком таких чинників: низької поінформованості, страху, хибних стереотипів і упередженого ставлення. Всі компоненти стигми тісно пов'язані, підкріплюють одне одного і зумовлюють існування багатьох бар'єрів для ЛЖВ, у тому числі у сферах охорони здоров'я, освіти та трудової діяльності.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Таким чином, на основі вивчення соціально-педагогічної та психологічної літератури з проблеми соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими, аналізу сучасного стану та шляхів розв'язання проблеми ВІЛ-інфікованих осіб в Україні, ми з'ясували наступне.

Наукові дослідження з проблеми розв'язання проблеми ВІЛ-інфікованих осіб в Україні доводять, що розвиток епідемії ВІЛ-інфекції був зумовлений такими чинниками: недостатнім рівнем ознайомленості спільноти людей щодо шляхів запобігання та зараження на ВІЛ, його виявлення; відсутністю серйозного відношення до необхідності тестування на ВІЛ і прояву високого рівня безпечної поведінки; особливостями способу життя у осіб із групи підвищеного ризику щодо випадків інфікування на ВІЛ, їх статевих партнерів; занадто пізнім виявленням та не організованою своєчасною диспансеризацією людей з ВІЛ; низькими темпами розвитку медичної і соціальної допомоги, відсутність необхідної інфраструктури, яка грає ключову роль у зменшенні темпу епідеміологічного поширення (критична ситуація у громадах на місцях); низьким рівнем загальнонаціонального доступу до інформації у представників соціально-ризикованих спільнот, які в силу своєї професійної та інших видів життєдіяльності мають підвищений ризик стати ВІЛ-позитивними, відсутність соціальної, профілактичної, професійної та медичної допомоги (хоспісна, паліативна); домінування статевого шляху над іншими варіаціями зараження ВІЛ-інфекцією, прогресивне зростання інфікованих жінок у період сприятливого віку для народження дітей, що у свою чергу відображується у суттєвому збільшенні дітей – ВІЛ-інфікованих від народження; низька фінансова допомога на державному рівні щодо заходів спрямованих на протидію ВІЛ-інфекції та медичного забезпечення хворих на ВІЛ/СНІД; перешкоди фінансового, організаційного, нормативно-правового характеру у питаннях, які стосуються інтегрованих високоякісних послуг для категорій, що мають ускладнення здоров'я окрім ВІЛу (туберкульоз, вірусні гепатити, наркозалежність, патології, порушення психіки); критично високим рівнем

дискримінації та стигматизації як безпосередньо ВІЛ-інфікованих осіб, так і осіб, які перебувають у групах з високим ризиком інфікування. Вкрай важливе значення у роботі з ЛЖВ має соціальна підтримка і захист, яка знаходиться у зоні компетенції соціальних працівників. Вітчизняний досвід соціальної роботи з цією категорією клієнтів має певні здобутки.

Технологічний аспект соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими включає в основному індивідуальну допомогу людині її сім'ї. Для вирішення даної проблеми використовуються методи: інформування, консультування, пряма натуральна й фінансова допомога, догляд і обслуговування, патронаж, психологічна підтримка тощо. Але ефективне вирішення цієї соціальної проблеми потребує комплексного підходу в соціальній роботі.

Найбільш вагомою проблемою осіб з ВІЛ є нетолерантне ставлення у всіх сферах, але особистий досвід дискримінації явно переважає у сфері охорони здоров'я. Причина нетолерантного ставлення суспільства до ЛЖВ полягає в стигматизованому сприйнятті, яке є наслідком низької поінформованості, страху, хибних стереотипів і упередженого ставлення. Всі компоненти стигми тісно пов'язані, підкріплюють однин одного і зумовлюють існування багатьох бар'єрів для ЛЖВ, у першу чергу, у сферах охорони здоров'я, освіти та трудової діяльності.

Отже, ВІЛ-інфіковані – представники однієї з найменш соціально захищених груп населення і однією з найбільш вразливих. З моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції людина зіштовхується з рядом психологічних труднощів. Розуміння про наявність невиліковного і небезпечного захворювання практично завжди призводить до змін якості життя людини, до безлічі соціальних проблем, внутрішніх криз, стресів, проблеми в міжособистісних стосунках. Соціально-психологічні проблеми пов'язані не тільки зі змінами емоційного стану і поведінки ВІЛ-інфікованих. Окремою проблемою є негативне ставлення до ВІЛ-інфікованих у суспільстві, так як дане захворювання сприймається частіше як «непристойне» або «заслужене».

Більшість здорових людей уникає заражених, незважаючи на те, що прекрасно обізнані про способи зараження ВІЛ-інфекцією. Більш того, останнім часом намітилася тенденція ненависті до заражених. Майже неминуче ВІЛ-позитивний стикається з дискримінацією, а також порушенням своїх прав. При будь-яких контактах з ВІЛ-інфікованим в суспільстві виникає напруга, страхи, підозрілість, ірраціональна поведінка, паніка. Це впливає на якість життя людини. Дискримінація виливається в образи, звинувачення, відмову прийому на роботу, до навчальних закладів, а іноді і в ненаданні допомоги. У результаті виникають соціально-психологічні проблеми на рівні сім'ї і суспільства, ВІЛ-позитивні люди змушені приховувати захворювання від оточуючих, тим самим перешкоджаючи попередженню поширення епідемії. Тому дуже важливо приділяти особливу увагу вирішенню виникаючих соціальних проблем, а також надавати соціально-психологічну підтримку і допомогу.

РОЗДІЛ 2. ЗМІСТОВНО-ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

2.1. ХАРАКТЕРИСТИКА ДІЯЛЬНОСТІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ ЯК ОСЕРЕДКУ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ

Проблема ВІЛ-інфекції є мультидисциплінарною, і не останню роль у її вирішенні відіграє ступінь соціально-правової регламентації організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам. Аналізуючи нормативно-правові акти, що стосуються надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам в умовах стаціонарного лікувального закладу можна виділити наступні три основні сфери правового регулювання цієї проблеми: організація медичного спостереження та лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів; спеціальні заходи з надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим громадянам; соціально-психологічна підтримка осіб з ВІЛ.

Психолого-соціальна допомога, що надається в умовах стаціонарного лікування - це комплекс професійних втручань, які направлено на суттєву зміну життєвої ситуації у пацієнта, мета якої є збереження або поліпшення його здоров’я. Дана допомога може надаватися за запитом пацієнта або може бути включена в сам ланцюжок загальної мультипрофесіональної психо-соціальної роботи, наданої медичними працівниками.

Надана соціальна допомога пацієнту повинна сприяти стабілізації або відновленню всіх або частини його базових соціальних умов (відновлення всіх або частини втрачених документів, вирішення питань зайнятості і працевлаштування, закінчення житлових претензій та ін.). Тим самим підвищується самооцінка ЛЖВ і поліпшується взаємовідносини у сім’ях. Здійснювана соціальна діагностика пацієнтів говорить про якість і задоволеність наявною життєвою ситуацією, яка склалася. Дана діагностика враховує життєві умови, реєстрацію за місцем проживання, наявність або

відсутність медичного страхування і ряд інших необхідних для нормального життя документів, достатнє фінансове забезпечення, сімейні зобов'язання по догляду за дітьми,наявність боргів (у тому числі, квартплата), нормальні взаємини з рідними і близькими людьми, можливі і актуальні кримінальні ускладнення, зловживання наркотиками і алкоголем.

У сфері соціального супроводу, лікування та профілактики осіб, які живуть з ВІЛ-інфекцією та надання їм послуг діють такі установи та організації:

1. Державні установи та заклади:

- Центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка дружня до молоді» (перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України);
- Центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (створюються ОДА і органами місцевого самоврядування; організаційно-методичне забезпечення здійснюється Міністерством соціальної політики України);
- Центри профілактики та боротьби зі СНІдом та кабінети «Довіра» (підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України);
- Нарко- та протитуберкульозні диспансери (перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України);
- Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (підпорядковуються Міністерству соціальної політики України).

2. Громадські організації/ проекти, що надають послуги ЛЖВ:

- Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» та її регіональні представництва по всій території України;
- Національна лінія телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІДу (0-800-500-45) та інші.

Щоб з'ясувати зміст соціальної підтримки ВІЛ-інфікованих осіб в умовах стаціонарного лікування, ми проаналізували діяльність Олександрівської клінічної лікарні м. Києва, а саме, відділення інфекційної реанімації. Саме в це

відділення потрапляють на лікування особи, у яких при обслідуванні діагностують ВІЛ. Основними завданнями відділення є:

• виконувати лікувально-діагностичну, консультативну та організаційно-методичну роботу з питань надання своєчасної спеціалізованої допомоги на засадах досягнень сучасної науки та техніки;

• здійснювати комплекс заходів щодо відновлення корекції і підтримання порушення функцій життєво важливих органів і систем, які виникли унаслідок інфекційних захворювань та з інших причин;

• підвищувати рівень теоретичних знань, навчання медичного персоналу та різних груп населення з питань практичних навичок щодо проведення реанімаційних заходів.

Функції відділення:

•Відповідно до покладених завдань забезпечує в повному обсязі комплекс обстежень та лікування у відповідності до діючих протоколів;

•Підбір та проведення необхідних заходів, впровадження в практику прогресивних сучасних методів профілактики, діагностики та лікування хворих інфекційного та реанімаційного профілю;

•Створення та постійне оновлення запасів медикаментів, перев'язувального матеріалу, виробів медичного призначення для роботи в повсякденних умовах та при виникненні надзвичайних ситуацій;

•Оперативне інформування головного лікаря, заступників головного лікаря про нещасні випадки, катастрофи, надзвичайні та інші нештатні ситуації, робота згідно з інструкціями та розпорядженнями.

•Здійснення організаційних заходів, перспективного планування, своєчасної підготовки та перепідготовки персоналу з питань якісного та ефективного лікування хворих.

•Постійне проведення заходів санітарно-протиепідемічного режиму.

•Ведення облікової документації, складання звітів та їх подання в установленому порядку.

•Контроль за своєчасним проведенням метрологічної перевірки засобів вимірювання медичного призначення.

Аналізуючи вищезазначені напрямки роботи та функції лікувального закладу, необхідно зазначити, що у даному переліку відсутній пункт, що стосується оцінки потреб ВІЛ-інфікованих, що на нашу думку, є необхідним так як дана категорія є вразливою і потребує підвищеної уваги з боку медичних закладів у яких вони проходять лікування. Оскільки медичні працівники є недостатньо компетентними, щоб здійснювати дану роботу, то на нашу думку, у стаціонарному лікувальному закладі цим має займатися соціальний працівник. Слід зазначити, що під час оцінки потреб доцільно звернути увагу на консультування з лікарем, який здійснює лікування та медичний супровід особи з ВІЛ, щодо специфіки надання допомоги, соціальних послуг відповідно до стану здоров'я. Також потрібно приділити увагу визначенню рівня прихильності ВІЛ-інфікованих до АРТ (антиретровірусна терапія) і медичних послуг, створення умов, сприятливих для соціального супроводу, підтримки і захисту. Це можливо здійснити, якщо спиратися на такі критерії: наявність в особи (отримувача послуг) уявлень та знань про ВІЛ та дотичні сфери; сформованість навичок прихильності до лікування; рівень мотивації; наявність ресурсів для формування прихильності (особи, яким відомо про статус хворого і які докладають зусиль, щоб допомагати підтримувати прихильність та мотивацію до прийняття антиретровірусної терапії; аптечка з потрібними ліками та спеціальним будильником для вчасного прийняття ліків; фізична доступність до місця, де проводиться АРТ; можливі обмеження (приховування діагнозу від близьких; віддаленість від місця отримання ліків та медичних послуг;скептицизм щодо лікування та проходження АРТ; відсутність мотивації та страх щодо лікування.

Таким чином, діяльність стаціонарного лікувального закладу як осередку соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими має бути спрямованою як на підтримання лікування ВІЛ-інфікованих (відвідування стаціонару у зазначений час, своєчасне приймання препаратів тощо), так і на забезпечення соціального захисту (впорядкування особистої документації, забезпечення отримання гарантованих соціальних виплат, захисту прав тощо), соціальної підтримки (впевненості у собі, віра у свої можливості тощо), на попередження та подолання дискримінації та самостигматизації. Останній аспект діяльності має реалізувати професійно підготовлений соціальний працівник. Допомога ВІЛ-позитивним особам, які проходять лікування у стаціонарному медичному закладі, буде біль ефективною за умови партнерської взаємодії медичного персоналу з соціальним працівником, психологом та іншими фахівцями.

2.2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЯК ЗАСІБ ЕФЕКТИВНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

У практичному плані організаційної роботи з ВІЛ-інфікованими соціальний працівник розв’язує широке коло завдань. Успішність їх розв’язання ґрунтується на отриманні достовірної і всебічної інформації про особливості ВІЛ-інфікованих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні у медичному закладі, а саме: рівень особистої адаптованості, ступінь соціалізації, проблеми та потреби, життєві ситуації. З цією метою ми провели діагностику ВІЛ-інфікованих осіб, які знаходились в умовах стаціонарного лікування у відділенні інфекційної реанімації Олександрівської клінічної лікарні м. Києва (2019 р.) . Респондентами дослідження виступили ВІЛ-інфіковані пацієнти 25-37 років, що наразі є клієнтами ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ». Серед осіб з діагнозом ВІЛ-інфекція є люди, які належать до різних вікових і соціальних груп, мають різний статус і достаток, а також знаходяться

на різних стадіях даного захворювання. Вибірка складалася із 20 осіб з них - 13 чоловіків і 7 жінок.

Під час проведення дослідження з ВІЛ-інфікованими ми намагалися дотримуватися етичних принципів роботи з даною категорією осіб, що допомогло нам отримати чесні, щирі відповіді і не отримати відмови респондентів від діагностування. У спілкуванні ми використали методи і прийоми активного слухання:

• постановка відкритих запитань;

• показ словами і жестами зацікавленості у розмові;

• «відображення» фрази пацієнта;

• співпереживання;

• уникання слів, що виражають оцінку.

• знаходження і заохочення позитивних

сторін у діях пацієнта;

• спілкування простою, доступною мовою;

• не віддавати розпоряджень тощо.

