

Раздаточный  
материал  
для участников



# Раздаточный материал для участников

**Повышение знаний и навыков  
консультирования в области  
репродуктивного здоровья для  
женщин, живущих с ВИЧ**

**Тренинг для консультантов  
институтов гражданского общества  
(ННО) по принципу «РАВНЫЙ –  
РАВНОМУ»**

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ К МОДУЛЮ 1

---

Раздайте всем участникам тренинга распечатанный рисунок медицинского чемоданчика (приложение № 1) и попросите их дать письменные ответы на следующие вопросы:

1. Почему Вы решили принять участие в этом тренинге?
2. Какую сессию Вы ожидаете больше всего и почему?
3. Что бы Вы хотели вынести из этого тренинга, словно в чемоданчике?



# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 1

---

*До начала тренинга просим Вас заполнить анкеты оценки уровня знаний. Ваши ответы помогут сделать этот тренинг более полезным и эффективным для тех, кто будет обучаться по этой программе в будущем. Просим вас внимательно прочитать вопросы и варианты ответов к ним. Выбирать нужно ответ, наиболее соответствующий Вашему видению. Ваша анкета является анонимной, и никто, кроме тренерской команды, не будет иметь доступа к полученным ответам.*

## **Анкета для определения уровня знаний до/после проведения тренинга**

**(Выделите верный ответ галочкой или подчеркните его)**

Дата заполнения \_\_\_\_\_

ФИО или ЮНИКОД \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Административная территория или область \_\_\_\_\_

Опыт работы по проблеме ВИЧ/СПИДа:

1 год

2 года

3 года

более 3 лет

менее 1 года

**1. ВИЧ может передаваться следующими путями:**

- A. Половым, парентеральным, вертикальным
- B. Половым, воздушно-капельным, вертикальным
- C. При пересадке органов и тканей, половым, парентеральным
- D. А и С
- E. Через укус насекомых, половой путь, татуировки

**2. Что такое серодискордантные пары?**

- A. Это пары, которые любят быть вместе в любой непонятной ситуации.
- B. Это пары, поддерживающие продолжительные близкие телесные взаимоотношения, в которых только один из партнёров имеет ВИЧ-инфекцию.
- C. Так называют близнецов.
- D. Несходство по генотипу между данными особями.
- E. Пара, разлучённая обстоятельствами.

**3. Какие существуют медицинские меры для снижения риска развития ВИЧ-инфекции после контакта с ВИЧ?**

- A. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), регулярное тестирование на ВИЧ и консультирование, приём АРТ пожизненно.
- B. Пероральная доконтактная профилактика (ДКП) ВИЧ, постконтактная профилактика (ПКП), профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР).
- C. Тестирование на ВИЧ после получения информированного согласия, использование барьерных контрацептивов, скрининг и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).
- D. Консультирование по приверженности и другие способы, эффективные в конкретной популяции, приём антибиотиков, витаминов.

**4. Консультирование — это:**

- A. «Конфиденциальный диалог» между клиентом и консультантом, помогающий человеку справиться со стрессом или поддержать, понять, помочь принять правильное осознанное самостоятельное решение.
- B. Установление «доверительных отношений» между клиентом и консультантом.
- C. Подбадривать человека, подталкивать его продолжать позитивные изменения в жизни.
- D. Бессознательное уподобление себя другой личности, неосознанное следование образцам и идеалам, позволяющее преодолеть собственные слабость и чувство неполноценности.
- E. Советы клиенту, которые дает консультант.

**5. Может ли гендерное неравенство стать препятствием при получении качественных медицинских услуг?**

- A. Да
- B. Нет
- C. Не знаю
- D. Затрудняюсь ответить
- E. Однозначно нет

**6. Что такое гендер?**

- A. Проблема, связанная с доступом женщин и девушек к качественной медицинской помощи.
- B. Это биологические особенности, отличающие женщин от мужчин.
- C. Это социальное понятие, характеризующее особые нормы, роли, распределение власти и отношений между мужчинами и женщинами.
- D. Это несовпадение гендерной идентичности или гендерного выражения человека с зарегистрированным при рождении полом.
- E. Наличие у раздельнополого организма признаков обоих полов, как правило, эти признаки являются не полностью развитыми, промежуточными.

**7. Образ жизни женщины влияет на репродуктивное здоровье?**

- A. Нет.
- B. Частично.
- C. Да, обязательно.
- D. Не знаю

**8. Как влияют инфекции, передаваемые половым путём, на репродуктивное здоровье? (Укажите три правильных ответа)**

- A. Могут привести к бесплодию.
- B. Могут быть причиной внематочной беременности.
- C. Приводят к развитию миомы матки.
- D. Приводят к росту кисты яичников.
- E. Не влияют, если инфекция излечивается.

**9. Что следует делать беременной женщине для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку (с целью ППМР)?**

- A. Ничего, только не принимать наркотики.
- B. Не иметь близких телесных отношений во время беременности.
- C. Пить антибиотики, витамины.
- D. Прервать эту беременность.

Е. Пораньше пройти тестирование, выполнять рекомендацию врача (принимать аккуратно АРТ, следить за анализами вместе с врачом, правильно безопасно вскармливать новорожденного, поить новорожденного АРВ сиропом по рекомендации врача).

#### **10. Репродуктивное здоровье – это?**

А. Это состояние психологического и социального благополучия, при котором человек реализует свои возможности, эффективно противостоит жизненным трудностям и стрессу, осуществляет продуктивную осознанную деятельность и вносит свой вклад в развитие социума.

В. Естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Если хорошо работают все органы и системы, то и весь организм человека (система саморегулирующаяся) правильно функционирует и развивается.

С. Это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или нарушений во всех областях, относящихся к репродуктивной системе, её функциям и процессам.

Д. Это текущее состояние органов и систем органов в организме человека. Основу его составляет генетическая программа индивидуального развития. Оно зависит от того, как функционирует организм, от его морфологических и функциональных показателей.

Е. Это система мотивационных ценностей, установок, норм поведения индивидуума в обществе.

#### **11. Приверженность к лечению – это?**

А. Профилактика побочных эффектов препаратов.

В. Осознанное решение соблюдать режим приема препаратов (рекомендаций врача).

С. Отказ от употребления наркотиков, алкоголя.

Д. Депрессивный эффект препаратов.

Е. Затрудняюсь ответить.

#### **12. Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку возможна во время (укажите три правильных ответа):**

А. Ухода за ребенком.

В. Беременности.

С. Родов.

Д. Грудного вскармливания.

Е. Затрудняюсь ответить.

**13. Антиретровирусная терапия (укажите два правильных ответа):**

- A. Снижает количество антител к ВИЧ.
- B. Подавляет размножение вируса.
- C. Способствует восстановлению CD4 клеток.
- D. Уничтожает вирус.
- E. Затрудняюсь ответить.

**14. Задачи дотестового консультирования (укажите два правильных ответа):**

- A. Оценка уровня знаний о ВИЧ-инфекции.
- B. Обсуждение возможных результатов тестирования.
- C. Получение информированного согласия.
- D. Мотивация на более безопасное поведение.
- E. Формирование приверженности к лечению.
- F. Подготовка клиента к возможности положительного результата.

**15. Основные задачи при консультировании человека с положительным результатом теста на ВИЧ-инфекцию (укажите три правильных ответа):**

- A. Успокоить клиента.
- B. Убедиться в том, что клиент точно понял, что у него есть ВИЧ.
- C. Сообщить о возможностях лечения.
- D. Продумать и проговорить план дальнейших действий.
- E. Убедить клиента в том, что ничего страшного не случилось.
- F. Убедить клиента в том, что он должен сообщить всем своим родственникам о том, что у него ВИЧ.



**Ответы на тесты**

Вопросы	A	B	C	D	E
1. ВИЧ может передаваться следующими путями	x				
2. Что такое серодискордантные пары?		x			
3. Какие существуют медицинские меры для снижения риска развития ВИЧ-инфекции после контакта с ВИЧ?		x			
4. Консультирование – это:	x				
5. Гендерная дискриминация может стать препятствием при получении качественных медицинских услуг?	x				
6. Что такое гендер?			x		
7. Образ жизни женщины влияет на половое здоровье?			x		
8. Как влияют инфекции, передаваемые половым путём, на репродуктивное здоровье?	x	x			x
9. Что следует делать беременной женщине для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку (с целью ППМР)?					x
10. Репродуктивное здоровье – это?			x		
11. Приверженность к лечению – это?		x			
12. Передача ВИЧ-инфекции от матери ребёнку возможна во время:		x	x	x	
13. Антиретровирусная терапия		x	x		
14. Задачи дотестового консультирования:	x		x		
15. Основные задачи при консультировании человека с положительным результатом теста на ВИЧ-инфекцию:		x	x	x	

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ №2

## **Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции .**

Пероральная доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции (ДКП) означает приём АРВП неинфицированными людьми, подвергающимся повышенному риску заражения, для предотвращения заражения ВИЧ в рамках комплексной профилактики ВИЧ. ДКП предполагает использование перорального тенофовир дизопроксил fumarата (TDF) или комбинации TDF/эмтрицитабин (TDF/FTC) или комбинации TDF/ламивудин (TDF/ЗТС) ВИЧ-отрицательными людьми для профилактики инфицирования ВИЧ. ДКП является медицинским вмешательством, которое представляет высокий уровень защиты от инфицирования ВИЧ, но не защищает от других ИППП, и должно использоваться в сочетании с другими методами профилактики, включая средств индивидуальной защиты. Женщинам необходимо принимать лекарства ежедневно в течение трех недель, чтобы достичь требуемого защитного эффекта.

