



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
CENTRUL NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”



REDUCEREA STIGMEI  
ȘI DISCRIMINĂRII  
ÎN INFECȚIA HIV

СНИЖЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ  
И ДИСКРИМИНАЦИИ  
ПРИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ

610-024  
R37

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
CENTRUL NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ  
UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”



# REDUCEREA STIGMEI ȘI DISCRIMINĂRII ÎN INFECȚIA HIV

690601

sl

Combinatul Poligrafic, 2009

Această publicație a apărut în cadrul Proiectului „Diminuarea stigmei și discriminării în bază de statut HIV-pozitiv și asigurarea aspectelor de confidențialitate în sectorul ocrotirii sănătății”, finanțat de UNICEF Moldova și implementat de Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă. Opiniile exprimate în acest ghid aparțin autorilor și nu reflectă neapărat opinia finanțatorului.

Recomandat spre editare de către Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății, proces-verbal nr. 4 din 04 noiembrie 2009.

Ghidul „Reducerea stigmei și discriminării în infecția HIV” are ca scop promovarea cunoștințelor și crearea deprinderilor și abilităților practice ce ar reduce stigma și discriminarea persoanelor ce trăiesc cu HIV, îmbunătățind calitatea vieții lor. Este destinat tuturor lucrătorilor medicali.

**Autori:**

**Viorel PRISĂCARI**, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șef Catedră epidemiologie, prorector, USMF „Nicolae Testemițanu”

**Ala NEMERENCO**, doctor în medicină, conferențiar universitar Școala de Management în Sănătate Publică, director IMSP, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”, specialist principal al Ministerului Sănătății în medicina de familie

**Rodica GRAMMA**, doctor în filosofie, conferențiar universitar, Școala de Management în Sănătate Publică, șef Centru Asistență Tehnică și Managementul Proiectelor, USMF „Nicolae Testemițanu”

**Luminița GUTU**, asistent Catedră epidemiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

**Oleg BENEȘ**, director general, CNȘPMP

**Ștefan GHEORGHÎȚA**, prim-vice-direcțor, CNȘPMP

**Ecaterina IOVU**, șef Secție epidemiologie SIDA, CNȘPMP

**Valerie DOBREANSCHI**, medic epidemiolog, doctor în medicină, CNȘPMP

**Silvia STRATULAT**, șef Secție consiliere și testare voluntară, CNȘPMP

**Lilia ȚURCAN**, consultant UNICEF-Moldova

**Recenzenți:**

**Valeriu CHICU**, doctor în medicină, conferențiar universitar, Catedra epidemiologie, prorector, USMF „Nicolae Testemițanu”

**Svetlana COBĂLEANSCHI**, director adjunct didactic, grad managerial II, profesor de boli infecțioase, grad didactic I, Colegiul Național de Medicină și Farmacie

**Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții**

**Reducerea stigmei și discriminării în infecția HIV** / Centrul Naț. Șt.-Practic de Medicină Preventivă, Univ. de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Ch.: S. n., 2009 (Combinatul Poligr.). – 148 p.

Bibliogr.: p. 146-148. – 1000 ex.

ISBN 978-9975-4059-3-5

616.98:578.828 HIV

## CUPRINS:

Prefață .....	5
Capitolul 1. Căile de transmitere a infecției HIV. Miturile existente în legătură cu infecția HIV .....	6
<i>Viorel Prisăcari, Luminița Guțu, Ștefan Gheorghiu</i>	
Situația epidemogenă și particularitățile epidemiologice ale infecției HIV .....	6
Etiopatogeneza .....	10
Factorii și căile de transmitere .....	12
Transmiterea parenterală prin sânge și produse de sânge .....	12
Calea sexuală de transmitere .....	14
Transmiterea materno-fetală .....	14
Formarea grupurilor de risc .....	14
Căile principale de transmitere a infecției HIV în Republica Moldova .....	15
Miturile existente în legătură cu infecția HIV .....	17
Capitolul 2. Precauții ocupaționale standard ale cadrului medical .....	19
<i>Ecaterina Iovu, Valerie Dobreanschi, Ștefan Gheorghiu</i>	
Managementul riscului .....	19
Identificarea riscului .....	19
Evaluarea riscului .....	20
Controlul riscului .....	21
Măsurile standard de precauție (PS) .....	21
Aplicarea precauțiilor standard .....	22
Deprinderi sigure .....	22
Spălătul pe mâini și al altor părți ale tegumentelor în timpul manoperelor .....	22
Folosirea echipamentului personal de protecție .....	23
Injecții sigure .....	24
Dezinfectarea, prelucrarea și sterilizarea sigură a instrumentelor și echipamentelor .....	24
Mediu de lucru sigur .....	25
Transfuzii sigure de sânge .....	26
Profilaxia post-expunere .....	26
Obligațiile conducătorilor instituțiilor medicale .....	28
Capitolul 3. Bariere în dezvoltarea unei asistențe calitative persoanelor care trăiesc cu HIV .....	29
<i>Rodica Gramma, Luminița Guțu, Silvia Stratulat, Ștefan Gheorghiu</i>	
Impactul stereotipurilor și prejudecăților în analiza obiectivă a problemelor .....	29
Noțiunea de stigmă și discriminare. Cauzele apariției și modalități de manifestare .....	31
Consecințe ale stigmatizării și discriminării persoanelor care trăiesc cu HIV .....	33
Izolarea și excluderea socială .....	33
Eșec în prevenirea răspândirii HIV .....	34
Îngrijire insuficientă și tratament nereușit .....	34
Încălcarea drepturilor omului .....	34

Dublu standard față de femeile seropozitive HIV .....	35
Abordări contemporane pentru reducerea stigmei și discriminării față de persoanele seropozitive HIV .....	36
Crearea de cunoștințe .....	36
Oferirea compasiunii și toleranței .....	37
Integrarea persoanelor care trăiesc cu HIV în viața socială .....	37
Sfaturi practice pentru a elimina stereotipurile și stigmatizarea din viața noastră .....	37
<b>Capitolul 4. Aspecte etice ale relației medic-pacient HIV-pozitiv .....</b>	<b>39</b>
<i>Rodica Gramma</i>	
Autonomia și demnitatea persoanelor care trăiesc cu HIV versus sănătate publică .....	39
Confidențialitatea informației despre persoanele care trăiesc cu HIV .....	41
Acordul informat sau consimțământul persoanelor care trăiesc cu HIV .....	43
Testarea persoanelor la infecția HIV .....	45
<b>Capitolul 5. Comunicarea în infecția HIV .....</b>	<b>47</b>
<i>Ala Nemerenco</i>	
Acțiuni discriminatorii în ariile medicale .....	48
Terminologia utilizată în infecția HIV .....	49
Instrumente și strategii de comunicare în reducerea stigmei și discriminării .....	50
Aspecte ale comunicării în infecția HIV .....	51
Comunicarea rezultatului HIV-pozitiv sau a diagnosticului SIDA .....	51
Aspecte ale comunicării în relația medic-pacient .....	53
Acțiuni nondiscriminatorii ale personalului medical .....	56
Codul bunelor practici .....	56
<b>Capitolul 6. Indicatori și sisteme de monitorizare a cazurilor de stigmă și discriminare în cadrul sistemelor de ocrotire a sănătății .....</b>	<b>57</b>
<i>Oleg Beneș, Ștefan Gheorghiu, Silvia Stratulat, Lilia Țurcan</i>	
De ce și cum să monitorizăm cazurile de stigmă și discriminare .....	57
Modalități de colectare și interpretare a indicatorilor de stigmă și discriminare .....	58
Indicatori specifici de evaluare a stigmei și discriminării .....	59
<b>Glosar .....</b>	<b>65</b>
<b>Surse bibliografice .....</b>	<b>67</b>

## PREFAȚĂ

Pandemia HIV este o problemă majoră de sănătate publică la nivel mondial, care tot mai mult își lasă amprenta în toate sferele vieții și activității umane la nivel economic și social, fiind o provocare și un pericol pentru dezvoltarea pe termen lung a societății.

Din moment ce până în prezent nu există un vaccin contra infecției HIV, activitățile esențiale de prevenire se bazează pe campanii de informare și sensibilizare publică, schimbare de comportament în favoarea unuia cu risc redus de infectare, crearea unor medii sociale și atitudini tolerante. Astăzi însă observăm că unele aspecte ale managementului pandemiei HIV intră în conflict cu atitudinile societății față de persoanele care trăiesc cu această infecție.

Este bine știut faptul că stigmatizarea este manifestată, din păcate, nu numai în familii, comunitate, la locul de muncă, în mass-media, la nivel de societate, dar și în cadrul instituțiilor medicale, acolo unde, de fapt, personalul ar trebui să înțeleagă lucrurile corect și să nu se bazeze pe stereotipuri, dar pe cunoștințe profesionale. Adesea, în instituțiile medicale, discriminarea apare prin blocarea sau izolarea persoanei HIV-pozitive sau a pacientului SIDA, manifestată prin izolarea în arii speciale, neasigurarea confidențialității, răspândirea informației, refuz în acordarea asistenței medicale, utilizarea unor măsuri excesive de precauție etc.

Astfel de atitudini din partea personalului medical au un impact negativ asupra încrederii pacienților în lucrătorii medicali, fapt ce reduce considerabil nivelul testării voluntare a persoanelor infectate și contribuie la creșterea riscului de diseminare a maladiei în rândul populației generale. Anume personalului medical i se atribuie responsabilitatea de a aplica justetea socială în asistența medicală acordată persoanelor ce trăiesc cu HIV și de a reduce inechitatea în accesul acestora la serviciile de sănătate. Un personal medical suficient instruit este un factor esențial în eforturile de prevenire a răspândirii infecției HIV și în acordarea serviciilor de asistență medicală calitativă, îngrijire și suport adecvat persoanelor care au nevoie de ele.

Doar cunoștințele ample, deprinderile și atitudinile individuale adecvate, bazate pe aspectul etico-deontologic specific al problemei, pot crea un comportament corect al personalului medical față de persoanele care trăiesc cu HIV. Astfel, în scopul diminuării atitudinii negative și discriminatorii față de aceste persoane și al depășirii fricii față de contactul cu ele, este necesară instruirea personalului medical la această temă și altoirea unor abilități practice, în vederea comunicării corecte la acest subiect, pornind de la valorile general-umane ale societății și drepturile pacienților.

## Capitolul 1

---

# CĂILE DE TRANSMITERE A INFECȚIEI HIV. MITURILE EXISTENTE ÎN LEGĂTURĂ CU INFECȚIA HIV

### Situația epidemogenă și particularitățile epidemiologice ale infecției HIV

Infecția HIV/SIDA a obținut, într-un termen relativ scurt, o răspândire pandemică, afectând toate continentele și țările lumii. Conform datelor publicate de UNAIDS, anual, la nivel mondial, se detectă circa 3 mil. de persoane cu HIV. Zilnic se înregistrează circa 6 800 de persoane noi infectate cu HIV, iar 5 700 de persoane decedază de SIDA. Conform datelor oficiale, la nivel mondial, grupului de vârstă 15–39 de ani îi revin circa 60% din toate persoanele HIV infectate.

Deși infecția HIV a cuprins întreg globul pământesc, răspândirea ei pe diferite continente și țări ale lumii este neuniformă și specifică. UNAIDS descrie două modele de dezvoltare a pandemiei HIV. Primul constă în implicarea masivă a populației în epidemii, de exemplu în țările de pe continentul african, în special în cele situate la sudul Africii. Numai în Republica Sud-Africană sunt înregistrate 4,7 mil. de persoane HIV- pozitive. În prezent, pe acest continent trăiesc circa 70% din numărul total al populației infectate cu HIV pe glob. Circa 80% din numărul total de persoane decedate din cauza maladiei SIDA la nivel mondial sunt de origine africană. Africa la sud de Sahara reprezintă epicentrul pandemiei HIV/SIDA. În această regiune, problema infecției HIV este considerată drept calamitate națională. În țările Asiei, o răspândire amplă a infecției HIV a început la sfârșitul anilor '80. În această regiune cei mai înalți indici ai morbidității prin infecția HIV sunt înregistrați în China și Cambodgia, iar cea mai înaltă viteză de răspândire a infecției pe continentul asiatic s-a înregistrat în India. De asemenea, la acest model de răspândire a infecției HIV aparțin și țările din America Centrală și bazinul Mării Caraibilor, în special, Honduras, Haiti și Jamaica.

Al doilea model se caracterizează prin concentrarea epidemiei în rândul populației cu comportament de risc. Acest model este caracteristic pentru America de Nord, Europa de Est și Vest, Asia Centrală.

O particularitate caracteristică pentru pandemia HIV și SIDA din ultimii ani este creșterea rapidă a numărului de persoane afectate în țările din Europa de Est. Către anul 2007, față de anul 2001, în această zonă, numărul persoanelor HIV- infectate a sporit cu 154%. Un fapt îngrijorător este că peste 80% din numărul total de persoane infectate sau bolnave în acest teritoriu sunt în vârstă de până la 39 de ani. Cei mai înalți indici privind infecția HIV în această regiune s-au înregistrat în Țările Baltice și în Federația Rusă, unde în anul 2006 au fost înregistrate circa 70% din numărul total de persoane infectate în această regiune. Federația Rusă, actualmente, este considerată epicentrul pandemiei, țară cu cea mai înaltă incidență a infecției HIV. Oficial, numărul cumulativ de cazuri cu infecție HIV în Federația Rusă, în perioada anilor 1999–2006, a constituit circa 370 mii de persoane, dar cifra reală poate depăși 1 milion de persoane și atinge 1% din populația adultă. Totodată, în ultimii cinci ani cea mai înaltă viteză de derulare a procesului epidemic are loc în Ucraina, Republica Belarus și Republica Moldova, unde numărul persoanelor infectate în această perioadă a sporit mai mult decât de două ori.

În Republica Moldova, infecția HIV a devenit una dintre problemele prioritare ale sănătății publice. Numărul de cazuri noi de infecție înregistrate pe parcursul anului demonstrează situația reală a tendinței procesului epidemic, adică tabloul dinamic al epidemiei. Numai în 2008, în republică, au fost înregistrate 795 cazuri noi de infecție HIV. În total, în perioada anilor 1987–2008 au fost depistate 4 996 de persoane infectate. Este alarmant tempoul de creștere a morbidității (fig. 1). Dacă în primii 9 ani de înregistrare a infecției HIV pe teritoriul republicii au fost înregistrate 40 cazuri de infecție, din care mai bine de jumătate (21 cazuri) erau cetățeni străini, atunci în următorii 5 ani (1996–2000) au fost înregistrate 1 208 cazuri de infecție HIV; în anii 2001–2005 – 1 600 cazuri, iar numai în ultimii 3 ani (2006–2008) în republică au fost înregistrate 2 153 cazuri noi de infecție HIV.

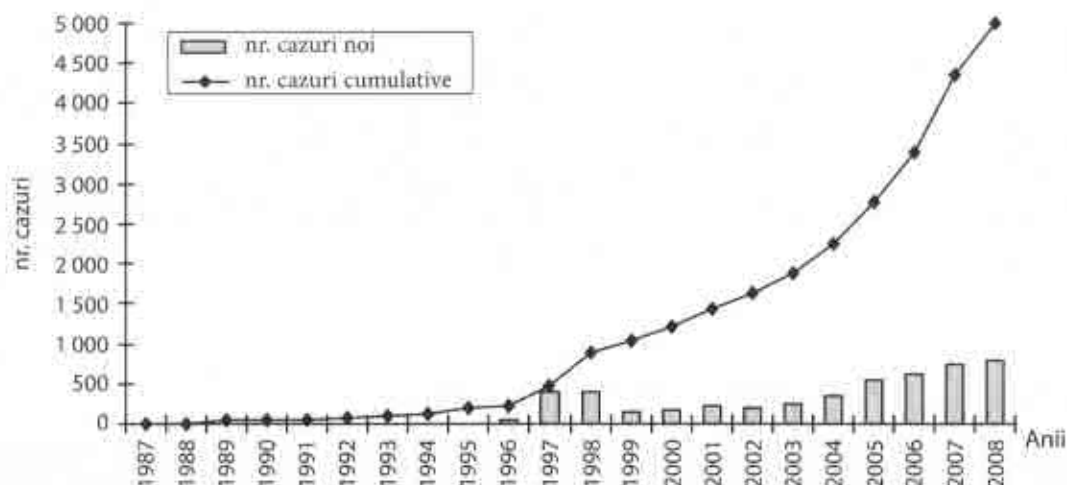


Fig. 1. Dinamica morbidității prin infecția HIV în Republica Moldova, perioada 1987–2008

Cele mai afectate de infecția HIV sunt orașele Bălți (prevalența cumulativă fiind de 752,87 cazuri la 100 mii populație), Râbnîța (501,26), Tiraspol (441,12) și Chișinău (124,44). Este important de menționat că inițial, între anii 1987 și 1990, epidemia HIV era concentrată în cea mai mare parte în orașe, cazurile atestate constituind 96% din numărul total al persoanelor infectate cu HIV, compa-

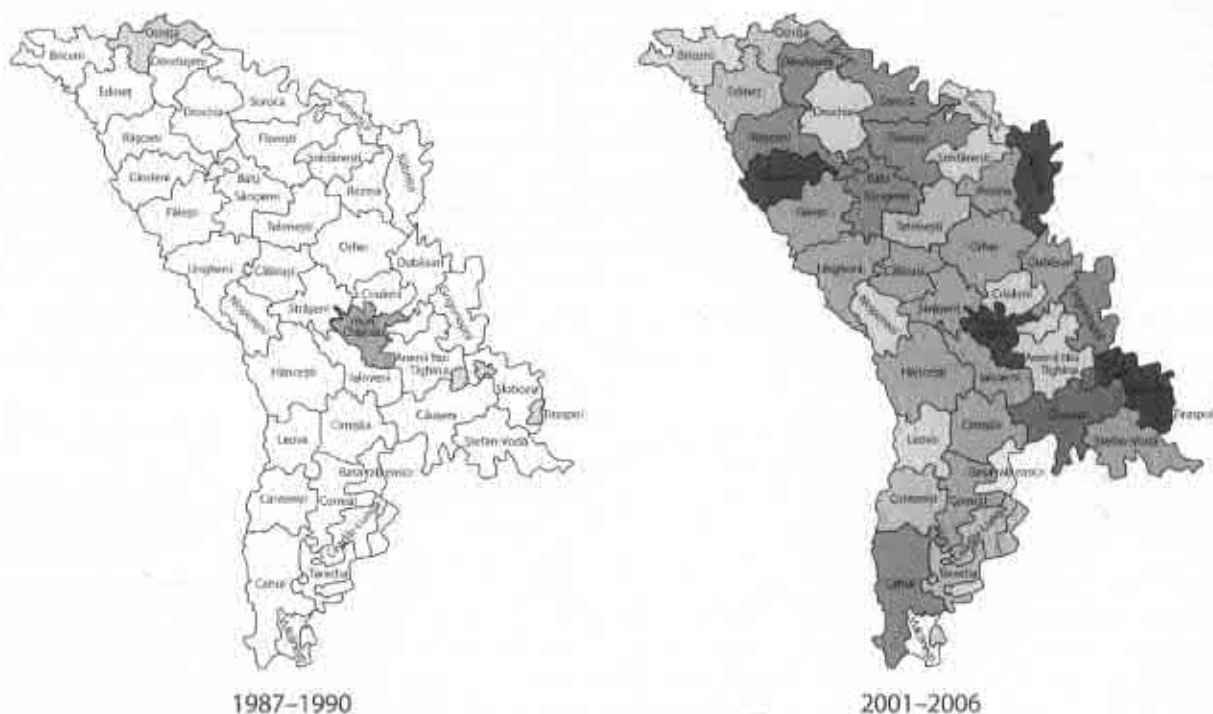


Fig. 2. Prevalența infecției HIV în Republica Moldova pe unități administrative în diferite perioade



rativ cu 4% înregistrate în mediul rural, pe când în ultima perioadă, în anii 2001–2008 se observă o sporire esențială a numărului de persoane infectate din mediul rural, ponderea cărora în morbiditatea generală constituie în medie 20,04%, atingând cifrele de 38,7% în anul 2007 și 41,64% în anul 2008. Fenomenul dat reprezintă un semnal de alarmă, care necesită o deosebită atenție și abordare, ținând cont de particularitățile populației rurale.

Actualmente, practic toate unitățile administrative ale Republicii Moldova sunt afectate de infecția HIV. Din teritoriile administrative rurale, mai afectate de infecția HIV sunt raioanele limitrofe municipiilor Bălți (Glodeni – 124,0, Sângerei – 92,65, Fălești – 75,85 cazuri la 100 mii populație), Chișinău (124,44), raioanele Căușeni (74,27), Dondușeni (68,96), Rezina (54,51) etc. (fig. 2).

În teritoriile de est ale Republicii Moldova prevalența infecției HIV este de 3 ori mai înaltă în comparație cu teritoriile din vest, în anul 2008 constituind, în teritoriile de vest – 17,41, iar în teritoriile de est – 63,86 cazuri la 100 mii populație.

Un alt fenomen epidemiologic important, necesar a fi luat în considerare este implicarea tot mai largă a populației din diferite contingente de vârstă în dezvoltarea procesului epidemic al infecției cu HIV în Republica Moldova. De la apariția primelor cazuri până la etapa actuală, în rândul celor afectați prevalează evident persoanele cu vârsta cuprinsă între 20 și 39 de ani (81,82%), grupul-țintă pentru această maladie fiind persoanele de vârstă între 20 și 29 de ani, ponderea cărora constituie 55,44% din incidența generală prin infecția HIV. Totodată, pe parcursul anilor, are loc implicarea tot mai largă în procesul epidemic a persoanelor din alte contingente de vârstă (tab. 1).

Distribuția cazurilor de infecție HIV, înregistrate în Republica Moldova pe parcursul anilor 1987–2006, conform contingentelor de vârstă

Tabelul 1

Anii		Contingentele de vârstă									Total	
		0-1	2-5	6-10	11-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59		60-69
1987-1990	abs.			1			21	2		1		25
	%			4,0			84,0	8,0		4,0		100
1991-1995	abs.					1	9	2	1			15
	%					10,0	60,0	20,0	10,0			100
1996-2000	abs.	1	2		2	172	708	251	45	4	1	1 186
	%	0,09	0,17		0,17	14,50	59,69	21,16	3,79	0,34	0,09	100
2001-2006	abs.	9	11	6	4	153	1 157	641	171	36	4	2 192
	%	0,41	0,50	0,27	0,18	6,98	52,80	29,24	7,80	1,64	0,18	100
Total	abs.	10	13	8	5	326	1 895	896	217	41	5	3 418
	%	0,29	0,38	0,23	0,15	9,53	55,44	26,38	6,34	1,19	0,15	100

Un element epidemiologic îngrijorător de ultimă oră al infecției cu HIV în Republica Moldova este sporirea bruscă atât a numărului, cât și a ponderii femeilor seropozitive în incidența generală prin această infecție (fig. 3).

Din anul 2001 până în anul 2008, numărul de femei seropozitive depistate anual a crescut de la 61 până la 347, iar ponderea lor în numărul celor infectați – de la 26,7 până la 43,6%.

Implicarea tot mai evidentă a femeilor în procesul epidemic a condus la creșterea numărului de gravide cu infecție HIV. În perioada anilor 2003–2008 au fost depistate 383 de gravide seropozitive, numărul lor fiind în creștere, de la 12 persoane în 2003 până la 83 în anul 2008 (fig. 4).

Totodată, este necesar de menționat faptul că numărul persoanelor infectate cu HIV în țară este mult mai mare decât cel înregistrat oficial. Conform datelor din literatura de specialitate, numărul real al persoanelor infectate este circa de cinci ori mai mare decât numărul persoanelor seropozitive relatate oficial. Un indicator al răspândirii infecției HIV în populația Republicii Moldova este și depistarea tot mai frecventă a persoanelor seropozitive în rândul donatorilor de sânge, care a crescut de la 6,54 cazuri la 100 mii donatori în anul 1998 până la 58,6 cazuri la 100 mii donatori în anul 2008 (fig. 5).

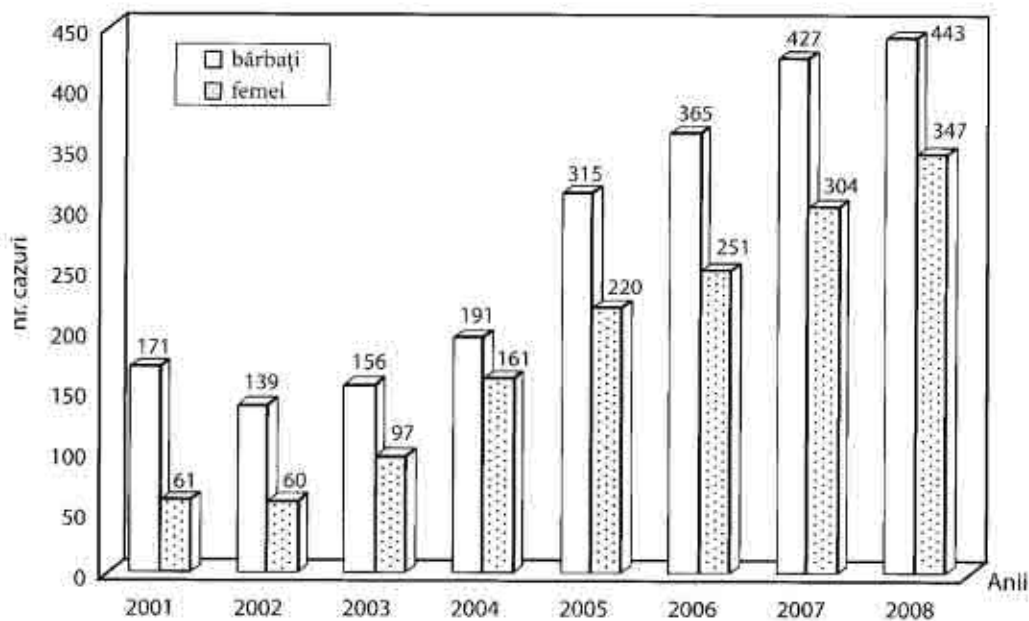


Fig. 3. Distribuția cazurilor de infecție HIV după gen, 2001–2008

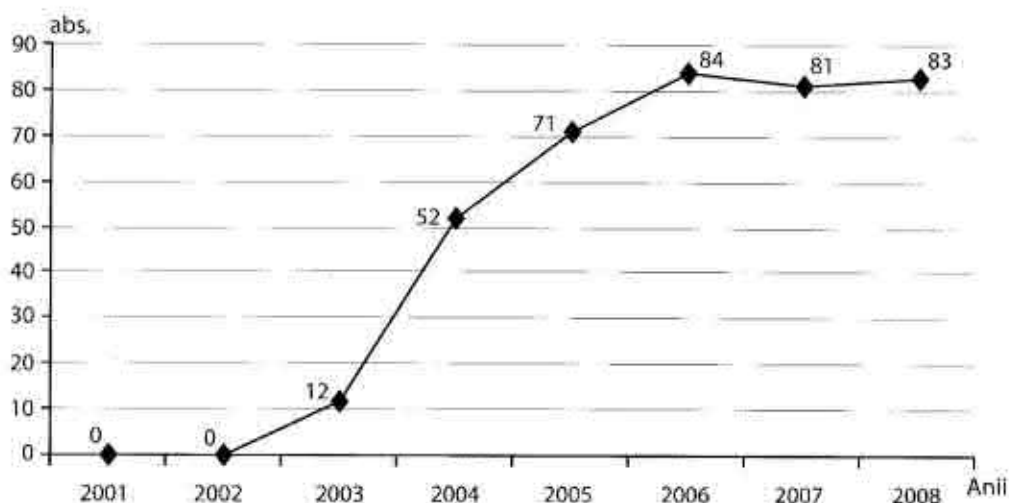


Fig. 4. Dinamica înregistrării infecției HIV la femeile gravide în Republica Moldova

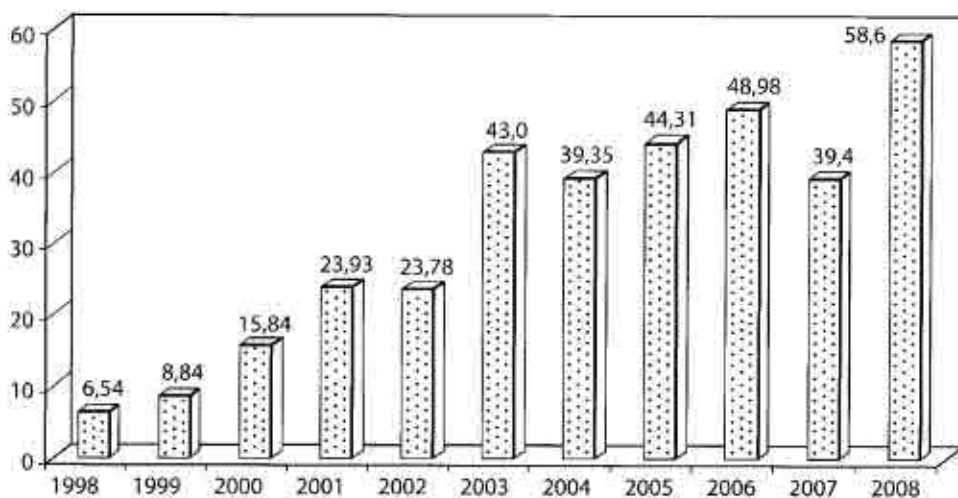


Fig. 5. Incidența infecției HIV în rândul donatorilor de sânge în Republica Moldova, 1998–2008 (la 100 mii donatori)

## ■ Etiopatogeneza

Infecția HIV/SIDA este o maladie caracterizată printr-un deficit imunitar umoral și celular ireversibil, determinat de un retrovirus denumit universal HIV (*Human immunodeficiency virus* – virusul imunodeficienței umane). Pe fondul imunodeficienței, se dezvoltă, după perioade variate de timp (dar foarte îndelungate, în medie 6-7 ani), un sindrom morbid, complex, incluzând infecții și tumori, care determină decesul în toate cazurile (tab. 2).

Tabelul 2

Perioadele de dezvoltare a infecției HIV/SIDA

Acuta	Asimptomatică	PreSIDA	SIDA
Persoana poate prezenta semne ușoare de intoxicație: <ul style="list-style-type: none"> <li>• febră</li> <li>• cefalee</li> <li>• slăbiciune generală</li> <li>• inflamația ganglionilor limfatici.</li> </ul> 2 săptămâni–3 luni	Persoana se simte bine și este aparent sănătoasă.  5–7 ani	Persoana poate avea ganglioni limfatici inflamați, slăbiciuni, reducerea masei corporale, diaree, febră.  2 ani	HIV distruge sistemul imun. Pe fundalul imunodeficienței se dezvoltă infecțiile oportuniste (virale, bacteriene, fungice, parazitare) și tumorile maligne.  2 ani
 <b>Fereastră imunologică*</b>	 <b>Manifestarea clinică</b>		 <b>Manifestarea clinică</b>

\* **Fereastră imunologică** – perioada în care virusul HIV nu se detectează.

În prezent, pentru desemnarea infecției HIV se folosesc doi termeni: SIDA (*Sindromul imunodeficienței achiziționate*) și infecția HIV. SIDA este stadiul final al sindromului de deficit umoral și celular determinat de infecția cu HIV. De aceea în literatură se mai întâlnește noțiunea – infecția HIV/SIDA.

Ca formă nosologică aparte, maladia SIDA a fost constatată în anii 1981–1982 de către Dr. Donald Francys și colegii săi, care au observat o corelare evidentă dintre afecțiunile imunosupresorii și infecțiile oportune, precum și sarcoma Kaposi, apărute la bărbații care practicau relații sexuale cu alți bărbați.

În anul 1983, Dr. Luc Montagnier (Institutul Pasteur din Paris) a raportat izolarea unui virus din ganglionul limfatic al unui bolnav de SIDA, cu includerea acestuia în subfamilia *Lentiviridae*, familia *Retroviridae*. Denumirea propusă de acesta a fost LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus). Cu circa un an mai târziu, în 1984, Dr. Robert Gallo (Istitutul Național pentru Studiul Cancerului, SUA) a anunțat descoperirea virusului ce cauzează SIDA din limfocitele-T ale sângelui periferic și l-a numit HTLV-III (Human T-cell Lymphotropic Virus III), care s-a dovedit a fi același virus, identificat de francezi – agentul cauzal al maladii SIDA. În anul 1986, Comitetul Internațional pentru Nomenclatura Virusurilor stabilește ca agentul cauzal al maladii SIDA să fie numit HIV (Human Immunodeficiency Virus). Așadar, virusul HIV a fost descoperit practic peste doi ani după primele publicații privitor la maladia nou-apărută, iar metodele de diagnostic de laborator au fost elaborate peste doi ani și jumătate după descoperirea virusului. Acest fapt a servit ca motiv de euforie și optimism la acel moment. Primele senzații de dezamăgire au apărut după studiul particularităților unice ale virusului.

HIV – agentul cauzal al infecției este un virus de formă sferică, din familia *Retroviridae*, cu capacitate de integrare în genomul celulei-gază, prin revers, transcriptia ARN-ului viral în ADN, determinând, în așa mod, infecția permanentă. Omul, odată contaminat cu HIV, rămâne infectat pe tot parcursul vieții (fig. 6).

Virusul are dimensiuni de 100–140 de nanometri, conținând nucleocapsidă și supracapsidă. În nucleocapsidă se conține genomul viral sub formă de spirală ARN și transcriptază, fiind înfășurat de o capsulă proteică dublă. Ultima este alcătuită din fosfolipide și glicoproteide, structura cărora îi și determină tropismul virusului către celulele specifice (T-limfocite) ale gazdei. Astfel, tropismul virusului este direcționat către sânge și, în primul rând, către celulele T<sub>4</sub>-limfocite, care în organism îndeplinesc funcția de reglatori ai imunității organismului, determinând în mare măsură geneza maladii.

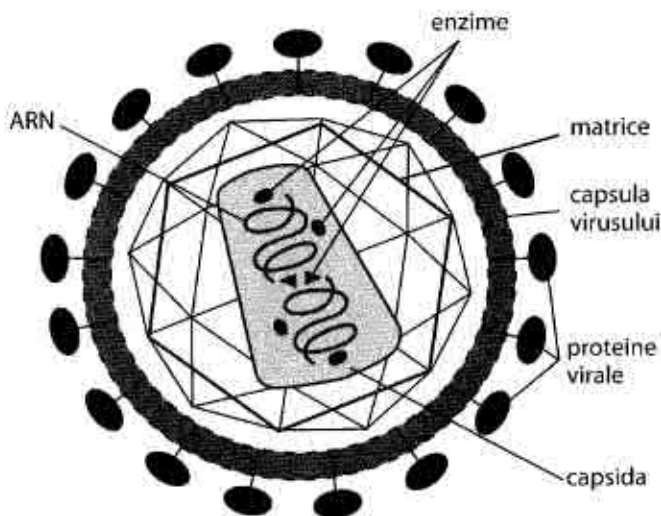


Fig. 6. Structura virusului imunodeficienței umane (HIV)

Așadar, caracteristic pentru infecția HIV/SIDA este afectarea verigii celulare a imunității. Distrugând limfocitele CD4 sau T-helperii, principalele celule reglatoare ale sistemului imun, virusul condiționează distrugerea tuturor verigilor sistemului imun.

HIV dispune de următoarele gene reglatoare:

- *tat* și *rev*, care participă la procesele transcripționale și posttranscripționale;
- gena *vif* determină infecțiozitatea virusului – în lipsa ei HIV își pierde această caracteristică;
- gena *nef* codifică proteina, fiind capabilă să diminueze replicarea virusului și facilitează dezvoltarea latentă a infecției.

Pe lângă genele reglatoare, genomul viral include următoarele gene:

- gena *gag* codifică poliproteina capsidei;
- gena *pol* codifică sinteza transcriptazei;
- gena *env* codifică glicoproteinele supracapsidei.

Conform structurii fragmentelor genetice, se detectează mai multe subtipuri, marcate cu literele alfabetului latin. Diverse subtipuri au fost identificate în diverse perioade de timp și pe teritorii diferite. Subtipurile de la A la H sunt incluse în grupul M (major). Actualmente, cel mai răspândit la nivel mondial e subtipul C cu identificare înaltă pe continentul Africii. Din 1990 se înregistrează o sporire a numărului persoanelor afectate de subtipul E.

Față de toate aceste proteine, în organismul uman se produc anticorpi, pe depistarea cărora și se bazează diagnosticul de laborator al infecției HIV. Proteinele HIV enumerate, fie naturale, sintetice sau genoingerice, sunt folosite în calitate de antigene la fabricarea preparatelor diagnostice.

La momentul actual, se determină două tipuri de virusuri – HIV-1 și HIV-2 – care se deosebesc prin caracteristicile lor structurale și antigenice.

Modelul HIV-1 este agentul cauzal principal al infecției cu HIV și al maladii SIDA, izolat preponderent în America de Sud și de Nord, Europa și Asia.

Modelul HIV-2 este mai puțin răspândit față de tipul menționat mai sus. Pentru prima dată a fost izolat în Guineea-Bissau. Aspectul evoluțional e asemănător cu cel al lui HIV-1. Este decelat preponderent pe continentul african.

Tulpinile de HIV sunt extrem de eterogene, având o mare capacitate de variabilitate genetică, creând, astfel, mari dificultăți pentru diagnostic și terapie, evoluția infecției și elaborarea de vaccinuri. Ciclul complet de viață al virusului se realizează într-un termen foarte scurt (1-2 zile), însă multiplicarea lui este foarte spornică, formând zilnic până la 1 mld de virioni. Intensitatea erorilor genetice în replicare atinge nivelul de  $10^6$ – $10^5$  erori/per gen/per ciclu de replicare, astfel niciun virus în replicare nu se repetă. Acest fapt creează obstacole în elaborarea unui preparat imunobiologic specific și eficient pentru utilizare în scopul profilaxiei specifice a infecției cu HIV. Din aceste motive, până în prezent, la baza profilaxiei infecției HIV stau măsurile nespecifice.

Virusul imunodeficienței umane nu face parte din grupa virusurilor rezistente în condițiile mediului ambiant, adică în afara organismului uman. La uscarea fluidelor biologice, în care se află virusul, concen-

trația acestuia scade cu 90–99%. Totodată, virusul HIV rezistă la congelare și la temperaturi de până la +37°C. Este foarte sensibil la temperaturi înalte. La 56°C se inactivează timp de 30 de minute, iar la temperatura fierberii – timp de 1-5 minute. Este important faptul că în material biologic uscat, la temperatura de +22°C, virusul își menține infectivitatea de la 3-4 până la 6-7 zile, iar în mediu lichid, la temperatura camerei, timp de două săptămâni. Totodată, HIV este sensibil la dezinfectanți, chiar în concentrații reduse. Alcoolii, hipocloriții, detergenții inactivează virusul la concentrații mai joase decât cele utilizate (alcool etilic 25%). În cadrul precauțiilor universale adoptate în instituțiile medico-sanitare se folosesc următoarele substanțe dezinfectante uzuale: clorură de var – 0,5%,  $KmO_4$  – 0,005%, apă oxigenată – 3%, alcool etilic – 70%, hipoclorit de Ca și Na – 1%, clorexidină – 0,05%, care asigură distrugerea virusului. Sterilizarea prin autoclavare se utilizează pentru instrumentele medicale de utilizare repetată. Totodată, el rămâne rezistent la razele ultraviolete și la iradierea ionizată.

## ■ Factorii și căile de transmitere

Virusul HIV a fost izolat din sânge, spermă, secreții cervix-vaginale, salivă, lapte matern, lichid lacrimal, urină, lichid cefalorahidian, lichid alveolar, lichid amniotic. S-a constatat că un rol sigur în transmiterea HIV-ului îl au doi factori – sângele și sperma, datorită concentrației înalte a virusului în aceste substraturi biologice, care se măsoară prin zeci și chiar sute de doze infectabile per mililitru. Gradul de infecțiozitate al diferitor materiale biologice este prezentat în *tabelul 3*.

Așadar, într-un mililitru de spermă la persoana infectată se conțin între 10 și 50 de doze infectabile, iar într-un mililitru de sânge – până la 3 000 de doze infectabile cu HIV, gradul de infectare fiind foarte înalt. Datele din literatură relatează că laptele matern și secreția vaginală la persoanele infectate conține până la una doză infectabilă per mililitru, deci și pericolul de contaminare este determinat ca fiind înalt. În lacrimi, lichidul din sudorație, salivă se conține mai puțin de o doză infectabilă. Deci și riscul de infectare cu HIV prin aceste produse se consideră redus.

*Tabelul 3*

Repartizarea substanțelor biologice după gradul de infecțiozitate (Л.П. Зыба, 2006)

Substraturile biologice	Doze de infectare per 1 ml	Pericol ca factor de transmitere
Sânge	Până la 3 000	foarte înalt
Spermă	10-50	înalt
Secreție vaginală	1	înalt
Lapte matern	1	înalt
Lichid lacrimal	<1	nepericulos
Salivă	<1	nepericulos
Lichid din sudorație	<1	nepericulos

Ca urmare, transmiterea în infecția HIV se realizează, preponderent, prin următoarele trei căi:

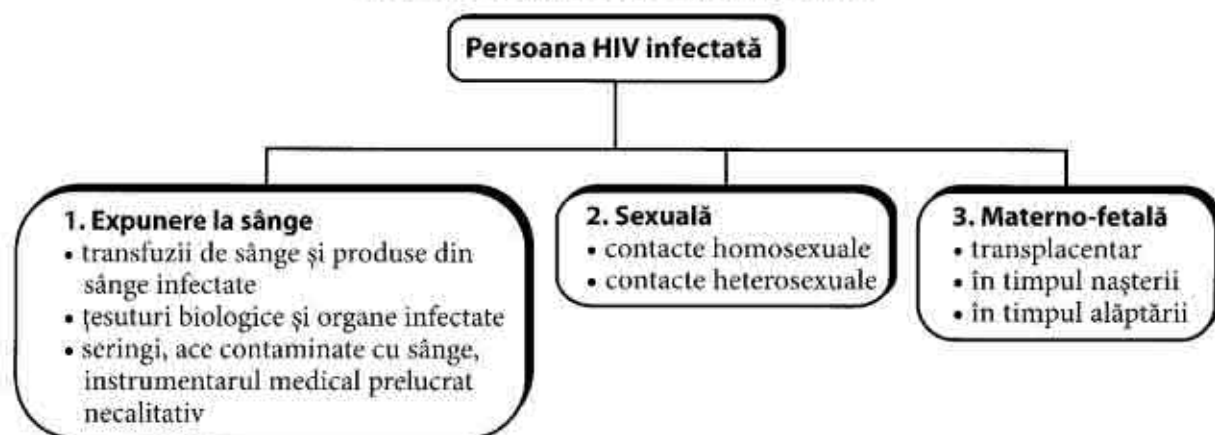
- contact sexual neprotejat cu o persoană infectată;
- expunere la sânge;
- transmitere materno-fetală (*tab. 4*).

Așadar, infecția HIV reprezintă o infecție sangvină, iar omul infectat rămâne contagios pe toată durata vieții, ceea ce conturează amploarea cumulativă a epidemiei HIV.

### Transmiterea parenterală prin sânge și produse de sânge

Ținând cont de răspândirea largă a infecției HIV în populația umană, cât și de perioada îndelungată de nemanifestare a infecției, se consideră că fluidele organismului, care conțin sânge, indiferent de pacient, reprezintă un risc de contaminare. Din aceste considerente, precauțiile standard-universale se referă la toate lichidele biologice umane (sânge, spermă, secreții cervix-vaginale, lichid sinovial, pleural, peritoneal, pericardic, amniotic), precum și la țesuturi și organe, considerate potențial infectate. Nu fac parte din această categorie materiile fecale, secrețiile nazale, lacrimile, sputa, sudoarea, urina, conținutul vomitiv, atâta timp cât nu conțin sânge vizibil (urme de sânge).

## Căile de transmitere a infecției HIV



Conform CDC (1999), contactul tegumentelor și mucoaselor este considerat periculos cu următorii factori de risc: sângele, lichidul amniotic, lichidul peritoneal, lichidul pleural, lichidul sinovial, lichidul cefalorahidian, sperma, secrețiile vaginale, țesuturile, orice alte fluide organice vizibil contaminate cu sânge.

Cea mai periculoasă este considerată transmiterea HIV-ului prin transfuzii de sânge. Studiile întreprinse printre bolnavii cu hemofilie și transfuzii de sânge au dovedit clar rolul major al acestei căi în transmiterea infecției HIV. Riscul contractării infecției după o transfuzie a sângelui de la o persoană seropozitivă este cvasitotal (90–95–100%).

Totodată, în prezent, riscul de contaminare prin sângele transfuzat, cât și prin țesuturile și organele donate este redus datorită screeningului obligator la HIV al tuturor donatorilor acestor produse biologice.

Deși screeningul donatorilor a redus semnificativ riscul infectării cu HIV, oricum, acest mod de transmitere rămâne încă o problemă majoră în condițiile actuale, deoarece sângele, sperma, țesuturile și organele donate pot servi drept factori majori de transmitere în cazul neefectuării testului acestora la prezența virusului HIV.

Actualmente, pe prim loc se situează contractarea virusului prin înțepături de ac și seringi contaminate, la consumatorii de droguri intravenos. Este foarte periculoasă utilizarea soluției de drog în comun, ceea ce sporește riscul de achiziționare a virusului. La consumatorii de droguri, riscul infecției crește odată cu durata utilizării de droguri, partajarea acelor, numărul de injecții și rezidența în zone cu prevalență mare a infecției HIV.

Ca rezultat al studiilor de evaluare a riscului de infectare cu HIV la personalul medical, după expuneri accidentale la sânge infectat, s-a constatat că la înțepăturile cu acul contaminat riscul transmiterii HIV reprezintă 1 caz din 200, la partajarea acelor – 1 caz din 150. După un contact cu instrumente medicale contaminate cu HIV, riscul de infectare e mai mare decât în cazul unui contact sexual neprotejat cu o persoană infectată. Conform datelor OMS, gradul de risc, după expunere, în aceste cazuri, reprezintă circa 0,3%, adică este de 1:300. În urma unui studiu efectuat de CDC în peste 200 de spitale din SUA, pe 1 373 de persoane urmărite după o expunere transcutană (înțepătură de ac sau leziune cu bisturiul), în anul 1995 s-a constatat că riscul de infectare în aceste cazuri este de 0,29%.

Totodată, riscul variază în funcție de mai mulți factori:

- tipul de ac (chirurgical, cu lumen);
- dimensiunile acului;
- profunzimea leziunii;
- volumul de sânge implicat;
- titrul încărcăturii virale sangvine;
- terapia antiretrovirală a pacientului de la care a provenit sângele infectat;
- stadiul de evoluție a bolii pacientului de la care provine sângele;
- durata contactului;
- frecvența expunerilor profesionale;
- echipamentul de protecție utilizat;

- măsurile de decontaminare;
- tratamentul profilactic.

Drept rezultat al studiilor s-a mai constatat că în accidentele medicale profesionale:

- volumul de sânge contaminat este mai mare în cazul înțepăturilor adânci;
- acele cu lumen sunt mai periculoase decât cele fără lumen;
- trecerea acului prin mănușa de protecție scade riscul de infectare.

## Calea sexuală de transmitere

Calea sexuală reprezintă principalul mod de transmitere a infecției HIV la nivel mondial, deși, vizavi de transmiterea prin sânge și materno-fetală, probabilitatea achiziționării virusului pe această cale este mai redusă. Din totalitatea cazurilor de infecție HIV la nivel mondial, în circa 80% de cazuri achiziționarea virusului s-a realizat pe cale sexuală. În special, virusul se transmite prin contactele sexuale neprotejate. Pentru multe țări persoanele homo- și bisexuale asigură cele mai multe cazuri de infecție. Inițial, în SUA, 99% din bolnavi de SIDA erau bărbați din care 95% de persoane cu orientare sexuală netradițională (homosexuali). Acest fapt demonstrează indirect semnificația acestei căi de transmitere.

Pe măsura progresării pandemiei HIV, s-a constatat o creștere a ponderii căii heterosexuale și reducerea celei homosexuale. Relațiile sexuale sporesc riscul de infectare cu HIV, îndeosebi în condițiile coexistenței bolilor cu transmitere sexuală și a multiplilor parteneri. Promiscuitatea sexuală este una dintre cauzele principale de răspândire a epidemiei HIV/SIDA în rândurile populației. Odată cu sporirea activității acestui grup de persoane, a sporit cota-parte a căii sexuale de transmitere a virusului HIV.

## Transmiterea materno-fetală

Sporirea ponderii femeilor infectate cauzează, la rândul său, creșterea numărului gravidelor infectate și, respectiv, a copiilor infectați cu HIV. Peste 80% din femeile seropozitive sunt la vârsta procreării și, zilnic, în lume, se nasc circa 1 600 de copii HIV-infectați, iar din copiii seropozitivi identificați, circa 80-90% au fost molipsiți materno-fetal, 5-10% au contractat virusul parenteral, iar 3-5% – prin sânge și derivatele lui. Riscul infecției la copiii născuți din mame infectate a fost apreciat între 13,0 și 50,0%, în medie 30,0-45,0%, depinzând, în mare măsură, de stadiul infecției HIV la mamă. Odată cu introducerea tratamentului antiretroviral profilactic, frecvența transmiterii materno-fetale a infecției HIV a scăzut semnificativ. Tratamentul profilactic al mamei a redus riscul de infectare până la 8%, iar conform datelor recente obținute în urma unui studiu întreprins în Republica Moldova (L. Luca, 2007) – de la 46 la 1%.

Transmiterea virusului de la mama seropozitivă copilului se realizează: transplacentar, în timpul nașterii (prin microtransfuziile de sânge de la mamă la făt, prin contactul tegumentelor lezate și al mucoasei conjunctivale a nou-născutului cu sângele sau secrețiile genitale materne infectate, prin ingestia sângelui sau a altor fluide materne infectate) și postpartum – în timpul alăptării naturale.

## Formarea grupurilor de risc

Este de menționat faptul că prevalarea unei anumite căi de transmitere diferă în funcție de condițiile sociale, culturale, etnice și, cu siguranță, în funcție de comportament.

Începând cu primii ani de dezvoltare a epidemiei cu HIV, s-au conturat categorii de populație vulnerabilă, cu un comportament cu risc sporit de infectare așa ca homosexualii, heterosexualii promiscui, consumatorii de droguri injectabile, persoanele care comercializează servicii sexuale, bolnavii cu boli sexual transmisibile etc.

Actualmente, în Europa de Est și Asia Centrală transmiterea infecției HIV se realizează preponderent pe contul consumatorilor de droguri injectabile și constituie circa 62% din toate cazurile de infecție HIV, precum și al persoanelor ce practică sex comercial neprotejat, cărora le revine 37% din numărul total de infectări.

La nivel mondial se estimează circa 13 milioane de persoane consumatoare de droguri injectabile, dintre care 8,8 milioane sunt din Europa și Asia. În circa 100 de țări ale lumii, procesul epidemic prin infecția HIV derulează pe seama acestui grup de persoane. În regiunea Europei de Est și Asiei Centrale, inițial, dezvoltarea epidemiei s-a realizat pe cale sexuală (1987). Apoi, în anul 1989, a predominat calea nosocomială de transmitere în instituțiile medico-sanitare (Elista, Volgograd, Rostov). Apoi, epidemia s-a răspândit

vertiginos pe seama utilizatorilor de droguri injectabile, iar în cele din urmă, preponderent prin relațiile sexuale. Același scenariu s-a înregistrat, practic, în toate țările regiunilor menționate, răspândindu-se diferit în timp și spațiu, înaintând dinspre vest spre est. Așadar, în diverse regiuni ale lumii, predomină unele sau alte căi de transmitere a infecției HIV, în funcție de predominarea populației de risc (tab. 5).

Tabelul 5

**Căile principale de transmitere a infecției HIV în diverse regiuni ale lumii**

Regiuni	Căile principale de infectare cu HIV la persoanele adulte
Africa (la sud de Sahara)	Heterosexuală
Africa de Nord și Orientul Apropiat	Heterosexuală, UDI*
Asia de Sud și de Sud-Est	Heterosexuală, UDI
Asia de Est și regiunea Oceanului Pacific	UDI, heterosexuală, homosexuală
America Latină	Homosexuală, UDI, heterosexuală
Bazinul Caraibian	Heterosexuală, homosexuală
Europa de Est și Asia Centrală	UDI, heterosexuală
Europa Occidentală	Homosexuală, UDI
America de Nord	Homosexuală, UDI, heterosexuală
Australia și Noua Zelandă	Homosexuală

\* Utilizarea drogurilor injectabile.

**Căile principale de transmitere a infecției HIV în Republica Moldova**

În Republica Moldova, predomină două căi de transmitere a infecției HIV: prin consumul de droguri injectabile (UDI) și heterosexuală.

Din cele 4 996 de persoane cu infecție HIV înregistrate în Republica Moldova pe parcursul anilor 1987–2006 – 61,20% au contactat HIV prin utilizarea drogurilor injectabile, 36,95% – pe cale sexuală, 1,20% – pe cale verticală (perinatal), 0,06% – prin transfuzii de sânge. În 0,61% din cazuri, modul de transmitere n-a fost determinat (fig. 7).

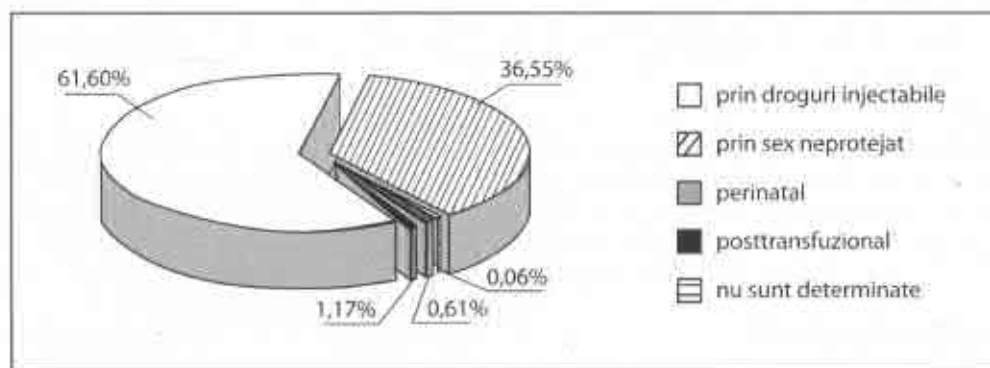


Fig. 7. Distribuția numărului total de cazuri de infecție HIV, înregistrate în Republica Moldova în anii 1987–2008, în funcție de condițiile de contaminare

Totodată, rezultatele cercetărilor denotă o evoluție spectaculoasă cu o schimbare semnificativă a căilor principale de transmitere a infecției HIV pe teritoriul republicii.

Până în anul 2000, procesul epidemic în infecția HIV a fost determinat de răspândirea infecției în rândul utilizatorilor de droguri injectabile. În perioada anilor 1996–2000, majoritatea cazurilor de contractare a HIV (85,8%) au fost asociate cu utilizarea de droguri injectabile, și doar 12,36% – cu calea sexuală de transmitere.

