###### Содержание

Введение

Глава 1. Историко-теоретический аспект изучения проблем людей зараженных ВИЧ-инфекциями

1.1 Понятие и сущность ВИЧ-инфекции, ее особенности и формы

1.2 История появления ВИЧ-инфицированных людей и развитие системы профилактики ВИЧ-инфекции в России и за рубежом

1.3 Психологические проблемы и нужды ВИЧ-инфицированных людей

Глава 2. Образ ВИЧ-инфицированных больных в массовом сознании общества и отношение к ним

2.1 Дискриминация на уровне институциональных организаций

2.2 Отношение семьи, общин и религии к ВИЧ-инфицированным

Глава 3. Активизация ресурсов и основные направления работы по снижению дискриминации ВИЧ-инфицированных со стороны общественности

3.1 Роль местных органов власти и СМИ в снижении дискриминации ВИЧ-инфицированных

3.2 Основные направления профилактики ВИЧ-инфицированных средствами культуры и искусства

Заключение

Список литературы

Введение

Актуальность темы исследования. В современном обществе инфекционные заболевания являются многоплановой проблемой. Процессы глобализации привели к тому, что ряд инфекций, и в частности ВИЧ-инфекция, стали приобретать характер пандемий, влияя на мировое сообщество в целом (Онищенко Г.Г., 1999, Покровский В.В., 2004, 2005, 2006; Ладная Н.Н., 1998, 2000, 2005; Aalen O.O., Farewell V.T., De Angelis D. et al., 1999). ВИЧ-инфекция, как в России, так и во всем мире, занимает первое место по уровню психологического стресса (Онищенко Г.Г., 1999, 2002, Беляева В.В., 2000, 2003, Ладная Н.Н., 2004, Покровский В.В., 2004, 2005,2006; руководства ВОЗ и ЮНЭЙДС; материалы Центра по контролю за заболеваниями, США; Christ G. N., Wiener l,.S.; Forstein M.).

По оценкам ВОЗ и ЮНЭЙДС, в 2008-2009 годах около 45 млн. людей на планете инфицированы ВИЧ-инфекцией. Ежегодно около 5 млн. человек заражаются, а свыше 3 млн. человек ежегодно умирают от данного заболевания. На конец 2008 года общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации составило 358918. Однако, по мнению ученых, истинное число ВИЧ-инфицированных примерно в 5 раз больше, чем зарегистрировано (Белозеров Е.С. и соавт., 2008; Онищенко Г.Г. 2004, 2007; Покровский В.В. и соавт., 2007, 2009).

В настоящее время эпидемия ВИЧ-инфекции вышла за пределы границ групп риска. Анализ путей распространения ВИЧ-инфекции в России и в Смоленской области показал, что увеличилось число случаев передачи вируса половым путем, это влечет за собой рост числа инфицированных женщин. В 2008 году среди новых зарегистрированных случаев заболевания женщины составили 46% (Покровский В.В. и соавт., 2008; Беляева В.В., Ручкина Е.В., 2008). Современная демографическая ситуация в России потребовала серьезных правительственных мер по ее улучшению. В Российской Федерации в 2008 году в рамках Национального проекта «Здоровье» по поручению В.В. Путина ВИЧ-инфицированным пациентам предоставлена антиретровирусная терапия, трехкомпонентной профилактика перинатальной ВИЧ-трансмиссии. Однако ВИЧ-инфекцию сопровождает предвзятое отношение общества, стигма и дискриминация. По нашему мнению, подобное отношение к ВИЧ-инфицированным пациентам, и в частности беременным женщинам, приводит к социальной изоляции данной категории больных. В обществе нарастает напряженность из-за появления нового вида дискриминации - дискриминации, связанной с наличием ВИЧ или с высоким риском им заразиться.

Широкое распространение ВИЧ-инфекции и СПИДа, приводит не только к проблемам в экономике. Не менее пагубно это воздействует и на общее психологическое состояние общества. Многие люди, плохо понимающие, что такое ВИЧ-инфекция и как она передается, видят в ВИЧ-инфицированных преувеличенно большую угрозу для себя и своих близких.

Таким образом, люди, пребывающие в страхе из-за собственного незнания, не только необоснованно преследуют ВИЧ-инфицированных, но и сами приходят в состояние возбуждения и нервозности и заражают этим состоянием других, также плохо информированных людей.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что проблема ВИЧ-инфекции является чрезвычайно актуальной. Однако среди множества работ, посвященных различным аспектам ВИЧ-инфекции, ни за рубежом, ни в России практически нет тех, которые освещали бы особенности социального статуса ВИЧ-позитивных людей и снижение дискриминации по отношению к ним, что и явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Объект исследования – люди зараженные ВИЧ-инфекциями.

Предмет исследования – особенности взаимоотношений ВИЧ-инфекционных людей и общества.

Цель исследования - выявить особенности отношения общества к людям зараженным ВИЧ-инфекциями.

Для реализации этой цели потребовалось решить следующие исследовательские задачи:

- изучить историко-теоретические аспекты появления ВИЧ-инфекции и проблемы людей зараженных ВИЧ-инфекциями;

- выявить образ ВИЧ-инфицированных больных;

- определить отношение к ВИЧ-инфицированным со стороны институциональных организаций, семьи, общин и религии и др.;

- предложить основные направления по снижению дискриминации ВИЧ-инфицированных со стороны общественности средствами массовой информации, культуры и искусства;

Данная курсовая работа состоит из введения, трех глав включающих в себя теоретико-практические параграфы, заключения и списка использованной литературы.

Глава 1. Историко-теоретический аспект изучения проблем людей зараженных ВИЧ-инфекциями

### 1.1 Понятие и сущность ВИЧ-инфекции, ее особенности и формы

Возбудитель ВИЧ-инфекции — вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). ВИЧ поражает клетки иммунной и нервной систем, что клинически проявляется развитием лимфаденопатии, инфекционных (паразитарных) осложнений, возникновением некоторых злокачественных новообразований, а также энцефало/миелопатии [8]. Заболевание было впервые описано и получило название по ведущему синдрому - синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИД). Позднее стало известно, что СПИД является конечной фазой клинического течения ВИЧ-инфекции.

Источником ВИЧ-инфекции является человек. Вирусные частицы обнаружены во многих биологических жидкостях инфицированных - в крови, сперме, цереброспинальной жидкости, грудном молоке, влагалищном и цервикальном секретах. Это обусловливает несколько путей передачи ВИЧ-инфекции. ВИЧ может передаваться при половых контактах, переливании крови и ее препаратов, использовании контаминированного медицинского инструментария, от матери к ребенку и от ребенка матери во время кормления грудью, а также от матери ребенку во время беременности и родов [10].

ВИЧ относится к семейству ретровирусов и подсемейству лентивирусов (рис. 1). Члены семейства ретровирусов характеризуются содержанием геномной РНК и фермента обратная транскриптаза (ревертаза). Для того, чтобы геном ретровируса соединился с геномом клетки, вначале с помощью обратной транскриптазы происходит синтез ДНК по матрице вирусной РНК. Затем ДНК провируса встраивается в геном клетки-хозяина.

ВИЧ был открыт почти одновременно в 1983 г. независимо друг от друга двумя исследователями — Р. Галло (Национальный институт рака, США) и Л. Монтанье (Институт Пастера, Франция).

Р. Галло в 1980 г. открыл первый ретровирус человека. Вирус поражал Т-клетки крови, вызывая лейкоз, и получил соответствующее название — человеческий Т-клеточный вирус лейкемии, Human T-cell Leukemia Virus (HTLV). Следующим в лаборатории Р. Галло был выделен ретровирус HTLV-II, который вызывает хронический волосатоклеточный Т-лейкоз.

Новое инфекционное заболевание СПИД, не известное до 1981 г., сопровождалось истощением пула Т-лимфоцитов, что и натолкнуло Р. Галло на мысль о связи данной болезни с неизвестным Т-лимфотропным вирусом. Исследования, в результате которых был выделен HTLV-III, подтвердили гипотетические предположения ученого.

В лаборатории Л. Монтанье новый вирус был выделен от больного с синдромом лимфаденопатии и назван вирусом, ассоциированным с лимфаденопатией, — Lymphadenopathy-associated Virus (LAV). После того как было установлено, что HTLV-III и LAV являются одним и тем же вирусом, был утвержден единый термин — вирус иммунодефицита человека, ВИЧ (Human Immunodeficiency Virus, HIV). Однако в названиях коммерческих тест-систем для определения антител к ВИЧ иногда встречаются прежние обозначения вируса.

Строение ВИЧ

ВИЧ включает две основные структуры — оболочку и нуклеоид/нуклеокапсид (сердцевинную часть) (рис.2), Оболочка вируса представляет собой фрагмент мембраны (наружной или эндоплазматического ретикулума) клетки-хозяина, в которой был собран вирион. Липидный слой несет в себе гликопротеин gp160\*, состоящий из эпимембранной (наружной) части, обозначаемой gp120, и трансмембранной части — gp41. Трансмембранный протеин gp41, расположенный непосредственно в оболочке вируса, соединяется дисульфидными связями с несколькими (от 3 до 6) молекулами gp120. Некоторое количество гликопротеина gp120 произвольно отделяется от вириона и попадает в кровь и ткани организма в виде растворимой субстанции. Внутри под оболочкой находится матриксный каркас, состоящий из белка р17/18\*\*.

Нуклеоид ВИЧ имеет характерную для ретровирусов форму палочковидной или конической капсулы. Стенка нуклеоида состоит из белка р24/25. Сердцевина внриона содержит две одно-цепочные молекулы РНК, с которыми связаны белки р7 и р9, а также комплекс ферментов: обратную транскриптазу (ревертазу), интегразу (эндонуклеазу), РНКазуН и протеазу.

Сотрудникам Л. Монтанье в 1986 г. удалось выделить вариант вируса иммунодефицита человека от двух африканцев с заболеванием, подобным СПИД. Вирус не распознавался антителами к ВИЧ, поэтому был обозначен как ВИЧ-2. Уже через два года заболевание, вызываемое ВИЧ-2, было выявлено на других континентах. Оно характеризуется большей длительностью бессимптомного периода по сравнению с инфекцией ВИЧ-1.

Строение ВИЧ-2 идентично строению ВИЧ-1. Однако большая часть структурных белков различается по молекулярной массе и антигенной характеристике. Так, например, поверхностный эпимембранный и трансмембранный гликопротеины имеют иную молекулярную массу, чем gp120 и gp41, и обозначаются. Gp105/125\* и gp36 соответственно. К рецепторным белкам клеток-мишеней gp105 имеет такое же выраженное сродство, как и gp120. Нуклеокапсид ВИЧ-2 состоит из белка р26, а матриксный каркас — из протеина р16.

Изменчивость ВИЧ

Изменчивость ВИЧ связана с неточностью работы обратной транскриптазы во время синтеза ДНК провируса. По различиям в нуклеотидных последовательностях гена env и соответственно в аминокислотных последовательностях gp120 варианты ВИЧ делятся на три группы: М (major), О (outline) и N (non М and О). Наибольшей вариабельностью отличается участок молекулы gp120, образующий петлеобразный домен (т.н. VЗ-петля из 35 аминокислот). 80— 95% противовирусных антител специфичны именно к этому участку.

Основная группа М (от англ, major - основной) на сегодня доминирует в мире [2]. Она в свою очередь подразделяется на субтипы, обозначаемые буквами латинского алфавита от А до Н. Варианты ВИЧ этой группы встречаются во всех странах. География распространения субтипов следующая. В Африке — колыбели ВИЧ - выявлены все субтипы. В Европе и Северной Америке превалирует субтип В, в Юго-Восточной Азии - субтип Е, в Индии — субтип С. В целом в мире наблюдается следующая частота выделения субтипов ВИЧ у инфицированных лиц (рис.3).

Во всех регионах мира обнаруживаются так называемые рекомбинантные субтипы, содержащие часть генов одного субтипа и часть другого. Так в России основным субтипом ВИЧ является А, но встречаются рекомбинанты А+В.

Значительные генетические отличия от представителей основной группы имеет группа штаммов О (от англ, outline) [23]. Случаи инфицирования штаммами ВИЧ-О имеют место на территории Западной Африки, их число пока невелико. Вместе с тем ряд ведущих фирм-производителей иммуноферментных тест-систем для определения антител к ВИЧ включают в состав наборов и антигены ВИЧ-О, так как вполне вероятно быстрое распространение данного субтипа вируса за пределы Африки.