**Серодискордантные пары** — это пары, имеющие длительные близкие телесные контакты, в которых только один из партнёров имеет ВИЧ-инфекцию. ВИЧ-позитивным партнёрам в серодискордантных парах следует предлагать АРТ для снижения вероятности передачи вируса неинфицированным партнёрам. Существующие рекомендации ВОЗ (2016 г.) ориентированы на использование пероральной ДКП среди серодискордантных пар, когда имеется необходимость в дополнительных мерах по предотвращению передачи ВИЧ неинфицированному партнёру.

ВИЧ-позитивным партнёрам в серодискордантных парах следует предлагать АРТ для снижения вероятности передачи вируса неинфицированным партнёрам.

ДКП можно рассматривать в качестве одного из вариантов, чтобы защитить неинфицированного партнёра в серодискордантных парах во время зачатия.

## **Постконтактная профилактика (ПКП)**

ПКП является частью комплексной государственной программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией, а также мероприятий по защите здоровья медицинского персонала и оказанию помощи жертвам изнасилования.

### **ПКП должна предоставляться:**

- при профессиональном контакте с ВИЧ или высокой вероятности такого контакта;

- при случайном контакте, не связанном с профессиональной деятельностью, или высокой вероятности такого контакта, в том числе в лечебном учреждении.

### АРВП для ПКП

Для проведения курса ПКП взрослым и подросткам рекомендована схема из трёх АРВ-препаратов. В качестве предпочтительной схемы терапии – основы для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции рекомендуется комбинация TDF+3TC (или FTC).

DTG (долутегравир) рекомендуется в качестве предпочтительного третьего препарата для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции.

При наличии ATV/r, DRV/r, LPV/r и RAL могут рассматриваться в качестве альтернативных третьих препаратов для постконтактной профилактики (Рекомендация ВОЗ, июль 2018 г.).

### Выбор АРВ-препаратов для ПКП

Для проведения курса ПКП рекомендована схема из трех АРВ-препаратов (два НИОТ и один ингибитор протеазы – ИП).

<b>Схема выбора</b>	TDF+3TC +LPV/r Тенофовир + эмтрицитабин (или ламивудин) + лопинавир/ритонавир
<b>Альтернативные</b>	AZT+3TC + LPV/r (ATV/r) Зидовудин + ламивудина + лопинавир/ритонавир

### Приверженность

ДКП и ПКП являются эффективными только при своевременном приёме АРВП. Лучший способ поддержать соблюдение режима приёма препаратов – предложение ДКП в качестве свободно выбираемого метода профилактики ВИЧ-инфекции. Меры по повышению приверженности профилактической терапии должны включать информирование клиентов о том, что при правильном приёме АРВП ДКП и ПКП являются высокоэффективными методами предотвращения заражения ВИЧ-инфекцией и необходимо, чтобы приём этих препаратов стал одним из важных элементов распорядка дня.

Принимающим ДКП следует знать, что защитный эффект ДКП может быть достигнут через 7 дней после начала курса ДКП.

Как и ПКП, ДКП может быть прекращена через 28 дней после последнего потенциального контакта с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного лица, но только в случае снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией.

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 3

---

*Раздайте всем участницам тренинга распечатанный Алгоритм «равного консультирования» при постановке диагноза и начале АРТ для беременных и женщин, живущих с ВИЧ, в виде раздаточного материала. Особенности «равного консультирования» целевой группы. ВИЧ-положительные беременные и женщины с детьми.*

## **1. Несколько социальных портретов и в связи с этим несколько подходов к консультированию.**

**1.1. Женщины – потребительницы наркотиков или алкоголя.** Социальная изоляция, низкий финансовый уровень, отсутствие поддержки семьи и близких, отсутствие постоянного места жительства, безработица, проблемы с законом, опыт лишения родительских прав в отношении старших детей.

1.1.1. Необходимо помочь женщине сформулировать запрос и ожидание от консультации, так как женщины зачастую не понимают, чем именно может помочь «равная консультантка». В случае с данной категорией ЖЖВ, РК должна четко проговорить границы с клиенткой. Оказание только информационной помощи, направление в организации, которые оказывают помощь в реабилитации от наркозависимости, юридическую помощь и т. д. Действовать только по запросу женщины, не навязывая ей моральные и семейные ценности. Если женщина выражает желание написать отказ от ребёнка или испытывает страх за его благополучие в связи со своим образом жизни, РК должна предоставить женщине всю информацию о том, где и как можно получить помощь, если ребёнок всё же останется в семье.

1.1.2. Доступно рассказать о необходимости наблюдения в центре по борьбе со СПИДом во время беременности и после, максимально обращая внимание на обратную связь от женщины, постоянно задавая вопросы о том, как именно она услышала информацию, какие есть вопросы, что смущает, что пугает или что невозможно будет выполнить.

1.1.3. Удостовериться, что женщина осознает риск передачи ВИЧ ребёнку в случае отсутствия АРТ, а также последствия употребления психоактивных веществ и алкоголя во время беременности.

**1.2. Женщины – матери-одиночки, многодетные матери без поддержки семьи и близких.** Низкий материальный уровень жизни, подавленное эмоциональное состояние, склонность к тяжёлой послеродовой депрессии, отсутствие приверженности к лечению ВИЧ.

1.2.1. Оказать моральную поддержку, дать возможность поделиться всеми страхами и опасениями за будущую жизнь себя и детей. После этого предоставить информацию о государственной и общественной помощи, рассказать о пунктах выдачи материальной помощи, бесплатных услугах.

1.2.2. Посещение женщины на дому после родов с её согласия. Помощь в посещении центра по борьбе со СПИДом, помощь в получении АРТ после рождения ребёнка.

1.2.3. Регулярный контакт (минимум 1 раз в месяц), даже если у женщины наблюдается положительная динамика в психоэмоциональном плане.

1.2.4. Предоставление информации о социальных онлайн группах, «группах взаимопомощи» для ЛЖВ.

**1.3. Социально благополучные женщины.** Страх рассказать о диагнозе близким, поделиться переживаниями с супругом, самодискриминация, непринятие диагноза и отказ от АРТ, отсутствие помощи со стороны близких или, наоборот, гиперопека.

1.3.1. Установление доверительного контакта с женщиной путем конфиденциального разговора обо всех переживаниях, в том числе обсуждения всех мифов и слухов, которые женщина должна будет озвучить.

1.3.2. Поделиться своим опытом жизни с ВИЧ, рассказать о том, как АРТ действует на организм, обсудить наличие или отсутствие побочных эффектов терапии. Поговорить о возможности смены схемы лечения, если появится необходимость.

1.3.3. Поговорить о поддержке со стороны мужа или партнёра, существует ли опасность эмоционального насилия в семье, что чаще всего и бывает причиной отказа женщины от лечения ВИЧ.

**2. Отсутствие у ЖЖВ времени для получения равной консультации.** Беременная ВИЧ-положительная женщина или ВИЧ-положительная мать одного или нескольких детей, как правило, не имеет достаточного времени для того, чтобы 40 минут поговорить с РК о себе и своём здоровье. Для этого необходимо внедрять систему оказания услуг по равному консультированию в родильных домах и отделениях акушерской гинекологии в больницах. Исходя из вышеизложенных трех категорий ЖЖВ, РК должна обладать всем перечнем организаций и сервисов по оказанию помощи для той или иной категории ВИЧ-положительных женщин. Пока женщина находится в роддоме, у неё есть, как минимум, несколько дней для того, чтобы встретиться с РК и найти 40 минут на консультацию.

**3. В процессе равной консультации рекомендуется уделять максимальное внимание осознанным и неосознанным потребностям ЖЖВ.** С этой целью необходимо, чтобы РК регулярно актуализировала информацию о существующих сервисах помощи для женщин и детей, а также отработывала навыки взаимодействия с профильными специалистами.