Дане дослідження включало такі методики: «Тест-опитувальник особистісної адаптованості (А. В. Фурмана)», методика «Моніторинг соціалізації особистості (за І. Рожковим)», психологічно-прогностичне завдання «Мої плани на майбутнє» (за К. Абрамовою), інтерв'ю на визначення потреб та проблем у ВІЛ-інфікованих осіб (див. Додаток В, а також табл.2.2.1. та рис.2.2.1):

1. Метою теста-опитувальника особистісної адаптованості (А. В. Фурмана) є визначення рівня особистісної адаптованості респондентів, у

нашому дослідженні – ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Результати дослідження ми представили у таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1

Ступені та рівні особистісної адаптованості ВІЛ-інфікованих осіб

Ступінь соціально-психологічної адаптованості осіб з ВІЛ	Рівні особистісної адаптованості	Кількість балів	Кількість осіб, що отримали такі показники
I. Адаптованість	а)максимальний б) дуже високий	74 72-73	1
	2.Високий	68-71	3
	3.Середній	63-67	2
II. Неадаптованість	4.Низький	56-62	6
	5.Неочевидний	50-56	2
	6.Очевидний	40-48	4
III. Дезадаптованість	7.Ситуативний	30-38	1
	8.Стійкий, очевидний	21-28	0
	9.Критичний	0-20	1

Отже, як видно з таблиці 2.2.1 у 13 респондентів встановлено ступінь соціально-психологічної неадаптованості, 5 респондентів отримали показники середнього та високого рівнів соціально-психологічної адаптованості, у 2% респондентів визначено соціально-психологічну дезадаптованість. Такі показники свідчать про те, що для переважної кількості опитуваних характерною є соціальна неадаптованість (65%).

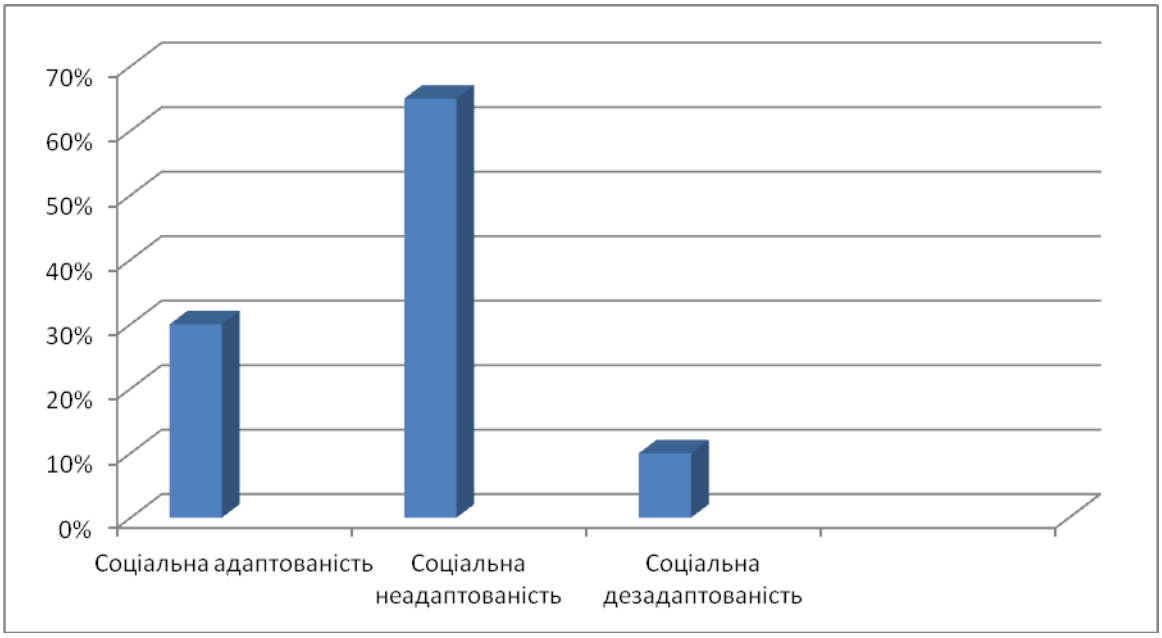

Рис. 2.2. 1. Розподіл респондентів за соціальною адаптованістю

Розподіл респондентів за соціальною адаптованістю ми представили у гістограмі 2.2.1. Слід також зазначити, що в сучасній науково-методичній літературі (К. Абрамова, Т. Журавель, Т. Лях та ін.) ми знаходимо подібні показники, де констатовано, що ВІЛ-інфіковані лише 25%мають середній та високий рівень соціально-психологічної адаптованості.

1. Методика «Моніторинг соціалізації особистості» (розроблена І. Рожковим) допомагає нам з'ясувати рівень соціальної адаптованості, активності, автономності,моральності ВІЛ-інфікованих осіб, що в цілому дає підстави зробити висновок про рівень соціалізації респондентів. Результати дослідження наведено у таблиці 2.2.2

Таблиця 2.2.2

Показники соціалізації особистості ВІЛ-інфікованих

Показники	**Високий ступінь**	**Середній ступінь**	**Низький ступінь**
Соціальна адаптованість	(35%)	(45%)	(20%)
Автономність	(50%)	(20%)	(30%)
Соціальна активність	(15%)	(30%)	(55%)
Моральність	(65%)	(25%)	(10%)

Як видно з таблиці 2.2.2, серед опитаних ВІЛ-інфікованих осіб, за визначеними показниками, із середнім ступенем соціальної адаптованості 45%, низьким ступенем автономності 30%, високим ступенем соціальної активності 35% і моральності 65% - отримано найвищі показники. Наочно ми представили дані результати у гістограмі на рис. 2.2.2.

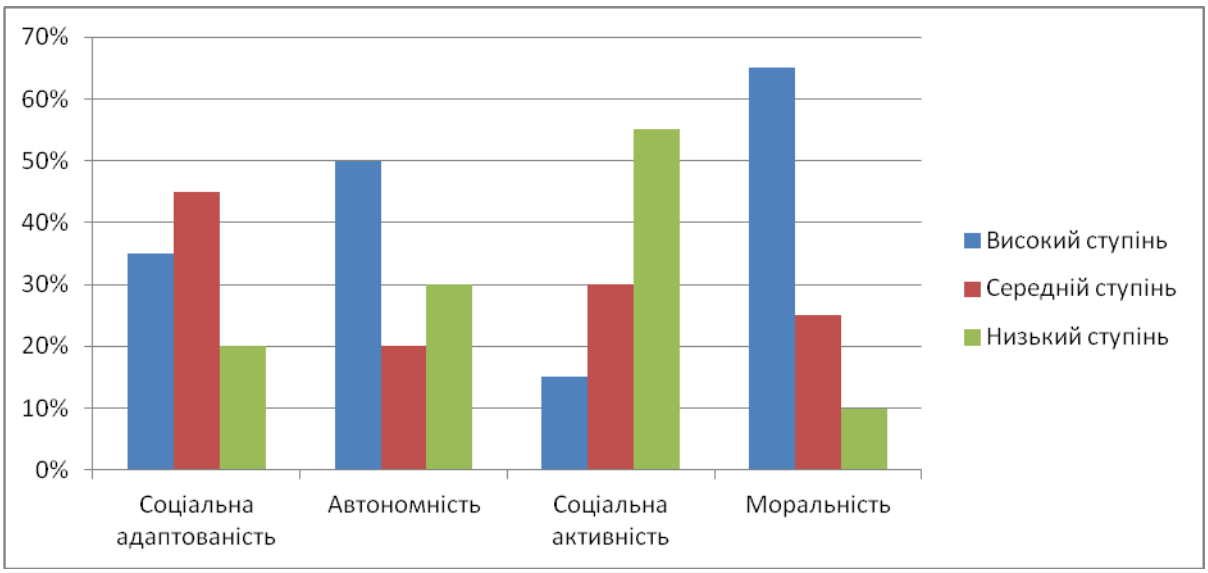

Рис.2.2.2 .Показники соціалізації особистості ВІЛ-інфікованих

Дані результати свідчать про те, що ВІЛ-інфіковані мають середній ступінь соціалізації, оскільки спілкуються переважно з дуже близькими людьми через небажання розкривати свій статус. Деякі з них бояться втратити вже налагоджені соціальні зв'язки, іншим важко пережити факт ВІЛ-інфікування, ситуацію постійного співчуття, що у сукупності може впливати на втрату власного соціального статусу, місця роботи, професії, навчання тощо.

Психологічно-прогностичне завдання «Мої плани на майбутнє» (за К. Абрамовою)допомогло нам з'ясувати життєві стратегії ВІЛ-інфікованих:плани і мрії на майбутнє. Результати даного дослідження були проаналізовані та зведені до загальних показників, що представлені у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Ранжування планів та мрій ВІЛ-інфікованих осіб

Категорії бажань осіб	*Рейтингове місце*	*Кількість відповідей*
Хороша робота	1	18
Отримати професію, навчання	2	15
Придбати авто, ноутбук, телефон та ін..	2	14
Мати хорошу сім'ю, знайти чоловіка/дружину, мати дітей	2	16
Будинок/квартира	1	17
Подорож, відпочинок, виїзд закордон	3	12
Нічого не робити і не вчитися	4	9
Нема жодної мрії	5	7
Хобі, захоплення	6	5
Гроші	7	1
Померти безболісно і у старості	7	1

З таблиці видно, що серед категорій бажань ВІЛ-інфікованих осіб на першому місці – хороша робота, на другому – хороша сім’я та отримання професії, навчання, на третьому – поїхати на відпочинок, у подорож тощо. Рейтинг планів та мрій ВІЛ-інфікованих представлено на рис.2.2.3.

Рис. 2.2.3. Розподіл планів та мрій ВІЛ-інфікованих за рейтинговим співвідношенням

Таким чином, респонденти, не зважаючи на наявний недуг, більше всього прагнуть взаємодіяти із соціумом, мріють влаштуватися на хорошу роботу з гідною зарплатнею, щоб забезпечувати сім’ю. Слід зауважити, що більшість опитаних це чоловіки (13 осіб), які вже мають (30%) або мріють про власну сім’ю та придбати будинок (70%). Жінки у свою чергу (73%) мріють про народження дитини, вказують на затяжні депресії стосовно неможливості народити здорову дитину, виказують свої побоювання стосовно того, що залишаться самотніми. Чоловіків (93%) турбують питання потенції та скорочення кількості партнерів у сексі (див. рис.2.2.4.), опитані чоловіки називають як пріоритетну; вражає їх відкритість у даному питанні. Так, деякі з них (42%) зазначали, що неможливість займатися даним процесом спонукало їх до невідкладного термінованого лікування. Але разом з тим слід зауважити, що більшість жінок і чоловіків вказують на те, що час від часу у них зникає

бажання лікуватися, складати плани на майбутнє, мріяти і їм нічого не цікаво, у них зникає мета (82% опитаних). Одні з них пов'язують це з незадовільним самопочуттям та поганим настроєм (47%), інші – з негативним впливом оточуючих (53%).

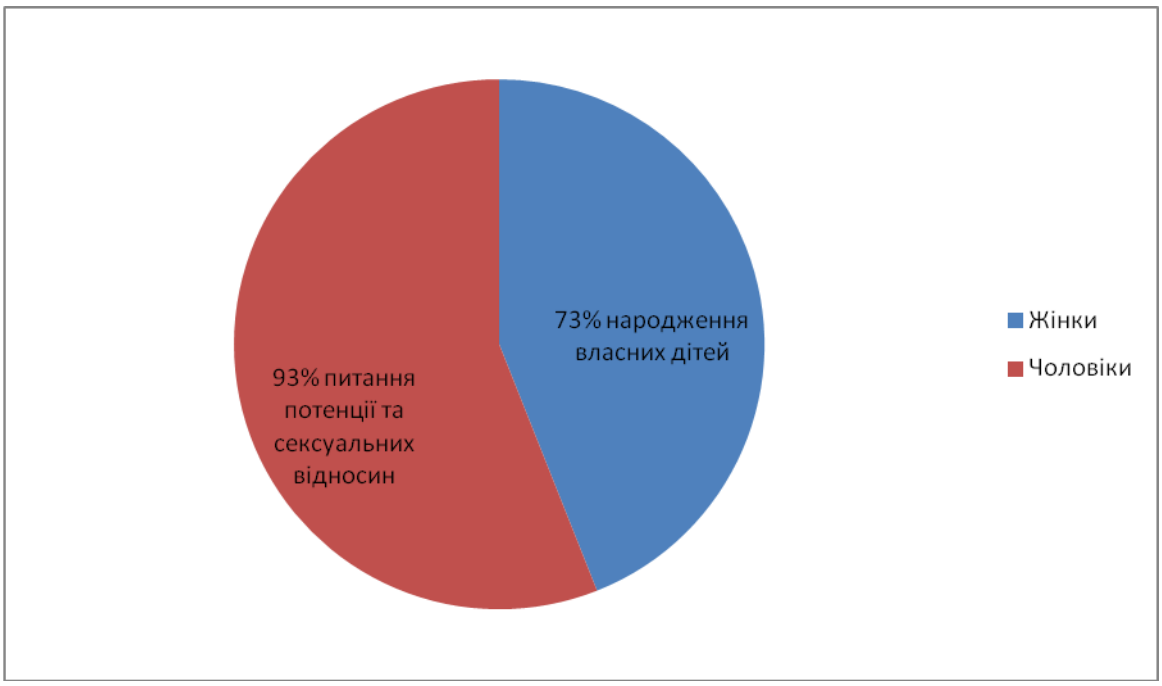

Рис.2.2.4. Найпоширеніші проблеми чоловіків та жінок, які мають ВІЛ-позитивний статус

Рис. 2.2.5. Результати відповідей респондентів на запитання :«Що заважає Вам складати плани на майбутнє, мріяти та досягати мети?»