În ultimii ani, ca rezultat al realizării Programului „Antidrog”, se observă o scădere semnificativă a ponderii UDI, și invers, o sporire semnificativă atât a numărului, cât și a ponderii persoanelor infectate pe cale sexuală (heterosexuală). În perioada anilor 2000–2008, din numărul total de persoane cu HIV-infectate (3 753), în 47,55% de cazuri calea de transmitere a constituit-o UDI, iar în 50,12% – cea sexuală (fig. 8).



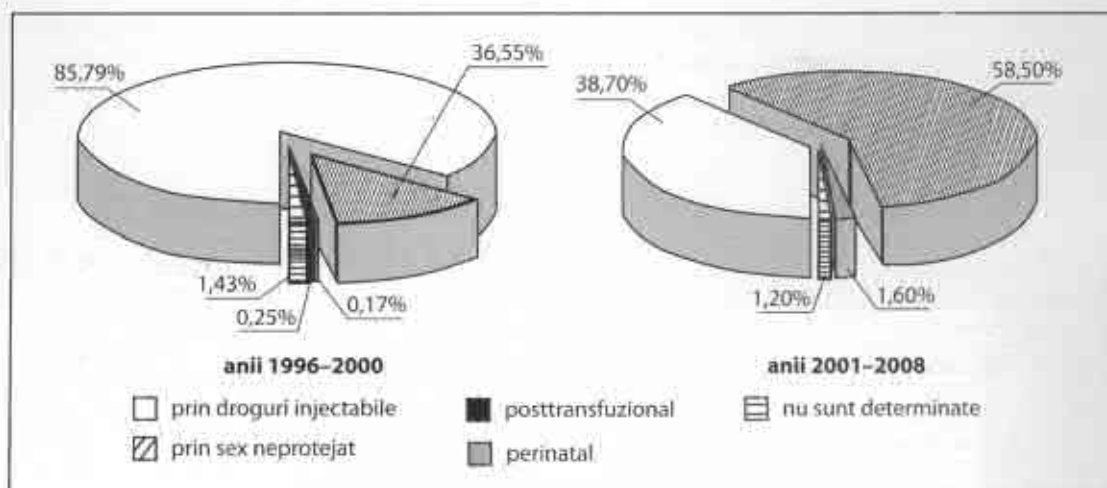


Fig. 8. Evoluția condițiilor de contaminare a HIV în Republica Moldova în ultimele două perioade (1996-2000, 2001-2008)

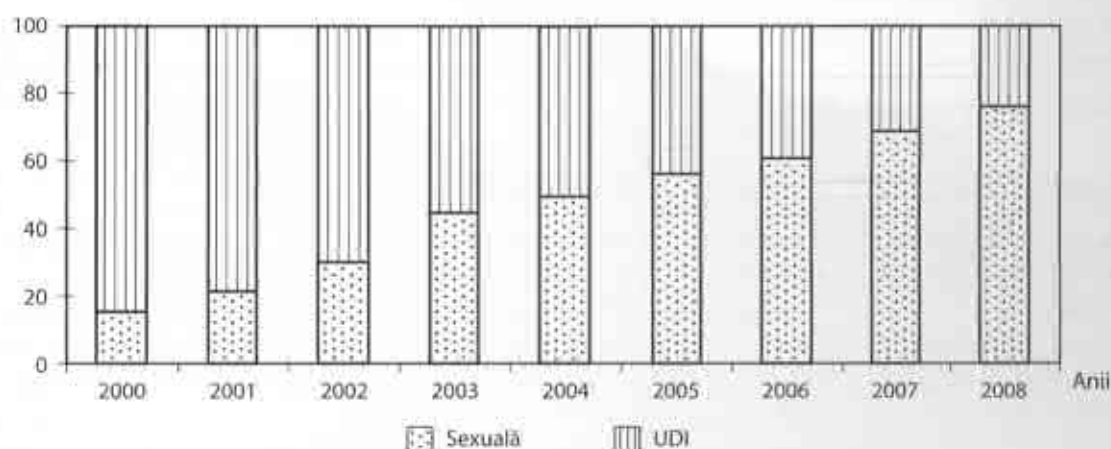


Fig. 9. Distribuția cazurilor noi de infecție HIV după căile principale de infectare (%), Republica Moldova, 2000-2008

Mai demonstrativ acest fenomen este reprezentat în figura 9.

Fenomenul dat a condus la creșterea numărului de persoane seropozitive în rândul femeilor gravide (fig. 3) și, respectiv, la sporirea transmiterii perinatale a maladii de la 0,25% în anul 2001 la 1,65% în anul 2006 (fig. 10).

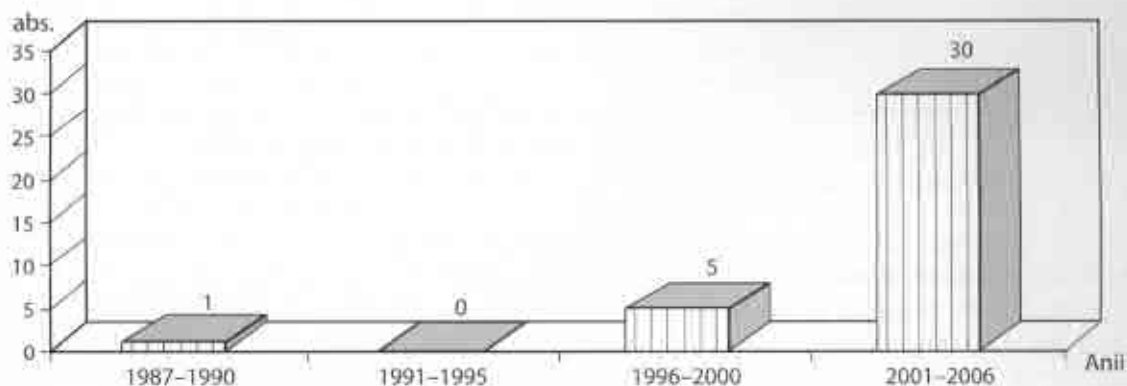


Fig. 10. Incidența prin infecția HIV la copiii nou-născuți în Republica Moldova în diverse perioade

Totodată, menționăm faptul că, dacă în perioada anilor 1996-2000 transmiterea virusului HIV în 0,17% s-a realizat posttransfuzional, apoi în perioada anilor 2001-2006 această cale de transmitere

n-a fost înregistrată, fapt ce demonstrează activitățile reușite la capitolul securității sângelui și hemotransfuziilor.

## ■ Miturile existente în legătură cu infecția HIV

În anul 1981 în Los-Angeles, SUA, la identificarea unei infecții noi (ulterior a fost notată ca infecția HIV), care a afectat în special bărbații care practicau relații homosexuale, a apărut o concepție precum că infecția HIV și alte infecții transmise sexual apar numai la bărbații activi homosexual. După ce au fost înregistrate cazuri cu HIV la femei și la utilizatori de droguri injectabile, care practicau relații heterosexuale și la cei cărora li s-a transfuzat sânge, a devenit clar că infecția nu afectează doar homosexualii. Implicarea activă în procesul epidemic prin infecția HIV/SIDA a persoanelor cu comportament cu risc, în special a utilizatorilor de droguri injectabile, a creșterii semnificative a ponderii căii parenterale de răspândire a infecției HIV în populație, a cauzat formarea în societate a altei concepții – cea de „inofensivitate personală”. Această părere este, de asemenea, falsă și reprezintă un mit. Actualmente este deja dovedit faptul că oricine poate fi infectat cu HIV, iar majoritatea din persoanele infectate cu HIV au crezut la timpul lor că nu li se poate întâmpla nimic.

„Dacă nu simt nimic, nu am nimic” – o concepție care tocmai în cazul infecției HIV nu este valabilă, dar este foarte răspândită în populație. În cazul infecției HIV, perioada asimptomatică poate dura ani de zile și, pe tot parcursul acestei perioade, persoana infectată, numită și seropozitivă, este contagioasă. Aceasta este una dintre deosebirile infecției HIV de multe alte maladii infecțioase cunoscute.

Este îngrijorător faptul, demonstrat prin rezultatele multor sondaje, că societatea consideră că există tratament pentru SIDA – ceea ce îi face să se simtă mai siguri și, posibil, să-și asume riscuri, pe care altfel nu le-ar fi asumat. Datele oficiale relatează că actualmente nu există medicamente ce ar fi eliminat completamente HIV din organismul uman.

Ani de zile a fost discutată problema referitor la faptul dacă saliva, lichidul lacrimal sau alte lichide ale organismului (urina, lichidul de sudorație, secrețiile nazale) ar putea transmite virusul. Acesta este de asemenea un mit tipic. HIV se găsește în salivă, însă în cantități prea mici pentru a infecta pe cineva. A fost înregistrat doar un singur caz de transmitere a HIV prin sărut. În cazul dat, ambii parteneri au avut sângeri severe ale gingiilor. În baza cercetărilor efectuate, a fost demonstrat că, chiar dacă lichidele în cauză conțin o anumită cantitate de virus, aceasta este insuficientă pentru a declanșa procesul patologic.

Un studiu întreprins în SUA, în care au fost incluse 500 de familii, a demonstrat că îngrijirea în cadrul familiei a bolnavilor cu SIDA nu prezintă niciun risc de contaminare. Niciun membru din familia persoanei infectate cu HIV, folosind obiecte comune (inclusiv veselă, prosoape etc.), nu a contactat virusul.

Un număr impunător de mituri existente în populație țin și de lacunele în cunoștințele populației referitor la posibilitățile de transmitere a HIV. La începutul anilor '80 ai secolului trecut, la identificarea primelor cazuri de SIDA, se considera că orice contact cu o persoană HIV infectată determină transmiterea virusului. Din cauza faptului că populația nu era suficient informată asupra modurilor de transmitere a acestei maladii, în societate s-a creat o situație „favorabilă” excluderii sociale a persoanelor seropozitive, fără dreptul de a participa alături de ceilalți membri la viața socială obișnuită. Concepțiile eronate referitor la posibilitățile de transmitere a HIV au favorizat apariția repulsiei față de persoanele seropozitive.

Mai multe studii întreprinse în Republica Moldova au demonstrat că și populația republicii posedă cunoștințe reduse referitor la epidemiologia infecției HIV și manifestă atitudine mai puțin tolerantă față de persoanele infectate. Unul din studiile de evaluare a cunoștințelor și atitudinilor tinerilor de 15–24 de ani față de persoanele infectate cu HIV, realizat în anii 2006–2008, a demonstrat faptul că doar 8–10% din tineri manifestă atitudine tolerantă față de persoanele seropozitive.

La evaluarea atitudinii tinerilor față de posibilitatea unui student purtător de HIV, fără simptome de SIDA, de a-și continua studiile, s-a demonstrat că 1/3 din ei manifestă intoleranță, adică nu acceptă continuarea studiilor persoanelor infectate. Situația în care persoana infectată cu HIV este un profesor, a fost acceptată doar de 54,1% din studenți. O altă situație, care demonstrează stigma populației tinere față de persoanele seropozitive, rezultă din răspunsurile date de respondenți la întrebarea dacă ar accepta să ia masa din aceeași veselă cu persoanele infectate, la care numai 34,2% din respondenți au admis situația respectivă. O altă întrebare ce ține de atitudinea tolerantă a tinerilor și care reflectă indirect concepții ero-

nate referitor la căile de transmitere a infecției HIV a fost dacă respondenții ar accepta să cumpere produse alimentare într-un local, proprietarul căruia este purtător HIV. S-a dovedit că doar 60,5% din numărul respondenților ar accepta să facă cumpărături într-un astfel de local.

Unul dintre studiile desfășurate în Republica Moldova a demonstrat faptul că inclusiv lucrătorii medicali manifestă atitudine intolerantă față de persoanele cu statut seropozitiv. Astfel, la aprecierea atitudinii asistentelor medicale față de persoanele infectate cu HIV, s-a constatat că doar 46,6% din asistentele medicale consideră că bolnavul cu SIDA ar putea continua un mod de viață obișnuit și necesită consolare. Conform rezultatelor obținute, mai mult de jumătate din asistentele medicale antrenate în studiu au manifestat atitudine discriminatorie față de persoanele cu statut seropozitiv: în 6,4% cazuri menționându-se faptul că persoanele infectate trebuie izolate de societate, în 8% cazuri – că persoanele cu HIV n-ar trebui să frecventeze localurile publice, în 4,5% cazuri – că acestea trebuie concediate din serviciu sau studii. Totodată, 6,4% din asistentele medicale incluse în studiu au afirmat că persoanele cu statut seropozitiv merită condamnare.

Astfel, pornind de la datele menționate anterior, este evident faptul că în populația Republicii Moldova persistă concepții eronate și atitudine intolerantă față de persoanele infectate cu HIV.

Așadar, miturile reprezintă concepțiile eronate ale populației referitor la infecția HIV, inclusiv la căile de transmitere, grupurile de risc, comportamente cu risc de infectare, posibilitățile de profilaxie specifică și tratament etc. Aceste stereotipuri formate de populație sunt rezultatul lacunelor în cunoștințe la capitolul infecția HIV. Pe parcursul multor ani a existat multă publicitate și au fost întreprinse activități de educație pentru a învăța populația despre riscurile de transmitere a HIV. Totuși unele mesaje au fost ambigue și, ocazional, contradictorii. Situația formată a creat condiții de dezvoltare în populația generală a unei concepții de inofensivitate personală, iar frica de a fi identificat ca HIV pozitiv a contribuit la răspândirea infecției HIV în populație. Ca rezultat, stigma și discriminarea a determinat faptul că persoanele cu HIV nu insistă asupra respectării drepturilor lor și nu solicită asistență medicală. Totodată, situația este agravată și de atitudinea intolerantă a personalului medical, a asistenților sociali și a altora față de persoanele cu statut seropozitiv.

În acest context este foarte important de reținut că HIV nu se transmite:

- pe calea aerului;
- prin produse alimentare sau cu apă;
- prin strângeri de mână sau îmbrățișare;
- prin săruturi, tuse, strănut;
- prin intermediul animalelor sau prin înțepături de insecte.

Nu prezintă risc de infectare:

- relațiile habituale;
- contactele la serviciu sau studii;
- călătoriile în comun în transportul public;
- frecventarea în comun a piscinei, saunei, băii, veceului, a obiectelor sportive și de recuperare a sănătății;
- utilizarea comună a veselei de bucătărie și a lenjeriei de pat.

Este important de reținut că în cadrul contactelor sociale din viața cotidiană, nu există niciun pericol de a contacta virusul. Atâta timp cât sunt respectate regulile elementare de igienă, frecventarea de către copii a grădinițelor, creșelor, școlilor și a oricărui tip de colectivitate, **NU** prezintă risc de contactare a bolii. Acor-darea asistenței terapeutice și îngrijirea persoanelor bolnave de SIDA, îngrijirea copilului (nou-născutului, inclusiv de către mama HIV-infectată) nu prezintă risc de infectare, însă necesită respectarea regulilor igienice elementare, precum și excluderea contactului cu sânge sau/și lichide biologice care conțin sânge.

## Capitolul 2

# PRECAUȚII OCUPAȚIONALE STANDARD ALE CADRULUI MEDICAL

### ■ Managementul riscului

#### Identificarea riscului

Creșterea numărului persoanelor infectate cu HIV favorizează răspândirea infecției în rândul populației, inclusiv răspândirea nosocomială, care duce la majorarea probabilității riscului infectării profesionale a lucrătorilor medicali. Pregătirea profesională adecvată, inclusiv cunoașterea bună a precauțiilor standard în controlul infecțiilor care se transmit prin sânge (HIV și hepatitele virale) și asigurarea personalului medical cu mijloace de protecție individuală contribuie la diminuarea riscului de contaminare a cadrului medical.

Evidențe internaționale, precum și date ale anchetării cazurilor de infectare HIV a cadrelor medicale la locul de muncă în SUA mărturisesc că riscul infectării variază de la <1 până la 4%. În cadrul cercetărilor efectuate în cazul înțepăturilor cu ace a 6,135 de lucrători medicali, doar 20 din aceștia (0,3%) s-au molipsit cu virusul HIV (Ann. intern. med., 1990). În cazul contactului cu mucoasa, s-a înregistrat doar un singur caz de contaminare din cele 1,143 de expuneri înregistrate (0,09%). Către 1996, în SUA au fost înregistrate 49 cazuri de infectare a lucrătorilor medicali (asistenți medicali, laboranți), care ocazional au contractat HIV în exercițiul funcției. Toate cazurile expuse au fost legate de contactul cu sânge sau lichide biologice, cu excepția infectării a trei laboranți care au fost expuși culturilor virale HIV. Un studiu de control al leziunilor cu ace utilizate a arătat că din 739 de teste, seroconversia s-a observat în 33 de cazuri (4,46%). Seroconversia a fost observată în cazurile când înțepătura a fost adâncă, trauma a fost urmată de hemoragie, injecția s-a efectuat intravenos sau intraarterial, injecția s-a efectuat persoanei care s-a aflat în stadiu avansat al maladiei, cu o concentrație sporită a virusului în sânge.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, la contactul percutan cu sânge HIV-infectat (înțepături cu acul, tăieturi) riscul de infectare este de aproximativ 0,3%. Riscul de infectare la contactul sângelui HIV-infectat cu mucoasa intactă este de aproximativ 0,09%. Risc de infectare la contactul pielii intacte cu sângele HIV-infectat sau alte lichide biologice nu s-a înregistrat.

În Republica Moldova, în anii 2004–2008, au beneficiat de tratament profilactic postaccidental 59 de persoane, din ele 24 (41%) lucrători medicali. Rezultatele supravegherii epidemiologice, medicale și testarea în dinamică a acestor persoane au constatat că seroconversia și infectarea cu virusul HIV n-au avut loc.

Riscului înalt la expunere profesională accidentală la HIV sunt predispuși specialiștii de profil chirurgical, ginecologii, specialiștii echipelor de asistență medicală urgentă, care asigură asistență victimelor în accidente rutiere sau la întreprinderi, în timpul calamităților naturale, asistentele de operații și de proceduri, personalul maternităților, laboratoarelor clinice și de diagnostic, laboratoarelor de diagnostic SIDA, medicii-stomatologi etc. Totodată, riscul contaminării cu hepatite virale pe calea sexuală sau a sângelui ajunge la 30–40%, inclusiv pentru că virusul hepatitelor este mai rezistent mediului decât cel de HIV. Aplicarea consecventă și corectă a procedurilor de precauție standard exclude orice riscuri.

## Evaluarea riscului

Odată ce riscul este identificat, acesta variază în funcție de următoarele:

- tipul și frecvența expunerii la sânge sau la alte lichide biologice, volumul de sânge sau lichid biologic, tipul lichidului biologic;
- factorii ce contribuie la expunere și repetarea acesteia, inclusiv caracteristica locului de muncă, practicile de lucru și de curățenie, disponibilitatea, starea și utilizarea hainelor și a echipamentului de protecție;
- cunoștințele și nivelul de instruire a lucrătorilor medicali cu privire la infecția HIV și practicile sigure de lucru;
- măsurile de control al riscului.

Riscul de infectare crește în funcție de lichidele și materialele biologice: (minim) amniotic – pericardiac – peritoneal – lichid de ascită – pleural – sinovial – cefalorahidian – țesuturi – organe – secrețiile vaginale – spermă – sânge (maxim). De asemenea, riscul crește în funcție de modul de expunere: contact cu pielea intactă fără leziuni, cu plăgi, cu dermatite; cu mucoase intacte – contact cu mucoase și piele afectată cu leziuni și plăgi profunde. Gradul riscului este determinat și de volumul lichidului biologic aplicat pe suprafața pielii, a mucoaselor, de cantitatea HIV în materialul aplicat.

În conformitate cu Recomandările provizorii ale Serviciului de Sănătate Publică din SUA pentru profilaxia infecției HIV, expunerea profesională la riscul infectării se clasifică în modul următor:

- **Risc extrem de înalt:** cantitatea mare de sânge (exemplu: plăgi adânci sau produse de ace cu lumen mare), conținând o cantitate mare de HIV (exemplu: de la un pacient infectat aflat într-un stadiu evolutiv cu viremie crescută: infecție acută, SIDA terminală etc.).
- **Risc înalt:** orice expunere la o cantitate mare de sânge sau la sânge cu titru crescut de HIV.
- **Fără risc înalt:** expunere la o cantitate mică de sânge care conține un titru redus de HIV (exemplu: înțepătura cu ac de sutură în timpul asistenței unei persoane cu infecție HIV asimptomatică).

În ultimii 20 de ani de pandemie HIV, organizațiile internaționale și naționale au acumulat suficientă experiență în elaborarea și realizarea unui sistem de prevenire a infectării profesionale, precum și în acordarea unui volum de măsuri urgente de asistență medicală personalului medical accidentat. Au fost elaborate scheme și variante de utilizare a combinațiilor preparatelor antiretrovirale (ARV), cu scop profilactic, în caz de expunere profesională. Este important ca administrarea combinației preparatelor ARV să fie inițiată imediat, chiar în prima oră după expunerea accidentală la infecția HIV. Administrarea preparatelor ARV în scop profilactic, după un interval de 72 de ore, nu mai posedă efect profilactic și devine inutilă.

La fel, și sistemul de sănătate din Republicii Moldova dispune de concepții metodice și scheme de ARV terapie, efective în profilaxia postexpunere, cât și de sortimentul preparatelor pentru ARV terapie profilactică. Legea Republicii Moldova „Cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA” nr. 23-XVI din 16 februarie 2007 (MO 54-56/250 din 20.04.2007) prevede în articolul 33 că „infectarea cu HIV a personalului medical în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu se consideră boală profesională”.

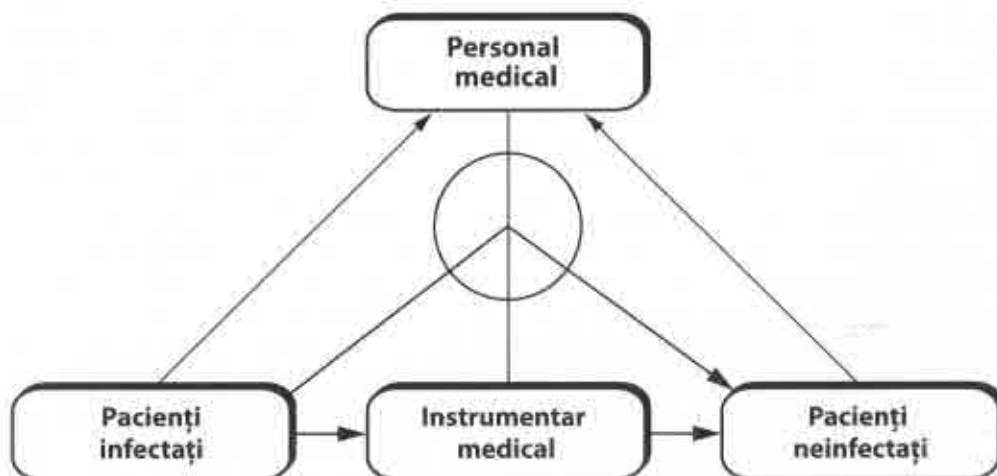


Fig. 10. Modalitățile de transmitere a infecției HIV în instituțiile medico-sanitare

## Controlul riscului

În tabelul de mai jos este expusă ierarhia procedeele de control al riscului, care ar minimaliza expunerea lucrătorilor medicali la sânge sau alte lichide biologice.

Tabelul 5

Procedeele de control al riscului

Procedeele de control	Eficacitatea
<b>Eliminarea pericolului</b> Eliminarea completă a pericolului din zona de lucru, una dintre metodele preferate în controlul pericolelor, include: <ul style="list-style-type: none"><li>- reducerea numărului de intervenții parenterale la strictul necesar;</li><li>- substituirea seringilor sau a acelor prin injectoare jet;</li><li>- eliminarea obiectelor ascuțite care nu sunt necesare, cum ar fi clamele pentru prosoape sau utilizarea sistemelor IV fără ace.</li></ul>	Conform unui studiu canadian, sistemele IV fără ace au demonstrat o eficacitate de 78,7% în reducerea leziunilor cauzate de ace în timpul manipulațiilor pe parcursul unui an.
<b>Controale ingineresti</b> Controale care izolează sau elimină pericolele la locul de muncă prin utilizarea containerelor („cutiilor de siguranță”) pentru depozitarea obiectelor ascuțite folosite.	Containerele pentru obiecte ascuțite reduc numărul de leziuni cu două treimi – un studiu a relevat reducerea numărului de leziuni de la 23 la 100%, cu o medie de 7%.
<b>Controale administrative</b> Practici direcționate spre limitarea expunerii la pericol, cum ar fi aplicarea universală a precauțiilor standard: <ul style="list-style-type: none"><li>- alocarea resurselor pentru asigurarea siguranței la efectuarea manoperelor și procedurilor;</li><li>- instruirea continuă privind utilizarea obiectelor sigure.</li></ul>	Aplicarea precauțiilor standard de control al infecțiilor exclude riscul contaminării cu HIV.
<b>Controale ale practicilor la locul de muncă</b> Reducerea expunerii la pericolele ocupaționale prin comportament corect al angajaților: <ul style="list-style-type: none"><li>- evitarea recapusonării acelor cu capac de plastic;</li><li>- plasarea containerelor de colectare a obiectelor ascuțite (ace) la loc vizibil și accesibil (la distanța brațului);</li><li>- golirea containerelor pentru obiecte ascuțite până la umplerea acestora sau umplerea cutiilor pentru ace/seringi folosite doar la 2/3 din volum;</li><li>- stabilirea modalității de gestionare și evacuare a obiectelor ascuțite sau a containerelor, modalitate clară și bine cunoscută tuturor cadrelor medicale.</li></ul>	Evitarea recapusonării acelor în capacul de plastic rezultă într-o reducere cu 2/3 a leziunilor cauzate de ace.
<b>Echipment personal de protecție (EPP)</b> Bariere și filtre între lucrător și pericol: <ul style="list-style-type: none"><li>- ochelari;</li><li>- mănuși;</li><li>- măști;</li><li>- costume de protecție.</li></ul>	EPP previne expunerea la stropi de sânge, dar nu și vătămările cauzate de ace. Îmbrăcarea a două perechi de mănuși în mediul chirurgical reduce punția mănușii interne cu 60-70%.

## ■ Măsurile standard de precauție (PS)

Procedeele de control al riscului, enumerate mai sus, fac parte din conceptul măsurilor standard de precauție obligatorii pentru aplicare în toate instituțiile medicale pentru întreg personalul medical și au ca scop excluderea riscului transmisiei infecțioase.

**Măsurile standard de precauție** sunt măsuri simple de control al infecțiilor care se transmit prin sânge (HIV, hepatite virale). PS reduc și exclud riscul transmiterii infecțiilor prin sânge sau lichide biologice

(spută, plasmă, ser etc.). Se numesc „precauții standard” din motiv că se aplică **universal**, adică în toate situațiile în care cadrele medicale acordă asistență medicală pacienților. Conform conceptului PS, toate lichidele corporale și sângele tuturor persoanelor urmează a fi considerate potențial infectate. Totodată, se cere remarcat faptul că riscul infectării cu hepatitele virale la înțeparea cu acul seringii este de 20–30% comparativ cu rata < 1% risc de infectare cu HIV la înțeparea cu acul, iar virusul hepatitei B rămâne viu în sângele uscat la temperatura camerei și suprafețe obișnuite, timp de o săptămână.

## Aplicarea precauțiilor standard

Practicile adecvate de control al infecțiilor sunt parte integrală a conceptului serviciilor medicale de calitate și urmează a fi aplicate în relație cu **fiecare pacient, de fiecare dată și în orice împrejurare, atât în condiții casnice, cât și în toate practicile tradiționale ale medicinei**. Aplicarea precauțiilor standard se referă la un șir de deprinderi, executări și condiții, care sunt stipulate în ordinele și regulamentele aprobate de către Ministerul Sănătății și relatate mai jos.

### **1. Deprinderi sigure:**

**a) Spălatul pe mâini și al altor părți ale tegumentelor în timpul manoperelor** este cel mai important și, uneori, singurul mod de prevenire a contaminării și a diseminării agenților microbieni.

#### **Când?**

- la intrarea în serviciu și la părăsirea locului de muncă;
- la intrarea și la ieșirea din salonul bolnavului;
- înainte și după examinarea fiecărui bolnav (atenție la bolnavii cu o mare receptivitate);
- înainte și după aplicarea fiecărui tratament;
- înainte și după efectuarea investigațiilor și procedurilor invazive;
- după manipularea și transportarea cadavrelor;
- după scoaterea mănușilor de protecție;
- după scoaterea mănușilor folosite la locul de muncă;
- înainte de primirea și distribuirea alimentelor și medicamentelor administrate per os;
- după folosirea batistei;
- după folosirea toaletei;
- după trecerea mâinii prin păr;
- după activități administrative, gospodărești.

#### **Cum?**

- se îndepărtează toate bijuteriile (inele, brățări), ceasurile;
- se recomandă a avea unghii îngrijite, tăiate scurt;
- se utilizează apa curentă și săpun pentru spălare obișnuită;
- se aplică două săpuniri consecutive;
- în caz de urgență este permisă utilizarea antisepticelor ca înlocuitor al săpunului;
- în unele situații spălarea este completată de dezinfectia mâinilor: după proceduri aplicate bolnavilor septici, contagioși și celor cu imunodepresie severă.

**Spălarea și dezinfectarea mâinilor și purtarea mănușilor de unică utilizare este obligatorie în următoarele situații:**

- recoltarea produselor biologice pentru examinări de laborator sau în alte scopuri;
- efectuarea puncțiilor lombare sau vasculare;
- orice manoperă ce induce contact cu sângele, secreții și excreții ale asistaților;
- examene și tratamente stomatologice;
- efectuarea tratamentelor parenterale (aborduri vasculare, puncții lombare);
- schimbarea pansamentelor;
- termometria rectală, clisme;
- tușeu vaginal, tușeu rectal;
- sondaje, cateterizări vezicale;
- tubaj gastric, duodenal, alimentarea prin tubaj;

- intubare oro-traheală;
- endoscopie;
- intervenții chirurgicale;
- asistarea nașterilor;
- aplicarea și îndepărtarea cateterelor venoase și arteriale.

**Ștergerea și uscarea mâinilor este obligatorie:**

- cu hârtie-prosop;
- cu prosop de unică întrebuințare.

**b) Folosirea echipamentului personal de protecție.** *Echipamentul de protecție asigură bariera între lucrător și sursa de infecție și este utilizat în timpul activităților care presupun riscul de infecție. Personalul medical va purta mănuși de protecție și halate speciale.*

Barierile utilizate pentru precauțiile universale sunt următoarele:

➤ **Mănușile**, care se folosesc în:

- anticiparea contactului mâinilor cu sângele, lichide biologice contaminate, alte lichide biologice cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane;
- abord venos sau arterial;
- recoltarea LCR;
- contactul cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate;
- curățarea și decontaminarea instrumentarului contaminat după utilizare.

**Tipurile de mănuși:**

- sterile:** în intervenții care implică contact cu regiunile sterile ale corpului, uneori se utilizează mănuși duble – în abordul vascular prin puncție, în manipulări cu materiale potențial contaminate;
- nesterile, curate:** în examinări curente, care implică contact cu mucoasele, în caz că nu există o recomandare contrarie;
- reutilizabile:** în manipulări cu materiale contaminate, în activități de curățenie, în îndepărtarea produselor biologice contaminate;
- de uz general, pentru menaj (de cauciuc):** în activități de întreținere, care implică contact cu sângele și cu alte produse biologice considerate contaminate, în curățarea și decontaminarea instrumentarului, materialului moale, suprafețelor contaminate.

**Modul de utilizare a mănușilor:**

- sunt schimbate după examinarea/tratarea fiecărui pacient;
- după utilizare, se spală mai întâi mâinile în mănuși, apoi acestea se îndepărtează, prinzându-se marginea primei mănuși din exterior, aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă cu mâna liberă, de asemenea prin interior, trăgând-o cu grijă și aruncând-o în același container;
- după îndepărtarea mănușilor, mâinile se spală din nou, timp de 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu au prezentat semne vizibile de deteriorare;
- mănușile de unică utilizare nu se mai reutilizează, deci nici nu se curăță și nu se dezinfectează;
- mănușile de uz general se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, învechirea cauciucului etc.).

➤ **Halatele obișnuite** se folosesc în timpul tuturor activităților desfășurate în unitățile medicale.

➤ **Șorturi, bluze, impermeabile** – completează portul halatelor atunci când se anticipează producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, protejând astfel tegumentele personalului medical (în secțiile cu profil chirurgical, laboratoare, servicii de urgență, anatomie patologică, medicină legală, în unele activități administrative).

➤ **Masca** protejează tegumentele, mucoasele personalului medical (bucală, nazală).

➤ **Protectoarele faciale:** ochelari, ecran protector – protejează tegumentele, mucoasele (bucală, nazală, oculară).



➤ **Echipamentul de resuscitare** protejează mucoasa bucală în timpul instituirii respirației artificiale. Este interzisă aspirarea cu gura a lichidelor în pipete, utilizându-se doar sistemele mecanice.

➤ **Bonete:** simple (textile) sau impermeabile. **Cizme de cauciuc.**

## 2. Injecții sigure:

- se evită recapasonarea ăcelor în capacul lor de plastic, aruncându-le în recipientul special destinat pentru acest scop;
- imediat după folosire, instrumentele tăioase se plasează în recipiente, respectându-se strict normele de dezinfectare și sterilizare a lor;
- se evită utilizarea inutilă a instrumentelor tăioase;
- containerele cu obiecte ascuțite se plasează la loc vizibil și accesibil (la distanța brațului);
- containerele pentru obiecte ascuțite se golesc înainte de umplerea acestora;
- modalitatea de gestionare și evacuare a obiectelor ascuțite se stabilește înainte de începerea unei proceduri;
- toate instrumentele se dezinfectează, se curăță și se sterilizează, conform standardului.

## 3. Dezinfectarea, prelucrarea și sterilizarea sigură a instrumentelor și echipamentelor

Procesarea corectă a instrumentarului și a echipamentelor medicale înainte și după utilizare are o deosebită importanță în prevenirea infecțiilor nosocomiale. Alegerea metodei de dezinfecție și/sau sterilizare trebuie să țină cont de categoria instrumentarului și de modul în care acesta este folosit în asistența pacienților. Instrumentele și obiectele utilizate în asistența medicală sunt clasificate în trei categorii, după riscul de transmitere a infecțiilor:

- instrumente critice;
- instrumente semicritice;
- instrumente noncritice.

Clasificarea instrumentelor și dispozitivelor/echipamentelor medicale în trei categorii corelează cu clasificarea procedurilor de procesare.

**Instrumentele critice** vin în contact cu țesuturile sterile sau cu sistemul vascular, care penetrează pielea sau mucoasele, cum ar fi bisturiile, ăcele, cateterile vasculare, implanturile, alt instrumentar chirurgical invaziv. Asemenea instrumente necesită sterilizare între utilizări, cu respectarea strictă a recomandărilor producătorului aparaturii de sterilizare referitor la timpul de contact sau la utilizarea sterilizantilor chimici. Înainte de sterilizare, instrumentele se dezinfectează.

**Instrumentele semicritice** vin în contact cu mucoasele (cu excepția mucoasei periodontale) sau cu soluții de continuitate a pielii – endoscoape flexibile, laringoscoape, tuburi endotraheale, echipament de anestezie și respirație asistată. Acest instrumentar necesită sterilizare sau, cel puțin, dezinfecție de nivel înalt între utilizări. Termometrele orale sau rectale și echipamentul cu suprafețe netede, dure (căzi de hidroterapie) necesită dezinfecție de nivel intermediar între utilizări.

**Instrumentele noncritice** vin în contact doar cu pielea intactă (stetoscoape, suprafețele meselor, pavimentele, mobilierul etc.) și necesită dezinfecție de nivel intermediar între utilizări.

**Sterilizarea** este totalitatea de metode, mijloace și forme utilizate pentru omorârea și înlăturarea tuturor speciilor de microorganisme, la toate fazele de dezvoltare, ce se conțin în interiorul și pe suprafața diferitor materiale, instrumente și obiecte. Obținerea stării de „sterilitate”, precum și menținerea ei până la momentul utilizării acestora, reprezintă o obligație, instituțiile medico-sanitare fiind responsabile să asigure sisteme de calitate de control și să garanteze securitatea pacienților.

Regimul de sterilizare a articolelor medicale în autoclav

Tabelul 6

Material de pus la sterilizat	Temperatura (°C)	Presiunea (atm.)	Durata (minute)
Instrumente, seringi (plastic, sticlă, cauciuc)	120 + 2	1,1 + 0,2	45 + 3
Pansamente (comprese), țesături pentru câmpuri operatorii, halate	132 + 2	2,0 + 0,2	20 + 2
	sau 120 + 2	1,1 + 0,2	45 + 3

Sterilizarea articolelor medicale în popinel

Regimul de sterilizare			
Temperatura de lucru în camera de sterilizare (°C)		Timpul expoziției (minute)	
Valoarea normală	Devierea maximă	Valoarea normală	Devierea maximă
180	+2 / -10	60	+5
160	+2 / -10	150	+5

Evaluarea eficacității sterilizării articolelor medicale în autoclav și în sterilizatorul cu aer cald se efectuează conform *Ghidului de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale*.

#### 4. Mediu de lucru sigur

##### Gestionarea și distrugerea corectă a obiectelor ascuțite:

- manevrele parenterale sunt reduse la minimum necesar;
- obiectele ascuțite sunt colectate imediat după utilizare în containere rezistente la înțepare și tăiere, amplasate la îndemână și marcate corespunzător;
- nu se execută înlăturarea acului din seringă de uz unic.

##### Gestionarea lenjeriei:

- lenjeria contaminată cu sânge și cu alte produse biologice, potențial contaminate, este manipulată cât mai puțin posibil;
- echipamentul de protecție este sortat și prelucrat în spații special destinate;
- lenjeria este colectată în saci impermeabili, la necesitate dubli, marcați în mod corespunzător;
- este evitată păstrarea îndelungată a lenjeriei înainte de prelucrare;
- se asigură un ciclu corect și complet de prelucrare/decontaminare.

##### Curățenia și decontaminarea:

- în procesul de îndepărtare a urmelor de sânge, a altor lichide biologice sau țesuturi sunt folosite mănușile;
- se efectuează decontaminarea inițială cu substanțe clorigene, apoi îndepărtarea cu hârtie absorbantă, care se colectează în containere sau saci de plastic marcați;
- se dezinfectează cu soluție germicidă;
- suprafețele prelucrate se usucă;
- se aplică tehnici standard de efectuare a curățeniei, sterilizării, decontaminării echipamentului medical, a pavimentelor, pereților, mobilierului, veselei, sticlăriei, tacâmurilor.

##### Reziduurile infectante:

- sunt neutralizate prin incinerare sau autoclavare;
- sunt colectate în recipiente impermeabile, marcate pentru diferențiere clară, prin culoare și etichetare.

Conform *Ghidului de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale, 2008*, pericolul epidemiologic al deșeurilor provenite din activități medicale se explică prin faptul că acestea conțin un număr crescut de microorganisme, comparativ cu deșeurile menajere și, totodată, în ele se depistează microorganisme patogene – bacterii, virusuri. Dat fiind acest fapt, este obligatorie respectarea condițiilor de segregare, colectare, depozitare și transportare a deșeurilor biologice.

Precauții standard în asistența medicală

Proceduri	Spălarea pe mâini	Mănuși de protecție	Hălat de protecție	Mască de protecție	Ochelari de protecție
Anamneza, discuții cu pacientul					
Ajustarea ritmului unei PEV deja montate					
Examinarea pacientului fără a atinge sânge, alte produse biologice	X				
Examinarea pacientului cu atingerea sângelui, mucoaselor sau a altor produse biologice	X	X			
Recoltarea sângelui	X	X			
Montarea cateterelor venoase, executarea puncțiilor venoase	X	X			
Aspirare	X	X	X	X	X

Procedeele standard se aplică fiecărui pacient, de fiecare dată și oriunde în instituția medicală. Astfel, măsurile de precauție suplimentare în cazul acordării asistenței medicale persoanelor cu statut HIV-pozitiv (așa ca spitalizarea în saloane separate, utilizarea instrumentarului medical separat, testarea obligatorie a tuturor pacienților la infecția HIV) nu sunt justificate, deoarece acestea nu oferă protecție sporită sau superioară celei asigurate prin aplicarea simplă și consecventă a procedurilor standard.

### 5. Transfuzii sigure de sânge

Pentru asigurarea securității transfuziilor de sânge se recomandă:

- selectarea donatorilor de sânge;
- consilierea confidențială a pre- și posttestării voluntare a donatorilor potențiali;
- evidența și evaluarea factorilor de risc în anamneza donatorilor;
- efectuarea sigură a procesului de colectare, prelucrare, ambalare, păstrare și eliberare a sângelui și a preparatelor din sânge;
- testarea recipientilor de sânge până la transfuzii (cifrul 110.1) și după 6 luni (cifrul 110), conform ordinului MS nr. 314 din 31.07.2007 „Cu privire la Regulile de examinare și supraveghere medicală pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficienței umane”.

### 6. Profilaxia postexpunere

În conformitate cu recomandările ordinelor și regulamentelor în vigoare ale Ministerului Sănătății, în cazul expunerii cu risc de transmitere a infecției HIV, cadrelor medicale li se oferă Profilaxia Postexpunere (PPE).

Aceasta include:

#### Acțiuni la locul expunerii:

- se va folosi trusa anti-SIDA (plasată în locul de activitate unde se efectuează manopere medicale), care conține obligatoriu în permanență:
  - apă oxigenată de 3%;
  - alcool de 70°;
  - sulfacil de sodiu de 30%;
  - protargol de 1%;
  - permanganat de caliu, soluție de 0,0015% (soluția se prepară extempore);
- se scot mănușile, se spală pe mâini cu apă și săpun, locul dat se va prelucra cu un tampon cu apă oxigenată de 3%, aplicându-se această soluție pentru două minute, apoi locul lezat se va acoperi cu leucoplast și se vor îmbrăca alte mănuși;

- se spală membranele mucoase cu apă și se aplică alcool de 70° timp de două minute;
- ochii se spală bine sub apă curgătoare cu un tampon de vată și se picură 2-3 picături de sol. sulfat de natriu 30% sau protargol 1%;
- lenjeria contaminată cu sânge și alte produse biologice se va colecta în saci impermeabili.

#### **Determinarea riscului asociat expunerii prin:**

- tipul de lichid (sânge, lichide biologice vizibile, alt lichid potențial infecțios);
- tipul expunerii (leziuni percutanate, ale membranei mucoase sau ale pielii cauzate prin înțepături/expunere la sânge).

#### **Consilierea și testarea persoanei accidentate la HIV în termeni stabiliți:**

- se efectuează testarea la anticorpi HIV și markerii hepatitelor virale B, C timp de șase luni post-expunere (inițial, la șase săptămâni, la trei și șase luni);
- se efectuează testarea la anticorpi HIV dacă apare sindromul viral;
- se sugerează persoanelor expuse să utilizeze măsuri de precauție pentru prevenirea transmiterii secundare în timpul perioadei ulterioare.

#### **Tratament postexpunere:**

- lucrătorul medical accidentat este referit urgent (în primele două, și nu mai târziu de 24 de ore) către Dispensarul Dermatovenerologic Republican (DDVR) pentru consiliere, apreciere a statutului HIV, determinare a necesității schemei de inițiere a ARV-terapiei eficiente în profilaxia postexpunere;
- în cazul administrării tratamentului profilactic postexpunere, se monitorizează toxicitatea medicamentelor timp de cel puțin 2 săptămâni.

Este obligatorie cercetarea fiecărui caz de accident, situație de avarie la locul de lucru cu participarea lucrătorului medical accidentat, a conducătorului secției sau sectorului, a reprezentanților administrației, comitetului sindical, a persoanei oficiale sau reprezentantului (specialistului) centrului de medicină preventivă teritorială (sau departamentală). Se întocmește un proces-verbal detaliat de anchetare a accidentului, cu indicația cauzelor, circumstanțelor, caracterului și scării de accident, aprecierea gradului riscului de infectare, evaluarea oportunității, calității și plenitudinii măsurilor înlăturării urmărilor accidentului.

În paralel, se efectuează aprecierea statutului HIV al persoanei – a sursei potențiale de infecție de la care a provenit sângele sau alt product biologic, prin analiza documentației medicale individuale și de evidență, îndreptarea urgentă a probei de sânge în Laboratorul de diagnosticare HIV al CNȘPMP, îndreptarea pacientului în IMSP DDVR pentru examenul clinic detaliat și determinarea statutului HIV. **Sursa este considerată negativă (neinfectată HIV) dacă datele de laborator conțin următoarea informație: test ELISA pentru anticorpi anti-HIV – negativ, PCR pentru HIV – negativ, testarea Ag P24 – negativ și nu există nicio manifestare clinică sugestivă pentru o boală recentă, asemănătoare cu infecția retrovirală. O sursă este considerată infectată cu HIV (HIV-pozitivă) dacă testele de laborator sunt pozitive sau dacă medicul clinician consideră posibil diagnosticul SIDA.**

Așadar, sursa potențială se poate afla în mai multe situații:

- cunoscută ca infectată cu HIV înainte de accident;
- testul ELISA pentru HIV este pozitiv (potențial infectată);
- testul ELISA pentru HIV este negativ (posibilitate de a fi expusă riscului de infecție);
- refuzul testării la HIV;
- sursa nu este cunoscută.

Ulterior, în corespundere cu cele descrise mai sus, se ia decizia privind necesitatea înlăturării lucrătorului medical accidentat de la donare de sânge, activitate chirurgicală, efectuarea manoperelor și procedurilor legate cu risc potențial de infectare a pacienților, angajare temporară, sprijin psihologic, recomandări privind comportamentul în familie, relații sexuale. Se asigură supravegherea medicală a lucrătorului medical accidentat, în următoarele trei luni după accident, în scopul depistării precoce a semnelor infecției HIV acute (febră, erupții cutanate – de obicei morbiliforme, faringită, limfadenopatie, sindrom mononucleozic), a semnelor prodromale sau a semnelor precoce ale altor maladii infecțioase și parazitare transmisibile prin sânge. Totodată, se asigură controlul respectării de către lucrătorul medical accidentat a regimului, dozelor și a termenului terapiei ARV. Sunt prezentate documentele necesare pentru argumentarea și con-

firmarea bolii profesionale în caz de pierdere a capacității de muncă sau în cazul seroconversiei și confirmarea faptului de infectare cu virusul HIV a lucrătorului medical, în urma expunerii accidentale în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu.

### **Obligațiile conducătorilor instituțiilor medicale**

În scopul prevenirii infectării profesionale, conducătorii instituțiilor medicale sunt obligați să asigure:

- 1.** Instruirea periodică a personalului medical care activează la locuri de muncă cu risc potențial de infectare în domeniul securității muncii, în scopul urmăririi regulilor și ordinii de înlăturare a urmărilor accidentului.
- 2.** Aprovizionarea lucrătorilor medicali cu mijloace individuale de protecție – mănuși, halate, măști, ochelari, șorț din material impermeabil etc. în funcție de caracterul de lucru și prezența riscului potențial de infectare.
- 3.** Aprovizionarea locurilor de lucru cu obiecte de igienă personală, truse cu medicamente, dezinfectante, materiale pentru pansament și alte remedii pentru înlăturarea urmărilor accidentelor, prelucrarea plăgilor, suprafețelor de piele, a mucoaselor, a hainelor și a mijloacelor de protecție, a suprafețelor de lucru.
- 4.** Informarea lucrătorului medical care s-a expus pericolului privind etapele de profilaxie post-expunere, pe care este obligat să le urmeze.
- 5.** Crearea unui sistem funcțional de informare, evidență și cercetare a accidentelor.

## Capitolul 3

# BARIERE ÎN DEZVOLTAREA UNEI ASISTENȚE CALITATIVE PERSOANELOR CARE TRĂIESC CU HIV

*Toată lumea este acum mobilizată în jurul accesului universal la terapia antiretrovirală, care este de o extraordinară importanță. Accesul universal, până în 2010, este un obiectiv bun. Dar nimeni nu vorbește despre faptul că, pentru a atinge acest obiectiv, avem necesitatea de a elimina înainte de 2010 stigmatizarea, rușinea, negarea, discriminarea, inacțiunea și greșelile.*

(Canon Gideon Byamugisha, cleric HIV-pozitiv, fondatorul a ANERELA+, Rețeaua Africană a liderilor religioși care au HIV și SIDA sau sunt personal afectați de această maladie.)

## Impactul stereotipurilor și prejudecăților în analiza obiectivă a problemelor

De nenumărate ori ați putut fi martorii unor afirmații de tipul: *toți adolescenții nu respectă pe cei mai în vârstă; bărbații doresc un singur lucru de la femei; toți chinezii arată la fel; toți cei care sunt de religie islamică sunt teroriști; toți avocații sunt lacomi; toți oamenii care trăiesc în localitatea X sunt leneși* etc. Astfel de afirmații se numesc stereotipuri.

Noțiunea de „stereotip” provine de la grecescul *στερεός* (*stereos*) „solid, ferm” + *τύπος* (*tuπος*) „insuflare, impresie”, adică, „impresie solidă”. Acest termen este descris științific în anul 1922 de către psihologul Walter Lippmann, care menționa: „Noi nu vedem înainte de a defini, ci definim înainte de a vedea”. Lippmann a înaintat ideea că oamenii sunt determinați să funcționeze pe baza unor imagini din memorie, a unor generalizări abuzive. Ca urmare, stereotipurile influențează atât modul în care sunt asimilate informațiile noi, cât și modul în care ne amintim de ele.

A crea stereotipuri este o funcție naturală a creierului nostru, prin care este simplificată realitatea complexă, pentru ca mintea și corpul nostru să dezvolte răspunsuri automate la stimuli similari. Totodată, stereotipurile pot fi neutre sau chiar pozitive, iar în relațiile sociale pot apărea și cu o funcție utilă, deoarece odată cu clasificarea indivizilor le putem anticipa comportamentul și planifica reacțiile (*toți adolescenții sunt hiperemotivi, toate mamele sunt grijulii* etc).

Însă, deseori, perceperea informațiilor trece prin prisma unor interpretări înguste personale, cu focusarea atenției doar spre calitățile care convin la moment și cu omiterea a ceea ce nu pare a fi interesant sau important. Anumite cercetări demonstrează impactul stereotipurilor în perceperea și interpretarea lucrurilor. De exemplu, într-un studiu despre zvonuri (1947), unor subiecți albi le-a fost prezentată o scenă ce se petrecea într-un metrou: în prim-plan se putea vedea o ceartă între un negru bine îmbrăcat și un alb care avea un briceag în mână. Subiecții au descris ceea ce au văzut unei persoane care nu văzuse scena și

care avea, la rândul ei, să o descrie unei a treia persoane și așa mai departe. Descrierile se deformau progresiv, ajungând să corespundă stereotipurilor pe care alții le au despre persoanele de culoare. La finalul „lanțului zvonului”, mesajul descria o interacțiune violentă între un om alb și un „negru agresiv” care avea un briceag în mână.

Acest studiu argumentează odată în plus că convingerile stereotipe ne afectează mult percepția despre cei din jur, concentrându-ne pe apartenența persoanei la o categorie, la un grup, decât pe însuși individul cu care interacționăm ca personalitate. Cu alte cuvinte, stereotipurile apar ca niște idei preconcepute, clișee, care ne limitează opinia despre ceea ce ne înconjoară. Am putea determina câteva caracteristici principale ale stereotipurilor:

- sunt mult mai simple decât realitatea;
- se obțin mai degrabă de la „mediatorii culturali” decât prin propria experiență;
- sunt false prin însăși natura lor;
- sunt foarte greu de schimbat și rămân cu încăpățănare în mintea noastră, influențându-ne comportamentele.

Cu regret, stereotipurile predomină foarte frecvent și în relațiile cu persoanelor care trăiesc cu HIV. În societate pot fi întâlnite des afirmații stereotipice de tipul: *HIV este rezultatul unui comportament imoral; toate persoanele seropozitive sunt o povară pentru societate etc.*

Crearea stereotipurilor devine periculoasă, în mod special, atunci când acestea conduc la prejudecăți – opinii negative și atitudine diferențiată față de membrul unui grup, motivată doar de apartenența acestuia la grup. De exemplu, se consideră că *toate persoanele care trăiesc cu HIV sunt periculoase, deoarece ei ar dori să-i infecteze pe cei din jur*. Adică oamenilor cu doar o singură calitate comună, cu caracter nesocial – existența virusului în sânge – li se atribuie calități sociale negative, fără nicio legătură cu virusul: pericolul pentru alții, dorința de a dăuna celor din jur.

Stigmatizarea asociată cu HIV se bazează pe o anxietate socială exagerată și pe prejudecăți, după cum în trecut au existat și reacțiile de spaimă față de lepră, holeră, poliomielită etc. Un pacient seropozitiv remarcă: „Mi s-a întâmplat deseori să se arate spre mine și să aud: «Uitați-vă, el este omul cu HIV!»”

Mai mult decât atât, persoanele care trăiesc cu HIV sunt judecate pe baza unor ipoteze privind integritatea lor morală. Atât la nivel social, cât și personal, oamenii tind să asocieze SIDA cu lipsă de decență, prin expresii de tipul: „Oameni care contractează HIV au făcut ceva ca să o merite”.

Un studiu amplu privind stigma și discriminarea, efectuat în perioada 2001–2004 în patru țări: Zambia, Vietnam, Etiopia și Tanzania, a arătat că infectarea cu HIV este percepută, în mod frecvent, ca fiind rezultatul unei alegeri personale – o alegere de a se implica în comportamente riscante și incorecte și, prin urmare, este vina numai a persoanei infectate însăși. Un lider religios din Zambia a declarat: „Pacienții sunt neglijenți cu ei înșiși. Dumnezeu i-a pedepsit pentru neascultare. Bolile nu sunt tradiționale în natură, iar cei afectați sunt exemple de ceea ce Dumnezeu poate face atunci când sunt încălcate poruncile Lui”.

Un alt studiu, efectuat în Tanzania în perioada 2004–2005, sprijină în continuare aceste constatări. Mai mult de jumătate din persoanele chestionate în rândul populației generale sunt de acord cu faptul că persoanelor cu HIV ar trebui să le fie rușine de ei înșiși. Circa 65 la sută consideră că HIV este o pedeapsă pentru un comportament indecent. De obicei, acest „comportament rău” este asociat cu relațiile sexuale sau cu consumul de droguri injectabile. Se consideră că bărbații seropozitivi sunt homosexuali, bisexuali sau persoane care folosesc serviciile prostituatelor, iar femeile care trăiesc cu HIV duc o viață sexuală dezordonată sau sunt lucrătoare ale sexului comercial.