ВИЧ-2 также имеет несколько субтипов. Определение субтипов ВИЧ осуществляется методами молекулярной биологии — полимераз-ной цепной реакции (RT-PCR — ПЦР) и методом ЬДНК. основанным на использовании разветвленных ДНК-зондов (branch DNA — разветвленная ДНК). Методом ЬДНК возможно количественное определение РНК ВИЧ и ДНК прови-руса ВИЧ, причем всех 5 основных субтипов. Коммерческие наборы, предназначенные для определения РНК ВИЧ методом ЛЦР. рассчитаны для выявления всех типов ВИЧ кроме О.

Генетическая изменчивость проявляется в вариабельности не только антигенных, но и биологических свойств изолятов вируса.

Пути передачи ВИЧ

Основной механизм передачи инфекции — гемоперкутанный (кровоконтактный). Пути передачи могут быть естественными, благодаря которым ВИЧ сохраняется в природе, и искусственными.

К естественным путям передачи относятся:

1) половой - при половых контактах, особенно гомосексуальных. Любопытны в этой связи сообщения, что в течение года полового общения с ВИЧ ~ инфицированным партнером заражаются в среднем не более 30-40% постоянных половых гетеросексуальных партнеров, что свидетельствует о необходимости условий для попадания вируса при половых сношениях в организм человека, какими могут считаться очаги воспаления слизистых оболочек половых органов, эрозия шейки матки и т.д., так как вирус должен попасть обязательно в кровь человека.

2) вертикальный — от инфицированной матери к ребенку в период беременности через плаценту, во время родов, при грудном вскармливании от матери к плоду; с другой стороны существует и угроза инфицирования здоровой матери при грудном вскармливании от зараженного в лечебном учреждении ВИЧ-инфекцией ребенка;

3) не исключается бытовое парентеральное инфицирование через бритвенные приборы и другие колюще-режущие предметы, зубные щетки и т. п.

Искусственный путь передачи — парентеральный — реализуется при лечебно-диагностических манипуляциях путем проникновения вируса через поврежденную кожу, слизистые оболочки (трансфузии крови и ее препаратов, трансплантации органов и тканей, инъекции, операции, эндоскопические процедуры и т. п.), искусственном оплодотворении, при внутривенном введении наркотических веществ, выполнении различного рода татуировок и обрядовых манипуляциях.

Группы риска

Очень часто инфицируются пассивные гомосексуалисты и проститутки, у которых более вероятны повреждения слизистых оболочек в виде микротрещин. Среди женщин основную группу риска составляют наркоманки, вводящие наркотики внутривенно. Среди больных детей 4/5 составляют дети, матери которых больны СПИДом, инфицированы ВИЧ или принадлежат к известным группам риска. Второе по частоте место занимают дети, которым производили гемотрансфузии, третье - больные гемофилией. Медицинский персонал, имеющий профессиональный контакт с кровью и другими биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированных пациентов. Реципиенты донорской крови, тканей и органов, особенно больные гемофилией

К числу факторов, влияющих на вероятность инфицирования полового партнера ВИЧ, относятся:

- титр вируса у источника инфекции,

- наличие у реципиента различных инфекций (в этом случае макроорганизм более восприимчив к ВИЧ-инфекции - такая закономерность обнаружена в странах Африки, где более интенсивной циркуляции ВИЧ способствует сравнительна высокая пораженность населения микобактериями туберкулеза),

- стадия заболевания у источника инфекции,

- интенсивность контакта.

Таким образом, отметим, что восприимчивость к ВИЧ всеобщая. В последнее время рассматривают возможность существования незначительно отличающихся групп населения, встречающихся особенно часто у североевропейских народов, реже заражающихся при половых контактах. Последние данные показывают, что фактором невосприимчивости к заражению ВИЧ могут быть иммуноглобулины класса А, обнаруживаемые на слизистых оболочках половых органов. При обследовании группы проституток много лет подвергавшихся риску заражения ВИЧ, но не имеющих признаков ВИЧ-инфекции, обнаружено у них в половых органах специфических иммуноглобулинов.

1.2 История появления ВИЧ-инфицированных людей и развитие системы профилактики ВИЧ-инфекции в России и за рубежом

Как известно, первые случаи ВИЧ-инфекции в мире были зарегистрированы в 1981 году в США, когда у группы молодых людей с гомосексуальной ориентацией были зафиксированы одинаковые заболевания, встречающиеся довольно редко. До выявления причин состояние заболевших было названо СПИДом. Самый первый больной СПИДом в США (не известной в то время болезнью) был выявлен в 1968 г. в результате анализов замороженных образцов крови и тканей, хранившихся долгое время; это был подросток из Сент-Луиса (Carry et al., 1989). Имеются также ретроспективные данные о случае СПИДа в одной норвежской семье в 1960-х гг. (Froland et al., 1988) и о 25-летнем английском моряке, умершем от ВИЧ-инфекции в 1959 г. [61; С. 28-31].

В зарубежной прессе эти события широко освещались. По дипломатическим каналам информация поступала регулярно политическому руководству нашей страны, а это значит, что с ней знакомились члены и кандидаты в члены Политбюро ЦК КПСС, секретари ЦК КПСС и, конечно, ответственные работники Минздрава СССР. До поры до времени никаких мер не предпринимали. Считалось, что болезнь затрагивает только гомосексуалистов, а эта проблема для советского общества не актуальна.

В 1983 году французскими и американскими исследователями был выявлен вирус, получивший международное название «вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)». Естественно, что вскоре появились первые тестсистемы для лабораторной диагностики этого заболевания. С созданием объективного метода исследования постановка диагноза намного упростилась.

Всемирная организация здравоохранения ежеквартально давала сводку о ситуации со СПИДом, сообщала о новых и новых странах, вступающих в эпидемию. Минздрав СССР закупал в ограниченном количестве тестсистемы, спектрофотометры. На базе Центрального института усовершенствования врачей в Москве и институтах в Ленинграде, Минске и Киеве стали готовить специалистов по лабораторной диагностике заболевания. Ведущие центры страны включились в разработку отечественных тестсистем и успешно решили эту проблему. Было организовано 10 лабораторий, а вскоре их число довели до 100.

Отношение к проблеме ВИЧ-инфекции стало резко меняться с марта 1987 года, когда этот диагноз (на довольно поздней стадии) был впервые поставлен нашему соотечественнику. Начатое лечение позволило значительно продлить жизнь пациенту. Первой официальной реакцией на появление вируса в нашей стране можно считать Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД» от 25 августа 1987 г.[16]

Этот законодательный акт вводил обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ для отдельных граждан по Правилам, устанавливаемым Министерством здравоохранения СССР. В случае уклонения граждан СССР от обязательного освидетельствования предусматривалась возможность их принудительной доставки в медицинские учреждения. Иностранцы и лица без гражданства, уклоняющиеся от освидетельствования, должны были выдворяться за пределы СССР. Также вводилась уголовная ответственность за заведомое подставление другого лица в опасность заражения ВИЧ (ст. 1152 УК РСФСР). Таким образом, первый ответственный законодательный акт, касающийся ВИЧ-инфекции, отражал только интересы общества и носил ограничительный (репрессивный) характер в отношении прав граждан.

В конце 80х годов прошлого века в СССР были зарегистрированы и получили широкую огласку случаи инфицирования детей вирусом иммунодефицита при медицинских манипуляциях (Элиста, Краснодар, Ростов-на-Дону, Волгоград). Общее число зараженных в больницах людей к концу 80х годов составило 255 человек. С этого времени стало уже невозможным рассматривать случаи ВИЧ-инфекции как единичные, попавшие в страну из-за рубежа. Знаковым стал 1989 год. По инициативе тогдашнего министра здравоохранения СССР Е. И.Чазова 10 апреля 1989 года был издан приказ Минздрава СССР «Об организации службы профилактики СПИДа в СССР».

Это было довольно мудрое решение: оно работало на упреждение ситуации. Он поставил задачу: организовать специальную службу по проблеме ВИЧ-инфекции.

В соответствии с упомянутым приказом при Минздраве СССР был создан Комитет по борьбе со СПИДом, его возглавил заместитель министра здравоохранения А.И. Кондрусев. На базе лабораторий ЦНИИ эпидемиологии и 2-й инфекционной больницы г. Москвы был организован Всесоюзный центр по профилактике и борьбе со СПИДом. В союзных республиках стали создаваться республиканские, областные, городские центры аналогичной направленности. Простым доказательством правильности организации службы профилактики СПИДа является тот факт, что центры сохранились и поныне практически во всех бывших союзных республиках. Лихолетье перестройки и всех прочих реформ в новой России не коснулось нашей службы. Она оказалась жизнеспособной.

В апреле 1990 года был принят Закон СССР «О профилактике заболевания СПИДом». В нем появились положения о правах лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом. Им было предоставлены права на медицинскую и социальную помощь, бесплатный проезд к месту лечения и обратно, бесплатный отпуск лекарств при амбулаторном лечении (в стационарах лекарства уже были бесплатными), а также пенсионное обеспечение, если инфицирование стало результатом действий медицинских работников. Родители или заменяющие их лица получили право на совместное пребывание с больным человеком в стационаре и получение в связи с этим пособия по временной нетрудоспособности.

В Законе была сформулирована и общая антидискриминационная норма, согласно которой запрещалось увольнение ВИЧ-инфицированных с работы, отказ в приеме их на работу, в детские дошкольные учреждения, учебные заведения. Не допускал Закон ущемления других прав и ограничения законных интересов ВИЧ-инфицированных только на основании наличия у них этого диагноза или заболевания СПИДом, а также жилищных и иных прав и законных интересов родных и близких им людей. Закон СССР 1990 года стал непосредственной реакцией на увеличение в стране числа лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том числе и в результате небрежного и недобросовестного от ношения медицинских работников к своим обязанностям. На принятие Закона повлияла и информация о нарушениях прав лиц с ВИЧ/СПИДом и членов их семей. Эти нарушения за частую были вызваны страхом заразиться: у людей не было достоверной информации о реальных путях и способах передачи вируса и мерах профилактики заражения. В результате во втором законодательном акте, касающемся ВИЧ-инфекции, наряду с ограничительными нормами появились и предписания, направленные на защиту прав человека и запрет дискриминации лиц с ВИЧ/СПИДом в разных сферах общественной жизни.

Действующий Федеральный закон от 30 марта 1995 года сохранил преемственность с Законом СССР 1990 года, при этом существенно развив нормы, касающиеся лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, и членов их семей. В Федеральном законе появилась ранее не известная отечественному законодательству норма (ст. 4), устанавливающая гарантии государства по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции.

Этот Закон содержит и достаточно широкий круг гарантий, которые обеспечивают права лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в том числе при обращении за медицинской помощью, а также в сфере трудовых отношений, образования и иных областях общественной жизни. В основе Закона лежит превентивная (по сравнению с ранее действовавшим законодательством) модель государственной политики, предупреждающая распространение ВИЧ-инфекции. В этой модели интересы здравоохранения сочетаются с правами человека. Федеральный закон ориентирует со ответствующие органы исполнительной власти прежде всего на профилактику распространения ВИЧ-инфекции среди всех групп населения, включая лиц, подверженных риску инфицирования ВИЧ. Реализация многих организационных и профилактических мероприятий в России стала возможной в связи с принятием Правительством Российской Федерации Федеральных целевых программ «АнтиВИЧ/СПИД» на 1993–1995 гг., 1996–2000 гг. и 2002–2006 гг., «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека» («АнтиВИЧ/ СПИД»), в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера».

Необходимо отметить, что широко афишировавшиеся на протяжении последних 10 лет пессимистические прогнозы и ожидания неконтролируемого, «лавинообразного» развития ВИЧ/СПИДа на данный момент не оправдались. Реальное число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных на начало 2005 года оказалось во много раз меньше показателей, рассчитанных на основе экстраполяции значений динамики, имеющей место в России. Прогнозы разных ученых и специалистов (ВОЗ, ЮНЭЙДС, НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Гамалеи, ЦНИИ эпидемиологии и др.), сделанные в 2000–2001 годах, оказались несостоятельными. И слава Богу! Думаю, в этом есть и заслуга большой армии отечественных специалистов.