Особливості життєвої ситуації респондентів нам також дозволило інтерв'ю на визначення потреб та проблем у ВІЛ-інфікованих осіб. Проаналізувавши дані інтерв'ю, ми отримали наступні результати. Однією з найважливіших потреб у людей, які живуть з ВІЛ є не належне обслуговування у сфері медицини, так як 47% опитаних вказують на неоднозначне ставлення до них з боку медичного персоналу. Сюди ми також відносимо і зайве гіперспівчуття та зневажливе ставлення з боку оточуючих, що так чи інакше принижує гідність особи з ВІЛ. Ще однією важливою потребою є хороша робота, так як людям з ВІЛ часто буває важко підібрати таку роботу яка б давала змогу вільно проходити реабілітацію без розголошення ВІЛ-статусу. Тому пошук гідної роботи плавно перетворюється на одну із важливих проблем. Опитані не одноразово скаржаться на байдужість оточуючих, а також усі опитані (100%) зазначають, що жити з таким діагнозом дуже важко у нашій країні. Через побоювання розголошення ВІЛ-статусу, особи з ВІЛ намагаються тримати дистанцію з оточуючими, що часто сприймається останніми вороже. Частина опитаних (30%) мають переживання через те, що їх статус ВІЛ-інфікованого може негативно позначитися на дітях та їх майбутньому. Вони часто наголошують на тому, що бояться не дожити до важливих моментів життя власних дітей, і не допомогти їм у складний для них час. 58% опитаних бояться звертатися за психологічною допомогою, так як вважають, що вони самі винні у тому, що трапилося і їх буде важко зрозуміти. Але разом з тим 42% респондентів підтвердили, що потребують допомоги фахівців, оскільки визнають, що з більшістю психологічних проблем їм дуже важко справитися самотужки. Розподіл найвагоміших потреб і проблем ВІЛ-інфікованих представляємо на гістограмі (рис. 2.2.6.).

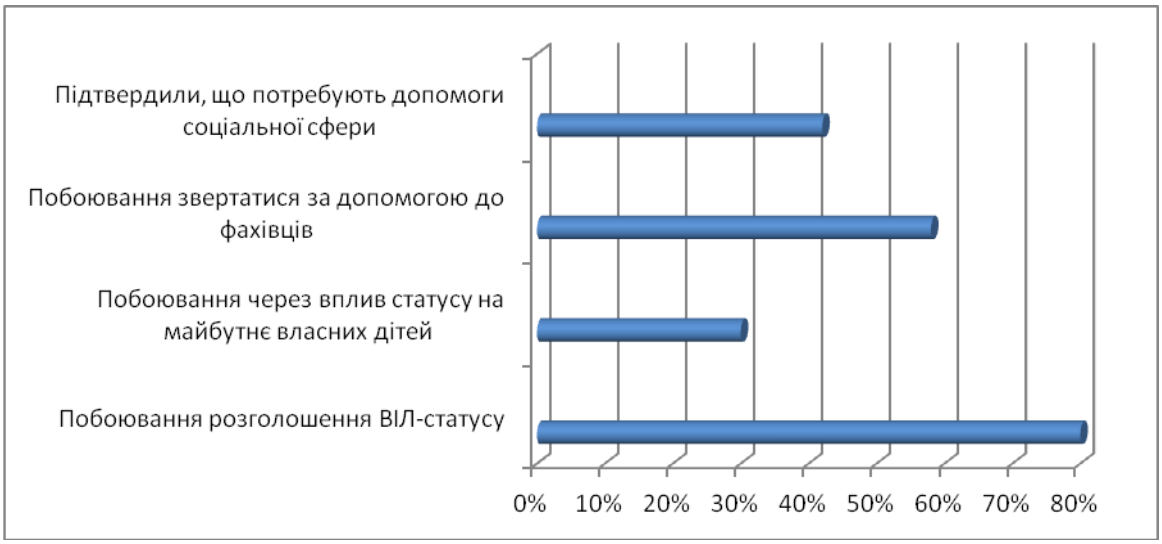

Рис. 2.2.6. Розподіл найбільш вагомих потреб та проблем ВІЛ-інфікованих осіб

Отже, як показали результати моніторингового дослідження рівня соціалізації ВІЛ-інфікованих в умовах стаціонарного лікування, дана категорія потребує в першу чергу соціально-педагогічної підтримки та супроводу сімей у яких виховуються діти. Також ВІЛ-інфіковані мають потребу у спілкуванні та увазі зі сторони працівників соціальної сфери та медичних установ.

Необхідно звернути увагу на порушення психологічної адаптації при ВІЛ-інфекції, як і при будь-якому важкому або невиліковному захворюванні. Але ВІЛ-інфекція відрізняється від інших захворювань негативним відношенням суспільства, яке ізолює ВІЛ-інфікованих осіб.

У ході індивідуальної бесіди з кожним пацієнтом був виявлений зв’язок соціально-психологічної адаптації ВІЛ-інфікованих хворих з рівнем їх матеріального доходу, наявністю родичів і дітей. Так само важливості набуває наявність або відсутність гідної і бажаної роботи, посади. Отже, ми можемо зробити наступні висновки: ВІЛ-інфіковані особи в цілому значно менш адаптовані в суспільстві, ніж особи, які даного захворювання не мають. Вони відчувають проблеми з самоконтролем, схильні звинувачувати оточуючих і самих себе у тому, що з ними сталося, часто відчувають емоційний дискомфорт і тривогу з приводу сімейних відносин і майбутнього своїх дітей, побоювання з

приводу подальшого розвитку кар'єри та отримання хорошої посади. У своїй більшості ВІЛ-інфіковані особи не задоволені своїм життям і не включені в активну соціальну взаємодію. Вони відсторонюються від поточних подій і намагаються уникати прийняття важливих рішень, не будують довгострокових планів, не рідко відчувають розчарування в собі і інших людях, втому від життя тощо. Перш за все, нами було помічено, що у ВІЛ-інфікованої особи змінюється ставлення до себе, відбувається руйнування віри в основні людські цінності, переосмислення минулого і неминуча зміна подальшого життя. Людина починає постійно думати: скільки вона проживе, чи потрібна вона оточуючим, як складеться подальше життя і який сенс його існування. У людей з ВІЛ виникають розлади в емоційній сфері - пригніченість, тривожність, депресія, відчай, страх, думки про смерть, зниження самооцінки. ВІЛ-позитивні занурюються в постійні похмурі роздуми і тим самим самоізолюється. Багато ВІЛ-інфікованих з усією гостротою усвідомлюють своє захворювання і бояться втратити фізичну привабливість, здоров'я і самостійність. Періодично інфікована людина може відчувати злість, задається запитанням: «Чому я? Що я зробив? Чим я гірше інших?» Злість виражається у всьому. Вона може бути спрямована на близьких, на медпрацівників, на владу. Вона може виражатися не тільки через невдоволення і скарги, але також через саме сприйняття людей навколо. У період загострення депресії ВІЛ-інфікований зазвичай починає стверджувати, що все погано, ніхто нічого не знає, ніхто не хоче допомогти, і всі мають намір завдати йому шкоди. У такому стані людині складно розібратися у власних почуттях і бажаннях, так як вона не бачить виходу з ситуації, що склалася. Було помічено, що періодично виникають суїцидальні думки. Дослідження доводить, що подібні емоційні кризи заважають респондентам піклуватися про своє здоров'я.

Таким чином, у результаті дослідження нами було виявлено та проаналізовано найпоширеніші проблеми ВІЛ-інфікованих осіб: ухиляння від контактів із соціумом, проблеми в міжособистісних відносинах, які можуть призвести до розпаду сім'ї, побоювання не мати власних дітей, переживання з

приводу сексуальних відносин, побоювання втратити потенцію (у чоловіків), страх, що статус ВІЛ-позитивного негативно вплине на майбутнє власних дітей, негативне відношення до ВІЛ-позитивних осіб, дискримінація, порушення прав ВІЛ-інфікованих осіб. У результаті вищезазначених проблем ВІЛ-інфіковані вимушені приховувати захворювання від оточуючих. Тому дуже важливо приділяти особливу увагу вирішенню виникаючих у ВІЛ-інфікованих соціально-психологічних проблем, а також надавати їм своєчасну і кваліфіковану соціальну підтримку і допомогу зі сторони спеціалістів, щоб адаптувати ВІЛ-інфікованого до його статусу.

2.3. МЕТОДИ, ФОРМИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Для того, щоб почати роботу з ВІЛ-інфікованими особами в умовах стаціонарного лікування, необхідно з'ясувати, чи є вони користувачами послуг в інших установах та організаціях. Якщо така інформація підтверджується, необхідно обов'язково взяти це до уваги та відповідним чином планувати роботу з нею. На початку планування варто особливо зосередитися на визначенні мети та завдань соціально-психологічної підтримки таких осіб. До планування спільної роботи обов'язково необхідно залучити і самого отримувача послуг. Соціальному працівникові необхідно пересвідчитися, що заходи зручні за часом або місцем, формою проведення обом сторонам.

Також соціальному працівникові необхідно переконатися, що особа з ВІЛ інформована щодо власних обов'язків, які вказують, що ВІЛ-інфіковані люди, зобов'язані:

1) вживати заходів для запобігання поширенню ВІЛ-інфекції, запропонованих органами охорони здоров'я;

2) повідомляти осіб, які були їхніми партнерами до виявлення факту інфікування, про можливість їх зараження;

3) відмовитися від донорства крові, її компонентів, інших біологічних рідин, клітин, органів і тканин для їх використання у медичній практиці.

У разі незнання даних обов'язків, соціальний працівник має особисто повідомити про них клієнту.

Етапи соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування:

І – й етап. Вивчення наявної інформації про клієнта і його сім'ю і збір додаткової інформації. Основне на цьому етапі – отримання найбільш повної інформації про клієнта від організації, яка поставила діагноз і направила клієнта. Частина цієї інформації – це результати аналізів і первинного огляду, а друга частина – анамнез зі слів хворого чи супроводжуючої його особи.

ІІ – й етап. Налагодження контакту. (Важливий момент – перша зустріч працівника із клієнтом, так як від неї залежить наступна взаємодія. Соціальний працівник повинен визначити основну тему бесіди, коло проблем, у вирішенні яких він може допомогти. ВІЛ-позитивний, який прийшов на першу зустріч, знаходиться в тривожному емоційному стані. Необхідно виявити максимальну увагу, тактовність, дружелюбність до клієнта, послабити напругу, допомогти йому відчути себе в безпеці, підвести до прийняття рішення про співпрацю. ВІЛ-позитивному пропонується співпраця для вирішення виявлених проблем, гарантується конфіденційність і підписується двосторонній договір між клієнтом і закладом, що повинен зробити спеціаліст по соціальній роботі. Значення договору – установлення правил, виокремлення кола взаємних обов'язків і прав, визначених ділових відносин для досягнення спільної мети. Отримання згоди на співпрацю свідчить про завершення другого етапу.

ІІІ – й етап. Визначення завдань в рамках соціального супроводу і складання індивідуального плану соціально-педагогічної реабілітації. Захід плану індивідуальної соціально-психологічної реабілітації визначається виходячи з проблем ВІЛ-інфікованих клієнтів і можуть включати в себе:

сприяння у відновленні паспорту, оформленні тимчасової реєстрації; пошук можливостей для отримання тимчасового чи постійного житла; сприяння у визначенні групи інвалідності і оформленні пенсії; сприяння в працевлаштуванні; допомога в проведенні дозвілля, отриманні професійних навичок; співпраця з усіма організаціями, які допомагають даному клієнту повноцінно приймати участь в житті суспільства; медичну, соціальну і психологічну реабілітацію; лікування супутніх захворювань; захист прав та інтересів клієнта, розвиток навичок із захисту власних інтересів і прав; протистояння дискримінації та стигматизації; сприяння у відновленні порушених міжособистістних та внутрісімейних відносин. Результатом третього етапу роботи є індивідуальний план соціально-психологічної реабілітації, підписаний ВІЛ-інфікованим та спеціалістом із соціальної роботи.

IV – й етап. Реабілітація клієнтів і його сім'ї. На даному етапі соціальний працівник виступає в ролі координатора, який є посередником між клієнтом і закладом і здійснює соціальне партнерство.

V – й етап. Патронат ВІЛ-позитивного і його сім'ї (при наявності згоди.). На цьому етапі проводяться заходи з попередження вторинних станів соціально-психологічної дезадаптації, обумовлених несприятливим впливом мікросоціуму. Результатом роботи на даному етапі є зниження потреби ВІЛ-позитивного і його сім'ї в соціально-психологічній допомозі чи відмова від такої допомоги із причин її непотрібності.

Форми і методи соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими особами (пацієнтами) визначені загальними фаховими підходами до організації роботи на різних рівнях надавання допомоги людям з ВІЛ, а також стандартами надання допомоги цій категорії людей та їхніми потребами на різних стадіях захворювання на ВІЛ. Слід зазначити, що вони (форми і методи соціальної роботи з особами, які мають ВІЛ) дещо варіюються у залежності від того, на якій саме стадії захворювання знаходиться особа. До методів соціально-психологічної реабілітації ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД, відносимо:

до тестове і після тестове консультування осіб з ВІЛ/СНІД; групи самодопомоги для осіб з ВІЛ; робота з родичами та близькими ВІЛ-позитивних людей; представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом; медіа-представництво.

Мета дотестового і після тестового консультування осіб з ВІЛ – оцінювання ризику, зменшення ризику, просвітницька робота з питань ВІЛу та пояснення і роз'яснення підсумків тесту. Найбільше потребують консультування особи, які вперше дізналися про власний діагноз ВІЛ-інфекції. Слід зазначити, що перед тестове консультування – обов'язкове для всіх громадян, яким роблять тести. Таке консультування допомагає оцінити загальний стан здоров'я, присутність ризикованої поведінки, пояснюють значення тесту, готують до результатів тестування. Також тестування дає змогу виокремити три групи осіб, яким необхідне після тестове консультування, а саме: особи, які виявилися ВІЛ-позитивними і потребують підтримки; ВІЛ-негативні люди з високим ризиком зараження; ВІЛ-негативні особи з категорії низького ризику. Слід наголосити на тому, що після тестове консультування при виявленні ВІЛ-позитивного результату є кризовим консультуванням і повинне бути конфіденційним і здійснюватися сам на сам з пацієнтом і не передбачає сповіщення інформації, що стосується ВІЛ, а особливо результатів тестування по телефону.

