



**ПОСОБИЕ ПО ПРОВЕДЕНИЮ
КОМПЛЕКСНОГО
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ
СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ**

Фонд развития МСП
декабрь 2020 г.

«Пособие по проведению комплексного медико-социального сопровождения пациентов с ВИЧ-инфекцией старшего поколения»

Москва, 2020 г.

Авторы:

Екатерина Степанова, к.м.н.,
врач-инфекционист, терапевт,
организатор здравоохранения

Полина Четкарева,
медицинский психолог

Пособие подготовлено
по заказу Фонда развития МСП

www.spdfund.org



**Фонд развития межсекторного
социального партнерства**

Пособие предназначено для медицинских и немедицинских специалистов (социальных работников, психологов, равных консультантов), работающих в сфере помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией старше 50 лет, оказывающих им услуги консультирования и медико-социального сопровождения. Цель Пособия – повысить уровень информированности и предоставить работникам здравоохранения методический и практический инструментарий для повышения эффективности работы с данной категорией пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Введение	2
Глава 1. ВИЧ-инфекция у пациентов старшего поколения.....	4
▪ Два портрета пациента старшего возраста.....	5
▪ Возрастная периодизация, возрастные особенности психики.....	8
▪ Особенности социальной сферы людей старшего возраста.....	13
▪ Особенности, связанные с соматической патологией и ранним старением при ВИЧ-инфекции.....	15
Глава 2. Основные проблемы и потребности пациентов старшего возраста с ВИЧ-инфекцией.....	26
Глава 3. Методы и принципы организации сервисов, адаптированных для людей с ВИЧ старшего поколения.....	38
▪ Модель комплексного медико-социального сопровождения пациентов (принципы, особенности, организация).....	39
▪ Виды медицинских и немедицинских сервисов, востребованных пациентами.....	50
▪ Принципы и особенности работы мультипрофессиональных команд, основные требования к персоналу.....	60
Глава 4. Подходы к привлечению пациентов старшего возраста к получению услуг, повышению их приверженности диспансеризации и лечению.....	68
Глава 5. Мониторинг и оценка.....	72
Заключение	75

«Зрелость любого государства определяется двумя показателями: его заботой о детях и его уважительным отношением к старикам».
Конфуций

В начале 2000-х гг. ВИЧ-инфекция была, по сути, болезнью молодых и беспечных. Прошло 20 лет борьбы, в которой мы пока еще не победили, однако ситуация существенно изменилась. Сегодня ВИЧ касается каждого. Более того, ВИЧ-инфекция «постарела». Причины просты: не только стали старше те, кто был инфицирован в начале нулевых, но и о своем диагнозе все чаще стали узнавать те, кто уже перешагнул отметку в 50 лет.

Именно по этим причинам одним из приоритетных направлений развития здравоохранения¹ сегодня становится создание системы оказания медицинской помощи для пациентов старшего возраста во взаимодействии с организациями социального обслуживания, некоммерческими организациями, осуществляющими деятельность в сфере охраны здоровья граждан. Стимулирование активного долголетия – одно из ключевых направлений социально-экономического развития РФ на период до 2025 года². Что стоит за этими декларативными фразами?

В России появляются «бережливые» поликлиники, увеличивается число гериатрических отделений для пациентов старшего возраста, однако проблема улучшения качества медицинской помощи для ВИЧ-положительных людей остается. Медицинский персонал СПИД-центров, к сожалению, не всегда учитывает особенности пациентов старшего возраста. Инфекционисты привычно следят за уровнем иммунных клеток и вирусной нагрузкой пациентов, не обращая пристального внимания на соматическую патологию. При этом возрастные изменения при ВИЧ-инфекции наступают раньше и требуют наблюдения – пациенты с ВИЧ особенно подвержены болезням и стрессам, а также проблемам социального характера.

Кроме того, стоит принимать во внимание, что пациенты могут быть ограничены в посещении других медицинских и социальных организаций, опасаясь раскрытия диагноза или дискриминации по причине ВИЧ-статуса.

¹ Стратегия развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 6 июня 2019 г. №254).

² Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение».

При оказании медицинской помощи важен бережный и комплексный подход, учитывающий возрастные психологические и социальные особенности возрастных пациентов. Только комплексное медико-социальное сопровождение пациентов старшего возраста способно укрепить доверие к медицинской помощи и помочь сформировать благоприятную среду для долгой и максимально здоровой жизни с ВИЧ.

Это пособие призвано помочь разным специалистам научиться не только лучше понимать потребности пациентов старшей возрастной категории, живущих с ВИЧ, но и приобрести полезные навыки во взаимодействии с коллегами. На наш взгляд, работа в команде подразумевает выполнение не только своих обязанностей, но и понимание функций всех участников процесса. Такой кросс-функциональный подход позволит наиболее эффективно оказывать помощь пациентам. Так, к примеру, врачу-инфекционисту эта информация поможет выстроить «мост» от пациента к социальному работнику или другим специалистам, в приеме которых тот нуждается.

ГЛАВА 1.

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ

- Два портрета пациента старшего возраста
- Возрастная периодизация, возрастные особенности психики
- Особенности социальной сферы людей старшего возраста
- Особенности, связанные с соматической патологией и ранним старением при ВИЧ-инфекции



Два портрета пациента старшего возраста

Всех пациентов с ВИЧ старшего возраста условно можно поделить на две большие группы – в зависимости от времени их инфицирования. Попробуем разобраться в их характеристиках.

Первая группа

Первая группа – люди, которые узнали о своем диагнозе давно, получали необходимое лечение и дожили до старшего возраста.

Это люди, инфицированные в 1990–2000-е гг. Напомним, в то время актуальным было понятие «группа риска» – эпидемия была распространена среди людей с максимальными рисками инфицирования.

Если мы обратимся к статистике, то увидим, что ведущим путем передачи ВИЧ-инфекции являлся парентеральный путь³. Поэтому частым спутником ВИЧ-инфекции были хронические вирусные гепатиты и зависимость от психоактивных веществ.

В эту группу риска преимущественно входили мужчины без законченного образования, часто имеющие проблемы с законом, живущие с женой или постоянной партнершей, не имеющие постоянного заработка и не приверженные лечению. Часть из этих людей не дожили до старшего возраста в связи с прогрессированием ВИЧ-инфекции, в частности, из-за передозировок психоактивными веществами. Однако другие, в том числе благодаря различным программам, смогли отказаться от употребления наркотиков и успешно социализировались.

Небольшую часть людей с ВИЧ в то время представляли партнерши мужчин, употребляющих наркотики. Во многих случаях женщины узнавали о своем диагнозе уже во время беременности. Эта группа пациентов была максимально привержена профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку⁴, а также внимательно относилась к дальнейшему лечению и заботе о здоровье в целом. Сейчас эти женщины постепенно переходят порог в 50 лет.

³ Гусев Д.А. и др. Современный пациент с ВИЧ-инфекцией: комплексная характеристика и выбор антиретровирусной терапии (по материалам Санкт-Петербургского Центра СПИД), Том 10, № 1, 2018, Журнал инфектологии.

⁴ Хасанова Г.Р. и др. Социальный статус ВИЧ-инфицированных женщин, ставших матерями. Казанский медицинский журнал - 2005 - Т 86, приложение - С 87-88.

Намного меньше данных за то время о группе мужчин, практиковавших секс с мужчинами. Известно, что в странах, проводящих сбор достоверных эпидемиологических данных, мужчины, практиковавшие сексуальные контакты с мужчинами (МСМ), пострадали первыми и в большей степени по сравнению с общей популяцией⁵.

К сожалению, адекватные исследования по заражению ВИЧ среди группы МСМ 2000-х гг. в России отсутствуют. Однако мы понимаем, что в связи с более высокой приверженностью наблюдению и лечению они также успешно переживают пятидесятилетний рубеж и продолжают жить.

Несмотря на разные пути заражения и образ жизни, у всех ВИЧ-положительных людей в то время были общие медицинские проблемы:

- 1. Доступность терапии в 2000-е гг. была ограничена. Фактически более широкий доступ к АРВ препаратам появился в России только с 2006 года. Однако и тогда лечение назначалось исключительно при снижении иммунного статуса – менее 200 клеток в микролитре. Лишь с 2008 года АРВТ стала назначаться раньше – при снижении показателя до 350 клеток в микролитре.*
- 2. Выбор схем лечения был очень ограничен, препараты имели выраженные побочные эффекты. Некоторые пациенты мирились с побочными эффектами, вместе с медицинскими работниками искали способы их снижения, другие же просто прерывали прием терапии.*

Кроме того, позднее начало лечения, а также доступные в то время АРВ препараты способствовали более раннему «старению». У ВИЧ-положительных пациентов, как правило, намного раньше начинаются «возрастные» проблемы. При этом, сравнивая себя со сверстниками, они зачастую не воспринимают эти изменения адекватно. На этом мы подробнее остановимся в следующей части главы.

Социальные и психологические проблемы пациентов с ВИЧ того времени были связаны с бытовой неустроенностью, зависимостью, более выраженной дискриминацией и пр. Однако адаптивные способности молодых людей при получении диагноза были высоки. И те, кто дожил до старшего возраста, вошли в него уже принимая диагноз – благодаря своим внутренним изменениям, а также благодаря поддержке близких или работе СПИД-сервисных организаций.

Большинство пациентов успели получить необходимые базовые знания о ВИЧ-инфекции до вступления в старший возраст, смогли за это время наладить контакт с медицинскими работниками и другими сотрудниками помогающих организаций, научились жить с ВИЧ.

⁵ Юрий Саранков. Медицинские потребности и проблемы мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ). Киев: «СПИД Фонд Восток" Запад», 2006 — 100 с.

Вторая группа

Вторая группа – люди, которые были инфицированы или узнали о своем диагнозе уже будучи в старшем возрасте, то есть за последние годы.

Сейчас эпидемиологическая картина претерпела значительные изменения. Произошла генерализация эпидемии – инфекция вышла из «групп риска». Теперь ВИЧ касается каждого, а основным является половой путь его передачи.

Сегодня социальное положение человека, живущего с ВИЧ, может быть любым. Поэтому довольно затруднительно составить типичный портрет пациента этой группы. Говоря простыми словами, эти пациенты с ВИЧ – самые обычные люди. В том числе – примерные семьянины, образованные, успешные и обеспеченные.

Однако в обществе до сих пор осталась привычка думать о ВИЧ, как о болезни маргиналов. Поэтому отношение к диагнозу в этой группе – более сложное. Чем больше уверен был человек в том, что ВИЧ – болезнь асоциальная, тем более постыдным и «грязным» он воспринимает свой диагноз.

Люди старшего возраста часто испытывают сильный стыд, получив этот диагноз. Именно это они чаще всего озвучивают специалистам в первую очередь.

Сложно в старшем возрасте бывает не только эмоционально – в связи с возрастными изменениями может оказаться проблематичным усвоить необходимую информацию.

Зато отношение к лечению (конкретно к приему препаратов и лабораторным обследованиям) среди этих пациентов может быть более простым, сформировавшись на фоне других «возрастных» привычек.

Процесс старения уже начался, поэтому дальнейшее воспринимается более естественно. Мужчины старшего возраста, в отличие от молодых, уже начинают обращаться к врачам при необходимости.

У этой группы в большинстве своем сразу есть доступ к современным препаратам. На сегодняшний день стали понятны выгоды раннего начала приема АРВ терапии и во многих регионах лечение начинается независимо от иммунного статуса. Поэтому собственно ВИЧ-инфекция и АРВ препараты в современных условиях не должны оказывать такого существенного негативного влияния на состояние здоровья, как раньше.

Возрастная периодизация. Возрастные особенности психики

Каждому возрасту присущи особые параметры психического и физического состояния. Переход от одной ступени возраста к последующей обычно сопровождается возрастными кризисами. Кризисы при неблагоприятных ситуациях могут протекать тяжело, и это негативно отразится на становлении личности, психическом и физическом здоровье человека.

Эта систематизация называется возрастной периодизацией. В нашей действительности с ней знакомы в основном психологи. Однако любой сотрудник помогающей организации, зная об особенностях старшего возраста, может быть не только более эффективен, но и менее подвержен синдрому выгорания.

В то же время стоит понимать, что не существует типичного пожилого человека и следует избегать стереотипов и дискриминации по возрасту – так называемого эйджизма.

В настоящее время большинством психологов используется следующая периодизация возраста ⁶:

	<i>мужчины</i>	<i>женщины</i>
<i>Юношеский период</i>	<i>от 17 до 21 года</i>	<i>от 16 до 20 лет</i>
<i>Молодость (ранняя зрелость)</i>	<i>от 22 до 35 лет</i>	<i>от 21 до 35 лет</i>
<i>Зрелость</i>	<i>от 36 до 60 лет</i>	<i>от 36 до 55 лет</i>
<i>Пожилой возраст</i>	<i>от 61 до 74 лет</i>	<i>56 до 74 лет</i>
<i>Старость</i>	<i>от 75 до 90 лет</i>	
<i>Долгожительство</i>	<i>старше 90 лет</i>	

Психологические особенности и возможные расстройства у лиц зрелого, пожилого и преклонного возраста.

Зрелый возраст обычно характеризуется осознанием своего места в социуме и жизненной позицией в целом. Основа ее – профессиональная деятельность, достижение желаемого социального статуса, а также реализация в семейной жизни и самоактуализация (степень удовлетворения своими способностями).

⁶ Лакосина Н.Д. Клиническая психология: Учебн. для студ. мед. вузов/Н.Д. Лакосина, И.И. Мергеев, О.Ф. Панкова. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2007.

Пациенты зрелого возраста около 50-ти лет, как правило, еще не обнаруживают сильно выраженных изменений в личностной сфере, отмечая лишь незначительное снижение характеристик психофизических функций. Однако это еще не отражается на когнитивной сфере, не снижает работоспособности человека, позволяя ему сохранять трудовую и творческую активность.

В 50 лет люди, как правило, еще активны и востребованы на работе, увлечены любимыми делами и ценят достигнутый социальный статус, охотно общаются в кругу семьи и за ее пределами, а также не отягощены серьезными болезнями.

Во многих классификациях об этом возрасте говорят как о «вершине жизни». Человек после 50-ти лет все чаще обращается к смыслу жизни и задумывается о ценности прожитых лет.

В психологическом портрете пациента этого возраста прослеживаются следующие личностные перемены:

- возможная смена ценностей, на первый план выходят вопросы о жизни и смерти*
- поиски новых смыслов жизни*
- новые отношения со временем (человек думает о ближайшем будущем, стремится максимально реализовать себя в настоящем, часто обращается к прошлому, рассуждая об ошибках)*

Несомненно, старение затрагивает и сексуальную, интимную жизнь. Исследования показывают, что люди старшего возраста имеют свое представление о сексуальности, эмоциональности, чувственности, и было бы ошибочным считать эту сторону маловажной для возрастных пациентов.

Общество, по сути, отказывает пожилым людям в праве на сексуальные и любовные переживания, считая, что с возрастом у них снижаются не только ментальные способности, пропадают многие желания, но и наступает снижение физической и сексуальной активности⁷.

Именно социальные институты предписывают нормы поведения в разные периоды жизни, не всегда учитывая интересы представителей каждого, отдельно взятого возраста.

Обратим особое внимание на эту важную проблему во 2-й главе.

⁷ Игорь Кон. Сексуальная культура в России, Издательство АСТ, Москва, 2018.

У женщин отдельное влияние на психологическое состояние и поведение оказывает климактерический период – в 45–55 лет он сопровождается повышенной раздражительностью и плаксивостью. Половое влечение снижается, однако возможны и случаи болезненного проявления сексуальности, или чувства ревности. У женщин в этот период могут также появляться переживания, связанные с угасанием внешней привлекательности.