Согласно данным CDC, в США к концу 1990 г. было зарегистрировано 160 тыс. больных СПИДом (рис.4). В Западной Европе СПИД встречается реже, однако в Восточной и Центральной Африке положение значительно хуже: согласно оценкам, от 10 до 20% взрослых африканцев заражены вирусом иммунодефицита (Pekkanen, 1989; Eckholm, Tierney, 1990). Кроме того, из регионов, прежде казавшихся не захваченными этой инфекцией, теперь поступают сведения о повышении ее частоты. Например, в Таиланде ВИЧ-инфекция распространяется невиданными темпами: в Бангкоке, где в конце 1987 г. вирусоносительство среди тех, кто вводит себе наркотики внутривенно, составляло 1%, к середине 1989 г. доля инфицированных достигла 40% (Mann, 1990). Увеличивается также число ВИЧ-инфицированных среди проституток

Рис.4. Динамика заболевших СПИДом

Число больных СПИДом в США в 1981-1990гг. (представлены данные за каждые полгода; данные за вторую половину 1990 г. предварительные)

Источник: MMWR 37 (54): 13, 1989; MMWR 38 (26): 456, 1989; MMWR 38 (51 и 52): 892, 1990; MMWR 39 (26): 452, 1990; MMWR 39 (51 и 52), 1990.

Эти цифры вряд ли дают полную картину эпидемии. Прежде всего даже в США о многих диагностированных случаях СПИДа не сообщают в федеральные центры, отслеживающие распространение болезни (Hopkins, Johnston, 1988; Conway et al., 1989; Laumann et al., 1989; Masterson et al., 1989). Кроме того, в некоторых странах статистические данные о масштабах эпидемии ВИЧ/СПИД, по-видимому, занижаются по политическим или экономическим причинам (например, чтобы избежать сокращения туризма или не повредить престижу страны) (Mann, 1988; Eckholm, Tierney, 1990). Еще один фактор, способствующий занижению данных, связан с тем, что многие случаи СПИДа остаются неопознанными. Так, по «официальным» сводкам на 1 декабря 1998 г. общее число больных СПИДом во всем мире составляло 187 тыс., а согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, их число на самом деле приближалось к 600 тыс.

Даже точный подсчет больных СПИДом не даст полной картины масштабов эпидемии, так как СПИД - это лишь конечная стадия ВИЧ-инфекции. Ниже приведены некоторые сведения о развитии эпидемии ВИЧ/СПИД.

По мнению Службы здравоохранения США 1,5 млн. американцев - бессимптомные носители вируса иммунодефицита, способные передавать его другим людям (Coolfont Report, 1986; MMWR 38:S-4, 1989); предполагается, что общее число больных во всем мире составляет 6-10 млн. (Mann, 1989). [По заниженным оценкам к 2000 г. число носителей вируса иммунофедицита достигнет 15-20 млн. [18; С. 24-35].

Поначалу казалось, что лишь у небольшой части ВИЧ-инфицированных людей, у которых симптомы заболевания отсутствуют, в конечном счете разовьется настоящий СПИД. Однако по данным современных обследований, практически все носители ВИЧ рано или поздно заболевают СПИДом; так будет продолжаться до тех пор, пока не появится эффективный метод лечения. Поскольку в настоящее время СПИД почти всегда приводит к смертельному исходу, перспективы открываются самые мрачные. Согласно некоторым оценкам, к концу века число американцев с диагнозом СПИДа составит от 1 до 2 млн. Установлено, что в различных частях земного шара вирус иммунодефицита передается по-разному. На американском континенте, в Австралии, Новой Зеландии и во многих западно-европейских странах он проникает в организм человека главным образом при гомосексуальных контактах и внутривенном введении наркотиков. В отличие от этого в большинстве стран Африки и Карибского бассейна главную роль в передаче играют гетеросексуальные связи (Institute of Medicine, 1988; Mann, 1989). Сохранится ли это различие дальше или же впоследствии СПИД будет передаваться преимущественно гетеросексуальным путем, в настоящее время сказать нельзя.

Как показано на рис. 5 среди первых 100 тыс. больных СПИДом в США 63% составляли гомо- и бисексуальные мужчины, которые не вводили себе наркотики внутривенно, 19% - гомо- и бисексуалы, практиковавшие внутривенное введение наркотиков, 7% - гетеросексуалы, партнеры которых были больны СПИДом или относились к группе высокого риска, а 3% - люди, заразившиеся при переливании крови или ее препаратов (MMWR 38:561-563, 1989). В Африке число больных СПИДом распределяется поровну между мужчинами и женщинами (Peterman, Curran, 1986). В других частях земного шара по мере расширения эпидемии ВИЧ в статистических данных происходят заметные сдвиги. Например, в Центральной и Южной Америке, где поначалу среди больных СПИДом преобладали мужчины (их было в 3-10 раз больше, чем женщин), это соотношение сильно изменилось, и в некоторых областях число больных мужчин и женщин сравнялось (Hilts, 1989). Хотя вначале СПИД считался болезнью, поражающей главным образом мужчин (гомо- и бисексуалов), теперь стало ясно, что гетеросексуальная передача - явление обычное и что не существует какой-то одной категории населения, которую можно было бы выделить как "группу риска" по этой болезни.

Рис. 5.Группа риска среди ВИЧ-инфицированных

Распределение первых 100 тыс. больных СПИДом в США в зависимости от источника заражения (стотысячный случай был зарегистрирован CDC в июле 1989 г.)

В ранний период ВИЧ-эпидемии СПИД поражал преимущественно бедняков, представителей черной расы и латиноамериканцев, живущих в больших городах, где его распространению способствовали общие иглы для введения наркотиков и беспорядочная половая жизнь (Altman, 1989b; MMWR 38:229-236, 1989; MMWR 39:SS-3, 22-30, 1990). Вначале СПИД был проблемой Нью-Йорка и Калифорнии, теперь эпидемия охватила все штаты и не ограничивается только большими городами (Curran, 1989).[62; С.11-12]

Новые данные свидетельствуют о быстром распространении ВИЧ среди подростков и о равном числе зараженных юношей и девушек (Kolata, 1989; Vermund et al., 1989; Burke et al., 1990). Обследование, проведенное в Нью-Йорке и Майами, показало, что 1% подростков уже инфицирован вирусом СПИДа (CDC, 1989). А среди 1800 подростков Нью-Йорка, сбежавших из дому, инфицированными оказались 7% (Covenant House, 1989). Именно это обстоятельство видный специалист по подростковой медицине д-р Гэри Строкаш считает ужасным, грозящим трагическими последствиями для общества (The New York Times, 8 октября, 1989, Section l,c. 1).[60; С.18]

Таким образом, можно сделать вывод о том, что точное происхождение ВИЧ пока не ясно, однако большинство ученых сходится во мнении, что впервые этот вирус появился в Центральной Африке. Возможно, похожий вирус циркулировал среди обезьян (Вгео, 1986; Kanki et al., 1986; Essex, Kanki, 1988; Smith et al., 1988), а затем инфекция распространилась на людей. Вирусы часто переходят от животных к человеку; это естественный компонент эволюционного процесса, длящегося на протяжении десятков тысяч лет. В наши дни благодаря эффективности транспортных средств экзотические или прежде невыявленные вирусы имеют массу возможностей распространяться в новые для них регионы. Каково бы ни было происхождение ВИЧ, исследование длительно хранившихся замороженных образцов крови показало, что этот вирус существовал в Центральной Африке в 1959 г. (Nahmias et al., 1986). Отсюда он мог быть перенесен через Атлантический океан гаитянами, посещавшими Африку. С Гаити СПИД могли завезти в США либо иммигранты-гаитяне, либо американские гомосексуалы, часто отдыхающие на этом острове. Если это объяснение правильно, то преобладание среди заболевших СПИДом в первые годы мужчин-гомосексуалов случайно, в будущем в России и за рубежом будет гораздо больше больных, инфицированных гетеросексуальным путем.

1.3 Психологические проблемы и нужды ВИЧ-инфицированных людей

ВИЧ-инфицированные люди сталкиваются с рядом психологических трудностей, к повседневными прибавляются проблемы, связанные с болезнью. Осознание того, что ты – носитель опасного и летального вируса, – серьезный стресс-фактор, воздействующий на основные сферы жизни человека: физическую, общественную и психологическую (эмоциональную). На физическом уровне могут появиться болевые ощущения, расстройство желудка, кожные заболевания и нарушение сна. На эмоциональном – подавленность, отчаяние, злость, падение самооценки. На социальном (общественном) – проблемы в общения с родными и близкими, а также стремление избегать других людей, отказ от любого рода деятельности. Инфицированные люди должны получать комплексную помощь, нацеленную на основные проблемы этих трех уровней[52; С. 21-22].

Осознание факта болезни ведет к личному кризису и крушению веры в основные человеческие ценности, мучительному поиску ответов на вопросы бытия: «Выживу ли я и нужен ли я кому-нибудь? Стою ли я чего-то? Каков смысл моего существования?» Обычных мер по преодолению беспокойства и страха смерти не хватает. Для преодоления кризиса используются все данные личного развития. Каждый человек, находящийся в кризисе очень нуждается в присутствии других людей. Шведская ученая Элизабет Кублер-Росс (Elizabeth Kubler-Ross) определила шесть стадий реакции на кризис. Сейчас мы постараемся дать общее представление о них.

1. Шок

Реальность уходит из-под ног. Человек может казаться спокойным снаружи, но внутри ему приходится справляться с беспорядочным потоком мыслей. Обычно эта стадия начинается с того момента, когда человек впервые узнает о том, что он ВИЧ-инфицирован. Очень важно не оставлять его одного, быть с ним, спокойно, без неприязни разговаривать, не критикуя, побуждать его говорить. Медицинским работникам следует больше времени уделять пациенту, рассказывая о его диагнозе, чтобы удостовериться в том, что он понимает результаты теста, ответить на все его вопросы, узнать, что он собирается делать в следующие несколько часов и вкратце обсудить возможности помощи.

2. Отрицание

Человек, оправляясь от шока, не может поверить, что все это происходит с ним. «Это невозможно, это какая-то ошибка» – вот что обычно слышат от ВИЧ-инфицированного человека. Бывает, что пациенты проходят новые тесты под другими именами, следят за врачами. Отрицание – это временная защита, позволяющая накопить энергию как физическую, так и эмоциональную. Она потребуется, чтобы справиться с чувством тревоги, появившимся из-за угрозы жизни. Стадия отрицания может быть опасна в случаях полного отрицания, продолжающегося длительный период, и в случаях отказа пациента от лечения и советов врача.

3. Злость

После шока следует период, когда отрицание уже становиться невозможным. Его заменяет злость, гнев и недовольство. Инфицированный человек спрашивает себя и людей вокруг: «Почему я? Что я сделал? Чем я хуже других?» Злость выражается во всем. Она может быть направлена на близких, на медработников, на власть. Она может выражаться не только через недовольство и жалобы, но также через само восприятие людей вокруг. На этой стадии пациент будет настаивать, что все плохо, никто ничего не знает, никто не хочет помочь, и все намерено причиняют вред. На этой стадии очень важны терпимость и сопереживание. Облегчение наступит после того, как кто-то выслушает все упреки пациента, позволит ему злиться и спокойно, без враждебности будет реагировать на это. Если возможно, вы должны помочь пациенту понять настоящую причину его злости.

4. Преодоление

Попытки заключить сделку и изменить ситуацию следуют за стадиями шока, отрицания и злости. Пациент обещает изменить свое поведение, что-то сделать, быть добродетельным в случае, если он поправиться и больше не будет чувствовать боли. Чаще всего больные пытаются заключить сделку с Богом, но у некоторых людей нет конкретного адресата. Очень важно слушать их размышления, которые обычно говорят о развившемся чувстве вины. Инфицированные люди чувствуют себя виноватыми из-за своего прежнего поведения, они относятся к ВИЧ как к наказанию за свою жизнь. Чувство вины обычно сильно выражается. Результатом становиться депрессия, разрушительно воздействующая на человеческую жизнь. Помощь должна быть направлена на снижение чувства вины и убеждение пациента в том, что болезнь не наказание. Специалисты в общении с пациентом должны побуждать его к выбору продуктивной и полной жизни.

5. Депрессия

Когда инфицированный человек узнает свой диагноз, он чувствует подавленность, грусть, страх за будущее, страх быть отвергнутым и остаться в одиночестве. Депрессию обычно усиливает низкая самооценка. В основном пациенты бояться последствий болезни: возможных заболеваний, одиночества и реакции людей. Депрессия обычно спадает после устранения истинных причин беспокойства и поиска путей гарантированного получения медицинской помощи, финансовых средств, круга общения и поддержки близких людей после того, как больной не сможет о них заботиться.

6. Принятие

Если у человека достаточно времени, если необходимая помощь оказана и, что самое главное, если ему не мешали, он достигает состояния, когда диагноз и его осознание больше не вызывают ни злости ни депрессии. Становится легче, человек снова начинает уважать и ценить себя, возвращаются интересы и желание общаться.