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 4

---

## **Задачи мультидисциплинарной команды (МДК)**

**Мультидисциплинарная команда – бригада специалистов медицинского и немедицинского профиля, участвующих в оказании специализированной медико-социальной помощи и объединённых общими целями и задачами.**

### **I. Для достижения вышеуказанных целей МДК решает следующие задачи:**

1. Содействие работе специалистов центра по борьбе со СПИДом или иного ЛПУ, где располагается кабинет МДК, в организации и проведении лечебно-диагностических мероприятий среди ЛЖВ; Приложение № 15 к приказу МЗ РУз № 277 от 30 апреля 2018 г.
2. Оказание медицинской, консультативной, психосоциальной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с целью комплексной оценки их состояния, степени социального функционирования и эпидемической значимости с учетом всех возможных медицинских, психологических и социальных факторов.
3. Планирование и проведение комплекса необходимых диагностических, лечебных, психокоррекционных, социальных и иных мероприятий, исходя из приоритетности медицинских, психологических, социальных, бытовых, правовых или иных проблем пациента.
4. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных пациентов с целью динамической оценки их клинического состояния, уровня социального функционирования, эпидемической значимости и нуждаемости в проведении соответствующих диагностических, лечебных и иных мероприятий.
5. При необходимости коррекция комплекса запланированных и реализуемых диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий.
6. Проведение специфического лечения ВИЧ-инфекции, профилактики и лечения оппортунистических заболеваний с учётом комплексной оценки клинического состояния пациента, уровня его социального функционирования, а также эффективности проводимых лечебно-диагностических и психосоциальных мероприятий.
7. Формирование и укрепление приверженности лиц, живущих с ВИЧ, членов семьи к постоянному лечению и регулярному обследованию.

## II. Работа мультидисциплинарной команды строится на принципах:

- комплексности оказания помощи ВИЧ-инфицированным пациентам с учётом медицинских, психологических и социальных факторов;
- индивидуального подхода в оказании помощи;
- преемственности в планировании и реализации комплекса диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий;
- понимания членами мультидисциплинарной команды как общих целей, задач и назначения команды, так и своих индивидуальных функций;
- соблюдения иерархии всех членов мультидисциплинарной команды;
- сохранения индивидуальной ответственности специалистов мультидисциплинарной команды за результаты работы;
- информированного согласия пациента на оказание ему помощи мультидисциплинарной командой.

III. Руководство мультидисциплинарной командой, планирование необходимых мероприятий осуществляется руководителем команды – врачом.

IV. Функции специалистов мультидисциплинарной команды распределяются согласно должностным и функциональным обязанностям в соответствии с поставленными задачами.

V. Основными функциями врача-инфекциониста мультидисциплинарной команды являются:

- организация работы и руководство мультидисциплинарной командой специалистов;
- организация планирования и реализации диагностических, лечебных и иных мероприятий ВИЧ-инфицированным лицам и членам их семей;
- организация и осуществление диспансерного наблюдения и оказания лечебно-профилактической помощи ВИЧ-инфицированным лицам;
- клиническая диагностика проявлений ВИЧ-инфекции;
- специфическое лечение ВИЧ-инфекции, профилактика и лечение оппортунистических заболеваний;
- консультативная специализированная помощь ВИЧ-инфицированным лицам;
- отбор пациентов для проведения специфического лечения ВИЧ-инфекции, терапии сопутствующих состояний и направления на стационарный этап оказания специализированной помощи;
- оценка эффективности комплекса проводимых диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий у ВИЧ-инфицированных лиц;
- коррекция при необходимости комплекса запланированных и реализуемых диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий, в том числе по формированию приверженности к лечению у ВИЧ-инфицированных лиц;
- образовательная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами и их родственниками с учетом конфиденциальности.

VI. Основными функциями психолога мультидисциплинарной команды являются:

- проведение психологического консультирования; определение степени социальной адаптации (дезадаптации) и уровня коммуникативных навыков ВИЧ-инфицированных лиц;
- психологическая диагностика с целью выявления структуры и характера социальной дезадаптации, степени её выраженности и механизмов компенсации, а также оценки состояния ВИЧ-инфицированного пациента и его возможностей в выполнении различных социальных функций;
- психологическая коррекция, направленная на восстановление психологического комфорта и коррекцию психологических отклонений ВИЧ-инфицированных пациентов, на устранение неблагоприятных поведенческих стереотипов и дезадаптивных состояний, вызванных как наличием ВИЧ-инфекции и сопутствующих состояний, так и нарушениями взаимоотношений с окружающими;
- совместная с врачом-инфекционистом разработка диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий для ВИЧ-инфицированных пациентов с учётом индивидуальных, половых и возрастных факторов;
- оценка эффективности проводимых диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий у ВИЧ-инфицированных пациентов;
- коррекция при необходимости диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий ВИЧ-инфицированным лицам;
- планирование, организация и реализация индивидуальной работы (тренинг коммуникативных навыков) с ВИЧ-инфицированными пациентами, направленной на восстановление функционирования пациента в различных социальных группах (семья, ближайшее окружение, неформальные группы, производственный коллектив);
- совместная с врачом-инфекционистом работа по повышению приверженности к диспансерному наблюдению и специфическому лечению у ВИЧ-инфицированных пациентов;
- образовательная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами и их родственниками с учётом требований конфиденциальности;
- к участию в мультидисциплинарной команде может быть привлечен психолог как организации здравоохранения, так и центра социального обслуживания населения (в рамках межведомственного взаимодействия).

VII. Основными функциями социального работника мультидисциплинарной команды являются:

- выявление социальных проблем ВИЧ-инфицированного пациента, ухудшающих качество его жизни и негативно влияющих на его состояние;
- составление индивидуального плана социальной адаптации ВИЧ-инфицированного пациента и улучшение его социального функционирования;
- организация совместно с врачом и психологом соответствующей социальной среды и социальных мероприятий, направленных на формирование ответ-



ственности ВИЧ-инфицированного пациента за свое поведение в обществе;

- повышение уровня приверженности к диспансерному наблюдению и специфическому лечению ВИЧ-инфицированного пациента;
- оценка эффективности проводимых социальных мероприятий; участие в профорientации ВИЧ-инфицированных пациентов с учётом состояния здоровья, ценностных установок, способностей, ситуационных возможностей;
- взаимодействие с организациями, оказывающими социальную помощь;
- образовательная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами и их родственниками с учётом требований конфиденциальности;
- социальный работник осуществляет взаимодействие с органами социальной защиты населения административной территории, отделами по труду и социальной защите граждан местных органов исполнительной власти;
- к участию в мультидисциплинарной команде может быть привлечен социальный работник регионального центра социального обслуживания населения, органов социальной защиты населения (в рамках межведомственного взаимодействия).

VIII. Основными функциями медицинской сестры (помощника врача) мультидисциплинарной команды являются:

- осуществление наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами;
- выполнение врачебных назначений;
- выполнение в пределах компетенции медицинской сестры (помощника врача) работы по диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфицированных пациентов;
- индивидуальная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами, включающая реализацию отдельных диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий, в том числе и по формированию приверженности к лечению;
- индивидуальная работа с окружением ВИЧ-инфицированного пациента, направленная на улучшение взаимоотношений, повышение его уровня функционирования в семье при наличии согласия пациента;
- оценка, в пределах своей компетенции, эффективности проводимых диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий у ВИЧ-инфицированного пациента;
- образовательная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами и их родственниками с учётом конфиденциальности и в рамках компетенции.

IX. Основными функциями представителя общественных инициатив людей, живущих с ВИЧ, в мультидисциплинарной команде являются:

- формирование устойчивой мотивации к диспансерному наблюдению и лечению у ВИЧ-инфицированных пациентов;
- выполнение в пределах компетенции и по поручению врача работы по привлечению ВИЧ-инфицированных лиц к диспансерному наблюдению;

- индивидуальная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами, включающая в себя реализацию отдельных диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий;
- индивидуальная работа с окружением ВИЧ-инфицированного пациента, направленная на улучшение взаимоотношений и повышение его уровня функционирования в семье при наличии согласия пациента;
- оценка, в пределах своей компетенции, эффективности проводимых психосоциальных мероприятий;
- внесение предложений по повышению эффективности диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий для ВИЧ-инфицированных лиц;
- образовательная работа с ВИЧ-инфицированными пациентами и их родственниками с учетом конфиденциальности и в рамках компетенции.

X. Работа мультидисциплинарной команды строится на основе комплексной диагностики клинического, психологического и социального состояния пациента, учёта его индивидуальных особенностей при реализации диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий.

XI. Рабочие встречи участников команды проводятся по графику, который определяет и утверждает руководитель команды, но не реже 1 раза в неделю. Содержанием рабочих встреч являются обсуждение состояния пациента и его динамики в процессе реализации диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий, особенностей участия пациента в проводимых мероприятиях, а также дальнейшее ведение пациента. Отчёты членов команды перед её руководителем могут носить характер общего обсуждения и быть индивидуальными.