У мужчин климактерические проявления менее очевидны. В начале этого периода сексуальность может увеличиваться, что может приводить к смене партнерш и поиску более молодой партнерши. Однако со временем половая активность у мужчин имеет тенденцию к снижению, возникают проблемы в личной жизни, к которым может присоединиться депрессия и аддиктивное поведение.

Помимо этого, в зрелом возрасте встречается такое явление, как эгоистическая стагнация. Это состояние проявляется тогда, когда во главу угла ставится собственная физическая боль, фиксированность на своих болезнях (ипохондрия) или же, напротив, гедонизм, стремление сделать свою жизнь как можно ярче и насыщеннее.

Еще одной особенностью зрелого возраста является чрезмерная «заостренность» некоторых аспектов. К примеру, с возрастом люди перестают скрывать свою нелюбовь к другим людям и обществу в целом (мизантропию) или прекращают бороться с меланхолией, и в таком случае проявление этих настроений порой приобретает навязчивый оттенок. То, что раньше казалось рассудительностью, оборачивается подозрительностью, а увлекательные ранее беседы могут незаметно обернуться нескончаемой «старческой болтовней».

После 65 лет наступает время серьезных жизненных перемен.

Многие считают, что старость начинается именно с этого периода. Как правило, это тесно связано с окончанием работы и приобретением человеком нового статуса «пенсионер»⁸. Это обстоятельство в целом снижает активную деятельность людей старшего возраста.

Доказано, что в течение нескольких лет после выхода на пенсию существенно меняется отношение человека к жизни⁹.

⁸ Прим. ред.: В соответствии с Федеральным законом №350-ФЗ от 3 октября 2018 года в России началось постепенное повышение общеустановленного возраста, дающего право на назначение страховой пенсии по старости и пенсии по государственному обеспечению. Изменения будут происходить поэтапно в течение длительного переходного периода, который составит 10 лет и завершится в 2028 году. В результате пенсионный возраст будет повышен на 5 лет и установлен на уровне 60 лет для женщин и 65 лет для мужчин. Последующее повышение пенсионного возраста исключается по крайней мере до 2036

Так, мужчины, не желавшие выходить на пенсию, перестают получать удовлетворение от жизни, отдаляются от общества, испытывают горечь и злость. Им нужно время, чтобы выйти из этого состояния и поменять свое отношение к происходящему. Намного сложнее оказывается тем, кто прекратил работать по причине болезни. Они надолго могут остаться в состоянии подавленности.

Женщины при выходе на пенсию способны лучше мужчин адаптироваться к новым обстоятельствам, несмотря на переживаемый стресс. Считается, что женщины более приспособлены к выходу на пенсию, поскольку в большинстве случаев временно прерывают свою работу отпуском по беременности и уходу за ребенком. Женщины в целом показывают более высокий уровень психологического благополучия, чем мужчины¹⁰.

Конечно, существует категория пожилых людей обоих полов, которые стремятся не прекращать профессиональную деятельность и при этом ведут достаточно активный образ жизни. Это другой тип старости, где ведущим является принятие себя, устойчивость позитивной самооценки.

Тем не менее, как правило, после 65 лет растет число обращений в поликлинику и скорую помощь. Болезни в этом возрасте воспринимаются намного острее – как психологически, так и физически, появляется повышенное внимание к своему телу, неуверенность в завтрашнем дне.

Зачастую, ВИЧ-инфицированным пациентам старше 65 лет стыдно жаловаться на свою «социально неприемлемую» болезнь. Чаще всего пациенты умалчивают о своем ВИЧ-статусе, стараясь сузить круг общения. Психологический портрет человека после 65 лет может характеризоваться снижением самооценки, увеличивающейся неуверенностью в себе, недовольством собой.

В старости все чаще люди начинают озвучивать страхи одиночества, беспомощности, обнищания и смерти близких. Именно после 65 лет обнаруживается наибольшая подверженность депрессиям, пессимизму, раздражительности и угрюмости.

Стоит также не упускать из виду следующие особенности пожилого и старческого возраста:

- *Снижение когнитивных возможностей (но не деменция)*
- *Снижение круга интересов*
- *Снижение активности, ослабление бытовых навыков*

¹⁰ Прокопец И.О. Исследование проблем эмоционального состояния лиц пенсионного возраста, связанных с разными вариантами дальнейшего жизнеустройства. Научно-практический журнал «Гуманизация образования», № 5, 2016 г.

- *Недоверчивость, подозрительность, склонность к сутяжничеству. Как максимум – появление патологических идей обкрадывания, преследования и ревности*
- *Навязчивость в общении, обстоятельность мышления – упоминание в речи множества несущественных деталей, не относящихся к обсуждаемому вопросу*
- *Зависимость от других людей, в том числе в связи с тем, что в этом возрасте сложнее даются цифровые технологии, овладение новыми электронными устройствами.*

Пожилой и тем более старческий возраст вынуждает просить о повышенном внимании со стороны семьи. Наступает психический упадок. Первичными признаками его являются общее снижение психической энергии и ослабление жизненного тонуса. Клинические проявления психического упадка, как симптома или синдрома старения, находят выражение в сужении интересов, пассивности и психической вялости, изменении силы и подвижности психических процессов¹¹.

В этом случае можно заподозрить синдром «старческой астении». Существует несколько определений синдрома, которые у разных авторов звучат по-разному. Общим является утверждение, что это возрастное снижение резервных возможностей организма. В дополнение к психическому упадку нарастает физический – постоянная слабость и отсутствие сил. Распространенность «старческой астении» среди людей старшего возраста в России достигает 80–84%¹², а это выше показателей западных стран.

Частый спутник пожилого возраста – деменция. Иногда даже близким родственникам не удается разглядеть приближение болезни.

Признаками начинающейся деменции могут быть нарушение исполнительных функций, снижение инициатив, замедление мышления, смена настроения, спутанность сознания, неожиданная злость, снижение навыков самообслуживания.

Однако есть простые тесты для диагностики деменции, которые мы специально приводим в данном пособии.

Таким образом, индивидуальные возрастные особенности психики имеют свои закономерности, а знание критических периодов пациентов от 50-ти лет и старше помогает медицинским и немедицинским специалистам проводить точную диагностику, а также успешно организовывать профилактические мероприятия, способствующие улучшению качества жизни пациентов.

¹¹ Вестник ТГПУ, 2015 г., п 3, М.М. Аксенов, И.Я. Стоянов, Е.В. Цымбульская, А.К. Костин Психологические особенности пациентов пожилого возраста с непсихотическими расстройствами.

¹² Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996.

Особенности социальной сферы людей старшего возраста

Понятие «социальной сферы» трактуется довольно широко – это не только материальные потребности, работа, жилье и еда – это еще и возможности для развития личности и удовлетворение духовных потребностей.

Зачастую в возрасте 50 лет и выше люди имеют стабильную работу, выстроенные контакты с коллегами. Как правило, в этом возрасте люди уже достигают своего пика в карьере и общей стабильности. Однако обновляющиеся условия работы или обязательные требования пройти обучение все еще воспринимаются ими не слишком болезненно. А работа среди более молодых коллег, в свою очередь, даже помогает сохранить «боевой дух» в работе и стремление «успеть за молодежью». В этом возрасте еще сохраняется активность и желание посещать внерабочие мероприятия.

Кроме того, молодые работники обычно обращаются к старшим коллегам за наставничеством, опытом, а также вниманием и поддержкой. А учитывая увеличившийся в России возраст выхода на пенсию, мысли о ней отдаляются, настраивая на рабочий лад.

У пациентов старшего возраста от 50 лет можно легко обнаружить высокий социальный интерес. По-другому его можно назвать «чувством общности». Социальный интерес опирается на чувства, которые очень важны для пациентов старшего возраста:

- *Чувство принадлежности к группе или группам*
- *Чувство «дома»*
- *Чувство общности с другими людьми, схожести с ними*
- *Вера в других – чувство, что в каждом есть что-то хорошее*
- *Мужество быть несовершенным*
- *Ощущение себя человеком – главной единицей человечества*
- *Оптимизм*

Этот возраст может способствовать размышлениям о том, как можно достичь личных целей так, чтобы это совпадало с благом для других. Ценность человеческих отношений значительно возрастает, особенно для тех, кто проживает отдельно с детьми. Скучающие по привычным ролям люди от 50 лет ищут новые призвания и увлечения. Некоторые именно в это время могут начать заниматься общественными делами.

Итак, человек в этом возрасте готов использовать свои возможности, знания и способности для оказания помощи другим. Возникает готовность идти на некоторые уступки, сглаживать конфликты, показать окружающим, насколько ценна их помощь и поддержка. Также в этом возрасте многие обнаруживают способность к мотивации других.

Этот возрастной период плавно перетекает в следующий этап жизни, связанный с ожиданием скорого выхода или выходом на пенсию.

После 65 лет большее количество людей уже прекращают свою работу и выходят на пенсию. То, как человек себя чувствует после выхода на пенсию, во многом зависит от того, действительно ли он хотел прекратить работать, или ему пришлось сделать это под воздействием внешних обстоятельств (смена кадров, дискриминация из-за ВИЧ-инфекции, инвалидизация и т.д.). Если человек отходит от дел вынужденно и внезапно, потеря привычной роли в коллективе может оказаться для него трудным испытанием.

Отношения с родственниками также могут претерпевать сложности. С одной стороны, человек старшего возраста может вносить значительный материальный вклад в обеспечение детей и внуков, с другой – может возникнуть ощущение «ненужности», когда он перестает зарабатывать.

В этом возрасте потеря привычного экономического статуса может оказаться особенно травмирующей. За чертой бедности могут оказаться одинокие люди, овдовевшие или не имеющие близких, с которыми можно разделить материальные трудности. Нередко трудные экономические условия ведут к ухудшению жилищных условий. А людям старшего возраста сложнее адаптироваться к новым социально-бытовым обстоятельствам.

Неудовлетворенность своим положением нередко влечет за собой быстрое наступление физического увядания. Пожилым людям бывает трудно справиться с недомоганием и одиночеством, поэтому заботу о них берут на себя государственные или местные органы, учреждения социальной защиты¹³. Высокая социальная уязвимость одиноких пожилых пенсионеров обусловлена и экономическими факторами: маленькими размерами пенсий, низкой возможностью трудоустройства или невозможностью работать, в том числе и по причине наличия у них ВИЧ-инфекции.

¹³ Тюрубаева К., Кузьмина Ю. Основные проблемы пожилых в России. <https://medconfer.com/node/11869>

Все это приводит к наступлению периода снижения активной жизнедеятельности, который характеризуется следующими изменениями:

- Старые социальные контакты отдаляются, остаются контакты с ближайшим окружением
- Люди старшего возраста приобщаются к воспитанию внуков
- Усиливается тенденция к ведению замкнутого образа жизни
- Иногда у людей указанного возраста возникает желание найти новые контакты, в т.ч. благодаря общественной деятельности
- Прослеживается тенденция к более частому общению с медицинскими работниками

Таким образом, социальное положение пациентов зрелого и пожилого возраста может иметь существенные различия. Трудное экономическое положение, одиночество в связи с потерей близких людей, изменение социального статуса, прекращение трудовой деятельности – все это ведет к ухудшению самочувствия и негативно сказывается на качестве жизни людей старшего возраста.

Особенности, связанные с соматической патологией и ранним старением при ВИЧ-инфекции

Возрастные изменения иммунной системы

С возрастом уменьшается объем кроветворной ткани, а это означает, что угасает и способность иммунных клеток обновляться за счет кроветворных стволовых клеток¹⁴.

Основные изменения в популяции Т-клеток связаны не столько с рождением новых клеток (гемопоезом), сколько с нарушением процесса их «созревания». Это происходит в результате инволюции тимуса¹⁵ – естественного процесса замещения функциональной ткани тимуса жировой тканью, который завершается к 40–50 годам.

¹⁴ M.T. Ventura et al., Immuno senescence in aging: between immune cells depletion and cytokines up-regulation Clinical and Molecular Allergy, 2017.

¹⁵ Прим. ред.: Тимус (вилочковая железа) — лимфоидный орган иммунной системы человека и многих

Есть особенности в соотношении подтипов Т-лимфоцитов (CD4+ и CD8+). С возрастом их процентное соотношение изменяется за счет повышения количества CD8-лимфоцитов.

Угасание численности и функций CD4-лимфоцитов примерно у 30% пожилых людей компенсируется увеличением CD8-лимфоцитов и других клеток, способных продуцировать интерлейкин-2, а также обладающих способностью к гуморальной реакции на вакцинацию.

Скорость восстановления иммунного статуса в зависимости от возраста

Исследование, проводившееся в Танзании с 2003 по 2012 гг. и включившее более 32 тысяч ВИЧ-инфицированных пациентов, опубликованное в 2016 году, показало важность раннего начала лечения для пожилых пациентов.

По данным этого исследования, пациенты старшего возраста начинали лечение при более высоком уровне CD4-лимфоцитов, чем молодые. Однако восстановление CD4-лимфоцитов было более медленным. Рост иммунного статуса на 50 клеток/мкл у 19-29-летних людей происходил за 1,4 мес. – у мужчин и 1,1 мес. – у женщин, а у людей старше 60 лет – за 2,26 мес. и 1,78 мес. соответственно¹⁶.

По данным проведенного при подготовке данного пособия опроса, большинство пациентов старшего возраста имели иммунный статус менее 500 клеток. При этом, чем старше пациенты – тем ниже их иммунный статус.

При консультировании пациентов старшего возраста не стоит гнаться за числом CD4-лимфоцитов, а следует сделать акцент на стабильности иммунного статуса, подавленной вирусной нагрузке и коррекции прочих изменений.

Пожилые люди должны начинать лечение как можно раньше, учитывая, что общий потенциал и скорость восстановления иммунитета с возрастом, очевидно, снижаются.

Продолжительность жизни

В настоящее время специалисты сходятся во мнении, что при условии своевременного начала лечения продолжительность жизни людей с ВИЧ не должна отличаться от продолжительности жизни людей, живущих без инфекции.

¹⁶ A.R. Means et al. Impact of Age and Sex on CD4+ Cell Count Trajectories following Treatment Initiation: An Analysis of the Tanzanian HIV Treatment Database PLOS One.11 (10); 2016PMC5055355.

Так, например, в исследовании Marcus JL и др. (США, 2000–2016гг.)¹⁷ получены следующие результаты:

- до 77 лет ожидаемо может дожить 21-летний человек с ВИЧ
- до 86 лет – 21-летний человек без ВИЧ
- до 87 лет – 21-летний человек с ВИЧ при раннем старте АРВТ (CD4 более 500).

Таким образом, продолжающееся в некоторых регионах России позднее назначение терапии (только при снижении уровня иммунных клеток) – это прямой путь к сокращению продолжительности жизни людей с ВИЧ. Чем раньше будет начата терапия, тем лучше.

Другое исследование¹⁸ показало, что если через год после начала АРВТ у 50-летнего мужчины иммунный статус становится выше 350 клеток/мкл и достигается неопределяемая вирусная нагрузка, то его ожидаемая продолжительность жизни составляет 83 года. Пятидесятилетняя женщина при тех же условиях может дожить до 85 лет.

Даже в более сложных ситуациях ожидаемая продолжительность жизни человека с ВИЧ составляет более 70 лет. Например, если иммунологическая эффективность не слишком высока и через год после старта терапии число CD4-клеток составляет 200–350 клеток/мкл или пациенту не удалось полностью подавить вирусную нагрузку.

Чем раньше начинается лечение, тем меньшее влияние оказывает ВИЧ-инфекция на продолжительность жизни. При правильном приеме препаратов пациенты с ВИЧ проживут столько же, сколько и их ВИЧ-отрицательные сверстники.