Удивительно, насколько личность и жизнь человека может измениться в лучшую сторону, когда он сталкивается с неизлечимой болезнью. Улучшается качество жизни особенно у тех пациентов, которые смогли вновь обрести для себя смысл жизни и ее ценности. Они пытаются с пользой провести свое время, не упускать появляющиеся альтернативы. Важно, чтобы доктора, психологи и психотерапевты сотрудничали друг с другом во время оказания помощи ВИЧ-инфицированным людям, а также вовлекали членов семьи и близких людей в этот процесс, обеспечивая их необходимой информацией по физическим и психологическим вопросам, касающимся ВИЧ, и поддерживая их.

Наиболее уязвимые слои населения и нуждаются в необходимой социальной поддержке[26; С. 30-38].

Нами так же было изучено короткое интервью проводившееся среди ВИЧ-инфицированных[15]. Большинство ВИЧ-инфицированных отметили, что с появлением этой болезни у них возникли новые проблемы, которые они не в состоянии решить самостоятельно и поэтому им необходима помощь. Проблема усугубляется тем, что почти половина ЛЖВ не имеют постоянного источника дохода.

К основным своим нуждам ВИЧ-инфицированные отнесли: обеспечение их продуктами питания, трудоустройство, лечение, доступ к препаратам, необходимых для лечения ВИЧ/СПИДа и улучшение жилищных условий. Необходимо отметить, что женщины по сравнению с мужчинами больше имеют нужды в обеспечении продуктами питания, в лечении и улучшении жилищных условий.

Из общего количества ВИЧ-инфицированных только половина из них отметила, что за последние шесть месяцев получили какую-либо помощь. В гендерном аспекте, женщины (60,5%) получают больше помощи, нежели мужчины (42,6%). Из общего числа опрошенных 24,7% ЛЖВ, отметили, что получают психологическую помощь, либо им предоставляется консультирование.

Также 17,5% респондентов из числа ЛЖВ указали на бесплатное получение презервативов. Поддержку в виде бесплатной медицинской помощи получают 16,5% респондентов. ВИЧ инфицированные потребители инъекционных наркотиков отметили бесплатное получение ими одноразовых шприцов (11,3%). Информационные буклеты, листовки и брошюрки также представляют собой один из видов помощи ВИЧ-инфицированным, из которых они получают необходимую информацию, касательно ВИЧ инфекции и СПИДа (9,3%). 16,5% респондентов из числа ЛЖВ отметили помощь, получаемую в виде продовольственного пакета. Однако данная поддержка была отмечена, в основном, женщинами (25%), что возможно связано с предоставлением этих пакетов женщинам по другим программам, не связанных с профилактикой и лечением ВИЧ инфекции.

Таблица 1. Виды помощи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ответы | % | Мужчины | Женщины |
| Буклеты, листовки, брошюры | 9,3 | 9,4 | 9,1 |
| Одноразовые шприцы | 11,3 | 11,3 | 11,4 |
| Дезинфицирующие растворы | 4,1 | 5,7 | 2,3 |
| Презервативы | 17,5 | 20,8 | 13,6 |
| Медицинская помощь | 16,5 | 17,0 | 15,9 |
| Психологическаяпомощь/консультирование | 24,7 | 26,4 | 22,7 |
| Другое | 16,5 | 9,4 | 25,0 |
| Итого | 100 | 100 | 100 |

Из числа тех ВИЧ-инфицированных, которые отметили, что получают помощь, выяснилось, что им оказывают, в основном, эту помощь городские и районные Центры борьбы со СПИДом (52,8%) и неправительственные организации, работающие с ВИЧ-инфицированными (31,9%). Необходимо отметить, что финансовая и техническая помощь НПО, работающих с ВИЧ-инфицированными, оказывается со стороны международных организаций. Помощь, оказываемая ВИЧ-инфицированным со стороны друзей, коллег по работе, медицинских организаций незначительна.

Таблица 2. Лица и организации, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ответы | % | Мужчины | Женщины |
| Друзья | 4,2 | 5,4 | 2,9 |
| Коллеги по работе | 2,8 | 2,7 | 2,9 |
| Центр по борьбе со СПИДом | 31,9 | 29,7 | 34,3 |
| НПО | 52,8 | 51,4 | 54,3 |
| Международные организации | 2,8 | 2,7 | 2,9 |
| Медицинские учреждения | 5,6 | 8,1 | 2,9 |
| Итого | 100 | 100 | 100 |

Несмотря на то, что уровень информированности ВИЧ-инфицированных о специально предоставляемых услугах очень низок, тем не менее, большое количество ЛЖВ (85,6%) знают о том, что в России бесплатно предоставляется антиретровирусная терапия. При этом необходимо отметить, что уровень знаний об антиретровирусной терапии, как среди мужчин, так и среди женщин одинаков. Из общего количества ВИЧ-инфицированных более 14% отметили, что они не слышали о данном методе лечения.

Из числа людей, живущих с ВИЧ и имеющих информацию о предоставлении АРВ терапии в России, только 46,1% обратились за назначением данной процедуры: мужчины -37,3% и женщин - 57,9%. Оставшиеся 53,9% не видят необходимости в прохождении данной процедуры и не считают, что она чем-то им поможет[26; С. 59-65].

Во время оказания помощи важно не мешать человеку с ВИЧ-инфекцией проходить все фазы кризиса, не подгонять его. Вы просто должны быть рядом, показывая свое участие, заботу и готовность помочь. Эти проблемы и поведение инфицированного человека – защитные механизмы, помогающие выжить в таких сложных обстоятельствах. Они могут длиться больше или меньше, заменять друг друга или существовать отдельно. Только надежда остается на всех стадиях. Инфицированные люди надеяться выжить и вылечиться. Эта надежда помогает справиться с болью, дает духовную силу и помогает видеть смысл в страдании, понять, что у боли есть свои причины. Поддержка этой надежды – наш общественный долг и честь в общении с ВИЧ-инфицированными людьми. Через это общение мы можем улучшить свои знания.

Глава 2. Образ ВИЧ-инфицированных больных в массовом сознании и отношение к ним

2.1 Дискриминация на уровне институциональных организаций

Существующая дискриминация на уровне институциональных организаций, в частности, на рабочих местах, в медицинских учреждениях, тюрьмах, образовательных учреждениях и социальных службах, закрепляет «первичную стигму» в институциональной политике и практике, которая дискриминируют людей, живущих с ВИЧ, или приводит к неприменению антидискриминационной политики или процедур для борьбы с дискриминацией[31].

1. Ограничение в трудоустройстве, как одна из форм дискриминации ВИЧ-инфицированных.

Одной из форм дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным является нарушение их прав на трудовую деятельность. В соответствии с Законом РТ «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» от 28 декабря 2005 года, №150, статья 12, сказано, что ЛЖВ имеют право на профессиональную деятельность по избранной профессии, за исключением работы по специальностям и на должностях, установленных специальным перечнем.

Результаты исследования показали, что не все опрошенные респонденты осведомлены о правах ВИЧ-инфицированных на трудовую деятельность.

Для более детального изучения отношения целевых групп к ВИЧ-инфицированным людям, с которыми они больше всего соприкасаются в каждодневной жизни, было определено их отношение к своим коллегам, преподавателям, работникам сферы услуг, медицинским работникам относительно их права на трудовую деятельность по своей профессии.

Таблица 1. Мнения респондентов о праве людей живущих с ВИЧ

на работу в системе образования и в сфере услуг (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Медработники | Правоохранительныеорганы | Учителя | Сфера услуг | Религиозные деятели | Суды, адвокаты |
| в сфере образования |
| Имеют право | 62,9 | 24,0 | 34,3 | 16,5 | 34,4 | 40,0 |
| Не имеют право | 30,4 | 73,0 | 50,7 | 69,6 | 65,6 | 53,3 |
| Не знают | 3,3 | 2,0 | 8,2 | 11,3 | 3,3 | 5 |
| Затруднилисьответить | 3,3 | 1,0 | 6,8 | 2,6 | 3,4 | 3,8 |
| в сфере услуг |
| Имеют право | 25 | 8,0 | 15,4 | 10,4 | 25 | 13,3 |
| Не имеют право | 70 | 91,0 | 78,2 | 80,0 | 71,3 | 76,7 |
| Не знают | 2,5 | 1,0 | 2,5 | 7,8 | 3,1 | 6,7 |
| Затруднилисьответить | 2,5 | 3,9 | 1,8 | 10 | 0 | 0 |
| Итого | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

По мнению большинства опрошенных, ВИЧ-инфицированные не имеют право работать в системе образования и в сфере услуг. Так, из общего количества опрошенных, только более 39% отметили, что ЛЖВ имеют право работать в школах в качестве преподавателей, а 51% отметили, что они против их работы в школе. Более категоричными были в своих рассуждениях работники правоохранительных органов. Так, из общего количества опрошенных, 73% отметили, что учителя, зараженные ВИЧ инфекцией не имеют право работать в школе, такого же мнения придерживаются около 70% работников сферы услуг, 65,6% - религиозные деятели, 62,5% - СМИ, 50% - работники администрации города.

Даже у преподавателей не проявилась профессиональная солидарность к своим коллегам. Так, из общего количества учителей, более 50% отметили, что учитель, зараженный ВИЧ/СПИДом, не имеет право работать в системе образования. Более тревожным, по нашему мнению, является тот факт, что большинство сотрудников судебных и правоохранительных органов, администрации местных органов власти, которые, по специфики своей работы в соответствии с законами РТ, должны защищать права ЛЖВС, отрицательно ответили на этот ответ.

Результаты анкетирования показали, что зачастую отрицательное отношение респондентов к праву ЛЖВ работать в качестве учителей в школе, влияет не только на знание законов, а, больше всего, играет психологический фактор. Большинство респондентов отметили, что они знают, что ВИЧ/СПИД при обычном контакте не переходит от ВИЧ-инфицированного к здоровому человеку, но, из-за того, что в школах учатся их дети, внуки, родственники, они на подсознательном уровне не могут преодолеть отрицательное отношение к ВИЧ-инфицированным.

Более категоричное отношение у респондентов было в предоставлении права ВИЧ- инфицированным работать в сфере услуг. Так, из общего количества опрошенных, более 77% отметили, что ВИЧ-инфицированные не имеют право работать в сфере услуг. Более отчетливо их отношение выявилось, когда им задали вопрос о том, что приобрели ли бы они продукты питания у ВИЧ-инфицированного продавца.

Таблица 2.Мнения респондентов приобрели бы, они продукты питания у продавца, инфицированного ВИЧ, если бы знали об этом

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Медработники | Правоохранительныеорганы | Учителя | Сфера услуг | Религиозные деятели | Суды, адвокаты |
| Приобрели | 39,2 | 12,0 | 21,4 | 9,6 | 15,6 | 10,0 |
| Не приобрели | 56,3 | 82,0 | 69,6 | 87,8 | 65,6 | 73,3 |
| Не знают | 4,6 | 6,0 | 8,9 | 2,6 | 18,8 | 16,7 |

Из общего количества респондентов около 70% отметили, что они бы не приобрели продукты питания у продавца, если бы знали, что он ВИЧ-инфицированный.

Сравнивая результаты данного исследования с исследованием поведения молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИДа, можно сделать вывод, что большой разницы во мнениях молодежи не наблюдается. Так, если из 2000 молодых людей в возрасте 15-24 лет, 62,1% отметили, что учителя, зараженные ВИЧ инфекцией, не имеют права работать в школе, то в данном исследовании 51% ответил также. Отношение к ВИЧ-инфицированным, работающим в сфере услуг, является у молодежи, в какой-то мере, более реальным. Так, если по данному исследованию более 77% респондентов были против работы ВИЧ-инфицированных в сфере услуг, то среди молодежи этот процент составил 70%.

Увольнение с работы людей только по той причине, что он является ВИЧ- инфицированным, считается одной из проявлений дискриминации. В соответствие со статьёй 13 Закона РТ «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита», не допускается увольнение с работы, отказ в приеме на работу на основании наличия у них ВИЧ-инфекции.

Хотя по результатам исследования 59% отметили, что человек не может быть уволен только по той причине, что он ВИЧ-инфицированный, у 1/3 части опрошенных сложилось противоположное мнение и более 12% еще не определились. Как и в предыдущих ответах, более категоричными в своих рассуждениях оказались сотрудники правоохранительных органов, сферы услуг и администрации местных органов власти. Так, 39% сотрудников правоохранительных органов и 25% работников местных органов власти отметили, что человек может быть уволен с работы по причине того, что ВИЧ-инфицирован. Это свидетельствует о низком уровне их правовой грамотности, несмотря на то, что они, по специфики своей деятельности, должны знать эти законы. В какой-то мере можно понять работников сферы услуг, которые имеют меньше доступа к принятым в РТ законам и уровень знаний среди них низкий.