Створення груп самодопомоги може відбуватися різними шляхами, найчастіше це можуть бути ініціатори або ж самі ВІЛ-інфіковані та хворі на СНІД особи чи спеціалісти, які надають їм послуги. У групах взаємодопомоги ВІЛ-інфіковані особи та хворі на СНІД можуть ділитися своїми переживаннями та накопиченим досвідом, що дає відчуття взаємної підтримки. Такі групи можуть мати як оплачуваних фахівців, так і діяти на добровільній основі. За потреби в роботі групи можуть взяти участь лікарі, юристи, психологи та інші спеціалісти.

Робота з родичами та близькими ВІЛ-позитивних осіб надається у вигляді послуг з соціально-психологічної підтримки, подібно як і для самих пацієнтів з

ВІЛ, це може бути: консультування (інформаційне, психологічне тощо), групи самодопомоги, захист прав та інтересів.

Представництво інтересів – процес, який спрямовується на переформатування політики, законів і практик, які використовуються впливовими людьми, групами або закладами. У нашій країні нерідко йде мова про порушення прав ВІЛ-інфікованих осіб, але вони рідко звертаються за правовою допомогою, адже вони бояться розголошення ВІЛ-статусу, осуду з приводу цього, що пов'язане з проблемою дискримінації та стигматизації ЛЖВ.

Заходи плану в межах ведення випадку зазвичай орієнтовані на індивідуальну роботу з отримувачем, яка передбачає формування прихильності до лікування, подолання само стигматизації, покращення якості життя з ВІЛ-інфекцією, підвищення відповідальності за власне здоров'я. Тож розглянемо найбільш актуальні напрями соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами, які є, на нашу думку, найбільш оптимальними, і які необхідно внести їх у план роботи соціального працівника з ВІЛ-інфікованим. До них ми відносимо: формування прихильності до АРТ та лікування в умовах стаціонарного лікування; психосоціальна підтримка і догляд хворого на ВІЛ; створення кабінету соціального працівника, де отримуватимуть всю необхідну допомогу ВІЛ-інфіковані; організація груп самодопомоги; індивідуальне представництво інтересів.

Формування прихильності до лікування та АРТ у ВІЛ-інфікованих осіб полягає у реалізації соціальним працівником наступних завдань:надання загальної інформації з питань ВІЛу; інформаційних матеріалів;консультування стосовно особливостей вживання та зберігання препаратів, негативних наслідків недотримання режиму прийняття препаратів, негативних наслідків недотримання режиму прийняття, побічних ефектів, підготовки індивідуального плану прихильності;мотивування щодо важливості турботи про власне здоров'я та здоров'я своїх дітей (якщо є) важливості проходження діагностики та лікування супутніх хвороб; забезпечення підтримки

найближчого оточення;розвиток навичок представництва власних інтересів;проведення оцінки прихильності до АРТ (раз на півроку).

Для того, щоб здійснити формування прихильності можна використовувати один із інструментів – телефонні нагадування. Такі нагадування можуть бути спрямованими на: нагадування щодо проходження планової діагностики й отримання спеціальних препаратів; підтримку мотивації та прихильності до медичних послуг; оцінку ризиків переривання АРТ і диспансерного спостереження (у випадку виявлення факторів, які можуть призвести до переривання АРТ чи невчасного обстеження, дану особу необхідно запросити на індивідуальну консультацію для з'ясування причин та коригування попереднього плану та складання нового плану спільних з особою дій для їх усунення).

Індивідуальне представництво інтересів здійснюється з метою забезпечення доступу ВІЛ-інфікованим особам до якісних послуг і ресурсів, на які вони мають право, проте не спроможні отримати самостійно. Такий доступ надається ВІЛ-позитивним особам, які стикнулись з проблемами, пов'язаними з дискримінацією, порушенням прав, втратою документів, необхідністю сприяння щодо оформлення виплат, забезпечення доступу до медичної допомоги.

Завдання соціального працівника в умовах стаціонарного закладу лікування ВІЛ-інфікованих:

- забезпечити доступ до якісних медичних послуг, у тому числі в умовах стаціонару, з акцентом на неперервності лікування, безкоштовній діагностиці;
- сприяти в отриманні виплат, що стосуються пільг;
- сприяння в оформленні чи відновленні документів;

- сприяння у доступі до ресурсів і послуг в громаді, встановленні зв’язків з іншими фахівцями, службами, організаціями, підприємствами, органами, закладами, установами;

- допомога у відновленні родинних та соціальних зв’язків;

- оскарження дій чи бездіяльності посадових осіб, державних органів, прийнятих ними рішень та ін..

Організація груп самодопомоги дає змогу за бажанням та потребою отримувачам послуг брати участь у групах самодопомоги. Подібні групи сприяють подоланню само стигматизації їх учасників, прийняттю статусу, отриманню допомоги з боку інших ВІЛ-позитивних осіб, забезпеченню й підтримці прихильності до терапії, формуванню мотивації й навичок відповідального батьківства, підготовці до повідомлення ВІЛ-статусу своїм близьким. Завданнями соціального працівника в організації таких груп є: визначення ресурсів територіальної громади щодо наявності таких груп, до яких можна б було скерувати отримувача послуг; визначення можливостей виділення спеціального приміщення для реалізації груп самодопомоги та пошук людей, які б могли відвідувати таку групу.

Психосоціальна підтримка і догляд хворого на ВІЛ/СНІД здійснюється з метою забезпечення соціально-психологічної адаптації і розкривається, перш за все, через нижчевикладені характеристики:

• емоційна стабільність;

• особистісна комфортність;

• стан задоволеності;

• відсутність депресії;

• ухвалення норм і цінностей соціального середовища;

• адекватна система спілкування і соціальних зв’язків;

• самоактуалізація.

Створення кабінету соціального працівника, де отримуватимуть всю необхідну допомогу ВІЛ-інфіковані

Кабінет фахівців з соціальної сфери з робочим місцем соціального працівника має надавати можливості проведення діагностики і включає технічне забезпечення. Кабінет соціального працівника - це «спеціально обладнаний навчальний кабінет», пристосований до потреб осіб з ВІЛ, оснащений меблями, доступний для відвідування осіб з ВІЛ навіть на крісло-візочках. Він повинен мати великий екран, навчальну інтерактивну дошку, комп'ютер з виходом в інтернет. Кабінет призначений як для проведення індивідуальних соціально-реабілітаційних заходів, так і для групового адаптаційного навчання (тренінги, лекції, практичні заняття, семінари, презентації та ін.), розрахований на роботу з сім'ями ВІЛ-інфікованих протягом певного циклу (7 - 12 днів). У кабінеті соціального працівника для роботи з ВІЛ-інфікованими мають бути: підручники (електронні і паперові), навчальні матеріалами (інформаційні, дидактичні, криптограмами). Також може бути виділений і обладнаний, по необхідності, спеціалізований осередок для осіб з ВІЛ з вадами слуху і зору.

У результаті проведення аналізу потреб та проблем ВІЛ-інфікованих осіб, соціальний працівник має обрати оптимальні форми роботи, спектр яких є достатньо широким: бесіди, інформаційні заняття, індивідуальні консультації, телефонні консультації, групові чи сімейні консультації, тренінгові заняття тощо (табл. 2.3.1.).

Табл. 2.3.1

Форми соціально-психологічної підтримки ВІЛ-інфікованих осіб в умовах стаціонарного закладу лікування

Форми роботи з особами, яких	Коротка змістова характеристика

торкнулась проблема ВІЛу	
Бесіди	Проблема ВІЛ-захворювання та життя з ВІЛ;способи та методи догляду за ЛЖВ; особливості розкриття ВІЛ-статусу; як побороти самостигматизацію.
Інформаційні заняття	
Індивідуальні консультації	Прийняття ВІЛ-статусу, адаптація до життя з ВІЛ; повідомлення ВІЛ-статусу членам родини/статевим партнерам; збереження якості життя, здоров'я та працездатності; конструктивне подолання проблем тощо**.**
Телефонні консультації (нагадування)	Нагадування про проходження планової діагностики й отримання відповідних препаратів; підтримка мотивації та прихильності до лікування; оцінка ризиків переривання лікування і диспансерного спостереження .
Групові чи сімейні консультації	Вирішення конкретної проблеми, вироблення плану спільних дій та взаємопідтримки; репродуктивне здоров'я та планування сім'ї.
Соціально-психологічні тренінги	Формування мотивації та прихильності до отримання медичних послуг; попередження та подолання само стигматизації; захист свої прав; прийняття відповідальних рішень; запобігання і подолання насильства у сім'ї; усунення конфліктів; особистісний розвиток.

Досвід діяльності лікувальних закладів з ВІЛ-інфікованими дозволив виділити критерії стабілізації життєвої ситуації і поліпшення становища ВІЛ-інфікованих осіб в умовах стаціонарного лікування, а саме:

• прийняття діагнозу ВІЛ-захворювання і пов’язаних з ним життєвих перспектив;

• поставлення на облік у СНІД-центрі, систематичні проходження обстеження та лікування;

• усунення ризику відмови від дитини (стосується сімей із ризиком вилучення дитини через неспроможність виконувати свої батьківські обов’язки);

• наявність усіх необхідних документів;

• фінансовий дохід, працевлаштування;

• місце проживання (постійне);

• визначення планів на майбутнє, усвідомлення бажань та мети, цілей;

• наявність внутрішньо сімейної і зовнішньої підтримки;

• стабільність психоемоційного стану;

• тривале і успішне проходження терапії;

• регулярність відвідування медичної установи, проходження діагностик у першу чергу (здача аналізів).

На підставі проведеного дослідження ми розробили рекомендації соціальним працівникам по роботі з ВІЛ-інфікованими особами в умовах стаціонарного лікування :

• Соціальним працівникам, які працюють із особами з ВІЛ, необхідно знати про психологічні аспекти сприйняття власного статусу, для того щоб ефективно задовольняти потреби клієнта. Особи, які мають захворювання на ВІЛ, сприймають хворобу як одну з найбільш травматичних подій у своєму житті. Як наслідок, такі переживання позначаються на психічному та фізичному здоров’ї та стані хворого. Насамперед, виникають негативні емоції: тривога,

страх, гнів, почуття провини, які по-різному виникають та виявляються на різних стадіях перебігу хвороби та її лікування. Людина не завжди може долати такі переживання і потребує допомоги.

• У процесі соціального супроводу до роботи із особою з ВІЛ необхідно долучати психолога щоб разом з ним здійснювати соціально-психологічну підтримку. Його діяльність має спрямовуватися на розкриття ВІЛ-статусу людині, допомогу людині усвідомити свою хворобу, подолати кризовий стан, для того щоб рухатися далі і лікуватися.

• Соціальний працівник повинен допомогти усвідомити особі з ВІЛ, що вона така ж як й інші та не втрачає своїх прав як людина і громадянин, у зв'язку зі встановленим діагнозом у особи можуть виникнути відчуття відчуженості, меншовартості, бажання відгородитися від соціуму.

• Пам'ятати про важливість надання медичної допомоги особі з ВІЛ. Емоційні страждання часто збільшують фізичний біль, тому доцільно встановити атмосферу довіри між особою з ВІЛ та лікарями, медичним персоналом. У цьому соціальному працівникові може допомогти психолог.

• Соціальний працівник має тісно взаємодіяти з медичним персоналом і постійно здійснювати такі заходи:

контроль за своєчасним відвідуванням особи з ВІЛ медичного закладу, на обліку якого вона перебуває; контроль за своєчасним отриманням та вживанням препаратів; формування прихильності до лікування.

У ході аналізу проблем ВІЛ-інфікованих осіб в умовах стаціонарного лікування, нами було виявлено деякі труднощі у спілкуванні ВІЛ-позитивних пацієнтів з медперсоналом. Тому, на нашу думку, соціальний працівник має спонукати медичних працівників дотримуватися професійних обов'язків у роботі з ВІЛ-інфікованими, зокрема, основ законодавства про охорону здоров'я [30с. 78]:

• безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу;

• дотримуватися вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;

• постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;

• надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я;

• поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, у тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя.

Найбільше уваги слід звертати увагу на зберігання лікарської таємниці, адже ВІЛ-інфіковані є однією з вразливих категорій і розголошення подібної інформації з боку лікаря може негативно вплинути на хворого. До цієї інформації належить: факт звернення за медичною допомогою; стан здоров'я фізичної особи; перенесені хвороби, наявність спадкових захворювань; діагноз; відомості, одержані при медичному обстеженні, результати аналізів; відомості про результати тестування особи з метою виявлення ВІЛ, про наявність або відсутність у особи ВІЛ-інфекції; інтимну та сімейну сторони життя; призначене лікування, його ефективність; прогноз захворювання; наявність ризику для життя і здоров'я тощо(Додаток Г.).

Таким чином, важливим є: налагодження співпраці та визначення алгоритму дій між організаціями – надавачами медичних та соціальних послуг, розроблення механізму перенаправлення отримувачів послуг до організацій на основі їх вмотивованої згоди (над сформованістю якої варто працювати всій команді фахівців – як медичному персоналу, так і соціальним працівникам. Про ефективність такої взаємодії свідчитиме рішення особи про поставлення на облік, проходження обстежень та початок лікування.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

На основі аналізу змістовно-організаційних основ соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікувального закладу нами було виділено заклади, які спеціалізуються у наданні медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим, зокрема: державні установи та заклади:Центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка дружня до молоді» (перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України); Центри для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді (створюються ОДА і органами місцевого самоврядування; організаційно-методичне забезпечення здійснюється Міністерством соціальної політики України);Центри профілактики та боротьби зі СНІдом та кабінети «Довіра» (підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України); нарко- та протитуберкульозні диспансери (перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України); Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (підпорядковуються Міністерству соціальної політики України), а також громадські організації/ проекти, що надають послуги ЛЖВ:Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ» та її регіональні представництва по всій території України; Національна лінія телефону довіри з проблем ВІЛ/СНІДу та інші.