XII. При оказании специализированной помощи ведётся соответствующая форма медицинской документации, регламентированная для данного этапа оказания медицинской помощи (медицинская карта амбулаторного больного, медицинская карта стационарного больного). Общие, индивидуальные осмотры пациентов членами команды, планы ведения пациентов, динамика состояния пациента, другая информация, имеющая отношение к оказанию помощи данному пациенту, фиксируются в медицинской документации. Медицинская документация хранится в соответствии с установленными правилами. Допуск к ней имеют все медицинские работники команды.

XIII. При реализации диагностических, лечебных и психосоциальных мероприятий члены мультидисциплинарной команды действуют в пределах своей компетенции, при этом каждый член мультидисциплинарной команды имеет право на отдельные встречи с пациентом и непосредственно отвечает за качество проводимых им мероприятий, в пределах своей компетенции.

XIV. По итогам деятельности мультидисциплинарной команды формируется ежеквартальный отчёт с указанием числа охваченных мультидисциплинарным подходом пациентов, объёма и характера проведённых медицинских и психосоциальных мероприятий.

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 6.

## Ситуация с Наргизой

*Врач находится на дежурстве в родильном доме. Приёмное отделение. На роды поступает молодая женщина – Наргиза, 27 лет, срок – 37 недель. Поступила в роддом самостоятельно, одна, без сопровождающих её лиц. У Наргизы 5-я беременность, было 3 аборта. Есть ребёнок, мальчик 5 лет. Поступила без обменной карты. На учёт по беременности не становилась, т. к. «не было возможности уйти с работы». На приёме нервничает. У Наргизы регулярные схватки в течение двух часов.*

**Врач:** Добрый день, меня зовут Вера Сергеевна, я – акушер-гинеколог и буду помогать Вам до рождения Вашего ребенка. Не беспокойтесь, все будет хорошо. (Доктор смотрит на пациентку, обе сидят, расстояние между врачом и пациенткой – 50–100 см). Наргиза: м-м-м (она отказывается разговаривать с врачом и не смотрит на неё).

Тестирование и консультирование на ВИЧ. **Врач:** Как Вас зовут? (Доктор пытается установить контакт глаз с пациенткой). Наргиза: Наргиза (робкий контакт глаз). **Врач:** Хорошо, Наргиза. Я вижу, что вы боитесь. Это Ваш первый ребенок? **Наргиза:** Нет (по-прежнему не смотрит на врача). **Врач:** Хорошо, Наргиза. Раз это у Вас не первые роды, то я уверена, что этот малыш родится быстрее и легче. Не беспокойтесь. Скажите, когда у Вас были предыдущие роды? Наргиза: 5 лет назад я родила мальчика. Это было больно и тяжело. Я очень боюсь. (Пациентка первый раз посмотрела на врача. Сейчас Наргиза выглядит более уверенной и расслабленной). **Врач:** Первые роды чаще всего более продолжительные и болезненные, чем последующие. Уверяю, что все будет хорошо, и мы Вам обязательно поможем. Мне необходимо посмотреть Вашу обменную карту из консультации (Протягивает свою руку Наргизе). **Наргиза:** У меня нет никакой карты. (У Наргизы начинаются схватки, и она не может продолжать сидеть. Она хватается за живот, встает и начинает ходить по комнате, прерывая контакт глазами с врачом).

**Врач:** Хорошо, Наргиза. Да-да, походите, это поможет уменьшить боль. (Врач встает и ходит вместе с пациенткой). Скажите, Наргиза, Вы посещали женскую консультацию? **Наргиза:** (продолжая ходить) Нет, я боялась туда обращаться. **Врач:** Я понимаю Вас, Вам было страшно туда ходить (Врач кладет руку на её плечо). **Наргиза:** Вы можете дать мне что-то обезболивающее? Боль такая сильная... (Наргиза по-прежнему стоит). **Врач:** Я Вам помассирую спину, это должно снизить боль. (Врач становится позади Наргизы и поглаживает ее по спине, чтобы снизить боль). Давайте я расскажу, что нам с Вами вместе предстоит сделать сейчас. Наргиза, мне надо Вас обследовать, чтобы знать, как

скоро появится ребёнок. Так же надо будет сделать анализы крови, чтобы быть уверенными, что у Вас и ребенка все в порядке. **Наргиза:** Хорошо. Я понимаю, я тоже сдавала анализы, когда рожала первый раз. (Она снова садится, схватки прекратились, она выглядит более спокойной). **Врач:** Я хочу объяснить Вам, что Вам надо сдать кровь, чтобы выяснить, если у Вас какие-либо заболевания, которые могут быть опасны для ребёнка, если вы не получите соответствующего лечения. **Наргиза:** Хорошо, я поняла. **Врач:** Мы сделаем тесты на гепатит (болезнь печени), на сифилис (ИППП). Также нужно сдать кровь на ВИЧ/СПИД, если Вы согласны. **Наргиза:** Доктор, но я нормальная женщина, а не проститутка и наркоманка. Почему я должна сдавать кровь на ВИЧ? **Врач:** Наргиза, я Вас прекрасно понимаю, я уверена, что Вы – хорошая женщина, но жизнь настолько сложна и, возможно, что Вы могли бы заразиться ВИЧ в прошлом, не зная об этом. Многие женщины, как и Вы, считают, что они никогда не сталкивались в своей жизни с ВИЧ и в тоже время они оказывались инфицированными. ВИЧ может передаваться при незащищённом половом контакте и переливании крови. **Наргиза:** Мне никогда не переливали кровь и я замужем уже 10 лет за одним и тем же мужчиной. **Врач:** Как я говорила раньше, жизнь очень сложна и лучше знать, есть ли у беременной ВИЧ или нет. Ведь если тест будет положительным, можно назначить лекарства и у ребенка не будет ВИЧ. **Наргиза:** Да, вы правы. Нужно знать, есть ли ВИЧ, чтобы защитить своего ребёнка. **Врач:** Наргиза, Вы приняли верное решение, мы прямо сейчас сделаем этот анализ и, Вы получите результат буквально через 30 мин. **Наргиза:** Расскажите, какие результаты могут быть? **Врач:** Результат может быть отрицательным или положительным. Отрицательный результат говорит о том, что ВИЧ не обнаружен. Если тест дает положительный результат, это означает, что ВИЧ может присутствовать, потому Вам и Вашему ребенку необходимо немедленно принимать лекарства, которые есть в нашем роддоме. **Наргиза:** (обеспокоенно) А если тест положительный, может мой ребенок быть инфицированным? **Врач:** Если лечение начать немедленно, то высока вероятность того, что ребёнок родится без ВИЧ. Хочу Вам сказать, что ВИЧ может передаваться ребенку и при кормлении грудью, поэтому нам с Вами нужно будет обсудить то, как Вы собираетесь его кормить. В любом случае, я буду с Вами, чтобы помочь Вам и ответить на все вопросы.

## Рекомендуемые вопросы при проведении дотестовой консультации.

### Рекомендуемые открытые вводные вопросы:

1. Как бы Вы хотели, чтобы я Вас называл(а)?
2. Что Вас привело сегодня в клинику?
3. Что бы Вы хотели знать, прежде чем уйдёте сегодня?
4. Что Вы слышали о СПИДе?
5. Как Вы думаете, вирус передается от одного человека другому?
6. Как Вы решили пройти обследование на ВИЧ сегодня?

### Рекомендуемые открытые вопросы для оценки риска:

1. Что заставляет Вас думать, что Вы рискуете заразиться (заразить) ВИЧ?
2. Что Вы делаете вообще в жизни такого, что могло бы поставить Вас под угрозу ВИЧ-инфицирования?

3. Расскажите мне о случае контакта с ВИЧ, из-за которого Вы сегодня пришли в клинику.
4. Когда в последний раз Вы имели незащищенный близкий телесный контакт?
5. Делились с кем-то иглой?
6. Если бы Вы оказались инфицированы, как Вы думаете, Вы могли бы заразиться?
7. Раньше Вы обследовались на ВИЧ? Когда и почему?
8. Каковы были результаты?
9. Со сколькими разными людьми вы имеете близкие физические отношения? Как часто?
10. Каков Ваш опыт внутривенного введения наркотиков? Как часто Вы это делаете?
11. Когда в последний раз Вы попадали в ситуацию риска ВИЧ-инфицирования?
12. Что тогда происходило?
13. Когда Вы имеете контакты без использования резиновых изделий для защиты?
14. Из того, что Вы делаете, какие вещи самые рискованные?
15. Каковы ситуации, когда Вы, скорее всего, подвергаетесь риску заражения?
16. Как часто Вы употребляете наркотики или алкоголь?
17. Как это воздействует на Ваше рискованное в отношении ВИЧ поведение?