Нарушение прав человека на труд, порождающийся при дискриминации, в особенности ВИЧ-инфицированных, усиливает последствия эпидемии не только для них, но и для членов их семей. От этого ВИЧ-инфицированные страдают не только от болезни, но и от множества других проблем, включающих отсутствие средств на лечение и обеспечение семьи.

2. Ограничения в праве получения образования, как одна из форм дискриминации ВИЧ-инфицированных.

Люди становятся более уязвимыми к инфекции, если не соблюдаются их гражданские, политические, экономические, социальные и культурные права. Например, уязвимость к ВИЧ инфекции повышается у детей, если они не могут реализовать свое право на образование.

Результаты исследования показали, что не все опрошенные респонденты положительно отнеслись к получению образования ВИЧ-инфицированными детьми наравне со здоровыми детьми.

Таблица 3. Мнения респондентов о том, может ли ВИЧ-инфицированный ученик продолжать ходить в обычную школу (в %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Мед.работнки | Правоохранительныеорганы | Учителя | Сфера услуг | Религиозные деятели | Суды, адвокаты | СМИ |
| Можно | 70,4 | 38,0 | 44,6 | 23,5 | 56,3 | 60,0 | 43,75 |
| Нельзя | 26,3 | 57,0 | 45,7 | 60,9 | 34,4 | 33,3 | 50 |
| Не знают | 3,3 | 5,0 | 9,6 | 15,7 | 9,3 | 6,7 | 6,25 |

Из общего количества респондентов, более 42% отметили, что ВИЧ-инфицированные дети не должны посещать занятия в обычных школах со здоровыми детьми. Своё мнение большинство респондентов объяснили тем, что при контакте со здоровыми детьми они могут заразить их; другие отметили, что ВИЧ-инфицированные дети требуют постоянного ухода и их необходимо обучать в специализированных лечебно-образовательных учреждениях.

Больше всего категорично отнеслись к доступу получения ВИЧ-инфицированными детьми образования в обычных школах сотрудники правоохранительных органов (57%), как не странно, сами учителя (45,7%), работники сферы услуг (60,9%) и работники средств массовой информации (50%).

Респонденты, в большинстве случаев, посчитали нужным предоставление ВИЧ-инфицированным детям отдельного образования, в связи с невозможностью посещения ими обычной школы из-за проявления стигмы, либо по причине нахождения детей на лечении.

В среднем, 84% респондентов отметили, что в случае необходимости ВИЧ-инфицированным детям должно быть предоставлено образование отдельно по общеобразовательной программе. Для снижения стигмы ВИЧ-инфицированных детей в общеобразовательных школах большое значение имеет правильное отношение к ним со стороны учителей и их одноклассников.

Правильные и дружеские взаимоотношения между ВИЧ- инфицированными детьми, их одноклассниками и учителями может снизить уровень стигмы. Согласно результатам проведенного исследования, около 24% преподавателей общеобразовательных учреждений на вопрос о согласии на обучение ученика, зараженного ВИЧ инфекцией, дали отрицательный ответ, притом, что более 48% из них проходили курсы по преподаванию профилактики ВИЧ/СПИДа в школах. Более 70% из опрошенных преподавателей отметили, что они ведут занятия в школах, включающие элементы профилактики ВИЧ.

В соответствии с результатами исследования поведения молодежи в возрасте 15-24 лет в области ВИЧ/СПИД более 48% опрошенных респондентов отметили, что они не будут общаться со своими одноклассниками и однокурсниками, если узнают, что те ВИЧ-инфицированные.

Результаты исследования показывают, что, несмотря на все проводимые в школах мероприятия, необходимо усилить работу с учениками, учителями, директорами школ и сотрудниками районного отдела народного образования в пропаганде, направленной на снижение стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным детям.

Большинство респондентов, касаясь вопросов снижения стигмы и дискриминации в системе образования, отметили, что необходимо внедрить в школьные программы вопросы здорового образа жизни, включая профилактику ВИЧ/СПИД.

3. Формы проявления дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным в медицинских учреждениях.

Дискриминация в медицинских учреждениях может проявляться: в понижении уровня ухода, отказа в доступе к уходу и лечению, проведении тестирования на ВИЧ без согласия пациентов, нарушения конфиденциальности, включая раскрытие информации о ВИЧ-положительном статусе пациента его родственникам, внешним организациям, негативное отношение и унижающее человеческое достоинство действие со стороны медицинского персонала.

Медицинские работники по специфики своей профессиональной деятельности входят в уязвимую группу лиц по отношению к ВИЧ/СПИДу. Исходя из того, насколько медицинские работники соблюдают меры предосторожности и меры профилактики заражения ВИЧ/СПИД при выполнении своих обязанностей, зависит не только их здоровье, но и здоровье других пациентов.

Исследования показали, что врачи и средний медицинский персонал в целом осведомлены об универсальных мерах предосторожности в отношении ВИЧ в медицинских учреждениях. Так, из общего количества опрошенных врачей и среднего медицинского персонала, 92% отметили, что они знают о возможности передачи ВИЧ/СПИДа при общем использовании шприцов здоровым человеком и ВИЧ- инфицированным, а 97,1% - о возможности заражения в случае использования крови человека, не тестированного на ВИЧ, для переливания. При этом необходимо отметить, что из общего количества опрошенных врачей и среднего медицинского персонала, более 75% отметили, что они регулярно имеют контакт с кровью больного и с материалами, содержащими биологические жидкости. 87,5% медицинских работников отметили, что существует вероятность заражения их ВИЧ/СПИДом при контакте с кровью больного.

Результаты проведенного исследования показали, что все опрошенные медицинские работники указали на использование одноразовых шприцов в медицинских учреждениях. Также респонденты указали, что не все медицинские учреждения в полной мере обеспечены всеми необходимыми средствами для стерилизации инструментов и стерильными материалами. Так, из общего количества опрошенных медицинских работников 75,4% отметили, что они полностью обеспечены необходимыми средствами, 7,9% - не обеспечены, 16,7% - частично обеспечены. Данные показатели свидетельствуют о том, что в данных медицинских учреждениях существует опасность заражения ВИЧ. На вопрос, является ли ВИЧ и СПИД одним и тем же заболеванием, более 64,2% отметили, что это не одно и тоже, а 33,8% отметили, что это одно и тоже (в основном средний медицинский персонал).

В соответствии со статьёй 12 Закона РТ «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» ВИЧ- инфицированные и больные СПИДом лица имеют право на бесплатное получение всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи, а также, обеспечение лекарствами. Не допускается отказ в приеме в лечебные учреждения, в оказание неотложной помощи лицам с ВИЧ/СПИДом.

Таблица 4. Действие врачей и среднего медицинского персонала по отношению к ВИЧ-инфицированным пациентам ( в % )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Действие медицинских работников | Врачи | Сред.мед.персонал |
| Примут пациента, как и всех других больных | 80 | 50 |
| Отказывают им в госпитализации | 4,0 | 6,0 |
| Откажут в приеме | 10,0 | 15,6 |
| Изолируют в отдельную палату | 5,6 | 12,0 |
| Перенаправят другому специалисту | 1,0 | 7,0 |
| Сообщат администрации больницы | 15 | 70 |
| Сообщат в Центр по борьбе со СПИДом | 10 | 40 |
| Сообщат в милицию | 0 | 4,0 |
| Другое | 1 | 4 |
| Не знают | 0 | 3,0 |

Результаты исследования показали, что не все медицинские работники готовы оказать медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным больным. Так, из общего количества опрошенных медицинских работников, 62,5% отметили, что они примут ВИЧ-инфицированных больных, как и всех других пациентов, в то же время 20% врачей и 50% среднего медицинского персонала отметили, что они откажут ВИЧ-инфицированным в приеме.

На вопрос согласны ли они принять участие в приеме родов у ВИЧ-инфицированной роженицы, более 73% медицинских работников отметили, что согласны, 13% - не согласны и около 14% затруднились ответить. Своё несогласие в приеме родов, в основном, высказали работники среднего медицинского персонала. Основной причиной своего несогласия они объяснили боязнью заражения ВИЧ-инфекцией (51,6%). Большинство опрошенных медицинских работников отметили, что они, в случае необходимости, окажут пострадавшему ВИЧ-инфицированному первую медицинскую помощь, даже если это произойдет на улице. Большинство медицинских работников (89,2%)отметили, что при приеме на работу все медицинские работники обязательно должны проходить тестирование на ВИЧ. Более 87% медицинских работников отметили, что они ежегодно проходят тестирование на ВИЧ/СПИД.

Касаясь вопроса допуска ВИЧ-инфицированного медицинского работника к работе, 62% отметили, что они не имеют право работать в медицинских организациях. По мнению 30% опрошенных, ВИЧ-инфицированные медицинские работники могут работать по той медицинской специализации, в которой они не имеют прямого контакта с кровью или любой другой биологической жидкостью. Из общего количества опрошенных медицинских работников 55,4% отметили, что нет необходимости информировать пациентов о положительном ВИЧ статусе врача. По их мнению, ВИЧ-инфицированный врач, по внутреннему распоряжению медицинских учреждений, не имеет прямого контакта с кровью больного. Разглашение ВИЧ статуса врача может отрицательно повлиять на репутацию медицинских учреждений и психологически воздействовать на пациентов при обращении к ним.

Из общего количества медицинских работников, практически все врачи и большая часть среднего медицинского персонала отметили, что медицинские работники, зараженные ВИЧ/СПИДом вследствие выполнения служебных обязанностей, имеют право на льготы. К основным видам льгот, которые должны получить медицинские работники в случае заражения ВИЧ-инфекцией, респонденты отнесли: возмещение материального ущерба – 25,9%; выплата пенсии в размере 100% в случае смерти нетрудоспособным членам семьи; пенсию по возрасту на льготных условиях – 12,7%; предоставление ежегодных путевок для санаторно-курортного лечения – 15,4%; улучшение жилищных условий – 12,7% и ежегодный дополнительный отпуск – 10,3%.

Одной из форм уменьшения риска заражения ВИЧ-инфекцией медицинских работников, имеющих контакты с инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИДом, является предоставление АРВ препаратов для пост-контактной профилактики. Исследование показало, что только 38,8% медицинских работников слышали о пост-контактной профилактике. Из числа тех, которые слышали о данной форме профилактики, 35,5% отметили, что в их медицинском учреждении существует практика предоставления пост-контактной профилактики.

В соответствие с Законом РТ «О противодействии вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита», работники учреждений здравоохранения, допустившие халатное отношение к своим профессиональным обязанностям, повлекшее за собой инфицирование другого лица (или нескольких) вирусом иммунодефицита человека, привлекаются к ответственности в соответствии с законодательством РТ.

В статье 17 данного Закона также отмечено, что лица, зараженные ВИЧ/СПИДом вследствие ненадлежащего исполнения своих служебных обязанностей медицинскими работниками, имеют право на возмещение ущерба и предоставления им льгот. Практически все врачи и большая часть (75,5%) среднего медицинского персонала отметили, что люди, зараженные ВИЧ инфекцией в результате халатности медицинских работников, имеют право на льготы. К основным видам льгот медицинские работники отнесли:

* возмещение ущерба – 36,5%; выплата пенсии в размере 100% в случае смерти нетрудоспособным членам семьи – 15,9%; пенсию по возрасту на льготных условиях – 10,5%; предоставление ежегодных путевок для санаторно-курортного лечения – 15,1%;
* улучшение жилищных условий – 8,6% и ежегодный дополнительный отпуск – 7,3%.

К возможным источникам расходов на обеспечение и возмещение ущерба людям, зараженным ВИЧ/СПИДом по вине медицинских работников, медицинские работники отнесли: возмещение убытков за счет самих медицинских сотрудников – 24,8%; за счет лечебных учреждений, где произошло заражение – 23% и, больше всего, за счет государственных расходов – 50,9%.

Формы проявления дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным в сфере услуг.

Сегодня рынок сферы обслуживания в России, заполнен людьми, не имеющими должного образования, которое снижает уровень информированности о путях передачи ВИЧ/СПИДа. Данный факт отразился на количестве работников сферы обслуживания, которые, в случае обращения к ним ВИЧ-инфицированного, не будут его обслуживать (53,9%) и, в процентном соотношении разница между мужчинами (55,7%) и женщинами (51,1%) не велика. В целом, можно отметить, что более половины всех опрошенных мужчин и женщин, занятых в сфере обслуживания, не пойдут на контакт с ВИЧ-инфицированным. Однако среди работников сферы услуг существует большая часть людей, которая проинформирована о путях передачи заболевания и ВИЧ статус человека не будет являться препятствием для оказания ему каких-либо услуг. Согласятся обслуживать ВИЧ-инфицированного 42,6%, при чем мужчины - 41,4%, женщины - 44,4% в данном вопросе имеют схожие позиции. 3,5% респондентов, в силу того, что не сталкивались с ВИЧ-инфицированными.