Din păcate, în condițiile unei pandemii, nimeni nu poate fi pe deplin asigurat împotriva infecției. O infectare accidentală cu HIV și cu alți viruși se poate întâmpla prin transfuzii de sânge, la medicul stomatolog sau în timpul unei intervenții endoscopice (ex.: cistoscopia la urolog), în cazul în care este folosit un instrument contaminat/insuficient sterilizat.

Unul dintre cele mai supărătoare lucruri în cazul stereotipurilor și prejudecăților este că, în mod obișnuit, ele sunt create de cei puternici și aplicate celor slabi, care nu pot controla modul în care sunt percepuți de ceilalți și nu pot schimba aceste percepții.

În general, orice stereotip poate fi justificat, în special, prin manipularea sentimentelor negative sau a fricii, fapt care conduce la confuzie. Necunoașterea sau ignorarea realității se completează prin generalizări

sau prin inventarea unor stereotipuri false, asociate cu ceva înfricoșător. Frica și prejudiciul sunt cauzele reacției negative la infecția HIV, învinovățindu-i pe cei seropozitivi și privindu-i ca pe o rușine. Aceasta duce la judecarea/condamnarea persoanelor care trăiesc cu HIV. Din stereotipizarea negativă a persoanelor, în societate, apare fenomenul stigmatizării și discriminării.

## Notiunea de stigmă și discriminare. Cauzele apariției și modalități de manifestare

„Stigma” (de la grecescul *stigma* – pată, semn), în Antichitate, semnifica „marcajul” sau „dangaua” de pe corpul robilor sau al criminalilor. În etapa contemporană, acest cuvânt se utilizează cu semnificația unei etichetări sociale extrem de puternice, care se atribuie unor categorii de oameni, apreciați prin calități indezirabile, rușinoase pentru comunitate, ca având un rol social negativ. Aceasta este o etichetă socială dură, care modifică în mod esențial atitudinea celor din jur față de persoana (sau grupul) stigmatizat și influențează atitudinea persoanei sau a grupului stigmatizat față de cei din jur și față de sine însuși. A stigmatiza înseamnă a eticheta condamnat, a acuza deschis sau formal. Stigmatizarea este un proces de devalorizare multilaterală a ființei umane prin discreditare, atunci când individul este considerat „anormal” sau „diferit”. În societate există diferite modalități de manifestare a stigmatului, care sunt dependente una de alta:

*Stigmatul cultural* este determinat de anumite standarde sociale, conform cărora, persoanele dintr-un anumit grup sunt oarecum mai puțin conforme normelor etice, ele sunt marginalizate și apreciate ca „victime” ale propriului comportament. Un astfel de stigmat s-a constituit față de persoanele HIV- pozitive fiind prezentate ca „subiecți asociați”.

*Stigmatul instituțional* este întemeiat pe atitudinea discriminatorie a guvernului, a sistemului de sănătate publică, a bisericii, a sferei businessului și a altor instituții sociale. O asemenea stigmatizare se manifestă prin adoptarea unor articole în legislație, care limitează, neîntemeiat, drepturile oamenilor cu anumite probleme/caracteristici (ex.: drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV).

*Stigmatul personal* constă în superstițiile și reprezentările personale, care se referă la un anumit grup social. Stigmatul personal nu apare de la sine, el este o consecință directă a existenței stigmatelor la nivel instituțional și cultural. El poate să nu se manifeste în viața cotidiană a omului, dacă acesta nu se întâlnește cu reprezentanții grupului stigmatizat, cum ar fi opinia preconcepțată că persoanele seropozitive sunt niște „monștri” periculoși, care trăiesc în alte țări, undeva departe.

*Stigmatul interpersonal* reprezintă exprimarea urii, a disprețului, a sentimentului de frică sau timiditate în cazul contactului direct cu reprezentanții grupului stigmatizat. Stigmatul interpersonal poate lua forma unei discriminări: jigniri, violență etc. Dar, adesea, el are forme latente, camuflate: un ton prea reținut și rece, încercări de a evita întâlnirile, neîncrederea.

Stigmatul are două fațete: cu manifestare în exterior sau în interior.

*Stigmatul exterior* este unul raportat la un grup străin și poate apărea în următoarele forme: încercări de a demonstra că tu nu aparții grupului dat („Eu nu sunt ca ei”); exprimări disprețuitoare, „porecle”; nedorința unor contacte și întâlniri cu reprezentanții altui grup; teama (de infectare); violența și alte forme de discriminare; atitudine tutelară; ignorarea părerii și intereselor reprezentanților grupului.

*Stigmatul interior* se referă la grupul căruia aparține persoana respectivă și, prin urmare, se modifică atitudinea persoanei față de sine însăși – *autostigmatizarea*. Stigmatul interior se poate manifesta prin: sentimentul rușinii, al propriului declin și al propriilor deficiențe; afectarea respectului de sine și a demnității; încercarea de a-și demonstra superioritatea față de alți reprezentanți ai grupului și deosebirea de ei; incapacitatea de a avea relații cu persoane din același grup; teama de discriminare din partea altor persoane, inclusiv și neîntemeiată; părerea negativă despre persoanele din afara grupului stigmatizat; sentimentul de neputință; lipsa controlului asupra situației; convingerea că părerea și interesele proprii nu au importanță și nu pot influența nimic. Autostigmatizarea conduce la depresii, autobiciuire, sentiment de inferioritate și izolare. Aceasta subminează și istovește forțele celor care și așa sunt afectați de boală, făcându-i să se învinuiască pentru situația în care au ajuns.



Stigmatizarea legată de HIV sau SIDA este un „proces de devalorizare” a persoanelor seropozitive și implică crearea mediului ostil și înspăimântător referitor la totul ce este legat de acești oameni. Sunt identificați un șir de factori care contribuie la dezvoltarea fenomenului stigmatizării la nivel social a persoanelor care trăiesc cu HIV:

- HIV/SIDA este o boală care amenință viața, iar subiectul *morții* este înfricoșător și ajunge până la nivel de tabu. Oamenii evită să vorbească despre lucruri neplăcute și care îi sperie.
- Persoanele care nu sunt suficient de informate despre HIV și despre efectele virusului asupra organismului asociază această infecție cu o stare de boală gravă, cu schimbarea teribilă și înspăimântătoare a exteriorului. Desigur, tot ce este urât – respinge.
- HIV este o infecție, iar infecțiile, tradițional, invocă teamă care contribuie la izolarea celui bolnav, ignorând căile reale de transmitere a HIV.
- Persoanele care trăiesc cu HIV sunt frecvent asociate cu cei care erau stigmatizați în societate și până la epidemia HIV: homosexualii, consumatorii de droguri, lucrătorii sexului comercial.
- HIV implică tema relațiilor sexuale, care este, de obicei, un subiect stânjenitor, asociat cu anumite constrângeri morale, temeri, vicii, sentimentul de vinovăție etc.

În prezent, este recunoscut faptul că în fiecare societate există trei faze ale infecției HIV. Prima etapă constă în stabilirea a ineseși epidemiei de HIV, când virusul se răspândește în societate pe neobservate. Aceasta este urmată de SIDA, care are loc atunci când HIV cauzează stări de pericol pentru viață. În fine, se declanșează cea de-a treia fază a epidemiei – stigmatizarea, discriminarea, condamnarea și înstrăinarea colectivă, ceea ce complică foarte mult depășirea primelor două etape. Astfel, epidemia este parcă alungată din „fața ochilor”, aruncată în „ilegalitate”, ceea ce, de fapt, creează condiții ideale pentru răspândirea HIV și în continuare.

Tratamentul inechitabil și nejustificat față de persoanele ce trăiesc cu HIV reprezintă discriminarea acestora, care are o marcă puternică socială, economică și politică.

**Discriminarea** este stigmatizarea care a ajuns la realizarea practică, devenind o acțiune negativă reală. Discriminarea are loc atunci când persoanele sunt tratate neobiectiv, din cauză că aparțin unui grup anumit sau au unele caracteristici particulare. Un pacient poate stigmatiza medicii, considerând că aceștia, toți, se comportă rău cu pacienții HIV-pozitivi și nu cunosc tratamentul. Astfel de păreri sunt stigmatizante, însă nu pot duce la discriminare. Fenomenul discriminării devine însă posibil atunci când stigmatizarea, pentru anumite categorii de pacienți, vine din partea lucrătorului medical, cum ar fi limitarea accesului persoanelor care trăiesc cu HIV la servicii de sănătate.

Așadar, discriminarea se produce atunci când o persoană suferă din cauza regulilor, legilor sau a atitudinii prejudicioase, deoarece această persoană este seropozitivă sau bolnavă de SIDA. Prin aceasta, persoana pierde, pe nedrept, statutul de membru deplin al societății. Deosebim câteva forme de discriminare:

**Discriminarea directă** implică tratarea nefavorabilă a cuiva, din cauza apartenenței unui atribut „anormal” (ex.: orientare sexuală, dizabilitate etc.). Un exemplu poate fi refuzul pentru angajare la serviciu a unei persoane HIV-pozitive.

**Discriminarea indirectă** implică stabilirea unei condiții sau cerințe, în așa fel încât o parte mai mică dintre persoanele cu atribute interzise să poată să le îndeplinească, comparativ cu persoanele ce nu au aceste atribute. Un exemplu ar fi introducerea cerinței pentru persoanele HIV-pozitive, ce doresc să primească tratamentul ARV, să fie independenți de droguri (adică utilizatorii activi de droguri sunt refuzați de a urma tratamentul ARV).

Pentru a învinge discriminarea, ignoranța și isteria, în societatea noastră trebuie să se formeze treptat o atitudine umană și lucidă față de diferite probleme ale celor care trăiesc cu HIV, fără elemente discriminatorii și prejudecăți. Însă frecvent, se observă neglijarea „corectitudinii politice” în discuțiile despre HIV, ceea ce contribuie la apariția unor mituri și viziuni greșite, care împiedică procesul de luare de decizii obiective și, ca rezultat, conduce la discriminare și tragedii personale.

Cu regret, atitudinea negativă a societății se exprimă printr-o multitudine de modalități – insulte, acuzații, atacuri, refuz de ajutor. Uneori se ajunge până la aplicare de forță fizică; se cunosc cazuri de incendiere a caselor celor infectați. În SUA, discriminarea persoanelor seropozitive și a familiilor lor a atins, în perioada anilor '90, proporții enorme. Pentru a preveni „vânătoarea de vrăjitoare”, declanșată

până la nivel național, în multe state au fost create comisii speciale pentru combaterea discriminării și au fost create legi care interziceau și prevedeau o pedeapsă dură pentru cei care erau implicați în discriminarea persoanelor HIV-pozitive și a familiilor lor. În același context, în anul 1992, pentru a lichida definitiv posibilitățile de discriminare, în Legea Federală privind persoanele cu handicap, au fost introduse anumite modificări, în conformitate cu care, persoanelor care trăiesc cu HIV li se atribuia statutul de invalizi, astfel fiind recunoscuți ca cetățeni deplini ai SUA, cu toate drepturile care reies din această definire.

Societatea contribuie la stigmatizare și discriminare, în mare parte, din teamă, din ignoranță și, într-o oarecare măsură, din faptul că este mai simplu să îi învinuiești pe cei care au suferit primii. Reprezentarea infecției HIV în mass-media și la televiziune ca „boală a consumatorilor de droguri”, „boala negrilor”, „boală americană” sau „ciuma pentru homosexuali” susține puternic fenomenul stigmatizării și discriminării și consolidează stereotipurile preexistente. Observăm că, în ansamblu, stigmatizarea legată de HIV acutizează și mai mult inegalitățile sociale existente. Acestea includ inegalități de gen, de diferențe de rasă și origine etnică, precum și cele manifestate față de lucrătorii sexului comercial etc. Rasismul și xenofobia se observă nu numai cu referire la presupusele „surse” de HIV, dar și în fenomenul de stigmatizare și discriminare, care au apărut odată cu infecția. Chiar din primii ani de declanșare a epidemiei, în multe discuții publice despre HIV erau expuse păreri rasiste înspăimântătoare despre „neînfrânarea sexuală a africanilor”.

Etichetarea persoanelor HIV-pozitive prin folosirea unui limbaj înjositor și ofensant, prin insulte, batjocură și reproșuri este un fapt des întâlnit în întreaga lume. În Tanzania, de exemplu, o persoană cu SIDA în etapă avansată este numită *maiti inayotembea* ce înseamnă „cadavru mergând”.

## Consecințe ale stigmatizării și discriminării persoanelor care trăiesc cu HIV

Calitatea vieții persoanelor care trăiesc cu HIV este afectată semnificativ de fenomenul stigmatizării și discriminării, care are diferite manifestări atât la nivel social, cât și în cadrul instituțiilor medicale.

### Izolarea și excluderea socială

Izolarea persoanelor care trăiesc cu HIV și SIDA este întâlnită foarte frecvent la nivel de domiciliu, locuri de cult, locuri de muncă, școli și spitale. La nivel de domiciliu, stigmatizarea se manifestă prin utilizarea separată a obiectelor habituale, a ustensilelor, a hainelor, a lenjeriei de pat, făcând ca persoanele seropozitive să mănânce și să doarmă în izolare. Mai multe studii demonstrează că oamenii sunt reticenți de a sta alături cu o persoană HIV-pozitivă sau își vor schimba locul imediat ce vor nimeri alături. În locurile de alimentare publică, unde se utilizează vesela comună, persoanele seropozitive pot fi excluse public. Unele acțiuni de excludere pot fi subtile, dar în mod clar vizibile pentru toată lumea și, în special, pentru cei HIV-pozitivi. În viața de zi cu zi, ei adesea observă că numărul prietenilor scade, că vecinii și rudele evită de a-i vizita sau de a împrumuta anumite obiecte de uz casnic ori produse alimentare (lucruri obișnuite pentru comunitățile sărace), că nu mai sunt bineveniți la evenimente importante din familie și din comunitate, cum ar fi sărbătorile, nunțile etc. Prezența unei persoane HIV-pozitivă la o întrunire de familie a făcut să se renunțe la ritualul tradițional de a mânca dintr-un platou comun și, brusc, să apară vesela individuală.

Una dintre cele mai profunde consecințe ale stigmatizării persoanelor care trăiesc cu HIV este capacitatea redusă a acestora de a-și asigura surse pentru existență. Multe persoane seropozitive, fiind angajate la muncă, s-au pomenit concediate imediat după ce s-a aflat statutul lor HIV-pozitiv, iar cei implicați în vânzări au constatat un declin esențial al clienților. În studiul din Etiopia, participanții au raportat că angajații seropozitivi aproape întotdeauna au fost concediați chiar și din lucrările casnice.

Din nefericire, stigmatizarea și discriminarea nu aduce încurajare și suport persoanelor care trăiesc cu HIV, în momentul în care ei necesită cel mai mult un sprijin. Calitatea îngrijirilor, acordată de către membrii familiei, este deseori nesubstanțială, fără afecțiune sau lipsește. Este trist, dar familiile resping copiii lor, soții resping soțiile și invers, iar copiii resping părinții. Fiind singuri și izolați, ei nu se îngri-

jesc de sine sau nu beneficiază de acces la serviciile medicale; ca urmare, durata lor de viață se reduce esențial.

Persoanele care trăiesc cu HIV necesită multă simpatie, înțelegere și grijă. Deoarece prin contactele habituale HIV nu se transmite, este posibil să atingem persoanele seropozitive, să avem grijă de ele. Ajutorul oferit este elementar: să-i ascultăm și să încercăm să le înțelegem starea. Aceasta le-ar face viața mult mai ușoară. Depășirea îndoielilor și temerilor comune despre HIV, cu neutralizarea tendinței adânc înrădăcinate de a judeca persoanele cu această infecție, sunt de o importanță crucială pentru a reduce stigmatizarea legată de HIV.

## Eșec în prevenirea răspândirii HIV

Frica de a dezvălui statutul real HIV-pozitiv are un impact profund asupra eficienței măsurilor de prevenire, de tratament și a programelor de îngrijire. Rezultatele studiilor efectuate ne sugerează că unele persoane evită testarea HIV, deoarece acestea se tem de un rezultat pozitiv, care este perceput în legătură directă cu stigmatizarea și repercusiunile sociale, fapt ce îi descurajează să afle adevărul. Deseori, persoanele acceptă testarea, însă nu revin pentru a afla rezultatele, din teama de a fi văzuți prea des la o clinică, cunoscută că oferă servicii de testare HIV, și ar iniția suspiciuni. Astfel, aceste persoane nu cunosc beneficiile primite în urma serviciilor medicale, sociale, psihologice, care le poate prelungi semnificativ durata vieții. Mai mult ca atât, unii dintre cei care deja sunt infectați, continuă să practice sexul neprotejat, considerând că modificarea în comportament ar provoca suspiciunea că au HIV, iar dezvăluirea adevărului poate ajunge până la violență fizică și abandon.

În toate cele patru țări incluse în studiul menționat anterior, persoanele seropozitive accentuează dificultatea momentului dezvăluirii statutului lor real HIV. Printre persoanele seropozitive chestionate, care au partener sau soț/soție, în mediu, perioada de timp trecută până la comunicarea statutului său HIV-pozitiv a fost de circa trei ani (doi ani și 11 luni). Desigur această întârziere poate avea repercusiuni grave pentru prevenirea transmiterii virusului. A fost întâlnită o femeie care, cunoscând că este seropozitivă, continua să aibă relații sexuale cu soțul ei fără a folosi prezervative și a dat naștere unui copil, fără a preveni măsurile de prevenire a transmiterii virusului de la mamă la copil, fiindu-i frică de consecințele sociale asociate cu HIV și stigmatizarea.

Cu toate că, în general, este acceptat că prevenirea HIV ar trebui să fie integrată într-un context larg de servicii de sănătate și sociale, multe unități comunitare, cum ar fi bisericile, întreprinderile, penitenciarele și școlile, se opun insistent unor discuții deschise și sincere despre HIV.

## Îngrijire insuficientă și tratament nereușit

Persoanele care trăiesc cu HIV nu vor să solicite tratament sau întârzie să meargă la medici din cauza discriminării reale sau percepute. Un studiu, făcut în SUA printre persoanele adulte HIV-pozitive, a constatat că 36% din intervievați au raportat o discriminare din partea lucrătorilor medicali, inclusiv la 8% din ei le-au fost refuzate serviciile medicale. Unele persoane seropozitive nu beneficiază de o rețea adecvată pentru susținere, deoarece acestea simt frică pentru divulgare și se văd pe sine ca nedemni de a obține suport.

Drept urmare a fricii neîntemeiate, a furiei sau a condamnării morale, stigmatizarea poate conduce la neglijarea persoanelor HIV-pozitive care depind de îngrijire. Când un membru al familiei devine bolnav de oricare altă maladie, familia este gata să întreprindă tot posibilul, pentru ca să ajute persoana bolnavă. Din nefericire, deseori, situația este cu totul alta față de pacienții care trăiesc cu HIV/SIDA.

Sărăcia și resursele limitate motivează și mai grav insuficiența de îngrijire a acestei categorii de pacienți. O asistentă medicală din Etiopia a explicat: „În secții nu sunt mânuși, atunci cum te-ai aștepta ca o asistentă medicală să meargă la un pacient cu HIV/SIDA? Țsta e motivul pentru care puteți găsi un pacient cu diaree, cu o oală sub el, multe ore în șir”.

Experiențele respingerii sociale, dezaprobării și discriminării legate de HIV poate să scadă motivația persoanelor HIV-pozitive pentru a rămâne sănătoși. Un studiu făcut printre bărbați și femei HIV-pozitivi a constatat că cei care au suferit stigmatizarea au abandonat mai frecvent tratamentul și au neglijat prescripțiile medicale.

## Încălcarea drepturilor omului

Drepturile omului sunt un element integrant al existenței umane și se aplică tuturor membrilor societății. Libertatea de a nu fi discriminat este un drept uman fundamental, care se bazează pe principiile eterne și universale ale dreptului natural. Există o conexiune directă dintre drepturile omului și problema HIV, dar aceasta nu ar exista, în cazul în care persoanele ce trăiesc cu HIV nu ar dori să-și petreacă viața în mod obișnuit, să lucreze, să învețe, să iubească; să nu fie obligați să fie testați la HIV, fără a li se cere consimțământul; să poată primi liber tratamentul de care au nevoie.

În contextul epidemiei HIV, încălcarea drepturilor omului, de multe ori, încearcă a se justifica prin considerentele de „sănătate publică”, „protejare a moralei publice”, „combatere a viciilor sociale” etc. Însă experiența ne demonstrează că încălcarea drepturilor unor persoane concrete, ca rezultat, duce la pierderea completă a încrederii societății în întregime față de cei care „sunt de gardă” pentru a-i apăra. Deja de la începutul declanșării epidemiei, a devenit cert faptul că este imposibil de realizat acțiuni pentru controlul și prevenirea HIV în condițiile încălcării drepturilor fundamentale ale omului. Astfel, efectuarea unei distincții între oameni conduce spre atitudine imparțială și incorectă față de unele persoane, din cauza faptului că ele sunt suspectate sau într-adevăr aparțin unui anumit grup. De obicei, drepturile persoanelor care trăiesc (sau sunt suspectate) cu HIV sunt încălcate prin diverse moduri:

- Sunt selectați și separați în școli și spitale, de multe ori în mod brutal și umilitor. Cazuri de înjosire sunt adesea înregistrate în închisori, când prizonierii sunt ținuți în izolare, iar cele mai elementare necesități, inclusiv accesul la serviciile medicale, nu sunt satisfăcute.
- Sunt refuzați în angajarea la muncă. Un aviator al unei companii aeriene din Africa de Sud a fost concediat din cauza faptului că a fost depistat HIV-pozitiv. După contestare în instanța de judecată, acest act a fost calificat drept discriminare și încălcare de drepturi.
- Este refuzat dreptul de a se căsători. De exemplu, Curtea Supremă a Indiei a decis că persoanele care trăiesc cu HIV nu au dreptul de a se căsători și de a întemeia o familie.
- Este cerută testarea obligatorie la HIV persoanelor care se întorc în țara de origine. Unor persoane le-a fost refuzat dreptul de a se întoarce la baștină, când a apărut suspiciunea că sunt infectați cu HIV. Unora le-a fost refuzată acordarea vizelor sau permisiunea de ședere.
- Sunt respinși și izgoniți de propriile comunități. În țările din Africa Centrală și de Sud, precum și în sudul Asiei, femeile care sunt diagnosticate ca seropozitive sunt alungate imediat în familiile lor sau în satele natale.
- Ar putea fi omorâți din cauza faptului că sunt HIV-pozitivi. În decembrie 1999, într-un orașel din apropierea Durbanului, Africa de Sud, Gugu Dlamini, o fată-voluntar care lucra într-o comunitate a fost lovită cu pietre și bătută până la moarte de către vecinii săi, după ce ea, de Ziua Mondială SIDA, a vorbit deschis despre statutul său HIV-pozitiv.

Principiul nondiscriminării ocupă locul central în teoria și practica Drepturilor Omului. Legile internaționale de bază interzic discriminarea pe criterii de rasă, culoarea pielii, gen, limbă, religie, politică sau orice altă opinie, de apartenență națională sau socială, proprietate sau orice alte condiții.

În Declarația de Angajament, adoptată la Sesiunea specială a Adunării Generale a ONU privind HIV/SIDA, în iunie 2001, a fost înaintat un consens global cu privire la importanța de a depăși stigmatizarea și discriminarea în raport cu HIV/SIDA. Comisia ONU pentru Drepturile Omului a reafirmat că discriminarea persoanelor cu (sau presupuse) HIV este interzisă în conformitate cu toate normele existente în domeniul Drepturilor Omului.

Constituția Republicii Moldova (art. 36) garantează fiecărui cetățean dreptul și accesul egal la ocrotirea sănătății, indiferent de statutul HIV. Nu se admite refuzul internării, primirii, accesului la servicii medicale al persoanelor cu status HIV+ în instituțiile medico-sanitare și balneare publice, departamentale și private sau solicitarea unor taxe sporite pentru prestarea serviciilor respective (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 25*).

## Dublu standard față de femeile seropozitive HIV

Multiple studii au constatat că femeile îndură stigmatizarea legată de HIV cu mult mai mult decât bărbații. De ce? În mod tradițional, femeilor li se atribuie rolul de păstrare a valorilor morale ale societății. Se

consideră că statutul „HIV-pozitiv” este o dovadă că aceste femei nu au reușit să respecte imperativele morale. Astfel, ținând cont de tradițiile *gender*, existente timp îndelungat, vina pentru transmiterea bolilor sexual transmisibile sau HIV este atribuită în întregime femeilor, fiind acuzate din cauza bolilor de care suferă ele înseși sau soții lor. Acest lucru a influențat modul în care familiile și comunitățile reacționează la diagnosticul de „seropozitiv” stabilit femeilor.

Un dublu standard fundamental se manifestă și în cazul în care bărbații, în general, se acceptă a fi nesăbuiți și aventurieri și, în consecință, cu o probabilitate mai mare de expunere la infecții cu transmitere sexuală, inclusiv HIV. Dimpotrivă, femeile trebuie să fie fidele sexual, cu un comportament decent. Rezultatele studiului din Tanzania dezvăluie faptul că bărbații HIV-pozitivi sunt iertați pentru încălcarea normelor sexuale, în timp ce femeile sunt învinuite și etichetate. Un consilier în problemele HIV din Vietnam remarcă: „Unui tânăr îi este acceptată aventura, chiar în urma căreia el este infectat HIV. Acesta este un lucru obișnuit pentru societate. Dacă o fată are această infecție, nimeni nu își dorește a se apropia de ea, fiindcă problema ține de conduita și moralitatea ei. Nu este aceeași toleranță față de femei, care se constată față de bărbați”.

Bărfa a fost determinată drept una dintre cele mai semnificative forme de stigmatizare, în special, pentru femei. O femeie seropozitivă din Etiopia a remarcat: „În satul nostru sunt singura femeie care este suspectată de a avea virusul. Cu toate că mulți bărbați sunt cunoscuți ca HIV-pozitivi, nimeni nu pare a fi interesat să vorbească despre ei. Bărfele sunt răspândite doar despre mine”.

## Abordări contemporane pentru reducerea stigmatizării și discriminării față de persoanele seropozitive HIV

Stigmatizarea și discriminarea asociate cu infecția HIV subminează capacitatea societății de a adopta măsuri constructive, ca răspuns la urmările devastatoare ale epidemiei. Cu toată situația catastrofală, în societate predomină tăcerea, iar măsurile practice sunt luate foarte lent din cauza stigmatizării și negării și, în cele din urmă, din cauza fricii umane de a fi sincer. Deja în anul 1999, în țările din Africa, în sudul Saharei, în jur de 860 000 de copii și-au pierdut profesorii din cauza SIDA, iar în Zambia numărul de decese din cauza SIDA în rândul profesorilor este aproape echivalent cu numărul total de profesori care absolvă anual instituțiile superioare de învățământ din țară. O situație similară prevalează și în rândurile altor grupuri de funcționari publici. Acest dezastru necesită un răspuns mult mai activ, cu crearea unor cunoștințe adecvate, care ar trebui să fie îndreptate și spre diminuarea stigmatizării și discriminării, spre necesitatea elaborării unor mecanisme și strategii, pentru a ajuta comunitățile HIV afectate și lucrătorii din asistența acestora în identificarea și abordarea problemei de stigmatizare. Este imposibil de a afirma că unele măsuri sau altele sunt capabile să dezhădăcineze stigmatul. Totuși există posibilități care și-au demonstrat eficacitatea:

### Crearea de cunoștințe

Instruirea poate face uneori ceea ce nu e în stare să facă nicio legislație: trebuie oferită oamenilor posibilitatea de a-și revizui temerile și imaginația. Este important ca oamenii să primească cunoștințe nu numai despre căile de transmitere a virusului, dar și despre modul în care virusul nu este transmis, despre drepturile persoanelor care trăiesc cu HIV, despre grupurile cu o probabilitate mărită de infectare, despre stigmat și discriminarea pacienților seropozitivi.

Persistența părerilor de tipul: „Știu, dar nu cred că într-adevăr HIV nu poate fi transmis accidental”, indică faptul că depășirea îndoielilor și temerilor este un element-cheie pentru orice program de lucru îndreptat spre a reduce stigmatizarea legată de HIV. Continuarea procesului de stigmatizare determinat de această frică, în ciuda anilor de difuzare a informației despre HIV și căile de transmitere, indică asupra faptului că programele trebuie să se concentreze atât pe conținutul mesajelor referitoare la HIV, cât și pe stilul și metoda de livrare a informației.

Oricând este posibil să încurajezi persoanele care trăiesc cu HIV să vorbească despre situația lor. Actualmente, există grupuri de persoane seropozitive care sunt deschise pentru discuție cu populația, vorbesc despre sentimentele și nevoile lor. Persoanele afectate de infecție capătă cunoștințe și deprinderi, care le

permit să depășească stigmatul interior și să reziste punctelor de vedere generale și discriminării, să-și apere drepturile, participând nemijlocit la luarea deciziilor care se referă la situația și sănătatea lor și reprezentându-și interesele în diverse structuri ale societății civile și ale statului. Ca rezultat, sunt depășite inegalitatea existentă și apariția discriminării.

## Oferirea compasiunii și toleranței

Este una dintre cele mai eficiente metode de reducere a stimei și discriminării. Prin compasiune, demonstrăm înțelegere și simpatie pentru cei necăjiți. Fiecare religie din lume îndeamnă pe cei credincioși să-și iubească aproapele și să întindă o mână de ajutor celor care au nevoie de el. În cazul celor care trăiesc cu HIV, înseamnă depășirea temerilor de infectare, depășirea asocierilor cu stereotipurile și practicarea toleranței față de cei infectați. De asemenea, aceasta implică oferirea dragostei, grijii și susținerii pentru ei. Toleranța înseamnă acceptarea persoanelor cu care te simți inconfortabil, deoarece ei sunt diferiți sau percepuți ca o amenințare. Înțelegerea situației altor persoane și simpatizarea este o parte a ceea ce înseamnă a fi tolerant. Fiind compasionali cu cei care trăiesc cu HIV, nu numai reducem stigmatizarea, dar, de asemenea, micșorăm impactul HIV și SIDA prin îmbunătățirea oportunităților pentru prevenire și îngrijire. Singurul mod de a face progrese în lupta împotriva epidemiei este de a înlocui rușinea cu solidaritatea, frica cu speranța.

## Integrarea persoanelor care trăiesc cu HIV în viața socială

Deosebiri care există între oameni poartă un caracter strict personal și, uneori, au o importanță crucială, altele – nu. De exemplu, la alegerea soției sau a soțului, forma nasului sau statura pot avea importanță, pe când aceste calități nu pot juca niciun rol în cazul angajării la serviciu, unde criteriile de selecție vor fi profesionalismul și garanțiile oferite prin Constituție. Persoana cu altă culoare a pielii sau infectată cu citomegalovirus, virusul hepatitei B sau HIV, rămâne membru al comunității, cetățean al țării sale. Cu regret, prin stigmatizare, aceste deosebiri sunt fixate ca fiind mult mai importante decât apartenența la comunitate sau cetățenie, ceea ce este o atitudine absolut eronată.

Izolarea, îndepărtarea, diminuarea rolurilor și responsabilităților în familie și în comunitate au un impact semnificativ asupra stării spirituale a persoanelor HIV- pozitive, invocând, în multe cazuri, depresii, dezaprecieri de sine și disperare. Această expresie a stigmatizării reiese atât din presupunerea că HIV a fost contractat prin comportamente inadecvate, cât și din convingerea că HIV înseamnă invaliditate și deces imediat. După cum a menționat un bărbat tanzanian: „Când vezi pe cineva cu HIV, vezi pe cineva deja mort”.

Includerea persoanelor seropozitive în activități sociale, care îi va face să se simtă utili și importanți pentru comunitate, poate fi o măsură-cheie pentru a le întoarce dorința de a trăi și de a se lupta cu infecția. Prin implicarea nemijlocită a acestor persoane în măsurile de profilaxie, putem contribui esențial la reducerea stimei și discriminării. Cunoscând din propria experiență efectul stigmatizării, ei posedă cunoștințele necesare pentru a elabora și implementa activități adecvate pentru reducerea stigmatizării. În special, aceste persoane pot ajuta la combaterea fricii față de transmiterea casuală a HIV, față de convingerea că HIV înseamnă invaliditate și deces imediat, și a sentimentului că persoanele care trăiesc cu HIV sunt diferite de ceilalți membri ai societății.

Este incorectă și atitudinea exagerat de grijulie față de persoanele HIV- pozitive, crezând că ele trebuie ajutate și sprijinite în tot ce intenționează să facă. Această abordare îi poate arăta ca fiind dependenți, incapabili de a lua decizii sau a face ceva de sine stătător, ceea ce îi poate subaprecia și umili.

Pentru multe dintre persoanele seropozitive, abilitatea de a contribui la lupta împotriva stigmatizării legate de HIV și SIDA, de a se implica activ în viața socială este afirmarea de sine în viață.

### **Sfaturi practice pentru a elimina stereotipurile și stigmatizarea din viața noastră:**

- Să ne concentrăm pe fiecare individ în parte ca personalitate. Fiecare dintre noi merită să fie considerat drept o ființă umană unică, care trebuie respectată.
- Să identificăm momentul când apelăm la stereotipuri și prejudecăți și să conștientizăm faptul cum ne afectează acestea atunci când interacționăm cu alți oameni, și în special cu persoanele care trăiesc cu HIV.
- Să recunoaștem că facem cu toții parte, simultan, din mai multe grupuri și că niciunul dintre aceste grupuri nu ne reprezintă în totalitate cine suntem în sine.
- Să învățăm să privim lucrurile și din perspectiva celuilalt, încercând să înțelegem ce simt persoanele stigmatizate.
- Să conștientizăm că între noi și pacienții noștri există anumite diferențe, care blochează stabilirea unei relații deschise și a unei comunicări eficiente. Să încercăm a le depăși.
- Să fim dispuși să cunoaștem mai multe lucruri despre persoanele care ne par diferite de noi și să neutralizăm stereotipurile atunci când le întâlnim.
- Să menționăm nivelul de educație, vârsta sau apartenența etnică, religioasă, orientarea sexuală sau politică a persoanelor despre care vorbim doar atunci când acest lucru este relevant în context. Bărfele trebuie evitate și oprite.
- Să impunem o atitudine neutră atunci când utilizăm anumite informații despre pacienții noștri, evitând senzaționalismul bazat pe stereotipuri și prejudecăți.
- Să nu suprapunem anumite experiențe personale cu relatările din presă despre anumite grupuri de persoane, deoarece acestea sunt irelevante și ne deteriorează percepția corectă a realității.
- Toți pacienții merită, în mod egal, atenția noastră.
- Printre sursele noastre de informare trebuie să includem și persoane seropozitive, pentru a avea un tablou cât mai real despre problemele existente vizavi de acești pacienți.

## Capitolul 4

### ASPECTE ETICE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT HIV-POZITIV

*Intr-o manieră profundă și remarcabilă, copilul atins de SIDA este copilul lumii: bărbatul sau femeia murind de SIDA constituie imaginea morții propriei noastre condiții.*

(Jonathan Mann, OMS)

#### Autonomia și demnitatea persoanelor care trăiesc cu HIV versus sănătate publică

Relația medic-pacient a fost considerată întotdeauna ca ceva specific, cu aspect particular care diferă de la caz la caz. Extensiunea ei s-a încercat a fi stabilită încă de pe timpurile lui Hipocrat sau chiar mai devreme (medicii din India, Egiptul antic). Această relație s-a creat în jurul unui nucleu solid, care este constituit din valoarea supremă a *vieții și sănătății* pacientului, a *binelui* acestuia.

Conform definițiilor Organizației Mondiale a Sănătății, o funcție importantă a sistemului de ocrotire a sănătății este răspunderea acestuia la așteptările și necesitățile populației, care urmează a fi abordate într-o manieră justă și echitabilă în contextul drepturilor universale ale omului la viață și sănătate. Obținerea accesului universal la asistența medico-sanitară reprezintă o importantă problemă etică, politică și socială a începutului de secol XXI în majoritatea țărilor. Accesul echitabil la un volum definit de servicii medicale calitative, complimentat de mecanisme reale de implementare este garantat prin drepturile fundamentale ale cetățenilor în sistemul serviciilor de sănătate. Aceste drepturi cuprind două dimensiuni: *drepturi sociale și drepturi individuale*.

*Drepturile sociale* reprezintă retribuirea fiecărui cetățean la asistență medicală și sunt determinate, în cea mai mare măsură, de obligațiile asumate de stat și de alte organisme publice, în scopul furnizării unei cantități rezonabile de servicii de sănătate pentru întreaga populație. Respectarea acestora include, în mod obligatoriu, garantarea accesului, echității, calității, continuității asistenței medicale fiecărui cetățean. De regulă, aceste drepturi sunt garantate de Constituție și reglementate de legi, acte juridice și documente normative la nivel național, iar realizarea lor este determinată, în mare măsură, de factorii politici, sociali și economici ai statului.

Legislația stabilește responsabilitatea statului pentru protejarea sănătății, prosperității și securității cetățenilor. Sănătatea Publică își asumă responsabilitatea socială pentru sănătatea generală și utilizează, cât se poate de eficient, modalitățile comunitare și personale de asistență pentru realizarea scopurilor sanitare universale. În același timp, complexitatea crescândă din cadrul sistemelor de sănătate, progresele făcute în științele și în tehnologiile medicale, faptul că practica medicală a devenit mai riscantă, au accentuat



importanța recunoașterii dreptului individual la autodeterminare și, deseori, nevoia de a legifera garanții suplimentare ale drepturilor individuale ale pacienților.

**Drepturile individuale** au caracter individualizat, vizând respectarea demnității umane și inviolabilitatea vieții personale, accesul la informația cu privire la starea propriei sănătăți, respectarea și garantarea confidențialității, consimțământul informat al pacientului și dreptul acestuia de a alege tratamentele alternative. Realizarea drepturilor individuale ale pacienților depind mai mult de valorile morale ale societății, de convingerile morale și de principiile etice din sistemul de sănătate.

Conflictul dintre interesele și drepturile comunitare și individuale constituie, frecvent, subiecte ale debaterilor etice referitoare la conceptul „cele mai multe beneficii pentru cel mai mare număr de persoane”, care poate afecta drepturile legitime ale indivizilor. Aspectele legale ale sănătății publice sunt de o importanță vitală pentru funcționarea sistemului sanitar; totodată, acestea devin tot mai complexe și mai controversate din punct de vedere etic și moral. Echilibrul dintre drepturile individuale și comunitare este foarte sensibil și de aceea necesită o permanentă supraveghere.

Legile sănătății publice țin de toate aspectele vieții individuale și comunitare, inclusiv de protejarea individului de diferite tipuri de abuz. Totodată, traducerea în viață a legilor sănătății publice poate duce la încălcarea drepturilor individului prin implementarea forțată a normelor sanitare, precum și a drepturilor civile, spre exemplu prin obligativitatea testării la HIV a tuturor angajaților sau interzicerea persoanelor seropozitive de a călători peste hotarele țării.

Infecția HIV este o afecțiune care creează o populație vulnerabilă atât în fața societății, cât și în fața sistemului de sănătate. Abordarea conceptuală a relației medic-pacient HIV-positiv trebuie să pornească de la autonomia persoanei, susținută de dreptul natural la viață, integritate corporală și sănătate și să se raporteze la protecția drepturilor pacienților. Dilemele etice apar în situațiile în care medicul este pus să aleagă între două alternative echivalent dezirabile sau indezirabile. În cele ce urmează, vor fi analizate problemele etice ce apar în timpul controlului HIV, la nivel de sănătate publică.

Așadar, pe de o parte, etica medicală tradițională se axează pe relația medic-pacient și pe păstrarea autonomiei și a demnității umane – perspective puternic individualiste. Etica sănătății publice se concentrează, pe de altă parte, pe protecția și promovarea sănătății în comunități. O problemă etică centrală privind controlul HIV constă în echilibrarea balanței dintre drepturile pacientului și protecția sănătății publice. Intervențiile ca stricta evidență și monitorizarea reduc libertățile individului. Atunci când sănătatea este influențată esențial de condițiile sociale, rolul intervenției autorităților de sănătate publică este important. Prin urmare, dacă aceste intervenții sunt absolut necesare pentru protejarea sănătății publice, este inevitabil ca cei care iau deciziile, să pună în balanță atât drepturile individului, cât și binele public.

În acest sens, dilemele etice au în atenție două obiective specifice:

① Raportarea cazurilor noi de îmbolnăvire către autoritatea de sănătate publică, fapt ce pune în balanță confidențialitatea relației medic-pacient cu necesitatea de a obține informații exacte despre incidența cu prevalența bolii infecțioase.

Dacă testarea stării de infecție pune în discuție circumstanțele în care, în numele sănătății publice, se justifică încălcarea integrității corporale a unei persoane, raportarea cazurilor generează analiza dintre dreptul la intimitate, confidențialitate și binele public.

Statul are dreptul ca, în anumite situații, să ceară medicilor și instituțiilor medicale să raporteze nominal date despre pacient sau boală în sine. Aceste cereri violează confidențialitatea, care reprezintă fundamentul relației dintre medic și pacient. Cei care au pledat, în urmă cu aproximativ trei decenii, pentru necesitatea raportării nominale a persoanelor cu afecțiuni contagioase au adus ca argument oportunitatea configurării unei imagini reale a incidenței și prevalenței acestor boli și implicarea statului în protejarea acestor date de identificare. În același timp, adversarii raportării nominale au adus în discuție ostilitatea societății față de persoanele HIV-pozitive, precum și existența unor breșe în sistem, care ar permite posibilitatea scurgerii de informații cu consecințe severe asupra persoanelor afectate, cum ar fi pierderea locului de muncă, stigmatizarea și discriminarea. În astfel de condiții, este posibil ca unele persoane să refuze testarea, de teama unui rezultat pozitiv și, ulterior, cunoașterea acestuia de către autoritatea de sănătate publică.

② Investigarea persoanelor de contact și datoria de a-i atenționa și proteja, vizavi de dorința pacienților de a păstra informațiile personale și obligația responsabililor din sistemul de sănătate de a-i proteja pe cei aflați în situație de risc.

Controlul persoanelor de contact îndeplinește două funcții: depistarea cazurilor noi și întreruperea lanțului de transmitere a infecției. În acest context, dezvăluirea identității persoanei seropozitive reprezintă expunerea persoanei date la riscul de a fi stigmatizată și marginalizată. Aceste probleme pot fi prevenite prin informarea cu privire la specificul transmiterii HIV și măsurile de prevenție a infectării. Păstrarea și garantarea anonimatului încurajează indivizii să dezvăluie numele partenerilor sexuali. În acest caz, controlul persoanelor de contact este voluntar și se bazează pe regula confidențialității. Dacă pacienții își exprimă intenția de a nu dezvălui partenerii sexuali, echipa medicală este supusă dilemei care se referă la datoria de a proteja confidențialitatea versus obligația de a proteja partenerii sexuali. Această situație generează tensiuni între dreptul la integritate corporală și imperativul de a-i descoperi pe cei infectați, pentru a nu transmite boala celorlalți.

Asistența persoanelor care trăiesc cu HIV este mai mult un concept, decât o „specialitate” în sine. Aceasta trebuie canalizată, prioritar, în susținerea pacientului, alinarea suferinței umane, abordându-l ca pe o integritate și personalitate unică. Astfel, aplicarea medicinei integrale constă în faptul că bolnavul nu mai este privit ca un caz de boală, ci ca o persoană care este bolnavă. Acest fapt permite o explorare mai amănunțită a cauzelor bolii, a condițiilor și consecințelor ei, de natură socială și psihologică. Globalitatea îngrijirilor înlesnește o mai mare înțelegere a nevoilor și aspirațiilor pacientului, a situației sociale a acestuia în cadrul grupului familial sau al celui profesional. În acest mod, se creează condiții favorabile trecerii de la tratamentul orientat spre boală, prin intermediul căruia se intenționează menținerea capacităților psihologice și funcționale ale pacientului.

Caracteristica centrală a activității sociale, în acest context, constă în preocuparea directă pentru problemele personale și familiale ale bolnavului, evaluarea necesităților sale materiale, evaluarea stării emoționale și asigurarea unei recuperări optime, în plan social. Este necesară atât definirea tipului problemelor sociale cu care se confruntă bolnavul, cât și capacitatea de a găsi cele mai potrivite soluții, care să favorizeze procesul de îngrijire. În cazul SIDA, un rol esențial îi revine aderenței bolnavului la tratamentul de lungă durată, cu integrarea socioprofesională a acestuia.

## Confidențialitatea informației despre persoanele care trăiesc cu HIV

Noțiunea de „taină medicală” a apărut încă în Antichitate și există în medicină de circa 2 500 de ani. Și Jurământul lui Hipocrat reflectă esența secretului medical: „Orice voi vedea sau auzi în timpul activității profesionale sau în afara ei, în legătură cu viața oamenilor – lucruri care nu trebuie discutate în afară – nu le voi divulga, acceptând că toate acestea trebuie ținute în secret”.

Această noțiune este organic legată de categoriile de „încredere” și „datorie profesională”. Datoria profesională obligă lucrătorul medical să considere binele pacientului drept scop prioritar în exercitarea funcțiilor de serviciu. Păstrarea tainei medicale devine un răspuns etico-moral al lucrătorului medical, echivalent al încrederii pacientului, și un fel de achitare, răsplată pentru încredere. Taina medicală, împreună cu dreptul la autonomie al pacientului, inițiază o nouă categorie – cea a confidențialității – care provoacă multe dileme etice în practica medicală contemporană.

*Confidențialitatea sau secretul profesional* reprezintă obligația profesioniștilor de a păstra în secret informațiile despre persoane, atunci când respectivele informații sunt obținute în exercitarea profesiei. Aceste informații (inclusiv cele referitoare la starea de sănătate sau situația socială) nu pot fi divulgate altei persoane decât cu acordul beneficiarului/clientului sau, în cazul copiilor, cu acordul aparținătorilor legali ai acestora.

Conform legislației în vigoare, confidențialitatea poate fi încălcată atunci când se solicită informații printr-o decizie judecătorească sau atunci când este în pericol iminent viața unei persoane aparte sau a pacientului însuși. Confidențialitatea poate fi încălcată în cazul în care medicii specialiști își comunică între ei diagnosticul de infecție cu HIV al unui pacient comun. Însă orice lucrător medical, care află astfel de date despre pacient, este legat prin obligație profesională de a nu dezvălui aceste informații decât cu consimțământul explicit al persoanei examinate, indiferent dacă este vorba de examinarea clinică sau paraclinică.

Oricare ar fi motivele divulgării informației presupuse a fi confidențială, aceasta implică un șir de probleme la nivel psihologic și social pentru pacient. De aceea datoria medicului este de a atenua disconforturile psihice suportate de pacient la încălcarea confidențialității, fapt care este menționat și în capitolul VI al Codului Cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic din Republica Moldova: „Divulgarea informației private în cazurile de excepție menționate trebuie să se facă cu precauție, fără a aduce prejudicii morale pacientului, cu maxim respect pentru demnitatea acestuia”.

Legile multor țări, inclusiv ale Republicii Moldova, garantează persoanelor seropozitive dreptul la confidențialitate, ceea ce înseamnă că personalul medical și alte persoane care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin informații privind rezultatele examenelor medicale în ce privește infecția HIV sau maladia SIDA – date de identificare, diagnostic, situație socială etc. – sunt obligate să păstreze secretul acestor informații. Pentru divulgarea lor, ei sunt trași la răspundere administrativă în conformitate cu legislația în vigoare (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 14 și Codul Contravențiilor administrative nr. 218-XVI din 24.10.08, art. 75*).

Însă, într-o societate care nu reușește încă să asigure respect și șanse egale pentru toți membrii ei, persoanele seropozitive deseori sunt supuse stigmatizării și discriminării, chiar dacă există legi care le apără drepturile. În acest context, este evidentă necesitatea păstrării stricte în confidențialitate a următoarelor informații despre persoane: diagnosticul de infecție cu HIV, efectuarea unui test HIV, angajarea unui comportament cu risc de infectare (parteneri multipli, sex comercial, consum de droguri), asocierea (partener, membru al familiei) cu o persoană infectată cu HIV. Astfel, secretul profesional în domeniul sănătății se va extinde asupra a tot ceea ce medicul, în timpul exercitării profesiei sale, a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a celui examinat.

Substratul moral-etic al dreptului la confidențialitate îl constituie, înainte de toate, necesitatea respectării autonomiei persoanei. Deosebim un șir de factori esențiali care determină importanța confidențialității în domeniul sănătății:

- 1 *Protejarea intimității și confidenței* – valori fundamentale ale fiecărui individ. Fiecare om își are lumea sa interioară, care include emoții, sentimente și amintiri, particularități individuale somatice, psihice și sociale. Această parte a lumii interioare este deschisă unui cerc restrâns de persoane din jurul nostru, iar în procesul actului medical, lucrătorul medical va afla, ca și condiție a stabilirii diagnosticului, anumite lucruri intime. Garanția venită din partea medicului despre păstrarea confidențialității permite pacientului de a fi deschis, fără nicio frică că îi va fi încălcată intimitatea și ar putea fi umilit.
- 2 *Echilibrul între conștiința profesională și încrederea pacientului*. Pacientul trebuie să aibă siguranța că orice acțiune a medicului va fi ghidată de imperativul beneficiului său. Aceasta va asigura sinceritatea și, respectiv, va crește șansele unei asistențe medicale eficiente.
- 3 *Realizarea dreptului la autonomie* – un control efectiv asupra momentelor decisive din viață. O persoană va conștientiza propria valoare, responsabilitatea și autodeterminarea numai atunci când va fi aptă să-și controleze evenimentele din propria viață. Aceasta este condiția libertății individuale, a dependenței minime de forțele externe, care tind s-o manipuleze. Divulgarea informației medicale confidențiale face persoana să se simtă mult mai vulnerabilă și dependentă.
- 4 *Asigurarea imaginii și popularității medicului în societate*. Orice persoană are dreptul și posibilitatea să-și aleagă medicul și instituția medicală. Desigur, în condițiile unei concurențe, se va prefera medicul care, pe lângă abilitățile profesionale, posedă și o moralitate adecvată.
- 5 *Protejarea statutului social al pacienților*. Integrarea socială este într-o corelație strânsă cu confidențialitatea. Divulgarea publică a anumitor informații despre pacient (ex.: statutul HIV-positiv, patologii mintale, cancer, defecte genetice, dereglări sexuale etc.) pune în pericol statutul lui social, cariera, relațiile cu cei din jur etc., fapt care poate avea un impact serios și asupra situației financiare al acestuia, de exemplu prin pierderea serviciului sau a clienților. Astfel, persoanele care trăiesc cu HIV au tot dreptul să ceară lucrătorilor medicali respectarea tainei medicale referitor la rezultatele pozitive ale testului, pentru a putea să-și trăiască în continuare viața, fără a fi stigmatizați și excluși.

Păstrarea confidențialității presupune mai mult decât abținere de la divulgarea intenționată a unor informații, în scris sau oral. Sunt considerate încălcări ale dreptului la confidențialitate nu numai acele situații în care medicul, în mod activ, prin voința sa, a furnizat informații, ci și acelea în care lucrătorul medical,

în mod pasiv, prin neglijență sau lipsă de atenție, a permis transferul unor asemenea informații către terțe părți. De exemplu, un medic poate fi acuzat de neglijență în păstrarea confidențialității informațiilor unui pacient dacă acestea au putut fi, cu ușurință, accesate și obținute din calculatorul personal al medicului de către o a treia persoană. Așadar, una dintre obligațiile medicului, ce reiese din principiul confidențialității, este aceea de a asigura inviolabilitatea datelor referitoare la clienți, indiferent de modul în care sunt stocate sau păstrate.

Păstrarea confidențialității asupra informației medicale este o formă de respect, care trebuie acordată fiecărui individ, fără discriminare. Medicul nu are dreptul să violeze viața intimă a celui examinat, care se află într-o situație reactivă, generată de problemele sale de sănătate.

## Acordul informat sau consimțământul persoanelor care trăiesc cu HIV

Declarațiile internaționale cu privire la drepturile omului stipulează că orice persoană are dreptul: de a lua decizii în cunoștință de cauză cu privire la propria viață, de a-și da acordul (informat) pentru efectuarea asupra sa a oricărei intervenții medicale sau sociale, de a afla care îi este starea de sănătate (rezultatele analizelor și investigațiilor), de a întemeia o familie și de a avea copii, de a-și exprima opinia, de a alege între mai multe servicii medicale și sociale, de a-și asuma consecințele unei greșeli.

Persoanele infectate cu HIV sau cele vulnerabile față de infecția cu HIV au, evident, toate aceste drepturi. Necunoașterea legilor, lipsa respectului față de beneficiarii serviciilor sau, uneori, timpul insuficient sau chiar dorința exagerată de a se implica și ajuta, îi determină pe unii profesioniști să nu respecte etica profesională și legile. Efectele negative ale unor astfel de situații sunt resimțite atât de către profesioniști (ineficiența intervenției, posibila sancțiune), cât mai ales de către beneficiarii serviciilor și de către familiile lor.

Însă, deseori, medicii se confruntă cu două dileme complicate. În primul caz, este vorba despre datoria morală a medicului (în felul cum acesta îl interpretează) față de societate, care este prioritară obligativității de a păstra confidențialitatea unui pacient aparte. În al doilea rând, dorința de a divulga informația primită în timpul discuțiilor individuale apare din intenția de a preîntâmpina o terță persoană despre pericolul iminent. Astfel, ținând cont de punctul legal care prevede excepția de la confidențialitate în cazul sesizării unui pericol de răspândire a maladiilor infecțioase, se permite, în multe cazuri, medicilor de a ignora dreptul la confidențialitate al persoanelor care trăiesc cu HIV. Legea prevede sancționarea persoanelor care încalcă dreptul la confidențialitate. Însă, până în prezent, se cunosc foarte puține cazuri când un lucrător medical să fi fost pedepsit din cauza divulgării unor informații confidențiale, fără acordul pacientului, chiar și în situații care nu implicau pericolul unei terțe persoane.

Informația care apare în urma contactului medic-pacient poate fi manipulată în funcție de orânduirea socială, de religie sau de ideologia diferitor perioade sau state. Fiind influențate de specificul modernizării, precum și de transformarea îndelungată a relațiilor sociale, atitudinile față de această informație s-au divizat morfologic în două extremități etice. Pe de o parte, e vorba de caracterul personalizat, individualizat, specific societății contemporane complexe diferențiate, care presupune criterii cum ar fi independența, libertatea alegerii și informării; pe de altă parte, opusă celei dintâi, este etica colectivistă, a solidarității de grup, care refuză „eu”-lui individualizat de a-și determina soarta și de a fi responsabil pentru ea. Problema informării este considerată drept una mai mult de ordin tehnic decât etic, iar în cazurile excepționale (când consimțământul pacientului sau al rudelor sale este necesar) este utilizată concepția „binelui comun”.

Recent, au fost descrise două moduri de abordare și de interacțiune dintre medic și pacient. Este vorba despre modul *paternalist*, care plasează medicul pe o poziție superioară pacientului, cu rol decisiv și tutelar, și modul *antipaternalist*, bazat pe o relație colegială și dialog.