Фахівець соціальної сфери у роботі з особами з ВІЛ повинен мати кваліфіковану професійну підготовку за напрямом соціальної роботи, щоб проводити соціальні, оздоровчі, педагогічні, профілактичні та інші заходи; сприяти вдосконаленню функціонального призначення тих служб, у яких він працює; виконувати свої завдання, максимально спираючись на позитивний досвід роботи у вітчизняних та зарубіжних соціальних службах; спільно з іншими фахівцями медичного закладу брати участь у формуванні реабілітаційного маршруту пацієнта, здійснювати соціально-психологічну допомогу; здійснювати консультування та інформування осіб з ВІЛ і членів його сім'ї з питань лікування, соціально-побутової адаптації, пристосування середовища життєдіяльності з урахуванням потреб осіб з ВІЛ, інтеграції ВІЛ-інфікованого в громадянське суспільство; виявляти здібності ВІЛ-інфікованого

до самостійного задоволення основних потреб, виконання повсякденної побутової діяльності тощо; здійснювати формування у ВІЛ-інфікованих тих умінь і навичок, які необхідні їм для досягнення поставлених в процесі соціального розвитку цілей; спільно з іншими фахівцями слідкувати за тим як хворий на ВІЛ приймає ліки та вчасно відвідує медичний заклад, а також забезпечувати систематичний контроль над виконанням вищезазначених заходів.

Проведене емпіричне дослідження з ВІЛ-інфікованими особами, які перебувають на стаціонарному лікуванні (за допомогою методик: «Тест-опитувальник особистісної адаптованості (А. В. Фурмана)», «Моніторинг соціалізації особистості (за І. Рожковим)», психологічно-прогностичне завдання «Мої плани на майбутнє» (за К. Абрамовою), інтерв'ю на визначення потреб та проблем у ВІЛ-інфікованих осіб) засвідчило, що ВІЛ-інфікованих осіб із середнім ступенем соціальної адаптованості - 45%, низьким ступенем автономності - 30%, високим ступенем соціальної активності - 35% і моральності - 65%. Більшість опитаних - це чоловіки (13 осіб), які вже мають (30%) або мріють про власну сім'ю та придбання будинку(70%). Жінки у переважній більшості (73%) мріють про народження дитини. Якщо чоловіків (93%) турбують питання потенції та скорочення кількості партнерів у сексі, то жінки висловлюють побоювання щодо можливості народження здорової дитини. Час від часу у осіб з ВІЛ зникає бажання лікуватися, складати плани на майбутнє, зникає мета у житті (82% опитаних). Одні з них зазначають, що це через незадовільне самопочуття та поганий настрій (47%), інші вказують на негативний вплив оточуючих (53%). 47% респондентів турбує той факт, що повідомляють про неетичне ставлення до них з боку медичного персоналу. Одностайно є думка респондентів, що жити з діагнозом ВІЛ у нашій країні дуже важко (100%). Через побоювання розголошення статусу, особи з ВІЛ тримають дистанцію з оточуючими. Зокрема, 30% опитаних дуже важко переживають через те, що їх статус може негативно позначитися на їх дітях.

Хоча 58% опитаних бояться звертатися за психологічною допомогою, 42% опитаних повідомили, що потребують допомоги фахівців.

Таким чином, на основі проведеного дослідження нами було виділено та проаналізовано найбільш поширені проблеми та труднощі, які виникають у ВІЛ-інфікованої особи з появою у неї ВІЛ-інфекції, а саме:погане самопочуття, затяжні депресії, негативний вплив оточуючих, які дізналися про статус хворого на ВІЛ, побоювання розголошення статусу та вплив цього факту на рідних і близьких, побоювання не мати власних дітей (більше у жінок), побоювання втратити потенцію (у чоловіків), постійне намагання тримати дистанцію з оточуючими. Звідси слідує, що ВІЛ-інфіковані особи потребують підвищеної уваги, особливо, коли знаходяться а стаціонарному лікуванні, так як це найкращий час щоб допомогти ВІЛ-інфікованому є з'ясування його проблеми та труднощі і активно посприяти їх вирішенню шляхом налагодження співпраці та визначення алгоритму дій між організаціями – надавачами медичних та соціальних послуг, а також розробити дієвий механізм допомоги хворим на ВІЛ шляхом отримання від хворого вмотивованої згоди на поставлення на облік та проходження обстежень і початок чи продовження лікування, навичок для життєдіяльності у новій життєвій ситуації.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Вивчаючи питання соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими в умовах стаціонарного лікування у науковій літературі та провівши власне емпіричне дослідження ми прийшли до ряду висновків:

1. Проблема ВІЛу є надзвичайно актуальною для України. Підставою для цього є щорічне зростання кількості офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. За оцінками експертів UNAIDS, в Україні з ВІЛ-інфекцією живе до 240 тисяч осіб. З 2018 року на обліку в Україні перебуває 143 766 ВІЛ-позитивних пацієнтів. ВІЛ вражає переважно молодь — репродуктивний, працездатний, обороноспроможний потенціал суспільства. Як результат - рання смерть молодих людей, осиротілі діти та сім'ї, залишені без догляду старі батьки, діти, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів і часто залишені ними. Це доводить, що ВІЛ вже давно вийшов за межі медичної проблеми. Причина його поширення лежить у площині соціальній — зміна поведінки, а її наслідки — це вже проблема розвитку суспільства, його національної безпеки та стабільності.

Міжнародний та вітчизняний досвід свідчить про те, що шляхом розв'язання цієї проблеми є впровадження профілактичних програм, спрямованих на зміну ризикованої поведінки молоді, осіб з уразливих груп (разом з проведенням медичного лікування);

2. Проаналізувавши сучасний стан та шляхи розв'язання проблем ВІЛ-інфікованих в Україні ми зазначаємо, що на основі потреб, які виникають у осіб з ВІЛ (відстеження прихильності до лікування, захист від усіх форм дискримінації, психосоціальна підтримка, допомога в отриманні всіх гарантованих соціальних виплат, інформування з приводу подолання внутрішньої стигми, пов'язаної з ВІЛ тощо), уразливість осіб, яких торкнулася дана проблема, обумовлена: психологічними проблемами (внутрішньо особистісними та міжособистісними конфліктними ситуаціями, стресами, депресіями, підвищеним рівнем тривожності тощо); неготовністю до змін способу життя через хворобу та відсутністю прихильності до лікування (дуже

важливим є вживання препаратів та недопускання пропусків їх прийому); високим рівнем стигми (ярлики, через які людину хвору на ВІЛ розглядають як непрацездатну, небезпечну для оточення тощо) та дискримінації (порушення прав, які виникають через стигму). Стигму найчастіше породжують страх перед захворюванням, міфи та необізнаність щодо шляхів зараження, а також низький рівень толерантності у суспільстві тощо. Важливими чинниками вразливості є самостигматизація (найчастіше утворюється на основі стигми та дискримінації, - особа з ВІЛ «навішує» на себе роль жертви, безпорадності, нікчемності, дуже соромиться свого діагнозу внаслідок чого може займати позицію захисту та зневіри) та інші складні життєві обставини (нарко- чи алкозалежність, перенесення насильства, конфлікти із законом, бідність, відсутність постійного місця проживання, неможливість працевлаштуватися тощо);

3. Наукові розвідки проблеми ВІЛ-інфікованих осіб (Б. Ворник, Т. Воронцова, Т. Журавель, І. Звєрєва, Н. Зимівець, Б. Лазоренко, В. Лютий, Т. Лях, О. Нікітіна, В. Петрович, О. Пилипенко, В. Пономаренко, О. Пурік, В. Т.Семигіна, Т. Цюман та ін.) заклали основи соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими. Дослідивши сутність соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими, ми дійшли висновку, що соціальна робота з цією категорією клієнтів в умовах стаціонарного лікування досить обмежена, тому потребує розгортання. Вона має бути спрямована саме на профілактику та подолання зазначених аспектів вразливості та враховувати такі критерії: наявність в отримувача послуг знань про ВІЛ і дотичні сфери; сформованість навичок прихильності до лікування; рівень мотивації; можливі обмеження; наявність ресурсів для формування прихильності тощо.

Основною метою соціальної роботи з особами, які мають ВІЛ є надання такої психосоціальної допомоги, яка максимально допоможе адаптуватися до свого ВІЛ-статусу з урахуванням сукупності потреб та проблем, що супроводжують різні періоди ВІЛ-інфекції. Засобами досягнення бажаного результату у роботі з ВІЛ-інфікованими пацієнтами виступатиме вивільнення

й оптимізація адаптаційного потенціалу особи, яка живе з ВІЛ/СНІДом та її близьких.

Ми виділяємо основні напрями психосоціальної роботи з ВІЛ-інфікованими особами в умовах стаціонарного лікування: інформування, профілактика, реабілітація, корекція, розвиток, посередництво.

Надання психосоціальної допомоги, забезпечення реабілітації, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та людей хворих на СНІД спрямовується на вирішення таких проблем: соціальна адаптація ВІЛ-інфікованих дітей і дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями; догляд та соціальна підтримка ВІЛ-інфікованих і членів їх сімей.

Організацію соціальної підтримки можна представити за таким переліком: система спільних дій із соціальними службами на підтримку діяльності груп взаємодопомоги людей, які живуть із ВІЛ/ СНІДом; комплексна програма соціальних служб через забезпечення співпраці із громадськими організаціями; адресна допомога ; консультативна допомога через формат консультативних пунктів адресного контактування; проектна діяльність за реальних програм і проектів, що дає можливість людям та сім'ям з дітьми, яких торкнулася проблема ВІЛ/СНІДу зберегти і підвищити свій соціальний статус ; освітня діяльність громадських організацій; забезпечення супервізії мультидисциплінарної команди фахівців, які надаватимуть кваліфіковані послуги особам, які живуть із ВІЛ та членам їх родин.

Проаналізувавши діяльність стаціонарного лікувального закладу як осередку соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими, маємо зазначити, що медичній установі необхідно звернути увагу на те, що соціальна допомога ВІЛ-інфікованим має бути обов'язковою, адже ВІЛ-інфіковані особи мають усі права та свободи, передбачені Конституцією України, іншими нормативно-правовими актами, і мають право користуватися ними на загальних підставах. Згідно діючого законодавства України, ВІЛ-інфікованим особам гарантуються: право ЛЖВ та будь-якої іншої особи, що вирішила пройти обстеження на

ВІЛ/СНІД, на анонімність, конфіденційність та лікарську таємницю; відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням їх прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунодефіциту людини; безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку. Нині соціальна робота з ВІЛ-інфікованими передбачає організацію спеціалізованої медичної допомоги та догляду за хворими, що знаходяться на різних стадіях розвитку ВІЛ-інфекції, надання їм соціальної підтримки та психологічної допомоги. Соціально-психологічна незахищеність хворих на ВІЛ несприятливо впливає на прогноз захворювання та погіршує життя ВІЛ-інфікованих, тому соціальна робота передбачає взаємодію та координацію зусиль фахівців різних професій - лікарів, психологів, соціальних працівників. Соціальна робота в області ВІЛ-інфекції використовує технологію соціального супроводу на всіх етапах роботи з хворими та членами їх сімей;

4. Важливою умовою ефективної соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим виступає професійна підготовка спеціалістів для соціальної роботи з людьми та сім'ями, яких торкнулася проблема ВІЛ в умовах стаціонарного лікування. Адже для того щоб соціальний працівник міг виконувати всю багатогранність функцій на різних рівнях реалізації соціальної політики і практики соціальної роботи з ВІЛ-позитивними, вони мають відповідати таким вимогам: освітній рівень; професійний рівень ; координаційні здібності; особистісний потенціал. Освітній рівень соціального працівника вимагає знань у галузі психології, соціології, медицини, педагогіки, права, економіки й управління, знань теорії, методики і технології соціальної роботи. Його професійний рівень має містити знання, вміння і навички, які є необхідними у роботі зі спеціальними групами клієнтів (знання характерних ознак ВІЛ-інфікування, розумітися на чинниках розмежування спеціальних груп клієнтів, бути ознайомленими з основними засадами документаційного забезпечення соціальної роботи, обізнаність у нормативно-правовій базі щодо захисту прав клієнтів, володіти методами і

технологіями соціальної роботи з хворими на ВІЛ/СНІД, уміти дослідити проблеми клієнтів; уміти розробляти програми, спрямовані на задоволення потреб осіб з ВІЛ; уміння проводити консультаційну роботу; знати як здійснювати соціально-лікувальні заходи. Соціальний працівник має виконувати такі функції щодо соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими : профілактична, аналітико-діагностична, прогностична, правозахисна, соціально-педагогічна, соціально-медична, соціально-економічна;

5. Проаналізувавши практичний досвід соціальної роботи з ВІЛ-інфікованими, зазначаємо, що у роботі з даною категорією клієнтів доцільно використовувати такі методи: до тестове і після тестове консультування осіб з ВІЛ/СНІД; групи самодопомоги для осіб з ВІЛ; робота з родичами та близькими ВІЛ-позитивних людей; представництво інтересів людей з ВІЛ/СНІДом; медіа-представництво. У результаті проведення аналізу потреб та проблем ВІЛ-інфікованих осіб, соціальний працівник має обрати оптимальні форми роботи, спектр яких є достатньо широким: бесіди, інформаційні заняття, індивідуальні консультації, телефонні консультації, відвідування вдома, групові чи сімейні консультації та наради, соціально-психологічні тренінги тощо. Доцільним також є використання технології соціального супроводу та соціального обслуговування.