Мнение работников сферы услуг о создании для ЛЖВС отдельных сервисных служб инфицированными, не знают ответа на данный вопрос по нескольким причинам, кто-то не имеет информацию о ВИЧ/СПИДе. Возможно, при встрече они психологически не будут готовы или же, наоборот, постараются обслужить ВИЧ-инфицированного лучше остальных клиентов.

Существует несколько причин, по которым работники сферы обслуживания не пойдут на контакт с ВИЧ-инфицированными и не согласятся оказать ему определенные услуги. Основным барьером, стоящим на пути между ВИЧ-инфицированным и работником сферы услуг, является страх перед возможным заражением (60%). Многие работники сферы услуг мотивируют свой отказ тем, что остальные клиенты, в случае, если они узнают об этом, могут больше не обратиться к ним (21,2%). По мнению большинства граждан страны, люди в основной своей массе заражаются вследствие неправильного образа жизни, и это отразилось на том, что некоторые работники сферы обслуживания брезгуют общаться с ВИЧ-инфицированными (17,6%).

Создание отдельных служб сервисного обслуживания для ВИЧ-инфицированных, по мнению работников сферы услуг(60%) необходимо для того, чтобы оградить граждан от возможного заражения и по моральным соображениям. Уровень знаний о путях передачи ВИЧ/СПИД у 22,6% респондентов отразился на том, что они против создания отдельных сервисных служб. Учитывая факт, что сфера обслуживания охватывает многие виды деятельности – от продавцов до парикмахеров – это нашло свое отражение в ответах респондентов: так 17,4% не знают ответа на данный вопрос, мотивируя тем, что можно открыть, к примеру, отдельные парикмахерские, но не создавать целую отдельную службу.

По словам опрошенных респондентов, уровень соблюдения гигиены в их заведениях заметно возрос за последнее время. Это связано с большой конкуренцией в данной сфере. Так, 78,3% парикмахеров ответили, что они полностью соблюдают стерилизацию всех своих инструментов после обслуживания каждого клиента. Не значительная часть 4,3 % не соблюдают нормы общепринятой гигиены. Частично поддерживают в чистоте свои инструменты 17,4 % опрошенных, т.е. они их стерилизуют один раз в конце рабочего дня после окончания работы или стерилизуют не все инструменты, которые используют в работе с клиентами.

2.3 Отношение семьи, общины и религии к ВИЧ-инфицированным

Дискриминация в отношении ВИЧ-инфицированных может происходить на разных уровнях. Существует дискриминация в семье и общине, и некоторые авторы называют такую форму «установленной стигмой». Данное словосочетание означает намеренное действие или бездействие, совершаемое для того, чтобы унизить других людей, отказать им в предоставлении услуг или реализации их прав. Примером такого типа дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, могут быть самыми разными. В частности:

- остракизм в виде изгнания женщин из семьи мужа к своим родственникам, если результат ее тестирования на ВИЧ оказался положительным, или отмечаются первые признаки заболевания и т.д.

- общественная изоляция и отказ от повседневного общения; словесные оскорбления и обвинения; распускание сплетен и отказ в предоставлении

- традиционных похоронных обрядов; физическое насилие.

1. Дискриминация ВИЧ-инфицированных в семье и общине.

Результаты исследования показали, что дискриминация по отношению к ВИЧ-инфицированным, «установленная стигма», проявляется на рабочем месте со стороны коллег по работе, по месту жительства (в сообществе) и в семье.

Во время проведения исследования, в начале было выявлено отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным в целом. Из общего количества респондентов около 30% отметили, что они относятся к ВИЧ-инфицированным в целом отрицательно и 70% - нормально и с сочувствием. Отрицательное отношение к ВИЧ-инфицированным наблюдается у правоохранительных органов, работников в сфере услуг и администрации города Смоленска.

Отрицательное отношение работников правоохранительных органов и администрации города Смоленска может повлиять на уровень усиления дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным.

Таблица 5. Отношение респондентов к ВИЧ-инфицированным. ( %)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Мед.работники | Правоохранительныеорганы | Учителя | Сфера услуг | Религиозные деятели | Суды, адвокаты | СМИ |
| Крайне отрицательно | 5,8 | 16,3 | 10,0 | 15,5 | 6,3 | 14,3 | 0 |
| Отрицательно | 12,2 | 23,1 | 22,1 | 23,3 | 25 | 8,6 | 18,75 |
| Безразлично | 5,4 | 6,7 | 11,1 | 9,5 | 9,4 | 14,3 | 18,75 |
| Нормально | 35,6 | 17,3 | 25,3 | 15,5 | 15,6 | 25,7 | 25 |
| С сочувствием | 39,9 | 35,6 | 27,3 | 31,9 | 43,7 | 37,1 | 37,5 |
| Не знаю | 1,1 | 1,0 | 4,2 | 4,3 | 0 | 0 | 0 |

Результаты проведенного исследования показали, что более отчетливо формы дискриминации могут проявляться на рабочем месте по отношению к коллегам по работе. Из общего количества опрошенных респондентов более 50% крайне отрицательно отнеслись бы к своим ВИЧ-инфицированным коллегам по работе. Так, 14% отметили, что они не будут с ними общаться, 31% -- будут общаться, но, соблюдая дистанцию, что также является одной из форм стигмы, а более 5% отметили, что они будут поддерживать их увольнение с работы.

Наиболее уязвимыми в обществе являются ВИЧ-инфицированные дети и здоровые дети, чьи родители являются ВИЧ инфицированными. Так, из общего количества респондентов 45% отметили, что они не позволят своим детям общаться со здоровыми детьми, родители которых ВИЧ-инфицированны. Более категоричны в своих рассуждениях оказались работники правоохранительных органов (61%), сферы услуг (60,9%) и даже учителя (47,1%) в обязанность которых входит недопущение усиления дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным людям в целом и к детям в частности.

Более высокий уровень дискриминации проявляется к ВИЧ-инфицированным детям. Из общего количества респондентов 70% отметили, что они не позволили бы своим детям общаться с ВИЧ-инфицированными детьми. Даже 60% врачей, которые, в большинстве случаев, знают основные пути передачи ВИЧ/СПИД, не позволили бы своим детям общаться с ВИЧ-инфицированными детьми.

Результаты проведенного исследования показали, что большинство респондентов не осознают того, что изоляция ВИЧ-инфицированных детей от других детей усиливает стигму и дискриминацию по отношению к ним.

Более высокий уровень дискриминации проявляется к ВИЧ-инфицированным детям. Из общего количества респондентов 70% отметили, что они не позволили бы своим детям общаться с ВИЧ-инфицированными детьми. Даже 60% врачей, которые, в большинстве случаев, знают основные пути передачи ВИЧ/СПИД, не позволили бы своим детям общаться с ВИЧ-инфицированными детьми.

Исследование показало, что респонденты с большим сочувствием и состраданием относятся к ВИЧ-инфицированным, когда это касается членов их семей и родственников. Более 90% респондентов отметили, что они будут ухаживать за ВИЧ-инфицированными членами семьи, при этом, практически все респонденты были единодушны в этом вопросе.

Таблица 6. Мнения респондентов о том, что будут ли они ухаживать за членами семьи, если те ВИЧ-инфицированые (%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Мед.работники | Правоохранительныеорганы | Учителя | Сфера услуг | Религиозные деятели | Суды, адвокаты | СМИ |
| Будут ухаживать | 92,9 | 91,0 | 89,6 | 82,6 | 96,9 | 90,0 | 93,75 |
| Не будут ухаживать | 3,3 | 3,0 | 2,9 | 9,6 | 3,3 | 6,25 | 5,0 |
| Не знают | 2,1 | 6,0 | 3,2 | 5,2 | 0 | 3,2 | 0 |
| Затрудняются ответить | 1,7 | 0 | 4,3 | 2,6 | 3,1 | 0 | 0 |

Также с сочувствием респонденты отнеслись бы по отношению к ВИЧ-инфицированным друзьям и знакомым.

Так из общего количества опрошенных респондентов, более 68% отметили, что они продолжат общение с ВИЧ-инфицированными друзьями и знакомыми. Самой негативной формой стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным является их изоляция от общества, как неполноценных и опасных для остальной части общества людей. Результаты проведенного исследования показали, что 1/3 часть опрошенных респондентов, высказались за изолирование ВИЧ-инфицированных от других членов общества, причем в соответствии с уровнем своего образования и социального положения эта категория лиц должна были бы противодействовать данной форме стигмы и дискриминации.

Одной из форм проявления стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным является раскрытие ВИЧ статуса без согласия человека. Результаты проведенного исследования показали, что респонденты стараются сохранить в тайне сведения о статусе ВИЧ-инфицированных, если они члены их семей. При этом респонденты реже соглашались с мнением о том, чтобы люди в целом сохраняли свой статус в тайне. Из общего количества респондентов, более 64 % отметили, что сохранят ВИЧ-статус членов своей семьи, а по отношению к другим членам общества - 57%.

2. Отношение религии к ВИЧ-инфицированным.

Религия и вера составляют важную часть в жизни большинства людей, оказывая влияние на формирование личности, поступков и моральной позиции. Поскольку религиозные лидеры зачастую пользуются очень большим уважением, они играют существенную роль в борьбе со стигмой и дискриминацией в области ВИЧ/СПИД. Хотя религиозные организации иногда сами способствовали усилению стигмы, слишком легко связывая СПИД с религиозными учениями о «грехе», есть примеры, когда их деятельность была направлена на воспитание терпимости и общественной солидарности, пользуясь подходами, свободными от предубеждений и страха.

На вопрос, каково отношение религиозных деятелей к ВИЧ-инфицированным, от общего количества опрошенных религиозных деятелей, 15,6% отметили, что у них к ВИЧ-инфицированным -- крайне отрицательное отношение. Данная цифра говорит о том, что опрошенные считают, что эти люди заболели вследствие неправильного образа жизни, игнорируя целомудрие и употребляя наркотики, а значит сами виноваты в случившемся. У 28,1% -- отрицательное отношение, что тоже связано с мнением, что зараженные знали, на что идут. 6% опрошенных отметили, что относятся к ним с безразличием - это говорит о том, что они не придают особого значения данному вопросу. 25% отметили, что у них к ВИЧ-инфицированным нормальное отношение, что свидетельствует об определенном уровне информированности о ВИЧ/СПИД. 21,9% из общего числа опрошенных сказали, что к инфицированным они относятся с сочувствием и испытывают к ним жалость. Было сказано, что к греху религия относится крайне отрицательно, но к уже зараженным людям с сочувствием. Служители церкви отметили, что такие люди находятся в безнадежной ситуации, не зависимо от того, сами они виноваты в этом или нет. Задача религии заключается в том, что бы поддержать и уберечь от дальнейших ошибок.

Хотя 44% религиозных деятелей высказались, что религия отрицательно относится к ВИЧ-инфицированным, при этом более демократично отнеслись к праву молиться с другими членами общества. Так, из общего количества опрошенных религиозных деятелей 59,4% сказали, что разрешат ВИЧ-инфицированному молиться в мечети или церкви. Это было обосновано тем, что во время молитвы они никого не могут заразить, т.е. никакой опасности для окружающих не существует. Если они запретят это, во-первых, будет нарушением их прав, во-вторых, это будет сильный моральный и психологический удар для ВИЧ инфицированного человека, чего религия допустить не может. Однако 31% опрошенных ответили, что не разрешат ВИЧ-инфицированным молиться со всеми. Это больше связано с их личным восприятием, ощущением брезгливости и опасности. Как было отмечено выше, считается, что данной болезнью заболевают только потребители наркотиков и РС, а это значит, что такие люди не могут посещать религиозные заведения. Надо подчеркнуть, что так категорично к ВИЧ-инфицированным относятся в основном в сельской местности, и что возможной причиной тому является недостаток информации по вопросах ВИЧ/СПИДа. 6,2% опрошенных на вопрос о молитве, сказали, что не знают, разрешили бы они им молиться со всеми вместе или нет. Это говорит о том, что им не приходилось сталкиваться с такой ситуацией, и они не задумывались над этим вопросом. Отказались ответить 3,1% от общего количества опрошенных, что показывает их нежелание обсуждать данный вопрос, что возможно связано с тем, что они не придают особого значения данной проблеме.