Более раннее старение

В том же исследовании Marcus JL были получены важные данные о том, что люди с ВИЧ стареют раньше, чем люди без ВИЧ.

¹⁷ Marcus JL et al. Increased overall life expectancy but not comorbidity-free years for people with HIV. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, abstract 151, March 2020.

¹⁸ AIDS. 2014 May 15;28(8):1193-202. doi: 10.1097/QAD.0000000000000243.

При этом проявляться «возрастные» проблемы начинают значительно раньше. Так, без каких-либо проблем со здоровьем ВИЧ-отрицательный 21-летний человек потенциально может жить до 52 лет, а ВИЧ-положительный – только до 36 лет. И хотя это пособие касается, прежде всего, тех, кому больше пятидесяти, фактически следующий раздел будет актуален и для лечения пациентов, начиная с 30–35 лет. Надеемся, эти знания помогут кому-то вернуть 16 лет здоровой жизни.

Исследование, на результаты которого мы ссылаемся, напомним, проводилось в 2000– 2016 гг. Тогда не было распространено раннее начало терапии, а также использовались АРВ препараты, имеющие значительно большее число побочных эффектов, влияющих в том числе и на старение. Безусловно, все мы ждем результатов новых исследований, в которых пациенты получают современные схемы АРВ препаратов и начинают лечение сразу после установления диагноза.

Влияние АРВ препаратов

Современные препараты для лечения ВИЧ-инфекции лишены выраженных побочных эффектов, столь актуальных ранее. Однако в России на сегодняшний день все еще продолжают использовать ряд препаратов, нежелательных для приема людьми старшего возраста. Перечислим особенности каждой группы препаратов.

Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)

Использование **СТАВУДИНА** и **ЗИДОВУДИНА** должно быть исключено среди пожилых людей в связи с высоким риском полинейропатии и анемии.

Для пожилых пациентов предпочтителен ТЕНОФОВИРА АЛАФЕНАМИД, однако пока еще препарат не стал широко доступен.

При использовании ТЕНОФОВИРА ФУМАРАТА важно назначить два вида исследований:

- *исследование уровня креатинина и расчета скорости клубочковой фильтрации*
- *определение плотности костной ткани – рентгеновская денситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедренной кости.*

При использовании АБАКАВИРА стоит уделить внимание изменениям со стороны сердечно-сосудистой системы. Желательно наблюдение пациента кардиологом.

Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)

Применение препаратов этой группы у пожилых людей возможно при хорошей переносимости. Некоторой проблемой может стать использование ЭЛСУЛЬФАВИРИНА в связи с недостаточно изученными межлекарственными взаимодействиями.

Есть несколько нюансов, которые не нашли отражение в клинических рекомендациях РФ:

- возможность использования ЭФАВИРЕНЗА в дозировке 400 мг
- проведение теста на резистентность, если планируется назначение ЭФАВИРЕНЗА или НЕВИРАПИНА (в регионах с высоким уровнем резистентности – более 10%).

Ингибиторы протеазы (ИП)

Применение ингибиторов протеазы у пациентов старшего возраста должно быть обосновано крайней необходимостью, например, резистентностью вируса. Почти все ингибиторы протеазы негативно влияют на липидный профиль, существенно ухудшая ситуацию с атеросклерозом. Кроме того, неизбежно влияние на желудочно-кишечный тракт, особенно бустированных ингибиторов протеазы.

Важным недостатком этой группы препаратов являются множественные межлекарственные взаимодействия, а также условия приема (два раза в день или с едой), что может снижать приверженность лечению.

Ингибиторы интегразы (ИИ)

Ингибиторы интегразы являются наиболее предпочтительными препаратами для лечения ВИЧ-положительных пожилых пациентов. Они обладают минимальным количеством побочных эффектов и межлекарственных взаимодействий.

Симплификация (упрощение) схем лечения

Все данные по наиболее доступному «двойному режиму» – ламивудин и долутегравир – говорят о его высокой эффективности и не ограничивают использование этой схемы у пациентов старшего возраста. Напротив, именно эта группа нуждается в уменьшении числа препаратов, лекарственных взаимодействий и риска побочных эффектов.

Взаимодействие препаратов

Для пациентов, получающих множество препаратов, важна проверка их взаимодействия с АРВ терапией. На данный момент самый удобный и регулярно обновляемый ресурс для проверки лекарственных взаимодействий: www.hiv-druginteractions.org. Проверить взаимодействие самостоятельно может любой пользователь сервиса, в т.ч. пациент и его окружение.

Основные коморбидности

Напомним, что у ВИЧ-положительных пациентов раньше возникают заболевания, связанные с возрастом. Кроме того, на приеме у инфекциониста может оказаться возрастная пациентка с ВИЧ, который уже страдает этими заболеваниями.

Классификация коморбидных заболеваний и состояний при ВИЧ-инфекции по причинам и условиям их развития (Беляков Н.А. и соавт., 2016)

Состояние	Заболевания
<i>Заболевания, имеющиеся у человека до ВИЧ-инфекции (предшествующие)</i>	<i>Врожденная и генетическая патология Исходная приобретенная органная и системная патология, независимо от этиологического фактора Зависимость от психоактивных веществ, включая наркотики, алкоголь, табакокурение и др. Другие состояния, способные влиять на течение ВИЧ-инфекции</i>
<i>Развившиеся в результате ВИЧ-обусловленной иммуносупрессии и сопутствующих инфекций</i>	<i>Оппортунистические инфекции Туберкулез и микобактериозы Онкологические заболевания Сопутствующие инфекции Гнойно-септические заболевания различной природы Хронические гепатиты различной природы Инфекции, передающиеся половым путем Другие болезни, развивающиеся в результате иммуносупрессии</i>
<i>Заболевания неинфекционной природы, потенцируемые хроническим ВИЧ-обусловленным воспалением (опосредованное влияние ВИЧ)</i>	<i>Остеопороз Атеросклероз Нефропатии Аутоиммунные заболевания Метаболический синдром Сахарный диабет Артрозы и артриты Другие болезни</i>
<i>Заболевания и синдромы, обусловленные прямым воздействием ВИЧ на органы и системы</i>	<i>ВИЧ-энцефалопатии ВИЧ-полинейропатии ВИЧ-когнитивные нарушения Лимфаденопатии Энтеропатия Изнуряющий синдром Другие проявления и синдромы</i>
<i>Состояния, обусловленные лечением ВИЧ и других заболеваний</i>	

По существующему опыту инфекционист, работающий в СПИД-центре, вынужден брать на себя функцию врача-терапевта или врача общей практики, выявляя у пациентов соматические отклонения и направляя их к узким специалистам. Поэтому для большей эффективности необходимы минимальные знания по поводу возможных коморбидных состояний пациентов.

Самые часто встречающиеся проблемы со здоровьем, требующие внимания

Сердечно-сосудистые заболевания

Сердечно-сосудистые заболевания – основная причина смертности во всем мире. Однако расчетный риск для пациентов с ВИЧ-инфекцией еще выше – примерно в 1,5–2 раза, чем для общей популяции¹⁹.

Повышение уровня липидов (жиров в крови)

Всем пациентам старшего возраста должна быть назначена липидограмма: общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, индекс атерогенности. При выявлении значимых отклонений необходимо проведение УЗИ брахиоцефальных артерий для выявления признаков атеросклероза, нестабильных бляшек.

Диета и физические нагрузки могут быть важным дополнением к медикаментозному лечению. Назначить гиполипидемические препараты может терапевт или кардиолог. Инфекционист, в свою очередь, может провести коррекцию схемы, исключив препараты, повышающие уровень холестерина (ингибиторы протеазы). Именно эта группа препаратов ассоциирована с более высоким риском развития сердечно-сосудистых катастроф (особенно [ЛОПИНАВИР/РИТОНАВИР](#)²⁰ и [ДАРУНАВИР/РИТОНАВИР](#)²¹).

Часто пациентов пугает пожизненный прием гиполипидемических препаратов. Тем не менее, статины показали лучший эффект в увеличении продолжительности жизни и хорошую переносимость. Задача специалистов в этом вопросе – придерживаться единой точки зрения, основанной на доказательной медицине.

¹⁹ Islam F et al. Relative risk of cardiovascular disease among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. HIV Ned 2012; 13:453-468.

²⁰ Worm SW et al. Risk of myocardial infarction in patients with HIV infection exposed to specific individual antiretroviral drugs from the 3 major drug classes: the data collection on adverse events of anti-HIV drugs (D:A:D) study. J Infect Dis 2010; 201:318-330.

²¹ Ryom L et al. Association between cardiovascular disease and contemporarily used protease inhibitors. CROI 2017.

Повышение артериального давления

Обязательный контроль артериального давления входит в рутинный осмотр врача. При выявлении повышенного давления важно выяснить у пациента максимальное количество подробностей. Зачастую пациенты сообщают, что получают лечение, однако при уточнении выясняется, что препараты принимаются ими эпизодически или схема не является достаточно эффективной.

В такой ситуации обязательно посещение врача-кардиолога. Если есть возможность – желательно проведение суточного мониторирования артериального давления перед консультацией кардиолога. Задача инфекциониста после консультации кардиолога – посмотреть заключение и проверить межлекарственные взаимодействия, особенно если пациент не сообщает кардиологу о своем ВИЧ-статусе.

Сахарный диабет и инсулинорезистентность (преддиабет)

Крайне частая проблема как в популяции, так и при ВИЧ-инфекции. Для своевременного выявления важно обращать внимание на избыток массы тела, на наличие сахарного диабета в семейном анамнезе и регулярно проверять уровень глюкозы и инсулина (индекс НОМА – при подозрении на инсулинорезистентность), а также уровень гликированного гемоглобина. При получении изменений необходимо направить пациента к терапевту или эндокринологу. Обязательно мотивировать пациентов на снижение массы тела, физические нагрузки и ограничение простых углеводов.

Снижение плотности костной ткани

Сочетание многих факторов способствует снижению минеральной плотности костей у людей старше 50 лет: снижение синтеза витамина D в коже под воздействием УФ-лучей, возрастная недостаточность лактазы, заболевания ЖКТ, сопровождаемые снижением всасывания витамина D, его недостаточное поступление с пищей, гормональные изменения у женщин во время менопаузы. ВИЧ-инфекция и АРВ препараты (особенно ТЕНОФОВИР) вносят дополнительный вклад в развитие этих проблем.

Для диагностики снижения минеральной плотности костей необходимо проведение рентгеновской денситометрии поясничного отдела позвоночника и шейки (проксимальных отделов) бедренной кости.

При выявлении остеопении или остеопороза пациент должен быть направлен к эндокринологу для назначения лечения. Однако даже в отсутствие снижения минеральной плотности костей часто требуется коррекция уровня витамина D.

Коррекция уровня витамина D положительно влияет не только на минеральную плотность костей, но также помогает успешно бороться с проявлениями мышечной слабости (слабость в проксимальных мышцах, диффузные боли в мышцах, нарушение равновесия). Прием всего 800 МЕ витамина D в сутки приводит к снижению частоты травмоопасных падений у пациентов старше 65 лет²².

Рекомендуемыми препаратами для профилактики дефицита витамина D являются [КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛ \(D3\)](#) и [ЭРГОКАЛЬЦИФЕРОЛ \(D2\)](#).

Людям старше 50 лет для профилактики дефицита рекомендуется получать не менее 800-1000 МЕ витамина D в сутки. Хотя многие исследования показывают, что для поддержания оптимального уровня витамина D в крови (выше 30 нг/мл) необходимо принимать более высокие дозы – 1500-2000 МЕ в сутки. Однако чаще всего пожилым людям требуется не профилактическая, а лечебная дозировка, которая подбирается в соответствии с Клиническими рекомендациями²³ и учитывает уровень витамина D в крови.

Деменция

Деменция – состояние, при котором происходит большее снижение когнитивной функции (способности мыслить), чем это ожидается при нормальном старении. Происходит деградация памяти, мышления, понимания, речи и способности ориентироваться, считать, познавать и рассуждать. Деменция не оказывает воздействия на сознание, однако может сопровождаться ухудшением контроля над эмоциональным состоянием, деградацией социального поведения или мотивации.

Существует много форм деменции. Самая частая – [болезнь Альцгеймера](#) (60-70% всех случаев).

Другие формы: сосудистая деменция, деменция с тельцами Леви (аномальный белок внутри нервных клеток) и группа болезней, способствующих развитию лобно-височной деменции (дегенерации лобной доли мозга).

Все эти состояния не имеют доказанных способов лечения и профилактики. Знать о них важно для адекватного оказания помощи. Об оценке деменции мы поговорим в следующей главе.

²² Broe KE et al. A higher dose of vitamin d reduces the risk of falls in nursing home residents: a randomized, multiple-dose study. J Am Geriatr Soc. 2007;55(2):234-239.

²³ Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике, лечению и профилактике дефицита витамина D у взрослых.

При выявлении признаков деменции, еще до получения консультации невролога (может оказаться затруднительным), следует провести дополнительный диагностический поиск:

1. Если состояние возникло недавно, то важно задать вопросы: было ли падение, не появилась ли головная боль после него. Это первый шаг в диагностике субдуральной гематомы. Пожилые люди после падения получают кровоизлияние в твердую оболочку, которое может вызывать головную боль и симптомы деменции. После осмотра невролога может быть показано проведение МРТ и при подтверждении диагноза – оперативное вмешательство.

2. Следует обязательно оценить уровень витаминов группы В в организме. При необходимости – назначить коррекцию дефицита – существуют убедительные данные о том, что результатом дефицита цианокобаламина (витамина В12) и фолиевой кислоты может быть снижение когнитивных функций, вплоть до развития деменции²⁴.

3. Также существуют некоторые данные о связи снижения функции щитовидной железы (гипотиреоз) с когнитивными нарушениями²⁵.

Депрессия

Депрессивные расстройства занимают первое место по частоте среди психических нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста. Чаще они развиваются в возрасте 60-75 лет, при этом у женщин – в три раза чаще, чем у мужчин. В старческом возрасте (75-90 лет) эта разница в частоте депрессий у мужчин и женщин сокращается, а после 90 лет практически исчезает²⁶.

ВИЧ-положительные люди также чаще общей популяции страдают депрессией (в 2-4 раза чаще, если говорить о серьезных депрессивных нарушениях).

Сочетание возраста и ВИЧ-инфекции создает еще более высокие риски развития депрессии. При этом доказано, что депрессивные состояния имеют негативные последствия для здоровья, в том числе в результате отказа от АРВТ, провоцируют снижение иммунного статуса и более высокий уровень смертности²⁷.

²⁴ Moretti R, et al. Vitamin B12 and folate depletion in cognition: A review. Neurology India September 2004 Vol 52 Issue 3;310-318

²⁵ Chaker L, et al. Thyroid function and the risk of dementia: The Rotterdam Study. Neurology. 2016 Sep 16. doi:10.1212/WNL.0000000000003227.

²⁶ Депрессии в позднем возрасте | Михайлова Н.М. | «РМЖ» №14 от 29.07.2004.

²⁷ Medeiros GC, et al. Depressive Disorders in HIV/AIDS: A Clinically Focused Narrative Review, Harvard Review of Psychiatry: 5/6 2020 - Volume 28 - Issue 3 - p 146-158 doi: 10.1097/HRP.0000000000000252.

Крайне важно уметь диагностировать это состояние, понять нужна ли медикаментозная помощь, насколько срочно необходимо направить пациента к психиатру или неврологу.

Мы предоставим ряд простых инструментов диагностики депрессивных состояний в следующей главе. Это позволит каждому специалисту из команды провести быструю, но эффективную диагностику.