*Paternalismul* (din lat. *pater* – părinte) prezintă o relație de monolog, ce debutează prin politică și pătrunde în cele mai intime sfere ale vieții sociale. Nu a rămas în afara acestui proces nici medicina, atât partea teoretică, cât și cea practică, în care ideea paternalistă domină o perioadă îndelungată de timp. În acest model, informația oferită de către medic va fi minoră, cu un conținut succint, uneori neclar pentru pacient. Decizia este luată de către medic, iar pacientul va trebui să o primească și să o accepte, fiind ferm convins că totul se va face pentru binele său. O astfel de abordare a fost promovată, în special, în sistemul sănătății din perioada sovietică. Până în prezent, încă se mai păstrează atitudinea medicului față de pacient

și tratament reflectată prin formula: „Eu sunt medicul, deci sunt corect și știu ce fac”. Totuși timpurile se schimbă și, treptat, este conștientizat faptul că medicul poate să și greșească, iar o așa problemă serioasă ca profilaxia HIV și tratamentul pacienților cu SIDA necesită o respectare strictă a principiilor confidențialității și acordului informat.

Așadar, etica paternalistă presupune o limitare a informației oferite pacientului de către medic, propunând o încredere deplină pentru acțiunile medicului și, uneori, chiar o ignorare a doleanțelor pacientului. În acest model de interacțiune, medicul își atribuie decizia de a informa rudele sau persoanele apropiate despre starea pacientului, fără ca acestuia să i se ceară consimțământul. Sunt însă atestate cazuri când pacientul nu dorește, din diferite considerente, ca familia să cunoască amănunțele stării sale de sănătate. Persoana seropozitivă dorește să evite stigmatizarea și umilința (fapt ce îi poate leza demnitatea), să-și protejeze familia de suferință și emoții negative, să-și prelungească cursul vieții în ambianța pe care a avut-o până la momentul stabilirii diagnosticului. Decizia medicului de a divulga informația despre pacient, fie chiar și din motive nobile, umane, poate afecta mult situația pacientului, iar uneori acest fapt se va întoarce împotriva medicului însuși, el fiind acuzat de *divulgare a tainei medicale* și de *încălcare a confidențialității*. Cazurile numite pot cauza apariția unor situații nedorite și chiar tragice. Indivizii se vor abține de a face testul, de a merge la consultația specialistului, fapt ce va influența tratamentul și va submina eforturile de prevenție a HIV.

Astăzi, în condițiile unei medicini comercializate și informative, este mai des acceptat și răspândit al doilea tip de interacțiune și abordare a relației medic-pacient, cel *antipaternalist* sau *al dialogului*. În acest gen de comunicare, fluxul de informație este deschis și bilateral. Modul de abordare nominalizat definește bolnavul drept un subiect responsabil și liber de a lua decizii vitale importante și oportune pentru el însuși sau de a oferi informația necesară luării deciziilor.

Modul antipaternalist de interacțiune poate fi realizat prin intermediul a două mecanisme: *interpretarea cu etica dialogului* și *acordul informat* sau *consimțământul*.

*Interpretarea* se realizează, în practică, prin dialog, până când nu survine înțelegerea adecvată din partea interlocutorului. Condiția primordială a comunicării devine, așadar, siguranța faptului că alături de tine este o altă personalitate, cu individualitatea și specificul său, lucru extrem de important în organizarea relației medic-pacient. Etica dialogului, spre deosebire de etica paternalistă, cea a monologului, plasează medicul și pacientul în roluri egale de interpreți ai statutului bolii, cu perspectiva evoluării situației în viitor și găsirii unui numitor comun. Deoarece arta comunicării constituie un element crucial în relațiile cu pacienții, am oferit un capitol aparte dedicat anume acestui domeniu în cadrul prezentului manual.

Cel de al doilea mecanism de realizare a modelului antipaternalist – *acordul* sau *consimțământul informat* – constituie un moment-cheie în realizarea deciziilor medicale. Caracterul deliberat al acordului informat presupune lipsa constrângerii și prohibiției, amenințării și înșelăciunii medicale, adică renunțarea medicului la statutul de tutelă în relațiile sale cu pacienții.

Deoarece activitatea medicală este una dintre cele mai extinse și mai complicate (ținând cont de diversitatea patologiilor umane), noțiunea de *acord informat* și *consimțământ* trebuie analizată prin specificul diferitor domenii și situații. Desigur, este imposibil de plasat în aceeași categorie pacienții cronici terapeutici (cu maladii gastrologice, nefrologice etc.) și pacienții acuti psihiatrici sau situațiile de urgență ori testarea persoanelor la HIV. În multe dintre situațiile menționate, medicul va decide de sine stătător modul de tratament, pornind de la profesionalismul și practica sa, de la obligațiile și jurământul medical.

Totuși vom încerca să evidențiem câteva aspecte comune în procesul obținerii acordului informat, inclusiv al pacienților seropozitivi. În primul rând, pornim de la informația oferită persoanei HIV-pozitivă, care trebuie să conțină date despre maladie, cauza și simptomatologia bolii, prognosticul așteptat. Medicul va oferi răspunsuri la toate întrebările pacientului, lucrând în direcția obținerii unui consimțământ informat. În al doilea rând, folosirea unor metode riscante de tratament, a unor proceduri cu un anumit grad de pericol, cu consecințe ireversibile sau implicarea benevolă în experimente clinice necesită niște garanții suplimentare în privința protejării drepturilor pacientului, cu aplicarea unor normative și reglementări juridice (documente semnate, contracte etc.).

Este oare necesară obținerea consimțământului pentru absolut oricare act medical? Nu s-ar putea întâmpla ca lipsa de siguranță și fermitate a medicului să stimuleze spaima ascunsă a bolnavului, inducând un factor psihic nociv? Dacă pentru niște gesturi banale se va cere consimțământul, pacientul va crede că este prea șubred, astfel încât vindecarea nu ar fi probabilă, în ciuda situației fizice favorabile. Pacientul

poate crede, de asemenea, că medicul are competența limitată, dacă va cere permisiunea pentru a efectua orice act sau procedură medicală simplă.

Totodată, existența consimțământului nu-l eliberează pe medic de responsabilitatea pentru greșeală și culpă. Dacă, în lipsa obținerii consimțământului, medicul va duce la bun sfârșit actul medical, va putea fi acuzat ulterior doar de nerespectarea principiului consimțământului, dar dacă nu va obține consimțământul și va proceda neglijent, va fi atacat în justiție pe ambele temeuri. În responsabilitatea de tip contractual, informarea prealabilă asupra riscurilor este făcută foarte minuțios.

Consimțământul poate fi exprimat în mai multe moduri. De exemplu, consimțământul se va considera „implicit” atunci când pacientul se va prezenta voluntar pentru control și tratament într-un cabinet de consultație sau va solicita un medic la domiciliu. Totuși, și acest tip de acord trebuie însoțit de un element de informare asupra alternativelor medicului, informație care îl ajută pe pacient să facă o alegere în cunoștință de cauză. Astfel de consimțământ poate fi aplicat doar în cazurile unor acte medicale curente sau proceduri uzuale.

Acordul poate fi oferit, de asemenea, în scris sau oral. Acordul oferit oral este de dorit să fie primit în prezența unei terțe persoane: asistent medical, membru al familiei. Totuși în funcție de caracterul și temperamentul persoanei investigate, de situația concretă, este preferabil de a insista asupra semnării consimțământului. Această autorizare simbolizează implicarea pacientului în relații de contract, care vor determina obligații reciproce, atât legale, cât și morale din partea ambelor părți, determinând forma și nivelul responsabilităților. Acordul informat nu trebuie să prezinte scopul în sine, ci doar metoda de realizare a dialogului.

Meditând asupra celor expuse mai sus, vom concluziona că actualmente există condiții obiective de manifestare a acordului informat, în detrimentul paradigmei paternaliste, deoarece pacientul, în conlucrarea sa cu medicul, devine tot mai exigent privind decizia asupra acțiunilor ulterioare. Tendința spre tipul anti-paternalist de relație exprimă imperativul medicinei contemporane. Informația despre pacient nu mai este interpretată ca o proprietate a societății, dar acestei noțiuni îi sunt atribuite calificativele de individualitate, intimitate și confidențialitate.

## ■ Testarea persoanelor la infecția HIV

În secolul trecut, testarea persoanelor pentru a evidenția prezumtivă prezență a unor infecții sau boli oculte, a fost în centrul preocupărilor departamentelor de sănătate publică. Această testare a fost impusă ca și condiție pentru anumite acțiuni, cum ar fi testarea prezenței bolilor venerice înainte de căsătorie, testarea copiilor care intrau în colectivități la boli transmisibile, pentru protejarea acestor instituții, testarea nou-născuților pentru prezența unor boli metabolice, care pot fi astfel remediate, testarea tuberculozei prin raze X etc. În fiecare din aceste cazuri, decizia de a impune testarea a fost rezultatul judecării modului în care integritatea corporală a individului poate fi subordonată sănătății publice. Odată cu creșterea incidenței infecției HIV, a fost expusă și problema testării persoanelor la HIV.

Organizația Mondială a Sănătății și Programul SIDA al Națiunilor Unite înaintează anumite exigențe referitoare la procedura testării HIV, care include necesitatea respectării drepturilor omului (și ale pacientului) ținând cont de contextul social, de existența discriminării față de persoanele care trăiesc cu HIV și de educația insuficientă a populației referitor la problemele de sănătate, în general, și la infecția cu HIV, în special.

Efectuarea unui test HIV este singura metodă prin care o persoană își poate afla statutul HIV și, în cazul în care testul este însoțit de consiliere, devine o oportunitate în obținerea informațiilor complete referitoare la prevenirea HIV și luarea unor decizii cu privire la schimbarea comportamentelor cu risc de infectare.

Pentru a putea fi efectuat de un număr cât mai mare de persoane, este important ca testul să fie accesibil (gratuit, confidențial, fezabil în locații accesibile) și să nu fie obligatoriu. Recomandările internaționale nu acceptă testarea HIV obligatorie și impun consimțământul informat pentru efectuarea testului, utilizarea de teste de calitate, asigurarea consilierii pre- și posttest, garantarea confidențialității.

Cetățenilor Republicii Moldova, cetățenilor străini și apatrizilor care au domiciliul sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova li se asigură dreptul la examen medical gratuit (inclusiv anonim), în scopul depistării precoce a virusului HIV și a maladii SIDA (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 11*).

Solicitarea testului HIV, pentru accesul la diferite servicii sociale și medicale sau ca precondiție pentru angajare, călătorii, acces la servicii medicale sau admitere într-o instituție de învățământ este interzisă, cu excepția cazurilor prevăzute de lege. Sunt interzise toate formele de testare ascunsă (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 15*).

Testul HIV este, de cele mai multe ori, utilizat în scop de diagnostic, însă uneori este folosit și pentru supraveghere epidemiologică, situație care ridică probleme etice și legale privind protecția datelor personale, mai ales în cazul în care se colectează și date despre comportamente.

Rezultatele unor analize sau diagnosticul stabilit trebuie prezentat doar pacientului, într-un cadru care să-i asigure confidențialitatea. În continuare, acesta va decide cine dintre persoanele terțe are dreptul să cunoască adevărul. Altfel, persoana seropozitivă poate fi stigmatizată, se poate simți expusă, umilită și judecată. Aceste sentimente îi pot afecta evoluția stării de sănătate, deoarece boala fizică va fi agravată de o stare psihică grea sau chiar de o tulburare gen depresie.

Testarea la HIV urmează a fi făcută doar în baza consimțământului benevol și informat al persoanei, exprimat în scris (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 13*).

În cazul minorilor, consimțământul benevol exprimat în scris urmează a fi expus atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. Dacă este imposibil de a obține consimțământul de la reprezentantul legal al minorului, consimțământul benevol al minorului exprimat în scris poate fi suficient, în caz când efectuarea testării este necesară pentru minor. Testarea persoanelor cu retard mintal este necesară de efectuat doar cu consimțământul în scris al reprezentantului legal. Persoanele lipsite de discernământ, internate în clinicile specializate, pot fi testate sub responsabilitatea administrației clinicilor în care sunt internate, conducându-se de interesele pacienților.

Confidențialitatea persoanei care solicită testarea la HIV sau a persoanei diagnosticate cu HIV trebuie să fie garantată. Rezultatul testului la HIV este confidențial și poate fi eliberat numai următoarelor persoane: persoanei testate, părintelui sau tutorei minorului testat, reprezentantului legal al persoanei lipsite de discernământ, conducătorului instituției medico-sanitare în care a fost colectată proba de sânge, conducătorului instituției medico-sanitare publice la locul de trai (medicului de familie), judecătorului care a emis hotărârea de testare obligatorie în condițiile prevăzute de lege. Persoanele depistate cu statut HIV-positiv sunt avizate în scris de către instituțiile medico-sanitare asupra necesității respectării regulilor de prevenire a răspândirii infecției HIV, precum și asupra răspunderii penale pentru punerea intenționată în pericolul de contaminare sau pentru infectarea intenționată a altor persoane. Orice persoană HIV-infectată este obligată să comunice statutul său soțului (soției) sau partenerului sexual (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 14*).

Personalul medical poate iniția notificarea partenerilor sexuali despre statutul HIV al pacientului (pacientei) doar după examinarea circumstanțelor fiecărui caz în parte, din punctul de vedere al eticii medicale și al confidențialității, dacă sunt întrunite criteriile de mai jos: persoana cu statut HIV-positiv a beneficiat de consiliere complexă; consilierea oferită persoanei nu a avut drept rezultat schimbări comportamentale pozitive în direcția reducerii riscurilor; persoana cu statut HIV-positiv a refuzat să notifice sau să-și dea acordul la informarea partenerului (partenerilor) sexual despre statutul său; există un risc real de transmitere a HIV partenerului (partenerilor); persoana HIV-positivă este anunțată în prealabil și i se oferă un termen rezonabil pentru a comunica statutul său.

Testarea la marcherii HIV este obligatorie în următoarele cazuri: donarea sângelui, țesuturilor, lichidelor și organelor; în baza hotărârii instanței de judecată, în cazuri de viol și expunerea cu bună știință la riscul de infectare, atunci când acuzatul nu își dă consimțământul la testare, după beneficierea de consiliere în domeniu (*Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23-XVI din 16.02.2007, art. 15*).

În final, putem concluziona că realitatea etică și legală contemporană induce noi obiective ale actului medical, unde respectul autonomiei individului și autodeterminarea pacientului, beneficiul echilibrat dintre interesul comunitar și cel individual, constituie valorile fundamentale ale modului de viață civilizată, pe care asistența medicală nu are voie să le neglijeze.

## Capitolul 5

# COMUNICAREA ÎN INFECȚIA HIV

*Nu uitați, SIDA este o afecțiune, nu o rușine.*

Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) este o infecție ca oricare alta, omul infectat este un om ca oricare altul, iar SIDA reprezintă o afecțiune de care cineva poate să sufere ca și de oricare alta. Se poate întâmpla chiar cu cineva de lângă noi. În ultimul deceniu, în urma cercetărilor efectuate, s-au obținut rezultate deosebite în domeniul tratamentului cu medicamente antiretrovirale, îmbunătățindu-se durata și calitatea vieții celui care trăiește cu HIV. Însă abordarea terapeutică mai are și o altă componentă deosebit de importantă: terapeutică psihologică, cea care face persoana infectată cu HIV să se simtă normal, să se poarte normal și să trăiască normal. Infecția HIV nu este singura problemă de sănătate pentru care oamenii sunt discriminați și stigmatizați. Aceasta se întâlnește și în alte condiții, cum ar fi epilepsia, cancerul, bolile psihice, tuberculoza, care au condus la stigmatizare și discriminare în trecut și în prezent.

Persoanele care trăiesc cu HIV sunt discriminate, mai ales, deoarece infecția HIV este asociată cu comportamente care sunt stigmatizate sau considerate deviate, în mod special, homosexualitatea, sexul comercial și utilizarea drogurilor. Persoanele care practică aceste activități sunt considerate responsabile pentru că au contractat HIV, fiindcă oamenii din jur se tem să nu contracteze și ei infecția, fiindcă religia sau credințele morale conduc la părerea că infectarea cu HIV este rezultatul unei greșeli morale, al promiscuității sau al sexualității deviate, sau pur și simplu fiindcă persoanele seropozitive provin din medii cu un nivel scăzut de acces la informații, medii în general sărace. De la compasiune la supraprotecție și uneori până la respingere și abandon, trăirile celor de lângă persoana seropozitivă o afectează în mod direct, amplificând starea de stres existentă.

Studiul situației copiilor și familiilor afectate de HIV în Republica Moldova, efectuat în 2008, descrie situația privind stigmatizarea și discriminarea, în valori cantitative și calitative, și denotă că jumătate din respondenți consideră testul HIV ca unul lipsit de confidențialitate; 50% din cei întrebați au indicat că anume lucrătorul medical (preponderent medicul) a expus statutul HIV-pozitiv al respondentului persoanelor străine. Pe lângă acestea, 65% relatează că, din momentul în care cadrele medicale au aflat despre statutul HIV-pozitiv al respondentului, calitatea asistenței medicale s-a înrăutățit simțitor, iar în circa 25% dintre cazuri, asistența medicală li s-a refuzat cu desăvârșire.

Este bine știut faptul că stigmatizarea este relatată, din păcate, nu numai în familii, comunitate, la locul de muncă, în mass-media, la nivel de societate, dar și în cadrul instituțiilor medicale, acolo unde, de fapt, personalul ar trebui să înțeleagă lucrurile corect și să nu se bazeze pe stereotipuri, dar pe cunoștințe profesionale. Adesea, în clinicile medicale, discriminarea apare prin blocarea sau izolarea persoanei HIV-pozitive sau a pacientului SIDA, manifestată prin izolarea în arii speciale, neasigurarea confidențialității, răspândirea informației, refuz în acordarea asistenței medicale etc. Frica de a nu contacta boala și evitarea pacienților sau chiar refuzul de a-i îngriji îi demoralizează – ei se simt nedoriți și nu au nicio poftă



de viață. Asistentele medicale, de obicei, judecă mai des comportamentul persoanelor ce trăiesc cu HIV și faptul că acestea au avut pe parcurs mai mulți parteneri sexuali. De asemenea, au existat situații în care s-a dezvăluit numele unei persoane seropozitive cu un comportament sexual de risc, argumentându-se că, în acest mod, s-a transmis în comunitate un semnal de alarmă către posibili viitori parteneri sexuali, pentru a reduce numărul noilor infectări. Însă nu exista nicio dovadă a diminuării numărului de noi cazuri sau a schimbării comportamentului persoanelor seropozitive, după ce au fost expuși opiniei publice fără consimțământul lor. În schimb, a fost înregistrată o creștere a numărului de acțiuni discriminatorii asupra altor persoane seropozitive.

## ■ Acțiuni discriminatorii în ariile medicale

Cum și în ce mod se manifestă, de obicei, în instituțiile medicale stigmatizarea și discriminarea persoanelor care trăiesc cu HIV? Cele mai frecvente acțiuni întâlnite în rândul personalului medical care stigmatizează și discriminează sunt următoarele:

- Refuzul de a consulta o persoană HIV-pozitivă;
- Minimalizarea contactului cu persoanele seropozitive;
- Evitarea atingerii persoanei în timpul consultației;
- Separarea și izolarea persoanei HIV-pozitive într-o arie specială;
- Neasigurarea confidențialității;
- Răspândirea informației despre client;
- Codificarea fișelor persoanelor HIV-pozitive;
- Îmbrăcarea a două perechi de mănuși pentru a lua pulsul pacientului;
- Atitudine agresivă sau nepăsătoare;
- Utilizarea frazelor jignitoare de tipul: „V-ați jucat cu drogurile și sexul – ați contaminat SIDA!”;
- Schimbarea expresiei feței în timpul examenului medical a unei persoane HIV-pozitive;
- Consiliere slabă – lipsă de confort, încurajare sau reasigurare;
- Referirea persoanelor date către centre specializate cu explicații-scuze că acolo li se va oferi o gamă mai largă și mai specializată de servicii medicale, evitându-se a se ocupa de ei;
- Exprimarea unei prognoze fatale – „Din păcate, nu se mai poate de făcut nimic” sau „Nu există opțiuni...”.

Toate aceste acțiuni demoralizează persoanele care trăiesc cu HIV și ei evită să se mai adreseze medicilor și instituțiilor medicale după vreun ajutor sau îi va forța să adopte comportamente riscante, inclusiv să ascundă faptul că sunt seropozitivi. Să nu uităm că ei se confruntă cu multe probleme în viață și în familiile lor: cu violența emotivă – deoarece sunt învinuiți că au adus infecția HIV acasă; cu violența fizică – copiii, soțiile sunt adesea agresați fizic; cu izolarea la domiciliu – totul ce utilizează ei este separat; cu dezintegrarea familiei – divorțurile și abandonul copiilor se întâlnesc foarte frecvent; cu sentimentul de rușine și oroare; cu pierderea locului de muncă sau cu abandonarea forțată a studiilor din cauza stigmei.

Care sunt, de obicei, explicațiile personalului medical de a adopta un astfel de comportament în aceste situații?

- De persoanele ce trăiesc cu HIV se ocupă Centrul SIDA – nu e treaba noastră.
- Nu există prea multă experiență de lucru și comunicare cu persoanele seropozitive.
- Nu prea ne interesează problema.
- Ne este frică să ne molipsim.
- Nu avem pacienți și/sau persoane afectate de HIV în teritoriu.

## ■ Terminologia utilizată în infecția HIV

Însă cea mai frecventă problemă este că personalul medical utilizează, fără să-și dea seama de aceasta, un limbaj care stigmatizează și un vocabular discriminatoriu. Informarea calificată a personalului despre limbajul și vocabularul corect, recomandat în instituțiile medicale, este primul pas spre înregistrarea schimbării în dezvoltarea unui suport real și a compasiunii față de aceste persoane. Există multe căi de a transforma instituțiile medicale în arii nondiscriminatorii și, realizând aceasta, este posibil a crea un mediu în care oamenii ce trăiesc cu HIV sau SIDA să se simtă bineveniți, unde fiecare să poată beneficia de servicii de profilaxie, tratament, îngrijire sau suport, în volumul necesar.

Limbajul utilizat în comunicarea cu persoanele infectate cu HIV are cel mai mare impact în atingerea unei compliance și colaborări cu persoana dată, dar și în reducerea stigmatizării. Este foarte important ca personalul medical să utilizeze un limbaj care nu ar jigni și ar eticheta. Desigur, în abordarea tematicii despre HIV sunt folosite expresii care, în mare măsură, reflectă cunoștințele și nivelul de înțelegere a fenomenului epidemiei de către vorbitori, manifestându-se atitudinea față de persoanele afectate și „contaminarea” societății cu opinii stigmatizante. Unele expresii stau la baza persistării stereotipurilor negative și inducerii fricii față de pacienții seropozitivi.

„*Ciuma secolului XX*” este un calificativ atribuit infecției încă la începutul epidemiei, când încă nu se cunoșteau cauzele și modul de răspândire a acestei boli periculoase, ceea ce inducea o frică oarbă față de cei infectați. Acest clișeu ziaristic învechit se mai întâlnește până în prezent în unele publicații și a stat inițial la baza HIV-fobiei prin frica medievală față de infecție, contribuind la discriminarea și izolarea persoanelor care trăiesc cu HIV.

„*Victimele SIDA*”. Prin cuvântul „victimă” se presupune pasivitate și neputință în fața pericolului, lipsă de control asupra vieții proprii. Majoritatea persoanelor care trăiesc cu HIV și SIDA luptă activ pentru viața, sănătatea și drepturile lor, ajutându-i activ și pe alții în lupta cu infecția. Anume datorită eforturilor depuse de aceste persoane, astăzi avem progrese enorme în tratamentul și în prevenirea HIV.

„*Victime inocente SIDA*” – Astfel sunt numiți copiii infectați cu HIV în instituțiile medicale. Acest lucru presupune în mod tacit că persoanele care s-au infectat prin transmitere sexuală sau atunci când consumau droguri injectabile sunt „vinovate” și merită pedeapsă. SIDA nu este o crimă, ci o boală. De altfel, nu doar SIDA, dar și multe alte boli pot fi cauzate de comportamentul riscant pentru sănătate, dar nimeni nu vorbește despre „victimele inocente ale cancerului, hipertensiunii arteriale sau ale diabetului”, și nu se încearcă a demonstra cât de mult bolnavii înșiși poartă vina pentru starea în care se află.

„*Infectat cu SIDA*” sau „*Pacienți cu SIDA*” trebuie să fie excluse, deoarece privește oamenii strict prin prisma bolii. În general, cuvântul „pacient” își găsește locul doar într-un context clinic, strict medical. Întorcându-se acasă sau mergând la serviciu, el încetează a mai fi un pacient. Utilizarea „bolnav de SIDA” este permisă doar în cazul persoanei care într-adevăr, la momentul de față, este bolnavă și se află într-un stadiu clinic SIDA. Și este evident că există posibilitatea ca infecția HIV, între timp, să treacă în SIDA. Dar mai e cert și faptul că la moment există metode moderne de tratament destinate spre prevenirea tranziției infecției HIV în SIDA.

„*Maladie groaznică*” – Existența „sperietoarelor” pe parcursul a zeci de ani nu a avut niciun efect pozitiv, ba din contra, inducea de la dezgust până la depresie și disperare. V-ați gândit la sentimentele pe care le au oamenii care trăiesc cu HIV sau sunt îngrijorați pentru cei dragi? Este groaznică nu boala, dar ignoranța, discriminarea, lipsa accesului la măsuri reale de profilaxie și tratament.

În lume, sunt utilizate foarte frecvent expresiile „HIV-pozitiv” sau „seropozitiv”, avându-se în vedere faptul că persoana a înregistrat un rezultat confirmativ (pozitiv) de laborator la infecția HIV. Adesea se mai întâlnește sintagma „persoane atinse de epidemia SIDA”, nu se referă doar la cei infectați sau bolnavi, ci și la rudele sau apropiații lor, indiferent de statutul lor în raport cu infecția HIV.

Sunt comise, frecvent, multe greșeli în cadrul aprecierii probabilității de risc majorat de contactare a infecției sau îmbolnăvirii, prin formulări de tipul „grupuri cu risc major de îmbolnăvire”, „vulnerabili la infecție”, „grupuri vulnerabile” etc. De fapt, riscul este determinat nu de apartenența la un grup anume, ci de comportamentul individual al fiecăruia. Desigur că unele categorii sunt mai vulnerabile în fața maladiei SIDA, deoarece, în urma unor așa factori ca sărăcia, discriminarea, lipsa de drepturi etc., ei nu pot să evite situațiile de risc. În acest caz, se recomandă utilizarea expresiilor de tip „populație cu cea mai înaltă

probabilitate de expunere la HIV” sau „populație cu risc sporit de îmbolnăvire”. Adesea terminologia incorectă este preluată de mass-media, de lideri sociali și de întreaga societate, astfel, acestea conduc la o interpretare greșită a lucrurilor și creează stereotipuri negative referitor la comportamentul sexual al acestor persoane.

În contextul SIDA, e preferabilă utilizarea termenului de „copii ajunși orfani din cauza SIDA” sau „orfani și alți copii ajunși vulnerabili din cauza SIDA”, evitându-se expresia „orfani SIDA”.

În legătură cu cele expuse mai sus, au fost propuse modificări în terminologia HIV și SIDA, modificări adoptate de UNAIDS. Explicările cele mai frecvent întâlnite sunt prezentate în tabelul 9.

Tabelul 9

Terminologia discriminatorie și nondiscriminatorie versus infecția HIV

Terminologie nondiscriminatorie (recomandată)	Terminologie discriminatorie (nerecomandată)
HIV, cu excepția cazurilor în care vă referiți specific la SIDA	HIV/SIDA
Diagnosticul SIDA; boală asociată HIV	HIV/SIDA
Epidemia SIDA sau epidemia HIV	Epidemia HIV/SIDA
Prevalența HIV	Prevalența HIV/SIDA
Prevenirea HIV	Prevenirea HIV/SIDA
Sex comercial; lucru sexual	Prostituție
Sex neprotejat	Sex riscant
Lucrătoare sexuală	Prostituată
Vânzare/comercializare de servicii sexuale	Industria sexului comercial
Testare la HIV	Testare HIV/SIDA
Răspuns la SIDA	Lupta contra SIDA
Populație cu risc sporit de îmbolnăvire	Grupuri cu risc înalt de îmbolnăvire
Populație cu cea mai înaltă probabilitate de expunere la HIV	Grupuri vulnerabile; cei mai vulnerabili la infecție
Cu cea mai înaltă probabilitate de expunere la HIV	Cei mai vulnerabili la infecție
Populație vulnerabilă	Grupuri vulnerabile
Utilizator de droguri	Narcoman
Utilizator de droguri injectabile	Utilizator de droguri intravenoase
Persoană ce trăiește cu HIV	Persoană ce trăiește cu HIV/SIDA
Utilizarea echipamentului injectabil contaminat (dacă vă referiți la transmiterea HIV)	Utilizarea în comun a acelor, seringilor
Utilizarea echipamentului injectabil nesteril (dacă vă referiți la expunerea la HIV)	Utilizarea în comun a acelor, seringilor
Copii ajunși orfani din cauza SIDA	Orfani SIDA

## Instrumente și strategii de comunicare în reducerea stigmatizării și discriminării

Un rol important în reducerea stigmei și discriminării în societate o au strategiile de comunicare care includ campaniile publice, urmărind scopul să informeze și să-i facă pe oameni să vorbească despre HIV și SIDA. Doar comunicarea poate distruge stereotipurile create, neînțelegerile și temerile. Căile de eliminare a tabuurilor din anumite subiecte în aceste campanii includ crearea unor strategii de comunicare, aspectele cărora sunt descrise mai jos:

### Strategii de combatere a stigmei la nivel de comunitate:

- Crearea spațiilor sigure, în care oamenii să poată aborda anonim teme sensibile – linii de telefonie „fierbinți” sau „verzi”. De exemplu, în 2001, în Brazilia, linia fierbinte a primit până la 8 000

de sunete pe zi, dintre care 80% întrebau despre HIV și 20% despre infecțiile sexual transmisibile. În Thailanda, oamenilor le place, de obicei, să discute problemele lor cu frizerii, astfel frizerii au fost instruiți să consilieze în problemele infecției HIV.

- Utilizarea simbolurilor: simbolurile vorbesc fără cuvinte. De exemplu, panglica roșie a venit să simbolizeze HIV și SIDA și să-i susțină pe cei ce trăiesc cu HIV.
- Implicarea în activități sociale și campanii de comunicare a persoanelor cunoscute, a liderilor politici sau a vedetelor showbizului.
- Oferirea exemplelor că orișicine ar putea fi afectat (de exemplu: ex-Președintele Zambiei Kenneth Kaunda a declarat că fiul său a murit de SIDA).
- Demonstrarea feței umane în infecția HIV – aceasta va ajuta oamenii să se identifice cu cei ce s-au confruntat cu infecția HIV.
- Comemorarea persoanelor decedate de SIDA și conștientizarea faptului că ei au decedat de SIDA.
- Dezvoltarea unui proces apropiat și fezabil răspunsurilor individuale și comunitare la stigmă.
- Influențarea percepției publice și mobilizarea societății la acțiuni care ar atinge schimbări la capitolul discriminării și stigmatizării.

#### **Strategii de combatere a stigmei la locul de muncă al celor ce trăiesc cu HIV:**

- Promovarea politicii nondiscriminatorii în organizații și companii;
- Promovarea unui cod de conduită printre angajați.

#### **Strategii de combatere a stigmei în mass-media:**

- Utilizarea unui vocabular simplu și înțeles, pentru a vorbi despre stigmă prin canalele mass-media;
- Organizarea întâlnirilor cu mass-media;
- Răspândirea informației corecte în societate;
- Organizarea evenimentelor de presă referitor la efectele stigmei și ale discriminării;
- Oferirea unei viziuni pozitive celor care trăiesc cu HIV.

#### **Strategii de combatere a stigmei în instituțiile medicale:**

- Încurajarea personalului medical să vorbească despre propriile sentimente, atitudini, temeri și comportament vizavi de problema dată;
- Susținerea personalului medical să-și controleze temerile lor referitor la supunerea pericolului de infectare în raport cu statutul lor;
- Instruirea personalului medical referitor la stigmatizare și discriminare în infecția HIV;
- Fortificarea cunoștințelor practice pentru reducerea temerilor și miturilor;
- Altoirea abilităților de comportament corect față de persoanele ce trăiesc cu HIV;
- Instruirea personalului medical la tema confidențialității și acordul informat referitor la testare și tratament;
- Oferirea suportului în soluționarea contradicțiilor;
- Elaborarea codurilor de bună practică;
- Efectuarea unui feedback cu clienții pentru a monitoriza și evalua situația.

## **■ Aspecte ale comunicării în infecția HIV**

### **Comunicarea rezultatului HIV-pozitiv sau a diagnosticului SIDA**

Pentru o persoană, calvarul începe din momentul în care face testul. Perioada care trece din momentul recoltării și până la aflarea rezultatului poate fi extrem de stresantă. Este bine ca medicul să intervină în acest moment sau chiar mai înainte, în momentul în care îi recomandă să efectueze testarea. Odată cu recomandarea sau cu recoltarea sângelui, medicul ar fi bine să-i ofere persoanei o serie de informații cu privire la virusul HIV. Deja informată, persoana va putea face distincția între infecția cu virusul HIV și

boala SIDA. De asemenea, poate afla că, în ultimii ani, se poate vorbi mai mult de o boală cronică, decât de o boală care ucide în termen scurt. Desigur, informarea poate fi făcută de medicul de familie cu privire la orice boală. E un mod de a scăpa de mituri de genul „tuberculoza o fac doar săracii”, iar „SIDA – cei ce se droghează” și de a-i ajuta pe pacienți să se ajute singuri. Fiecare bolnav are o structură psihică unică, astfel încât o soluție de comunicare găsită de medic nu poate fi aplicată, în bloc, tuturor pacienților. Desigur nu e nevoie ca medicul să fie, obligatoriu, și psiholog sau magician pentru a ghici firea pacientului, dar el poate adopta o atitudine care să vină în întâmpinarea nevoilor bolnavului. Atitudinea binevoitoare, inspirarea încrederii, empatia medicului pot face minuni.

Comunicarea unui rezultat HIV-pozitiv sau diagnostic SIDA ar trebui făcută numai după investigații minuțioase și repetate. Sunt medici care, atunci când primesc un rezultat pozitiv (în sensul confirmării), preferă să repete analiza înainte de a-i comunica pacientului rezultatul sau diagnosticul. Chiar dacă este costisitoare și necesită timp, o astfel de metodă poate fi benefică bolnavului și chiar e recomandabilă în cazul infecției HIV. Nu de puține ori, diagnostice rezervate au fost infirmate de analizele ulterioare.

Comunicarea rezultatului serologic pozitiv în cazul infecției HIV sau al diagnosticului de SIDA este unul dintre cele mai grele aspecte ale comunicării între medic și pacient. Nu trebuie să uităm că, în timp ce pentru medic e doar un rezultat simplu de analiză sau un diagnostic, poate chiar și mai optimist decât în cazul altor bolnavi și al altor boli, pentru cel ce îl primește poate fi un șoc, o prăbușire a lumii sale. Mulți consideră încă că aflarea unui diagnostic sumbru îl deprimă ireversibil pe pacient și îl face să renunțe la a mai lupta cu boala. Desigur, aceasta poate să se întâmple, dar poate fi sensibil atenuat și chiar evitat prin abilitatea de comunicare a medicului. Înainte de a comunica diagnosticul, e bine ca medicul să cunoască cât mai multe despre pacient, viața lui, valorile sale, abilitățile și puterile lui. Astfel, prezentarea diagnosticului se poate face într-un mod încurajator, subliniind ce ar putea face pacientul pentru a-și ameliora starea. Celor mai mulți medici le este greu să vorbească deschis despre aceasta, în special când pacientul este încă foarte tânăr, fapt caracteristic în infecția HIV.

Adesea ne punem întrebarea: care ar trebui să fie atitudinea corectă a medicului față de pacientul care suferă de această boală, considerată incurabilă? Adesea presupunem că din momentul în care bolnavul află că a contactat această infecție sau că suferă de SIDA își va trăi restul zilelor în suferință psihică și sufletească din cauza verdictului, dar și a atitudinii agresive a societății față de boală. De obicei, în cazul HIV/SIDA, spre deosebire de alte maladii, se recomandă să i se spună pacientului tot adevărul – de ce boală suferă și cât de grav este, inclusiv dacă faza este incurabilă, dar să nu i se comunice speranța de supraviețuire și cât i-a mai rămas de trăit, pentru a-l proteja psihic. În acest caz, el nu va ajunge să fie obsedat de ideea finalului. În multe cazuri, ca satelit apare depresia, ca o reacție la aflarea diagnosticului și prognosticului, fapt ce influențează negativ evoluția pacientului. Trebuie să cunoaștem că există pacienți optimiști și pesimiști. Dar să nu uităm că există și medici optimiști și pesimiști. În cazul maladiei SIDA, prelungirea vieții depinde de tratament, iar tratamentul, de obicei, este unul de durată.

Medicul are obligația să comunice adevărul bolnavului într-o formă adecvată acestuia. Și nu are voie să comunice acest lucru familiei decât cu acordul bolnavului.

Care sunt condițiile tehnice ale anunțului pe care îl vom da pacientului?

- Instalarea într-un loc liniștit, unde intimitatea este posibilă (fără telefoane care sună), acordând timp suficient pentru a asculta pacientul și a înțelege reacțiile lui.
- Explorarea a ceea ce pacientul a înțeles din boala lui și a ceea ce el știe deja.
- Acordarea timpului necesar pentru a înțelege motivațiile cererii pacientului (ce vrea el să cunoască sau ce dorește să întreprindă?) și cărui apropiat dorește, eventual, să-i comunice informația: adesea, apropiatul îl însoțește, ceea ce poate deranja dialogul personal.
- Informația este însoțită întotdeauna de un angajament ferm de acordare a suportului necesar (considerarea lui ca persoană, evidența nevoilor sale psihologice, susținerea anturajului său, a durerii și disperării sale, inițierea unui tratament adecvat dacă este necesar).

Se verifică, cu tact, reacția emoțională a pacientului și se legitimează întotdeauna modul său de reacție, care trebuie recunoscut și acceptat. Fie că reacția este minimă, aparent bine controlată, fie expansivă sau dramatizată, există întotdeauna o reacție imediată, care nu-i permite bolnavului să înțeleagă lucrurile, pentru a putea face față, ca subiect, unei asemenea situații, în condiții normale (noțiunea engleză de „coping”). Consultația permite adesea explicarea anumitor mize legate de boală, de tratament, ajută pacientul să-și

„ierarhizeze temerile”, să-și exprime nevoile particulare. Este esențial să-i „legitimezi” pacientului reacțiile emoționale, afective și să le confirmi, în relație cu capacitatea sa de „a face față”.

Sfârșitul întâlnirii se pregătește printr-o conduită directivă, privind cele ce urmează – „Sunt aproape de dvs. și vă voi susține când va fi nevoie...”. Se stabilește o nouă consultație, se formulează explicit întâlnirea și cu alte persoane din echipa de îngrijire (asistenta medicală), se fixează calendarul examinărilor pentru următoarele zile. Dacă aceste condiții minime de disponibilitate și de calm nu sunt îndeplinite, este mai bine să se aleagă un alt moment. Codul deontologic precizează că medicul trebuie să dea pacientului o informație loială, clară și adecvată personalității bolnavului și mizelor situației. Informația trebuie să fie clară și dătătoare de speranță – „Da, boala dvs. este serioasă, dar nu suntem dezarmați” sau „Da, ați înregistrat un rezultat HIV-pozitiv, dar aceasta nu înseamnă că sunteți bolnav de SIDA”.

Există foarte frecvent o ambivalență a bolnavului vizavi de „adevăr”, de aceea este necesară o formulare cu precizie a informației pe care pacientul dorește s-o primească în mod real. De fapt, bolnavul nu poate înțelege ceea ce recepționează, nici toate consecințele bolii sale dintr-o dată. La fiecare etapă a bolii, putem observa reacții aparente de fugă, de negare sau de evitare a adevărului, care nu sunt sinonime cu cedarea, dar sunt reflexii ale resentimentelor pacientului și ale modului său propriu de a reacționa. Ele trebuie acceptate și respectate.

Medicul este responsabil în fața bolnavului lui: comunicarea adevărului apropiaților trebuie să fie doar cu acordul său (uneori, bolnavul nu dorește să informeze familia sau se teme pentru meseria lui în cazul în care boala sa ar fi cunoscută). Principala regulă este că fiecare individ are dreptul la confidențialitate și fiecare medic are obligativitatea de a respecta acest drept. Astfel, este important să se respecte această decizie a bolnavului, chiar dacă ea poate antrena reproșuri. Consemnarea în scris a voinței precise a bolnavului este importantă, în special pentru evitarea cazurilor în care membrii echipei anunță apropiaților informații pe care pacientul nu dorește să le divulge. Apropiații nu sunt întotdeauna cunoscuți. Boala revelează medicului situații, uneori, dezgustătoare, dar el trebuie să evite amestecul în aceste probleme familiale.

## Aspecte ale comunicării în relația medic-pacient

Într-o unitate medicală, există mai puțin timp disponibil pentru menajarea bolnavilor, adesea totul se face contra cronometru, iar spațiile sunt adesea înghesuite, pacienții nedispunând de intimitate. Și totuși puțină bunăvoință din partea medicilor îl poate transforma pe bolnav într-un pacient încrezător și cooperant.

Formarea deprinderilor de comunicare conduc la capacitatea medicului de a folosi eficient strategiile de remediere sau de evitare a eventualelor nereușite de comunicare cu pacientul, încurajându-se folosirea unui limbaj accesibil pentru pacient, în special în momentul când i se oferă recomandări și opțiuni de tratament.

Un factor aparte îl joacă cunoașterea culturală, care include înțelegerea factorului cultural și a impactului pe care mediul cultural îl are asupra comportamentului doctorului și al pacientului.

O importanță deosebită în stabilirea atitudinii medic-pacient o are contextul primului contact al pacientului cu medicul și felul în care se desfășoară prima consultație medicală.

Comunicarea cu pacientul este esențială în stabilirea relației medic-pacient și ea trebuie să fie una sinceră, bazată pe respect și atitudine. O comunicare deficientă poate fi cauzată de starea de anxietate a pacientului, în care el se află în condiția unei suferințe și a ignoranței sale, sau de discriminarea și stigmatizarea cu care se confruntă. Comunicarea interpersonală directă este cea mai eficientă, deoarece conține cea mai mare încărcătură afectivă. Un rol aparte în procesul de comunicare îl are prestigiul medicului. Bolnavul vede în el o ființă puternică, capabilă de a-l ajuta sau chiar de a face miracole. În procesul de comunicare cu pacientul, medicul va adopta diferite atitudini: empatie și înțelegere, imparțialitate obiectivă, proiectare spre pacient a propriilor sentimente. Pacienții, la rândul lor, în comunicarea cu medicul, au următoarele reacții:

- manifestare deschisă a anxietății;
- pasivitate;
- executare scrupuloasă;
- atitudine exigentă, uneori agresivă.

Autorul Parson menționează că, de obicei, medicii adoptă una dintre următoarele tipuri de atitudini: competență tehnică sau universală, atitudine de funcționar, neutralitate afectivă sau altruism.

Comunicarea care se desfășoară în cabinetul medicului este modul fundamental de interacțiune psihosocială a medicului cu pacientul său în timpul consultației și este realizat în vederea primirii și transmiterii unei informații și a obținerii unor modificări de comportament individual. Pentru a stabili o comunicare eficientă, este necesar ca medicul să încerce, pentru început, să înțeleagă și apoi să explice. Comunicarea înseamnă a asculta și a răspunde preocupărilor pacientului. Iar eficiența acesteia poate fi realizată prin intermediul conversației, care, de obicei, antrenează, cel puțin, două părți într-un dialog. În comunicarea cu pacientul, care este preocupat și dominat la moment de problemele sale de sănătate, medicul va realiza o comunicare reușită doar dacă va utiliza elemente caracteristice atât comunicării verbale, cât și nonverbale, dar va ține cont și de barierele comunicării. Bariere pot fi perturbațiile (filtrele, zgomotele) care intervin în procesul de comunicare, dar și barierele de limbaj, de mediu, de poziție sau de concepție. A fost deja demonstrat prin studii că o comunicare reușită cu medicul reduce teama pacientului și, în special, teama este redusă de compasiunea medicului.

Deoarece comunicarea verbală este principala formă de comunicare, cuvântul medicului acționează foarte puternic și adânc asupra pacientului. Este foarte important să se țină cont de toate elementele comunicării verbale, fiecare dintre ele în parte având o influență mare asupra pacientului, asupra înțelegerii lui, precum și asupra comportamentului ulterior. Este esențial să se țină cont de claritatea mesajului, de acuratețea cu care este prezentat, de empatie, sinceritate, atitudine, contact vizual, voce, viteză sau de pauză de vorbire.

Comunicarea cu o persoană infectată HIV devine nu un consult, ci mai mult o mediere. O mediere a problemei cu care ea se confruntă. Pentru început, cel mai important devine locul de mediere, care trebuie să fie unul liniștit, aproape intim, neutru. Sesiunea de mediere este una absolut confidențială. În cadrul sesiunii se ține cont de limbajul gesturilor, comportamentului și felului de a vorbi. Gesturile trebuie să fie doar pozitive. Medicul trebuie să fie totdeauna conștient de propriile gesturi – fiecare gest, de obicei, înseamnă ceva și transmite un mesaj.

Pentru medierea unei persoane seropozitive sau bolnave de SIDA, se recomandă:

- A pregăti locul în care veți discuta, asigurându-vă că nimeni absolut nu va auzi conversația.
- Salutați persoana.
- Ascultați-o.
- Gândiți-vă la soluții posibile.
- Încurajați persoana.

În discuția cu bolnavul nu se recomandă doar de a pune întrebări, ci și de a asculta, iar ascultarea este o tehnică destul de dificilă, deoarece, prin măiestria medicului, pacientul poate fi făcut să vorbească singur și acest lucru nu este foarte ușor. Medicul trebuie să controleze atent această discuție, deoarece, devenind prea lungă, ea poate perturba comunicarea. Discuția se recomandă a fi dusă în mai multe reprize, care oferă și pacientului posibilitatea de a-și restabili echilibrul. Problemele intime, conjugale, sexuale, care au o conotație specială în cazul infecției HIV trebuie abordate cât mai natural, pentru a nu transmite pacientului nici starea de jenă, și nici de stigmă. Dialogul cu pacientul trebuie să fie cât mai confidențial și în el să nu participe mai mult decât ei doi.

Se recomandă a evita vorbirea cu voce pe ton înalt, cât și explicațiile medicale abstracte. Vocea are un impact foarte mare în comunicarea cu pacientul. Calitatea vocii și parametrii săi pot influența aproape cel mai mult comportamentul pacientului. Vocea este cea care poate avea efecte hipnotice. O voce domoală și calmă va liniști pacientul, iar o voce stridentă îl va alerta sau chiar îl va enerva. Vocea, intonația, tonul, accentul pot încuraja pacientul, demonstrând grija față de starea lui, sau invers: atitudinea de nepăsare, care îi va părea discriminatorie în cazul problemei lui. În niciun caz, pacientul nu trebuie tratat cu ironie sau aroganță. Întrebările care se pun trebuie să fie simple și clare. În timpul consultației, vor fi discutate, de asemenea, și drepturile sau restricțiile legale. Este foarte important a susține inițiativele pacientului și facilitarea luării autonome de decizii adecvate, dar bazată pe volitivitate – libera voință. A lua în considerare faptul că autonomia nu poate fi aplicată persoanelor minore, inapte, ignorante etc. O comunicare reușită se poate baza pe încredere, care poate fi atinsă doar spunându-se adevărul și protejându-se informația confidențială.

Succesul consultului medical depinde, în cea mai mare măsură, de buna funcționare și organizare a locului în care se acordă asistența medicală, dar și de felul în care se comportă medicul. Comporta-

mentul medicului în timpul consultației pacientului este foarte important, deoarece el îndepărtează sau îl apropie. Pacientul este foarte atent la faptul cum a fost primit, ce atitudine are medicul față de el. Se recomandă ca pacientul să fie invitat să ia loc. Acest gest simplu „sparge” gheața în comunicare. De asemenea, se recomandă a menține un contact vizual permanent, a asculta foarte atent și a nu scrie în continuu în timpul dialogului. Chiar dacă sunteți îngândurat, având probleme personale sau fiind frământat de altceva, nu se recomandă a sta încruntat, deoarece pacientul va considera că aceasta este provocată de problema cazului său și va presupune că el este unul fatal sau, pur și simplu, îl desconsiderați. Nu este recomandat ca, în discuția cu pacientul, medicul să privească într-o parte, deoarece aceasta denotă lipsă de interes, plictiseală, răceală sau chiar discriminare și îl poate bloca sau jigni.

În timpul consultației, se recomandă ca medicul să fie îmbrăcat în halat curat (de preferință unicolor) și să aibă un aspect foarte îngrijit, utilizându-se toate regulile universale de protecție (măști, mănuși etc.) care demonstrează profesionalism, induc încredere, însă nu exagerați.

Mediul în care are loc comunicarea cu pacientul poate să susțină sau nu mesajul pe care aveți a-l transmite. Cabinetul medicului este locul în care pacientul își expune problemele sale, astfel condițiile topografice ale dialogului medic-pacient sunt foarte importante. De aceea nu este recomandat ca medicul și pacientul să stea exact față în față, acest lucru fiind jenant și conferă o stare de inhibiție sau aflarea sub influența așa-numitei „fascinații a privirii”. Cea mai indicată poziție este cea în care pacientul este așezat sub un unghi de 45 de grade față de medic, astfel ca fața lui să poată fi văzută din profil, la o distanță de circa un metru. Spațiul în care are loc conversația trebuie să fie unul sigur pentru pacient – de obicei un cabinet foarte curat și în ordine, cu miros de curățenie și prospețime. De asemenea, își are rolul său, în asigurarea unei comunicări eficiente, limbajul lucrurilor din biroul medicului – obiectele de decor, tablourile expuse pe pereți, obiectele de pe masă, siglele folosite etc. Fiecare obiect transmite un mesaj, atrage sau distrage atenția. Nu este recomandată afișarea unui poster sau buletin în care se va spune „SIDA poate ucide” sau „Să luptăm contra SIDA”.

În timpul consultației nu se discută probleme de alt gen. Totodată, țineți minte că irelevanța poate fi sancționată cu eleganță și diplomatie prin tăcere. Pauzele prea lungi, nemotivate, induc pacientului neliniște și creează întrebări de tipul: „Oare de ce tace? Ce ascunde de mine?”

În timpul consultației, utilizați metoda „celor cinci chei”. E foarte dificil, ba chiar imposibil să deschizi o ușă încuiată. Dar dacă ai o cheie, o pui în broască, o întorci și ușa se deschide ușor. Atunci când există o problemă de comunicare, oamenii sunt ca niște uși încuiate: nu ascultă pe nimeni și nu se deschid. Dacă ai cheia gândurilor lor, îi poți ajuta să-și rezolve problemele. Din fericire, există niște chei imaginare care le putem folosi ca să ajutăm persoanele care au nevoie de suportul nostru. Aceste chei nu le poți atinge, dar le poți învăța a folosi. Ele sunt foarte importante, deoarece îi fac pe oameni să vorbească despre problemele lor.

Cele cinci chei sunt:

1. **Să nu judeci.** Medicii trebuie să fie totdeauna imparțiali, chiar dacă ei cred că cineva are sau nu dreptate.
2. **Nu oferiți soluții, iar sfaturi propuneți, numai dacă ele țin de tratament.** Lăsați persoana să rezolve situația sa singur, simțindu-se cu adevărat responsabil.
3. **Să fiți cu adevărat empatici.** Cel ce dă dovadă de empatie încearcă să înțeleagă ce simte persoana dată dacă ar fi în locul ei, privind lucrurile din perspectiva lui. Încercați să-l înțelegeți.
4. **Păstrați confidențialitatea.** Oamenii se simt mai bine când vorbesc despre sentimentele și problemele lor, dacă sunt siguri că nu veți spune nimănui despre problemele lor.
5. **Arătați că vă pasă.** Trebuie să țineți cont de modul în care comunicați cu interlocutorul Dvs. Dacă demonstrați că vă pasă cu adevărat de problema persoanei, ea va avea încredere în dialogul susținut pentru a-și rezolva problema.

Concluzionând cele expuse mai sus, putem defini acel șir de acțiuni nondiscriminatorii, necesar a fi implementat în orice instituție medicală în conduita personalului medical.



## ■ Acțiuni nondiscriminatorii ale personalului medical

Doar printr-o atitudine specială, deosebită, nondiscriminatorie și nestigmatizată, atitudine care nu se deosebește cu nimic de atitudinea față de alți pacienți, personalul medical va putea demonstra că deține abilitățile necesare pentru a acorda asistență medicală persoanelor care trăiesc cu infecția HIV și suport psihologic în depășirea barierelor pe care ei le întâlnesc în situația dată. Pentru aceasta, este necesar, în comportamentul personalului, a se ține cont de următoarele principii și reguli simple și umane:

- a saluta cordial persoana;
- a trata pacientul ca pe orșicicare altul;
- a demonstra compasiune;
- a nu codifica sau însemna fișele medicale;
- a atinge persoana HIV-pozitivă;
- a demonstra respectul, dreptul la opinie și intimitatea persoanei;
- a asculta atent;
- a oferi suport emoțional;
- a asigura confidențialitate;
- a examina pacientul și a oferi medicamentul fără a îmbrăca mănuși;
- a comunica pozitiv (zâmbet, contactul ochilor);
- a încuraja persoana;
- a asigura și a spune următoarele: „Nu vă îngrijorați, mulți vă vor spune că viața s-a sfârșit, dar nu e adevărat. Există tratament antiretroviral, care vă poate ajuta. Dacă veți avea grijă de Dvs., veți putea trăi o viață lungă”;
- a oferi informație referitor la testare, tratament, supraveghere;
- a se concentra pe elemente pozitive și motivante – „Este foarte important pentru copiii Dvs. să faceți tot ce vă este în putere și chiar mai mult pentru a rămâne în viață”;
- a acorda suport familiei să accepte responsabilitatea de a îngriji o persoană cu SIDA;
- a consilia persoana.

Anume în acest scop, este recomandat ca fiecare instituție să introducă în activitatea personalului medical *Codul bunelor practici*, care ar trata persoanele ce trăiesc cu HIV sau SIDA cu respect și bunăvoință, fără a-i stigmatiza și discrimina, acordându-le tot suportul necesar.