6. Проведене нами емпіричне дослідження ВІЛ-інфікованих, що знаходились на лікуванні, за допомогою «Теста-опитувальника особистісної адаптованості (А. В. Фурмана)», методики «Моніторинг соціалізації особистості (за І. Рожковим)», психологічно-прогностичного завдання «Мої плани на майбутнє» (за К. Абрамовою), інтерв'ю на визначення потреб та проблем у ВІЛ-інфікованих осіб, дозволило з'ясувати особливості життєвої ситуації клієнтів : рівень особистісної адаптованості, ступінь соціалізації, проблеми та потреби, життєві стратегії. Так, результати дослідження висвітлили найбільш поширені труднощі і проблеми, які виникають у ВІЛ-позитивних людей: небажання контактувати із соціальним середовищем, труднощі в особистих відносинах, що часто призводять до того що сім'я

розпадається, страх не стати батьками, побоювання втратити сексуальні відносини, не мати потенції (чоловіки), переживання через те, що «статус ВІЛ» вплине неналежним чином на життя дітей, несправедливе відношення до ВІЛ-інфікованих людей, стигматизація, порушення прав ВІЛ-позитивних. У наслідок зазначених труднощів у ВІЛ-позитивного виникає ряд соціально-психологічних проблем на сімейному та суспільному рівні, а найважче є те, що ВІЛ-інфіковані особи мають приховувати свій статус від більшості людей. Тому необхідно приділяти особливу увагу вирішенню виникаючих соціальних проблем, а також надавати соціальну підтримку і допомогу зі сторони спеціалістів — соціальних працівників, щоб адаптувати ВІЛ-інфікованого до його статусу;

7. На основі вищезазначених результатів дослідження ми пропонуємо такі рекомендації соціальним працівникам по роботі з ВІЛ-інфікованими особами в умовах стаціонарного лікування: за допомогою діагностичних методик у сфері своєї професійної компетентності проводити вивчення особливостей життєвої ситуації пацієнтів, враховувати їх у наданні соціальних послуг; соціальним працівникам, які працюють із особами з ВІЛ, необхідно знати про психологічні аспекти сприйняття ними власного статусу, для того щоб ефективно задовольняти потреби клієнта; у процесі ведення випадку до роботи із особою з ВІЛ необхідно долучати психолога, здійснюючи роботу на засадах партнерської взаємодії, співпрацювати з медичним персоналом; соціальний працівник повинен допомогти усвідомити особі з ВІЛ, що вона така ж як й інші, має всі права та створювати умови для їх реалізації; важливість надання соціальної підтримки особі з ВІЛ, спираючись на її ресурси та найближчого оточення (сім'ї); дотримуватися етичних вимог на всіх етапах роботи, пам'ятаючи про вразливість даної категорії клієнтів.

Перспективи подальших досліджень у сфері соціальної роботи з людьми, які живуть з ВІЛ, в умовах стаціонарного лікування вбачаємо у розробці диференційованого підходу до різних груп ВІЛ-інфікованих та технології соціальної роботи з ними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрушків О., Косенко О., Правдива О. та ін Методичні вимоги до надання соціальних послуг для ВІЛ-позитивних осіб в рамках консолідованої програми з ВІЛ і туберкульозу на 2015–2017рр., за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.К. : ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2014. 14 с.
2. Артюх О. Р., Балакірєва О. М., Бочкова Л. В. та ін. Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління : Аналітичний звіт за результатами дослідження. К. : Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 59 с.
3. Балакірєва О. М., Галустян Ю.М., Дікова-Фаворська Д.М., Дмитрук Д. А. та ін.. Моніторинг поведінки молоді як компонент епіднагляду другого покоління К.: МБФ «Міжнародний Альянс ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка,соціальний супровід, правовий захист. К. : ТОВ «К. І. С.», 2010. 176 с.
4. Балакірєва О. М., Гусак Л. М., Довбах Г. В. та ін.. Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні : Аналітичний звіт за результатами дослідження. К. : Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2006. 28 с
5. Бега А. Громадський нагляд за державною політикою з ВІЛ/ СНІД в Україні. Цикл звітів про політику у сфері ВІЛ/СНІДту В'єтнамі, Нікарагуа, Сенегалі, Сполучених Штатах Америки й Україні. Київ. 2007. 63 с.
6. Беленская Л. Н. Дети, рождённые от ВИЧ-инфицированных матерей как медико-социальная проблема. «Здорова мати – здорова дитина» : матеріали науково-практичної конференції. Донецьк, 2002. С. 98–104
7. Богдан Д., Семигіна Т., Банас О. та ін.. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ/СНІДом : метод. посіб. для проведення курсів підвищ. кваліфікації. К. : Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2006. 620 с.
8. Бойко А. М. Соціальна робота з клієнтами, інфікованими ВІЛ та хворими на СНІД : метод. рекомендації з навчального курсу для магістеріуму. Ужгород: УжДУ, 2000. 64 с.
9. Бойко І., Савельєв Ю. Лікування ВІЛ-позитивних осіб антиретровірусною терапією в умовах тимчасового затримання. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2008. № 1. С. 5–15.
10. Бутузова Л. П. Врахування психологічних особливостей особистісних ставлень підлітків до небезпеки ураження ВІЛ при проведенні превентивної роботи. *Вісник Житомирського педагогічного університету*. 2003. Вип. 13. С. 263–265.

11. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем : навчально-методичний посібник для викладачів Бацура Г. В., Виноградова О. А., Жилка Н. Я. та ін. ; за заг. ред. Журавель Т. В., Служинської М. Б. К. : Агентство «Україна». 2015. 520 с.
12. ВІЛ-інфекція в Україні:Інформаційний бюлетень МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського АМН України», Центральної СЕС МОЗ України, Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІД. Вип. 31. К., 2009. 31 с.
13. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформаційний бюлетень МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом. Вип. 29. К., 2008. 30 с.
14. Довбах Г. В. Моніторинг поведінки представників груп містків як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління : Аналітичний звіт за результатами дослідження. К. : Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2005. 31 с.
15. Інформаційно-методичний бюлетень: 1 грудня – Всесвітній день боротьби зі СНІДом: матеріали для спеціалістів соціальної роботи та партнерів соціальних служб м. Києва. К.: КМЦССМ, 2003. 73с.
16. Калашніков Ю. В., Крисов Л. П., Муценко Д. В. та ін Методичні рекомендації щодо соціальної підтримки людей, які живуть з ВІЛ : з досвіду роботи. К. : ДСССДМ, 2005. 116 с.
17. Кальченко А. М. Оцінка рівнів стигматизаці ї та дискримінації ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД серед працівників лікувально-профілактичних установ України. *Зб. наук. пр. співробіт. НМАПО імені П.Л.Шупика*. 2013. Вип. 22 (4). С. 129 - 135.
18. Конончук А.І. Дослідження готовності молодих жінок до материнства: соціально-педагогічні аспекти. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології : наук. журнал*/голов.ред. А.А. Сбруєва. Вид-во Сум ДБУ імені А. С. Макаренка, 2015. №8 (52). С. 348 – 355.
19. Конончук А. І. Особливості сексуальної соціалізації. *Науковий Вісник Національного університету імені Лесі Українки*. Луцьк. Волинський національний університет ім.. Лесі Українки. 2010. №13 С. 79-85.
20. Конончук А. І. Ставлення студентської молоді до здоров’я як необхідна умова формування мотивації на здоровий спосіб життя. *Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки.* №8 (257) Луцьк 2013. С. 92-97.
21. Котова Н. В., Старець О.О., Леончук Н. В. та ін.. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист. К. : ТОВ «К.І.С.», 2010.176 с.

22. Матеріали українсько-польської медичної конференції «ВІЛ-інфекція – спільна проблема, спільне вирішення». *Електронний ресурс.* Луцьк. Українська полоністика. Випуск 11. Педагогічні дослідження : 2014,254 с.
23. Микитюк М. Стандарти соціальних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу: нормативно-правові передумови. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2006. № 1. С. 13–24.
24. Оцінка вразливості людей, які живуть із ВІЛ/СНІДом, в Україні : Результати соціологічного долідження. К. : ПРООН, 2008. 104 с.
25. Поліон Н. М. Полішко Т. М., Хожило І. І. Проблеми ВІЛ-інфекції: ключові питання в системі охорони здоров'я: навч. посіб.Д.: Прикордонник, 2007. 80 с.
26. Рівень знань щодо ВІЛ/СНІДу, поведінка та ставлення до людей, що живуть із ВІЛ/СНІДом : Аналітичний звіт дослідження. Державний інститут розвитку сім'ї та молоді. К., 2007. 100 с.
27. Риторика та ризик. Порушення прав людини перешкоджає боротьбі України з ВІЛ/СНІДом. Організація «Нагляд за правами людини». Електронний ресурс.– Режимдоступуhttp://www.hrw.org/ukrainian/docs/2006/03/02/ukrain12735. htm.
28. Розкриття ВІЛ-позитивного статусу вашій дитині. Брошура для батьків. К. : ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2009. 40 с.
29. Рудий В. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/ СНІДом. :Сучасний стан і шляхи вдосконалення .К. : Сфера, 2004. 187 с.
30. Савчук О., Сініцина К. Професіонали в роботі. Робота з випадком. К. : ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», 2013. 34 с.
31. Серьогін С. М., Хожило І. І., Письменний І. В.,. Соколовський С. І, Шпітун І. І. Синергетика в публічному управлінні: Тлумачний словник. Д.: ДРІДУ НАДУ, 2007. 48 с.
32. Скуйбіда Ю. В. Проблема ВІЛ/СНІДу як питання порядку денного в публічній політиці України. *Наукові записки НаУКМА.* Т. 45.2005. С. 71–77.
33. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, Світовий Банк. К., 2006. 113 с.
34. Соціально-психологічна робота з ВІЛ-позитивними дітьми та їх сім'ями: процес розкриття ВІЛ-статусу дитині : методичний посібник / заг. ред. Н. Ф. Романової. К. : Інжиніринг, 2009. 148 с.
35. Холожило І. І. Міжгалузева співпраця у сфері профілактики ВІЛ/ СНІДу в Україні : методика оцінювання. *Державне управління: теорія і практика*.

2007. № 2 (6). Електроннийресурс. Режим доступу : http://www. nbuv.gov.ua/e-journals/Dutp/2007-2/

36. Худоба О. В. Удосконалення формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/ СНІДУ та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області). Автореферат дис. канд. наук з державного управління / Львівський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. Львів, 2008. 20 с.
37. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи : навч. пос. К. :Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.
38. Абульханова-Славская К. А. Развитие личности в процессе ее жизнедеятельности. *Психология формирования и развития личности*. М. : Наука, 1985. 237 с.
39. Беляева В.В. Консультирование при инфекции ВИЧ: Пособие для врачей, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами. М.: 2001. 77 с.
40. Гимаева Р. М., Карпункова В. В. Особенности социально-психологической адаптации у ВИЧ-инфицированных лиц. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2016.Т. 17. С. 282–287. URL: http://e-koncept.ru/2016/46234.htm.
41. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции/СПИД в Украине Электронный ресурс. Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине. Режим доступа: www.aidsalliance. org.ua/cgi-bin/index. cgi?url=/ua/library/statistics/index.htm
42. Кралько А.А Организация медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам: вопросы правового регулирования. *МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ*. 2013. №4. С. 43-46.
43. Маркова Т. С. Социально-психологические аспекты ВИЧ-инфекции. *Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области* 2017. №1 (16) Т. 2. С. 80-81.
44. Рузаева Е.М. К вопросу медицинской помощи ВИЧ-инфицированных как одному из видов социального обеспечения. *Вестник Оренбургского государственного университета*. 2015. № 3. С. 130-137.
45. Соболева Е.В. Адаптация ВИЧ-положительных больных в кризисной ситуации выставления диагноза. *Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области.* 2014. №5 (7). С. 35-38.
46. GFATM Sixth Call for Proposals – Ukraine : HIV/AIDS Proposal «Support for HIV and AIDS Prevention, Treatment and Care for Most Vulnerable Populations in Ukraine». Kyiv, 2006.

ДОДАТКИ

Додаток А.

ГЛОСАРІЙ

Анонімне консультування та тестування — консультування та тестування без з'ясування відомостей, які дають змогу ідентифікувати особу (прізвище, ім'я, по батькові; дата народження; місце проживання, роботи або навчання тощо).

Активна профілактика — профілактика поширення ВІЛ шляхом здійснення заходів стратегії зменшення шкоди від вживання наркотиків, використання презервативів тощо.

ВІЛ-інфекція — захворювання, що виникає внаслідок інфікування ВІЛ та має різні етапи розвитку: від носійства до клінічно виражених форм.

ВІЛ-статус — наявність чи відсутність інфікування ВІЛ за результатами лабораторного обстеження.

Групове консультування/ інформування — добровільне передтестове консультування, що проводиться для групи осіб, які мають загальну мету — тестування (особи, що обстежуються для отримання довідки; вагітні тощо) з метою їх інформування стосовно шляхів передачі ВІЛ, ризиків інфікування, процедури тестування, а також навчання профілактичним заходам.

Дискримінація—(лат. discriminatio «розрізнення») — будь-яка відмінність, виключення, обмеження або перевага, що заперечує або зменшує рівне здійснення прав. Поняття охоплює виключення або обмеження можливостей для членів певної групи відносно можливостей інших груп.

Добровільна згода — рішення щодо проходження тестування на ВІЛ-інфекцію, прийняте особою за умови відсутності будь-якого примусу.

Інформована згода — згода на тестування, надана особою, яка була в змозі прийняти усвідомлене рішення, після отримання під час передтестового консультування у зрозумілій для неї формі інформації стосовно мети та

процедури тестування, шляхів передачі ВІЛ, заходів профілактики та наслідків виявлення ВІЛ-інфекції.

Консультант — працівник державного, комунального закладу охорони здоров'я, інших державних чи комунальних установ, організацій або закладів, медичного закладу іншої форми власності, представник об'єднання громадян, який після підготовки може проводити консультування перед тестуванням на ВІЛ та після нього.

Об'єднання громадян (ОГ) — організації, зокрема міжнародні, зареєстровані відповідно до порядку, встановленого законами України «Про благодійництво та благодійні організації», «Про об'єднання громадян», що працюють у сфері профілактики ВІЛ /СНІДу, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ.

Пацієнт — особа (незалежно від статі), яка отримує послуги у медичних закладах (або клієнт при отриманні послуг у немедичних установах, закладах та організаціях, об'єднаннях громадян).

Передтестове консультування — консультування перед проходженням тесту на ВІЛ.

Післятестове консультування — консультування після отримання результату тесту на ВІЛ.

Послуги ДКТ — добровільне консультування у вигляді надання консультативної допомоги з медичних, психологічних, юридичних та інших проблем у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, інших державних і комунальних установах, організаціях та закладах, медичних закладах інших форм власності, об'єднаннях громадян, а також тестування на ВІЛ-інфекцію у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що мають спеціальні обладнані лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому КМУ.