Что еще может помочь пациенту сохранить здоровье?

КОНСУЛЬТАЦИЯ ГИНЕКОЛОГА. Женщины старшего возраста зачастую обходят этого специалиста стороной. Тем не менее, регулярные осмотры гинеколога и проведение мазка на онкоцитологию очень важны. Также можно мотивировать женщину, входящую в климактерический период, на обсуждение с гинекологом возможной схемы приема гормональных препаратов, если к этому есть показания.

КОНСУЛЬТАЦИЯ МАММОЛОГА И ПРОВЕДЕНИЕ МАММОГРАФИИ. Необходимы всем женщинам для профилактики и раннего выявления рака молочной железы.

ПРОВЕДЕНИЕ КОЛОНОСКОПИИ. Исследование кишечника позволяет своевременно выявить изменения на слизистой кишечника и предотвратить развитие рака. Рекомендуется регулярное проведение колоноскопии всем пациентам после 45 лет.

ВАКЦИНАЦИЯ. Для людей старшего возраста, в первую очередь, важна вакцинация против пневмококковой инфекции. В связи с ВИЧ-статусом она проводится по следующей схеме: Превенар 13 и через 2-6 месяцев – Пневмовакс 23. Кроме того, стоит уточнить серологический статус пациента и оценить необходимость вакцинации против гепатитов А и В, кори и прочих управляемых инфекций.

ПРИЕМ ВИТАМИНОВ. Важно также обсуждать с пациентом прием витаминов и биодобавок, поскольку они часто имеют взаимодействия с АРВТ, и даже могут вызывать токсическое поражение печени. Однозначно в этой ситуации могут быть полезными витамин D и фолиевая кислота в профилактических дозировках. Прием остальных витаминов требует обсуждения с врачом.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. Известно, что дольше живут и сохраняют здоровье люди, которые не только контролируют все медицинские показатели, но также ведут здоровый образ жизни, тщательно продумывают сбалансированное питание, следят за режимом сна, распорядком дня, физическими и умственными нагрузками, не имеют вредных привычек и токсичного общения.

ГЛАВА 2.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*«Мы стареем не от старости
Не от прожитых годов.
Мы стареем от усталости,
От обид и от грехов.
От тоски и обреченности,
От несбывшейся любви,
От житейской безысходности,
Повседневной суеты.
От забот, что только множатся
От проблем, что не решаются
Мы стареем раньше возраста
Ибо души иссушаются».*

А. Евтушенко



Основные проблемы и потребности пациентов старшего возраста с ВИЧ-инфекцией

Важнейшим этапом при создании различных сервисов является предварительная оценка проблем и потребностей целевой группы. Даже имея за плечами большой опыт работы, при проведении исследования можно получить новые данные, которые помогут в совершенствовании существующих или создании новых сервисов.

Мы провели опрос 56 пациентов старше 50 лет из разных регионов России. Важно отметить, что между этими пациентами и сотрудниками СПИД-центра уже налажен хороший контакт.

Респонденты отвечали на следующие вопросы:

«Какая помощь и поддержка вам нужна? Что помогло бы сделать вашу жизнь (в любых аспектах) лучше?»

Мы специально задавали открытые вопросы, чтобы не ограничивать участников опроса в выборе и максимально исследовать ситуацию.

Мы получили ответы, которые в целом согласуются с данными других исследований и нашим практическим опытом.

Показательно, что основная цель создания наших сервисов (повышение приверженности лечению и диспансерному наблюдению) не совпадает с потребностями целевой группы. Более трети опрошенных отмечали необходимость поддержки в социальной сфере, при этом проблемы лечения волновали их значительно меньше. Именно поэтому так важна комплексная работа, позволяющая решить отдельные задачи, удовлетворяющие потребности пациентов. Таким образом может быть успешно достигнута приверженность пациентов диспансеризации и АРВ терапии.

При этом проблемы и потребности пациентов условно можно разделить на несколько групп, хотя все они нередко связаны между собой.

Социальные проблемы

Пациенты старшего возраста остро нуждаются в решении социальных проблем. Нередко на приеме у врача на вопрос о самочувствии от них можно услышать рассказ о протекающей крыше, шумных соседях и невозможности приготовить себе полноценный обед. Эти жалобы не стоит игнорировать, если есть возможность перенаправить пациента к социальному работнику.

В ходе проведенного опроса о необходимости поддержки в социальной сфере заявили больше трети участников – 20 человек (35,7%). В этом случае мы говорим о материальной помощи, предоставлении социальных услуг, а также моральной поддержке.

Материальная поддержка

Почти пятая часть опрошенных – 11 человек (19,6%) прямо указали на то, что нуждаются в материальной помощи.

Это, действительно, немаловажная проблема. Люди могут оказаться в затруднительной материальной ситуации, которая потребует помощи в удовлетворении элементарных жизненных потребностей – жилье, еда и безопасности.

К сожалению, в таких тяжелых обстоятельствах лечение ВИЧ-инфекции для них отходит на второй план.

Из практики:

Женщина, 59 лет. ВИЧ-инфекция выявлена при обследовании перед оперативным вмешательством. Иммунный статус менее 150 клеток/мкл. Не работает по состоянию здоровья. Документы частично утеряны.

Проблемы: полное отсутствие средств к существованию, в том числе нет денег на поездки в СПИД-центр. Жилье непригодно к проживанию (неотапливаемый дом, электричество отключено за долги), отсутствие поддержки родных, тяжелое психологическое состояние.

Проведенная работа:

К оказанию помощи были привлечены благотворители – общественная организация, которая восстановила отопление и оплатила коммунальные долги.

Оказана помощь в восстановлении документов.

Оказана помощь в оформлении единовременной материальной помощи (малоимущим гражданам).

Оказана помощь при обращении в поликлинику, где, в связи с сопутствующими заболеваниями, была оформлена инвалидность.

На время сложной жизненной ситуации помощь по лечению ВИЧ-инфекции оказывается выездной бригадой СПИД-центра (доставка препаратов, осмотр врача и забор крови на дому).

Поддержка психолога и равного консультанта.

Контакты с родственниками не восстановлены, эмоциональную поддержку продолжают оказывать сотрудники СПИД-центра.

Как показывает практика, некоторые пациенты не получают никаких выплат просто потому, что не владеют информацией о возможности оформления пособий, льгот и/или инвалидности в связи с сопутствующими заболеваниями.

Конечно, нечасто пациенты находятся в столь критических ситуациях, как в приведенном примере, однако с учетом размеров пенсионных выплат, материальная поддержка может оказаться важной для многих.

Для решения этих потребностей ресурсов СПИД-центра недостаточно.

В этом случае необходимо действовать в партнерстве с социальными службами, общественными организациями, благотворительными фондами и частными спонсорами. При обращении к партнерским организациям нужно обсудить с клиентом возможность раскрытия тайны диагноза, однако зачастую пациенты оказываются настолько измученными сложившейся ситуацией, что готовы получать помощь даже при условии раскрытия их ВИЧ-положительного статуса.

Конкретные материальные просьбы

Иногда потребность может быть сформулирована максимально четко:

- *В данный момент нужен телефон с будильником и напоминанием о приеме ВААРТ*

Безусловно, СПИД-центры не обязаны выдавать телефоны с будильником. Однако привлечение к помощи НКО может решить эту проблему, тем более просьба напрямую связана с приверженностью АРВТ.

Из практики:

Мы нашли спонсоров и попросили у них продуктовые наборы для малоимущих (крупа, макароны, консервы). Сами сотрудники организовали сбор одежды, игрушек, старых телефонов. Договорились с социальной столовой, которая находится неподалеку, и раздавали талоны на питание.

Полезными в таком случае также могут быть телефоны социальных парикмахерских, благотворительных организаций, организаций, раздающих бесплатные горячие обеды. Для некоторых одиноких пожилых пациентов даже тарелка горячего супа может стать той самой недостающей заботой и надеждой на милосердие.

Трудоустройство

Многие из опрошенных упоминали о более достойной или более ранней пенсии, а также о более высокооплачиваемой работе. Например:

- *Выйти на пенсию с ВИЧ-статусом раньше положенного.*
- *Быть обеспеченным стабильной работой с достойной заработной платой.*
- *О желании скорейшего окончания карантина для продолжения работы и получения заработной платы (опрос проводился во время пандемии коронавирусной инфекции).*

Потребность в содействии трудоустройству особенно актуальна в связи с сочетанием нескольких причин.

Люди старшего возраста и так составляют уязвимую категорию на рынке труда. А при наличии ВИЧ-инфекции они дополнительно ограничивают себя в выборе работы, к примеру, опасаясь оформления медицинской книжки.

Многие почему-то считают, что тест на ВИЧ обязателен для оформления на рабочем месте. В этом случае проблема может быть решена даже без привлечения дополнительных ресурсов – путем совместного изучения с пациентом нормативной документации или во время консультации пациента с юристом.

Однако не стоит забывать, что в просьбах о трудоустройстве также может скрываться завуалированная просьба о материальной поддержке. Поэтому, проводя оценку потребностей, стоит дополнительно уточнить этот момент.

Помощь в оформлении пособий и льгот

Достаточно часто при работе с пациентами обнаруживается потребность в сборе документов на оформление инвалидности или в получении средств индивидуальной реабилитации.

Хотя в нашем опросе только один человек написал о потребности в инвалидной коляске:

- *Инвалидное кресло, пандус, личный автомобиль, материальная поддержка.*

На практике часто выясняется, что нужно просто объяснить пациенту процесс оформления инвалидности, иногда – запустить его, а при отсутствии родственников потребуются социальное сопровождение. При этом лишь немногие знают, что возможен выезд комиссии на дом к лежачим пациентам.

Из практики:

Лежачим пациентам (с их согласия) мы оформляем письмо в поликлинику по месту жительства, в котором описываем ситуацию, просим организовать выезд специалистов из поликлиники к пациенту домой. На сегодняшний день уже многие наши пациенты смогли получить инвалидность таким образом.

Однако, даже оформив инвалидность, многие не могут самостоятельно справиться с получением необходимых технических средств для реабилитации и протезно-ортопедических изделий. Возникают вопросы – куда обратиться за разработкой и получением индивидуальной программы реабилитации. Многие не знают, что существует возможность получить все необходимое (во временное пользование) в территориальных центрах социального обслуживания (ТЦСО).

На практике пациентам довольно часто требуется помощь социального работника, однако немногие из них пользуются возможностью быть признанными нуждающимися в социальном обслуживании, получить индивидуальную программу предоставления социальных услуг и бесплатную помощь социального работника. Отчасти это связано с недоверием к малознакомым людям.

Существенные проблемы также возникают, в случае необходимости заселить пациента в «дом престарелых». В 2015 году подписан приказ №216н Минздрава России²⁸, который часто неверно трактуется на местах.

ВИЧ-инфекция, как и многие хронические заболевания, включена в перечень медицинских противопоказаний к предоставлению социальных услуг в стационарной форме. И хотя это ограничение действительно только при обострении или тяжелом течении, на местах пациентам с ВИЧ-инфекцией автоматически отказывают.

²⁸ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 апреля 2015 г. N 216н "Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, в связи с наличием которых гражданину или получателю социальных услуг может быть отказано, в том числе временно, в предоставлении социальных услуг в стационарной форме, а также формы заключения уполномоченной медицинской организации о наличии таких противопоказаний"

Потребность в психологической или эмоциональной поддержке

Исходя из существующих данных и практического опыта, можно смело заявить, что почти все пациенты старшего возраста с ВИЧ нуждаются в психологической поддержке.

Однако в нашем исследовании напрямую о потребности в психологической поддержке написали только 2 человека (3,5%).

В нашей стране не принято признавать такую естественную потребность. Требуется большая работа, чтобы человек самостоятельно решил обратиться к психологу.

Гораздо проще пациентами воспринимается помощь равного консультанта. При этом равный консультант может как оказать эмоциональную поддержку, так и мотивировать на обращение к психологу.

Если обратить внимание на ответы, то можно заметить, что косвенно указали на потребность в психологической помощи 14 человек (25%). Посмотрите на приведенные ниже цитаты. Они не сформулированы как запрос, но если человек озвучивает это, значит это является его актуальной потребностью.

- *(Нужна) уверенность в будущем.*
- *Уже привыкла к одиночеству, давно одна, сестру похоронила в 2018 году, очень сильно переживала, но уже легче.*

Несколько ответов касались мечты о полном излечении ВИЧ-инфекции:

- *Я только тешу себя надеждой, что изобретут вакцину от болезни.*
- *Это самая большая помощь – вылечиться от ВИЧ-инфекции.*

Мы считаем, что формулировки этих ответов выводят тему **ПРИНЯТИЯ ДИАГНОЗА**.

Пациентам требуется серьезная проработка принятия диагноза, обязательным компонентом которой является психологическая поддержка. Эта работа ведется и врачом, и психологом, но наиболее эффективным в данной ситуации может быть равный консультант.

Согласно теории Кюблер-Росс²⁹, принимая диагноз, пациент проходит через несколько стадий. Хотя эта теория была разработана для умирающих больных, она может быть переименована для принятия любого диагноза или состояния.

²⁹ Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. — М.: София, 2001.

Рассмотрим это на примере принятия диагноза ВИЧ-инфекция:

- *Шок и отрицание – пациент сомневается в правильности анализов, испытывает недоверие к врачам. На этой стадии существует высокий риск отказа от лечения, уход в СПИД-диссидентство. В этот момент достаточно просто быть рядом, эмоционально поддерживать и терпеливо отвечать на возникающие вопросы. Если специалисты будут нетерпеливы, то высока вероятность, что пациент уйдет на антинаучную сторону.*

- *Гнев – пациент может испытывать сильную злость: «За что мне это?», «Почему именно я?». Агрессия может пугать, но она направлена не на медицинский персонал, а адресована ситуации или «источнику инфекции». Важно дать пациенту возможность выразить свои чувства, показать, что его принимают таким, что он не один на один со своей болезнью, что ему окажут помощь и не оставят без внимания.*

- *Стадия торга – попытка отложить неизбежное. Как правило, здесь пациент уже более спокоен и готов говорить конструктивно о заболевании и процессе лечения. Однако и на этой стадии остается угроза ухода пациента в нетрадиционные методы лечения или отказа от лечения. Даже начиная принимать терапию, пациент может говорить: «Я сейчас буду недолго принимать ее, а потом брошу». Важно обсуждать риски такого решения, опираться на исследования, на личные истории, выслушивать аргументы.*

- *Депрессия – когда пациент понимает все потери, которые могут случиться в связи с новым статусом. Часто на этой стадии пациент задается вопросом – «Зачем мне лечиться? Все равно недолго осталось...» – такие фразы могут быть индикатором суицидальных мыслей, которые требуют внимания со стороны специалиста, развеивания мифов, бережного внимательного отношения, подбадривающих слов поддержки.*

- *Принятие – стадия, на которой пациент принимает свой статус, новую жизнь, выражает спокойствие и надежду на лучшее.*

Присмотритесь к этим стадиям – точно так же, только более постепенно, люди воспринимают и процесс старения.

Важной поддержкой, особенно для людей старшего возраста, может стать литература.

В нашем опросе был и такой ответ:

- *Хорошая литература о лечении ВИЧ, о людях, живущих с ВИЧ, о ситуации с ВИЧ в мире.*

Итак, возможно оказать психологическую поддержку пациентам, просто предоставив позитивную, вдохновляющую литературу о ВИЧ или старении.

Отдельное внимание хотелось бы уделить теме **ОДИНОЧЕСТВА И ПОТРЕБНОСТИ В ОТНОШЕНИЯХ**.

В нашем опросе трое (5,4%) написали о своем одиночестве и поиске отношений.