**Рекомендуемые открытые вопросы для изучения попыток клиента снизить риск ВИЧ-инфицирования и приемлемых видов более безопасного поведения:**

1. Помните ли Вы такое время, когда Вы могли практиковать более безопасные телесные контакты (более безопасно пользоваться иглами, применять резиновые изделия)? Что Вы делали? Что делало это возможным для Вас? Как это было для Вас?
2. Что Вы делаете в настоящее время, чтобы защитить себя?
3. Что бы Вы хотели сделать, чтобы снизить ваш риск заражения ВИЧ?

Рекомендуемые утверждения, подкрепляющие положительные изменения, которые уже произошли:

1. Отлично, что Вы здесь!
2. Вы сделали первый шаг; Вы прекрасно поступили; так держать!
3. Важен и сам факт, что Вы озабочены ВИЧ.
4. Важно, что Вы признаете, что Вы действительно думаете об уменьшении своего риска ВИЧ-инфицирования.
5. Посмотрите, сколько Вы уже сделали, чтобы защитить себя (назовите конкретно)

**Преимущества и препятствия для нового поведения. Полезные вопросы:**

1. Что плохого Вы видите (видели) в новом поведении и что Вы теряете, осуществляя его?
2. Что хорошего Вы видите (видели) в новом поведении и какие преимущества оно Вам дает?
3. Что мешает (мешало) Вам вести себя по-новому?
4. Что помогает (помогало) Вам вести себя по-новому?
5. Кто – какие лица или группы – мог (бы) возражать против или не одобрять Вашего нового поведения?
6. Кто – какие лица или группы – мог (бы) поддержать и одобрить Ваше новое поведение?

**Рекомендуемые утверждения, поддерживающие и поощряющие клиента:**

1. Вы сделали нечто действительно хорошее для себя, создав этот план.
2. Вы сегодня проделали очень позитивные шаги на пути достижения очень важных личных целей.

**Рекомендуемые открытые вопросы для помощи клиенту в разработке индивидуального плана снижения риска:**

1. Вы могли бы сделать что-то одно для снижения Вашего риска прямо сейчас? Если да, то что именно?
2. Что бы Вы могли сделать, что «сработало» бы для Вас?
3. Что бы Вы могли делать иначе?
4. Как должно измениться Ваше поведение при тесных физических контактах, чтобы Вы были в безопасности?
5. Теперь, когда Вы определили некоторые шаги, которые Вы можете предпринять, как Вы могли бы исполнить их?
6. Что Вы могли бы сделать, чтобы облегчить эти шаги?
7. Кто поддержал бы Вас в том, чтобы предпринять эти шаги?
8. Когда, по вашему мнению, Вы сможете впервые попробовать (поведение, обсуждение)?
9. Насколько этот план реалистичен для Вас?
10. Что для Вас будет самым трудным из этого?
11. Что могло бы быть хорошего в изменении этого?
12. Что Вам понадобится для того, чтобы поступить иначе?
13. Что и как улучшится, если Вы...?
14. Как Ваша жизнь станет легче и безопаснее, если Вы измените...?

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 8.

## Основные методы контрацепции

Врач-гинеколог знакомит участников тренинга со следующей информацией. Контрацепция — это система мероприятий, направленная на профилактику нежелательной беременности, а не ИППП.

К основным методам контрацепции, применяющимся в настоящее время, относят:

1. Отказ от близких телесных отношений — самый действенный метод.
2. Барьерные контрацептивы, куда включают вагинальные спермициды (пенки, кремы, суппозитории), мужские и женские резиновые изделия №2, диафрагмы, цервикальные колпачки и противозачаточные губки.
3. Спермициды — химические вещества, которые инактивируют или убивают сперматозоиды.
4. Внутриматочные контрацептивы (спирали) — специальное медицинское устройство, которое вводится в полость матки на длительный период (в среднем на 3–5 лет). Спираль вводится только врачом.
5. Естественные методы планирования семьи — основаны на физиологии женской репродуктивной системы, действии женских половых гормонов. Сюда относят симптотермальный метод, метод измерения натяжения шеечной слизи, календарный метод, прерванный половой акт.
6. Метод лактационной аменореи — основан на подавлении выхода яйцеклетки (овуляции) гормоном пролактином, который выделяется в повышенном количестве головным мозгом на фоне грудного вскармливания. Эти методы подойдут только тем, кто готов к беременности!
7. Добровольная хирургическая стерилизация — необратимый хирургический метод, который используется и у женщин, и у мужчин. У женщин производится перевязка маточных труб, что предотвращает встречу сперматозоидов с яйцеклеткой. У мужчин идет речь о перевязке семявыносящих протоков, что прекращает выход сперматозоидов.
8. Гормональная контрацепция — метод контрацепции, заключающийся в гормональном подавлении овуляции, основанном на использовании синтетических аналогов женских половых гормонов. Различают оральную контрацепцию и пролонгированную контрацепцию (имплантаты и инъекции). Кроме того, иногда используются такие виды гормональной контрацепции, как противозачаточ-

ный пластырь, противозачаточное вагинальное кольцо, внутриматочная гормональная система. Гормональные противозачаточные средства могут быть назначены только после консультации с врачом.

9. Неотложная (посткоитальная) контрацепция — используется для предотвращения наступления нежелательной беременности в случае незащищенного полового акта или факта насилия.

*Подводя итог, необходимо отметить, что только резиновые изделия №2 способны защитить организм человека во время полового акта от проникновения инфекций. Все остальные средства в этом отношении неэффективны.*

### **Методика проведения игры «Викторина»**

Помещение делится на 2 части (с одной стороны будут согласные с утверждением ведущего, с другой стороны — участники с противоположным мнением). Ведущий задаёт вопрос, выслушивает мнение согласных и несогласных участников, затем даёт правильный ответ на вопрос

#### **А. Резиновые изделия №2 — это единственный и 100%-й эффективный способ защиты от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)?**

**Неверно.** Воздержание — наилучший способ профилактики ИППП. Резиновое изделие №2 — это наиболее эффективный способ защиты от ИППП, но только полное воздержание является эффективным на 100 % способом.

#### **Б. Использование двух резиновых изделий №2 одновременно обеспечивает большую защиту от ИППП?**

**Неверно.** Резиновые изделия №2 предназначены для использования их по одному — трение между двумя изделиями может привести к их разрыву.

#### **В. Резиновые изделия всегда эффективны в плане защиты от ИППП?**

**Неверно.** Некоторые инфекции (сифилис, ВПГ, чесотка) могут передаваться бытовым путем.

Подводятся итоги, участники делятся впечатлениями, рассказывают, что нового они узнали, повысился ли их уровень информированности, сбылись ли ожидания.



# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 10.

---

## Сценарий проведения «группы взаимопомощи» ЛЖВ

Здравствуйте, меня зовут \_\_\_\_\_. Я ВИЧ-позитивная, живу с ВИЧ \_\_\_\_\_лет,

Сегодня я – ведущий группы. Это собрание «группы взаимопомощи» для ВИЧ-позитивных людей, которое проходит регулярно с ..... по \_\_\_\_\_.

### Зачитывается преамбула

Преамбула «группы взаимопомощи» ВИЧ-позитивных \_\_\_\_\_(название группы)

Мы собираемся для того, чтобы поделиться своими чувствами и накопленным опытом.

Это даёт каждому из участников уникальное чувство сопереживания и взаимной поддержки, а также возможность собрать воедино практическую информацию и способы преодоления трудностей.

«Группа взаимопомощи» – это не место для критики и конфликтов, с которыми каждый из нас нередко сталкивается. На встречах группы каждого участника принимают, встречают и ценят. Здесь отдают должное всем достижениям и победам, какими бы незначительными они ни казались посторонним.

Группа существует и растёт за счёт того вклада, который вносят в её работу отдельные участники. У них есть, что дать группе и что взять у неё. Возможность быть услышанным и выслушать других – это фундамент всей многообразной поддержки, которую может дать группа её участникам.

Напоминаем, что, когда один из участников говорит, остальные не должны перебивать, комментировать и переговариваться между собой. Желание немедленно найти решение проблемы иногда мешает слушать. Некоторые члены группы считают, что, если у кого-то есть проблемы, они обязаны их решить. На самом деле это не так. Приходя на встречу этой группы, каждый может рассчитывать на то, что все сказанное им останется в этих стенах, а унести с собой он сможет лишь то, что сам пожелает взять из опыта других ВИЧ-позитивных людей.

### **Ознакомимся с правилами проведения группы.**

#### **Правила группы (читает фасилитатор):**

Не обсуждать за пределами «группы взаимопомощи» то, что здесь услышано. Это необходимо, чтобы чувствовать себя безопасно.

Общение в группе проходит в форме монолога. Говорит один человек, другие — слушают и не перебивают. Все вопросы — после собрания.

Не критиковать, не осуждать, не давать советов, рассказывать только о своем опыте. Говорить от первого лица, о себе и про себя, используя исключительно местоимение «я».

Говорить по очереди, не перебивая друг друга. Не давать «обратной связи», если выступающий об этом не просил. Если вы хотите высказаться, пожалуйста, предварительно назовите своё имя и причину, по которой вы сегодня сюда пришли.