Стигматизація (з гр. stigma — ярлик, тавро, пляма)–процес застосування стигми: перенесення дійсних чи уявних якостей, притаманних усій групі, на окремих її представників; процес виокремлення індивідів на підставі їхніх

негативних, неприйнятних індивідуальних рис (уявних чи дійсних) з їх відсторонення чи ізоляції; процес соціального маркування людей, наліплювання ярликів.

Супервізія — керівництво, спостереження та контроль за роботою консультанта та його підтримка з метою забезпечення якості консультування.

Тестування — проходження лабораторного обстеження на наявність антитіл/ антигенів до ВІЛ з використанням традиційних (імуноферментний аналіз) або швидких тестів у спеціальних лабораторіях діагностики ВІЛ-інфекції державних та комунальних закладів охорони здоров'я, акредитованих у порядку, встановленому КМУ.

Додаток Б.

Закони та підзаконні акти щодо забезпечення прав ЛЖВ у сфері охорони здоров'я, освіти та працевлаштування

• Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту» (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991, № 1972 – XII ;

• Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992, № 1972 – XII;

• Закон України «Про інформацію»;

• Закон «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 № 2402-III;

• Закон України «Про забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків» від 08.09.2005 № 2866-IV;

• Указ Президента «Першочергові заходи запобігання розповсюдження ВІЛ/СНІДу заходи» від 11.01.2000 № 1182/2000;

• Указ Президента «Додаткові заходи щодо посилення контролю за поширенням ВІЛ/СНІДу» від 28.08.2001 №741/2001;

• Указ Президента України «Запобігання подальшому розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні» від 30.08.2004 № 1022/2004;

• Указ Президента України «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛСНІД та туберкульозу в Україні» від 30.11.2005 № 1674/2005;

• Указ Президента «Про покращення управління протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні» від 30.11.2005 №1674/2005;

• Указ Президента «Про першочергові заходи щодо захисту прав дитини» від 11.07.2005 № 1086;

• Постанова Кабінету Міністрів „Правила медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, огляду ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД та медичного нагляду за ними" від 18.12.1998 № 2026;

• Постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 року та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованних і хворих на СНІД у 2004-2008 роки» від 26.04.2004 №264;

• Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД» від 25.05.2000 № 819/5040;

• Наказ МОЗ «Про організацію медичних послу та догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми в дошкільних та загальноосвітніх закладах» від 29.11.2002, №448;

• Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про вдосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» від 28.12.2002 № 503;

• Спільний наказ Департаменту виконання покарань та МОЗ України «Порядок забезпечення конфіденційності інформації про ВІЛ-інфікованих» від 18.01.2000, № 3/6;

• Наказ МОЗ України «Про покращення лікування пацієнтів хворих на ВІЛ та СНІД» від 12.12. 2003 №580;

• Наказ МОЗ України «Про внесення змін в методологічні рекомендації щодо антиретровірусної терапії для дорослих, які потерпають від ВІЛ/СНІДу» від 12.06.2003 №265;

• Наказ МОЗ України «Про покращення ДКТ» від 19.08.2005 № 1404\11684

• Наказ МОЗ України «Про готовність регіонів до виконання ДКТ послуг» від 04. 04.2006, № 93-АДМ;

• Кодекс Законів про Працю України.

Додаток В

МЕТОДИКИ

Інтерв'ю з ВІЛ-інфікованими особами

Інструкція проведення

Ключові запитання мають бути поставлені, але зачитувати їх дослівно необов'язково. Уточнювальні запитання:

- Йдуть за ключовими запитаннями

- Мають бути чіткими і зрозумілими

- Не повинні містити власних суджень

- Не повинні визначати наперед відповідь респондента

Приклади уточнювальних запитань:

а) Мені незнайома ця фраза. Що Ви маєте на увазі?

б) Будь ласка, розкажіть трохи більше про те, що Ви тільки що сказали.

в) Чи не могли б Ви навести конкретний приклад того, про що Ви говорите?

г) (стосовно коментаря учасника) Як Ви на це відреагували? І як ви себе почували на той момент?

д) Чи є щось, про що я досі не згадала, але про що я маю знати?

Як я вже говорив(ла), мене звати (ім'я інтерв'юєра) і я працюю на (назва організації). Мета цього інтерв'ю – дізнатися більше про досвід та переживання людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Власне, нас цікавлять труднощі, стигма, дискримінація, яких зазнають люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Найвища мета цього дослідження – надати рекомендації з покращення якості життя ЛЖВ у нашій країні. Ваша участь в цьому інтерв'ю допоможе зібрати інформацію.

1. Що більше за все змінилося у Вашому житті, коли у Вас виявили ВІЛ?
2. Чого Ви вже не можете робити, а раніше могли?
3. Як у нашому суспільстві загалом сприймають ЛЖВ та ставляться до них?

4. Яке ставлення до ЛЖВ у сіспільства в цілому?

5. Хто знає про те, що у Вас ВІЛ? (Розпитайте: Родина? Друзі? Колеги? Лікарі?) Про тих, хто знає: Як вони дізналися? Як Вони відреагували, коли Ви розповіли їм про це? Як Ви визначаєте, кому сказати, а кому не сказати про те, що Ви ВІЛ-позитивний?

6. У цілому чи здається Вам, що люди, які знають про Ваш ВІЛ-статус, ставляться до Вас якось по-іншому? Хто ставиться до Вас по-іншому і як це виявляється? Що Ви відчуваєте, коли люди ставляться до Вас по-іншому?

7. У цілому чи важко Вам жити з ВІЛ? (Так, важко: А що у житті з ВІЛ для Вас найважче? Ні, не важко: А іншим людям з ВІЛ в нашій країні, на вашу думку, важко живеться?).

Дякую Вам за дуже цінні для нас відповіді.

Чи є ще щось, що Ви б могли додати, а ми з Вами забули?

МЕТОДИКА «МОНІТОРИНГ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ» (І. РОЖКОВА) - ТЕСТ

Методика*«Моніторинг соціалізації особистості (І. Рожкова)»*

Мета:*Виявити рівень соціальної адаптованості, активності, автономності та моральної вихованості.*

Інструкція: *Тобі пропонується тест, який включає 20 тверджень. Уважно прочитай кожне з них та виріши, наскільки воно тебе характеризує. У бланку слід зазначити відповідь, базуючись на таких оцінках: 4- завжди, 3 – майже завжди, 2 – іноді, 1 – дуже рідко, 0 – ніколи.*

1. Прагну догодити рідним та близьким.
2. Вважаю, що завжди треба чимось відрізнятися від інших.
3. За щоб я не взявся - досягаю успіху.
4. Я вмію прощати.
5. Я прагну чинити так само, як і всі мої товариші.
6. Мені хочеться бути попереду інших в будь-якій справі.
7. Я стаю впертим, коли упевнений, що я правий.
8. Вважаю, що робити людям добро - це головне у житті.
9. Прагну чинити так, щоб мене хвалили оточуючі.
10. Спілкуюся з товаришами, відстоюю свою думку.
11. Якщо я щось задумаю, то обов’язково зроблю.
12. Мені подобається допомагати іншим.
13. Мені хочеться, щоб зі мною всі дружили.
14. Якщо мені не подобаються люди, то я не буду з ними спілкуватися.
15. Прагну завжди перемагати і вигравати.
16. Переживаю неприємності інших, як свої.
17. Прагну не сваритися з товаришами.
18. Прагну довести свою правоту, навіть якщо з моєю думкою не згідні оточуючі.
19. Якщо я беруся за справу, то обов’язково доведу її до кінця.
20. Прагну захищати тих, кого ображають.

Щоб швидше і легше проводити обробку результатів, необхідно виготовити для кожного бланк, в якому проти номера судження ставиться оцінка.

1.	5.	9.	13.	17.
2.	6.	10.	14.	18.
3.	7.	11.	15.	19.
4.	8.	12.	16.	20.

Обробка результатів:

1.Середню оцінку соціальної адаптованості отримують при додаванні всіх оцінок першого рядка і діленні цієї суми на п’ять.

2.Оцінка автономності вираховується на основі аналогічних операцій із другим рядком.

3. Оцінка соціальної активності - з третім рядком.

4.Оцінка схильності до гуманістичних норм життєдіяльності (моральності) - з четвертим рядком.

Якщо отримується коефіцієнт більше трьох, то можна констатувати високий ступінь соціалізованості; якщо ж він більше двох, але менше трьох, то це свідчить про середній ступінь розвитку соціальних якостей. Якщо коефіцієнт виявиться менше двох балів, то можна припустити, що окрема особа (або група) має низький рівень соціальної адаптованості.

Психологічно-прогностичне завдання «Мої плани на майбутнє»

Примітка: *вітаю, шановний респонденте! Перед вами 11 сфер життя, які ми пропонуємо розташувати вам у рейтинг особистих бажань та планів на майбутнє. Поставте навпроти найголовнішої сфери цифру 1, трохи менш значиму – цифру 2 і т.д. Найменш значну для вас сферу позначте номером 11. Якщо відповісти на якесь із питань важко, намагайтесь поставити цифру інтуїтивно – ту, що перша спадає на думку. Дякуємо за ваші відповіді!*

Категорії бажань	**Рейтингове місце**
Хороша робота	
Отримати професію, навчання	
Придбання авто, ноутбуків, телефонів та інших речей	
Мати хорошу сім'ю, знайти чоловіка/ дружину, мати брата/сестру	
Будинок/квартира	
Подорож, відпочинок, виїзд закордон	
Нічого не робити і не вчитися	
Нема жодної мрії	

Хобі, захоплення	
Гроші	
Померти безболісно і в старості	

Методика «Визначення особистісної адаптованості»
(А. В. Фурман)

Автор : А.Фурман

Тест-опитувальник особистісної адаптованості містить:

1. Бланк, що заповнюється кожним учнем індивідуально. Тут наведений приклад заповнення даної таблиці. **У *таблиці 1*** дається взірець заповнення бланку. Верхня частина - дані про опитуваного та коротка інструкція, нижня - висновок психолога, а середня - це таблиця, що складається з одного запитання, п'ятнадцяти складових зовнішнього і внутрішнього світу особистості та п'яти можливих варіантів відповідей у кожному випадку. При цьому все поле життєдіяльності людинирозділено на ***чотири сфери:*** "робота", "сім'я", "вулиця", "власне Я", і в кожній із цих сфер зафіксовані найголовніші компоненти, з якими він постійно вступає у взаємодію (товариші, близькі тощо). Отож **шляхом самооцінки** опитуваний визначає своє ставлення до навколишнього світу, оточуючих його людей і самого себе.

Тестовий матеріал
Інструкція: Любий друже! Прочитай уважно запитання, що подані зліва, і постав навпроти нього знак "+" справа залежно від того, яке місце в Твоєму житті сьогодні посідають люди, організації, події, заняття. Опитувальник допоможе визначити рівень твоєї адаптованості до життя, ступінь гармонійності у взаєминах з оточенням.

№ п/п	Спробуй реально поглянути на свої взаємини з навколишнім світом та оцінити за п'ятибальною шкалою свое ставлення до;	Дуже позитивне	Позитивне	Нейтральне, невизначене	Негативне	Вкрай негативне
	І РОБОТА					
1	Товаришів					
2	Керівник					
3	Колеги					

4	Професійна діяльність					
5	Робота та її вимоги в цілому					
	II СІМ’Я					
6	Матері					
7	Батька					
8	Брата, сестри					
9	Бабусі і дідуся, родичів					
	III ВУЛИЦЯ					
10	Найближчих друзів					
11	Знайомих, товаришів					
12	Батьків твоїх друзів					
13	Сусідів					
	VI ВЛАСНЕ Я					
14	Своєї поведінки, своїх учинків					
15 Бали	Внутрішнього Я: Я-образу чи Я-концепції					
Бали						
Усього балів						
Висновок психолога						
Висновок психолога: ситуативна дезадаптованість						

Подані варіанти відповідей диференціюються на позитивні (дуже позитивне, позитивне) та негативні (вкрай негативне, негативне). Зрозуміло, що при обробці результатів бальні оцінки в обох випадках будуть істотно різнитися між собою, більше того, взаємо виключати одна одну. Одна, а тим більше дві-три негативних відповіді істотно знижують показник рівня особистісної адаптованості особистості. А якщо до цього додається ще кілька оцінок, які характеризують нейтральне ставлення і які цілком слушно не беруться до уваги, то загальна картина соціально-

психологічної адаптації особистості набуває непривабливих обрисів. Забігаючи наперед, зауважимо, що саме з таким випадком ми маємо справу у наведеному прикладі ***(див. табл. 1):*** учениця набрала 34 бали, що відповідає *рівню ситуативної дезадаптованості*

2. Ключ

За шкалою ставлень відповідь "дуже позитивне" оцінюється 5 балами, "позитивне" - 4, "нейтральне" і за відсутності самооцінки - 0, "негативне" - -4 (*мінус чотири*) і "вкрай негативне" - *-5 (мінус п'ять)* балами.

Процедура підрахування кінцевого результату передбачає підсумування позитивних і негативних оцінок. Отримане число є первинним результативним показником за шкалою особистісної адаптованості особистості (так звана "сира" оцінка).

Наприклад ***(див. табл. 1).*** (6x5) + (2x4) + (-4) = 34, що за ***табл. 4*** відповідає ситуативній дезадаптованості.

3. ***Класифікацію показників*** особистісної адаптованості.

Вид соціально-психологічної адаптації	Рівні функціонування особистісної адаптованості	Показники адаптованості
I Адаптованість	1. А)максимальний Б)дуже високий 2. високий 3. середній 4. низький	75 73-74 69-72 64-68 57-63
II Неадаптованість	5. неочевидний 6. очевидний	50-56 40-49
III Дезадаптованість	7. ситуативний 8. стійкий очевидний 9. А)критичний Б)супер-критичний	30-39 21-29 0-20 -75 - -1

Додаток Г

СТАНДАРТ

надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом

І. Загальні положення

1.1. Стандарт надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (далі - Стандарт), - комплекс соціальних норм і нормативів, на базі яких визначаються рівні основних соціальних гарантій щодо надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом (далі - ЛЖВ).

Соціальні норми і нормативи у сфері догляду та ЛЖВ - сукупність показників обов'язкового забезпечення потреб ЛЖВ в соціальних послугах з догляду і підтримки.