Проблема одиночества часто связана с потерей супруга, отдельным проживанием детей и их семей, потерей связи с друзьями-ровесниками. Как правило, чем старше человек, тем больше близких он потерял.

Общество дискриминирует пожилых, подводя их тем самым к одиночеству. Дети препятствуют своим одиноким родителям в поиске партнера, вынуждая их «доживать свою старость», не мешая молодым.

Если же человек в возрасте получает ВИЧ, ощущение одиночества многократно усиливается. Многие стараются скрыть диагноз, воздерживаться от сексуальной жизни. Затрагивая тему интимности и сексуальности в своей жизни, пациенты зрелого возраста говорят именно о способности выстраивать партнерские отношения, о важной эмоциональной близости³⁰.

И если у ВИЧ-положительного человека есть партнер, то диагноз не становится препятствием для продолжения интимной жизни, скорее – новым условием, в котором также возможны новые эмоции и близость.

При этом стоит учитывать, что при потере партнера значительно сложнее приходится женщинам. Это связано не только со сравнительно меньшим количеством мужчин, доживающим до зрелого возраста, но и с дискредитацией пожилых женщин. Одиноким пожилым мужчинам часто ищут женщин на 10-15 лет моложе. Иногда именно поэтому они становятся пациентами Центра СПИД.

Из практики:

Мужчина, 75 лет. Разведен. Каждый месяц после получения пенсии приглашал домой женщин для сексуальных контактов. Презерватив не использовал. Был инфицирован ВИЧ. ВИЧ-инфекция была выявлена только при госпитализации в больницу на стадии СПИДа. После начала терапии состояние восстановилось.

³⁰ Э.Фромм. Искусство любить. - Москва: Издательство АСТ, 2015.

Как показало исследование Ю. Зеликовой, важной потребностью людей в возрасте является обсуждение изменений в сексуальной жизни³¹. Это было выявлено только при проведении длительных интервью. Особенно тяжело переживают свою «половую несостоятельность» мужчины, испытывая злость по причине бессилия. Если у пациентов будет возможность обсудить эту проблему со специалистом, безусловно, это окажется для них полезным. Можно обсудить, что сексуальные отношения подразумевают не только половой контакт, но все большее значение имеют объятия, поцелуи и прикосновения.

Из интервью:

Пожилый мужчина жаловался, что после операции не может вести активную сексуальную жизнь как раньше. Его супруга, напротив, отмечала спокойствие и радовалась долгим прогулкам, общению с мужем, которого ей раньше не доставало.

На *потребность в юридической поддержке* при этом указал только один человек. Возможно, при проведении глубинного интервью мы бы получили иную картину. Потому что о фактах дискриминации указало большее количество человек.

Как показывает практика, неосведомленность в юридических вопросах среди людей старшего поколения часто приводит к противоправным действиям и жестокому обращению с ними. Мета-анализ³² 52 исследований в разных странах показал, что 15,7% людей в возрасте 60 лет и старше подвергались каким-либо формам жестокого обращения. Этот показатель, возможно, недооценивается, поскольку сообщается лишь об 1 из 24 случаев жестокого обращения с пожилыми людьми, отчасти из-за того, что пожилые люди часто боятся сообщать о случаях жестокого обращения родственникам, друзьям или органам власти.

Плохое обращение – это действие или бездействие, преднамеренное или непреднамеренное. Оно может быть физическим, психологическим (включая эмоциональную и вербальную агрессию), финансовым (материальным)³³. Независимо от вида жестокого обращения, оно приводит к страданию, травмам, потерям, нарушению прав человека и снижению качества жизни.

³¹ Ю.А. Зеликова. Конструирование старения: секс и интимность в пожилом возрасте. Журнал исследований социальной политики 2018 Т.16 №1.

³² Yon Y, et al. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2017 Feb; 5(2): 147-156. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104184>

³³ Насилие и его влияние на здоровье. ВОЗ, Глава 5 https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/Ch_5RU.pdf

Для пожилых последствия физического жестокого обращения могут быть особенно серьезны. Пожилые люди физически слабее и уязвимее, чем молодые, и процесс их выздоровления занимает значительно больше времени.

Специалистам нужно сохранять повышенную внимательность к пациентам. А при обнаружении подобных жалоб или подозрений быть в тесном взаимодействии с правоохранительными органами.

Потребность в медицинской помощи не стоит на первом месте

В нашем исследовании медицинская помощь чаще всего упоминалась в контексте организации выдачи препаратов и лечения ВИЧ-инфекции. Об этом упомянули 8 человек (14,3%):

- *Чтобы всегда были препараты от ВИЧ*
- *Выдача препаратов на более долгое время, без очередей*
- *Хорошо бы от ВИЧ принимать 1 таблетку, 1 раз в день.*

В целом, потребности, связанные с лечением ВИЧ-инфекции, логичны и почти все выполнимы при создании клиент-ориентированного подхода. Организация выдачи препаратов на более долгий срок может быть согласована с руководством ЛПУ.

Получение пациентами более современных схем пока ограничено, однако постепенно и это становится доступным.

Мы также попросили респондентов оценить свое состояние здоровья по шкале от 1 до 10 баллов:

- *На 9-10 баллов (почти идеальное) оценили 17 участников (30,4%)*
- *На 7-8 баллов (есть проблемы) – 29 участников (51,8%)*
- *Ниже 6 баллов (неважное и плохое) – 10 участников (17,8%).*

Получается, что при плохом состоянии здоровья люди не всегда готовы попросить о медицинской помощи. Предстоит разобраться, с чем это связано – отчаянием, отсутствием осознанности или иными причинами. Тем более, что из предыдущей главы мы знаем о множестве изменений, происходящих в организме с возрастом.

Именно работа с базовыми потребностями позволяет актуализировать ценность здоровья, мотивировать пациента на получение необходимой медицинской помощи.

Из практики:

Таблетки от давления я принимать не буду. Я и так одни таблетки ем. Целые горсти. Куда мне еще? Я давление измеряю – если высокое, то ложусь и таблетку под язык. А каждый день-то зачем их принимать?

Терпеливая работа с пациентом, разъяснение механизмов действия препаратов, уточнение последствий, примеры других людей позволяют актуализировать тему сохранения здоровья.

Никакая поддержка не нужна – указали 10 человек, принимавших участие в нашем исследовании.

Безусловно, есть люди, способные адаптироваться к меняющимся условиям. Однако такие ответы могут быть и признаком того, что пациент не готов сотрудничать. Поэтому так желательно выяснять потребности при совместном со специалистом исследовании жизненной ситуации и только после установления достаточно доверительных отношений.

Таким образом, даже наше небольшое исследование охватило все сферы жизни пациентов старшего возраста с ВИЧ и позволило понять, какие из них требуют проработки, где востребована помощь и поддержка.

ГЛАВА 3.

МЕТОДЫ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЕРВИСОВ, АДАПТИРОВАННЫХ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ВИЧ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ



- Модель комплексного медико-социального сопровождения пациентов (принципы, особенности, организация)
- Виды медицинских и немедицинских сервисов, востребованных пациентами
- Принципы и особенности работы мультипрофессиональных команд, основные требования к персоналу

«В любом возрасте человек открывает свое сердце тому, кто раскрывает свое сердце в ответ».

Мария Эджуорт

Комплексный подход, подразумевающий объединение медицинских и немедицинских сервисов, вписанных в единую модель медико-социального сопровождения, максимально эффективен и наиболее успешен в работе со всеми группами пациентов.

Модель комплексного медико-социального сопровождения пациентов (принципы, особенности, организация)

Медико-социальное сопровождение – это комплексная деятельность, обеспечивающая своевременный доступ в медицинские, психосоциальные и иные службы помощи, направленная на формирование у клиентов ответственного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих и повышающая возможности к самостоятельному решению проблем со здоровьем.

Обычно целью медико-социального сопровождения является создание условий для проявления способностей самому строить свою жизнь, преодолевая сложности. Однако в случае с людьми старшего возраста можно несколько переформулировать цель: помощь в адаптации к изменившимся условиям жизни. И достаточно часто это помощь не только клиенту, но и родственникам. Как и раньше, важно не брать всю заботу на себя, оставляя место для самостоятельности клиента или его родных. Но при этом в работе с людьми старшего возраста скорость движения, время сопровождения и шаги назад могут потребовать терпения.

В программах сопровождения обязательна работа мультипрофессиональной команды:

- *врач-инфекционист и другие специалисты (при наличии);*
- *медицинская сестра;*
- *психолог;*
- *специалист по социальной работе или социальный работник;*
- *равный консультант.*

Количество и виды услуг, предоставляемых на месте, зависят от ресурсов и состава команды. В зависимости от возможностей, каждая организация, занимающаяся медико-социальным сопровождением, выбирает одну из моделей.

<p>Модель брокера</p>	<p>Модель брокера – состоит в том, чтобы связать клиента с необходимыми ему службами – партнерскими организациями. Специализированная помощь «на месте» практически не оказывается. Задача специалиста состоит в определении потребностей клиента, направлении его в партнерские организации с последующим отслеживанием. Плюсы модели – высокий охват клиентов при небольшом штате специалистов. Однако в работе с людьми старшего возраста часто требуется социальное сопровождение, а значит, большое число социальных работников.</p>
<p>Реабилитационная модель</p>	<p>Реабилитационная модель – клиент получает значительное количество помощи от специалиста «на месте». Определяя сильные и слабые стороны клиента, специалист помогает ему преодолеть барьеры, которые мешают клиенту самостоятельно функционировать в сообществе. Когда барьеры успешно преодолены, взаимоотношения со специалистом прекращаются или становятся менее интенсивными.</p>
<p>Модель полной поддержки</p>	<p>Модель полной поддержки – реабилитационная модель с возможностью предоставления всех услуг в одном месте, нет системы направлений в другие службы. Роль специалиста также очень важна в предоставлении поддержки, обучении клиентов жизненным навыкам и координации процесса. Эта модель возможна на базе госпиталей, больниц.</p>
<p>Модель сильных сторон</p>	<p>Модель сильных сторон – основана на выявлении сильных сторон клиента. Роль специалиста – помочь клиенту сформулировать цели и точно следовать им. Может подойти отдельным людям старшего возраста.</p>

³⁴ Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп. Практическое пособие для социальных работников. Москва, 2010, AFEW.

Учитывая особенности и потребности людей старшего возраста, а также возможности среднестатистического СПИД-центра, оптимальным будет создание и использование реабилитационной модели. Именно на нее мы и будем опираться в этом пособии. Особенность этой модели – это особая позиция врача и немедицинских специалистов при работе с клиентом. Клиент не остается в пассивной и принимающей позиции, а принимает посильное участие в процессе. Консультант стимулирует и удерживает клиента в активной позиции, чтобы клиент сам мог принимать решения.

Модель состоит из 6 шагов. Предлагаем подробно разобрать каждый шаг, его задачи и особенности для людей старшего возраста.



Предлагаем подробно разобрать каждый шаг, его задачи и особенности для людей старшего возраста.

ШАГ 1. ПРИВЛЕЧЕНИЕ И ВКЛЮЧЕНИЕ КЛИЕНТА В ПРОГРАММУ

Задача: выстроить доверительные отношения, оценить желание клиента получить помощь.

Сотруднику, который проводит первый шаг, важно рассказать о себе, своей организации и возможных услугах, которые могут быть предоставлены.

Иногда первый шаг сделать легко. Например, если на приеме у врача пациент четко озвучивает свои проблемы социального характера, врач может сказать: «У нас есть социальный работник, который может помочь вам разобраться в этой ситуации».

Особенности людей старшего возраста: есть очень закрытые и недоверчивые пациенты, а есть очень доверчивые, истосковавшиеся по кому-то, с кем можно поговорить на тему ВИЧ, жаждущие помощи.

Если родственники знают о диагнозе, то очень важно установить контакт с ними.

Важно уделить знакомству и установлению контакта достаточно времени, потому что без доверительных отношений остальные шаги будут затруднены или невозможны

ШАГ 2. ОЦЕНКА СИТУАЦИИ И ПОТРЕБНОСТИ КЛИЕНТА

Задача: оценка потребностей и возможностей.

Следует в первую очередь обсуждать те потребности, которые озвучивает пациент. Но не стоит забывать про помощь в выявлении потребностей, не очевидных ему.

Важно не только составить список потребностей, но и оценить психологическое состояние пациента, его когнитивные способности и «социальный интеллект», то есть совокупность способностей, определяющих успешность социального взаимодействия (способность понимать поведение других людей и свое собственное поведение, действовать сообразно ситуации)³⁵.

Также специалистом проводится оценка ресурсов и возможностей – наличие людей, способных оказать поддержку (родные и близкие).

На этом этапе очень помогают анкеты и шкалы.

Анкета оценки ситуации при правильном заполнении позволяет не упустить ни один значимый момент.

³⁵ Ушаков Д.В. Социальный интеллект как вид интеллекта // Институт психологии РАН, 2004.

АНКЕТА ОЦЕНКИ СИТУАЦИИ

Дата:

Специалист:

Ф.И.О клиента:

Дата рождения:

ВП (номер карты в СПИД-центре):

Адрес:

Контактные телефоны:

Можно ли оставить сообщение, если ответит кто-то другой?

Через кого можно передавать информацию?

Кто знает о ВИЧ-статусе?

Условия проживания:

С кем проживает?

Семейное положение:

Наличие детей, внуков

Наличие других родственников

Какие отношения с родственниками

Друзья и близкие помимо родных

Образование:

Работа:

Пенсия:

Материальное положение:

Документы:

Паспорт

Полис ОМС

ИНН

СНИЛС

Прописка/регистрация

Пенсионное удостоверение

Трудовая книжка

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Год выявления ВИЧ-инфекции

Состоит ли на учете в СПИД центре?

Дата последнего обследования на CD4:

Результат

Дата последнего анализа на вирусную нагрузку:

Результат:

Прием АРВТ

Схема АРВТ

Дата начала

Приверженность к лечению

Если не принимает АРВТ, то по какой причине?

Инфицирован ли партнер/партнерша?

Пользуется ли презервативами? Если нет, то по какой причине?

Проблемы со здоровьем, другие заболевания

Инвалидность

Прикрепление к поликлинике

Факторы риска:

- Употребление ПАВ

- Злоупотребление алкоголем

- Плохие взаимоотношения с близкими

- Насилие, угрозы

Состояние в настоящее время:

Внешний вид

Настроение

Поведение

Краткие выводы специалиста:

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ может быть проведена не только психологом.

Есть простая шкала, которая поможет любому специалисту рано выявить наличие тревоги и депрессии у пациентов. Это помогает мотивировать пациента на консультацию с психологом. Опросник достаточно «чувствителен».

Однако более детальную оценку состояния при необходимости проводит специалист.

Шкала делится на две части: тревога (I часть) и депрессия (II часть).