Не задавать вопросов в 1-й части собрания группы. Это можно будет сделать во 2-й части. Так как время собрания нашей группы ограничено, просим вас не затягивать свою речь, чтобы дать возможность высказаться всем желающим.

## Есть ли у нас новички? Если да, прошу назвать ваше имя. Как давно знаете о своём ВИЧ-статусе?

### 1-я часть (до 30 минут)

Предлагаю участникам высказаться по кругу, назвав имя и количество лет жизни с ВИЧ, а также, в каком эмоциональном состоянии пребываете. Что вас радует или волнует сейчас относительно вашей жизни с ВИЧ.

### 2-я часть (45 минут)

Прошу предложить тему для обсуждения. Темой обсуждения может быть какой-либо из вопросов, упомянутых в первой части, или любой важный вопрос для участников группы. Во время дискуссии говорящий участник может попросить других:

- только слушать;
- слушать и поддержать;
- слушать и поделиться своим опытом.

### 3-я часть (15 минут). Обратная связь

Предлагаю участникам высказаться по кругу и дать обратную связь по прошедшей встрече группы. В каком эмоциональном состоянии пребываете, что понравилось и не понравилось, что было интересно, а что нет?

*Помните, что высказываться нужно от первого лица, избегать обобщений и опираться на собственный опыт. Следует также избегать категорических советов типа «Тебе не следует...» и желательно соблюдать регламент.*

### Завершение

Давайте встанем, возьмёмся за руки и пожелаем друг другу ..... Всё, что здесь было сказано и услышано, пусть останется только в группе.

### Завершение собрания группы

Чаепитие и непринужденное общение ( \_\_\_ минут)

## Общая модель консультирования

### БЛОК 1. Знакомство с клиентом и начало беседы

1. Первый контакт. Демонстрация доброжелательности и заинтересованности в сотрудничестве.
2. Ободрение. Желательно подбадривать клиента словами: «Проходите, пожалуйста», «Усаживайтесь поудобнее» и т. п.
3. Небольшая пауза (45–60 секунд).
4. Собственно знакомство. «Давайте познакомимся. Как мне к Вам обращаться?» После этого необходимо представиться самому.
5. Формальности. До начала собственно консультирования консультант обязан предоставить клиенту максимум информации о процессе и его важных особенностях: цель, квалификация консультанта, приблизительная продолжительность, целесообразность консультирования в данной ситуации, риск временного ухудшения психологического состояния клиента, границы конфиденциальности.
6. Начало консультации. «Какие вопросы Вы хотели обсудить со мной в первую очередь?»

Поддержка.

### БЛОК 2. Расспрос клиента, формирование гипотез

1. Активное слушание.
2. Принятие модели ситуации клиента в качестве временной. Консультанту не стоит вступать в споры с клиентом, тем более обличать его, ловить на противоречиях. Структурирование беседы. Побуждение к более рациональному изложению, рассуждениям. Резюме.
3. Понимание того, как клиент сам воспринимает и объясняет ситуацию (модели ситуации клиента) без изложения на данном этапе выводов (!). Формулировка нескольких гипотез в отношении модели:
  - а) верная ли модель,
  - б) полная ли.
4. «Критика» гипотез. Консультант задаёт клиенту вопросы, направленные на уточнение, «критику» гипотез. В результате остается только одна рабочая гипотеза (основная).

5. Изложение своей гипотезы клиенту. Подчеркнуть, что соображения консультанта – пока только гипотеза (предположение).

6. Нахождение истины. Рассматриваются различные ситуации, типичные и не совсем типичные. Перед тем как приступить к следующему этапу, проблема и гипотеза (модель проблемной ситуации) должны быть сформулированы и приняты обеими сторонами.

### **БЛОК 3. Оказание воздействия**

1. Если проблема и гипотеза не соответствуют ситуации клиента, то и дальнейшая работа с клиентом (воздействие) находится под угрозой; а если наоборот (модель проблемной ситуации выбрана правильно), то и самому клиенту будет интересно.

2. Коррекция установок клиента. Следует уделить внимание установкам, направленным на обретение спокойствия и уверенности (успокоиться или, наоборот, мобилизоваться). Установки можно «принимать» в виде самовнушения.

3. Коррекция поведения клиента. Помощь клиенту в формулировании возможных альтернатив обычному поведению. Анализ и критика этих альтернатив, оценка их пользы и эффективности. Выбор лучшей альтернативы. Разработка плана внедрения этой альтернативы. Тренировка шагов на применение альтернативы.

### **БЛОК 4. Завершение консультации**

1. Подведение итогов беседы. Краткое обобщение всего происшедшего.

2. Обсуждение вопросов, касающихся дальнейших отношений клиента с консультантом или другими специалистами.

3. Прощание.

## Консультация, ориентированная на решение проблемы

Самая общая модель структуры такого консультативного процесса называется эклектической (В.Е. Gilland) и подразумевает шесть тесно связанных между собой стадий.

**1. Исследование проблем.** Необходимо внимательно выслушать клиента, говорящего о своих трудностях, и проявить максимальную искренность, эмпатию, заботу, не прибегая к оценкам и манипулированию. Следует поощрять клиента к углублённому рассмотрению возникших у него проблем.

**2. Двумерное определение проблем.** На этой стадии консультант стремится точно охарактеризовать проблемы клиента, устанавливая, что он чувствует и думает в данной ситуации. Уточнение проблем ведётся до тех пор, пока клиент и консультант не достигнут одинакового их понимания; в результате проблемы должны быть определены конкретными понятиями. Точное определение проблем позволяет понять их причины, а иногда указывает на способы их разрешения. Если при определении проблем возникают трудности, неясности, то надо вернуться к стадии исследования.

**3. Идентификация альтернатив.** На этой стадии выясняются и открыто обсуждаются возможные альтернативы решения проблем. Пользуясь открытыми вопросами, консультант побуждает клиента назвать все возможные варианты, которые тот считает подходящими и реальными, помогает выдвинуть дополнительные альтернативы, однако не навязывает своих решений. Во время беседы можно составить письменный список вариантов, чтобы их было легче сравнивать. Следует найти такие альтернативы решения проблем, которые клиент мог бы использовать непосредственно. Можно использовать таблицу решения проблем (Таблица 1).

**4. Планирование.** На этой стадии осуществляется критическая оценка выбранных альтернатив решения. Консультант помогает клиенту разобраться, какие альтернативы подходят и являются реалистичными с точки зрения предыдущего опыта и настоящей готовности измениться. Составление плана реалистичного решения проблем должно также помочь клиенту понять, что не все проблемы разрешимы. Некоторые проблемы требуют слишком много времени; другие могут быть решены лишь частично посредством уменьшения их деструктивного, дезорганизирующего поведения воздействия. В плане решения проблем следует предусмотреть, какими средствами и способами клиент проверит реалистичность выбранного решения (ролевые игры, «репетиция» действий и др.). Постановка нереалистичных задач приведет к их невыполнению, снижению самооценки клиента и доверия к консультанту и, как следствие, к возможному прекращению дальнейшей деятельности.

**5. Деятельность.** На этой стадии происходит последовательная реализация плана решения проблем. Консультант помогает клиенту строить деятельность с учётом обстоятельств, времени, эмоциональных затрат, а также с пониманием возможности неудачи в достижении целей. Клиент должен усвоить, что частичная неудача — ещё не катастрофа, и следует продолжать реализовывать план решения проблемы, связывая все действия с конечной целью.

**6. Оценка и обратная связь.** На этой стадии клиент вместе с консультантом оценивает уровень достижения цели (степень разрешения проблемы) и обобщает достигнутые результаты. Даже минимальные результаты должны приветствоваться и вызывать одобрение. В случае надобности возможно уточнение плана решения. При возникновении новых или глубоко скрытых проблем необходим возврат к предыдущим стадиям.

#### **10.6. Таблица. Решение проблемных ситуаций: рабочая таблица**

Данная таблица может быть использована при работе над решением актуальных проблем клиента. Спектр проблем может быть различным: отказ от лечения, отсутствие места жительства, трудность в получении препаратов, употребление наркотиков и лечение АРТ и т. д.

##### **Ход работы:**

Консультант и клиент формулируют проблему, над которой будут работать. При этом важно сформулировать одну проблему и максимально чётко, так, чтобы она звучала как решаемая. Например, плохим вариантом является формулировка «я не могу начать лечение», хорошим — «я не могу начать лечение, т. к. боюсь, что не смогу пить таблетки при активном употреблении наркотиков». Сформулированная проблема записывается в соответствующее поле.

Консультант и клиент записывают все возможные варианты решения. Записываются все варианты, которые указывает клиент, даже если они не являются адекватным решением. Например, «не начинать лечение».

Далее рассматриваются сильные и слабые стороны каждого варианта. Сначала записываются все преимущества, названные клиентом, затем формулируются слабые стороны решения. В результате данной процедуры клиент должен сам прийти к выводу, что не все названные им решения являются адекватными, реалистичными.