При проведении бесед с религиозными деятелями выяснилось, что прихожане не очень часто затрагивают вопросы ВИЧ. Только 25% религиозных деятелей сказали, что им задаются вопросы, касающиеся ВИЧ/СПИДа, но большая часть ответили, что с данными вопросами к ним не обращаются. Было отмечено, что Церкви проводят беседы по определенной программе, составленной Центральной церковью страны. В настоящее время ведутся беседы о вреде наркомании. В христианской церкви также специальной программы по вопросам ВИЧ/СПИДа не существует.

Проблема института семьи у ВИЧ-инфицированных стоит очень остро. Следует отметить, что ВИЧ-инфицированные сталкиваются с большой проблемой не только в создании семьи, но и в ее сохранении, после того, как один из членов узнает, что ВИЧ-инфицирован. Совместное проживание влечет за собой интимную жизнь, которая прекращается в семьях, где один из партнеров ВИЧ-инфицирован. Данные о семейном положении ВИЧ-инфицированных показывают, что более 1/3 из опрошенных в настоящее время состоят в браке. Низкий показатель вступления в брак среди ВИЧ- инфицированных лиц (среди мужчин – 45,9% и женщин – 32,6%), является результатом скованности самих ЛЖВ в общении с другими и отношения общества к ЛЖВ. Также 15,5% респондентов ответили, что состоят в разводе, при этом необходимо отметить, что средний уровень разводов по отношению к зарегистрированным бракам в России составляет 5,5%.

Таким образом, рассмотрев отношения общества к людям ВИЧ-инфицированным не однозначно, более того крайне отрицательно, а порой даже агрессивно. Лишь некоторые из опрошенных считают, что им их жалко, но все же не особо хотят их поддерживать и общаться.

Глава 3. Активизация ресурсов и основные направления работы по снижению дискриминации ВИЧ-инфицированных со стороны общественности

3.1 Роль местных органов власти и СМИ в снижении дискриминации ВИЧ-инфицированных

Стратегия борьбы с дискриминацией обуславливает усиление работы местных органов власти и средств массовой информации. Роль СМИ в изменении сознания общества очень значительна, и использование их возможностей является очень важным инструментом в снижении стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным.

Результаты проведенного исследования показали, что на уровне городов и районов роль СМИ в снижении уровня дискриминации не очень высока. Результаты исследования показали, что наличие репортажей, где работникам СМИ приходилось общаться непосредственно с ВИЧ-инфицированными людьми, не велико, что в частности объясняется и не желанием самих ВИЧ инфицированных афишировать свой диагноз перед журналистами. Всего 6,2% (один человек) респондентов из опрошенных сотрудников СМИ имели в своей практике контакт с ЛЖВ и 87,5% не имели подобных возможностей, и 6,25% отказались отвечать на данный вопрос.

О существовании постоянной рубрики, затрагивающей проблему ВИЧ-инфицированных, отметили более 43% работников СМИ. В тоже время, половина респондентов (50%) в своих изданиях не освещали данную проблему. 6,2% опрошенных не имеет информации о существовании подобной рубрики, что возможно связано с тем, что данные работники имеют узкую специализацию в освещении того или иного вопроса ( спорт, экономика, политика и т.д.). В то же время, это может свидетельствовать о том, что сотрудники СМИ, как и большинство других членов общества, рассматривают ВИЧ/СПИД как исключительно медицинскую проблему.

Отсутствие постоянной рубрики мотивируется по различным причинам. Около 43% из числа респондентов, не имеющих постоянную рубрику в своих изданиях, объяснили нежеланием как-то выделять ВИЧ-инфицированных людей, что может повлечь за собой усиление стигмы. Другая причина отсутствия рубрики, отмеченная 42,9 % сотрудниками СМИ, была связана с ограниченностью периодичности выхода изданий. В этой связи, по мнению журналистов, за большой промежуток между выпусками накапливается много другой не менее важной информации. 14,3% журналистов отнесли проблемы, возникающие у ВИЧ-инфицированных, к не столь важным проблемам. По их мнению, существуют люди имеющие другие заболевания, не поддающиеся лечению или же трудноизлечимые, однако их проблемы не освещаются.

Проблемы ВИЧ-инфицированных в различных изданиях страны освещаются с различной периодичностью. Чаще всего это происходит раз в месяц (31,25%), а также по мере необходимости заострения внимания на данной проблеме и имеет не регулярный характер, например, 6 раз в год или два раза в месяц (31,25%). Некоторые же издания с постоянной периодичностью освещают данную проблему раз в год (18,75) или один раз в неделю (12,5%). Так как, в основном, многие СМИ освещают ту или иную проблему в посвященные для этого дни, то проблему ВИЧ-инфицированных зачастую поднимают в День борьбы со СПИДом - 1 декабря. В этой связи 43,7% респондентов подтвердили существование в их практике специальных выпусков, посвященных отношению к ВИЧ/СПИД. 12,5% процентов работников СМИ затруднились ответить на данный вопрос, так как не интересуются данной проблемой. Остальные 43,7% не имели данной практики в своей трудовой деятельности.

Большинство работников СМИ в своей профессиональной деятельности не сталкивались с формами дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным (87,5%), что, прежде всего, связано с тем, что они не так часто освещают не только проблемы ВИЧ-инфицированных, но и проблемы ВИЧ/СПИДа в целом. Остальные 12,5% респондентов отметили, что, так как они не понимают, где проходят грани дискриминации, они не знают, сталкивались они с этой проблемой или нет.

Считая проблемы, связанные со стигмой и дискриминацией ВИЧ-инфицированных, актуальными и своевременными, более 68% работников СМИ изъявили желание в будущем их освещать по мере необходимости. Однако 18,7% журналистов не готовы к этому по причине того, что они не являются специалистами в области освещения данной тематики. 12,5% респондентов затруднились ответить или же не знали, смогут ли они освещать данную проблему.

Безусловно, помощь ВИЧ-инфицированным людям необходима и если это будет помощь местных органов власти, это даст им дополнительную моральную поддержку. В некоторых районах г. Смоленска ВИЧ-инфицированным оказывается помощь на уровне города (40%).

50% респондентов из числа сотрудников отметили о не участии местных органов власти в поддержке инфицированных. 10% сотрудников местных органов власти не знают, какие действия принимает город в деле по поддержанию ВИЧ-инфицированных, т.к. не сталкивались с данным направлением в деятельности своего учреждения.

Те кто, оказывают помощь ВИЧ-инфицированным, поддерживают их в различных формах. Так, более 58% респондентов отметили помощь в виде материальной поддержки, 17,2% - в виде морально-психологической поддержке, 17,2% оказывают помощь в виде предоставления бесплатных медикаментов. 90% опрошенных указали на то, что не сталкивались с проблемой ущемления прав ВИЧ-инфицированных и отметили отсутствие стигмы и случаев дискриминации в их районе, 10% респондентов уклонились от ответа.

Большинство (95%) указали, что до сих пор не имели общения с ВИЧ- инфицированными. Только один из респондентов, указал на то, что встречался и бесседовал с ВИЧ- инфицированным человеком, как и с другими людьми, и испытывая при этом чувство жалости.

Проблема ВИЧ/СПИДа в г. Смоленске рассматриваются не регулярно, наиболее часто - раз в месяц (30%); в районах, где остро стоит проблема ВИЧ/СПИДа, данный вопрос обсуждается ежедневно (20%) и еженедельно (20%). Раз в год (15%) в районных центрах проводятся различные акции, приуроченные к Всемирному дню борьбы со СПИДом. Зачастую, местные органы самоуправления совместно с неправительственными и международными организациями проводят различные мероприятия, посвященные проблеме ВИЧ/СПИД, которые имеют нерегулярный характер (10%).

Результаты исследования показали, что местные органы власти (60%) имеют свою специальную разработанную программу по проблеме ВИЧ/СПИД, у 20% нет подобной программы, остальные 20% не знают, есть ли в их районах данная программа.

Но все же по полученным данным, можно отметить, что местные органы власти тесно сотрудничают с международными и неправительственными организациями по вопросам ВИЧ/СПИД[52; С. 29-37].

В рамках данной проблемы затрагиваются вопросы стигмы и дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных, и, что до сегодняшнего дня ведется данная работа самостоятельно без участия международных и неправительственных организаций.

3.2 Основные направления профилактики ВИЧ средствами культуры и искусства

Освоение культуры находится в прямой зависимости от эффективности просветительно-образовательной деятельности, от культурологической деятельности средств массовой информации, учреждений искусств, библиотек, музеев, кинотеатров, клубных и иных культурно\_досуговых учреждений, от культуросозидающего потенциала семьи и микросреды каждого индивида; однако решающую роль в этом процессе играет собственная ответственность человека за обеспечение своей идентификации с ценностями культуры, за самовоспитание в духе лучших традиций духовной жизни, за самостоятельный поиск своей индивидуальности, своего роста в культуре, органичную связь с судьбами общества, за постоянное самосовершенствование.

Анализ фундаментальных социокультурных предпосылок распространения эпидемии ВИЧ и СПИД и определяемых ими направлений организации профилактической деятельности показывает, что реализуемые в Российской Федерации программы профилактики основываются на многочисленных подходах. Авторы данного аналитического доклада считают возможным выделение, как минимум, следующих направлений профилактики, в которых используются средства культуры и искусств особенно важные в поведенческом плане. При этом считается, что наличие знаний об эпидемии ВИЧ и СПИДа и её последствиях является достаточно действенным средством для формирования охранительного поведения. Этот подход применяется при решении широкого круга социальных проблем, таких как наркомания, борьба с ксенофобией и социальной агрессией и т.д. Наиболее продуктивно информационно-просветительская деятельность осуществляется в средствах массовой информации (телевидение, радио, ресурсы Интернета, печатные СМИ и др.) [42; С.12-14]

Недостатком профилактических программ, основанных на информационно-просветительском подходе, является то, что кроме предоставления информации о ВИЧ и СПИДе, в них часто реализуется стратегия запугивания и формирование страха перед вирусом и, как следствие, перед его носителями. Большинство этих программ не включают в себя задач, направленных на реальное изменение поведения, они недостаточно интенсивны и краткосрочны.

Важнейшее педагогическое условие для реализации этого подхода – строгая дифференциация в зависимости от пола, возраста, экономических и социальных условий, характерных для «фокусных» групп населения, ориентироваться как на личность, так и на отдельные конкретные социальные группы, общество в целом.

Средства искусства в этих программах применяются в основном только как средство привлечения внимания, иллюстрации проблемы.

2. Укрепление здоровья и формирование навыков здорового образа жизни. Важной составляющей концепции укрепления здоровья является жизненная компетентность. В этом контексте наибольшее значение приобретают протективные факторы здоровья – в контрасте с концепцией факторов риска, которая учитывает состояние личности и среды, влияющее на развитие болезни. Основной целью программ укрепления здоровья является развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается не изолированно, а вместе с социальной сетью личности. Таким образом, эта программа ориентируется на изменение среды, поскольку важность социальной и культуральной ситуации для их реализации очевидна.

Группы, в которых проводится обучение здоровью, преимущественно охватывают учащихся, поскольку в контексте школьного обучения возможно регулярное и систематическое образование. Кроме того, работа проводится с микросредой – семьей общностью, в которой живет ребенок. Таким образом, концепция укрепления здоровья интегрирует социальную среду и связанные с ней группы взрослых; она подразумевает изменение типа и структуры общего школьного и дополнительного (внешкольного) образования.

Действия на ее основе рассчитаны на длительный позитивный эффект результате усиления личностных ресурсов и готовности людей их использовать.

3. Социальное воспитание и формирование жизненных навыков. Жизненные навыки – это те навыки личного поведения и межличностного общения, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивать умение жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данный подход базируется на понятии изменения поведения и использует методы поведенческой модификации и терапии.

Преимущественными техниками в ходе реализации таких программ являются ролевые игры, техники усиления определенных видов социального влияния и т.д. Данный подход рассматривается как относительно успешный, так как он достигает цели, формируя навыки охранительного поведения, предотвращая или «отодвигая» начало употребления наркотиков. Исследователями отмечается успешное влияние указанного подхода на прекращение многими подростками курения, повышение ответственности в сексуальном взаимодействии, подчеркивается его важная роль в формировании системы позитивных ценностей, целей, а также лидерских качеств молодых людей.

Средства искусства и культуры применяются в этих программах не как самодостаточные, а как подчиненные общим задачам изменения навыков общения, поведения и деятельности. Приоритет отдается иллюстративным и игровым формам взаимодействия с произведениями искусства, которые не предполагают формирования глубокого эмоционального отношения к искусству.