Стандарт застосовується з метою реалізації прав ЛЖВ на забезпечення потреб в отриманні соціальних послуг з догляду і підтримки.

1.2. У Стандарті терміни вживаються у значеннях, наведених у Законах України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" (2586-14), "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення" (1972-12), "Про соціальні послуги" (966-15), "Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю" (2558-14), "Про соціальні стандарти та соціальні гарантії" (2017-14), "Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки" (1026-17).

1.3. Цільові групи, на які поширюється Стандарт (далі - отримувачі послуг):

ВІЛ-інфіковані особи, в тому числі особи секс-бізнесу, чоловіки, що мають секс з чоловіками, і споживачі ін'єкційних наркотиків (як ті, що

проходять курс лікування антиретровірусною терапією або готуються до його початку, так і ті, що за фізичними показниками такого не потребують);

найближче оточення ЛЖВ (батьки, чоловік або дружина, брати, сестри, діти, близькі, сусіди та інші).

1.4. Дотримання норм цього Стандарту є обов'язковим для суб'єктів надання соціальних послуг.

1.5. Однією з основних вимог до потенційного суб'єкта надання послуг є спроможність налагодити співпрацю із лікувально- профілактичними закладами та іншими закладами/установами/організаціями з метою залучення необхідних фахівців відповідно до потреб отримувача послуг.

У процесі надання послуг, визначених у Стандарті, з метою забезпечення якості послуг не нижче рівня, визначеного цим Стандартом, суб'єкти надання соціальних послуг, можуть надавати їх спільно на підставі угод про співробітництво.

ІІ. Види та зміст соціальних послуг

2.1. Перелік послуг, що надаються отримувачам послуг, визначається відповідно до видів соціальних послуг, визначених статтею 5 Закону України "Про соціальні послуги" (966-15).

2.2. **Соціально-побутові послуги передбачають:**

надання за місцем проживання ЛЖВ послуг з прання, прибирання, приготування їжі, виклик представників житлово-комунальних господарств (за потреби);

закупку та доставку продуктів харчування і медикаментів для ЛЖВ за їхні кошти (за потреби);

сприяння в отриманні ЛЖВ натуральної допомоги: медикаментів, вітамінів, продуктових наборів, гігієнічних наборів, засобів догляду за дітьми, одягу, взуття, білизни, інших предметів першої необхідності (за

потреби отримувача послуг у межах норм, установлених суб'єктом, що надає соціально-побутові послуги);

направлення ЛЖВ до інших закладів/установ та організацій для отримання соціально-побутових послуг у більш повному обсязі (за потреби);

супроводження при транспортуванні ЛЖВ до закладів охорони здоров'я для госпіталізації, діагностики, консультацій лікарів вузької спеціалізації й сприяння в оформленні висновку медико-соціальної експертної комісії (за необхідності), в заклади/установи соціального захисту, реабілітаційні центри, пологові будинки, жіночу консультацію (за потреби) тощо.

Забезпечення гарячим харчуванням, транспортними послугами, доставка медикаментів та продуктів харчування здійснюються за умови, що найближче оточення не в змозі забезпечувати потреби ЛЖВ і стан здоров'я самих ЛЖВ не дозволяє їм самостійно їх забезпечувати (важка стадія захворювання - як зворотна, так і незворотна; значне порушення розумових і фізичних навичок, нездатність або труднощі в самостійному пересуванні та догляді за собою; значні побічні ефекти під час вживання антиретровірусних препаратів; хірургічні операції/травми, інсульти тощо).

2.3. Психологічні послуги передбачають:

проведення психологічного консультування, психодіагностики, кризового консультування, терапевтичних груп, психокорекції отримувачів послуг у зв'язку зі складною життєвою ситуацією, що спричинена ураженням ВІЛ-інфекцією, формування у ЛЖВ навичок безпечної поведінки щодо запобігання реінфікуванню ВІЛ, розвитку ВІЛ-інфекції в СНІД, передачі ВІЛ-інфекції іншим особам, психологічна підготовка ЛЖВ до можливого розкриття статусу ВІЛ-інфікованого близькому оточенню у зв'язку з розвитком захворювання;

формування у ЛЖВ прихильності до діагностики та лікування, позитивного психологічного ставлення до довготривалого прийому

препаратів, навичок безпечної поведінки, прихильності до лікування антиретровірусними препаратами, консультування дискордантних пар (партнерів, один з яких є ВІЛ-інфікованим);

психологічне консультування ЛЖВ щодо прийняття свого статусу, збереження якості життя, здоров'я та працездатності;

сприяння діяльності груп взаємодопомоги за принципом "рівний - рівному", направлення отримувачів послуг до груп психологічної взаємодопомоги з метою покращення їх психоемоційного стану, підтримки та зміцнення психічного здоров'я, підвищення стресостійкості, збереження і покращення якості життя з ВІЛ/СНІДом;

мотивування та направлення ЛЖВ, які вживають наркотичні речовини, до програм стратегії зменшення шкоди, замісної підтримуючої терапії, центрів реабілітації та ресоціалізації наркозалежних;

надання психологічної підтримки ЛЖВ у передсмертному стані та їх найближчому оточенню (за потреби).

Ці послуги надаються психологами, соціальними педагогами та/або соціальними працівниками, фахівцями із соціальної роботи.

Надання психологічних послуг спрямоване на спільне вирішення проблем ЛЖВ за рахунок мобілізації ресурсів фахівців та власних ресурсів ЛЖВ та їх найближчого оточення на основі партнерських стосунків між ними.

2.4. Соціально-педагогічні послуги передбачають:

проведення консультування ЛЖВ, які мають дітей, щодо особливостей спілкування, виховання і розвитку дітей, формування подружніх і сімейних стосунків, в тому числі щодо ВІЛ-інфікованих дітей;

проведення навчання в рамках клубної та гурткової роботи, навчальних тренінгів та інших навчальних заходів щодо безпечної поведінки, формування внутрішньої мотивації ЛЖВ до працевлаштування, відновлення особистого і соціального статусу;

консультування найближчого оточення щодо подолання співзалежності від ЛЖВ, які вживають наркотичні речовини, у домашніх умовах, формування у них позитивних інтересів, у тому числі у сфері дозвілля;

сприяння у забезпеченні тимчасового перебування дітей у дитячих кімнатах під час проходження діагностики та лікування їхніх хворих на ВІЛ/СНІД батьків;

організацію дозвілля - спортивних та культурно-масових заходів, зокрема з використанням ресурсів громадських центрів ЛЖВ;

проведення соціально-педагогічного обстеження, діагностики з використанням сучасних тестів та засобів всебічного вивчення особистості і об'єктивної оцінки її стану;

організацію виховного та корекційного процесів, які передбачають кваліфіковану педагогічну допомогу батькам у формі бесід, роз'яснень, методичних порад, рекомендацій для подолання і виправлення допущених ними педагогічних помилок, що травмують дітей, а також у виправленні неадекватних батьківських настанов і форм поведінки в їх вихованні.

Ці послуги надаються соціальними педагогами та/або соціальними працівниками, фахівцями із соціальної роботи.

2.5. Соціально-медичні послуги передбачають:

соціально-медичне консультування отримувачів послуг щодо збереження, підтримки та охорони здоров'я ЛЖВ, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, які пов'язані з розвитком ВІЛ-інфекції, в тому числі для запобігання виникненню і розвитку інфекційних та інших захворювань, які пов'язані з вживанням наркотичних речовин і ризикованою статевою поведінкою, запобігання інфікуванню ВІЛ інших осіб та реінфікуванню ВІЛ;

сприяння формуванню навичок безпечної поведінки ЛЖВ із сексуальними партнерами та партнерами - споживачами ін'єкційних

наркотиків щодо запобігання реінфікуванню ВІЛ, передачі ВІЛ-інфекції іншим особам;

консультування з метою мотивування (супроводження за необхідності) щодо обстеження на інфекції, що передаються статевим шляхом, туберкульоз, гепатити, опортуністичні інфекції та інші хвороби;

консультування отримувачів послуг щодо мети антиретровірусної терапії, механізму дії антиретровірусних препаратів, правил вживання антиретровірусних препаратів, правил зберігання антиретровірусних препаратів, негативних наслідків недотримання режиму і зниження дозування антиретровірусних препаратів, механізму і режиму одержання антиретровірусних препаратів;

навчання своєчасному прийому препаратів за методом "плацебо", сприяння (в тому числі телефонне нагадування), проходженню поточного тестування на полімеразну ланцюгову реакцію, на CD-4, рівень вірусного навантаження з метою контролю за біологічними показниками прогресування інфекції, моніторинг рівня прихильності до лікування, контроль за систематичним прийомом препаратів;

сприяння у забезпеченні ЛЖВ запобіжними засобами щодо ураження інфекційними хворобами: одноразові шприци, презервативи, дезінфекційні засоби, антисептичні засоби, засобами санітарії та гігієни (за потреби) тощо;

сприяння у забезпеченні ЛЖВ, які беруть участь у програмі антиретровірусних препаратів, контейнером для зберігання антиретровірусних препаратів;

надання соціально-медичних послуг ЛЖВ, які перебувають у хоспісах, та сприяння в отриманні ритуальних послуг ЛЖВ (за потреби).

Ці послуги надаються медичними працівниками (лікар, середній медичний персонал), соціальними працівниками, соціальними педагогами, фахівцями із соціальної роботи, соціальними робітниками, волонтерами (залежно від змісту послуги) і спрямовані на забезпечення доступу

отримувачів послуг до медичних послуг, мотивування отримувача послуг до діагностики та лікування з попереднім та подальшим консультуванням.

2.6. Юридичні послуги передбачають:

представлення інтересів отримувачів послуг в органах виконавчої влади та органах місцевого самоврядування, допомогу в оформленні/відновленні документів, здійснення захисту прав та інтересів отримувачів послуг, адвокатську допомогу;

надання консультацій щодо захисту прав отримувачів, у тому числі від можливих порушень;

надання юридичної допомоги у поданні скарг на діяльність або бездіяльність посадових осіб закладів/установ, що порушують законні права ЛЖВ (пояснення ЛЖВ змісту таких документів залежно від суті і стану проблем, визначення шляхів і здійснення практичних заходів для їх вирішення).

Ці послуги надаються юристами та фахівцями із соціальної роботи.

2.7. Інформаційні послуги передбачають:

надання інформації про ВІЛ/СНІД, інфекції, що передаються статевим шляхом, туберкульоз, гепатити та інші інфекційні хвороби, що можуть становити загрозу здоров'ю ЛЖВ, про наслідки вживання психоактивних речовин (рекомендовано);

проведення роз'яснювальної роботи з ЛЖВ щодо можливості притягнення їх до кримінальної відповідальності при доведенні факту усвідомленого зараження ВІЛ-інфекцією інших осіб;

надання інформації про сайти знайомств, форуми, проведення акцій щодо проблем ВІЛ/СНІД, інфекцій, що передаються статевим шляхом, туберкульозу з метою сприяння доступу до відповідних інформаційних ресурсів (при можливості та за потреби) отримувачів послуг;

надання просвітницьких послуг шляхом проведення інформаційних занять для отримувачів послуг на теми: забезпечення збереження фізичного, психічного та соціального здоров'я; формування прихильності до антиретровірусних препаратів, профілактика опортуністичних інфекцій; реінфікування ВІЛ і розвиток резистентності; права та обов'язки ВІЛ-інфікованих; профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом; побічні ефекти від антиретровірусної терапії тощо;

надання інформаційно-освітніх матеріалів для ВІЛ-інфікованих осіб з питань життя з ВІЛ, антиретровірусної терапії та прихильності до неї;

інформаційну взаємодію з партнерськими громадськими та державними установами/закладами щодо моніторингу доступу до діагностики та лікування ВІЛ-інфікованих осіб в регіоні;

надання інформації про інші заклади/установи та організації, які надають послуги для ЛЖВ, та перенаправлення ЛЖВ до них, зокрема тих, які здійснюють профілактику ВІЛ/СНІДу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, туберкульозу, вживання психоактивних речовин і наркотичних речовин, гепатитів та інших інфекційних хвороб, що можуть становити загрозу здоров'ю ЛЖВ, із зазначенням місцезнаходження, контактних телефонів, переліку послуг та можливих форм їх надання.

Інформація повинна надаватися відповідно до потреб отримувача послуг, у повному обсязі, своєчасно та у зрозумілій для отримувача послуг формі.

Ця послуга може надаватися психологом, юристом, фахівцем із соціальної роботи, соціальним працівником/робітником, медичними працівниками, волонтером і включає в себе розповсюдження серед отримувачів послуг тематичних інформаційно-освітніх друкованих матеріалів (листівки, буклети, брошури тощо).

III. Умови та порядок надання соціальних послуг

3.1. Кадрове забезпечення

Суб'єкт, що надає соціальні послуги отримувачам послуг, з метою комплексного надання соціальних послуг відповідно до вимог Стандарту може залучати фахівців з інших установ/закладів/організацій до процесу надання послуг. Залучені фахівці разом із штатними співробітниками можуть входити до складу мультидисциплінарної команди. Кількісний склад команди в кожному окремому випадку визначається надавачем послуг на основі оцінки потреб отримувачів послуг.

До мультидисциплінарної команди можуть бути залучені:

фахівець із соціальної роботи;

соціальний працівник;

соціальний педагог;

лікар (терапевт, інфекціоніст, нарколог, психотерапевт, фтизіатр, дерматовенеролог, гінеколог тощо);

середній медичний персонал;

психолог;

юрист, консультант з правових питань;

волонтер;

соціальний робітник, який надає послуги за принципом «рівний-рівному»;

молодший медичний, технічний персонал.

Склад мультидисциплінарної команди може змінюватись залежно від потреб отримувачів послуг. До складу такої команди за потреби отримувачів послуг можуть залучатися також інші фахівці.

Суб’єкти надання соціальних послуг можуть залучати до співпраці волонтерів (волонтерські організації, об'єднання), що пройшли відповідне навчання.

3.2. Послуги можуть бути разовими чи багаторазовими, різної тривалості у часі. Строк надання соціальних послуг визначається індивідуально для кожного отримувача послуг залежно від його потреб.