## ■ Codul bunelor practici:

- 1 Vom trata persoanele ce trăiesc cu HIV cu bunăvoință și îi vom încuraja.
- 2 Nu ne vom feri să atingem persoanele seropozitive în timpul consultației sau al procedurilor medicale și astfel îi vom face să se simtă confortabil și egali cu ceilalți pacienți.
- 3 Vom folosi consumabile de o singură utilizare pentru fiecare pacient.
- 4 Vom trata toți pacienții egal.
- 5 Nu vom arăta discriminare persoanelor ce trăiesc cu HIV.
- 6 Vom oferi persoanelor ce trăiesc cu HIV sugestii referitoare la conduită, încurajare și suport în a-și trăi viața demn și plin.
- 7 Nu vom declama statutul de persoană seropozitivă altora.
- 8 Nu vom organiza spații speciale pentru aceste persoane.
- 9 Vom îmbunătăți campaniile de informare și reducere a stigmei și discriminării în comunitate.

Atât adulții, cât și copiii afectați de infecția pe care o poartă, trăiesc în aceeași societate și alături cu noi și încearcă să o facă normal și demn, bucurându-se de tot ceea ce înseamnă viață. Ei luptă cu boala și, uneori, trebuie să lupte și cu ignoranța sau chiar cu răutatea celorlalți. Trebuie să le respectăm drepturile, trebuie să fim alături de ei, fiindcă nu se știe cât timp ei vor mai fi lângă noi... Să nu îi izolăm, să nu îi abandonăm!

## Capitolul 6

# INDICATORI ȘI SISTEME DE MONITORIZARE A CAZURILOR DE STIGMĂ ȘI DISCRIMINARE ÎN CADRUL SISTEMELOR DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII

Deoarece fenomenul de stigmă și discriminare în bază de statut HIV-pozitiv este unul complex și cauzat de mai mulți factori atât de natură socială, cât și individuală. Totodată, este bine cunoscut faptul că identificarea și combaterea stigmei și discriminării contribuie semnificativ la îmbunătățirea calității diverselor servicii pentru PCTH și respectarea drepturilor acestora la asistență și servicii nondiscriminatorii. De asemenea, trebuie să ținem cont de faptul că stigma și discriminarea în bază de statut HIV-pozitiv reprezintă o barieră serioasă pentru prevenirea răspândirii infecției HIV, micșorând dorința și curajul de a se testa la marșerii infecției HIV, dar și de a se adresa pentru informații și tratamentul maladiei SIDA. Cazurile de stigmă sunt prevalente, în special, în țările cu venituri reduse din America Latină, Asia și Africa și se asociază puternic cu probabilitatea că persoanele infectate vor face testul sau vor începe tratamentul, chiar și în țările cu nivel economic de dezvoltare avansat, ca SUA.

## De ce și cum să monitorizăm cazurile de stigmă și discriminare

Necesitatea documentării și monitorizării sistematice a gradului de eliminare a tuturor formelor de discriminare în bază de statut HIV-pozitiv este argumentată de sporirea disponibilității PCTH și publicului larg de a apela la servicii de informare și asistență medicală, atunci când aceste servicii sunt nondiscriminatorii și nonstigmatizante.

Multe dintre Programele Naționale de Prevenire HIV au ca obiectiv diminuarea stigmei și discriminării, dar puține dintre acestea au reușit să stabilească indicatori fezabili de monitorizare a stigmei și discriminării, precum și procesul în care acești indicatori ar fi colectați și raportați.

Complexitatea monitorizării stigmei și discriminării reiese și din faptul că atât stigma, cât și abordarea discriminatorie manifestată de indivizi este o reflecție complexă de atitudini și cunoștințe ale indivizilor din diferite grupuri sociale și care se formează în bază de cultură, tradiții și codul moral al societății. În general, este documentat faptul că, odată cu creșterea nivelului de informare a populației privind un anumit fenomen social, ca de exemplu, diferite boli și modurile de transmitere a acestora, acuitatea fenomenului de stigmă și discriminare scade, iar societatea devine mai tolerantă față de persoanele care anterior erau stigmatizate și discriminate. Această evoluție au urmat-o mai multe fenomene în societate care, odinioară, erau tabuuri, precum comportamentul sexual, rolul femeii, rasa, etnia, maladii (lepra), dansul tango ș.a.

Câteva ghiduri internaționale, printre care și Protocolul UNAIDS de identificare a cazurilor de discriminare, stabilesc criteriile de identificare a cazurilor de discriminare. Mai întâi de toate, se menționează că discriminarea este un act de comportament arbitrar al indivizilor, ca rezultat al caruia alte persoane sunt abordate în mod inegal. Principiul nondiscriminării implică tratamentul uman egal și în același mod al indivizilor aflați în situații similare. Discriminarea arbitrară reprezintă rezultatul unei acțiuni sau lipsa de acțiune, intenționate sau fără de intenție. Dreptul la nondiscriminare poate fi abordat în anumite circumstanțe strict justificate: de exemplu, este legitim de a impune testarea la marcherii HIV a fiecărei donări de sânge și de a interzice indivizilor cu comportament de risc să doneze sânge, dar nu este legitim de a impune testarea obligatorie la HIV la angajarea în câmpul muncii. Dacă este justificată informarea autorităților locale despre numărul total de persoane HIV-pozitive, nu este legitim circularea în cadrul instituției a listei persoanelor HIV-pozitive fără consimțământul informat al acestora.

Obiectivele monitorizării cazurilor de stigmă și discriminare în bază de statut HIV-pozitiv pot fi multiple, dar trei din acestea sunt critice:

- 1 A înregistra magnitudinea fenomenului, a documenta tendințele și a estima impactele negative ale stigmei și discriminării.
- 2 A monitoriza impactul diferitor programe și activități care au ca scop diminuarea stigmei și discriminării, contribuind, astfel, la prevenirea răspândirii infecției HIV.
- 3 A furniza informații pentru decizii în vederea creării unui mediu social și legal în care se respectă drepturile omului și, nu mai puțin important, se asigură accesul universal la prevenirea și tratamentul infecției HIV/SIDA ca precondiție a stopării epidemiei HIV și SIDA.

Realizarea acestor obiecte de monitorizare a stigmei și discriminării permite documentarea și analiza experiențelor individuale și populaționale. Un sistem de monitorizare a cazurilor de stigmă și discriminare urmează a fi holistic și ar supraveghea incidența și natura acestor cazuri atât la nivel populațional, cât și în diverse categorii sociale și servicii publice: medicale, angajare la serviciu, în penitenciare, serviciu militar, de imigrări, mass-media, poliție ș.a.

## Modalități de colectare și interpretare a indicatorilor de stigmă și discriminare

Pornind de la multitudinea de cauze de stigmă și discriminare în raport cu statutul HIV-pozitiv, pentru monitorizarea acestora pot fi utilizați diferiți indicatori. În marea majoritate a cazurilor, acești indicatori țin de domeniul atitudinilor, de exemplu, de procentul de respondenți care ar fi de acord să îngrijească de o persoană bolnavă HIV-pozitivă. În proporție mai mică, indicatorii nominalizați țin de cunoștințe privind căile de transmitere a infecției HIV sau măsurile de protecție în cadrul manoperelor medicale.

Pot fi practicate diferite **modalități de monitorizare a stigmei și discriminării**:

- Chestionarea cunoștințelor și expunerii la stigmă și discriminare a PCTH sau a persoanelor din anumite grupuri cu risc sporit de infectare HIV;
- Instituirea în instituțiile publice a sistemelor de notificare de către pacienți/clienti a cazurilor de discriminare și a mecanismelor de evaluare a acestora;
- Chestionarea și/sau observarea periodică a cunoștințelor și atitudinii angajaților din instituțiile publice;
- Efectuarea studiilor populaționale, în bază de eșantioane reprezentative, cu acoperire teritorială sau națională, și evaluarea determinantelor sociale ale fenomenului.

Indicatorii privind evoluția percepțiilor și atitudinilor cadrelor medicale față de PCTH pot fi obținute prin intermediul studiilor specializate în cadrul sistemului ocrotirii sănătății, atât ca parte integrantă a monitorizării calității serviciilor, cât și la studierea mai aprofundată a fenomenului stigmei și discriminării. Indicatori similari se pot obține și din studiile de atitudini ai angajaților în câmpul muncii.

În Moldova, până în prezent, au fost aplicate câteva cercetări specializate la subiectul stigmei și discriminării:

- Studiul Programului de prevenire a transmisiei de la mamă la făt/modul CAP în stigmat și discriminarea PCTH, MS RM, august–octombrie 2009 (datele sunt în proces de analiză);
- Studiul de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor, practicilor privind HIV/SIDA ale persoanelor angajate în câmpul muncii în Republica Moldova: Raport Final / Ludmila Malcoci; Organizația Internațională a Muncii, Budapesta: OIM, 2009;
- Studiul situației copiilor și familiilor afectate de HIV și PLWHA în Moldova, MS cu suportul UNICEF/ O. Scutelnicuț și coautori, 2008;
- Studiul privind nivelul de cunoștințe privind HIV, IST și atitudinea față de PCTH, realizat de Fundația SIDA Est–Vest, 2005.

Totodată, indicatori relevanți se pot obține și la nivel populațional. De exemplu, în Republica Moldova module privind cunoștințele și atitudinile privind HIV au fost studiate în câteva studii populaționale:

- Sistemul de supraveghere comportamentală (BSS generația II): în Moldova sunt disponibile două studii de acest gen;
- Studiul demografic și sănătate, modulul SIDA: în Moldova a fost implementat în 2005;
- Studiul de indicatori multipli în cuiburi: în Moldova a fost implementat în anul 2000.

## Indicatori specifici de evaluare a stigmei și discriminării

Lista indicatorilor este compilată din mai multe surse de informare internațională, principala fiind indicatorii de măsurare a nivelului de stigmat și discriminare și a impactului programelor de reducere ale acestora [„Developing indicators for measuring stigma and discrimination and the impact of programs to reduce it” (UNADIS, IFRCRC)].

### 1. Indicatorii de atitudini

Definiție	Procentul de respondenți care exprimă atitudini tolerante față de PCTH
Ce se măsoară	Proporția de persoane din numărul total de respondenți care exprimă atitudini tolerante față de PCTH.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la următoarele întrebări: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dacă un membru al familiei ar deveni bolnav SIDA, ați fi de acord să îngrijiți de el în casa Dvs.?</li> <li>2. Dacă ați afla că proprietarul unui magazin alimentar sau local de alimentare publică ar fi purtător HIV, ați mai continua să cumpărați alimente de la el?</li> <li>3. Dacă un profesor ar fi HIV-pozitiv, dar fără de simptome SIDA, ar putea oare acesta să continue să predea la școală?</li> <li>4. Dacă un membru al familiei Dvs. ar deveni HIV-infectat, ați dori ca acest fapt să rămână în secret?</li> </ol> Doar respondentul care răspunde pozitiv la toate cele 4 întrebări va fi codificat pentru intrare în numărător.
Valoarea indicatorului în Moldova	Doar 5% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 15 și 49 de ani și 3% din bărbații cu vârsta cuprinsă între 15 și 59 de ani au răspuns că ar avea grijă de un membru al familiei HIV-pozitiv în casa proprie, ar cumpăra produse alimentare proaspete de la un vânzător cu SIDA, ar permite unui învățător HIV-pozitiv să învețe copiii și ar păstra în secret statutul de HIV-pozitiv al unui membru al familiei. (Studiul Demografic și de Sănătate, 2005)  10% în grupul cu vârsta între 15 și 24 de ani (Studiul repetat de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor cu referire la HIV/SIDA, 2008);  9% în rândurile persoanelor angajate în câmpul muncii în Republica Moldova (Studiul de Cunoștințe, Atitudini și Practici privind HIV/SIDA ale

	<p>persoanelor angajate în câmpul muncii în Republica Moldova, Raport Final/ Ludmila Malcoci; Organizația Internațională a Muncii. – Budapesta: OIM, 2009).</p> <p>Atitudinile de acceptare față de persoanele HIV-pozitive depind de educație, bunăstare și mediul de trai: respondenții cu nivel mai mare de educație și de bunăstare, cei din mediul urban sunt mai dispuși să manifeste o atitudine de acceptare pe toți cei patru indicatori.</p>
Notă	Valorile prezentate pentru Moldova sunt joase și denotă un nivel extrem de scăzut de toleranță față de PCTH.
<b>Definiție</b>	<b>Procentul respondenți care consideră că societatea are atitudini negative față de PCTH</b>
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la întrebări de tipul: „În opinia Dvs., care este atitudinea în societate privind PCTH?” (răspunsuri posibile: pozitivă, negativă, neutră, nu știu etc).
Exemple de valoare a indicatorului în R. Moldova	74% dintre respondenți manifestă o atitudine negativă (din totalul 567 PCTH din studiul situației copiilor și familiilor afectate de HIV și PLWHA în Moldova, MS cu suportul UNICEF, O. Scutelnicuș și coautori, 2008).
Notă	76% dintre respondenți ai studiului au menționat că le este frică să divulge statutul său HIV-pozitiv, pe motiv că societatea stigmatizează și discriminează în această privință.
<b>Definiție</b>	<b>Procentul angajaților care au făcut test la markerii HIV la insistența angajatorului</b>
Ce măsoară	Proporția persoanelor care au fost testate din numărul total de respondenți angajați.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la întrebarea: „Ați făcut vreodată test la markerii HIV la insistența angajatorului sau ca și condiție a angajării?”
Exemple de valoare a indicatorului în R. Moldova	34% dintre angajați au confirmat testarea la insistența angajatorului (Studiul de Evaluare a Cunoștințelor, Atitudinilor, Practicilor privind HIV/SIDA ale persoanelor angajate în câmpul muncii în Republica Moldova, 2009).
Notă	Testarea ca și condiție a angajării contravine legislației în vigoare din RM (Legea HIV din 2007) și se clasifică ca discriminare în bază de statut HIV-pozitiv.
<b>Definiție</b>	<b>Procentul de angajați care exprimă stigmă și frică în relație cu PCTH</b>
Ce măsoară	Proporția angajaților care exprimă stigmă și frică față de PCTH din numărul total de angajați.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la următoarele întrebări: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considerați că este periculos să lucrați alături de o persoană HIV-pozitivă?</li> <li>2. Considerați că este necesară izolarea PCTH?</li> <li>3. Dvs. simțiți frică (alternative: repulsie/furie) față de PCTH?</li> </ol>
Exemple de valoare a indicatorului în R. Moldova	<p>51% dintre respondenți consideră că este periculos să lucrezi cu o persoană seropozitivă;</p> <p>74% dintre persoane au afirmat necesitatea izolării PCTH din societate;</p> <p>64% dintre persoane simt o frică față de PCTH și ar încerca să evite contactul cu aceștia;</p> <p>45% dintre persoane simt repulsie și 37% simt furie față de PCTH.</p> <p>(Studiul privind nivelul de cunoștințe privind HIV, ITS și atitudinea față de PCTH, realizat de Fundația SIDA Est-Vest, 2005)</p>
<b>Definiție</b>	<b>Procentul de persoane care ar refuza oferirea de servicii și asistență PCTH</b>
Ce măsoară	Proporția lucrătorilor medicali care ar refuza oferirea de servicii și asistență PCTH.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la o întrebare similară acesteia: „În opinia Dvs., lucrătorilor medicali ar trebui să li se permită să refuze asistența medicală pacienților HIV-infecțati?”
Valoarea indicatorului în R. Moldova	Va fi cunoscută după analiza datelor Studiului Programului de prevenire a transmisiei de la mamă la făt, august 2009.

**2. Indicatori care denotă comportamente discriminatorii** în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății se manifestă în trei arii distinse de interacțiune și comunicare: (1) prin identificarea forțată a PCTH, (2) prin izolarea PCTH de la alte persoane și (3) prin impunerea de restricții PCTH și care, de altfel, nu sunt necesare atunci când se aplică precauțiile standard la controlul infecțiilor cu transmitere sangvină.

<b>Definiție</b>	<b>Identificare forțată: Procentul cadrelor medicale care consideră că orice persoană spitalizată trebuie să se testeze la markerii infecției HIV</b>
Ce măsoară	Proportia cadrelor medicale care consideră că orice persoană spitalizată trebuie să se testeze la markerii infecției HIV.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la întrebarea: „Considerați că orice persoană spitalizată trebuie să se testeze la markerii infecției HIV?”
Notă	<i>În baza principiilor de precauții standard în controlul infecțiilor cu transmitere sangvină (Ordin MS nr. 51 din 2009 cu privire la supraveghere și control în infecțiile nosocomiale și Ghidul de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale) nu se admite testarea obligatorie la markerii HIV a persoanelor spitalizate (vezi capitolul 2 al prezentului Ghid).</i>
Valoarea indicatorului în Moldova	Va fi cunoscută după analiza datelor Studiului Programului de prevenire a transmiterii de la mamă la făt, august 2009.
Exemple din alte țări	În Serbia, peste 50% dintre cadrele medicale consideră că orice persoană spitalizată trebuie să se testeze la HIV, această afirmație venind în contradicție cu principiul precauțiilor universale, pentru că testarea ar avea o valoare minimă, dat fiind prezența „ferestrei imunologice” la persoanele HIV-infectate, când acestea, infectate, vor avea rezultatul negativ la testare (vezi capitolul 1 al prezentului Ghid). Din aceste considerente, cadrele medicale sunt obligate să aplice precauțiile standard în prevenirea infecțiilor cu transmitere sangvină în relație cu oricare pacient, la orice manoperă și în orice condiții.
<b>Definiție</b>	<b>Izolarea PCTH de alte persoane: Procentul cadrelor medicale care consideră că PCTH trebuie izolate de ceilalți pacienți (la spitalizare, acordare de servicii etc.)</b>
Ce măsoară	Proportia cadrelor medicale care consideră că PCTH trebuie izolate de ceilalți pacienți.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la următoarele întrebări: 1. „Considerați că persoana HIV-pozitivă spitalizată trebuie izolată de ceilalți pacienți?” 2. „Considerați că persoanele HIV-pozitive ar trebui să fie îngrijite separat de ceilalți pacienți?”
Valoarea indicatorului în Moldova	Va fi cunoscută după analiza datelor Studiului Programului de prevenire a transmisiei de la mamă la făt, august 2009.
Exemple din alte țări	Studiul a 373 de cadre medicale din Mexic (Proiectul CENSIDA/USAID): 74% au considerat că pacienții trebuie izolați pentru a-i proteja de infecții nosocomiale, 46% – pentru a-i proteja pe alți pacienți de cei care sunt HIV-pozitivi și 30% au indicat izolarea ca metodă de protecție a cadrelor medicale.
<b>Definiția</b>	<b>Restricții: Procentul cadrelor medicale care consideră că PCTH trebuie să li se interzică anumite activități</b>
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la următoarele întrebări: 1. „Considerați că PCTH trebuie să li se interzică folosirea serviciilor publice (piscinelor sau a băilor publice)?” 2. „Considerați că PCTH trebuie să li se interzică anumite activități profesionale (spre exemplu, unui chirurg HIV-pozitiv ca să mai opereze)?” 3. „Considerați că femeilor HIV-pozitive urmează să li se interzică graviditatea și nașterea copiilor?”
Valoarea indicatorului în Moldova	Va fi cunoscută după analiza datelor Studiului Programului de prevenire a transmisiei de la mamă la făt, august 2009.

Exemple din alte țări	Studiul a 373 de cadre medicale din Mexic în cadrul Proiectului CENSIDA/USAID: 20% considerau că PCTH trebuie să li se interzică folosirea serviciilor publice, 36% au menționat că chirurgii HIV-pozitivi nu trebuie lăsați să opereze, iar 60% ar interzice femeilor HIV-pozitive să aibă copii.
Notă	<i>Virusul HIV nu se transmite prin folosirea, în comun, a spațiilor publice (de gen băi, piscine sau toalete). Pentru informații mai detaliate, vezi capitolul 1 al prezentului Ghid.</i>

**3. Indicatori care denotă aplicarea corectă a precauțiilor universale** (pentru detalii, vezi capitolul 2 al prezentului Ghid).

Definiția	Procentul cadrelor medicale care consideră precauțiile standard suficiente pentru a asigura protecția împotriva infecției HIV în cadrul manoperelor medicale
Ce măsoară	Proportia lucrătorilor care cunosc că precauțiile universale sunt suficiente pentru a asigura protecția împotriva infecției HIV în cadrul manoperelor medicale.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la întrebarea: „Considerați că procedeele de precauții standard sunt suficiente pentru a vă proteja de virusul HIV la momentul manoperelor efectuate PCTH?”
Valoarea indicatorului în Moldova	Va fi cunoscută după analiza datelor Studiului Programului de prevenire a transmisiei de la mamă la făt, august 2009.
Exemple din alte țări	Studiul a 373 de cadre medicale din Mexic (Proiectul CENSIDA/USAID): 75% dintre cadrele medicale au menționat că precauțiile standard sunt suficiente în relație cu PCTH, 50% dintre cadrele medicale au susținut că ar aplica precauții suplimentare în cazul în care ar suspecta sau cunoaște pe cineva care este HIV-pozitiv.
Notă	Studiile practicilor medicale din alte țări denotă că aplicarea consecventă și universală a precauțiilor standard elimină definitiv riscul contractării virusului HIV de la PCTH.

#### 4. Indicatori de cunoștințe generale privind căile de prevenire a infecției HIV

Atunci când sunt evaluați indicatori de stigmă și discriminare în societate, grupuri sociale sau instituții publice, practica internațională recomandă să se ateste și indicatorii de cunoștințe generale privind căile de prevenire a infecției HIV. Nivelurile acestor indicatori denotă starea lucrurilor în astfel de domenii importante cum sunt cunoștințele privind prevenirea, acestea fiind considerate ca o precondiție majoră a creșterii toleranței și înțelegerii în societate în relație cu problema infecției HIV. Nu mai puțină importanță o au și indicatorii de practici, în special, în rândul tinerilor de 15–24 de ani, aceștia referindu-se la utilizarea condomului la ultimul act sexual, numărul de parteneri sexuali pe parcursul ultimelor 6 luni, adresarea la medic în cazul apariției simptomelor infecțiilor cu transmitere sexuală (sifilis sau gonoree).

Definiție	Procentul de respondenți care exprimă cunoștințe corecte despre HIV și SIDA
Instrument de măsurare	Studiu demografie și sănătate, modulul SIDA (în Moldova a fost implementat în 2005); Studiu de indicatori în cuiburi: în Moldova a fost implementat în anul 2000; Sistemul de supraveghere comportamentală (BSS generația II): în Moldova sunt disponibile doua studii de acest gen.
Ce măsoară	Răspunsuri corecte la câteva întrebări despre căile de transmitere și mituri despre HIV.
Cum se măsoară	Se colectează răspunsuri la următoarele întrebări: 1. „Considerați că HIV poate fi prevenit prin utilizarea condomului la fiecare act sexual?” 2. „Considerați că HIV poate fi prevenit dacă relațiile sexuale sunt doar cu un partener sexual neinfectat și fidel?”

	<p>3. „Conșiderați că persoana care arată la exterior sănătoasă poate fi infectată cu HIV?”</p> <p>4. „Conșiderați că HIV se transmite prin înțepături de țânțar?”</p> <p>5. „Conșiderați că HIV se transmite prin forțe supranaturale?”</p>
Valoarea indicatorului în Moldova	<p>19% au răspuns corect la 4 întrebări în segmentul de vârstă 15–24 de ani (Studiu MICS 2000);</p> <p>41% au răspuns corect la 4 întrebări în segmentul de vârstă 15–24 de ani (Studiu repetat de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor tinerilor cu referire la HIV/SIDA, 2008).</p>
Valoarea indicatorului în alte țări	<p>85% în Finlanda și 86% în Argentina;</p> <p>20% în Bulgaria și Serbia (denotând un nivel foarte redus de cunoștințe necesare pentru a preveni infectarea cu virusul HIV).</p>

### Înregistrarea și raportarea cazurilor de stigmă și discriminare de către instituțiile medicale sau percepute de către PCTH

Odată cu înregistrarea nivelurilor de indicatori în atitudini și cunoștințe, este posibilă și înregistrarea de cazuri actuale, raportate de către instituțiile medicale sau percepute de către PCTH. În cadrul instituțiilor medicale, cazurile de stigmă și discriminare ar fi parte a înregistrării și raportării petițiilor, conform Legii privind petiționarea (nr. 190 din 19.07.1994).

Definiție	Numărul cazurilor raportate de stigmă și discriminare în relație cu PCTH în cadrul instituțiilor medicale
Cum se măsoară	În cadrul Studiilor de calitate a asistenței medicale acordate în instituțiile medicale sau în cadrul raportării periodice privind aplicarea prevederilor legale de petiționare.
Valoarea indicatorului în Moldova	<p>Legea privind Petiționarea nr. 190, adoptată la 19.07.94 stipulează mecanismul de colectare, analiză, raportare și soluționare a petițiilor.</p> <p>Totuși, în prezent, nu există o statistică cumulativă a petițiilor privind cazuri de stigmă și discriminare în bază de statut HIV-pozitiv. În cadrul Proiectului de colaborare CNȘPMP și UNICEF Moldova, în perioada lunilor mai–noiembrie 2009, activează un Grup Tehnic de Lucru care urmează să analizeze mecanismele existente de monitorizare a cazurilor de stigmă și discriminare, inclusiv prin mecanismul prevăzut de Legea privind petiționarea care se va finaliza cu o listă de recomandări privind necesitatea perfectării mecanismelor curente de monitorizare a cazurilor.</p>
Exemple din alte țări	În Elveția, în anul 2004, un Grup Național de experți a examinat cadrul instituțional și evidențe de cazuri de discriminare în 9 servicii publice (sănătate, angajare la serviciu, justiție, penitenciare, asistență socială etc.) Ghidându-se de Protocolul UNAIDS privind identificarea cazurilor de stigmă și discriminare din 2001, Grupul a constatat că în Elveția nu sunt cazuri de discriminare în cadrul instituțiilor publice.
Notă	<i>Acest indicator poate fi colectat și în cadrul instituțiilor de alt tip și în cazul în care există un sistem formal de înregistrare, raportare și soluționare a acestora.</i>

### Interpretarea și aplicarea indicatorilor de stigmă și discriminare

Indicatorii de stigmă și discriminare, precum și monitorizarea acestora oferă informații importante despre situația înregistrată la acest capitol și despre măsurile posibile de redresare a acesteia.

În situația în care în țară se manifestă o creștere a epidemiei HIV, iar nivelul de cunoștințe adecvate despre metodele de prevenire în populație, în special, în rândul tinerilor cu vârsta între 15 și 24 de ani rămâne scăzut, cadrele medicale trebuie să ia o atitudine tolerantă și corectă, bazată pe medicina modernă de evidențe, astfel eliberându-se de atitudini stigmatizante și discriminatorii față de PCTH și să ajute publicul larg a se debarasa de povara stigmatelor și actelor discriminatorii. În țările în care societatea, PCTH și cadrele medicale și-au schimbat atitudinea spre una tolerantă și informată, s-a reușit stoparea epidemiei,



de exemplu Thailanda, care a micșorat ponderea femeilor gravide infectate cu HIV de la 2,4% în 1995 la 0,8% în 2003, dar și cel al SUA și al țărilor Europei de Vest și de Est.

Monitorizarea indicatorilor de stigmă și discriminare trebuie să devină parte integrală a sistemelor naționale de monitorizare a progreselor în vederea prevenirii infecției HIV. Efectuând studii naționale sau locale, la nivel de raion sau instituție, putem obține date privind situația curentă și putem identifica schimbările de pe urma activităților și proiectelor adresate PCTH, dar și societății în general. Se recomandă ca înainte de a începe activități cu scop de prevenire și combatere a stigmei și discriminării să se identifice indicatorii pentru monitorizarea acestora.

Nu mai puțin relevant, urmează a fi menționate Standardele de bază pentru evaluare și acreditare a instituțiilor de asistență medicală primară, aprobate la ședința Prezidiului CNEAS din 30 iunie 2008, care stipulează monitorizarea serviciilor medicale referitor la nivelul de cunoștințe și practici cu referire la infecția HIV. În capitolul 3 este stipulat că în cadrul monitorizărilor se va analiza dacă personalul medical posedă cunoștințele necesare privind riscul profesional de infectare cu HIV, HBV și HCV, precauțiile universale în prevenirea transmiterii infecției și atitudinea în cazul expunerii profesionale cu produsele biologice care fac obiectul precauțiilor universale. Ținând cont de aceste prevederi și de valoarea enormă pe care o are combaterea stigmei și discriminării în bază de statut HIV-pozitiv, sperăm că informația din acest capitol va servi drept călăuză în planificarea și monitorizarea activităților de asigurare a serviciilor medicale de calitate și accesibile tuturor cetățenilor Republicii Moldova.

# GLOSAR

---

**Altruism** – generozitate; atitudine binevoitoare și dezinteresată, manifestată în favoarea altora.

**Arie** – loc (de răspândire) al anumitor fenomene, activități; domeniu.

**Bisexualism** – atracție sexuală simultană pentru ambele sexe.

**Cale de transmitere** – un factor de transmitere sau totalitatea factorilor, care realizează trecerea agentului patogen de la persoana infectată la populația receptivă.

**Consiliere** – acțiunea de a îndruma, a învăța, a sfătui.

**Depozitare sanitară** – neutralizarea deșeurilor prin depozitarea acestora în locurile special amenajate, rampe de depozitare controlată.

**Deșeuri asimilabile cu cele menajere** – deșeuri nepericuloase a căror compoziție este asemănătoare cu cea a deșeurilor menajere și care nu prezintă risc major pentru sănătatea umană și pentru mediul ambiant.

**Deșeuri infecțioase** – deșeurile lichide și solide care conțin sau sunt contaminate cu sânge sau alte fluide biologice, precum și materiale care conțin sau au venit în contact cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor.

**Deșeuri înțepător-tăietoare** – deșeurile care pot produce leziuni mecanice prin înțepare sau tăiere.

**Deșeuri rezultate din activitățile medicale** – toate deșeurile periculoase sau nepericuloase, produse în unitățile medicale.

**Discriminare** – politică prin care o categorie de cetățeni ai unui stat sunt lipsiți de anumite drepturi, în baza unor considerente neîtemeiate.

**Empatie** – formă de cunoaștere a altuia, în special a „eu”-lui acestuia; interpretarea „eu”-lui altora după propriul „eu”; identificare, prin trăire, cu alte persoane.

**Epidemie** – extinderea unei boli contagioase într-un timp scurt, prin contaminare, la un număr mare de persoane dintr-o localitate, regiune etc.

**Factori de transmitere** – elemente concrete ale mediului ambiant care favorizează trecerea agentului patogen de la persoana infectată la populația receptivă.

**Fereastră imunologică** – perioadă a maladiei, în care agentul patogen nu poate fi detectat.

**Fluid biologic** – substrat, lichid, secret sau excret al organismului uman (de ex: sânge, salivă, lichid de transpirație, urină, lichid cefalorahidian, lichid amniotic, secreție vaginală, lichid lacrimal etc.).

**Heterosexualitate** – atracție sexuală față de indivizi de sex opus.

**HIV** – Virusul Imunodeficienței Umane.

**Homosexualitate** – stare de atracție sexuală față de indivizi de același sex.

**Incidență** – totalitatea cazurilor noi de îmbolnăvire, provocate de o anumită boală infecțioasă pe o perioadă dată, raportată la populația totală.

**Incinerare a deșeurilor** – arderea deșeurilor în instalații speciale (incineratoare), cu asigurarea temperaturii de denocivizare a deșeurilor și cu utilizarea tehnologiilor de reținere și purificare a gazelor.

**Infecție HIV** – patologie infecțioasă cauzată de HIV (virusul imunodeficienței umane).

**Infecții oportuniste** – infecții și tumori numite „infecții oportuniste”, întrucât acestea se folosesc de oportunitatea oferită de un sistem imun slăbit (conform UNAIDS) (infecții fungice, tumori asociate HIV, sarcoma Kaposi, limfoma, pneumonia cu *Pneumocystis carinii* PCP, infecții virale cauzate de cytomegalovirus, virusul herpes simplex și herpes zoster etc.).

**Mituri privind infecția HIV** – concepții eronate cu privire la infecția HIV, ce țin de transmitere, profilaxie, receptivitate etc.

**Neutralizare finală** – totalitatea tratamentelor aplicate deșeurilor periculoase, rezultate din activitățile medicale ce vizează eliminarea pericolelor și riscurilor potențiale asupra mediului și asupra stării de sănătate a populației.

**Pandemie** – epidemie răspândită pe teritorii foarte întinse: în mai multe țări și continente.

**PCTH** – persoane care trăiesc cu HIV.

**Prevalență** – măsura frecvenței unei maladii (cazuri noi și vechi), fie la un moment dat, fie într-un interval de timp.

**Promiscuitate** – amestec de indivizi foarte diferiți, pe care îi reunește un mod de viață dubios, contradictoriu și un comportament necuviincios; conviețuire în condiții de mizerie sau de imoralitate a mai multor persoane de sex diferit.

**SIDA** (Sindrom de Imuno-Deficiență Achiziționată) – stadiu final al infecției HIV, caracterizat prin afectarea ireversibilă a sistemului imun, manifestat prin apariția infecțiilor oportuniste.

**Sistem de gestionare a deșeurilor** – totalitatea activităților de colectare separată la sursă, ambalare, depozitare intermediară, precum și transportul și neutralizarea finală.

**Stigmă, stigmatizare** – proiectarea asupra cuiva sau a ceva a disprețului public; condamnarea cu toată severitatea; înfierare, dezonorare.

**UNAIDS** – Agenția Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA.

## SURSE BIBLIOGRAFICE

---

1. Aj Amato-Gauci pentru Unitatea de Coordonare, Implementare și Monitorizare a Proiectelor. Planul de Supraveghere HIV în Moldova 2005–2009.
2. Centers for Disease Control and Prevention, HIV and its transmission, HIV Prevention. July, 1999.
3. *DHS Moldova 2005*. Final report. Ministry of Health of Moldova and Macro International, 2005, *Journal of Occupational Medicine*, 2006; 56: 275–278.
4. *Discriminarea în baza de HIV/SIDA în Elveția*. *Social Science & Medicine* 52 (2001) 1525–1535 (în engleză).
5. Ekstrand, Maria, *How does stigma affect HIV prevention and treatment?* A publication of the Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) and the AIDS Research Institute, University of California, San Francisco, 2006.
6. Gheorghiuță, Șt., Rotaru, E., Bordeniuc, N., *Instrucțiuni privind profilaxia intraspitalicească a infecției HIV/SIDA în practica medicală*, Chișinău, 2006, 82 p.
7. *Ghid de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale*. Ediția 1, aprobat de către Consiliul de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, proces verbal nr. 5 din 28 noiembrie 2008.
8. *Ghidul comun cu privire la serviciile de sănătate și HIV/SIDA*. Organizația Internațională a Muncii/Organizația Mondială a Sănătății, OIM, Geneva, 2005.
9. Giglioli, Pier Paolo, *Language and Social Context. Selected Readings*, Penguin Books, 1972.
10. *HIV/AIDS Stigma: Finding solutions to strengthen HIV/AIDS programs*. International Center for Research on Women, Washington, 2006.
11. *Infecția HIV și SIDA cu transmitere materno-fetală (pentru formatori)*. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, USMF „Nicolae Testemițanu”, AO „VIS-Viață, Informație, Sănătate”. Editat cu suportul financiar UNICEF, TB/SIDA.
12. *Instrucțiune cu privire la măsurile de prevenire a infectării cu virusul imunodeficienței umane (HIV) în caz de expunere profesională accidentală a lucrătorilor medicali*. Aprobat prin Hotărârea medicului-șef sanitar de stat al Republicii Moldova nr. 15 din 20 iulie 2006.
13. *Instrucțiune privind profilaxia intraspitalicească a infecției HIV în practica medicală*. Aprobat prin Hotărârea medicului-șef sanitar de stat al Republicii Moldova, nr. 15 din 20 iulie 2006.
14. *Interpersonal Communication and Counseling Manual on HIV and AIDS*. FHI Nigeria, 2002.
15. Kenya AIDS NGOS Consortium (KANCO) *Training guide on stigma and discrimination in relation to HIV&AIDS*, 2007.
16. Kidd, R., Clay, S., *Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action*. Trainers Guide, 2003.
17. Kidd, R., Prasad, N., *Reducing HIV Stigma and Gender Based Violence: Toolkit for Health Care Providers in India*. International Center for Research on Women, 2007.
18. LAZĂR, G., *Aspecte deontologice în procesul consilierii*, Note de curs. Universitatea București, 2006.
19. Lege cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA aprobată de Parlamentul Republicii Moldova la Nr. 23-XVI din 16 februarie 2007.
20. Luca, L., *Transmiterea materno-fetală a infecției HIV și tratamentul profilactic*. Teză științifică, Chișinău, 2007, 139 p.
21. Maxim, C., *Comunicarea în domeniul HIV și SIDA*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Chișinău, 2006.
22. *MICS 2000 Moldova*. Final Report. 2001.
23. Neamțu, G., *Tratat de asistență socială*, Iași, Editura Polirom, 2003.
24. NGO Steering Committee. *Code of good practice for NGOs responding to HIV/AIDS* – Unedited draft for consultation. March 15, 2004.

25. Nicolau, S., *Bioetica*. Manual pentru învățământul universitar și preuniversitar de specialitate, București: Universul, 1998.
26. Pease, Allan, *Limbajul trupului*, București, Editura Polimark, 1995.
27. Popescu, G., Radulescu, S., *Medicina și colectivitățile umane*, București, Editura Medicală, 1981.
28. Prisacari, V., Guțu, L., *Particularitățile epidemiologice și evolutive ale procesului epidemiei în infecția HIV în Republica Moldova*. Curierul medical, 2008, nr. 4, p. 51–58.
29. *Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV*. Coord. by M. Carael. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2000.
30. Radulescu, S., *Sociologia sănătății și a bolii*. București, Editura Nemira, 2002.
31. *Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS*. Training for health care workers. Engender-Health, 2004.
32. *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes*. A resource for national stakeholders in the HIV response, Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2007.
33. Scutelnicu, O. et al., *Eșantion de 576 intervievați PLWHA*, Raport final cu support financiar UNICEF și UNAIDS Moldova, 2008.
34. Shapiro, Daniel, *Conflictul și Comunicarea: Un ghid prin labirintul artei de a face față conflictelor*, Chișinău, ARC, 1998.
35. *Situația epidemiologică în infecția HIV/SIDA, realizarea Programului Național și sarcinile pentru anul 2009*. Buletin informativ nr. 15. CNȘPMP, Chișinău, 2009.
36. *Standards for quality HIV care: a tool for quality assessment, improvement, and accreditation*. Report of a WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care, 10–11 May 2004, Geneva, Switzerland.
37. *Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri*. Coord. Richard Y. Bourhis, Jaques – Phillipe Leyens. Traducere din limba franceză de Doina Tonner, Iași, Editura Polirom, 1996.
38. Țârdea, T., Gramma, R., *Bioetica medicală în sănătatea publică*. Suport de curs, Chișinău, Bons Offices, 2007.
39. *The people living with HIV stigma index: building the evidence base understanding the stigma and discrimination experienced by people living with HIV in different countries*. By contributions from UNAIDS, IPPF, GNP +, ICW, 2008.
40. UNAIDS, *AIDS epidemic update*. December 2007, 60 p.
41. UNAIDS, IFRCRC. *Developing indicators for measuring stigma and discrimination and the impact of programs to reduce it*.
42. *ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. Пересмотренный руководящий принцип 6. Доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Женева, 2003.*
43. *ВИЧ/СПИД и права человека. Молодежь в действии*. Бюро ЮНЕСКО в Москве, ЮНЭЙДС, РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ», Stella Art Foundation.
44. *Выполнить обещание. Резюме Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. 25-27 июня 2001 г., Нью-Йорк.*
45. Онищенко Г.Г., *Противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД Восточной Европе и Центральной Азии*. Журнал Микробиологии, Эпидемиологии и Иммунологии №1, 2009, стр. 16–21.
46. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К., *Инфекционные болезни и эпидемиология*. Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, Москва, 2004.
47. *Раскрытие эпидемии ВИЧ/СПИДА: Руководство по благоприятному информированию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности и случаям ВИЧ (сборник ЮНЭЙДС «Примеры передового опыта» б серия «Основные материалы»/ЮНЭЙДС/ВОЗб Женева, ноябрь, 2000 г.)*.
48. *Учебные модули для базисной медсестринской и акушерской подготовки по предупреждению ВИЧ-инфекции и борьбе с ней*. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1991.

#### Surse electronice:

49. <http://www.hivcode.org>
50. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>
51. [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/mapping\\_progress.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/mapping_progress.asp) (accesat la 22 august 2009).
52. <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102282695.html> (accesat în septembrie 2009).



**СНИЖЕНИЕ СТИГМАТИЗАЦИИ  
И ДИСКРИМИНАЦИИ  
ПРИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИИ**

(перевод с румынского)

Данная публикация разработана в рамках Проекта „Снижение стигматизации и дискриминации на основании ВИЧ-положительного статуса и обеспечение требований конфиденциальности в сфере здравоохранения”.

Внедрена Национальным научно-практическим центром превентивной медицины при финансовой поддержке ЮНИСЕФ-Молдова. Мнения, выраженные в данном руководстве, принадлежат авторам и не обязательно отражают позицию донора.

Рекомендовано к изданию Экспертным советом Министерства здравоохранения Республики Молдова, протокол №4 от 04 ноября 2009 г.

Руководство «Снижение стигматизации и дискриминации при ВИЧ-инфицировании» подготовлено к изданию с целью продвижения знаний и создания практических навыков и умений у медицинского персонала, направленных на снижение уровня стигматизации и дискриминации лиц, живущих с ВИЧ, и для улучшения качества их жизни. Предназначено широкому кругу медицинских работников.

#### **Авторы:**

**Виорел ПРИСЭКАРЬ**, доктор хабилитат медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии, проректор ГУМФ „Николае Тестемицану”

**Ала НЕМЕРЕНКО**, доктор медицинских наук, доцент Школы менеджмента в здравоохранении, директор ГМСП Университетская клиника первичной медицинской помощи ГУМФ „Николае Тестемицану”, главный специалист по семейной медицине Министерства здравоохранения РМ

**Родика ГРАММА**, доктор философских наук, доцент Школы менеджмента в здравоохранении, руководитель Центра технической помощи и менеджмента проектов, ГУМФ „Николае Тестемицану”

**Луминица ГУЦУ**, ассистент кафедры эпидемиологии, ГУМФ „Николае Тестемицану”

**Олег БЕНЕШ**, генеральный директор ННПЦПМ

**Штефан ГЕОРГИЦА**, первый заместитель директора ННПЦПМ

**Екатерина ИОВУ**, начальник отдела эпидемиологии СПИД, ННПЦПМ

**Валерие ДОБРЯНСКИ**, врач-эпидемиолог, доктор медицинских наук, ННПЦПМ

**Сильвия СТРАТУЛАТ**, начальник отдела добровольной консультации и тестирования, ННПЦПМ

**Лидия ЦУРКАН**, консультант ЮНИСЕФ-Молдова

#### **Рецензенты:**

**Валериу КИКУ**, доктор медицинских наук, доцент, кафедра эпидемиологии, проректор ГУМФ „Николае Тестемицану”

**Светлана КОБЫЛЯНСКИ**, заместитель директора по учебной части, II менеджерская степень, преподаватель по инфекционным заболеваниям, I менеджерская степень, Национальный колледж медицины и фармации

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	75
<b>Глава 1. Пути передачи ВИЧ-инфекции. Мифы, распространяемые в связи с ВИЧ-инфекцией .....</b>	<b>76</b>
<i>Виорел Присэжарь, Луминица Гуцу, Штефан Георгица</i>	
Эпидемиогенная ситуация и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции .....	76
Этиопатогенез .....	80
Факторы и пути передачи .....	83
Парентеральная передача через кровь и продукты из крови .....	84
Половой путь инфицирования .....	85
Передача от матери к плоду .....	85
Формирование групп риска .....	85
Основные пути передачи ВИЧ-инфекции в Республике Молдова .....	86
Распространенные мифы о ВИЧ-инфекции .....	88
<b>Глава 2. Стандартные меры предосторожности для медицинского персонала .....</b>	<b>91</b>
<i>Екатерина Иову, Валерие Добрянски, Штефан Георгица</i>	
Менеджмент риска .....	91
Идентификация риска .....	91
Оценка риска .....	91
Контроль риска .....	91
Стандартные меры предосторожности .....	94
Применение стандартных мер предосторожности .....	94
Стойкие навыки .....	95
Безопасные уколы .....	97
Дезинфекция, обработка и надежная стерилизация медицинских инструментов и оснащения .....	97
Защищенная рабочая среда .....	98
Безопасное переливание крови .....	99
Профилактика на этапе пост-инфицирования .....	100
Обязанности руководителей медицинских учреждений .....	101
<b>Глава 3. Барьеры в развитии качественного медицинского обслуживания лиц, живущих с ВИЧ .....</b>	<b>102</b>
<i>Родика Грамма, Луминица Гуцу, Силвия Стратулат, Штефан Георгица</i>	
Влияние стереотипов и предрассудков на объективный анализ проблем .....	102
Понятия стигматизации и дискриминации. Причины возникновения и способы проявления ....	104
Последствия стигматизации и дискриминации лиц, живущих с ВИЧ .....	107
Социальная изоляция и исключение .....	107
Неудачи в предупреждении распространения ВИЧ .....	107
Недостаточный уход и неудачное лечение .....	108



Нарушение прав человека .....	108
Двойные стандарты в отношении ВИЧ-сероположительных женщин .....	109
<b>Современные подходы к снижению стигматизации и дискриминации ВИЧ-сероположительных лиц .....</b>	<b>110</b>
Формирование знаний .....	110
Выражение сострадания и терпимости .....	111
Интегрирование ВИЧ-инфицированных в общественную жизнь .....	111
Практические советы по отказу от стереотипов и стигматизации в обществе .....	112
<b>Глава 4. Этические аспекты отношений между медиком и ВИЧ-положительным пациентом .....</b>	<b>113</b>
<i>Родика Грамма</i>	
Автономия и достоинство ВИЧ-инфицированных лиц с позиций общественного здравоохранения .....	113
Конфиденциальность информации о лицах, живущих с ВИЧ .....	116
Информированное согласие лиц, живущих с ВИЧ .....	118
Тестирование лиц на ВИЧ-инфекцию .....	120
<b>Глава 5. Общение при ВИЧ-инфекции .....</b>	<b>123</b>
<i>Ала Немеренко</i>	
Дискриминационные действия в медицинской среде .....	124
Используемая при ВИЧ-инфекции терминология .....	125
Методы и стратегии общения для снижения стигматизации и дискриминации .....	127
Аспекты общения при ВИЧ-инфекции .....	128
Сообщение ВИЧ-положительного результата или диагностики СПИДа .....	130
Недискриминационные действия медицинского персонала .....	133
Кодекс самой хорошей практики .....	134
<b>Глава 6. Показатели и системы мониторинга случаев стигматизации и дискриминации в рамках систем здравоохранения .....</b>	<b>135</b>
<i>Олег Бенеш, Штефан Георгица, Силвия Стратулат, Лилия Цуркан</i>	
Почему и как должен проводиться мониторинг случаев стигматизации и дискриминации .....	135
Способы сбора и оценки показателей стигматизации и дискриминации .....	136
Специальные показатели оценки стигматизации и дискриминации .....	136
<b>Глоссарий .....</b>	<b>144</b>
<b>Библиография .....</b>	<b>146</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Пандемия ВИЧ является проблематическим вопросом общественного здравоохранения на глобальном уровне, все ощутимее затрагивающим все сферы человеческой жизнедеятельности и активности в экономической и социальной областях, и расценивается как опасная провокация в перспективе долгосрочного развития общества.

Поскольку в настоящее время вакцины против ВИЧ-инфекции не существует, основные профилактические мероприятия основаны на кампаниях по информированию и опросу общественности, на замене поведенческих стереотипов в пользу наименьшего риска заражения, на создании толерантной социальной среды и взаимоотношений. Однако сегодня мы замечаем, что некоторые аспекты менеджмента эпидемии ВИЧ входят в противоречие с отношением общества к лицам, которые заражены этой инфекцией.

Общеизвестно и достойно сожаления то обстоятельство, что стигматизация проявляется не только в семье, сообществе, на рабочем месте, в средствах массовой информации, на уровне общества, но и в рамках тех учреждений медицины, персонал которых должен по определению правильно понимать суть вопроса, исходить не из расхожих стереотипов, а из профессиональных знаний. В медицинских учреждениях дискриминация зачастую проявляется в ущемлении или изоляции ВИЧ-положительного лица или больного СПИДом пациента, то есть, их содержат взаперти в специальных помещениях, им не обеспечивается конфиденциальность, неразглашение информации, им часто отказывают в предоставлении медицинской помощи, а в процессе лечения медики предпринимают чрезмерные меры предосторожности, что ввергает пациентов в состояние подавленности.

Подобное отношение со стороны медицинского персонала отрицательно сказывается на доверии пациентов к медработникам, что существенно снижает уровень добровольного тестирования инфицированных лиц и влечет возрастание риска распространения заболевания в общей массе населения. Именно на медицинский персонал возложена ответственность как в связи с применением принципа социальной справедливости при оказании медицинской помощи лицам, страдающим СПИДом, так и со снижением неравного доступа последних к услугам здравоохранения. В достаточной степени обученный медицинский персонал является существенным фактором в деле предупреждения распространения ВИЧ-инфекции и предоставления качественных медицинских услуг, адекватного ухода и поддержания лиц, которые в них нуждаются.

Только основательные знания, индивидуальные навыки и адекватное отношение, основанное на специфическом этико-деонтологическом аспекте проблемы, могут определить корректное поведение медицинского персонала в отношении страдающих СПИДом лиц. Таким образом, с целью смягчения негативного и дискриминационного отношения к этой категории лиц, преодоления чувства боязни контактирования с ними, необходимо обучение медицинского персонала по данной проблемной тематике и привитие некоторых практических навыков с целью корректного общения, исходя из общечеловеческих ценностей социума и прав пациентов.

## Глава 1

# ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ. МИФЫ, РАСПРОСТРАНЯЕМЫЕ В СВЯЗИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

### Эпидемиогенная ситуация и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция/СПИД в относительно короткие сроки распространилась до уровня пандемии, поразив все страны и континенты.

Согласно опубликованным UNAIDS данным, ежегодно во всем мире выявляются около 3 миллионов зараженных ВИЧ-инфекцией людей. Ежедневно заражаются ВИЧ-инфекцией около 6800 человек, а 5700 умирают от СПИДа. По официальным данным, 60 % ВИЧ-инфицированных в мире людей относятся к возрастной категории от 15 до 39 лет.

Хотя ВИЧ-инфекция присутствует повсюду в мире, ее распространение в различных странах и континентах мира неравномерно и специфично. UNAIDS описывает две модели развития ВИЧ-пандемии. Первая состоит в массовом вовлечении населения в эпидемию, к примеру, в странах Африканского континента, в частности, в Южно-Африканских странах. Только в Южно-Африканской Республике зарегистрировано 4,7 миллиона ВИЧ-положительных лиц. В настоящее время на этом континенте проживают около 70% ВИЧ-инфицированных в мире людей; примерно 80% от общего числа умерших от СПИДа жителей планеты – уроженцы Африки. К югу от Сахары находится эпицентр пандемии ВИЧ/СПИДа. В этом регионе проблема ВИЧ-инфекции расценивается как национальное бедствие.

В странах Азии широкое распространение ВИЧ-инфекции датируется концом 80-х годов. В этом регионе самые высокие показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией зарегистрированы в Китае и Камбодже, а самые стремительные темпы распространения инфекции на Азиатском континенте отмечены в Индии. Также, данная модель распространения ВИЧ-инфекции проявилась и в странах Центральной Америки и Карибского бассейна, в частности, в Гондурасе, Гаити и Ямайке.

Вторая модель характеризуется концентрацией эпидемии среди жителей, относящихся к группам риска. Эта модель характерна для Северной Америки, Восточной и Западной Европы, Центральной Азии.

Характерной особенностью пандемии ВИЧ и СПИДа в последние годы является быстрый рост численности зараженных лиц в странах Восточной Европы. К 2007 году, по сравнению с 2001 годом, в этой зоне численность ВИЧ-зараженных возросла на 154%. Тревожным обстоятельством является то, что свыше 80% от общего количества инфицированных или больных на данных территориях – лица до 39 лет. Самые высокие показатели ВИЧ-инфекции отмечены в странах Балтии и в Российской Федерации, где в 2006 году зарегистрировано около 70% от общего количества зараженных в данном регионе. Российская Федерация расценивается в настоящее

время как эпицентр глобальной эпидемии и страна с самым высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Официально общий показатель ВИЧ-инфицирования в Российской Федерации за период 1999–2006 годов составил около 370 тысяч человек, однако реальная цифра может превысить 1 миллион человек и равняется 1% взрослого населения. Одновременно, за последние 5 лет самое стремительное распространение эпидемического процесса происходит в Украине, Республике Беларусь и в Республике Молдова, где число заразившихся за этот период лиц возросло более чем в два раза.

В Республике Молдова ВИЧ-инфекция стала одной из приоритетных проблем общественного здравоохранения. Количество новых случаев заражения, зарегистрированных в прошлом году, указывает на реальное положение дел, а именно – на тенденцию расширения эпидемического процесса, то есть, на динамичную картину эпидемии. Только в 2008 году в республике зарегистрировано 795 новых случаев ВИЧ-инфицирования. В общей сложности, за период 1987–2008 годов выявлено 4996 новых случаев. Вызывает тревогу темп роста заболеваемости (рис. 1). Если за первые 9 месяцев мониторинга ВИЧ-инфекции на территории республики зарегистрировано 40 случаев заболевания, из которых более половины (21 случай) приходится на иностранных граждан, то в следующие 5 лет (1996–2000 годы) зарегистрировано 1208 случаев ВИЧ-инфицирования, в 2001–2005 годах – 1600 случаев, а только за последние 3 года (2006–2008 годы) в республике отмечено 2153 новых случаев ВИЧ-инфицирования.