Для интерпретации необходимо суммировать баллы по каждой части в отдельности:

- 0-7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)*
- 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия*
- 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия*

Оценка уровня тревоги:

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе:

- 3 — все время*
- 2 — часто*
- 1 — время от времени, иногда*
- 0 — совсем не испытываю*

2. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться:

- 3 — определенно это так, и страх очень велик*
- 2 — да, это так, но страх не очень велик*
- 1 — Иногда, но это меня не беспокоит*
- 0 — совсем не испытываю*

3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове:

- 3 — постоянно*
- 2 — большую часть времени*
- 1 — время от времени и не так часто*

4. Я легко могу сесть и расслабиться:

- 0 — определенно, это так*
- 1 — наверно, это так*
- 2 — лишь изредка, это так*
- 3 — совсем не могу*

5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь:

- 0 — совсем не испытываю*
- 1 — иногда*
- 2 — часто*
- 3 — очень часто*

6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться:

- 3 — определенно, это так*
- 2 — наверное, это так*
- 1 — лишь в некоторой степени это так*
- 0 — совсем не испытываю*

7. У меня бывает внезапное чувство паники:

- 3 — очень часто*
- 2 — довольно часто*
- 1 — не так уж и часто*
- 0 — совсем не бывает*

Оценка уровня депрессии:

1. *То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство:*

- 0 — определенно, это так*
- 1 — наверное, это так*
- 2 — лишь в очень малой степени это так*
- 3 — это совсем не так*

2. *Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное:*

- 0 — определенно, это так*
- 1 — наверное, это так*
- 2 — лишь в очень малой степени это так*
- 3 — совсем не способен*

3. *Я испытываю бодрость:*

- 3 — совсем не испытываю*
- 2 — очень редко*
- 1 — иногда*
- 0 — практически все время*

4. *Мне кажется, что я стал все делать очень медленно:*

- 3 — практически все время*
- 2 — часто*
- 1 — иногда*
- 0 — совсем нет*

5. *Я не слежу за своей внешностью:*

- 3 — определенно, это так*
- 2 — я не уделяю этому столько времени, сколько нужно*
- 1 — может быть, я стал(а) меньше уделять этому время*
- 0 — я слежу за собой так же, как и раньше*

6. *Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения:*

- 0 — точно так же, как и обычно*
- 1 — да, но не в той степени, как раньше*
- 2 — значительно меньше, чем обычно*
- 3 — совсем так не считаю*

7. *Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы:*

- 0 — часто*
- 1 — иногда*
- 2 — редко*
- 3 — очень редко*

ТЕСТ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕМЕНЦИИ

Шаг 1. Посмотрите на пациента и скажите:

- Пожалуйста, послушайте внимательно. Я сейчас произнесу три слова, которые нужно повторить за мной и постараться запомнить. Это слова: лимон, ключ, шар.

Пожалуйста, повторите их теперь.

Пациент повторяет эти слова.

Если он не смог сделать этого после трех попыток, то переходите к шагу 2.

Шаг 2. «Рисование часов». Дайте пациенту лист с нарисованным кругом и скажите:

- Теперь я хочу, чтобы вы нарисовали часы. Сначала расставьте по порядку цифры внутри круга.

Дождитесь выполнения, затем скажите:

- Нарисуйте стрелки так, чтобы они показывали десять минут двенадцатого.

Если необходимо, повторите инструкцию. Если часы не нарисованы в течение трех минут, переходите к шагу 3.

Шаг 3. «Запоминание слов». Предложите пациенту вспомнить слова, которые вы произнесли в задании шага 1.

Скажите «Какие три слова я попросил/просила вас запомнить?»

Подсчет баллов:

Запоминание слов: _____ – по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки.

Рисование часов: _____ – 2 балла за верный рисунок: все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате. Стрелки указывают на 11 и 2. Длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается.

Неспособность или отказ нарисовать часы – 0 баллов.

Общий результат: _____ (0-5 баллов)

Интерпретация: если набрано менее 3 баллов, это основание предположить наличие деменции.

При результате менее 4-х баллов рекомендуется более глубокое обследование. Стоит учитывать, что тест недостаточно чувствителен для обнаружения легких и умеренных когнитивных расстройств.

Помните, что пациент часто не озвучивает свои потребности. Следует вести активный диалог и обсуждать с ним жизненную ситуацию.

Если родственники проинформированы о диагнозе, желательно привлечь их к оценке ситуации. Можно провести сначала совместную беседу, а потом после – индивидуальную. С родственниками также можно провести два последних теста, поскольку их состояние влияет на состояние самого пациента.

ШАГ 3. РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА

Задача: составление комплексного индивидуального плана получения услуг.

На этом этапе необходимо расставить проблемы по значимости вместе с пациентом.

Важно определить и записать сроки выполнения каждого пункта из плана. Кроме того, нужно совместно решить – будет ли пациент выполнять запланированный пункт самостоятельно или при поддержке родных, или же нужно определить помогающего сотрудника.

Дата внесения услуги в план	Услуга	Организация, специалист	Планируемая дата получения услуги	Сопровождение (сотрудник, родственник, самостоятельно)	Результат и дата его получения	Оценка качества оказания / причина неоказания

Обычно при тщательном проведении оценки составление плана не вызывает трудностей.

При наличии родственников желательно согласовать план с ними.

Важно упорядочить и расписать все действия, даже если их немного. Это дисциплинирует и мотивирует пациента, позволяет учитывать проделанную работу. Очень часто СПИД-сервисными организациями проводится большая работа, которая недостаточно учитывается и оценивается.

При появлении новых обстоятельств план дополняется новыми услугами.

ШАГ 4. ПРОЦЕСС СОПРОВОЖДЕНИЯ

Задача: направление в службы помощи в соответствии с первоочередными потребностями.

На этом этапе происходит предоставление или содействие в получении медицинских, социальных, психологических или юридических услуг. Степень помощи зависит от социального интеллекта пациента, от его способности самостоятельно обращаться за помощью.

Перенаправление клиента – это содействие клиенту в получении услуги за пределами принимающей организации, то есть направление клиента к соответствующему специалисту или в специализированное учреждение. В нашем случае обязательна предварительная договоренность с нужным специалистом или учреждением. Наилучшим вариантом будет включить все необходимые организации в партнерскую сеть, а значит, сотрудничество с ними должно быть установлено заранее.

Сопровождение клиента – это содействие клиенту в процессе получения услуги, то есть социальный работник лично сопровождает клиента к стороннему специалисту или в иное учреждение и помогает до самого момента получения этой услуги.

Важно: при привлечении родственников необходимо их подготовить к процессу сопровождения – объяснить нюансы, помочь с подготовкой документов, удостовериться, что клиент соответствует критериям для оказания услуг (например, все ли необходимые документы в наличии).

При отсутствии родственников обязательно сопровождение социального работника, если по объективным причинам пациент не может самостоятельно получить услугу. Важно стимулировать и собственную активность в обращении за помощью, подбадривать и хвалить за желание обратиться в необходимые службы. Хотя бы за самостоятельно сделанный телефонный звонок.

ШАГ 5. КООРДИНАЦИЯ УСЛУГ В ДРУГИХ СЛУЖБАХ И КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

Задачи:

- *выполнение плана, мониторинг и оценка;*
- *координация деятельности служб, участвующих в реализации составленного плана;*
- *мониторинг процесса сопровождения и оценка эффективности плана;*
- *периодическая переоценка и внесение поправок в план действий.*

Этот этап очень важен, потому что удержание в программе может быть даже сложнее, чем вовлечение в нее.

В некоторых случаях возможно завершение программы и планирование самостоятельных действий клиента. Однако для лиц старшего возраста выход из программы маловероятен, зато после решения основных проблем число контактов может быть значительно снижено.

Виды медицинских и немедицинских сервисов, востребованных пациентами

Все виды сервисов и услуг имеют общую цель: содействие долгой и качественной жизни пациента с ВИЧ, в том числе путем повышения приверженности АРВТ.

Именно комплексный подход позволяет достичь этого. Каждый сервис решает разные задачи, которые в итоге приводят к общей цели.

Большинство из этих сервисов уже успешно функционируют, и мы просто структурируем информацию. Некоторые идеи в пособии будут новыми, и мы будем рады их успешному внедрению.

Индивидуальные формы работы

Важной особенностью сервисов для людей старшего возраста является территориальная доступность или возможность организации выезда на дом.

Консультирование врачом

Задача	комплексная оценка состояния здоровья для определения рисков и составления плана по их снижению.
Кем оказывается:	врач общей практики, врач-терапевт, дополнительно обученный врач-инфекционист. Это обязательно должен быть врач, знающий о ВИЧ-статусе.
Где оказывается:	СПИД-центр, поликлиника или другая медицинская организация.
Что включает в себя:	полноценный врачебный прием, во время которого собирается подробный семейный анамнез, история перенесенных заболеваний, обсуждаются все хронические заболевания, производится оценка всех принимаемых препаратов и их сочетание с АРВТ, составляется дополнительный список лабораторного обследования,

результаты которого будут использованы для принятия терапевтических решений, в том числе для коррекции схемы АРВТ, назначения дополнительных препаратов, составляется план вакцинации и график посещения узких специалистов. Во время расширенной консультации врач может обсудить моменты, которые можно вписать в рамки врачебного приема. Это сексуальная жизнь, физическая активность, характер питания, курение, употребление алкоголя.

Консультирование психологом

Задача

диагностика состояния психического здоровья и оказание психологической помощи при выявлении потребности.

Кем
оказывается:

психолог. Важно! У пациента должна быть возможность выбрать специалиста.

Где
оказывается:

СПИД-центр или партнерская организация (по запросу).

Что
включает
в себя:

психологическое консультирование. Запросы психологу часто таковы: раскрытие статуса близким, в том числе своему партнеру, отношения, стоит ли строить отношения с ВИЧ-отрицательным партнером, стигма, самостигма, эмпауэрмент и дискриминация. Важно обсудить, как ВИЧ-инфекция изменила жизнь, что можно было бы сделать, если бы не было этого диагноза. Выявить и исследовать иррациональные установки. Важно говорить о тех изменениях, которые происходят с возрастом, и о принятии этих изменений.

Консультирование социальным работником или специалистом по социальной работе

Задача

полная диагностика социальной сферы и составление индивидуального комплексного плана для получения помощи.

Кем
оказывается:

социальный работник или специалист по социальной работе. В дальнейшем именно этот специалист курирует клиента, обеспечивая связь с другими специалистами, входящими в мультипрофессиональную команду.

Где
оказывается:

СПИД-центр или партнерская организация.

Что
включает
в себя:

заполнение анкеты с обсуждением каждого пункта, для того чтобы максимально исследовать ситуацию. Составление индивидуального комплексного плана, опираясь на решения клиента о распределении приоритетов и на совместное исследование ситуации.

При необходимости – сопровождение для получения услуг, налаживание контактов со сторонними социальными работниками, доставка препаратов.

Консультирование равным консультантом

Задача оказание поддержки «равный – равному».

**Кем
оказывается:**

человек, живущий с ВИЧ, прошедший специальное обучение. Если он не является сотрудником организации, то должен быть оформлен договор волонтера и подписаны документы о сохранении медицинской тайны.

**Где
оказывается:**

СПИД-центр или партнерская организация (чаще всего НКО).

**Что
включает
в себя:**

обсуждение ситуации клиента, эмоциональная поддержка, помощь в установлении контакта с другими специалистами и мотивация на сотрудничество с врачом, на создание более доверительных отношений. Обсуждение важности умения задавать интересующие вопросы своему врачу, составлять заранее список вопросов. При проблемах с приверженностью – помощь в приеме препаратов (дополнительное напоминание, создание якорей).

Особенности:

при возможности привлечения пациентов старшего возраста на должность равного консультанта это будет наиболее эффективно. Тем не менее консультанты любого возраста могут быть эффективными.

Консультирование юристом

Задача оказание юридической поддержки.

**Кем
оказывается:**

юрист.

**Где
оказывается:**

СПИД-центр, партнерская организация. Возможно удаленное оказание услуги.

**Что
включает
в себя:**

предоставление информации по запросу. Может быть востребованной информация об ответственности за заражение ВИЧ-инфекцией, о разглашении ВИЧ-статуса, вопросы защиты социальных прав, в том числе в области трудовых отношений, прав на получение медицинской помощи, вопросы оформления гражданства, опеки и прочее.

Дистанционные формы работы

Принципиально практически все индивидуальные консультации, кроме осмотра врача, можно провести удаленно. Однако даже врач может максимально использовать онлайн-режим для сбора анамнеза и составления плана обследования.

Для людей старшего возраста получение услуг онлайн непривычно и может потребовать подготовительной работы. Однако наш опрос показал, что как минимум половина участников готовы получать консультации дистанционно. Это стало особенно актуально во время пандемии коронавирусной инфекции.

Наиболее предпочтительно осуществить консультации с использованием видеосвязи. В этом случае важно провести обучение, помочь установить необходимые программы на телефон, часто требуется освободить память в телефоне или поставить карту памяти. Возможно, в каких-то ситуациях потребуется помочь приобрести телефон.

Работа горячей линии

Цель: оказание дистанционной поддержки и информирования.

Кем осуществляется: любым обученным сотрудником.

Где осуществляется: СПИД-центр или НКО.

Когда осуществляется: идеальным вариантом является круглосуточная работа.

Как осуществляется: это не требует значительных ресурсов, но, как показывает опыт, очень ценится клиентами. Достаточно одного служебного мобильного телефона и нескольких обученных телефонному консультированию и основам ВИЧ-инфекции консультантов. При обращении клиент может получить ответы на вопросы о ВИЧ-инфекции и доступных услугах.

Работа телефона доверия

Цель: оказание специализированной психологической поддержки по телефону.

Кем осуществляется: психолог.

Где осуществляется: партнерская организация. При включении ранее созданного телефона доверия в партнерскую сеть необходимо дополнительное обучение сотрудников телефона доверия основам ВИЧ-инфекции и методике консультирования людей с ВИЧ.

Когда осуществляется: круглосуточно.

Как осуществляется: при обращении клиента проводится психологическое, в том числе кризисное, консультирование согласно запросу.

Групповые формы работы

Безусловной ценностью групповых форм работы является создание терапевтического пространства, безопасного пространства для обсуждения самых разных тем.

При наличии навыка у ведущего и при предварительной подготовке участников можно проводить групповые занятия дистанционно практически так же эффективно, как и офлайн.

Казалось бы, люди старшего возраста, особенно неработающие, могли бы принимать участие в группах. Однако, судя по нашему опыту, особенно они отказывались посещать групповые занятия в связи с сильным чувством стыда, опасением встречи со знакомыми и раскрытия своего ВИЧ-статуса. В таком случае не следует настаивать на групповых занятиях, а стоит продолжать индивидуальную работу. Со временем участие в групповых встречах будет казаться им менее опасным.

Возможно, стоит начать с приглашения на встречи со специалистами или лекции.

Из практики:

В нашем ЛПУ ежемесячно для пациентов старшего возраста были организованы встречи со специалистами на разные темы, по принципу «50 вопросов юристу (психологу, терапевту, социальному работнику, психиатру и т. д.)». На такие неформальные встречи медицинского и немедицинского характера забивались полные залы активных пенсионеров. Объявления о данных мероприятиях заранее вывешивались в коридоре.

Группы взаимопомощи

Задача: оказание психологической поддержки, создание безопасного пространства, в котором можно говорить о ВИЧ-инфекции и своих проблемах.

Кем проводятся: фасилитатором (обученным ведущим).

Обычно это «равный консультант», необязательно ведущий должен принадлежать к старшей возрастной группе. Начинать проведение групп обязательно должен кто-то из сотрудников, в дальнейшем группа может функционировать самостоятельно.

Где
проводятся:

СПИД-центр, партнерская организация.

Когда
проводятся:

оптимален постоянный график встреч, например, один раз в неделю (или в две недели) в вечернее время или в выходной день. Однако если большинство участников группы не работают, то возможно проведение в дневное время по будням.

Как
проводятся:

обычно присутствие людей без ВИЧ в группе взаимопомощи не допускается, однако наш опыт показывает, что участие людей без ВИЧ, вовлеченных в проблему, оказывает дополнительный эффект, снижает стигму. Например, в эту группу могут входить бабушки, опекающие детей с ВИЧ.

При проведении групп взаимопомощи необходимо следовать правилам групповой работы, особенно важно контролировать сохранение конфиденциальности. На групповых занятиях могут обсуждаться сложные жизненные ситуации в жизни участников и варианты их решения. Иногда для людей старшего возраста являются проблемой поездки в отдаленные районы.