В конце консультации клиент выбирает один из вариантов решения. Если клиент выбрал неадекватный способ решения, стоит уделить внимание оценке информированности клиента по данной проблеме.

Необходимо обязательно указать шаги по реализации выбранного варианта решения проблемы.

**1. В чем заключается моя проблема?**

<b>2. Варианты решения/идеи</b>	<b>3. Сильные и слабые стороны</b>	
	<b>Сильные стороны</b> (почему это можно считать хорошей идеей)	<b>Слабые стороны</b> (препятствия; почему это следует считать неудачной идеей)



Таблица «Ведение случая для РК»

№	Виды целей	Цель	Задачи	Перечень мероприятий, которые необходимо провести для исполнения поставленных задач	Ответственный специалист	Сроки выполнения	Отметка о выполнении, примечания
1.	Проблема, которая больше всего беспокоит клиента						
2.	Поведение, при отсутствии контроля над которым могут наступить тяжёлые последствия						
3.	Вопрос, который волнует специалиста или ведомство, направившее клиента						
4.	Поведение, с которым можно справиться наиболее быстро						
5.	Промежуточные цели, что нужно сделать в первую очередь						

## Консультация, направленная на информирование о заболевании и лечении

Данный тип консультаций лучше использовать, если у консультанта есть опасения, что клиент не придёт на повторную консультацию. Некоторые консультанты считают, что трудно предугадать, придёт клиент еще раз или нет, и предпочитают посвятить первую встречу обсуждению основных сведений о ВИЧ и лечении. Однако если консультант ориентирован на долгосрочные отношения с клиентом (сопровождение), стратегической целью первой встречи является установление контакта и доверия. Первичная консультация, как правило, подразумевает выявление потребностей и ожиданий клиента и, если возможно, разрешение некоторых вопросов, интересующих клиента. Также во время первичной консультации необходимо достигнуть договорённости о режиме последующих встреч. Если консультант выбрал стратегию, ориентированную на информирование, стоит последовательно рассмотреть каждый пункт плана, если у клиента уже есть знания по вопросу, необходимо переходить к следующему пункту.

1. Иммунная система.
2. Жизненный цикл.
3. АРВП, механизм действия.
4. Цели приёма АРТ.
5. Признаки эффективности АРТ.
6. Особенности приёма АРВП.
7. Понятие приверженности.
8. Резистентность.
9. Информация о схеме клиента.
10. Планирование беременности.
11. Токсичность.
12. Побочные эффекты.
13. Совместимость с другими препаратами.
14. Действия при рвоте и пропуске приёма АРВП.
15. Хранение АРВП.
16. Организация приёма АРВП.
17. Правила и режим получения АРВП.
18. Сообщения об изменении состояния клиента.
19. Профилактика опасного поведения.
20. Координаты организации.
21. Обратная связь (как, где и когда клиент и консультант будут видеться).

## Консультация, ориентированная на изменение поведения (техника мотивационного интервьюирования из восьми частей)

**1. Начальная стратегия:** разговор об образе жизни клиента, стрессах и проблемах, существующих на сегодня. В процессе беседы затрагиваются темы о жизни с ВИЧ, лечении. Например, «Что Вас беспокоит?».

**2. Начальная стратегия:** разговор о здоровье и проблемном поведении, о социальной ситуации. На данном этапе консультант непосредственно выясняет особенности восприятия клиентом проблемного поведения (например, отказ от лечения). Эта стратегия будет особенно полезна, когда консультант видит связь между поведением и проблемой. Например, клиент отказывается принимать АРТ, но при этом жалуется на проблемы со здоровьем (по лабораторным и клиническим показателям также необходим приём препаратов). После разговора о работе, отдыхе, увлечениях и т. д. (в зависимости от того, что будет более уместно в конкретной ситуации, о чем охотнее всего будет говорить клиент), можно задать простой открытый вопрос, например: «Какова роль ВИЧ в Вашей повседневной жизни?», или «Как отказ от лечения влияет на Ваше здоровье?», или «Как отказ от лечения может повлиять на Ваш отдых, работу, отношения в семье?» и т. д.

**3. Рассмотрение вместе с клиентом его типичного дня (с утра и по минутам, что за чем следует).** Вначале клиенту предлагается выбрать какой-то один типичный день или типичную неделю из его жизни. После этого консультант формулирует предложение: «Интересно было бы проанализировать этот день (эту неделю и т. д.). Мы можем потратить следующие 5–10 минут, чтобы описать этот день (неделю) от начала и до конца. Что происходило, о чем Вы при этом думали, что чувствовали, какую роль играл Ваш статус (здоровье, лечение)? Давайте начнём с самого начала». На этом этапе основная роль консультанта заключается в постановке простых и откровенных вопросов, побуждающих клиента рассказывать и анализировать сказанное. Следует уделять внимание словам и фразам клиента относительно его отношения к тому, какие действия он совершает или не совершает сейчас (например, «я не чувствую себя больным, пока не начну лечение», или, наоборот, «я никогда долго не пил таблетки — не знаю, как я это буду делать на работе»). Задача данной стратегии развить и закрепить доверительные отношения, рассказать о текущем положении дел без упоминания слов «проблема» или «ненормально», «так нельзя».

**4. Обсуждение с клиентом плюсов (что хорошего) и минусов (что плохого),** если он откажется от проблемного поведения (например, откажется принимать таблетки или будет их принимать). На этой стадии клиент чётче говорит о сомнениях и опасениях в связи с проблемой, важно удерживаться от прямых вопросов и слов «проблема», «озабоченность» или заявлений в стиле «нужно что-то делать». Вначале стоит спросить клиента, какие позитивные моменты он находит в проблемном поведении, **например**, отказе от приёма таблеток. «Что дает Вам отказ от терапии?», «Что Вы потеряете, если начнете АРТ? Что ещё?». Стоит поддержать клиента в том, что он анализирует свою жизнь, **на-**

**пример:** «Вы много узнали о ВИЧ и лечении и, наверняка, знаете эти вопросы с разных сторон...». Далее стоит обсудить вариант, если клиент не начнёт лечение: «Есть ли какие-то нежелательные моменты, которые могут наступить, если Вы не начнете терапию? Что еще? А что еще?». Далее необходимо суммировать все сказанное клиентом ранее – и про хорошие, и про плохие стороны отказа от АРТ. Хороший признак, если в конце данной стадии клиент сам говорит открыто о своем положении примерно следующее: «Я до сих пор не понимал, насколько АРТ может влиять на мою жизнь».

Предоставление информации, которая в будущем может помочь при обдумывании решения. На данном этапе консультант предоставляет клиенту информацию о роли АРТ и негативных последствиях отказа от приёма.

**6. Обсуждение будущего (актуализация планов, мечты и желаний) и настоящего (текущая жизнь и ВИЧ).** Сравнение будущего и настоящего необходимо для того, чтобы найти повод для размышления. Эта стратегия используется только с теми клиентами, кто хоть немного озабочен своим проблемным поведением (отказом от лечения). Прежде всего, стоит побудить клиента рассказать о его представлениях о будущем (именно в контексте стремлений и желаний). «Что в жизни является для Вас самым важным? А ещё?», «Что хорошего говорят о Вас Ваша семья, друзья, знакомые?», «Чем Вы, в идеале, хотели бы заниматься через год? Через два? Через пять лет?». Необходимо подытожить сказанное клиентом о его будущем, **например**, «В общем, можно сказать, что Вы планируете ...». Далее необходимо четко сформулировать противоречия, указать клиенту на несовместимость жизни клиента в данный момент (отказ от терапии) с тем, как он/она хочет жить в будущем. В завершение данного этапа необходимо поддержать клиента и укрепить мысль о его способности контролировать свою жизнь.

**7. Исследование вместе с клиентом опасений и проблем, беспокоящих его в связи с проблемным поведением и изменением поведения.** Этот этап является самым важным. На основании полученной информации об опасениях и проблемах, беспокоящих клиента в связи с проблемным поведением, составляется план дальнейшей работы. Однако к этому этапу стоит переходить только в том случае, если у клиента есть опасения, о которых он рассказал. Этот этап будет преждевременным, если клиент вообще не думает об изменении своего поведения. Консультанты иногда допускают ошибку, начиная с этой стратегии, так как данный этап кажется консультанту очевидным и простым. Можно начать с вводного вопроса: «После того, как мы уже многое обсудили, какие опасения у Вас есть по поводу Вашего отказа от лечения?». Затем необходимо подытожить сказанное, **например:** «То есть Вы говорите о том, что...». Можно задать следующий вопрос: «А что ещё Вас пугает (смущает, беспокоит)? Что ещё? Что ещё?». Стоит обсудить все опасения. В конце делается обобщение по всему сказанному. При этом подчеркиваются не только высказанные опасения, но также и высказанные ранее выгоды (плюсы, преимущества) от проблемного поведения. **Например:** «Попробую обобщить то, что Вы сказали. Итак, Вас беспокоит то, что если Вы не начнете АРТ, то ... А с другой стороны, по Вашим словам, то, что Вы не пьёте таблетки, позволяет вам чувствовать себя полностью здоровым, «сохранить» печень, избежать того, что таблетки могут увидеть другие люди... Я правильно вас понял?».