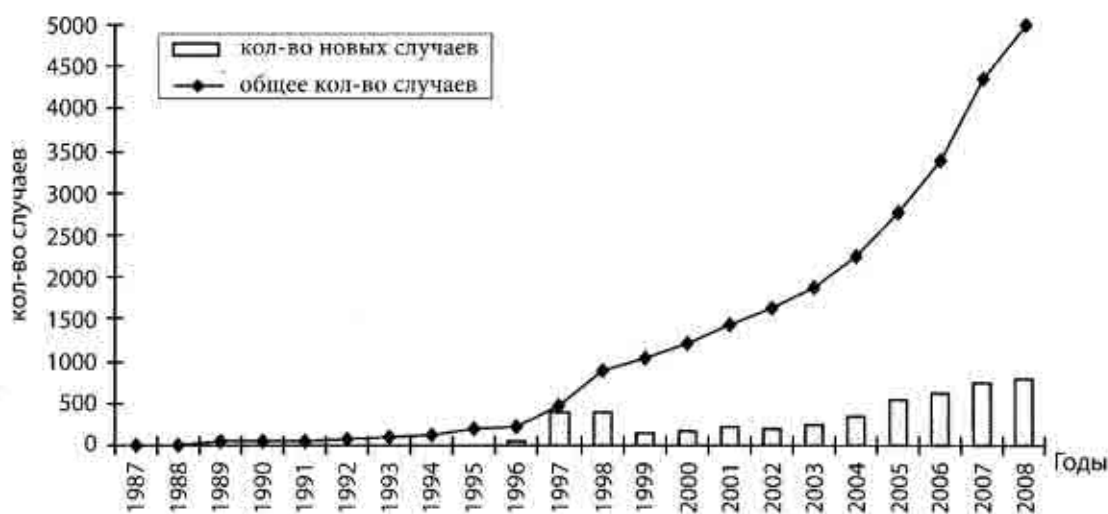


Рис. 1. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Молдова, период 1987–2008 годов

Наиболее поражены ВИЧ-инфекцией города Бэлць (превалентность составляет 752,87 случаев на 100 тысяч населения), Рыбница (501,26), Тирасполь (441,12) и Кишинэу (124,44). Следует подчеркнуть, что в самом своем начале, с 1987 по 1990 год, эпидемия ВИЧ проявлялась большей частью среди городского населения, которое составляло 96% от общего количества ВИЧ-инфицированных, сравнительно с 4%, зарегистрированными в сельской среде, тогда как в более позднем периоде, 2001–2008 годах, отмечается существенный рост инфицированных лиц в сельской местности, удельный вес которых в общем показателе заболеваемости составляет в среднем 20,04%, достигнув уровня 38,7% в 2007 году и 41,64% – в 2008 году. Данное явление вызывает тревогу, оно требует особого внимания и участия, с учетом особенностей сельского населения.

В настоящее время поражены ВИЧ-инфекцией практически все административные территории Республики Молдова. В числе сельских административных территорий, наиболее поражены ВИЧ-инфекцией районы, прилегающие к муниципиям Бэлць (Глодень – 124,0, Сынжерей – 92,65, Фэлешть – 75,85 случаев на 100 тысяч населения), Кишинэу (124,44), районы Кэушень (74,27), Дондушень (68,96), Резина (54,51) и пр. (рис. 2).

В восточной части Республики Молдова, по сравнению с западными территориями, пораженность ВИЧ-инфекцией в 3 раза выше, и в 2008 году статистика показывала в заданной части страны 17,41 случаев, а в восточной – 63,86 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

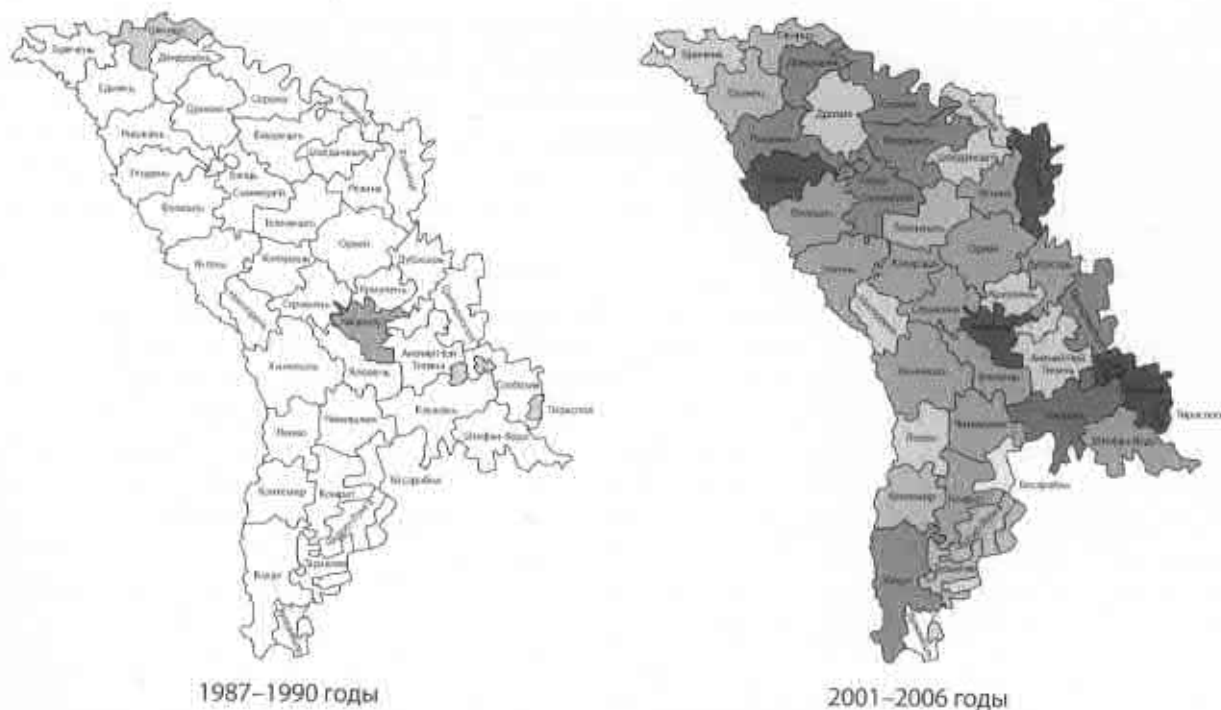


Рис. 2. Превалирование ВИЧ-инфекции в Республике Молдова по административным территориям в различные периоды времени

Другим важным эпидемиологическим явлением, которое надлежит учесть, является распространение эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Молдова во всех возрастных категориях населения. С момента регистрации первых случаев и до настоящего времени, в общей массе зараженных, безоговорочно преобладают лица возрастной категории от 20 до 39 лет (81,82%), а основную группу по данному заболеванию составляют лица в возрасте от 20 до 29 лет, удельный вес которых равен 55,44% от общего показателя заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Вместе с тем, из года в год, растет количественное участие в эпидемическом процессе лиц из других возрастных категорий (таблица 1).

Таблица 1

Распределение случаев ВИЧ-инфекции, зарегистрированных в Республике Молдова на протяжении 1987–2006 годов, по возрастным категориям

Годы		Возрастная категория										Всего
		0-1	2-5	6-10	11-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	
1987-1990	кол-во			1			21	2		1		25
	%			4,0			84,0	8,0		4,0		100
1991-1995	кол-во					1	9	2	1			15
	%					10,0	60,0	20,0	10,0			100
1996-2000	кол-во	1	2		2	172	708	251	45	4	1	1186
	%	0,09	0,17		0,17	14,50	59,69	21,16	3,79	0,34	0,09	100
2001-2006	кол-во	9	11	6	4	153	1157	641	171	36	4	2192
	%	0,41	0,50	0,27	0,18	6,98	52,80	29,24	7,80	1,64	0,18	100
Всего	кол-во	10	13	8	5	326	1895	896	217	41	5	3418
	%	0,29	0,38	0,23	0,15	9,53	55,44	26,38	6,34	1,19	0,15	100

В последнее время, тревожным эпидемическим элементом ВИЧ-инфекции в Республике Молдова является резкий рост как количества, так и удельного веса ВИЧ-сероположительных женщин в общем показателе заболеваемости этой инфекцией (рис. 3).

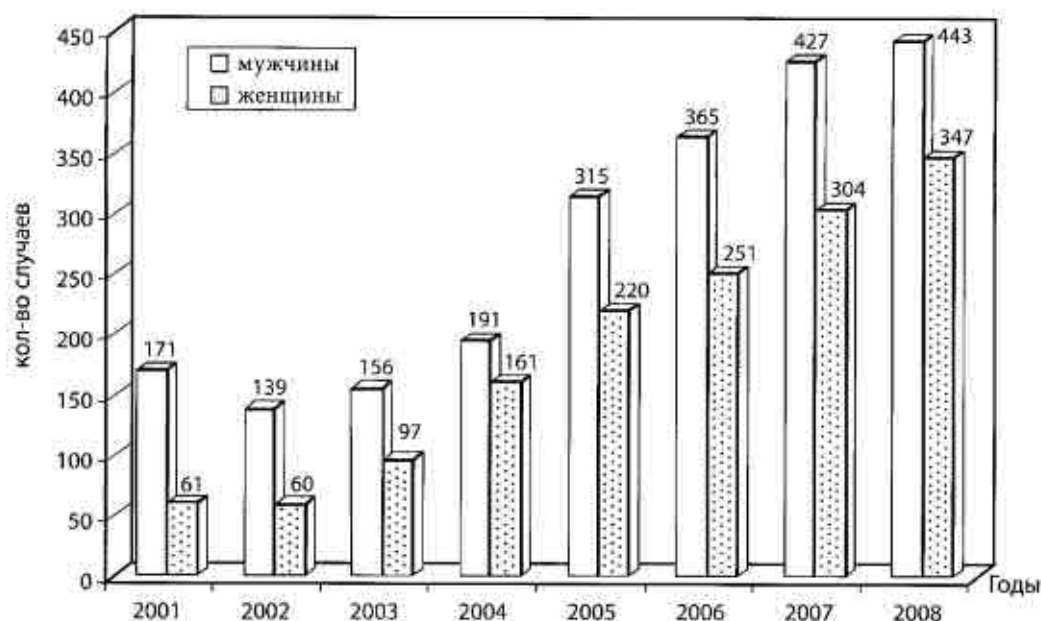


Рис. 3. Распределение случаев ВИЧ-инфицирования по признаку пола, 2001–2008 годы

С 2001 до 2008 года, численность ВИЧ-сероположительных женщин, выявляемых ежегодно, возросла с 61 до 347, а их удельный вес в общей массе инфицированных – с 26,7% до 43,6%.

Явно выраженное участие женщин в эпидемическом процессе привело к росту численности беременных женщин с ВИЧ-инфекцией. В период 2003–2008 годов выявлено 383 ВИЧ-сероположительных беременных, их численность возросла, с 12 в 2003 году, до 83 в 2008 году (рис. 4).

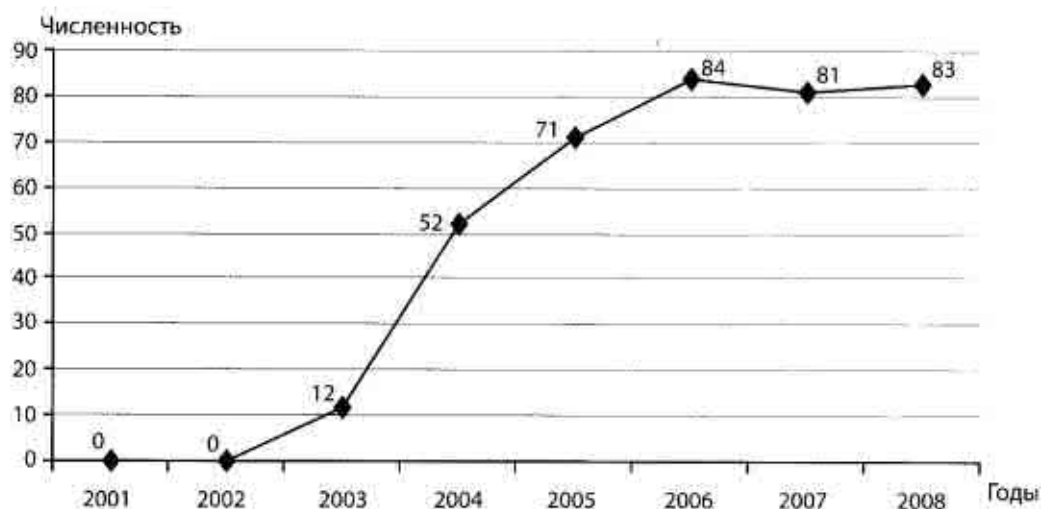


Рис. 4. Зарегистрированная динамика ВИЧ-инфицирования беременных женщин в Республике Молдова

Одновременно, необходимо отметить, что численность ВИЧ-инфицированных лиц в стране намного выше, чем официально зарегистрированный показатель. Согласно литературным данным, реальное число инфицированных лиц примерно в 5 раз выше официально зарегистрированных ВИЧ-сероположительных больных. Показателем распространения ВИЧ-инфекции среди населения Республики Молдова является выявление по нарастающей ВИЧ-сероположительных лиц среди доноров крови. Их численность возросла с 6,54 случаев на 100 тысяч доноров в 1998 году до 58,6 случаев на 100 тысяч доноров в 2008 году (рис. 5).

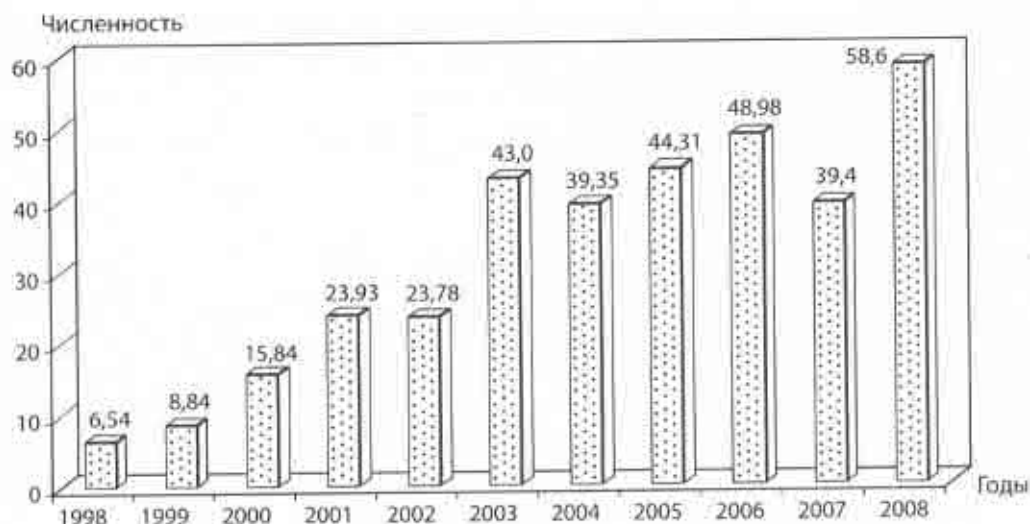


Рис. 5. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди доноров крови в Республике Молдова, 1998–2008 годы (на 100 тысяч доноров)

## ■ Этиопатогенез

ВИЧ-инфекция/СПИД – это заболевание, которое характеризуется необратимым иммунным гуморальным и клеточным дефицитом, который обусловлен ретровирусом, именуемым универсальным ВИЧ (*Вирусом иммунодефицита человека*). На фоне иммунодефицита развивается, в разные временные периоды (но очень длительные, в среднем 6–7 лет), болезненный, комплексный синдром, включающий инфекции и опухоли, что неминуемо приводит к летальному исходу (таблица 2).

Таблица 2

Периоды развития ВИЧ-инфекции/СПИДа

Острый	Асимптоматичный	До СПИДа	СПИД
<p>Человек испытывает легкие признаки интоксикации:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Температура</li> <li>• Головная боль</li> <li>• Общая слабость</li> <li>• Воспаление лимфатических узлов</li> </ul>	<p>Человек чувствует себя хорошо и внешне здоров.</p>	<p>У человека воспалены лимфатические узлы, он чувствует слабость, теряет в весе, понос, температура</p>	<p>ВИЧ уничтожает иммунную систему. На фоне иммунодефицита развиваются оппортунистические инфекции (вирусные, бактериальные, грибковые, паразитарные) и злокачественные опухоли.</p>
2 недели–3 месяца	5–7 лет	2 года	2 года
●————●	●————●	●————●	●————●
Иммунологическое окно*			Клинические симптомы
	●————●		
	Инкубационный период		

\* Иммунологическое окно – период, в течение которого вирус ВИЧ не определяется.

В настоящее время, для определения ВИЧ-инфекции используются два термина: СПИД (*Синдром приобретенного иммунодефицита*) и ВИЧ-инфекция. СПИД является финальной стадией

синдрома гуморального и клеточного дефицита, обусловленный ВИЧ-инфекцией. Поэтому в литературе встречается понятие ВИЧ-инфекция/СПИД.

В качестве отдельной нозологической формы заболевание СПИД было выявлено в 1981–1982 годах доктором Дональдом Френсисом и его коллегами, которые заметили явную взаимосвязь между иммунодефицитными заболеваниями и оппортунистическими инфекциями, такой как саркома Капоши, возникающей у мужчин, которые поддерживали половые отношения с другими мужчинами.

В 1983 году доктор Люк Монтанье (Институт Пастера в Париже), добился выделения одного вируса из лимфатического узла больного СПИДом человека и включил его в подсемейство *Lentiviridae*, семья *Retroviridae*. Предложенное им наименование было LAV (*Lymphadenopathy-Associated Virus*). Примерно через год (в 1984 году) доктор Роберт Галло (Национальный институт по исследованию онкологических заболеваний, США) объявил об открытии вируса, вызывающего СПИД из лимфоцитов Т периферийной крови, и назвал его HTLV-III (*Human T-cell Lymphotropic Virus III*), который оказался тем же вирусом, что был обнаружен французскими учеными, – возбудителем заболевания СПИД. В 1986 году Международный Комитет по номенклатуре вирусов установил, что возбудитель заболевания СПИД будет называться ВИЧ (*Human Immunodeficiency Virus*). Итак, вирус ВИЧ был обнаружен практически через два года после первых публикаций о новом заболевании, а методы лабораторной диагностики были разработаны через два года после открытия вируса. Это обстоятельство послужило на тот момент поводом для определенного оптимизма и даже эйфории. Чувства тревоги и разочарования ожидали ученых сразу после того, как они приступили к изучению уникальных особенностей вируса.

ВИЧ – вирус, являющийся возбудителем инфекции, из семейства *Retroviridae*, обладает сферической формой, способен интегрировать в геном материнской клетки, посредством обратной транскрипции РНК в ДНК, обеспечивая, таким образом, его пожизненное носительство. Однажды заболев ВИЧ, человек остается инфицированным на всю жизнь (рис. 6).

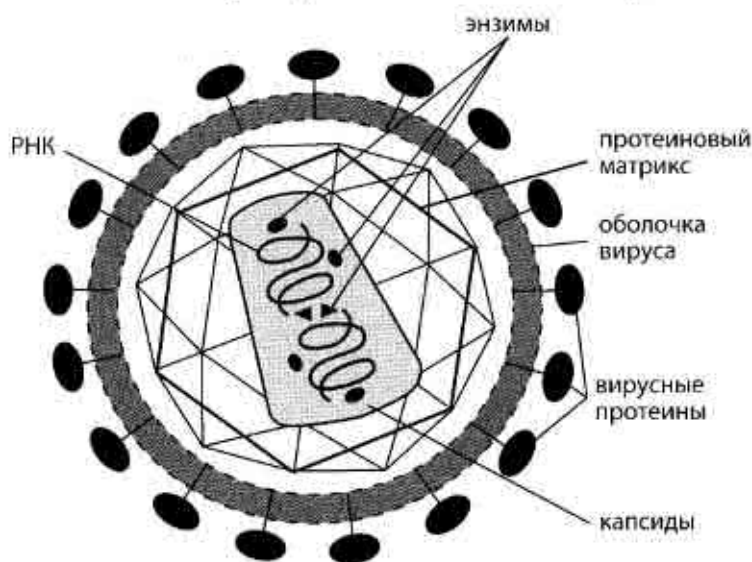


Рис. 6. Структура вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)

Размеры вируса примерно 100–140 нанометров, он содержит нуклеокапсид и супракапсид. В нуклеокапсиде содержится виральный геном спиралевидной формы РНК и транскриптаза, в оболочке из двойной протеиновой капсулы. Последняя состоит из фосфолипидов и гликопротеидов, структура которых и определяет тропизм вируса в отношении специфических клеток (Т-лимфоциты) хозяина. Таким образом, тропизм вируса направлен на кровь и, в первую очередь, к лимфоцитным клеткам  $T_4$ , которые в организме выполняют функцию регуляторов иммунитета организма, определяя в значительной степени генезис заболевания.

Итак, характерным для ВИЧ-инфекции/СПИДа является поражение клеточного звена иммунитета. Разрушая лимфоциты CD4 или Т-лимфоциты, главные регулирующие клетки иммунной системы, вирус обуславливает разрушение всех звеньев иммунной системы.



ВИЧ располагает следующими регулируемыми генами:

- *tat* и *rev* – участвуют в транскрипционных и посттранскрипционных процессах;
- ген *vif* – определяет инфекционность вируса – в его отсутствие ВИЧ теряет эту характеристику;
- ген *nef* – кодирует протеин, будучи способным снизить репликацию вируса и способствует скрытому развитию инфекции.

Помимо регулирующих генов, вирусный геном включает следующие гены:

- ген *gag* – кодирует полипротеин капсида;
- ген *pol* – кодирует синтез транскриптаза;
- ген *env* – кодирует гликопротеины супракапсида.

Согласно структуре генетических фрагментов, выявляются ряд субтипов, отмеченных буквами латинского алфавита. Различные субтипы были идентифицированы в разные периоды времени и в разных странах. Субтипы от А до Н включены в группу М (мажор). В настоящее время, самым распространенным на мировом уровне является субтип С с высокой идентификацией на Африканском континенте. С 1990 года отмечается рост численности лиц, пораженных субтипом Е.

Против всех этих протеинов в человеческом организме вырабатываются антитела, на обнаружении которых основана лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Перечисленные ВИЧ-протеины, будь то натуральные, синтетические или генно-инженерные, используются в качестве антигенов при производстве диагностических препаратов.

В настоящее время определены два типа вирусов – ВИЧ-1 и ВИЧ-2, которые отличаются своими структурными и антигенными характеристиками.

Тип ВИЧ-1 – это основной возбудитель ВИЧ-инфекции и заболевания СПИД, локализованный преимущественно в Северной и Южной Америке, Европе и Азии.

Тип ВИЧ-2 – это менее распространенный вирус, в сравнении с отмеченным выше. Впервые он был обнаружен в Гвинеи Бисау. Эволюционный аспект схож с ВИЧ-1. Выявляется преимущественно на Африканском континенте.

Типы ВИЧ чрезвычайно разнородны, у них очень высокий уровень генетической изменчивости, что создает, таким образом, большие сложности при диагностике, лечении и выработке вакцин. Полный жизненный цикл вируса реализуется в очень короткий промежуток времени (1–2 дня), однако его размножение очень динамично, в результате чего ежедневно формируются до 1 миллиарда вирионов. Интенсивность генетических искажений при репликации достигает уровня 104–105 искажений/на ген/ репликационный цикл, таким образом, ни один вирус в процессе репликации не повторяется. Это обстоятельство создает препятствия при разработке специального и эффективного иммунобиологического препарата для использования с целью специальной профилактики ВИЧ-инфекции. По этим причинам, до сих пор, в основе профилактики ВИЧ-инфекции заложены неспецифические меры.

Вирус иммунодефицита человека не относится к группе вирусов, устойчивых в условиях окружающей среды, то есть, вне человеческого организма. При высыхании биологических флюидов, в которых находится вирус, его концентрация падает на 90–99%. Вместе с тем, вирус ВИЧ обладает устойчивостью к низким температурам и температуре до +37°C. Он очень чувствителен к высокой температуре. При 56°C вирус разрушается в течение 30 минут, а при температуре кипения – через 1–5 минут. Важно то, что в биологическом материале, высушенном при температуре +22°C, вирус сохраняет свои инфицирующие свойства от 3–4 до 6–7 дней, а в жидкой среде, при комнатной температуре, – в течение двух недель. Одновременно, ВИЧ чувствителен к дезинфицирующим средствам, даже в низких концентрациях. Алкоголи, гипохлориты, моющие средства нейтрализуют вирус при более слабых концентрациях, чем используемые (25% этиловый спирт). В рамках единых мер предосторожности, принятых в медико-санитарных учреждениях, используются следующие дезинфицирующие средства: хлорная известь – 0,5%,  $KMnO_4$  – 0,005%, перекись водорода – 3%, этиловый спирт – 70%, гипохлорит калия и натрия – 1%, хлоргексидин – 0,05%, которые обеспечивают полное уничтожение вируса. Стерилизация посредством автоклава используется для медицинских инструментов многократного использования. Одновременно, вирус остается устойчивым к ультрафиолетовым лучам и к ионизирующему излучению.

## ■ Факторы и пути передачи

Вирус ВИЧ был выделен из крови, спермы, цервика-вагинальных выделений, слюны, материнского молока, слезной жидкости, мочи, спинномозговой жидкости, альвеолярной жидкости, амниотической жидкости. Установлено со всей очевидностью, что в передаче ВИЧ участвуют два фактора – кровь и сперма, благодаря высокой концентрации вируса в этих биологических субстратах, которая измеряется десятками и даже сотнями инфицирующих доз на миллилитр. Степень инфицирования различных биологических материалов представлена в *таблице 3*.

Итак, в одном миллилитре спермы инфицированного человека содержится от 10 до 50 инфицирующих доз, а в одном миллилитре крови – до 3000 ВИЧ-инфицирующих доз, с очень высокой степенью инфицирования. Литературные данные указывают, что материнское молоко и вагинальные выделения инфицированных лиц содержат до одной инфицирующей дозы на миллилитр, следовательно, опасность заражения расценивается как высокая. В слезах, потоотделениях, слюне содержится менее одной инфицирующей дозы. Таким образом, риск ВИЧ-заражения через эти биологические продукты считается сниженным.

Таблица 3

Распределение биологических веществ по степени инфицирования (Л.П. Зуева, 2006 год)

Биологические субстраты	Инфицирующие дозы на 1 мл	Вероятность передачи
Кровь	До 3000	очень высокая
Сперма	10–50	высокая
Вагинальные выделения	1	высокая
Материнское молоко	1	высокая
Слезная жидкость	<1	неопасная
Слюна	<1	неопасная
Потоотделения	<1	неопасная

Следовательно, передача ВИЧ-инфекции реализуется преимущественно следующими 3 путями:

- незащищенный половой контакт с инфицированным лицом;
- переливание крови;
- от матери к плоду (*таблица 4*).

Таблица 4

### Пути передачи ВИЧ-инфекции



Итак, ВИЧ-инфекция является кровяной инфекцией, а инфицированный человек остается заразным на протяжении всей жизни, что обуславливает распространение эпидемии ВИЧ.

## Парентеральная передача через кровь и продукты из крови

Исходя из широкого распространения ВИЧ-инфекции в человеческой популяции, а также длительного периода до проявления инфекции, считается, что содержащие кровь жидкости организма, независимо от пациента, несут в себе риск заражения. Из этих соображений стандартно-универсальные меры предосторожности относятся ко всем человеческим биологическим жидкостям (кровь, сперма, цервико-вагинальные выделения, синовиальная жидкость, плевральная, перитониальная, перикардальная амниотическая), а также к тканям и органам, которые считаются потенциально инфицированными. В эту категорию не входят испражнения, выделения из носа, слезы, мокрота, пот, моча, рвотные массы, столько времени, сколько в них нет видимых следов крови.

Согласно CDC (1999 год), контакт кожного покрова и слизистой оболочки считается опасным в сочетании со следующими факторами риска: кровью, амниотической жидкостью, перитониальной жидкостью, плевральной жидкостью, синовиальной жидкостью, цефало-рахидианной жидкостью, спермой, вагинальными выделениями, тканями, любыми другими органическими флюидами, видимо зараженными кровью.

Самой опасной считается передача ВИЧ-инфекции через переливание крови. Исследования больных гемофилией и людей, которым сделали переливание крови, убедительно доказали главнейшую роль этого пути передачи ВИЧ-инфекции. Риск заражения инфекцией после одного переливания крови от ВИЧ-сероположительного лица составляет 90–95–100%.

Вместе с тем, в настоящее время риск заражения через перелитую кровь, а также через донорские ткани и органы снизился благодаря обязательному скринингу на ВИЧ всех доноров этих биологических продуктов.

Хотя проверка доноров существенно сократила риск ВИЧ-заражения, в любом случае, вероятность передачи таким образом остается в ряду крупных проблем в нынешних условиях, поскольку кровь, сперма, донорские ткани, органы могут оказаться факторами передачи в случае невыполнения требования тестирования на наличие вируса ВИЧ.

В настоящее время, на первом месте находится заражение вирусом через укол зараженной иглой или шприцем потребителей инъекционных наркотиков. Очень опасно групповое использование наркотического вещества, что в сотни раз повышает риск заражения вирусом. У потребителей наркотиков риск инфекции возрастает одновременно с продолжительностью потребления наркотиков, совместным использованием игл, количеством уколов и проживанием в зонах с высоким уровнем распространения ВИЧ-инфекции.

В результате исследований установлено, что после случайного укола зараженной иглой риск передачи ВИЧ составляет 1 к 200, при совместном использовании игл – 1 к 150. После контакта с ВИЧ-зараженными медицинскими инструментами, риск заражения намного больше, чем в случае незащищенного полового контакта с инфицированным лицом. Согласно данным ВОЗ, степень риска после контакта в данных случаях составляет около 0,3%, то есть 1:300. В результате проведенного в 1995 году CDC исследования в свыше 200 больницах США, с участием 1373 испытуемых, после инфицирования через кожный покров (укол иглой или порез скальпелем) установлено, что риск заражения в этих случаях составил 0,29%.

Одновременно, риск варьирует, в зависимости от ряда факторов:

- типа иглы (хирургической, полой);
- размеров иглы;
- глубины пореза;
- объема зараженной крови;
- вирусной нагрузки;
- ретровирусной терапии пациента, у которого взята инфицированная кровь;
- стадии развития болезни у пациента, у которого взята инфицированная кровь;
- длительности контакта;
- периодичности профессионального контакта;
- используемого защитного оснащения;
- мер по обеззараживанию;
- профилактического лечения.

По итогам исследований установлено также, что при профессиональных медицинских травмах:

- объем зараженной крови больше при глубоких уколах;
- полые иглы более опасны, чем сплошные;
- укол иглы через защитную перчатку снижает риск заражения.

## Половой путь инфицирования

Половой путь является основным способом передачи ВИЧ-инфекции во всем мире, хотя, учитывая передачу через кровь и от матери к плоду, вероятность заражения вирусом таким путем ниже. В общей массе случаев заражения ВИЧ-инфекцией в мире, в примерно 80% приобретение вируса состоялось половым путем. В частности, вирус передается в результате незащищенных сексуальных контактов. Во многих странах большинство случаев инфицирования приходится на долю гомо- или бисексуальных лиц. Изначально 99% больных СПИДом в США были мужчинами, 95% которых имели нетрадиционную сексуальную ориентацию (гомосексуальную). Это обстоятельство косвенно подтверждает важность данного пути передачи.

По мере прогрессирования ВИЧ-пандемии, был отмечен рост удельного веса гетеросексуального пути и снижения доли гомосексуального. Сексуальные отношения повышают риск ВИЧ-инфицирования, особенно в условиях наличия венерических болезней и множественных партнеров. Беспорядочные половые связи являются одной из главных причин распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа среди населения. Вместе с ростом активности этой группы лиц, возрос удельный вес сексуального пути передачи вируса ВИЧ.

## Передача от матери к плоду

Повышение процента инфицированных женщин обуславливает, в свою очередь, количественный рост инфицированных беременных и, соответственно, ВИЧ-зараженных детей. Свыше 80% ВИЧ-сероположительных женщин находятся в половозрелом возрасте и ежедневно в мире рождаются около 1600 ВИЧ-инфицированных детей, а из общего количества выявленных ВИЧ-сероположительных детей, примерно 80–90% были заражены матерно-фетальным путем, 5–10% – заразились вирусом парентеральным путем, а 3–5% – через кровь и ее производные. Риск инфицирования детей, рожденных инфицированными женщинами, был оценен в пределах 13,0–50,0%, в среднем 30,0–45,0%, и во многом зависит от стадии ВИЧ-инфекции у матери. Вместе с применением профилактического антиретровирусного лечения, частота матерно-фетальной передачи ВИЧ-инфекции существенно снизилась. Профилактическое лечение матери снизило риск инфицирования до 8%, а по данным, полученным недавно в результате проведенного в Республике Молдова исследования (Л. Лука, 2007 год), – с 46% до 1%.

Передача вируса ребенку от ВИЧ-сероположительной матери может происходить: трансплацентарно, во время родов (через микропереливания крови от матери к плоду, через контакт поврежденного кожного покрова и конъюнктивной слизистой новорожденного с зараженной материнской кровью или генитальными выделениями, через заглатывание зараженной крови или других материнских флюидов) и, в конечном итоге, – во время естественного кормления.

## Формирование групп риска

Следует отметить, что преобладание одного определенного пути передачи различается в зависимости от социальных, культурных, этнических и, вне всякого сомнения, поведенческих стереотипов.

С первых лет развития эпидемии ВИЧ, проявились категории населения с высоким уровнем риска, для которых характерно поведение повышенной степени риска, в том числе: гомосексуалы, гетеросексуалы, потребители инъекционных наркотиков, лица, занимающиеся проституцией, венерические больные и пр.

В настоящее время передача ВИЧ-инфекции происходит преимущественно за счет потребителей инъекционных наркотиков и составляет около 62% от всех случаев ВИЧ-инфицирования, а также за счет лиц, которые занимаются незащищенным сексом, проституцией, на долю которых приходится 37% от общего количества заражений.

В мире насчитывается около 13 миллионов лиц, потребляющих инъекционные наркотики, из которых 8,8 миллионов – в Европе и Азии. В около 100 странах мира эпидемический процесс ВИЧ-инфекции развивается за счет этой группы лиц. В том, что касается регионов Восточной Европы и Центральной Азии, то изначально развитие эпидемии происходило сексуальным путем (1987). Затем, в 1989 году, превалировал нозокомиальный путь передачи в медико-санитарных учреждениях (городов: Элиста, Волгоград, Ростов). Затем эпидемия стремительно распространилась за счет потребителей экзогенных инъекционных наркотиков, а в конечном итоге, преимущественно через половые связи. Тот же сценарий повторился практически во всех странах упомянутых регионов, распространившись в пространстве и времени различными способами, наступая с Запада на Восток. Итак, в разных регионах мира проявлялись различные пути передачи ВИЧ-инфекции, в зависимости от преобладания тех или иных групп риска (таблица 5).

Таблица 5

Основные пути передачи ВИЧ-инфекции в разных регионах мира

Регионы	Основные пути ВИЧ-инфицирования взрослого населения
Африка (к югу от Сахары)	Гетеросексуальный
Северная Африка и Ближний Восток	Гетеросексуальный, UDI*
Южная и Юго-восточная Азия	Гетеросексуальный, UDI
Восточная Азия и Тихоокеанский регион	UDI, гетеросексуальный, гомосексуальный
Латинская Америка	Гомосексуальный, UDI, гетеросексуальный
Бассейн Карибского моря	Гетеросексуальный, гомосексуальный
Восточная Европа и Центральная Азия	UDI, гетеросексуальный
Западная Европа	Гомосексуальный, UDI
Северная Америка	Гомосексуальный, UDI, гетеросексуальный
Австралия и Новая Зеландия	Гомосексуальный

\* Потребление экзогенных наркотиков.

### Основные пути передачи ВИЧ-инфекции в Республике Молдова

В Республике Молдова преобладают два пути передачи ВИЧ-инфекции: потребление *инъекционных наркотиков* (UDI) и *гетеросексуальный путь*.

Из 4996 лиц с ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в Республике Молдова в течение 1987–2006 годов, 61,60% приобрели ВИЧ через использование инъекционных наркотиков, 36,55% – половым путем, 1,17% – вертикальным путем (парентеральным), 0,06% – через переливание крови. В 0,61% случаев способ передачи не был определен (рис. 7).

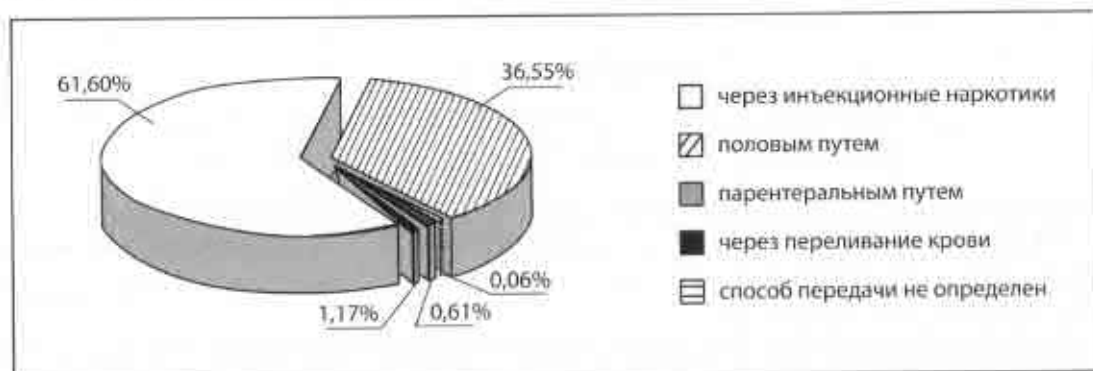


Рис. 7. Распределение общей численности случаев ВИЧ-инфицирования, зарегистрированных в Республике Молдова в 1987–2008 годах, в зависимости от условий заражения

Вместе с тем, результаты исследований показывают внушительное развитие эпидемического процесса на территории республики, с существенным изменением характера главных путей передачи ВИЧ-инфекции.

До 2000 года эпидемический процесс ВИЧ-инфицирования определялся распространением инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков. В период 1996–2000 годов, большинство случаев ВИЧ-заражения (85,79%) были связаны с потреблением инъекционных наркотиков, и только 12,36% – с передачей половым путем.

В последние годы, в результате реализации Программы „Antidrog”, отмечается существенное снижение удельного веса инъекционных наркотиков UDI и, наоборот, существенный рост как количества, так и удельного веса зараженных половым (гетеросексуальным) путем. В период 2001–2008 годов из общего количества ВИЧ-инфицированных (3753) в 38,7% случаев путь передачи составили лица, использующие инъекционные наркотики UDI, а в 58,50% – половые связи (рис. 8).

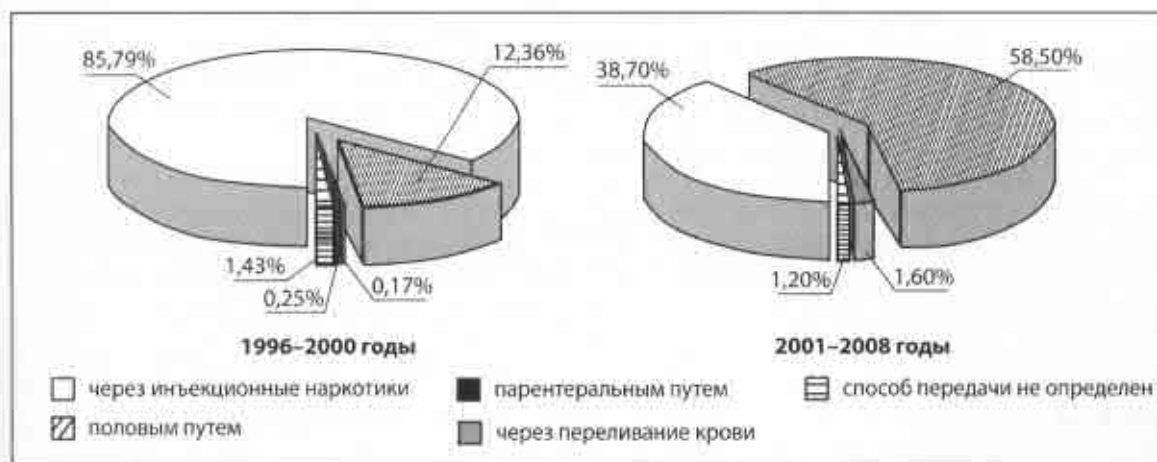


Рис. 8. Развитие условий ВИЧ-заражения в Республике Молдова в последние два периода (1996–2000, 2001–2008 годы)

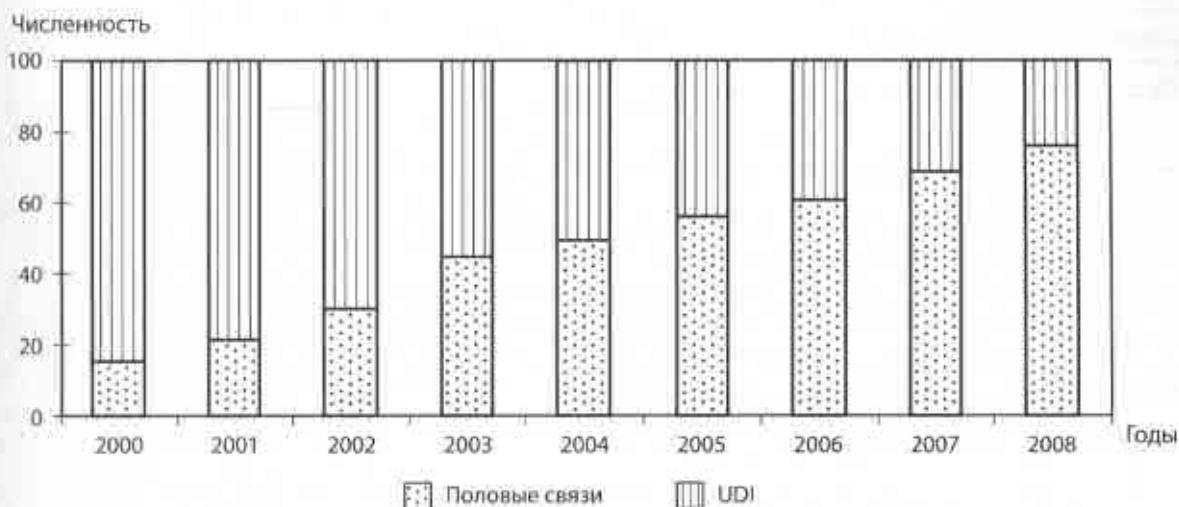


Рис. 9. Распределение новых случаев ВИЧ-инфицирования в аспекте основных путей заражения (в %), Республика Молдова, 2000–2008 годы

Более наглядно данное явление отражено на рис. 9.

Данное явление привело к росту количества ВИЧ-сероположительных больных среди беременных женщин (рис. 3) и, соответственно, к росту парентеральной передачи заболевания от 0,25% в 2001 году к 1,65% в 2006 году (рис. 10).

Вместе с тем, следует отметить, что если в период 1996–2000 годов передача вируса ВИЧ в 0,17% случаев произошла посттрансфузионально, то в период 2001–2006 годов этот путь передачи не был зарегистрирован, что доказывает эффективность мероприятий по предупреждению заражения через кровь и безопасность процесса переливания крови.

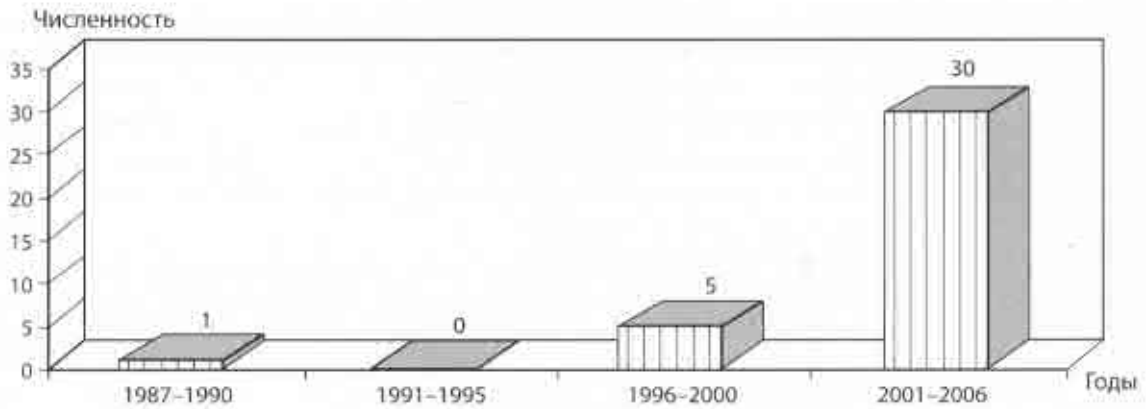


Рис. 10. Частота заражения ВИЧ-инфекцией новорожденных в Республике Молдова в разные периоды

### Распространенные мифы о ВИЧ-инфекции

В 1981 году в Лос-Анджелесе, США, при выявлении новой инфекции (названной впоследствии ВИЧ-инфекцией), которая поразила, в частности, мужчин с гомосексуальной ориентацией, было выдвинуто предположение, что ВИЧ-инфекция и другие БПП болезни, передаваемые половым путем, возникают только в среде гомосексуалистов. Однако после того, как были отмечены случаи наличия вируса ВИЧ у женщин и потребителей инъекционных наркотиков, которые поддерживали гетеросексуальные связи, а также наличие данного вируса у людей, которым переливали зараженную кровь, стало ясно, что инфекция не является бичом только для гомосексуалистов. Активное участие в эпидемическом процессе ВИЧ-инфекции/СПИДа лиц группы риска, в частности, потребителей инъекционных наркотиков, существенный рост доли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции среди населения обусловили утверждение в обществе другой концепции – «личной неуязвимости». Данное убеждение также является ошибочным и относится к числу мифов о СПИДе. В настоящее время уже доказано, что любой человек может быть заражен вирусом ВИЧ, а большинство ВИЧ-инфицированных лиц полагали, что уж с ними-то ничего подобного случиться не может.

«Ничего не чувствую, следовательно, у меня ничего нет» – вот убеждение, которое именно в случае ВИЧ-инфицирования как раз не подтверждается, несмотря на свою популярность среди обывателей. При ВИЧ-инфицировании, асимптомный период может длиться годами и на всем протяжении этого периода инфицированное лицо, именуемое также ВИЧ-сероположительным, является заразным. В этом и состоит одна из особенностей ВИЧ-инфекции, отличной от многих известных инфекционных заболеваний.

Тревожен тот факт, подтвержденный результатами многих исследований, что общественность уверена в существовании методики успешного лечения СПИДа, делая многих людей более уверенными в себе и способными на определенный риск, невозможный при других обстоятельствах. Официальные данные подтверждают, что в настоящее время нет медикаментов, способных полностью удалить ВИЧ из человеческого организма.

Много лет обсуждалась проблема слюны, слезной жидкости и других жидкостей в организме (моче, потовыделениях, назальных выделениях), в плане их способности быть разносчиком вируса. Это также является типичным мифом. ВИЧ присутствует в слюне, но в слишком малых количествах, чтобы кого-нибудь заразить. Был зарегистрирован всего один случай передачи ВИЧ через поцелуй. В данном случае, у обоих партнеров отмечалась сильная кровоточивость десен. На основании проведенных исследований было доказано, что даже если данные жидкости содержат определенное количество вирусов, то его недостаточно для начала патологического процесса.

Проведенное в США исследование с участием 500 семей показало, что домашний уход за больными СПИДом не представляет собой никакого риска заражения. Ни один член сообщества больных СПИДом не опасен в плане заражения. Ни один член семьи ВИЧ-инфицированного, пользуясь общими с больным предметами быта (в том числе посудой, полотенцами), не заразился вирусом.

Внушительное число легенд, распространяемых в обществе, обусловлено недостаточными знаниями населения в части путей передачи ВИЧ. В начале 80-х годов прошлого столетия, при выявлении первых случаев СПИДа, считалось, что любой контакт с ВИЧ-инфицированным приводит к передаче вируса. В силу того, что население не было достаточно информировано относительно способов передачи этого заболевания, в обществе создались „благоприятные” условия для социального отторжения ВИЧ-сероположительных лиц, без права их участия рядом со здоровым людьми в обычной общественной жизни. Искаженные представления о вероятных путях заражения ВИЧ-инфекцией способствовали возникновению чувства отвращения к ВИЧ-сероположительным людям.

Ряд исследований, предпринятых в Республике Молдова, показал, что и население нашей страны обладает ограниченными знаниями относительно эпидемиологии ВИЧ-инфекции и проявляет нетерпимое отношение к инфицированным людям. Одно из подобных исследований в части знаний и отношения молодых людей от 15 до 24 лет к зараженным ВИЧ-инфекцией людям, проведенное в 2006–2008 годах, продемонстрировало, что только 8–10% молодых толерантно относятся к ВИЧ-сероположительным лицам.

При оценке отношения молодежи к возможности продолжить учебу студенту, носителю вируса ВИЧ без симптомов СПИДа, выяснилось, что 1/3 опрошенных выразили нетерпимость, то есть свое неодобрение к продолжению учебы инфицированным лицом. Ситуация, при которой инфицированным явился бы преподаватель, была воспринята положительно лишь 54,1% студентов. В другой ситуации, которая показывает нетерпимость молодого населения к ВИЧ-сероположительным лицам, выводы можно сделать на основании ответов опрошенных на вопрос, согласны ли они принимать пищу из той же посуды с инфицированными лицами. Согласились с подобной вероятностью лишь 34,2% опрошенных. Другой ответ, косвенно отражающий уровень знаний относительно путей передачи ВИЧ-инфекции, также призван был выявить отношение молодых к лицам данной категории и был сформулирован таким образом: согласны ли здоровые молодые люди приобретать продукты питания в торговой точке, хозяином которой является носитель ВИЧ-инфекции? Выяснилось, что лишь 60,5% от общего количества респондентов согласились бы покупать товары в подобной торговой точке.

Проведенное в Республике Молдова исследование показало, что медицинские работники также нетерпимо относятся к лицам со статусом ВИЧ-сероположительных. Так, при определении отношения медицинских сестер к ВИЧ-инфицированным, было установлено, что лишь 46,6% медсестер полагают, что больной СПИДом смог бы продолжить жить как обычно и достоин участия. По результатам опроса выяснилось, что более половины опрошенных медицинских сестер выразили свое дискриминационное отношение к ВИЧ-сероположительным лицам: в 6,4% случаев высказывалось мнение, что инфицированные люди подлежат изоляции от общества, в 8% – что ВИЧ-инфицированные не должны посещать места общего пользования, в 4,5% – что они должны быть уволены с работы или исключены из учебных заведений. Одновременно, 6,4% участвовавших в опросе медицинских сестер утверждают, что ВИЧ-положительные лица заслуживают осуждения.

Таким образом, исходя из представленной информации, становится очевидным, что у населения Республики Молдова сложились искаженные представления и нетерпимое отношение к ВИЧ-инфицированным лицам.

Итак, мифы представляют собой ничто иное, как искаженные представления населения относительно ВИЧ-инфекции, в том числе относительно путей распространения, групп риска, поведения, чреватого инфицированием, возможностей специальной профилактики и лечения и пр. Эти стереотипы, бытующие среди населения, являются результатом пробелов в знаниях о ВИЧ-инфекции. На протяжении многих лет в прессе было немало написано на данную тему, проводилось много мероприятий с целью информирования населения относительно рисков передачи ВИЧ-инфекции. Тем не менее, некоторая информация была изложена двусмысленно и, порой, противоречиво. Создавшееся положение дел способствовало возникновению и утверждению среди населения концепции о личной неуязвимости, а боязнь людей, что кто-то узнает о поразившем их недуге, способствовала распространению ВИЧ-инфекции среди населения. В результате, нетерпимость и дискриминация определили то обстоятельство, что ВИЧ-инфицированные не настаивают на соблюдении своих прав и не обращаются за медицинской помощью. Одновременно,



ситуация осложняется и нетерпимым отношением медицинского персонала, социальных работников и других служащих к ВИЧ-сероположительным согражданам.

В этой связи, очень важно запомнить, что ВИЧ-инфекция не передается:

- воздушным путем;
- через продукты питания и воду;
- через рукопожатие или объятие;
- через поцелуи, кашель, чиханье;
- через животных или укусы насекомых.

Не представляют опасности инфицирования:

- бытовые отношения;
- контакты по службе или по месту учебы;
- совместное путешествие в общественном транспорте;
- совместное пользование бассейном, сауной, баней, туалетом, спортивным залом и реабилитационным центром;
- совместное использование кухонной посуды и постельного белья.

Важно не забывать, что в повседневной жизни и при общении в быту, опасности заразиться вирусом нет. Столько времени, сколько соблюдаются элементарные требования гигиены, посещение детьми детских садов, яслей, школ и прочих общественных мест **НЕ представляет опасности** заражения. Предоставление терапевтической помощи и уход за больными СПИДом, уход за ребенком (новорожденным, в том числе ВИЧ-инфицированной мамой) не угрожает заражением, однако, требуется соблюдение элементарных правил гигиены, а также исключение контакта с кровью или/и биологическими жидкостями, которые содержат кровь.

# СТАНДАРТНЫЕ МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

## ■ Менеджмент риска

### Идентификация риска

Рост числа ВИЧ-инфицированных лиц благоприятствует распространению инфекции среди населения, в том числе нозокомиальному распространению, что приводит к росту вероятности риска профессионального инфицирования медицинских работников. Адекватная профессиональная подготовка, в том числе хорошее знание стандартных мер предосторожности при работе с инфекцией, передающейся через кровь (ВИЧ и вирусные гепатиты), и обеспечение медицинского персонала средствами индивидуальной защиты, способствуют снижению риска заражения медицинского персонала.

Международный опыт, а также данные предпринятого в США расследования случаев ВИЧ-инфицирования медицинских сотрудников на рабочем месте свидетельствуют, что риск инфицирования колеблется от <1 до 4%. В рамках исследований, проведенных по случаям уколов, которым подверглись 6,135 медицинских работников, установлено, что лишь 20 из них (0,3%) заразились вирусом ВИЧ (*Ann. intern. med.*, 1990). В результате контактов со слизистой лишь один из 1,143 зарегистрированных случаев инфицирования (0,09%) повлек заражение. К 1996 году в США зарегистрировано 49 случаев инфицирования медицинских работников (медперсонал, лаборанты), которые случайно заразились ВИЧ при исполнении служебных обязанностей. Все случаи инфицирования обусловлены контактом с кровью или биологическими жидкостями, за исключением инфицирования трех лаборантов, которые подверглись инфицированию вирусными культурами ВИЧ. Проведенное исследование ранений в результате использования медицинских игл показало, что из 739 тестов сероконверсия проявилась в 33 случаях (4,46%). Сероконверсия проявилась в тех случаях, когда укол был глубоким, травма сопровождалась кровотечением, укол был сделан внутривенно или интраартериально, или когда укол был сделан лицу, находящемуся на прогрессивной стадии заболевания, с высокой концентрацией вируса в крови.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, при проникающем контакте с ВИЧ-инфицированной кровью (игольные уколы, порезы) риск инфицирования составляет примерно 0,3%. Риск инфицирования при контакте ВИЧ-инфицированной крови с неповрежденной слизистой составляет примерно 0,09%. Риск инфицирования при контакте неповрежденной кожи с ВИЧ-инфицированной кровью или другими биологическими жидкостями не зарегистрирован.

В Республике Молдова, в 2004–2008 годах, получили профилактическое пост-травматическое лечение 59 человек, из них 24 (41%) – медицинские работники. Результаты эпидемиологического,

медицинского надзора, тестирования в динамике данных лиц выявили, что сероконверсия и инфицирование вирусом ВИЧ не состоялись.