Можно совмещать посещение СПИД-центра и проведение группы. Можно рассмотреть создание мини-групп в разных районах города.

Группы поддержки

Задача:

оказание психологической поддержки, предоставление информации по заданной теме, создание безопасного пространства, в котором можно говорить о ВИЧ-инфекции и своих проблемах.

Кем
проводятся:

специалист, обученный методике групповой работы.

Где
проводятся:

СПИД-центр, партнерская организация.

Когда
проводятся:

оптимален постоянный график встреч, например, один раз в месяц.

Как
проводятся:

в отличие от групп взаимопомощи, группу поддержки проводит специалист. Тема встречи сообщается заранее. Опыт проведения групп для людей старшего возраста показывает, что они охотнее приходят послушать специалиста, чем в абстрактную группу взаимопомощи.

Уже после знакомства с другими участниками группы появляется больше шансов на посещение группы взаимопомощи.

Групповые занятия «Школа пациента»

Задача:	предоставление информации о ВИЧ-инфекции и лечении в доступной форме.
Кем проводятся:	команда из двух ведущих, предпочтительно врач и равный консультант, обученные проведению групповых занятий; согласно тематике, актуальной для людей старшего возраста, могут быть приглашены эксперты для проведения дополнительных занятий (например, врач-кардиолог, эндокринолог).
Где проводятся:	СПИД-центр, партнерская организация. В помещении, оборудованном для групповой работы, имеющем возможности для показа презентаций.
Когда проводятся:	периодичность определяется командой ведущих, исходя из возможностей участников. Рекомендуется проводить занятия не реже одного раза в неделю, один цикл занятий рекомендуется завершить не более чем за пять недель.
Как проводятся:	цикл обучения состоит из четырех занятий продолжительностью 3 академических часа. Каждое занятие состоит из нескольких сессий с перерывами. Можно адаптировать и использовать существующую программу проведения Школы пациентов ³⁶ . Безусловно, стоит разработать дополнительное занятие на основании предоставленного в 1-й главе материала о ВИЧ и старении или пригласить эксперта.
Спортивные мероприятия (например, скандинавская ходьба, лечебная физкультура)	
Задача:	создание навыка занятия спортом, улучшение выносливости, нормализация эмоциональной сферы.
Кем проводятся:	обученный специалист из числа сотрудников или заключивший волонтерский договор.
Где проводятся:	партнерская организация или на «свежем воздухе».
Когда проводятся:	по согласованию.
Как проводятся:	для пациентов старшего возраста важен будет учет некоторых нюансов при подготовке. Считается, что скандинавская ходьба подходит практически всем, но противопоказания все же имеются. Необходима консультация с врачом до занятий. Также специалисту необходимо обеспечить помощь в выборе специальных палок, подборе удобной обуви и одежды. Обязательное условие перед тем, как начать ходьбу, – выполнение разминки. Завершают ходьбу в медленном темпе, с заминкой, которая состоит из дыхательных упражнений и на растяжку. Для поддержки физического тонуса пожилых рекомендуется заниматься один-два раза в неделю по 30–40 минут.

³⁶ Практическое руководство по организации Школы пациентов с ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами, 2016, Фонд развития МСП.

Досуговые мероприятия

Задача: компенсация дефицита общения, создание благоприятного эмоционального фона.

Кем проводятся: организатор из числа сотрудников или волонтер.

Где проводятся: по договоренности – например, театр, выставка, концерт, экскурсии.

Когда проводятся: по согласованию.

Как проводятся: важным моментом для людей старшего возраста будет тщательная организация и подготовка. Выбор недлительных мероприятий. Подготовка маршрута поездки заранее, при возможности – трансфер к месту проведения. Билеты лучше хранить у организатора и выдавать непосредственно перед мероприятием.

Обучающие мастер-классы (например, изготовление таблетниц, обучение использованию онлайн-платформ для групповых звонков)

Задача: компенсация дефицита общения, создание благоприятного эмоционального фона, получение полезных навыков.

Кем проводятся: организатор из числа сотрудников или волонтер.

Где проводятся: по договоренности.

Когда проводятся: по согласованию.

Как проводятся: при наличии приглашенного эксперта важно, чтобы кто-то из сотрудников обязательно присутствовал на протяжении всего занятия.

Предоставление печатных материалов

Задача: предоставление достоверной информации о ВИЧ-инфекции и других актуальных вопросах.

Кто, где и когда осуществляет: все сотрудники могут использовать брошюры во время консультации и/или выдавать их при завершении консультации.

Как проводятся: именно люди старшего возраста привыкли к печатным изданиям, много и с удовольствием читают. Важно предварительно ознакомиться с брошюрой самому и кратко рассказать клиенту о ее содержании. Информацию в брошюре можно посмотреть в любое время, в том числе дома вместе с партнером или другими близкими. Особенно ценными для людей старшего возраста могут быть информационные листовки с телефонами социальных служб, отдельных специалистов по узким вопросам (например, юристов).

Другие формы работы

Также стоит отдельно выделить такие значимые услуги:

- помощь в оформлении пособий, восстановлении документов;
- доставка препаратов;
- забор крови, консультация врача и прочих специалистов на дому.

Работа с родственниками

Это очень важный пласт работы.

Как показывает практика, отношения с родственниками у людей старшего возраста часто достаточно сложные. Доступность работы с родственниками зависит от того, проинформированы ли они о диагнозе. Истории бывают полярные: иногда родные обеспечивают полноценный уход, а иногда оставляют в беде и одиночестве беспомощного человека.

Достаточно часто через родственников можно повлиять на пациента.

Из практики:

Пациент 57 лет. ВИЧ-инфекция установлена при обследовании перед операцией. В операции отказано. Иммунный статус ниже 200.

Проблема: от АРВТ отказывается, хотя проходит лабораторное обследование.

Проведенная работа:

При выезде на дом установлен контакт с его партнером. Проведено совместное консультирование по формированию приверженности АРВТ: обсуждены механизмы действия препаратов, побочные эффекты. Самое большое влияние оказал рассказ о концепции «Неопределяемый = Непередающий», т.к. пара дискордантная.

На следующий день было принято решение о начале терапии. Приверженность высокая. Решена проблема с оказанием медицинской помощи.

Силы родственников при уходе за тяжелыми пациентами могут истощаться, и задача команды – оказать поддержку не только пациенту, но и родным, которые ухаживают за ним. Важно помочь нормализовать отношения.

Из практики:

Женщина, 65 лет. ВИЧ-инфекция выявлена при ухудшении состояния в связи с развитием оппортунистической инфекции.

Проблемы: дочь переехала жить к маме от своего мужа и детей, чтобы обеспечивать круглосуточный уход. Находится в истощенном состоянии, разрывается между семьей и матерью. Срывается на матери. На момент вмешательства благодаря лечению состояние пациентки улучшилось, и она стала в состоянии обслуживать себя самостоятельно.

Проведенная работа:

*обе женщины получили консультацию психолога;
консультирование по созданию безопасного пространства для проживания человека с неврологическим дефицитом;
содействие в организации реабилитации;
постоянная эмоциональная поддержка, телефонное консультирование;
поиск волонтеров для помощи на дому.*

Результат: дочь вернулась в семью, почти ежедневно посещает мать, отношения улучшились.

Разумеется, это неполный перечень возможных услуг.

Их спектр зависит от потребностей, а также ресурсов организации, предоставляющей сервис, и ее партнерской сети.

Партнерская сеть

Стоит признать – в СПИД-центрах недостаточно ресурсов для создания системы оказания комплексной помощи.

На наш взгляд, наибольшие возможности дает создание адекватной партнерской сети, основанной на хорошем знании уже существующих в регионе сервисов, которыми может воспользоваться пациент.

В большинстве регионов, в отсутствие официально достигнутых соглашений, работа строится на личных контактах и договоренностях.

Варианты организаций, которые можно включить в партнерскую сеть для людей старшего возраста:

- пенсионный фонд;
- отделы социальной защиты районов;
- медицинские организации или доверенные врачи узких специальностей: оториноларинголог, кардиолог, окулист, онколог, эндокринолог, невролог, психиатр;

- *благотворительные фонды и некоммерческие организации;*
- *служба волонтеров;*
- *социальная столовая;*
- *парикмахерская;*
- *социальное такси;*
- *юридическая контора;*
- *телефон доверия.*

Обычно, когда система уже создана, для поддержания требуется меньше ресурсов, чем на начальном этапе.

Принципы и особенности работы мультипрофессиональных команд, основные требования к персоналу

Мультидисциплинарная команда может быть эффективным инструментом с учетом важной особенности.

Для того чтобы вся команда приступила к работе, необходимо, чтобы один из сотрудников открыл «входную дверь».

Именно поэтому каждый из сотрудников, работающих с пациентами старшего возраста, должен владеть основными знаниями в сфере медицинской, психологической и социальной помощи.

Общие принципы комплексного медико-социального сопровождения пациентов с ВИЧ-инфекцией старшего поколения:

1. Максимум услуг на месте. Именно реабилитационная модель наиболее подходит людям старшего возраста. Чем больше услуг есть на территории организации, тем удобнее будет получить их клиенту. В случае перенаправления нужно обязательно убедиться в возможности и готовности клиента посетить другого специалиста и при необходимости обеспечить физическое сопровождение.

2. Доступность. Любой человек, живущий с ВИЧ, может обратиться за помощью. Для работающих пациентов, вероятно, актуальным будет продление работы сервисной службы. Также имеет смысл предусмотреть сервисы, снижающие порог территориальной доступности, в том числе выездные бригады.

3. Толерантное отношение всех сотрудников ко всем клиентам. С пониманием нужно относиться к возрастным особенностям. Нельзя допускать эйджизм, стигму и дискриминацию клиентов сотрудниками. Важно поддерживать активность клиента и его верные самостоятельные шаги.

4. Соблюдение конфиденциальности. Недопустимость разглашения информации без согласия клиента. Все, о чем рассказывает клиент, должно оставаться в пределах круга специалистов, вовлеченных в оказание помощи.

Если возникает необходимость обсудить ситуацию со сторонним экспертом, то всегда следует предварительно обсудить это с клиентом и получить его письменное согласие.

Соблюдение конфиденциальности предусмотрено законодательством РФ: каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну (ст. 23 Конституции РФ); не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (ст. 13 Федерального закона №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

5. Профессиональная компетентность. Каждый сотрудник, осуществляющий оказание помощи, должен являться специалистом в своей области. Информация, предоставляемая клиентам, должна быть достоверна. Сотрудники должны четко осознавать границы своей компетентности.

Общие требования к персоналу:

- знание возрастных особенностей пациентов;
- способность создавать доброжелательную, доверительную атмосферу;
- обладать высоким уровнем эмпатии (способности сопереживать);
- эмоциональная компетентность – способность распознавать чувства пациента, включая негативные, справляться с ними, уметь управлять своими чувствами;
- обладать гибким мышлением – уметь быстро перестроиться в сложной ситуации, отвечать на разноплановые вопросы пациентов;
- работать над личной и профессиональной уверенностью;
- вовремя обнаруживать признаки эмоционального выгорания на работе.

Особенности работы каждого специалиста

Врач

Роль врача-инфекциониста очень значима. Именно его пациент посещает в обязательном порядке. В связи с тем, что лечение пожизненное, долгие годы врач и пациент идут вместе. К сожалению, часто эти встречи ограничены во времени и сводятся к обсуждению результатов анализов.

Для лиц старшего возраста также очень актуальны кардиолог, эндокринолог, терапевт, невролог, психиатр.

Если этих специалистов нет на базе СПИД-центра, то нужны доверенные врачи в других медицинских организациях (партнерская сеть).

Из практики:

Пациенты часто не обращают внимания на свое повышенное давление. Тогда я начинаю рассказывать им про то, как жир пропитывает сосуды, про то, чем отличается ишемический и геморрагический инсульт, рассказываю, как сложно быть лежащим больным. Рассказываю, что лекарства от давления очень современные и позволяют жить долго. Обычно после таких бесед почти все доходят до кардиолога и начинают правильно принимать препараты.

Роль врача в подобных сервисах дополнена новыми функциями:

- выявление проблем, в том числе немедицинского характера, снижающих качество жизни и препятствующих получению медицинской помощи;
- составление или участие в составлении сервисного плана работы с клиентами;
- проведение групповых занятий, индивидуальных и групповых консультаций;
- взаимодействие с медицинскими учреждениями с целью содействия в получении пациентами необходимой медицинской помощи;
- привлечение клиентов в сервисную организацию.

Врач должен уметь работать в мультидисциплинарной команде, использовать партнерскую модель взаимоотношений «врач – пациент», уметь использовать прием «маленьких разговоров» – поинтересоваться о чем-то личном, о настроении, поговорить на отстраненные темы. В амбулаторной карте во врачебном приеме можно выделить строку – социальные и психологические особенности – и вписывать в нее важные пункты (внуки, дети, работа, супруг), которые позволят вспомнить ситуацию пациента. Пациенты это очень ценят.

Из практики:

У меня замечательный врач. Каждый раз, когда я прихожу к ней, она спрашивает меня, как поживают мои дети и внуки. Как она все это помнит? Мне стыдно ходить в СПИД-центр, но сотрудники там хорошие, поэтому и иду.

Психолог

Важно, чтобы психолог имел опыт работы с пациентами, живущими с ВИЧ, и с людьми старшего возраста.

Отношение к психологу в команде неоднозначное.

В России обращение к психологу – признак серьезных проблем, с трудностями принято справляться самим. Если сотрудники команды придерживаются этого же мнения, то и клиентов будет сложно замотивировать на посещение психолога.

Из практики:

Я раньше думала, что психологи – это болтуны. Но когда я обратилась к психологу, то на 180 градусов поменяла свое мнение. Это не просто поговорить. Это помогает на самом деле. Я теперь всем буду говорить, что психологи не просто так есть.

Задачи психолога:

- изучение влияния различных психологических факторов на поведение ВИЧ-позитивных людей старшего возраста для разработки и реализации мероприятий по коррекции их поведения с последующим анализом изменений;
- психологическое тестирование и консультирование (индивидуальное психологическое, послетестовое, консультирование по приверженности АРВТ);
- проведение индивидуальных и групповых корректирующих психотерапевтических вмешательств;
- составление или участие в составлении индивидуального сервисного плана клиента;
- консультирование других сотрудников сервиса для выбора наиболее оптимальных решений по индивидуальной и групповой работе с клиентами.

Социальный работник и специалист по социальной работе

Специалист по социальной работе имеет специальное образование и может решать широкий спектр социальных проблем, разбирается в тонкостях нормативной документации и порядках обращения в сторонние организации и учреждения.

Социальный работник не должен иметь специального образования. Более важно желание работать и развиваться в сфере оказания социальной помощи, наличие определенных навыков и качеств, знаний по вопросам ВИЧ-инфекции, прохождение специальной подготовки, опыт работы в СПИД-сервисных организациях.

Задачи социального работника:

- *привлечение клиентов;*
- *первичный прием и предоставление информации о доступных услугах, на базе самой сервисной организации и в партнерских организациях;*
- *проведение индивидуальной и групповой работы с клиентами;*
- *выполнение функций куратора индивидуального сервисного плана системы медико-социального сопровождения, его составление или участие в составлении, ведение и контроль исполнения сервисного плана;*
- *проведение мероприятий по социально-правовой защите и социальному сопровождению клиента;*
- *консультирование пациентов/клиентов по принципу «равный – равному» и др;*

Равный консультант

Ценность равных консультантов часто занижается другими сотрудниками. Тем не менее исследования показывают, что консультирование «равного» очень значимо. Равным консультантом может быть человек, живущий с ВИЧ, получивший специальную подготовку в области консультирования, основ психологии, знания в области ВИЧ-инфекции. Большой проблемой является отсутствие единого стандарта подготовки равных консультантов. В лучшем случае они проходят тренинги по консультированию по вопросам ВИЧ-инфекции и приступают к работе. Важно поддерживать и помогать равному консультанту в его стремлении узнать необходимую информацию и получить навыки. Чаще всего у них быстро происходит эмоциональное выгорание, о котором мы поговорим ниже.