4. Аффективное (эмоциональное) воспитание позволяет сосредоточиться на коррекции и развитии чувственных (аффективных) ощущений и переживаний индивида, а также формировании навыков управления эмоциями. Аффективное обучение базируется на учете того, что в группах риска, которые наиболее уязвимы для ВИЧ\_инфекции (наркоманы, проститутки, гомосексуалисты и др. группы), часто отмечается эмоциональная дисфункция, трудности в определении и выражении эмоций; низкая самооценка; слабое развитие навыков принятия решений.

В рамках этой концепции выделяются следующие цели: повышение самооценки, определение значимых личностных ценностей; развитие навыков распознавания и выражения эмоций; развитие навыков принятия решений; формирование способности справляться со стрессом. Основная часть данной модели является компонентом развивающихся в последнее время программ развития “жизненных навыков”.

Произведения искусства применяются в аффективном обучении как одно из наиболее действенных средств формирования эмоционального настроя, релаксации и эмоционального самовыражения.

В индивидуальном и групповом воздействии возможно использование методов творческой деятельности – музицирования, рисования, пластического самовыражения (танец) и др.

5. Социально-культурная анимация. Эта деятельность предполагает включение личности в процесс активного творчества, которое становится источником новых эмоциональных состояний и социальных взаимодействий, на основе которого формируется определенный тип целесообразной активности.

Можно выделить несколько вариантов программ социально-культурной анимации, которые основываются на модели «оживления» социальных связей личности:

– программы интенсивной специфической позитивной активности (например, путешествия с приключениями), которая как вызывает сильные эмоции, так и предполагает преодоление различного рода препятствий; комбинация специфических личностных потребностей со специфической позитивной активностью (например, арттерапия, тренинг спонтанного творческого самовыражения);

– поощрение участия во всех видах такой специфической активности (например, театральная активизация зрителей, заставляющая их стать участником);

– создание стабильных анимационных групп, осуществляющих включение молодых людей в постоянные виды социально-культурной деятельности, социального участия и волонтерство и т.д., что позволяет развивать жизненную позицию участников, создавать предпосылки для личностного роста.

Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска аддитивного и других форм отклоняющегося поведения, которые имеют повышенный риск получения ВИЧ-инфекции. В отличие от иных подходов, социально-культурная анимация рассматривает произведения искусства как источник глубокого переживания, диалогического взаимодействия. Здесь применимы все виды искусства, особенно пространственно-временные (театр и ролевое взаимодействие, т.н. театральная анимация). Приоритет отдается творчеству, в самых разных его проявлениях: от художественного – до социального творчества[45; С. 35-55].

Уровень применения этих средств может варьироваться в каждом из подходов, но общая закономерность такова, что эффективность профилактической работы возрастает прямо пропорционально росту интеграции задач, реализуемых в данных программах. В этой связи в современной российской теории социально-культурной деятельности признается приоритет социально-культурной анимации как интегративного и целостного вида культурной практики, которая позволяет комплексно использовать когнитивный, эмоционально-аффективный и художественно-творческий потенциал искусства.

Заключение

Синдром приобретенного иммунодефицита - это болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); в качестве самостоятельной нозологической единицы она выделена в 1981 г. Заболевание характеризуется полным разрушением иммунной системы, делающим организм чувствительным к оппортунистическим инфекциям, от которых в конечном итоге человек и погибает.

Происхождение вируса СПИДа пока еще до конца не ясно, однако большинство ученых сходится во мнении, что впервые этот вирус появился в Центральной Африке, а затем инфекция распространилась на людей. Вирусы часто переходят от животных к человеку; это естественный компонент эволюционного процесса, длящегося на протяжении десятков тысяч лет. В наши дни благодаря эффективности транспортных средств экзотические или прежде невыявленные вирусы имеют массу возможностей распространяться в новые для них регионы. Весьма вероятно, что ВИЧ и штаммы вируса СПИДа, инфицирующие обезьян, произошли от общего вирусного предка.

Эпидемия ВИЧ уже оказала эмоциональное воздействие на наше общество и вызвала в нем раскол. Для многих эта эпидемия стала поводом для ненависти к гомосексуалам; особенно отличаются этим люди неосведомленные, считающие, что, поздоровавшись с гомосексуалом за руку или попав в ресторане за обслуживаемый им столик, можно приобрести смертельную болезнь. Высказывалось мнение, что всех ВИЧ-инфицированных следует изолировать. Такое предложение абсолютно неприемлемо с общечеловеческих позиций, да и просто нереально, поскольку изолировать на много лет пришлось бы примерно 1,5 млн. американцев, инфицированных в настоящее время ВИЧ.

Согласно полученным данным более 75% ВИЧ–инфицированных не знают о правах и льготах гарантируемых Законом.

Корни стигмы в области ВИЧ /СПИДа и, как ее следствие, проявления дискриминации в отношении ЛЖВ прежде всего кроятся в недостаточной информированности населения и конкретных знаниях по профилактике ВИЧ/СПИДа.

Результаты исследования показали не только недостаточный общий уровень знаний по профилактике ВИЧ, но и низкий уровень знаний по правовым вопросам, законодательству, более того, это было отмечено среди профессионалов, которые в силу своих обязанностей должны владеть данной информацией.

Стигматизация данного заболевания началась с момента возникновения эпидемии ВИЧ и ее распространения в мире и породила страх перед данной болезнью. Особо страх заражения выражается при необходимости оказания услуг для ВИЧ инфицированных, в частности со стороны медицинских работников. Сейчас многое начинает меняться. Значительно улучшилось отношение (особенно не медиков) к инфицированным. Люди, в чью жизнь ВИЧ входит как своя болезнь или болезнь близких, любимых, понимают: от проблем уже не отмахнешься, о них надо думать каждый день и каждый день что-то предпринимать. Причем, на самом деле все обстоит не так гипертрофированно страшно, как представлялось раньше, хотя и не просто.

Стратегия борьбы с дискриминацией обуславливает усиление работы местных органов власти и средств массовой информации, сферы культуры и искусства и конечного здравоохранения. Роль СМИ в изменении сознания общества очень значительна, и использование их возможностей является очень важным инструментом в снижении стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-инфицированным со стороны общества.

Результаты проведенного исследования показали, что на уровне городов и районов роль СМИ в снижении уровня дискриминации не очень высока. Результаты исследования показали, что наличие репортажей, где работникам СМИ приходилось общаться непосредственно с ВИЧ-инфицированными людьми, не велико, что в частности объясняется и не желанием самих ВИЧ инфицированных афишировать свой диагноз перед журналистами, но все же им нужно помогать, разговорить и поддерживать связь с обществом надевая замыкаться на своих проблемах.

Список литературы

1. Андреева Г.М. Психология социального познания. М., 2000.
2. Андреева Т.М., Богомолова Н.Н. Современная социальная психология на Западе (Теоретические ориентации). М., 2008.
3. Бовина И.Б. Представления о СПИДе и ВИЧ-инфицированных в молодежной среде // Социологический журнал. 2004 г. № 3/4.
4. Бовина И.Б., Панов М.С. Обыденные представления о психических больных в студенческой среде // Социологический журнал. 2005. № 3.
5. Бутовская М., Дьяконов И., Ванчатова М. Бредущие среди нас: нищие в России и странах Европы, история и современность. М.: Научный мир, 2007.
6. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии. М.: Прогрессивные биомедицинские технологии, 2001.
7. ВИЧ инфекция: Информационный бюллетень №26. Москва, 2009.
8. Вышемирская И.И. ВИЧ-активизм как стратегия выживания: исследование случая. www.indepsocres.spb.
9. Вышемирская И.И. ВИЧ-активизм как стратегия выживания: исследование случая. www.indepsocres.spb.
10. Голосенко И.А. Нищенство как социальная проблема // Социологические исследования. 1996. № 7.
11. Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка. М., 1994.
12. Донцов А. И., Емельянова Т. П. Концепция социальных представлений в современной французской психологии. М., 1987.
13. Дятченко Л.Я. Социальные технологии в управлении общественными процессами. Белгород, 2008.
14. Жуков В.И. Социальная политика и социальное образование в России. М.:Владос, 2008.
15. Кадровое обеспечение социальных служб: подготовка и переподготовка / Отв. ред. Е.И. Холостова. М., 1994.
16. Клиническая психология и психофизиология. /Под ред. Яковлева Г.М. - СПб, 2003.
17. Клиническая психология. /Под ред. Карвасарского Б.Д -. СПб, 2002.
18. Ковалёв А. Г. Курс по социальной психологии. Л., 1972.
19. Ковалев А.Г. О предмете социальной психологии. Вестник МГУ 1959, №11.
20. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. М.,1998.
21. Крысько В. Г. Социальная психология. Учебник для вузов. М., 2002.
22. Крысько В.Г. Социальная психология. Курс лекций. М., 2003.
23. Кузьмин Е.С. Основы социальной психологии. Л., 2007.
24. Линч Н. Образ города / Пер. с англ. В.Л. Глазычев; Сост. А.В. Иконников; Под ред. А.В. Иконникова. М.: Стройиздат, 1982.
25. Иванов В.Н. Социальные технологии в современном мире. М.: Аспект Пресс, 2007.
26. Иванов В.Н., Патрушев В.И. Социальные технологии: Учеб. пособие для студентов. М., 1994.
27. Рождественская Е.Ю. и др. Отношение к социально незащищенным. – М., 2008
28. Лекции по технологии социальной работы: В 3-х ч. / Под ред. Е.И. - Холостовой. М., 1998.
29. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
30. Майерс Д. Социальная психология. СПб., 2007.
31. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.: Наука, 1999.
32. Мартыненко А.В. Теория медико-социальной работы: Учебное пособие. М.: Издательство МГСА, 2002.
33. Медицина и социальная работа: Методологический семинар/ Гл. ред. Е.И. Холостова. - М.: Институт социальной работы, 1998.
34. Медицинская этика и деонтология. /Под ред. Морозова Г.В., Царегорцева Г.И. - М., 1983.
35. Олешко В.Ф. Заложники гласности. Екатеринбург, 1997.
36. Основы социальной работы: Учебник/ Под ред. П.Д. Павленка. - М.: Инфра- М.:, 2003.
37. Павленок П.Д. Введение в профессию «Социальная работа»: Курс лекций. М.: Инфра - М, 1998.
38. Парыгин Б. Д. Основы социально-психологической теории. М., 1971.
39. Парыгин Б.Д. Социальная психология. СПб., 1999.
40. Патрушев В.И. Введение в теорию социальных технологий. М., 2008
41. Проблемы психологического развития. Иваново: ИвГУ, 2009.
42. Современные социальные технологии: сущность, многообразие форм и внедрение. Ч. 1-4. Белгород, 2001.
43. Социальная психология в современном мире. /Под ред. Андреевой Г.М. - Донцова А.И. М., 2002.
44. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. М., 1992.
45. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. /Под ред. Павленка П.Д. - М., 2005.
46. Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/03. Копенгаген, Вена, 8 сентября 2003 г. [online]. Дата обращения 25.11.2007. URL: <http://www.med.by/who/d\_all.asp>.
47. Стрельникова А.В. Иллюзия свободы в крупном городе // Экономическая социология. 2007. Т 2. № 2.
48. Тартаковская И.Н. Гендерные аспекты стратегии безработных // Социологические исследования. 2000. № 11.
49. Твердохлеб Н. Особенности восприятия психически больных людей. М.: РГГУ, 2002.
50. Шапарь В.Б. Методы социальной психологии. Ростов-на-Дону, 2003.
51. ВИЧ инфекция: Информационный бюллетень №26. Москва, 2009.
52. Фуко М. Ненормальные. Курс лекций, прочитанный в Коллеж де Франс в 1974-1975 учебном году. М.: Восточная литература, 2004.
53. Фирсов М.В. Социальная работа в России: Теория, история, общественная практика. М.: Союз, 1996.
54. Ярошенко С.С. Северное село в режиме социального исключения // Социологические исследования. 2004. № 7.
55. Ярская-Смирнова Е.Р. Социокультурный анализ нетипичности. Саратов: Изд-во СГТУ, 2007.
56. Anspach R. From stigma to identity politics: Political activism among the physically disabled and former mental patients // Social Science and Medicine. 1979. Vol. 1. No. 3 (A).
57. Bunkers S.S. Understanding the stranger // Nursing Science Quarterly. 2003. Vol. 16. No. 4.
58. Byrne D. Social exclusion. UK: Open University Press, 2005.
59. Foster J. Unification and differentiation: A study in social representation of mental illness // Papers on Social Representations. 2001. Vol. 10.
60. Goffman E. Selections from stigma // Disability studies reader. London: Routledge, 1997.
61. Skultans V. Anthropological approach towards medicine. London: Polity Press, 2006