Высокому риску случайного профессионального инфицирования вирусом ВИЧ подвержены специалисты хирургического, гинекологического профиля, бригад скорой медицинской помощи, которые обеспечивают оказание помощи пострадавшим в дорожных авариях или в несчастных случаях на производстве, во время стихийных бедствий, ассистенты при операциях и процедурах, персонал родильных домов, клинических и диагностических лабораторий, диагностических лабораторий СПИДа и пр. Вместе с тем, риск заражения вирусными гепатитами половым путем или через кровь достигает 30–40%, в том числе и потому, что вирусный гепатит более устойчив в условиях окружающей среды, чем вирус ВИЧ. Последовательное и правильное применение стандартных мер предосторожности исключает любые риски.

## Оценка риска

Вместе с идентификацией риска, надлежит установить его степень, исходя из следующего:

- типа и частоты инфицирования кровью или другой биологической жидкостью, объема крови или биологической жидкости;
- факторов, которые способствуют инфицированию и ее повторяемости, в том числе характеристики рабочего места, практической деятельности и чистоты на рабочем месте, доступности, состояния и условий использования защитной одежды и оснащения;
- знаний и уровня обучения медицинских работников относительно ВИЧ-инфекции и безопасных приемов работы;
- мер по контролю над риском.

Риск инфицирования растет в зависимости от биологических жидкостей и материалов: (минимальный риск) амниотическая – перикардиальная – перитонеальная – асцитная – плевральная – синовиальная – спинномозговая – ткани – органы – вагинальные выделения – сперма – кровь (максимальный риск). Также, риск возрастает в зависимости от способа инфицирования: контакт с неповрежденной кожей без порезов, с ранами, с дерматитами; с неповрежденной слизистой – контакт с поврежденной слизистой и кожей, с глубокими порезами и ранами. Степень риска определяется и объемом биологической жидкости, попавшей на поверхность кожи, слизистой, количеством ВИЧ в примененном материале.

В соответствии с Промежуточными рекомендациями Службы общественного здравоохранения США по профилактике ВИЧ-инфекции, риск профессионального инфицирования классифицируется следующим образом:

- **Чрезвычайно высокий риск:** контакт с большим количеством крови (например: глубокие раны или раны от широкополостных игл), кровью с высоким содержанием ВИЧ (например: от инфицированных пациентов с развивающейся стадией вирусемии высокого уровня, острым инфицированием, терминальным СПИДом и пр.);
- **Высокий риск:** любой контакт с большим количеством крови или кровью с повышенным содержанием ВИЧ;
- **Невысокий риск:** контакт с незначительным количеством крови с невысоким содержанием ВИЧ (например: укол шовной иглой во время оказания помощи лицу с асимптоматической ВИЧ-инфекцией).

За последние 20 лет пандемии ВИЧ международные и национальные организации накопили достаточно опыта как в разработке и реализации системы предупреждения профессионального инфицирования, так и в предоставлении комплекса срочных мер медицинской помощи пострадавшему медицинскому персоналу. Разработаны схемы и варианты использования комбинаций антиретровирусных препаратов (ARV) в профилактических целях для случаев профессионального инфицирования. Важно, чтобы назначение комбинаций препаратов ARV было предпринято незамедлительно, в самый первый час после случайного инфицирования ВИЧ-инфекцией. Назначение препаратов ARV в профилактических целях через 72 часа уже не имеет профилактического эффекта и становится бесполезным.

Также система здравоохранения Республики Молдова располагает как методическими концепциями и схемами ARV-терапии, эффективными при профилактике последствий инфицирования,

так и ассортиментом препаратов для профилактической ARV терапии. Закон Республики Молдова „О профилактике ВИЧ-инфекции СПИД” №23-XVI от 16 февраля 2007 года (МО 54-56/250 от 20.04.2007 года) предусматривает в статье 33, что „ВИЧ-инфицирование медицинского персонала во время исполнения служебных обязанностей считается профессиональным заболеванием” (рис. 11).



Рис. 11. Пути передачи ВИЧ-инфекции в медико-санитарных учреждениях

## Контроль над риском

В приведенной ниже таблице 6 указана иерархия способов контроля над рисками, которые призваны снизить инфицирование медицинских работников кровью или другими биологическими жидкостями.

Таблица 6

Способы контроля над рисками

Способы контроля	Эффективность
1	2
<p><b>Устранение опасности</b>                      Полное устранение опасности в рабочей зоне – один из предпочтительных методов контроля над рисками, включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сокращение количества парентеральных вмешательств до строго необходимого минимума;</li> <li>- замену шприцов или сменных игл одноразовыми шприцами;</li> <li>- удаление острых предметов, в которых нет необходимости, как например, прищепок для полотенец или использование систем IV без игл.</li> </ul>	<p>Согласно предпринятому канадцами исследованию, системы IV без игл эффективны на 78,7% при сокращении порезов от игл во время использования в течение одного года.</p>
<p><b>Инженерные меры</b>                      В ходе которых изолируются или удаляются опасности на рабочем месте в результате установки контейнеров („коробок безопасности”) для выброса использованных острых предметов.</p>	<p>Контейнеры для выброса острых предметов сокращают количество порезов на две трети – исследование показало сокращение численности порезов от 23–100% со средним показателем в 7%.</p>
<p><b>Административные меры</b>                      Практика, направленная на уменьшение опасности инфицирования, в том числе на полное применение всех стандартных мер предосторожности:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ассигнование ресурсов для обеспечения безопасности при выполнении ручных операций и процедур;</li> <li>- дальнейшее обучение пользованию проверенным оснащением.</li> </ul>	<p>Применение стандартных мер безопасности по контролю над инфекциями исключает риск заражения ВИЧ-инфекцией.</p>

1	2
<p><b>Контроль над практической деятельностью на рабочем месте</b> Сокращение инфицирования в результате трудового риска через корректное поведение работников путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отказа от вдевания иглы в пластмассовый колпачок;</li> <li>- размещения контейнеров для отходов острых предметов (игл) на видном и доступном месте (на расстоянии вытянутой руки);</li> <li>- заполнения контейнеров для отходов острых предметов или заполнения коробок для использованных игл/шприцов на не более 2/3 объема;</li> <li>- использования и эвакуации острых предметов или контейнеров, в четко определенном и хорошо известном медперсоналу порядке.</li> </ul>	<p>Отказ от вдевания иглы в пластмассовый колпачок обеспечивает сокращение случаев травмирования на 2/3.</p>
<p><b>Личные средства защиты</b> Барьеры и фильтры между работником и опасностью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- очки;</li> <li>- рукавицы/перчатки;</li> <li>- маски;</li> <li>- защитные костюмы.</li> </ul>	<p>Личные средства защиты предупреждают инфицирование кровью, но не получение травм от укола иглой. Применение второй пары перчаток в хирургических условиях защищает от повреждений внутренней перчатки на 60–70%.</p>

## ■ Стандартные меры предосторожности

Способы контроля над перечисленными выше рисками являются частью концепции стандартных мер предосторожности, обязательных к применению во всех медицинских учреждениях, для всего медицинского персонала и направленных на исключение риска передачи инфекционного заболевания.

**Стандартные меры предосторожности** являются элементарными мерами контроля над инфекциями, которые передаются через кровь (ВИЧ, вирусные гепатиты). Стандартные меры предосторожности (СМП) снижают и исключают риск передачи инфекции через кровь или биологические жидкости (мокроту, плазму, сыворотку и пр.). Формулировка «стандартные меры предосторожности» выбрана потому, что их применение **универсально**, то есть, во всех ситуациях, в которых медицинские работники оказывают помощь пациентам. Согласно концепту СМП, все жидкости, содержащиеся в человеческом теле, и кровь всех людей должны изначально рассматриваться как потенциально зараженные. Вместе с тем, следует отметить то обстоятельство, что риск инфицирования вирусными гепатитами при уколе иглой шприца составляет 20–30 % сравнительно с уровнем < 1% риска инфицирования ВИЧ при уколе иглой, а вирус гепатита В неделю остается жизнеспособным в сухой крови при комнатной температуре и на обычных поверхностях.

### Применение стандартных мер предосторожности

Адекватные практики контроля над инфекциями являются неотъемлемой частью концепции качественных медицинских услуг и должны применяться при обслуживании **каждого клиента, каждый раз и при любых обстоятельствах, как в домашних условиях, так и во всех традиционных условиях оказания медицинской помощи**. Применение стандартных мер предосторожности предполагает освоение ряда навыков и практических действий на определенных стадиях, которые указаны в приказах и инструкциях, утвержденных Министерством здравоохранения РМ, и представлены ниже.

## **1. Стойкие навыки.**

**а) Мытье рук и других частей кожного покрова до и после выполнения манипуляций** является самым важным и порой единственным способом предупреждения заражения и распространения микробоносителя.

### **Когда?**

- при входе в рабочее помещение и при уходе с рабочего места;
- при входе и при выходе из палаты пациента;
- до и после обследования каждого больного (внимание к особо восприимчивым пациентам);
- до и после применения каждого лечения;
- до и после проведения обследований и инвазивных процедур;
- после перемещения и транспортировки трупов;
- после снятия защитных перчаток;
- после снятия перчаток, использованных на рабочем месте;
- до приема и распределения продуктов питания и медикаментов для внутреннего применения;
- после использования носового платка;
- после посещения туалета;
- после разглаживания волос руками;
- после административной и хозяйственной работы.

### **Как?**

- снимается вся бижутерия и украшения (кольца, браслеты), часы;
- рекомендуется иметь ухоженные, коротко стриженные ногти;
- использовать проточную воду и обычное туалетное мыло;
- применять поочередно два куска мыла;
- в экстренных случаях разрешается использование антисептиков как заменителей мыла;
- в определенных ситуациях мытье рук сопровождается дезинфекцией рук: после процедур, примененных к септическим, инфекционным больным и к пациентам с иммунодефицитом в тяжелой форме.

**Мытье и дезинфекция рук, применение перчаток одноразового пользования являются обязательными, когда осуществляется:**

- отбор биологических продуктов для лабораторных исследований или в других целях;
- применение люмбальных или сосудистых пункций;
- любые действия, чреватые контактом с кровью, выделениями и экскрециями пациентов;
- стоматологическое обследование и лечение;
- применение парентерального лечения (сосудистые проколы, поясничные пункции);
- замена бинтов;
- ректальное измерение температуры, клизмы;
- вагинальная и ректальная пальпация;
- применение зондов, катетеров для мочевого пузыря;
- применение желудочного, дуоденального зонда, питание через зонд;
- применение oro-трахеальной трубки;
- эндоскопия;
- хирургическое вмешательство;
- прием родов;
- применение и удаление артериальных и венозных катетеров.

**Вытирание и сушка рук являются обязательными:**

- бумажными салфетками;
- одноразовыми салфетками.

**б) Использование личных средств защиты.**

*Личные средства защиты* обеспечивают создание барьера между работником и источником инфекции и используются во время процедур, которые предполагают риск инфицирования. Медицинский персонал должен носить защитные перчатки и специальные халаты.

Барьеры, используемые в рамках единых мер предосторожности, следующие:

☞ **Перчатки**, которые используются для:

- предупреждения контакта рук с кровью, зараженными биологическими жидкостями, другими биологическими жидкостями с видимыми следами крови, человеческих тканей;
- венозного или артериального доступа;
- отбора LCR;
- контакта с пациентами, которые кровоточат, имеют открытые раны, струпья и пролежни, другие повреждения кожного покрова;
- чистки и обеззараживания инструментов после использования.

**Типы перчаток:**

- а) стерильные:** при вмешательствах, которые требуют контакта со стерильными участками тела, иногда используют двойные перчатки – при пункции кровеносных сосудов, при работе с потенциально зараженными материалами;
- б) нестерильные, чистые:** для текущих обследований, которые предполагают контакты со слизистой, в случае, если нет противопоказаний;
- в) многоразового использования:** для работы с зараженными материалами, для санитарно-гигиенических работ, при удалении зараженных биологических продуктов;
- г) общего использования, в бытовых целях (резиновые):** для бытовых целей, которые предполагают контакт с кровью и другими возможно зараженными биологическими продуктами, при чистке и обеззараживания инструментов, мягких материалов, зараженных поверхностей.

**Способы использования перчаток:**

- заменяются после каждого пациента;
- после использования руки моют в перчатках, потом перчатки снимают, первую перчатку снимают взяв ее за край с внешней стороны, бросают ее в контейнер-сборник, затем свободной рукой берут изнутри за край другую перчатку, осторожно стягивают ее и бросают в тот же контейнер;
- после снятия перчаток, руки вновь моют, 10–15 секунд, даже если перчатки внешне не были повреждены;
- одноразовые перчатки не подлежат повторному использованию, следовательно не подлежат чистке и дезинфекции;
- перчатки общего пользования подлежат дезинфекции с целью повторного использования только если не были повреждены (проколы, резина растрескалась и пр.)

☞ **Халаты обычные** – используются для всех мероприятий, проводимых в рамках медицинских учреждений.

☞ **Передники, блузы, плащи** – надеваются, когда работа не исключает брызги, капли и струи с потенциально зараженными биологическими продуктами, для защиты кожного покрова медицинского персонала (в хирургических отделениях, лабораториях, служб скорой медицинской помощи, паталогической анатомии, судебной медицины, при некоторых хозяйственных мероприятиях).

☞ **Маска** – защищает кожный покров лица медицинского персонала, слизистую (ротовую и носовую полости).

⇒ **Лицевая защита** – очки, защитный экран защищают кожный покров медицинского персонала, слизистую (ротовая, носовая полости, глаза).

⇒ **Оснащение для реанимации** – защищает ротовую слизистую при проведении искусственного дыхания. Запрещается отсасывание ртом жидкостей в пипетки, для этого используются только механические системы.

⇒ **Шапочки** – простые (текстильные) или водонепроницаемые.

⇒ **Сапоги** – резиновые.

## **2. Безопасные уколы:**

- избегаем надевания пластикового колпачка на иглу шприца после использования, выбрасываем все в специальный, предназначенный для этих целей контейнер;
- сразу после использования, режущие инструменты складываются в контейнер, со строгим соблюдением норм дезинфекции и стерилизации;
- избегаем нецелесообразного использования режущих инструментов;
- контейнеры с острыми предметами размещаются на видном и доступном месте (на расстоянии вытянутой руки);
- контейнеры для острых предметов опорожняются при заполнении на 2/3;
- порядок использования и эвакуации острых предметов устанавливается перед началом процедуры;
- все инструменты дезинфицируются, чистятся и стерилизуются согласно стандарту.

## **3. Дезинфекция, обработка и надежная стерилизация медицинских инструментов и оснащения.**

**Дезинфекция** – уничтожение болезнетворных микроорганизмов специальными средствами: хлорсодержащими веществами, гермецидным раствором и др.

**Стерилизация** – это совокупность методов, средств и форм, используемых для уничтожения и устранения всех видов микроорганизмов на всех фазах развития, которые содержатся внутри и на поверхности различных материалов, инструментов и предметов. Получение состояния “стерильности”, а также поддержание его до момента использования является обязанностью медико-санитарных учреждений, которые призваны обеспечить системы качественного контроля и гарантировать безопасность пациентов.

Правильная обработка/обеззараживание медицинского инструментария и оснащения до и после использования имеет особое значение для предупреждения нозокомиальных инфекций. При выборе способа дезинфекции и/или стерилизации (таблица 7; 8) следует учитывать категорию инструментария и метода, которым он используется при лечении пациентов. Используемые для оказания медицинской помощи инструменты и предметы классифицируются по трем категориям, исходя из риска передачи инфекции:

- критические инструменты;
- полукритические инструменты;
- некритические инструменты.

Классификация медицинских инструментов и устройств/оснащения по трем категориям соотнесена с классификацией по способам обработки.

**Критические инструменты** входят в контакт со стерильными тканями или сосудистой системой и проникают через кожу и слизистую оболочку; это скальпели, иглы, сосудистые катетеры, импланты, прочий инвазивный хирургический инструмент. Подобные инструменты требуют стерилизации между сеансами использования со строгим соблюдением рекомендаций производителей стерилизационной аппаратуры относительно времени контакта или использования химических стерилизантов. Перед стерилизацией инструменты дезинфицируются.

**Полукритические инструменты** входят в контакт со слизистой оболочкой (за исключением периодонтальной слизистой) или с поврежденной кожей – гибкие эндоскопы, ларингоскопы, эндотрахеальные трубки, оборудование для анестезии и искусственного дыхания. Этот инструмент требует стерилизации или хотя бы дезинфекции высокого уровня в промежутке между сеансами



использования. Оральные или ректальные термометры и оборудование с гладкой твердой поверхностью (гидротерапевтические кадки) требуют дезинфекции между сеансами использования.

**Некритические инструменты** входят в контакт лишь с неповрежденной кожей (стетоскопы, поверхность столов, кафель, мебель и пр.) и требуют дезинфекции между сеансами использования.

Таблица 7

Режимы стерилизации медицинского оснащения в автоклаве

Материал для стерилизации	Температура (°С)	Давление (атм.)	Длительность (минуты)
Инструменты, шприцы (пластик, стекло, резина)	120 + 2	1,1 + 0,2	45 + 3
Перевозочный материал (компрессы), ткани для операционных, халаты	132 + 2	2,0 + 0,2	20 + 2
	или 120 + 2	1,1 + 0,2	45 + 3

Таблица 8

Режим стерилизации медицинского оснащения сухим теплом

Рабочая температура в стерилизационной камере (°С)		Время экспозиции (минуты)	
Нормальный режим	Максимальное отклонение	Нормальный режим	Максимальное отклонение
180	+2 / -10	60	+5
160	+2 / -10	150	+5

Оценка эффективности стерилизации медицинского оснащения в автоклаве и в воздушном стерилизаторе проводится в соответствии с *Руководством по надзору и контролю за нозокомиальными инфекциями*.

#### 4. Защищенная рабочая среда.

##### Правильное использование и уничтожение острых предметов:

- парентеральные действия сведены до уровня строгой необходимости;
- острые предметы собираются сразу же после использования в устойчивые к уколам и порезам контейнеры, удобно расположенные и помеченные соответствующим образом;
- из использованного одноразового шприца игла не удаляется.

##### Использование белья:

- инфицированное кровью и другими, возможно зараженными биологическими продуктами, используется как можно меньше;
- Защитное оснащение сортируется и обрабатывается в специально предназначенных для этого местах;
- белье складывается в непромокаемые мешки, при необходимости с двойными стенками, помеченными соответствующим образом;
- длительное хранение белья перед обработкой нежелательно;
- обеспечивается корректный и полный цикл обработки/обеззараживания.

##### Чистота и обеззараживание:

- в процессе устранения следов крови, других биологических жидкостей или тканей используются перчатки;
- проводится начальное обеззараживание хлорсодержащими веществами, потом устранение впитывающей бумагой, которая выбрасывается в контейнер или в помеченные пластиковые мешки;
- дезинфицируется гермицидным раствором;

- обработанные поверхности сушатся;
- применяются стандартные техники чистки, стерилизации, обеззараживания медицинского оснащения, кафельного покрытия, стен, мебели, стеклянных изделий, посуды.

#### Инфицированные отходы:

- нейтрализуются кремацией или обработкой в автоклаве;
- собираются в непромокаемые сборники, помеченные для четкой дифференциации красителями и этикеткой.

Согласно *Руководству по надзору и контролю за нозокомиальными инфекциями*, 2008 год, эпидемиологическая угроза со стороны отходов медицинской деятельности объясняется высоким количеством микроорганизмов, в сравнении с бытовыми отходами. Одновременно в отходах медицинской деятельности обнаруживаются патогенные микроорганизмы – бактерии, вирусы. Исходя из данного обстоятельства, является обязательным соблюдение условий разделения, сбора, хранения и транспортировки биологических отходов.

Таблица 9

#### Стандартные меры предосторожности при оказании медицинской помощи

Процедуры	Мытье рук	Защитные перчатки	Защитный халат	Защитная маска	Защитные очки
Анамнез, беседы с пациентом					
Наладка ритма уже установленной РЕУ					
Обследование пациента без контакта с его кровью, другими биологическими продуктами	X				
Обследование пациента с прикосновением к его крови, слизистой или к другим биологическим продуктам	X	X			
Сбор крови	X	X			
Установка внутривенных катетеров, выполнение внутривенных пункций	X	X			
Выдох	X	X	X	X	X

Стандартные меры применяются к каждому пациенту, каждый раз и повсеместно в рамках медицинского учреждения (таблица 9). Так, дополнительные меры предосторожности в случае оказания помощи лицам со статусом ВИЧ-положительных, как то: размещение в отдельных палатах, применение отдельного медицинструментария. Обязательное тестирование всех пациентов с ВИЧ-инфекцией не целесообразно, поскольку оно не обеспечивают защиты лучшей или надежней, чем та, которая достигается простым и последовательным применением стандартных процедур.

#### 5. Безопасное переливание крови.

Для обеспечения безопасного переливания крови рекомендуется:

- отбор доноров крови;
- конфиденциальное консультирование до и после добровольного тестирования потенциальных доноров;
- учет и оценка факторов риска в анамнезе доноров;
- безопасное осуществление процесса сбора, обработки, упаковки, хранения и выдачи крови и препаратов из крови;

- тестирование реципиентов до переливания (шифр 110.1) и через 6 месяцев (шифр 110) согласно Приказу МЗ №314 от 31.07.2007 года „О Правилах медицинского осмотра и надзора с целью обнаружения заражения вирусом иммунодефицита человека”.

## **6. Профилактика на этапе пост-инфицирования.**

В соответствии с рекомендациями действующих приказов и положений Министерства здравоохранения РМ в случае риска передачи ВИЧ-инфекции медицинские кадры подвергаются профилактике на этапе пост-инфицирования.

Она предусматривает:

### **Действия по месту инфицирования:**

- применяется набор анти-СПИД (размещается в месте проведения медицинских процедур), который содержит в обязательном порядке:
  - 3% раствор перекиси водорода,
  - спирт 70°,
  - 30% раствор сульфацила натрия,
  - протаргол 1%,
  - перманганат калия, раствор 0,0015% (раствор приготавливается *ex tempora*);
- перчатки снимаются, руки моются водой и мылом, соответствующее место обрабатывается тампоном, смоченным в 3% растворе перекиси водорода, обработанное место выдерживается в течение 2 минут, затем на рану накладывается лейкопластырь и надеваются другие перчатки.
- мембраны слизистой оболочки моются водой, накладывается тампон с 70° спиртом на две минуты.
- глаза хорошо отмываются под струей воды ватным тампоном, затем по 2-3 капли 30% раствора сульфацила натрия или 1% протаргола закапываются в глаза.
- зараженное кровью или другими биологическими продуктами белье складывается во влагозащитные мешки.

### **Определение сопутствующего инфицированию риска через:**

- тип жидкости (кровь, видимые биологические жидкости, другую потенциально инфекционную жидкость);
- тип инфицирования (проникающие порезы мембраны слизистой оболочки или кожи, вызванные уколом/инфицированием крови).

### **Консультирование и тестирование ВИЧ-инфицированного в установленные сроки:**

- проводится тестирование на антитела ВИЧ и на маркеры вирусных гепатитов В, С в 6-месячный срок после инфицирования (ранее - через 6 недель, 3 и 6 месяцев);
- проводится тестирование на антитела ВИЧ, если возникает виральный синдром;
- рекомендуется инфицированным лицам использовать меры предосторожности для предупреждения вторичной передачи в последующем периоде.

### **Лечение на этапе пост-инфицирования:**

- пострадавший медицинский работник направляется в срочном порядке (в первые два часа, но не позднее 24 часов) в Республиканский кожно-венерологический диспансер (РКВД) для консультирования, оценки статуса ВИЧ, определения необходимости схемы применения эффективной ARV-терапии для профилактики на этапе пост-инфицирования;
- в случае назначения профилактического лечения на этапе пост-инфицирования проводится мониторинг токсичности медикаментов сроком не менее 2 недель.

Обязательное расследование каждого происшествия, аварии на рабочем месте с участием пострадавшего медицинского работника осуществляется руководителем отдела или участка, представителем администрации, профсоюзного комитета, официальным лицом или представителем (специалистом) территориального (или департаментального) центра превентивной медицины. Составляется подробный протокол расследования происшествия с указанием причин, обстоятельств, характера и степени тяжести несчастного случая, с оценкой степени риска инфицирова-

ния, а также целесообразности, качества и полноценности мер по устранению последствий происшествия.

Параллельно осуществляется оценка ВИЧ-статуса лица – потенциального источника инфицирования через кровь или другой биологический продукт, с рассмотрением индивидуальной медицинской и учетной документации, со срочной отправкой пробы крови в диагностическую лабораторию ВИЧ ННПЦПМ, с направлением пациента в ПМСУ РКВД для детального клинического осмотра и определения статуса ВИЧ. **Источник считается негативным (не зараженным ВИЧ), если лабораторные данные содержат следующую информацию: тест ELISA для антител анти-ВИЧ – негативный, ПЦР для ВИЧ – негативный, тестирование Ag P24 – негативное и нет характерных клинических проявлений для текущего заболевания, схожего с ретровирусной инфекцией. Источник считается зараженным ВИЧ (ВИЧ-положительным), если лабораторные тесты являются положительными или если медик-клиницист полагает возможной диагностику СПИДа.**

Итак, потенциальный источник может оказаться в различных ситуациях:

- фигурировать как ВИЧ-инфицированный перед наступлением несчастного случая;
- тест ELISA для ВИЧ-положительный (потенциально заражен);
- тест ELISA для ВИЧ-негативный (вероятность инфицирования риску заражения);
- он может отказаться от тестирования на ВИЧ;
- источник не был идентифицирован.

Впоследствии, в соответствии с представленным выше описанием, принимается решение о необходимости отстранения зараженного медицинского работника от сдачи крови, хирургической деятельности, от действий и процедур, связанных с потенциальным риском инфицирования пациентов, а также решаются вопросы его временного трудоустройства, оказания психологической помощи, предоставления рекомендаций относительно поведения в семье и половых отношений. Обеспечивается медицинский надзор за пострадавшими медицинскими работниками в следующие после несчастного случая три месяца с целью раннего обнаружения признаков острой ВИЧ-инфекции (температура, кожная сыпь, как правило, морбилиформная, фарингит, лимфаденопатия, мононуклеозный синдром), продромальных или ранних признаков других инфекционных и паразитических заболеваний, передаваемых через кровь. Одновременно обеспечивается контроль над соблюдением режима, доз и срока терапии ARV заболевшими медицинскими работниками. Представляются необходимые документы для обоснования и подтверждения профессионального заболевания в случае потери трудоспособности или в случае сероконверсии и подтверждения факта инфицирования вирусом ВИЧ медицинского работника в результате случайного инфицирования во время исполнения им служебных обязанностей.

## **Обязанности руководителей медицинских учреждений**

С целью предупреждения профессионального инфицирования, руководители медицинских учреждений обязаны обеспечить:

1. Периодический инструктаж медицинского персонала, который сталкивается на рабочем месте с потенциальным риском инфицирования, по вопросам безопасности труда, правил и порядка устранения последствий аварии.
2. Снабжение медицинских работников индивидуальными средствами защиты – перчатками, халатами, масками, очками, передниками из влагозащитного материала и пр., в зависимости от специфики работы и наличия потенциального риска инфицирования.
3. Оснащение рабочих мест средствами личной гигиены, аптечками, дезинфектантами, перевязочным материалом, другими средствами для устранения последствий аварий, обработки ран, пораженных участков кожи, слизистой оболочки, одежды и защитных средств рабочих поверхностей.
4. Информирование медицинских работников, которые подверглись опасности, относительно обязательной для них профилактики на этапе пост-инфицирования.
5. Создание функциональной системы информирования, учета и расследования аварий.

## ГЛАВА 3

### БАРЬЕРЫ В РАЗВИТИИ КАЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

*„Всех людей волнуют вопросы универсального доступа к антиретровирусной терапии, значение которой неизмеримо. Обеспечение универсального доступа, до 2010 года, является благой целью. Однако никто не говорит о том, что для достижения этой цели существует необходимость устранить до 2010 года клеймение позором, унижение, отрицание, дискриминацию, бездействие и ошибки”.*

(Canon Gideon Byamugisha, ВИЧ-положительный клирик, основатель: ANERELA+, Африканская сеть религиозных лидеров, у которых выявлены ВИЧ и СПИД или которые лично пострадали от этого заболевания).

#### Влияние стереотипов и предрассудков на объективный анализ проблем

Бесчисленное количество раз Вам приходилось слышать утверждения порядка: *все подростки не уважают старших; мужчинам нужно от женщин одно; все китайцы на одно лицо, все мусульмане террористы; все адвокаты падки до денег; все жители населенного пункта Х лентяи и пр.* Подобные утверждения именуются стереотипами.

Понятие „стереотип” происходит от греческого *στερεός (стереос)* „солидный, твердый” + *τύπος (типос)* „внушение, впечатление”, что, в конечном итоге, означает „солидное впечатление”. Этот термин научно описан в 1922 году психологом Вальтером Липпманном, который отмечал: *“Мы не видим прежде чем определяем, а определяем до того, как увидеть”*. Липпманн выдвинул идею, что люди склонны к действию на основании представлений, которые хранят память, исходя из чрезмерно раздутых обобщений. Вследствие этого, стереотипы влияют как на способ, которым мы усваиваем новую информацию, так и на то, каким образом мы о ней вспоминаем.

Создание стереотипов является естественной функцией человеческого мозга, который упрощает многогранную реальность, с тем, чтобы наш разум и наше тело вырабатывали автоматические ответы на схожие стимулы. Вместе с тем, стереотипы могут быть нейтральными или даже положительными, а в общественных отношениях они даже могут иметь полезную функцию, поскольку вместе с классификацией индивидуумов мы можем предвосхитить их поведение и спланировать реакции (*все подростки эмоциональны сверх всякой меры, все мамы заботливые и пр.*).

Однако, зачастую, восприятие информации проходит через призму личного узкого осмысления, с фокусировкой внимания лишь на качествах, которые нам подходят в данный момент,

одновременно, из нашего поля зрения, выпадают качества, которые в данное время нам кажутся неинтересными и неважными. Специальные исследования показали влияние стереотипов на восприятие и интерпретацию вещей. Например, в исследовании о слухах (1947), группе белых была представлена сцена в метро: на первом плане воспроизведена ссора между хорошо одетым негром и белым, у которого в руке нож. Субъекты описали то, что увидели человека, который эту картину не видел и который, в свою очередь, пересказал данный сюжет третьему лицу и так далее. Описание последовательно искажалось, зато верно отражало стереотипы отношения белых людей к черным. На заключительном этапе «цепочки слухов» сюжет картины выглядел так: яростная стычка между белым человеком и «агрессивным негром», у которого в руке был нож.

Это исследование доказывает лишним раз, что стереотипные убеждения сильно влияют на наше восприятие окружающего мира, мы концентрируемся на задаче «подобрать» для нового человека какую-нибудь подходящую на наш взгляд категорию, группу, но самого человека «не видим», хоть и продолжаем с ним взаимодействовать как с личностью. Другими словами, стереотипы играют роль предвзятых идей, клише, которые ограничивают наше видение окружающего. Мы можем определить несколько главных характеристик стереотипов:

- они намного проще реальной действительности;
- они заимствованы скорее от «культурных посредников», чем являются плодом нашего личного опыта;
- они ошибочны по своей природе;
- их очень трудно заменить и они упорно продолжают жить в нашем сознании, определяя наше поведение.

К сожалению, стереотипы преобладают очень часто и в наших отношениях с ВИЧ-инфицированными. В обществе бытуют стереотипные утверждения типа: *ВИЧ является результатом аморального поведения; все ВИЧ-сероположительные лица являются обузой для общества и пр.*

Создание стереотипов становится опасным, в частности тогда, когда оно порождает предубеждения – негативное мнение и дифференцированное отношение к одному из членов определенной группы, обусловленное единственно его принадлежностью к данной группе. Например, считается, что *все живущие с ВИЧ лица опасны, поскольку они стремятся заразить всех вокруг.* То есть, людям с единственно общей характеристикой несоциального свойства – наличие вируса в крови – приписывают антисоциальные качества, ничего общего с фактом наличия вируса не имеющие: опасность для других, желание навредить всем вокруг.

Стигматизация, обусловленная ВИЧ, основывается на преувеличенном беспокойстве ответственности и на предубеждениях сродни тем, которые в прошлом вселяли ужас перед опасностью проказы, холеры, полиомиелита и пр. ВИЧ-положительный пациент отмечал: *«Не раз в меня тыкали пальцем со словами «Смотрите-ка, вот он, спидоносец!».*

Более того, инфицированные ВИЧ подвергаются осуждению, на основании предположений относительно их морального облика. Как на уровне общества, так и на уровне межличностного общения, люди стремятся отождествлять СПИД с отсутствием моральных устоев, причем основной аргумент следующий: *«У кого СПИД, получил то, что заслужил».*

Масштабное исследование явления стигматизации и дискриминации, проведенное в период 2001–2004 годов в четырех странах – Замбии, Вьетнаме, Эфиопии и Танзании – показало, что ВИЧ-инфицирование воспринимается очень часто как результат личного выбора, то есть выбора человека в пользу рискованного и недостойного поведения, следовательно, никто кроме него не виноват в том, что случилось. Религиозный лидер из Замбии заявил: *«Пациенты небрежны по отношению к самим себе. Бог наказал их за непослушание. Природе чужды болезни, а заразившиеся являют собой пример того, что Бог может сотворить, если нарушаются заповеди Его».*

Другое исследование, проведенное в 2004–2005 годах в Танзании, принесло аналогичные результаты. Более половины опрошенных в общей массе населения согласны с тем, что ВИЧ-инфицированным должно быть стыдно за самих себя. Около 65% респондентов полагают, что ВИЧ – это кара за недостойное поведение. Как правило, это «недостойное поведение» ассоциируется с половыми отношениями или с потреблением инъекционных наркотиков. Считается, что ВИЧ-сероположительные мужчины – это сплошь гомосексуалисты, бисексуалы или лица, пользующиеся услугами проституток, а женщины с ВИЧ ведут беспорядочную половую жизнь или являются работниками коммерческого секса.

К сожалению, в условиях пандемии, никто не может быть полностью застрахован от инфицирования. Случайное заражение ВИЧ или другими вирусами может случиться в результате переливания крови, у медика-дантиста, во время эндоскопического вмешательства (пример: цистоскопия у уролога), если при этом используется зараженный/недостаточно стерилизованный инструмент.

Одним из самых досадных обстоятельств в части стереотипов и предубеждений это то, что в обычном порядке они являются порождением сильных и направлены против слабых, которые лишены самой возможности повлиять на восприятие их окружающими и тем более изменить это восприятие.

В общем, любой стереотип может быть оправдан, в частности, спекуляцией на отрицательных чувствах или на страхе, что приводит к неприятной ситуации. Незнание или игнорирование реальности дополняются надуманными обобщениями или ложными стереотипами, ассоциированными с чем-то ужасным. Страх и предубеждение являются причинами негативного отношения к зараженным ВИЧ-инфекцией, а сероположительные люди становятся во всем виноватыми и считаются позором общества. Это приводит к осуждению/обвинению людей, живущих с ВИЧ. Негативная стереотипизация в отношении данной социальной категории порождает явление стигматизации и дискриминации.

## Понятия стигматизации и дискриминации.

### Причины возникновения и способы проявления

Слово „стигматизация” (от греческого *stigma* – пятно, знак) в древности означало „клеймо” или „тавро” на теле рабов или преступников. В нынешние времена это слово используется с очень яркой социально-смысловой нагрузкой, определяя категорию людей, характеризующихся недостойными и позорными для общества качествами, то есть, людей сугубо антисоциальных. Это очень жесткий социальный ярлык, который существенно изменяет отношение окружающих к подвергнувшемуся стигматизации лицу (или группе лиц) и влияет на отношение данного лица (или группы) к окружающим и к себе самим. Подвергнуть стигматизации – значит заклеить позором, обвинить открыто или формально. Стигматизация является процессом многопланового обесценивания человеческой личности путем дискредитации, когда человек считается „ненормальным” или „другим”. В обществе существуют различные способы проявления стигматизации и все они взаимосвязаны:

**Культурная стигматизация** определяется заданными социальными стандартами, согласно которым лица из определенной группы являются менее этичными, маргинализуются и оцениваются как „жертвы” собственного поведения. Подобный стигмат сложился в отношении ВИЧ-положительных лиц, которые характеризуются как „асоциальные субъекты”.

**Институциональная стигматизация** основана на дискриминационном отношении правительства, системы здравоохранения, церкви, сферы бизнеса и других общественных учреждений. Подобный стигмат выражается в принятии отдельных законодательных положений, которые несправедливо ограничивают права людей с определенными проблемами/характеристиками (например: права людей, живущих с ВИЧ).

**Личностная стигматизация** зиждется на личных предрассудках относительно определенной социальной группы. Личностная стигматизация не появляется сама по себе, она – прямое следствие существования стигматизации на институциональном и культурном уровне. Личностный стигмат может и не проявиться в повседневной жизни человека, если он не сталкивается с представителями упомянутой группы, про которых он привык думать примерно следующее: ВИЧ-сероположительные люди являются опасными «монстрами», которые живут где-то далеко, в других странах.

**Межличностная стигматизация** является выражением ненависти, презрения, чувства страха или робости в случае прямого контакта с представителями подвергшейся стигматизации группы. Межличностная стигматизация может принять форму дискриминации: оскорбления, насилия

и прочего. Однако, зачастую, она проявляется в латентных, закамуфлированных формах: нарочито холодный и равнодушный голос, стремление избежать встречи, недоверие.

**Стигматизация** проявляется двояко: внешне и внутренне.

**Внешняя стигматизация** относится к чуждой группе и может принять следующие формы: попытки показать, что уж ты-то никак не принадлежишь к данной группе („Я не такой как они“); презрительные фразы, „прозвища“; нежелание идти на контакты и встречи с представителями другой группы, страх (заразиться); насилие и другие формы дискриминации; покровительственное отношение, игнорирование мнения и интересов представителей группы.

**Внутренняя стигматизация** относится к группе, к которой принадлежит соответствующее лицо и, следовательно, речь идет об изменении отношения лица к самому себе, то есть, о *самотрищании*. Внутренняя стигматизация может выразиться в чувстве стыда за собственную неполноценность и ущербность; в потере самоуважения и достоинства; в попытках доказать свое превосходство над другими представителями группы и свое от них отличие; в неспособности наладить отношения с представителями той же группы; в страхе дискриминации со стороны других лиц, в том числе необоснованной; в негативном мнении о представителях, не состоящих в подвергнутой стигматизации группе, в чувстве беспомощности; в потере контроля над ситуацией, в убеждении, что собственное мнение и личные интересы не имеют значения и ни на что не влияют. Внутренняя стигматизация ведет к депрессиям, самобичеванию, чувству неполноценности и изоляции. Она подрывает и изматывает силы тех, кто и так уже подавлен болезнью, заставляет их винить себя в ситуации, в которой они оказались.

Связанная с ВИЧ или СПИДом стигматизация является „процессом девальвации“ сероположительных лиц и влечет создание враждебной и угрожающей среды для всего, что с этими людьми связано. Различаем ряд факторов, которые способствуют на уровне общества развитию явления стигматизации в отношении людей, живущих с ВИЧ:

- ВИЧ/СПИД является болезнью, угрожающей жизни, а разговоры о смерти вселяют в людей ужас и являются для них неким табу. Люди избегают говорить о неприятных, вызывающих страх вещах.
- Лица, недостаточно информированные о ВИЧ и действии вируса на организм, ассоциируют эту болезнь с состоянием тяжелой болезни, с ужасающим и чудовищным изменением внешнего вида. Конечно, все что выглядит отвратительным, оказывает отталкивающее действие.
- ВИЧ является инфекцией, а инфекции по определению вызывают опасения, что способствует изоляции больного, с одновременным игнорированием реальных путей передачи ВИЧ.
- Лица с ВИЧ зачастую отождествляются с теми, кто подвергался стигматизации и до эпидемии ВИЧ: гомосексуалами, портебителями наркотиков, проститутками.
- ВИЧ предполагает обсуждение сексуальных отношений, что в обычном порядке является деликатной темой, ассоциирующейся с моральным давлением, страхами, пороками, чувством вины и пр.

В настоящее время уже признано, что каждое общество переживает три фазы ВИЧ-инфекции. Первая состоит в установлении эпидемии ВИЧ, когда вирус незаметно распространяется в обществе. Затем следует СПИД, наступающий тогда, когда ВИЧ становится опасным для жизни. И, наконец, наступает третья фаза эпидемии – стигматизация, коллективная дискриминация, осуждение и отчуждение, что чрезвычайно осложняет преодоление первых двух этапов. Таким образом, эпидемию как бы гонят „с глаз долой“, ее переводят „в подполье“, что, по сути, создает идеальные условия для дальнейшего распространения ВИЧ.

Несправедливое и неоправданное отношение к людям, живущим с ВИЧ, означает их дискриминацию, клеймение в социальном, экономическом и политическом плане.

**Дискриминация** – это стигматизация на этапе практического применения, когда она становится реальным отрицательным действием. Дискриминация происходит тогда, когда отношение к людям становится необъективным, по причине принадлежности к определенной группе, или в силу наличия некоторых личных свойств. Поведение пациента также можно расценить как стиг-



матизирующее, если оно продиктовано убеждением, что все врачи плохо относятся к людям, живущим с ВИЧ, и не знают, как их лечить. Это свойственные стигматизации убеждения, однако, они не влекут дискриминацию. Явление дискриминации становится возможным, когда стигматизация в отношении определенных категорий пациентов исходит от медицинских работников, которые ограничивают людей, живущих с ВИЧ, в их праве на услуги здравоохранения.

Итак, дискриминация происходит тогда, когда человек страдает из-за правил, законов и предубеждений, поскольку является сероположительным или больным СПИДом. В силу данного обстоятельства человек несправедливо теряет статус полноценного члена общества. Различаем несколько форм дискриминации:

**Прямая дискриминация** – означает негативное отношение к кому-либо в силу причастности к „ненормальному” атрибуту (например: сексуальная ориентация, умственный или физический недостаток и пр.). Примером может служить отказ в приеме на работу ВИЧ-положительного лица.

**Косвенная дискриминация** – предполагает диктовку условия или требования таким образом, чтобы меньшая часть лиц данной категории могла им соответствовать, а большая – нет. Примером может служить условие для ВИЧ-инфицированных, которые стремятся получить антиретровирусное лечение, чтобы они не были зависимы от наркотиков (то есть, активные наркоманы получают отказ в предоставлении антиретровирусного лечения).

Чтобы противостоять дискриминации, невежеству и истерии, в нашем обществе должно постепенно сформироваться гуманное и адекватное отношение к различным проблемам людей, инфицированных ВИЧ, свободное от любых проявлений дискриминации и предвзятости. Однако, зачастую, в разговорах вокруг ВИЧ можно наблюдать отход от «политкорректности», что способствует возникновению ошибочных мифов и отношений, которые мешают процессу принятия объективных решений и, в результате, ведут к дискриминации и личным трагедиям.

К сожалению, негативное отношение общества проявляется и в великом множестве форм, в том числе в оскорблениях, обвинениях, нападках, отказе в оказании помощи. Иногда доходит до применения физической силы; так, известны случаи поджога жилья ВИЧ-инфицированных. В США дискриминация ВИЧ-положительных и их семей достигла в 90-х годах угрожающих размеров. Для предупреждения развязывания «охоты на ведьм» до национального уровня, во многих государствах были созданы специальные комиссии по противостоянию дискриминации и были изданы запрещающие данное явление законы, предусматривающие строгие наказания для тех, кто участвовал в дискриминации ВИЧ-положительных людей и их семей. В этой же связи, в 1992 году, для полного устранения условий для дискриминации, в Федеральный закон о лицах с недостатками физического и умственного развития были введены некоторые изменения, в соответствии с которыми людям, живущим с ВИЧ, присваивался статус инвалидов, что позволило признать их полноценными гражданами США, со всеми вытекающими из данного определения последствиями.

Общество способствует сохранению стигматизации и дискриминации большей частью из чувства опасения, невежества и, в определенной степени, в силу того, что проще выдвинуть обвинение против тех, кто сам же и пострадал. Освещение ВИЧ-инфекции в прессе и на телевидении как «болезни наркоманов», «болезни нигеров», «американской болезни» или «чумой гомосексуалов» является сильной поддержкой для явления стигматизации и дискриминации и только способствует упрочению уже сформированных стереотипов. Заметим, что в общем и целом связанная с ВИЧ стигматизация еще больше обостряет существующее социальное неравенство. Последнее включает: гендерное неравенство, расовое и этническое неравенство, неадекватное отношение к проституции и пр. Расизм и ксенофобия проявляются не только в отношении предполагаемых «источников» ВИЧ, но и в стигматизации и дискриминации, которые возникли одновременно с этой инфекцией. Уже с первых лет распространения эпидемии во многих публичных дискуссиях о ВИЧ были озвучены чудовищные расистские идеи о «сексуальной необузданности африканцев».

Навешивание ярлыков на ВИЧ-сероположительных людей с использованием унижающей и оскорбительной для человека лексики, а также ругательств, издевательств и упреков является весьма распространенным явлением во всем мире. В Танзании, например, ВИЧ-инфицированный на прогрессивной стадии именуется «*maiti inayotemba*» что означает «ходячий труп».

## Последствия стигматизации и дискриминации лиц, живущих с ВИЧ

Качество жизни лиц, живущих с ВИЧ, сильно страдает в результате явлений стигматизации и дискриминации, по-разному проявляющимся как на социальном уровне, так и в рамках медицинских учреждений.

### Социальная изоляция и исключение

Изоляция лиц, живущими с ВИЧ и СПИДом, часто встречается в домашних условиях, в культовых учреждениях, на рабочем месте, в школах и больницах. В домашних условиях, стигматизация выражается в раздельном использовании предметов повседневного быта, посуды, одежды, постельного белья, словом, все делается для того, чтобы ВИЧ-положительные ели и спали в изоляции. Ряд исследований показывает, что люди избегают находиться рядом с ВИЧ-положительным лицом, или склонны ретироваться от него подальше, в том случае, если оказываются рядом. В местах общественного питания, где используется общая посуда, сероположительные лица могут получить публичный отказ в обслуживании. Некоторые действия по исключению могут быть скрытыми, но понятными для всех вокруг и, в частности, для сероположительных лиц. В повседневной жизни они зачастую замечают, что численность друзей тает, что соседи и родственники избегают посещать их, одалживать некоторые предметы повседневного быта или продукты питания (дело обычное в небогатых сообществах), что они уже не ко двору на важных семейных или коммуни-тарных событиях, таких как праздники, свадьбы и пр. Присутствие ВИЧ-положительного лица на семейном торжестве способно изменить традиционный ритуал вкушать сообща из общего блюда, в связи с чем тут же появляется одноразовая посуда.

Одной из самых болезненных последствий стигматизации лиц, живущих с ВИЧ, является резкое снижение возможностей обеспечения себя источниками доходов. Многие сероположительные люди, устроившись на работу, в одночасье оказываются уволенными, как только выясняется их статус ВИЧ, а те из них, кто работает в торговле, отмечают резкий спад количества клиентов. Проведенное в Эфиопии исследование показало, что ВИЧ-положительные работники почти всегда оказываются уволенными, даже если в их обязанности входила работа по дому.

К несчастью, стигматизация и дискриминация лишают ВИЧ-положительных людей поддержки и помощи именно в тот момент, когда они больше всего в этом нуждаются. Качество предоставляемого членами семьи ухода зачастую незначительно, бездушно, а иногда вообще дело обходится без ненужных сантиментов. Грустно, но семьи отталкивают своих детей, а дети отказываются от родителей, мужья не замечают жен и наоборот. Одиноким и изолированным, такие люди перестают заботиться о себе или не получают доступа к медицинским услугам, вследствие чего продолжительность их жизни существенно сокращается.

ВИЧ-положительные люди нуждаются в искренней симпатии, понимании и заботе. Поскольку через бытовые контакты ВИЧ не передается, становится возможным прикоснуться к сероположительным пациентам, проявить заботу о них. Требуется элементарная помощь: выслушать и попытаться понять их состояние. Это значительно облегчит существование лиц, живущих с ВИЧ. Преодоление разделяемых общественностью сомнений и страхов относительно ВИЧ, с нейтрализацией глубоко укоренившегося стремления осуждать людей с этой инфекцией, имеет кардинальное значение для преодоления стигматизации, связанной с вирусом иммунодефицита человека.

### Неудачи в предупреждении распространения ВИЧ

Боязнь раскрыть реальный статус ВИЧ-положительного лица сильно влияет на эффективность профилактических мер, на лечение и программы ухода за лицами, живущими с ВИЧ и СПИДом. Результаты проведенных исследований доказывают, что некоторые лица избегают тестирования на ВИЧ, поскольку боятся положительного результата, который воспринимается в прямой связи со стигматизацией и социальными последствиями. Это обескураживает их настолько, что они и не хотят знать правду. Часто люди соглашаются на тестирование, но не приходят за результатами из боязни, что их кто-то вдруг увидит в клинике, которая тестирует на наличие ВИЧ и это приведет

к определенным подозрениям. Таким образом, данным лицам ничего не известно о неоспоримой пользе медицинских, социальных, психологических услуг, которые могут существенно продлить их жизнь. Более того, некоторые из уже инфицированных лиц продолжают заниматься незащищенным сексом, полагая, что изменение собственного поведения может натолкнуть кого-то на мысль, что у них есть ВИЧ, а раскрытие правды может подвести их под физическую расправу и повлечь исключение отовсюду.

Во всех четырех странах, в которых проводилось исследование, о котором мы говорили выше, сероположительные лица отмечали сложность момента раскрытия их фактического статуса ВИЧ. Среди опрошенных лиц, живущих с ВИЧ, у которых есть партнер или муж/жена, средний период времени, понадобившийся для того, чтобы сказать правду о своем статусе ВИЧ, составил около 3 лет (два года и 11 месяцев). Конечно, запоздалое признание может повлечь серьезные последствия для предупреждения передачи вируса. Одна женщина, узнав о том, что она сероположительна, продолжала поддерживать сексуальные отношения со своим мужем, не пользуясь презервативами и родила ребенка, не предприняв при этом никаких профилактических мер, чтобы избежать передачи вируса новорожденному. Причиной явилась боязнь социальных последствий в связи с ВИЧ/СПИДом и стигматизацией.

Несмотря на общепринятое мнение, что предупреждение ВИЧ должно рассматриваться в качестве составной части широкого спектра медицинских и социальных услуг, многие сообщества, в том числе церкви, предприятия, тюрьмы и школы, упорно сопротивляются открытым и искренним дискуссиям на тему ВИЧ.

## Недостаточный уход и неудачное лечение

Лица, живущие с ВИЧ, не желают обращаться за лечением или запаздывают с посещением врача по причине реальной или воспринятой дискриминации. Проведенное в США исследование среди ВИЧ-положительных взрослых установило, что 36% респондентов сослались на дискриминацию со стороны медицинских работников, в том числе 8% из них было отказано в предоставлении медицинских услуг. Некоторые сероположительные лица не пользуются адекватными источниками поддержки, поскольку боятся раскрытия своего секрета, а самих себя считают недостойными получить поддержку.

Вследствие необоснованных опасений, боязни морального осуждения, стигматизация может привести к игнорированию ВИЧ-положительных лиц, которые нуждаются в уходе. Когда член семьи заболевает любой другой хворью, семья готова предпринять что угодно, чтобы помочь больному человеку. К сожалению, зачастую ситуация диаметрально противоположна в случае с лицами, живущими с ВИЧ.

Бедность и ограниченность средств только усугубляют недостаточность ухода за этой категорией пациентов. Медицинская сестра из Эфиопии пояснила: *«В отделениях нет перчаток, так что же вы ждете, что медицинская сестра пойдет к пациенту с ВИЧ/СПИДом? По этой же причине вы можете найти пациента с диареей, которому много часов подряд не меняли утку под ним».*

Опыт социального отторжения, осуждения и дискриминации в связи с ВИЧ может снизить мотивацию ВИЧ-положительных лиц оставаться здоровыми. Проведенное среди ВИЧ-положительных мужчин и женщин исследование установило, что те пациенты, которые подверглись стигматизации, чаще бросают лечение и игнорируют предписания медиков.

## Нарушение прав человека

Права человека являются неотъемлемым элементом человеческого существования и применимы ко всем членам общества. Свобода от дискриминации является фундаментальным правом человека, которое основывается на вечных и универсальных принципах естественного права. Существует прямая связь между правами человека и проблемой ВИЧ, и она бы не существовала, если бы ВИЧ-инфицированные не стремились жить как обычно, работать, учиться, любить; не быть обязанными тестироваться на ВИЧ без их согласия; имели свободный доступ к лечению, в котором нуждаются.

В связи с эпидемией ВИЧ нарушение прав человека зачастую пытаются оправдать, взывая к „общественному здравоохранению“, „защите общественной морали“, „борьбе с социальными не-

дугами” и пр. Однако опыт показывает, что нарушение прав некоторых конкретных лиц ведет в итоге к полной потере доверия общества в целом к тем, кто „стоит на страже” их здоровья. Уже в самом начале эпидемии стало ясно, что невозможно реализовать действия по контролю и предупреждению ВИЧ в условиях нарушения фундаментальных прав человека. Таким образом, разграничение людей ведет к предвзятому и некорректному отношению к некоторым лицам, из-за того, что их подозревают в принадлежности к определенной группе, или же, что они в действительности являются членами данной группы. Как правило, права лиц, которые инфицированы ВИЧ (или находятся на подозрении), нарушаются различными способами:

- Отбор и изоляция в школах и больницах являются зачастую грубыми и унижительными. Случаи унижения отмечаются часто в тюрьмах, когда заключенные содержатся в изоляции, а самые элементарные потребности, в том числе доступ к медицинским услугам, не удовлетворяются.
- Отказ в трудоустройстве. Летчик Южно-Африканской авиакомпании был уволен в связи с ВИЧ-положительным статусом. После обжалования в суде, это действие было расценено как дискриминация и нарушение прав.
- Отказ в бракосочетании. К примеру, Высшая судебная палата Индии вынесла решение, что лица, живущие с ВИЧ, не имеют права бракосочетаться и создавать семью.
- Требуется обязательное тестирование на ВИЧ лицам, которые возвращаются на родину. Некоторым лицам было отказано в праве вернуться на родину, когда возникло подозрение, что они инфицированы ВИЧ. Некоторым было отказано в предоставлении визы или вида на жительство.
- Получают отказ и изгоняются из собственных сообществ. В странах Центральной и Южной Африки женщины с сероположительным диагнозом сразу же изгоняются из своих семей в родные села.
- Могут быть убиты из-за своей принадлежности к категории ВИЧ-положительных лиц. В декабре 1999 года, в городке под Дурбаном, Южно-Африканская республика, Гуг Дламини, девушка-волонтер, которая работала в одном из местных сообществ, была забита камнями насмерть своими соседями, после того как, по случаю Всемирного дня СПИДа, открыто признала свой ВИЧ-положительный статус.

Принцип недискриминации занимает центральное место в теории и практике прав человека. Фундаментальные международные законы запрещают дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, полу, языку, религии, политики или других убеждений, национальной или социальной принадлежности, собственности или по любым другим причинам.