Задачи равного консультанта:

- *главная задача – это оказание «равной» поддержки: поделиться собственным опытом жизни с ВИЧ, опытом решения проблем;*
- *привлечение клиентов к получению услуг;*
- *предоставление информации о доступных услугах на базе самой сервисной организации и в партнерских организациях;*
- *помощь в организации и проведении мероприятий.*

Равные консультанты совмещают работу социального работника или психолога.

Это очень важный ресурс, который обязательно нужно привлекать к работе.

Важно привлекать активистов из числа людей старшего возраста с ВИЧ. Чаще всего это является одной из ступеней в обретении сил – помощь другим. После периода адаптации многие готовы помогать, если имеют для этого силы, знания, умения.

Проблема привлечения людей, не являющихся сотрудниками, может быть в риске раскрытия медицинской тайны. Со всеми должны быть заключены волонтерские договоры и подписан документ о неразглашении тайны диагноза.

Задачи активистов и волонтеров:

- *привлечение клиентов;*
- *предоставление информации о доступных услугах на базе самой сервисной организации и в партнерских организациях;*
- *помощь в организации различных мероприятий.*

Часто волонтеры или активисты со временем начинают работать в должности социального работника.

Порядок взаимодействия

Для слаженной работы в команде должен быть установлен порядок взаимодействия всех сотрудников. Все сотрудники должны быть знакомы с принципами работы системы медико-социального сопровождения, а также с политикой и процедурами обеспечения конфиденциальности. У работников должны быть письменные должностные инструкции и возможность регулярной обратной связи с руководителем.

Профилактика синдрома выгорания

Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении пациентов старшего возраста, предполагает большую энергозатратность, нередко приводящую к личному стрессу.

МКБ-11 (вступает в силу с января 2022 года) содержит следующее определение эмоционального выгорания³⁷:

Эмоциональное выгорание – это синдром, признаваемый результатом хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен. Он характеризуется тремя признаками:

- *ощущение мотивационного или физического истощения;*
- *нарастающее психическое дистанцирование от профессиональных обязанностей или чувство негативизма или цинизма к профессиональным обязанностям;*
- *снижение работоспособности.*

Эмоциональное выгорание касается непосредственно профессионального контекста и не должно применяться к опыту из других сфер жизни.

Коротко описать эти три признака можно так:

- *сотрудники выглядят опустошенными, в постоянной усталости от привычных обязанностей;*
- *сотрудники цинично обсуждают пациентов;*
- *сотрудники негативно оценивают свой профессионализм, постоянно недовольны собой*

Для точной диагностики используются анкеты. В России чаще всего используется адаптированная форма в авторстве Н. Водопьяновой и Е. Старченковой или опросник В. Бойко.

Есть мнение, что синдром эмоционального выгорания выглядит как угнетенное настроение в воскресенье вечером, в ожидании начала рабочей недели. Тот самый случай, когда ноги уже не идут на работу. Конечно, точно определить, есть ли у вас синдром эмоционального выгорания (СЭВ), может только тщательная диагностика у психолога. Но важно внимательное и бережное отношение к себе специалистов помогающих профессий.

Категория медиков, работающих с пациентами старшего возраста, склонна к выгоранию из-за высокого риска эмоционального напряжения на работе. Мы писали о том, что пациенты в возрасте обладают меньшей гибкостью и высокой ригидностью в решении проблем здоровья или иного плана. Нередко приходится дополнительно тратить время на объяснение новых методов и приемов лечения.

³⁷ https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/ru/

Одиноким пациент может щедро делиться с медицинским работником информацией о своем тяжелом материальном положении, сложных отношениях с родственниками, которые редко навещают. Они часто стремятся заполнить невнимательность близких общением с медицинским персоналом. Если есть возможность оказать реальную помощь такому пациенту, то это защищает сотрудников от выгорания и вдохновляет.

Тем не менее необходимо помнить о личных границах.

Границы личности – это границы, отделяющие человека, его внутренний мир от мира внешнего либо его собственное «Я» от других. Проникновение в личные границы должно осуществляться с согласия. Если кто-то вторгается на вашу «территорию», законно чувствовать раздражение, тревогу и даже гнев. Наличие психологических границ, умение выстраивать их с пациентами свидетельствует о цельной, здоровой личности.

Молодые специалисты берут на себя тяжелую ношу чрезмерной заботы о пациенте, тем самым лишая его ответственности за свое здоровье. Стоит помнить о поощрении клиента к самостоятельным шагам, о разделении ответственности. К дополнительным факторам, вызывающим СЭВ, могут быть отнесены:

- *переработки;*
- *высокая личная ответственность за результат труда;*
- *неумение делегировать обязанности другим коллегам;*
- *напряженная психологическая атмосфера в коллективе и т. д.*

Бережно относиться к своим ресурсам, эмоциональным переживаниям, уделять время вне рабочей деятельности – все это позволит жить полноценной жизнью и быть эффективным в работе.

ГЛАВА 4.

ПОДХОДЫ К ПРИВЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА К ПОЛУЧЕНИЮ УСЛУГ, ПОВЫШЕНИЮ ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ЛЕЧЕНИЮ

*«Старость не защищает
от любви,
но любовь защищает
от старости».*

Коко Шанель



Все годы работы с ВИЧ-инфекцией мы сталкиваемся со сложностью привлечения пациентов к получению комплексной помощи. Даже если потребности существуют, они часто игнорируются в связи с различными причинами, в том числе из-за сильнейшей стигматизации ВИЧ-инфекции, из-за отсутствия навыка получения психологической помощи и пр.

В работе с ВИЧ-положительными пациентами старшего возраста сложности те же. Особенно с теми, кто недавно получил диагноз. Как мы писали ранее, это очень закрытая группа с обостренным чувством стыда и выраженным страхом разглашения диагноза.

Те же пациенты, которые живут с ВИЧ давно, зачастую игнорируют появление проблем, поэтому тоже неохотно вовлекаются в службу оказания помощи.

В дополнение возрастные пациенты, как правило, ригидны в установлении новых социальных связей, привыкая к тем, кто им уже знаком. Они часто закливаются на врачах и не всегда удается сразу мотивировать их на получение помощи от других специалистов, на установление такого же доверительного контакта, как с лечащим врачом или медицинской сестрой.

Врач тоже должен уметь всесторонне проанализировать ситуацию, уделить внимание социальной сфере жизни пациента и психологическим трудностям, чтобы актуализировать ситуацию и сделать направление внутри команды возможным.

Можно рассказывать о положительном опыте тех, кто уже обращался. После обращения практически все довольны и высказывают сожаление, что не сделали этого раньше. Даже в нашем опросе про то, что бы вы сделали иначе, есть ответ:

- *Сразу бы обратился к равному консультанту.*

Обычно используется два метода привлечения клиентов:

- *Пассивное информирование. С людьми старшего возраста вполне могут работать и пассивные методы информирования: визитки или объявления в СПИД-центрах. В ожидании приема они могут прочитать информацию и решить воспользоваться ею. Важным условием является крупный шрифт и небольшое количество текста, чтобы не нужно было доставать очки для чтения.*
- *Активное информирование. Это самый эффективный метод, особенно если предложение исходит от лица, уже завоевавшего доверие клиента.*

Стоит обратить внимание пациента на то, что врач в ограниченное время приема не способен дать ему столько внимания и поддержки, сколько нужно. Для получения дополнительной поддержки есть другие сотрудники.

Однако очень важно рассказать об услуге «вкусно», чтобы было понятно, что там точно помогут. Поэтому все сотрудники СПИД-центра, даже те, которые не участвуют непосредственно в реализации этого подхода, должны понимать выгоды для клиента и для себя и уметь преподнести услугу.

Нам известно только об одной женщине с ВИЧ старшего возраста, которая живет с «открытым» лицом в нашей стране – Анна Королева. Иногда людям достаточно просто увидеть человека, живущего с ВИЧ. Можно рассказать об Анне и попросить социального работника помочь найти ее интервью или вместе посмотреть ролики о ней.

Чек-лист. Кто может привлекать клиентов:

- *Врачи, медицинские сестры или другие сотрудники центров СПИД во время плановых приемов и консультаций.
Зачастую даже не все сотрудники одного центра знают о доступности различных услуг для пациентов. Очень важно проинформировать их.
Возможно включить такой индикатор в работу – количество пациентов, направленных к психологу, в социальную службу.*
- *Врачи стационаров или поликлиник.
Если они сталкиваются со сложными возрастными пациентами, то должны знать о возможности передать информацию в СПИД-центр, сказать об этом родственникам пациентов.*
- *Равные консультанты, работающие в коридорах СПИД-центра.
Этот прием часто используется, когда во время ожидания в очереди можно поговорить и рассказать о многом.*
- *Специалисты частных лабораторий.
По результатам исследования сообщение диагноза в большом числе случаев проходит очень сложно, потому что сотрудники просто не владеют информацией и не умеют сообщать результат теста.*
- *Сотрудники организаций партнерской сети: телефона доверия, социальной службы, религиозных организаций и пр.*
- *Ведущие групп взаимопомощи.*
- *Те, кто уже стал клиентами программы.*

Из практики:

Пациент 40 лет. Употребляет наркотики внутривенно. Долго не обращался за помощью. Обратился в низкопороговый центр. Получил помощь врача, прошел обследование, назначена терапия, привержен лечению.

Через месяц привел на прием знакомую, которой было плохо. Выяснилось, что у женщины СПИД (иммунный статус 55 клеток).

Через несколько лет привел на прием отца 63 лет, у которого при обследовании перед операцией выявлена ВИЧ-инфекция.

ГЛАВА 5.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА



Мониторинг и оценка

По своему опыту мы знаем, как врачи, психологи и другие сотрудники не любят отчеты и прочие системы учета. Но именно это позволяет осознать весь тот огромный труд, который ежедневно осуществляется сотрудниками СПИД-сервисных организаций.

Система мониторинга и оценки – это одна из форм контроля проектной деятельности, как в процессе реализации проекта, так и для объективного анализа итогов и определения соответствия результатов поставленным целям.

Мониторинг – это постоянный сбор информации о значениях индикаторов для понимания того, насколько успешно выполняется проект, в какой степени достигаются поставленные цели и как используются выделенные ресурсы.

Оценка – это более глубокий анализ, периодический сбор информации о деятельности в рамках проекта, ее характеристиках и результатах, который проводится для того, чтобы вынести суждение о программе, повысить ее эффективность и/или разработать планы на будущее.

Используются стандартные индикаторы работы с клиентами: число клиентов, повторных/ первичных, мужчин/женщин, старше 50/старше 65, число проведенных консультаций по каждому специалисту, число встреч групп взаимопомощи, число направлений, а также результативность направлений (соотношение числа направлений к числу полученных услуг) и пр. Каждая оказанная услуга должна быть подсчитана и зафиксирована.

Значение индикаторов системы мониторинга деятельности сервисов для людей старшего возраста, живущих с ВИЧ, должно устанавливаться в каждом регионе, исходя из общего числа пациентов старшего возраста, состоящих на учете. Если это проектная или грантовая деятельность, то на выбор индикаторов влияют финансирование и сроки реализации.

Наличие системы мониторинга и оценки подразумевает наличие отчетности.

Для этого необходимо создание специальных учетно-отчетных форм:

- *Информация об оказании услуги – Направление №;*
- *Журнал учета посещений групповых занятий;*
- *Журнал регистрации клиентов;*
- *Журнал регистрации услуг;*
- *Мониторинговый отчет за... месяц.*

Часть отчетных форм – бумажные, это удобно для первичных форм учета, когда не требуется техника, особенно на выездных мероприятиях. Итоговые формы и журналы часто заполняются сразу в электронном виде.

Процесс сбора данных о значениях индикаторов включает в себя несколько последовательных этапов:

- *1 этап. Регистрация фактов оказания услуг клиентам и сведений о клиентах в формах первичного учета сотрудниками, непосредственно оказывающими услуги клиентам.*
- *2 этап. Регистрация фактов оказания услуг в журналах регистрации клиентов и услуг на основе форм первичного учета.*
- *3 этап. Подсчет числа услуг, оказанных за период (месяц), и формирование отчета за отчетный период работы.*

Именно качественная система мониторинга и оценки позволяет в дальнейшем оценить востребованность конкретной услуги в конкретной группе и принимать управленческие решения по их дальнейшей реализации.

A vertical strip on the left side of the page shows a microscopic view of several spherical virus particles. Each particle has a complex, textured surface with blue and orange components. The background is a dark blue gradient.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Старение – не такая уж страшная вещь, если принять во внимание возможную альтернативу».

Морис Шевалье

Заключение

В этом пособии максимальное внимание сосредоточено на особенностях возрастных пациентов с ВИЧ-инфекцией. Мы уверены, что именно понимание этих особенностей, а также достаточная эмпатия, знание методологии медико-социального сопровождения, добросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей, владение инструментами помощи и наличие ресурсов помогают специалисту найти тот путь, который поможет пациенту.

Как показывает практика, в работе с людьми не существует готовых решений и алгоритмов. Каждая история уникальна и требует особого подхода.

Очень многое зависит от умения специалистов разных сфер взаимодействовать друг с другом. Только грамотно скоординированная работа специалистов государственных служб, некоммерческих организаций и социальных служб может сделать жизнь пациентов старшего возраста с ВИЧ-инфекцией легче и наполнить ее надеждой.

В заключение хочется сказать, что в этой работе важно не только помочь пациенту, но и уберечь себя от синдрома профессионального выгорания. Всегда помните вдохновляющие истории успеха своих пациентов!

Данное пособие является первым опытом обобщения знаний и подходов для адресной работы с целевой группой возрастных пациентов. С течением времени будет накапливаться практический опыт работы с этой группой, благодаря которому изложенные здесь основные рекомендации будут совершенствоваться и углубляться. Мы надеемся, что пособие поможет повысить качество обслуживания и стать ориентиром для тех, кто испытывает затруднения в работе с пациентами за 50. А благодаря развитию практики работы, будет дорабатываться и данное пособие.

Публикация распространяется бесплатно.
Воспроизводство и тиражирование любой части публикации
возможны с письменного разрешения
Фонда развития МСП.

Оговорка о представленной информации о лекарственных препаратах

(в соответствии с Федеральным законом
«Об обращении лекарственных средств»
от 12.04.2010 N 61-ФЗ):

Информация о рецептурных лекарственных препаратах, представленная в данной публикации, предназначена для специалистов в области здравоохранения и медицины и не является рекламой.

Представленная информация о лекарственных препаратах и их применении не может быть использована пациентами для принятия решения о приобретении и использовании лекарств, изменении режима и способа их применения, не может рассматриваться как рекомендация пациентам по диагностике и лечению каких-либо заболеваний, и не может служить заменой консультации с врачом.

Точка зрения, отраженная в представленных материалах, может не отражать официальную точку зрения уполномоченных государственных органов и не совпадать с мнением компаний-производителей лекарственных препаратов, если прямо не указано обратное.

Издатели не несут ответственности за возможные негативные последствия использования данной информации.

Упоминание в тексте каких-либо лекарственных препаратов, способов их применения и методов диагностики не означает, что издатели рекомендуют их или отдают им предпочтение.