**8. Сопровождение и поддержка клиента в принятии самостоятельного решения (обсуждение плана действий).** Переход на этот этап целесообразен только для тех клиентов,

кто уже выражает желание принять решение по поводу изменения. С одной стороны, не нужно торопить клиента с принятием решения, с другой, принятие решения может затянуться. Если клиент не принимает быстро решения относительно начала АРТ, часто консультант прибегает к давлению и манипуляции («закончатся таблетки», «умрёшь» и т. д.). Данные методы часто являются единственным вариантом принятия быстрого решения, однако, следует учитывать, что данный подход создает угрозу приверженности в будущем. Например, как только человек почувствует себя лучше, он может отказаться от приёма лекарств. Вероятно, если позволяет состояние здоровья, лучше дать время клиенту для принятия самостоятельного решения, при этом реализуя действия, направленные на поддержку в принятии адекватного решения.

**Вопросы для обсуждения при консультировании:**

- цель АРТ, механизм действия АРВП;
- ежедневная схема приёма препаратов;
- правила приёма препаратов (взаимосвязь с едой, другими препаратами);
- правила хранения препаратов;
- негативные последствия нарушения режима и дозирования АРВП; организация приёма препаратов, если пациент работает;
- правила и режим получения АРВП в лечебно-профилактическом учреждении.

**10.7. Таблица. Метод контроля приёма АРВП и возникновения побочных эффектов**

Название препарата	Время приёма препарата	Время приёма пищи	Описание самочувствия

# РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ УЧАСТНИКОВ. МОДУЛЬ 13.

---

**Цель:** Получение итоговой либо промежуточной обратной связи от участников.

**Задачи:**

1. Определить удовлетворённость группы тренингом;
2. Дать возможность участникам выказать свои чувства и высказать пожелания.

**Ожидаемый результат:** тренеры получили обратную связь от слушателей, участники выразили свои пожелания и прокомментировали результаты тренинга. Способ может быть актуален, если участники неохотно делятся своими чувствами и на второй стадии групповой динамики. Анкетирование можно проводить параллельно с другими методами сбора обратной связи

**Продолжительность:** 5 или 10 минут.

**Необходимые материалы:** Бланки анкет по числу участников.

**Инструкция:** Каждый участник получает и заполняет анонимно бланк ежедневной либо итоговой анкеты обратной связи.

## **Анализ дня**

(1 – наименьшая оценка, 10 – наибольшая, обведите, пожалуйста, выбранную оценку.

Пожалуйста, ответьте на ВСЕ вопросы, команда тренеров будет благодарна за развёрнутые и конкретные ответы на открытые вопросы № 7–10)

1	Насколько я доволен тем, что происходило сегодня	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
2	Насколько я доволен своей работой	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
3	Насколько я доволен работой тренеров	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
4	Сегодня я приобрёл много новой информации по теме семинара	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
5	Я чувствовал себя сегодня в группе на	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
6	Сегодня было продуктивно использовано...	_____ % времени
7	Что было для меня сегодня особенно полезным?	
8	Что мне мешало работать?	
9	Самое ценное из того, что я узнал и понял сегодня	
10	Я сегодня весь день хотел сказать, что...	

## Итоговая анкета

*Комментарий: Необходимо привести бланк анкеты в соответствие с реальным расписанием тренинга. То есть внести в бланк название каждого блока, упражнения и других этапов. Анкеты распечатываются по числу участников и заполняются после завершающих процедур тренинга анонимно в индивидуальном порядке. Ниже приведен бланк анкеты.*

*Примеры анкет обратной связи, используемые при проведении тренингов.*

### **Итоговая анкета, тренинг «Повышение знаний и навыков консультирования в области репродуктивного здоровья для женщин, живущих с ВИЧ»**

*Уважаемые участники тренинга! Просим Вас ответить на вопросы этой анкеты. Ваши ответы помогут нам понять, насколько удался семинар- тренинг, и извлечь уроки на будущее. Анкета анонимная и не займёт у Вас много времени.*

#### **1. Опишите общее впечатление от тренинга:**

---

---

---

#### **2. Что было для Вас важным в течение всего тренинга?**

---

---

---



### 3. Какие темы тренинга были для Вас интересны и полезны?

(отметьте галочкой ответ «да» – интересно и полезно; «нет» – не интересно и не полезно)

#### Информационные блоки

2		да	нет
2.1.	Введение: мифы и слухи о ВИЧ, СПИДе и ЛЖВ		
2.2.	Разница между ВИЧ и СПИДом		
2.3.	От ВИЧ к СПИДу – что ВИЧ делает в организме?		
2.4.	Репродуктивные органы и их функции		
	Передача и профилактика ВИЧ		

#### 3.

3.1.	Введение: наши собственные взгляды и ценности		
3.2.	Что такое консультирование?		
3.3.	Ключевые навыки консультирования для «равных консультантов»		
3.4.	Резюме модуля		

#### 4.

4.1.	Введение: обзор программы обучения по принципу «равный – равному»		
4.2.	Понятие об обучении по принципу «равный – равному»		
4.3.	Роль и обязанности «равных консультантов»		
4.4.	«Равные консультанты» как часть мультидисциплинарной команды		
4.5.	Резюме модуля		

**5.**

<b>5.1.</b>	Определение феномена «выгорания» и рабочего стресса		
<b>5.2.</b>	Предупреждение феномена «выгорания» и рабочего стресса		
<b>5.3.</b>	Навыки борьбы со стрессами		

**6.**

<b>6.1.</b>	Консультирование и тестирование на ВИЧ: отправная точка для оказания помощи		
<b>6.2.</b>	Уход и лечение при ВИЧ: в чем разница?		

**7.**

<b>7.1.</b>	Введение: мифы и факты об АРТ		
<b>7.2.</b>	Кому нужна АРТ?		
<b>7.3.</b>	Цели и преимущества АРТ		
<b>7.4.</b>	Резюме модуля		

**8.**

<b>8.1.</b>	Здоровье и репродуктивное здоровье. Общие понятия		
<b>8.2.</b>	Профилактика инфекций, передаваемых половым путем. Понятия о методах контрацепции.		
<b>8.3.</b>	Барьерная контрацепция		

**9.**

<b>9.1.</b>	Введение: обзор профилактики передачи от матери ребёнку (ППМР)		
<b>9.2.</b>	Стратегии предотвращения передачи ВИЧ от матери ребёнку		
<b>9.3.</b>	Практикум по ППМР		

**10.**

<b>10.1.</b>	Введение: важность приверженности		
<b>10.2.</b>	Основы приверженности		
<b>10.3.</b>	Основы психосоциальной поддержки		
<b>10.4.</b>	Общие препятствия на пути к приверженности и психосоциальному благополучию		
<b>10.5.</b>	Помощь людям в подготовке к лечению и соблюдении режима лечения. Часть 1: Групповое обучение		
<b>10.6.</b>	Помощь людям в подготовке к лечению и соблюдении режима лечения. Часть 2: Индивидуальное консультирование, оценка и планирование		
<b>10.7.</b>	Обеспечение постоянной приверженности и психосоциальной поддержки		
<b>10.8.</b>	Мониторинг приверженности		
<b>10.9.</b>	Резюме модуля		

**11.**

<b>11.1.</b>	Введение: наш собственный опыт работы со стигмой		
<b>11.2.</b>	Как стигма и дискриминация влияют на услуги в связи с ВИЧ?		
<b>11.3.</b>	Стратегии борьбы со стигмой		

**12.**

<b>12.1.</b>	Основные права человека		
<b>12.2.</b>	Права и обязанности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)		
<b>12.3.</b>	Права репродуктивного здоровья граждан		

4. Тренинг оправдал мои ожидания на \_\_\_\_\_%

5. Каким темам, на Ваш взгляд, необходимо было уделить больше времени?

---

6. На какие вопросы Вы не получили ответы в ходе тренинга?

---

7. Как Вы оцениваете работу тренеров на тренинге? (обведите цифру, которая соответствует Вашему мнению, чем больше цифра – тем лучше оценка).

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

8. Сможете ли Вы применить полученные знания и навыки в своей деятельности по консультированию/профилактике в связи с ВИЧ (обведите цифру, которая соответствует Вашему мнению – чем больше цифра, тем лучше оценка)

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

9. На сколько процентов Вы сможете использовать полученные знания на практике?

10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

10. Ваши пожелания организаторам

---

---

---

---

---

---

---

**СПАСИБО!**