В Декларации по Обязательству, принятой на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 года, был достигнут всемирный консенсус о важности преодоления стигматизации и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом. Комиссия ООН по правам человека повторно подтвердила, что дискриминация против лиц с ВИЧ (или с подозрением на ВИЧ) запрещается в соответствии со всеми действующими нормами в сфере прав человека.

Конституция Республики Молдова (ст.36) гарантирует каждому гражданину право на равный доступ к здравоохранению, независимо от статуса ВИЧ. Не допускается отказ в госпитализации, приеме, доступе к медицинским услугам лицам с ВИЧ-положительным статусом в публичных, ведомственных и частных медико-санитарных и санаторно-курортных учреждениях, а также требование от них дополнительной платы за оказание соответствующих услуг (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-XVI от 16.02.2007 года, ст.25*).

### **Двойные стандарты в отношении ВИЧ-сероположительных женщин**

Многочисленные исследования установили, что связанную с ВИЧ стигматизацию женщины переносят куда сложнее, чем мужчины. Почему? Традиционно женщина выступает как хранительница моральных ценностей общества. Считается, что статус „ВИЧ-положительный” является доказательством того, что этим женщинам не удалось соблюсти именно моральные требования. Таким образом, исходя из сохраняющихся издавна гендерных традиций, вину в связи с передачей венерических заболеваний или ВИЧ несут исключительно женщины и это несмотря на то, что они сами и их мужья, в первую очередь, страдают от данного заболевания. Это обстоятельство по-

влияло на то, как именно семьи и сообщества реагируют на подтверждение сероположительного диагноза женщинам.

Двойной фундаментальный стандарт действует и в случае, когда для мужчин допустимо поддаться безрассудству и авантюризму, что чревато большой вероятностью инфицирования венерической инфекцией, в том числе ВИЧ. Напротив, женщины должны хранить верность и вести себя благопристойно. Результаты исследований в Танзании свидетельствуют, что ВИЧ-положительные мужчины получают прощение за нарушение сексуальных норм, в то время как за то же самое женщин можно обвинить и заклеймить. Советник по вопросам ВИЧ из Вьетнама отмечал: *“Молодой человек имеет право на приключение, даже если после этого он заражается ВИЧ. Это нормальное явление в обществе. Но если у девушки обнаружена та же инфекция, никто к ней приближаться не желает, потому что проблема состоит в ее поведении и морали. Той же терпимости к женщине, что и к мужчине, быть не может”*.

Сплетня определяется как одна из самых значительных форм стигматизации, в частности, в отношении женщин. ВИЧ-сероположительная женщина из Эфиопии отмечала: *“В нашем селе я единственная женщина с подозрением на вирус. Хотя известно, что многие мужчины являются ВИЧ-положительными, никто не заинтересован говорить о них. Сплетня достойна только моя персона”*.

## Современные подходы к снижению стигматизации и дискриминации ВИЧ-сероположительных лиц

Стигматизация и дискриминация в связи с инфекцией ВИЧ подрывают способность общества принять конструктивные меры в ответ на разрушительные последствия эпидемии. Несмотря на катастрофическое положение дел, ситуация в обществе замалчивается, а практические меры принимаются слишком вяло по причине стигматизации и отрицания и, в конце концов, из-за человеческой боязни говорить правду. Уже в 1999 году, в африканских странах, на юге Сахары, около 860.000 детей потеряли своих преподавателей из-за СПИДа, а в Замбии количество смертных случаев по причине СПИДа среди преподавателей почти равно количеству преподавателей, которые ежегодно получают дипломы о высшем образовании. Подобное же положение дел применимо и к другим категориям государственных служащих. Это бедствие требует решительных действий, в том числе популяризации знаний с целью снижения стигматизации и дискриминации, а также разработки механизмов и стратегий помощи пострадавшим от ВИЧ сообществам и местным социальным работникам в идентификации и решении проблемы стигматизации. Невозможно утверждать, что те или иные меры способны искоренить стигматизацию. Тем не менее, есть возможности, уже доказавшие свою эффективность.

### Формирование знаний

Обучение порой делает то, на что не способно ни одно законодательство: люди должны получить возможность переоценить свои сомнения и опасения. Важно, чтобы они усвоили знания не только о путях передачи вируса, но и о способе передачи этого вируса, о правах ВИЧ-инфицированных, о группах повышенного риска инфицирования, о стигматизации и о дискриминации сероположительных пациентов.

Наличие мнений типа: *„Все понимаю, но не верю, что ВИЧ действительно не может быть передан случайно”*, указывает на то, что преодоление сомнений и опасений является ключевым элементом любой рабочей программы, направленной на ограничение стигматизации в связи с инфекцией ВИЧ. То, что стигматизация сохраняется, объясняется именно этой боязнью, вопреки многолетнему информированию населения о ВИЧ и о путях передачи инфекции. Это указывает на то, что программы должны быть сосредоточены как на содержании информации о ВИЧ, так и на стиле и способах подачи этой информации.

При любой возможности следует стимулировать людей, живущих с ВИЧ, рассказать всему миру о своем положении. В настоящее время есть группы сероположительных людей, которые

открыты для диалога с общественностью, готовы поделиться своими чувствами и своей болью. Пострадавшие от инфекции люди получают знания и навыки, которые позволяют им преодолеть внутреннюю стигматизацию и противостоять общепринятым заблуждениям и дискриминации, защищать свои права, непосредственно участвуя в процессе принятия решений, которые имеют отношение к их ситуации и состоянию здоровья, представлять свои интересы в различных структурах гражданского общества и государства. В результате преодолевается существующее неравенство и дискриминация.

### **Выражение сострадания и терпимости**

Это один из самых эффективных способов ослабления стигматизации и дискриминации. Сопричастность означает понимание и симпатию к обездоленным. Любая мировая религия призывает верующих возлюбить ближнего своего и протянуть руку помощи страждущим. В случае лиц, живущих с ВИЧ, это означает преодоление у окружающих боязни заразиться и отказ от следования стереотипам, терпимость к заболевшим. Также, важно понимание, что эти люди ждут от нас любви, заботы и поддержки. Терпимость означает согласие дарить тепло людям, с которыми в обычной ситуации ты чувствуешь себя дискомфортно, поскольку они другие или воспринимаются как угроза. Понимание положения, в котором оказались другие люди, и симпатизация этим людям являются частью того, что мы называем терпимостью. Выражая сочувствие лицам, живущим с ВИЧ, мы ослабляем не только стигматизацию, но и воздействие ВИЧ и СПИДа, поскольку создаем благоприятные условия для предупреждения инфекции и для ухода за нуждающимися. Единственным способом добиться прогресса в борьбе с эпидемией является отказ от осуждения в пользу поддержки, смена страха на чувство надежды.

### **Интегрирование ВИЧ-инфицированных в общественную жизнь**

Существующие между людьми различия носят чисто личностный характер и иногда имеют важнейшее значение, а иногда – нет. Например, при выборе спутницы жизни или супруга форма носа или рост избранника могут иметь значение, тогда как при устройстве на работу именно эти качества никакой роли не играют, потому что трудоустройство основано на других принципах отбора: на профессионализме и конституционных гарантиях. Лицо с другим цветом кожи или инфицированное цитомегаловирусом, вирусом гепатита В или ВИЧ остается тем же, что и раньше, членом сообщества, гражданином своей страны. К сожалению, в условиях стигматизации, эти различия приобретают куда большее значение, чем принадлежность к сообществу или гражданству, что на самом деле является абсолютно ошибочным мнением.

Изоляция, отчужденность, отстранение от обязанностей и от ответственности перед семьей и сообществом оказывают существенное влияние на духовное состояние ВИЧ-положительных лиц, зачастую вызывая депрессию, заниженную самооценку и отчаяние. Это проявление стигматизации исходит как из предположения, что ВИЧ был получен в результате неподобающего поведения, так и из убеждения, что ВИЧ означает инвалидность и немедленную смерть. Как отметил мужчина из Танзании: *„Когда видишь ВИЧ-инфицированного, видишь мертвого человека“*.

Включение сероположительных людей в социальную деятельность придает им ощущение собственной значимости и необходимости для общества, что может стать ключом к успеху в нашем стремлении вернуть этим людям желание жить и бороться с инфекцией. Непосредственное участие данных лиц в профилактических мероприятиях может способствовать существенному снижению количества случаев стигматизации и дискриминации. Почувствовав на собственном опыте все проявления стигматизации, они уже обладают необходимыми знаниями для разработки и внедрения адекватных мероприятий по преодолению стигматизации. В частности, эти лица могут помочь преодолеть страхи относительно случайной передачи ВИЧ, разъяснить, что ВИЧ не означает непременно инвалидность и немедленную смерть, а также развеять миф о том, что лица, живущие с ВИЧ, чем-то отличаются от других членов общества.

Является некорректным и подчеркнуто заботливое отношение к ВИЧ-положительным лицам, которые якобы нуждаются в помощи и поддержке во всем, что собираются делать. Такое отношение может создать об этих людях нелестное впечатление определенной зависимости, неспособности принять решение или сделать что-либо самостоятельно, то есть, недооценка может их унижить.

Для многих сероположительных лиц способность бороться против стигматизации в связи с ВИЧ и СПИДом, активно участвовать в социальной жизни, не что иное, как возможность самоуверждения.

#### **Практические советы по отказу от стереотипов и стигматизации в обществе:**

- Обращайте внимание на каждого индивидуума в отдельности как на личность. Каждый из нас заслуживает того, чтобы считаться уникальным человеческим существом, которое достойно уважения.
- Определите момент, когда вы прибегаете к стереотипам и предубеждениям, и дайте себе отчет в том, насколько пагубно они отражаются на ваших взаимоотношениях с другими людьми, в частности, с лицами, живущими с ВИЧ.
- Признайте, что все мы являемся одновременно членами разных групп и что ни одна из этих групп, в действительности, не способна вместить все то, что на самом деле составляет нашу сущность.
- Научитесь смотреть на вещи и с точки зрения других людей, научитесь понимать, что чувствуют люди, подвергшиеся стигматизации.
- Осознайте то обстоятельство, что между вами и вашими пациентами существуют определенные различия, которые блокируют установление открытых отношений и эффективного общения. Постарайтесь преодолеть эти различия.
- Проявите стремление узнать побольше о лицах, которых вы считаете отличными от нас, и постарайтесь преодолеть возникающие в этой связи стереотипы.
- Научитесь ссылаться на уровень образованности, возраст или этническую и религиозную принадлежность, сексуальную и политическую ориентацию только если этого требует развитие диалога. Откажитесь от слухов, пресекайте попытки их распространения.
- Выберите для себя нейтральное отношение при использовании информации о ваших пациентах, отбросьте так называемую сенсационность, основанную на стереотипах и предубеждении.
- Не начинайте обогащать ваш личный опыт информацией из прессы о некоторых группах лиц, поскольку данная информация не может быть релевантной и искажает правильное восприятие действительности.
- Все пациенты заслуживают вашего внимания в равной степени.
- В число ваших источников информации следует включить и сероположительных людей, чтобы иметь более реальные представления о проблемах этой категории пациентов.

# ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ МЕДИКОМ И ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ

*„Тайным и чудесным образом, тронутое СПИДом дитя становится ребенком мира; мужчина или женщина, умирающие от СПИДа, являют лик смерти нашей собственной сущности“.*

(Джонатан Манн, ВОЗ)

## Автономия и достоинство ВИЧ-инфицированных лиц с позиций общественного здравоохранения

Отношения врача и пациента всегда считались чем-то особенным и в каждом отдельном случае в них присутствовал и элемент личностного восприятия. Пределы этих отношений пытались определить еще во времена Гиппократа, а может быть и раньше (медики в Древней Индии и Древнем Египте). Подобно жемчужине, эти отношения столетиями наслаивались на твердое ядро, которое состоит из высшей ценности – жизни и здоровья пациента, блага последнего.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, важной функцией системы здравоохранения является ее соответствие ожиданиям и потребностям населения, которые должны быть удовлетворены исходя из принципа справедливости и равноправия, из содержания универсальных прав человека на жизнь и здоровье. Достижение универсального доступа к медико-санитарным услугам является в большинстве стран важнейшей этической, политической и социальной проблемой начала XXI века. Равный доступ к определенному объему качественных медицинских услуг, подтвержденный реальными механизмами их внедрения гарантируется фундаментальными правами граждан в рамках системы услуг здравоохранения. Эти права разделены на две категории: *индивидуальные* и *социальные права*.

*Социальные права* гарантируют каждому гражданину доступ к медицинской помощи и определены, в значительной степени, обязательствами государства и других общественных организаций по обеспечению предоставления обоснованного объема услуг здравоохранения для всего населения. Соблюдение социальных прав включает в обязательном порядке гарантию доступа, равенства, качества, последовательности медицинского обслуживания для каждого гражданина. Как правило, эти права гарантированы Конституцией и регулируются законами, юридическими и нормативными документами национального уровня, а их реализация определена, в большей степени, политическими, социальными и экономическими факторами.

Законодательство определяет ответственность государства в части защиты здоровья, благосостояния и безопасности граждан. Общественное здравоохранение возложило на себя ответственность за общее состояние здоровья населения и использует с максимальной эффективностью воз-



возможности сообщества и граждан по реализации универсальных медицинских целей. Одновременно, развитие системы здравоохранения, достижения медицинских технологий, то обстоятельство, что медицинская практика сопряжена с возросшими рисками, выявили значимость признания индивидуального права на самоопределение и зачастую необходимость узаконить дополнительные гарантии соблюдения индивидуальных прав пациентов.

*Индивидуальные права* носят личностный характер, предполагая соблюдение человеческого достоинства и неприкосновенность личной жизни, доступ к информации о состоянии собственного здоровья, соблюдение и гарантирование конфиденциальности, информированное согласие пациента и его право на выбор альтернативного лечения. Реализация индивидуальных прав пациентов зависит, в значительной степени, от моральных ценностей общества, от духовных устоев и этических принципов системы здравоохранения.

Конфликт между интересами и правами сообщества и индивидуума являются зачастую предметом этических споров относительно концепта *„самых существенных выгод для наибольшего количества лиц“*, который способен затронуть законные права индивидуумов. Признанные законными аспекты общественного здравоохранения имеют жизненно важное значение для функционирования санитарной системы, одновременно, они становятся более комплексными и неоднозначными с точки зрения этики и морали. Равновесие между индивидуальными правами и правами сообщества очень шаткое и поэтому требует постоянного надзора.

Законы общественного здравоохранения относятся ко всем аспектам жизни индивидуума и сообщества, в том числе, к защите индивидуума от различного рода злоупотреблений. Одновременно, претворение в жизнь законов общественного здравоохранения может повлечь нарушение прав индивидуума через насильственное внедрение санитарных норм, а также гражданских прав, например, через обязательность тестирования всех работников на ВИЧ или запрещение сероположительным лицам совершать путешествия за пределы страны.

ВИЧ-инфекция является заболеванием, которое создает совокупность людей уязвимых, как с точки зрения общества, в целом, так и системы здравоохранения, в частности. Концептуальный подход к отношениям медика и ВИЧ-положительного пациента должен исходить из предпосылки автономии личности, основанной на естественном праве на жизнь, на физической целостности и здоровье и соотноситься с защитой прав пациента. Этические дилеммы возникают в ситуациях, когда медик поставлен перед выбором двух альтернативных вариантов, в равной степени желательных или нежелательных. Далее будут проанализированы этические проблемы, которые возникают при ВИЧ-контроле в рамках системы общественного здравоохранения.

Итак, с одной стороны, традиционная медицинская этика основывается на отношениях медика и пациента и на сохранении человеческой автономии и достоинства, то есть на глубоко индивидуальных началах. С другой стороны, этика общественного здравоохранения исходит из задачи защиты и продвижения здоровья в рамках сообществ. Центральная этическая проблема относительно ВИЧ-контроля состоит в уравнивании прав пациента и защиты общественного здравоохранения. Разного рода вмешательства, в виде учета и мониторинга, ограничивают свободы индивидуума. Если здоровье обусловлено, главным образом, социальными условиями, то роль вмешательства органов здравоохранения становится особо значимой. Следовательно, если это вмешательство абсолютно необходимо для защиты общественного здравоохранения, то неизбежно, что те, кто принимает решения, тщательно взвешивают как права индивидуума, так и общественное благо.

В этом смысле, этические дилеммы преследуют две специальные цели:

❶ Предоставление поименных списков по новым случаям заболевания органу общественного здравоохранения, что ставит на весы требование конфиденциальности отношений медик-пациент и необходимость получить точную информацию о заболеваемости и преваляции инфекционного заболевания.

Если тест на состояние инфицирования зависит от обстоятельств, при которых, во имя общественного здоровья, оправдывается нарушение физической целостности лица, отчетность по данным случаям требует учитывать соотношение между общественным благом и правом на интимность, конфиденциальность.

Государство, в определенных ситуациях, имеет право требовать от медиков и медицинских учреждений поименные списки пациентов с указанием заболевания. Эти требования нарушают конфиденциальность, которая является основой отношений между медиком и пациентом. Те, кто ратовал примерно три десятилетия тому назад в пользу необходимости составления поименных списков лиц с инфекционными заболеваниями, приводили в качестве аргумента целесообразность создания реальной картины заболеваемости, преваляирования данных заболеваний и участия государства в защите этих идентификационных данных. Одновременно, противники номинальной отчетности сослались в процессе обсуждения на неприязненное отношение общества к лицам, живущими с ВИЧ, а также на наличие некоторых брешей в системе, которые не исключают возможность утечки информации с тяжелыми последствиями для инфицированных лиц, в том числе, потерей рабочего места, стигматизацией и дискриминацией. В этих условиях, возможно, что некоторые лица могут отказаться от тестирования, из боязни положительного результата и утечки данной информации из учреждения общественного здравоохранения.

❷ Необходимость обследования контактных лиц и обязанность предупредить и защитить их, наряду с желанием пациентов сохранить свою частную информацию, соединяется с обязанностью ответственных лиц системы здравоохранения защитить от инфекции других людей в ситуации риска.

Контроль над контактными лицами выполняет две функции: выявление новых случаев и прерывание цепи передачи инфекции. В этом контексте, раскрытие личности серопозитивного лица вызывает опасность для данного лица подвергнуться риску стигматизации и маргинализации. Эти проблемы можно предупредить через информирование о специфике передачи ВИЧ и о мерах по предупреждению инфекции. Сохранение и гарантирование анонимности стимулирует индивидуумов раскрыть имена своих сексуальных партнеров. В этом случае, контроль над контактными лицами является добровольным и основывается на правиле конфиденциальности. Если пациенты выражают намерение не называть имен своих сексуальных партнеров, медицинская бригада должна решать дилемму: долг сохранять конфиденциальность или обязанность защищать сексуальных партнеров. В данной ситуации создается напряженность на стыке права на физическую целостность и необходимости идентифицировать инфицированных, чтобы предупредить дальнейшее распространение заболевания.

Оказание помощи лицам, живущими с ВИЧ, является скорее концептом, чем «специальностью». Помощь должна быть направлена приоритетно на поддержку пациента, на облегчение человеческого страдания, на восприятие инфицированного как целостной и уникальной личности. Так, применение интегральной медицины состоит в том, что заболевший не рассматривается через призму отдельного случая заболевания, а как больной человек. Это позволяет более подробно рассмотреть причины заболевания, условия, при которых оно состоялось, и возможные последствия социального и психологического свойства. Полнота обслуживания способствует лучшему пониманию потребностей и устремлений пациента, его социального положения в рамках семьи или в профессиональной среде. Таким образом, создаются благоприятные условия для перехода к лечению, нацеленному на болезнь, в результате чего достигается поддержание психологических и функциональных способностей пациента.

Центральная характеристика общественной деятельности в этом контексте состоит в прямом участии в персональных и семейных проблемах больного, в оценке его материальных потребностей, эмоционального состояния и в обеспечении оптимального восстановления в социальном плане. Необходимо определить как тип социальных проблем, с которыми сталкивается больной, так и возможности для самых оптимальных решений, способных улучшить процесс ухода за больным. В случае СПИДа, существенная роль отводится положительному восприятию больным необходимости пройти долгосрочный курс лечения с его социально-профессиональной интеграцией в перспективе.

## Конфиденциальность информации о лицах, живущих с ВИЧ

Понятие „врачебная тайна” возникло в древности и используется медициной примерно 2500 лет. Клятва Гиппократов отражает суть врачебной тайны: *„Все, что увижу и услышу во время профессиональной деятельности или вне ее, в связи с жизнью людей, – то есть, вещи, которые открыто не обсуждаются, – я разглашать не стану, поскольку все это надо держать в тайне”*.

Это понятие органически связано с категориями „доверия” и „профессионального долга”. Профессиональный долг обязывает медицинского работника считать благо своего пациента как приоритетную цель в процессе выполнения служебных обязанностей. Сохранение врачебной тайны становится этико-моральным ответом медицинского работника, эквивалентным доверию пациента, и своеобразной формой оплаты за это доверие. Врачебная тайна, наряду с правом пациента на автономию, составляет новую категорию – конфиденциальности, которая в современной медицинской практике породила немало этических дилемм.

*Конфиденциальность, или профессиональный секрет, является обязательством профессионалов сохранять информационные секреты о лицах, при том, что данная информация получена в процессе профессиональной деятельности. Эта информация (в том числе, относящаяся к состоянию здоровья или к социальному положению) не может быть разглашена другому лицу, разве что с согласия получателя/клиента или, если идет речь о детях, с согласия их законных опекунов.*

Согласно действующему законодательству, конфиденциальность может быть нарушена в том случае, если информация запрашивается на основании решения суда или когда находится в реальной опасности жизнь отдельного человека или самого пациента. Сохранение конфиденциальности может быть нарушено в случае, если медики-специалисты сообщают друг другу диагностику ВИЧ-инфицирования их общего пациента. Однако любой медицинский работник, который узнает подобные данные о пациенте, связан профессиональным обязательством не разглашать данную информацию, кроме как с безусловного согласия обследуемого лица, независимо от того, идет ли речь о клиническом или параклиническом исследовании.

Каковы бы ни были мотивы разглашения информации, предположительно являющейся конфиденциальной, это чревато для пациента рядом проблем психологического и социального свойства. Поэтому, долг медика заключается в сглаживании психических потрясений пациента, вызванных нарушением конфиденциальности, о чем говорится и в главе VI Деонтологического кодекса медицинского работника и фармацевта Республики Молдова: *„Разглашение частной информации в упомянутых исключительных случаях должно предприниматься осторожно, не причиняя морального вреда пациенту, с максимальным уважением к его достоинству”*.

Законы многих стран, в том числе Республики Молдова, гарантируют ВИЧ-положительным лицам право на конфиденциальность, а это означает, что медицинский персонал и другие лица, которые, в силу служебных обязанностей, располагают информацией о ВИЧ-положительном лице (идентификационные данные, диагностика, социальное положение и пр.), обязаны хранить эти сведения в тайне. За ее разглашение они подлежат привлечению к административной ответственности в соответствии с действующим законодательством (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-XVI от 16.02.2007 года, ст. 14 и Кодекс Парламента Республики Молдова от 24 октября 2008 года №218-XVI «О правонарушениях», ст. 75*).

Однако, в обществе, пока неспособном обеспечить уважение и равные шансы для всех своих членов, сероположительные лица зачастую подвергаются стигматизации и дискриминации, даже если есть законы, которые защищают их права. В этой связи, очевидна необходимость строгого соблюдения конфиденциальности следующей персональной информации: диагностика ВИЧ-инфекции, проведение теста на ВИЧ, вступление во множественные половые контакты (несколько партнеров, коммерческий секс, потребление наркотиков), вступление в связь с ВИЧ-инфицированным лицом (с партнером, членом семьи). Так, профессиональный секрет в сфере здравоохранения распространяется на все то, что медик, в процессе исполнения профессиональных обязанностей, прямо или косвенно узнал из интимной жизни обследуемого.

Морально-этический подтекст права на конфиденциальность заключается, прежде всего, в необходимости соблюдения автономии лица. Различаем ряд существенных факторов, которые определяют значение конфиденциальности в сфере здравоохранения:

- 1 *Защита интимности и конфиденциальности* – фундаментальных ценностей каждого индивидуума. У каждого человека свой внутренний мир, который включает чувства, эмоции и воспоминания, индивидуальные соматические, психические и социальные особенности. Эта часть внутреннего мира открыта узкому кругу близких людей, а в процессе лечения медицинский работник узнает, в интересах установления диагностики, некоторые интимные подробности. Гарантия, которую должен обеспечить медик, – сохранение конфиденциальности, побуждает пациента открыться, не опасаясь, что интимные вещи станут общеизвестными и он подвергнется унижению.
- 2 *Равновесие между профессиональным сознанием и доверием пациента.* Пациент должен верить, что любое действие медика продиктовано целесообразностью его лечения. Это обеспечивает искренность и, соответственно, повышает шансы на эффективность медицинского вмешательства.
- 3 *Реализация права на автономию* – обеспечивает эффективный контроль над ключевыми моментами жизни. Человек проникнется собственной значимостью, ответственностью и самодостаточностью, только если будет способен контролировать события собственной жизни. Это условие индивидуальной свободы, минимальной зависимости от внешних сил, которые стремятся им манипулировать. Разглашение конфиденциальной медицинской информации заставляет пациента чувствовать себя более уязвимым и зависимым.
- 4 *Обеспечение имиджа и популярности медика в обществе.* Любое лицо имеет право и возможность выбрать себе врача и медицинское учреждение. Конечно, в условиях конкуренции предпочтение будет отдано медику, который, помимо профессиональных качеств, отличается адекватной нравственностью.
- 5 *Защита социального статуса пациентов.* Социальная интеграция находится в тесной взаимосвязи с конфиденциальностью. Публичное разглашение определенной информации о пациенте (к примеру, о статусе ВИЧ-положительного лица, умственных патологиях, раке, генетических дефектах, сексуальных расстройствах и пр.) угрожает его социальному статусу, карьере, отношениям с окружающими и пр., что может иметь серьезные последствия и для его финансового благополучия, например, в результате потери службы или клиентов. Таким образом, лица, живущие с ВИЧ, имеют полное право требовать от медицинских работников соблюдения врачебной тайны относительно позитивных результатов тестирования, чтобы иметь возможность жить дальше, не подвергаясь угрозе стигматизации и социального исключения.

Сохранение конфиденциальности предполагает больше, чем воздержание от намеренного распространения информации в письменном или устном виде. Считаются нарушениями права на конфиденциальность не только те ситуации, при которых медик активно, по собственному желанию, разгласил информацию, но и те, когда медицинский работник, пассивным образом, по халатности или неосторожности, позволил состояться передаче данной информации третьим лицам. Например, медик может быть обвинен в халатности за несохранение конфиденциальности информации пациента, если оказалось несложным делом извлечь данную информацию из личного компьютера медика третьим лицом. Итак, одной из обязанностей медика, вытекающей из принципа конфиденциальности, является обеспечение неприкосновенности данных о клиенте, независимо от способа их накопления и хранения.

Сохранение конфиденциальности медицинской информации является формой уважения, которого заслуживает каждый человек, без дискриминационных исключений. Медик не имеет права вторгаться в интимную жизнь обследуемого, находящегося в возбужденном состоянии, вызванном совокупностью личных проблем, связанных с состоянием здоровья.

## ■ Информированное согласие лиц, живущих с ВИЧ

Международные декларации о правах человека предусматривают, что любое лицо имеет право: принимать осознанные решения относительно собственной жизни, давать свое информированное согласие на любое медицинское или социальное вмешательство, на информирование относительно состояния здоровья (результаты анализов и обследований), на создание семьи и на рождение детей, на волеизъявление, на выбор нескольких медицинских и социальных услуг, на ответственность за последствия совершенных ошибок.

ВИЧ-инфицированные лица или уязвимые по отношению к ВИЧ, безусловно, обладают всеми этими правами. Незнание законов, отсутствие уважения к получателям услуг или, иногда, недостаток времени или даже чрезмерное желание вмешаться и помочь, заставляют некоторых специалистов пренебрегать профессиональной этикой и законами. Негативным последствиям подобных ситуаций подвержены и профессионалы (неэффективность вмешательства, риск наказания), но, в особенности, получатели услуг и члены их семей.

Однако, зачастую, медики сталкиваются с двумя сложными дилеммами. В первую очередь, речь идет о моральном долге медика перед обществом (в том смысле, в котором он его понимает), который является приоритетным в сравнении с обязательством хранить конфиденциальность в отношении отдельного пациента. Во вторую очередь, желание озвучить информацию, полученную в результате частных бесед, возникает из намерения предупредить третье лицо относительно неминуемой опасности. Таким образом, закон, который предусматривает исключение из правила конфиденциальности в случае надвигающейся опасности распространения инфекционных заболеваний, во многих случаях дает медикам возможность абстрагироваться от права на конфиденциальность в отношении лиц, живущих с ВИЧ. Закон предусматривает санкционирование лиц, которые нарушают право на конфиденциальность. Однако, до настоящего времени, известно очень мало случаев, когда медицинский работник был наказан за разглашение конфиденциальной информации без согласия пациента, даже в ситуациях, которые не угрожали третьим лицам.

Информация, которая возникает в результате контакта между медиком и пациентом, может быть использована, в зависимости от социального строя, религии или идеологии, характерных для данного государства, на данном отрезке времени. Под влиянием тенденций к модернизации, а также длительного трансформирования социальных связей, отношения к данной информации структурно разделились на две этические крайности. С одной стороны, речь идет о персональном, индивидуализированном характере, свойственном современному дифференцированному обществу, который предполагает такие критерии, как независимость, свобода выбора и информирования; с другой стороны, противоположной первой, находится коллективистская этика, групповая солидарность, которая отказывает индивидуалистскому „Я” в праве решать свою судьбу и нести за это ответственность. Проблема информирования расценивается скорее как техническая, чем этическая, даже в чрезвычайных ситуациях (когда согласие пациента или его родственников является необходимым) используется концепция „общего блага”.

Появилось описание двух подходов к взаимодействию между медиком и пациентом. Речь идет о *патермальном* подходе, который ставит медика на ступень выше пациента и сохраняет за ним право решать и опекать пациента, и подходе *антипатермальном*, основанном на коллегиальных отношениях и на диалоге.

*Патернализм* (из лат. *pater* – отец) является монологической формой отношения, которая берет начало в политике и проявляется в самых неожиданных сферах социальной жизни. Не осталась вне данных отношений и медицина, как теоретическая, так и практическая, в рамках которой патернальная идея главенствует уже продолжительный период времени. Согласно этой модели, медик делится с больным минимумом информации, она излагается кратко, порой весьма туманно для пациента. Решение принимает доктор, а пациент должен принять ее и согласиться в полной уверенности, что все делается ему во благо. Такой подход практиковался и системой здравоохранения советского периода. До настоящего времени еще сохраняется покровительственная форма отношений медика к пациенту, которая может быть выражена формулой: „Я доктор, стало быть, я прав и знаю, что делаю”. Тем не менее, времена меняются и постепенно осознается то обстоя-

тельство, что медик может и ошибиться, а такие серьезные проблемы как профилактика ВИЧ и лечение пациентов от СПИДа требуют строгого соблюдения принципов конфиденциальности и информированного согласия.

Итак, патерналистская этика предполагает ограничение информации для пациента, предлагая взамен, полное доверие к действиям медика и даже, иногда, игнорирование пожеланий пациента. В рамках этой модели взаимодействия медик берет на себя решение информировать родственников или близких лиц о состоянии пациента, не спрашивая у него самого согласия по этому поводу. Однако, известны случаи, когда пациент не желает, по различным соображениям, чтобы семья знала определенные подробности о его состоянии. ВИЧ-сероположительное лицо желает избежать стигматизации и унижения собственного достоинства, защитить свою семью от страданий и негативных переживаний, продлить себе существование в том окружении, в котором он жил до того, как ему установили диагноз. Решение медика обнародовать информацию о пациенте, даже из благородных, чисто человеческих побуждений, может сильно отразиться на состоянии пациента, а иногда это обстоятельство поворачивается против самого медика, который может быть обвинен в *разглашении врачебной тайны и нарушении конфиденциальности*. Упомянутые случаи могут повлечь возникновение нежелательных и даже трагических ситуаций. Индивидуумы могут отказаться от тестирования, консультации у специалиста, что влияет на успешность лечения и ослабляет усилия по предупреждению ВИЧ.

Сегодня, в условиях коммерческой и информативной медицины, все большее распространение получает второй тип взаимодействия и подхода к отношениям между медиком и пациентом, то есть, антипатерналистский или диалоговый. При данном подходе информационный поток открытый и двусторонний. Данный тип взаимоотношений определяет больного как субъекта ответственного и свободного в принятии жизненно важных, целесообразных для него решений или в предоставлении информации, необходимой для принятия решений.

Антипатерналистский метод взаимодействия может быть реализован посредством двух механизмов: *интерпретация с помощью этики диалога* и *информированного согласия*.

*Интерпретация* достигается на практике *через диалог*, цель которого – адекватное понимание собеседником предмета разговора. Таким образом, первоочередным условием общения становится уверенность в том, что рядом с тобой находится другая личность, со своей индивидуальностью и спецификой, что особенно важно для организации отношения медика с пациентом. Этика диалога, в отличие от патерналистской этики, то есть, этики монолога, распределяет для медика и пациента равноценные роли – толкователей статуса болезни, с перспективой развития ситуации в будущем и достижения общего знаменателя. Поскольку искусство общения является поворотным элементом в отношениях с пациентами, в нашем руководстве мы посвятили этой теме отдельную главу.

Второй механизм реализации альтернативной модели – *согласие* или *информированное согласие*, является ключевым моментом в процессе реализации медицинских решений. Решающий характер информированного согласия предполагает отсутствие принуждения и запретов, угрозы и обмана со стороны врача, то есть отказ медика от статуса покровителя в отношениях с пациентами.

Поскольку медицинская деятельность является одной из самых распространенных и сложных видов деятельности (исходя из разнообразия человеческих патологий), понятие *информированного согласия* следует проанализировать с точки зрения специфики различных областей и ситуаций.

Конечно, невозможно отнести к той же категории хронических терапевтических больных (с гастрологическими, нефрологическими и пр. заболеваниями) и острых психиатрических, или случаи срочной медицинской помощи, или тестирование людей на ВИЧ. Во многих из отмеченных ситуаций медик самостоятельно решает относительно способа лечения, исходя из своего профессионализма и опыта, из собственных обязанностей и медицинской клятвы.

Тем не менее, попытаемся обозначить несколько общих моментов в процессе получения информированного согласия, в том числе, от сероположительных пациентов.

В первую очередь, будем исходить из предоставленной ВИЧ-положительному лицу информации, которая должна содержать данные о заболевании, причине и симптоматике болезни, об ожидаемом прогнозе. Медик должен дать ответ на все вопросы пациента, работая по направлению к получению информированного согласия. Во вторую очередь, будем исходить из информации об использовании некоторых рискованных методов лечения, некоторых процедур с определенной степенью риска, с необратимыми последствиями, или добровольном вовлечении в клинические

опыты, требующие дополнительных гарантий по защите прав пациента, с применением некоторых нормативно-правовых положений (подписание документов, контрактов и пр.).

Является ли необходимым получение согласия на абсолютно все медицинские действия? Разве не может случиться, что отсутствие уверенности и твердости со стороны медика, будет способно вселить в больного подспудный страх, вредоносное психическое беспокойство? Если для вполне банальных действий требуется согласие, то пациент будет склонен думать, что его дела совсем плохи, так что и выздоровления ему не видать, хотя его физиологическое состояние вроде как хорошее. Пациент может подумать, также, что компетентность медика весьма ограничена, если уж он просит разрешения на проведение простейшего медицинского действия или процедуры.

Вместе с тем, наличие согласия не освобождает медика от ответственности за ошибку и не снимает с него вины. Если, в отсутствие согласия, медик доводит начатое до успешного конца, то он впоследствии может быть обвинен только за несоблюдение принципа согласия, но если он не получит данное согласие и допустит халатность, ему предстоит отвечать в судебном порядке по обеим статьям. Ответственность на основании договора предполагает проведение предварительного весьма тщательного информирования пациента относительно ожидающих его рисков.

Согласие может быть выражено различными способами. Например, согласие по умолчанию, то есть, само собой разумеющимся считается тогда, когда пациент добровольно является для контроля и лечения в консультацию или вызывает врача на дом. Тем не менее, и данное согласие должно сопровождаться элементом информирования относительно альтернативы медику, чтобы помочь пациенту сделать зрительный выбор лечащего врача. Подобное согласие по умолчанию допускается только при текущем медицинском обслуживании или при обычных процедурах.

Согласие может быть дано также письменно или устно. Устное согласие лучше подтвердить в присутствии третьего лица: медицинской сестры или члена семьи. Тем не менее, в зависимости от характера и темперамента обследуемого лица, от конкретной ситуации, желательно настоять на подписании согласия. Это разрешение подтверждает вступление пациента в договорные отношения, которые предусматривают с обеих сторон взаимные обязательства, как законные, так и моральные, определяя форму и уровень ответственности. Информированное согласие не самоцель, а лишь способ ведения диалога.

Размышляя над всем вышеизложенным, можем прийти к выводу, что в настоящее время существуют объективные условия предпочтения информированного согласия патернальной парадигме, поскольку пациент в процессе сотрудничества с медиком становится более требовательным к предпринимаемым в дальнейшем действиям. Стремление к антипатернальному типу отношений характерно для современной медицины. Информация о пациенте уже не расценивается как общественная собственность, это понятие определяется характеристиками индивидуальности, интимности и конфиденциальности.

## ■ Тестирование лиц на ВИЧ-инфекцию

В прошлом столетии, тестирование лиц с целью определения предполагаемого наличия инфекции или скрытых болезней являлось одной из центральных задач отраслевых учреждений здравоохранения. Это тестирование, проводимое в рамках определенных мероприятий, было принудительным, а именно: тестирование на наличие венерических заболеваний перед бракосочетанием, тестирование детей при поступлении в ряд учреждений на наличие инфекционных заболеваний, с целью защиты данных учреждений, тестирование новорожденных на туберкулез рентгеновским излучением и пр. В каждом из данных случаев, решение о проведении тестирования диктовалось способом, который позволял системе общественного здравоохранения решать вопрос обеспечения нормального физического состояния человека. Вместе с ростом ВИЧ-инфицирования, в повестку дня был включен и вопрос тестирования на наличие ВИЧ.

Всемирная Организация Здравоохранения и Программа СПИД Организации Объединенных Наций выдвигают определенные требования к процедуре проведения тестирования на ВИЧ, которые предусматривают необходимость соблюдения прав человека (и пациента) с учетом социальных обстоятельств, дискриминации в отношении ВИЧ-инфицированных и недостаточной

подготовки населения по общим вопросам здравоохранения, в частности, по вопросам ВИЧ-инфицирования.

Проведение теста на ВИЧ является единственным методом, который позволяет человеку выяснить свой ВИЧ-статус и, в случае если тест сопровождается консультацией, становится источником получения полной информации для предупреждения ВИЧ-инфицирования и принятия решений по изменению подходов с риском инфицирования.

Чтобы тестирование охватило по возможности большее количество людей, очень важно обеспечить его доступность (бесплатно, конфиденциально, проведение в удобных помещениях) и необязательность. Международные рекомендации не допускают обязательность ВИЧ-тестирования и рекомендуют проведение теста с информированного согласия, что должно обеспечить качественное тестирование, консультации до и после тестирования, а также гарантию конфиденциальности.

Гражданам Республики Молдова, иностранным гражданам и лицам без гражданства, которые проживают или временно находятся на территории Республики Молдова, обеспечено право на бесплатное медицинское обследование (в том числе анонимное) с целью раннего обнаружения вируса ВИЧ и заболевания СПИД (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-XVI от 16.02.2007 года, ст. 11*).

Обязательное тестирование на маркеры ВИЧ как условие приема на работу, путешествия, доступа к медицинским услугам, приема в учебное заведение запрещено, за исключением случаев, предусмотренных законом. Запрещены любые формы скрытого тестирования (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-XVI от 16.02.2007 года, ст. 15*).

В большинстве случаев ВИЧ-тестирование используется в диагностических целях, однако, иногда оно используется и для эпидемиологического надзора, что обуславливает возникновение ряда этического-правовых проблем в части защиты персональных данных, в особенности, в случае, если накапливаются данные о персональном поведении тестируемых.

Результаты некоторых анализов или установленный диагноз должны быть сообщены исключительно пациенту, способом, который обеспечивал бы конфиденциальность. В дальнейшем он сам решит, кто из третьих лиц имеет право узнать правду. Так, ВИЧ-положительное лицо может страдать от стигматизации, почувствовать себя преданным, униженным и осуждаемым. Эти чувства могут повлиять на развитие болезни, поскольку физическая боль будет усугублена и тяжелым психическим состоянием или даже депрессивным кризом.

Тестирование на маркеры ВИЧ проводится только на основе выраженного в письменной форме добровольного и осознанного согласия лица (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-XVI от 16.02.2007 года, ст. 13*).

При тестировании несовершеннолетнего добровольное согласие на тестирование на маркеры ВИЧ выражается в письменной форме как самим несовершеннолетним, так и его законным представителем. При невозможности получения согласия законного представителя достаточно получить письменное согласие несовершеннолетнего, если тестирование ему необходимо. Для тестирования на маркеры ВИЧ умственно отсталого лица необходимо его письменное согласие. В случае госпитализации недееспособного лица в специализированное медицинское учреждение, ответственным за принятие решения о тестировании на маркеры ВИЧ является его законный представитель.

Конфиденциальность гарантируется лицам, желающим пройти тестирование на маркеры ВИЧ, и лицам с установленным диагнозом ВИЧ. Результат тестирования на маркеры ВИЧ является конфиденциальным и может быть сообщен только следующим лицам: обследуемому лицу; родителям или опекунам обследуемого несовершеннолетнего; законному представителю недееспособного лица; руководителю медико-санитарного учреждения, в котором была взята проба крови; руководителю публичного медико-санитарного учреждения по месту жительства обследуемого лица (семейному врачу); судье, который принял решение об обязательном тестировании в установленном законом порядке. Лица с установленным ВИЧ-положительным статусом письменно извещаются медико-санитарным учреждением о необходимости соблюдения правил о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции, а также об уголовной ответственности за заведомое поставление другого лица в опасность заражения или за умышленное заражение другого лица. Любое ВИЧ-



инфицированное лицо обязано сообщить о своем статусе супругу (супруге) или партнеру (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-ХVI от 16.02.2007 года, ст. 14*).

Медицинский персонал может составить списки сексуальных партнеров пациента (пациентов) со статусом ВИЧ только после рассмотрения обстоятельств каждого случая в отдельности с точки зрения медицинской этики и конфиденциальности, если соблюдены приведенные ниже критерии: лицо со статусом ВИЧ получило полную консультацию; предоставленная лицу консультация не обусловила положительных изменений в сторону снижения рисков; лицо со статусом ВИЧ-положительного заражения отказалось от записи и не согласилось информировать сексуального партнера (партнеров) о своем статусе; существует реальный риск передачи ВИЧ партнеру (партнерам); ВИЧ-положительное лицо извещается предварительно и ему предоставляется разумный срок для сообщения своего статуса.

Тестирование на маркеры ВИЧ обязательно: при донорстве крови, жидкостей, тканей и органов; на основании решения судебной инстанции в случае изнасилования или заведомого поставления другого лица в опасность заражения, если обвиняемый не дает согласия на тестирование после надлежащего консультирования (*Закон о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции №23-ХVI от 16.02.2007 года, ст. 15*).

В заключение можем отметить, что современная этико-правовая реальность ставит новые цели перед сферой медицинского обслуживания: уважение автономии индивидуума и самоопределение пациента, взвешенное равновесие между интересами личности и сообщества являются фундаментальными ценностями цивилизованного образа жизни, которые медицинское обслуживание игнорировать не вправе.

# ОБЩЕНИЕ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

*Не забываюте, СПИД – не позор, а заболевание.*

Инфекция вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) является одной из многих подобных ей инфекций. Зараженный человек – один из многих таких же как он людей, а СПИД – не более чем заболевание, способное поразить человека, как и любой другой недуг. И это может случиться с любым из находящихся рядом с нами людей. За последнее десятилетие, в результате проведенных исследований, получены значимые результаты в лечении ВИЧ антиретровирусными медикаментами, которые продлевают ВИЧ-инфицированному жизнь и улучшают ее качество. Однако терапевтический подход важен еще и тем, что включает, в качестве важнейшей составной, психологическую терапию, направленную на то, чтобы ВИЧ-инфицированный нормально себя чувствовал, нормально себя вел и нормально жил. Ведь ВИЧ-инфекция далеко не единственная проблема, связанная со здоровьем человека, по причине которой люди подвергаются стигматизации и дискриминации. То же самое происходит и с больными эпилепсией, раком, психическими недугами, туберкулезом, то есть, болезнями, которые порождали стигматизацию и дискриминацию в прошлом и продолжают это делать в настоящем.

Лица, живущие с ВИЧ, являются жертвами дискриминации скорее потому, что ВИЧ ассоциируется с поведением, которое порождает стигматизацию или квалифицируется как отклонение, связанное, в частности, с гомосексуализмом, проституцией и потреблением наркотиков. Это происходит по причине того, что инфицированные считаются ответственными за инфицирование ВИЧ, потому что окружающие, в свою очередь, боятся точно также заразиться, потому что религия и мораль поддерживают точку зрения, согласно которой ВИЧ – последствие морального падения человека, беспорядочного сожителства, ненормальных сексуальных отношений или просто потому, что ВИЧ-сероположительные лица – выходцы из слабо информированных прослоек населения, проще говоря – представители бедноты. Перепады в настроениях окружающих, проявляющиеся в очень широком диапазоне, – от сочувствия и гипертрофированного участия – до неприятия и отторжения, оказывают прямое действие на ВИЧ-сероположительного человека, усугубляя и без того тяжелое стрессовое состояние, в котором он находится.

Анализ проведенного в 2008 году в Республике Молдова состояния дел в отношении ВИЧ-инфицированных детей и семей, позволил выявить количественные и качественные показатели, характеризующие стигматизацию и дискриминацию. В частности, выяснилось, что 50% респондентов указали на отсутствие конфиденциальности при тестировании на ВИЧ; то же самое количество опрошенных считают, что именно медицинские работники (преимущественно врачи) сообщили о статусе ВИЧ+ респондента посторонним лицам. Помимо этого, 65% утверждают, что с момента установления статуса ВИЧ+ респондента, качество медицинского обслуживания заметно ухудшилось, а примерно в 25% случаев им было окончательно отказано в медицинском обслуживании.

Общезвестно, что стигматизация распространяется не только на уровне семьи, сообщества, трудового коллектива, средств массовой информации, всего общества, но и в рамках медицинских

учреждений, там, где по сути, персонал должен, как минимум, правильно оценивать ситуацию, исходить не из стереотипов, а из профессиональных знаний. Зачастую в медицинских клиниках дискриминация проявляется в том, что персонал содержит или изолирует ВИЧ-положительных или больных СПИДом в отдельных помещениях, не обеспечивает конфиденциальность, разглашает информацию, отказывает в предоставлении медицинской помощи и пр. Боязнь заразиться и стремление избежать контакта с пациентами, не говоря уже об отказе за ними ухаживать, деморализуют инфицированных – они чувствуют свою ненужность, им просто не хочется жить дальше. Как правило, чаще всего медицинские сестры обсуждают вслух поведение живущих с ВИЧ людей и особенно смакуют то обстоятельство, что у пациентов были множественные сексуальные контакты. Были случаи, когда становилось достоянием гласности имя ВИЧ-сероположительного пациента с рискованным сексуальным поведением, причем лица, допустившие утечку информации, аргументировали это тем, что пытались таким образом предупредить сообщество и сократить количество заразившихся из числа возможных будущих сексуальных партнеров инфицированного лица. Тем не менее, пока нет никаких подтверждений того, что численность новых случаев инфицирования снизилась или, скажем, поведение ВИЧ-сероположительных лиц изменилось после того, как данные о них стали известны широкой общественности без их согласия. Более того, вместо этого отмечен количественный рост дискриминационных действий в отношении других ВИЧ-сероположительных людей.

## ■ Дискриминационные действия в медицинской среде

Какие формы принимают, как правило, стигматизация и дискриминация лиц, живущих с ВИЧ? Самые характерные действия медицинского персонала следующие:

- Отказ консультировать ВИЧ-положительное лицо.
- Ограничение контакта с ВИЧ-сероположительными лицами до минимума.
- Попытки избежать прикосновения к зараженным во время консультации.
- Содержание и изоляция ВИЧ-сероположительного лица в отдельном помещении.
- Необеспечение конфиденциальности.
- Распространение информации о клиенте.
- Кодифицирование карточек ВИЧ-положительных лиц.
- Использование двух пар перчаток для измерения пульса пациента.
- Агрессивное или небрежное отношение.
- Использование оскорбительных фраз типа: *„Поигрались с наркотиками и сексом – заразились СПИДом!“*.
- Изменение выражения лица во время медицинского осмотра ВИЧ-положительного пациента.
- Вялое участие – дискомфорт, отсутствие сопричастности или поддержки.
- Перенаправление лиц в специализированные центры с объяснением в извиняющемся тоне, что, мол, там им будет лучше, поскольку получают доступ к широкому спектру медицинских услуг, в общем, уклонение от работы с ВИЧ-инфицированными.
- Произнесение вслух фатальных сентенций: *„К сожалению, уже ничего нельзя сделать“* или *„Других вариантов нет...“*

Все эти действия деморализуют лиц, живущих с ВИЧ, вследствие чего у них отпадает охота обращаться к врачам и в медицинские учреждения за помощью, они предпочитают вести рискованный образ жизни, в том числе скрывать свой статус ВИЧ-сероположительного лица. Следует не забывать, что инфицированные и так сталкиваются со многими проблемами в жизни и в семье: с эмоциональным насилием – поскольку их обвиняют в том, что они принесли ВИЧ-инфекцию в дом; с физическим насилием – дети, жены зачастую подвергаются физическому насилию, их изолируют в семье – всем пользуются отдельно; с распадом семьи – развод и отказ от детей далеко не редкость; с чувствами стыда и ужаса; с потерей рабочего места или с вынужденным прекращением лечения по причине стигматизации.

Какие, как правило, объяснения приводит медицинский персонал, объясняя подобное поведение в данных ситуациях?

- Живущими с ВИЧ занимается Центр ВИЧ/СПИД, а это не наше дело.
- Нет опыта работы и общения с ВИЧ-сероположительными лицами.
- Эта проблема нас не очень волнует.
- Мы боимся заразиться.
- У нас на участке нет лиц с ВИЧ или больных СПИДом.

## ■ Используемая при ВИЧ-инфекции терминология

Как бы то ни было, проблемные ситуации, в большинстве случаев, создает сам медицинский персонал, который использует унижающую и дискриминирующую пациента лексику, даже не отдавая себе в этом отчета. Приобщение персонала к корректной лексике, рекомендованной в медицинских учреждениях, является первым шагом к переменам в сторону развития реальной поддержки и сопричастности к нуждам этих лиц. Есть много путей превращения учреждений образования в недискриминационные зоны и, вместе с их осуществлением, станет возможным создать среду, в которой живущие с ВИЧ или СПИДом люди чувствовали бы свое присутствие уместным и где они могли бы рассчитывать на услуги по профилактике, лечению, уходу и поддержке в необходимом объеме.

Словарный запас, используемый в процессе общения с ВИЧ-инфицированными, имеет первостепенное значение для достижения понимания и сотрудничества с данными лицами, для ослабления стигматизации. Очень важно, чтобы в разговоре медицинский персонал не обижал и не навешивал бы ярлыки на людей. Конечно, при обращении к тематике ВИЧ, используются выражения, которые в значительной степени отражают не только знание и уровень понимания эпидемии, но и общественное отношение к инфицированным, уровень «поражения» общества стигматизирующими мнениями. Некоторые выражения отражают стойкие негативные стереотипы и общие настроения боязни ВИЧ-сероположительных пациентов.

*„Чума XX века“* – вот определение, данное инфекции в самом начале эпидемии, когда еще не были известны причины и пути распространения этой опасной болезни, когда боязнь инфицирования вызывала животный страх. Это устаревшее журналистское клише, встречающееся до настоящего времени в некоторых публикациях, изначально было заложено в основу ВИЧ-фобии в силу первобытного страха перед инфекцией, способствуя дискриминации и изоляции людей, живущих с ВИЧ.

*„Жертвы СПИДа“*. Словом *„жертва“* определяется пассивность и бессилие перед опасностью, отсутствие контроля над собственной жизнью. Большинство лиц, живущих с ВИЧ и СПИДом, активно борются за свою жизнь, здоровье и права, так же активно помогают другим в противостоянии инфекции. Именно благодаря усилиям, приложенным этими людьми, сегодня мы отмечаем огромный прогресс в лечении и предупреждении ВИЧ/СПИДа.

*„Безвинные жертвы СПИДа“* – так называют в медицинских учреждениях ВИЧ-инфицированных детей. Это определение означает, по умолчанию, что лица, инфицированные в результате сексуального контакта или потребления наркотиков, безусловно *„виновны“* и заслуживают наказания. СПИД не является преступлением, а болезнью. Впрочем, не только СПИД, но и многие другие заболевания могут быть вызваны рискованным для здоровья поведением, но никто не говорит о *„безвинных жертвах рака, повышенного артериального давления или диабета“* и не пытается доказать, в какой именно мере сами больные виноваты в состоянии, в котором оказались.

*„Заражен СПИДом“* или *„Пациенты со СПИДом“* – эти определения следует изъять из обихода, поскольку в данном случае человек рассматривается исключительно через призму инфекции и заболевания. В общем, слово *„пациент“* уместно лишь в клиническом, строго медицинском контексте. Дома или на работе, человек перестает быть пациентом. Использование синтагмы *„больной СПИДом“* допускается только в случае, если идет речь о человеке, который действительно на дан-

ный момент является большим и находится в клинической стадии СПИДа. Да, вероятность перехода ВИЧ-инфекции в СПИД очевидна. Однако так же ясно и то, что в настоящее время есть современные методы лечения, направленные на препятствование переходу ВИЧ-инфекции в СПИД.

„Грозное заболевание”. Существование „пугал” на протяжении десятков лет не приносило никаких положительных результатов, а, напротив, вызывало лишь отвращение, перерастающее в депрессию и отчаяние. А вы задумывались над чувствами, которые испытывают люди, живущие с ВИЧ, или как переживают близкие за своих инфицированных родственников и друзей? Страшна не болезнь, а невежество, дискриминация, отсутствие реальных мер по профилактике и лечению.

В мире очень часто используются выражения „ВИЧ-положительный” или „сероположительный”, что означает подтверждающий (положительный) результат лабораторного тестирования лица на ВИЧ-инфекцию. Зачастую встречается и синтагма: „лица, затронутые эпидемией СПИДа”. Имеются ввиду не только зараженные или больные лица, но и родственники, близкие им люди, несмотря на ВИЧ-отрицательный статус последних.

Часто допускаются ошибки относительно оценки вероятности повышенного риска заражения инфекцией или заболевания, допускаются ошибочные выражения типа: „группы повышенного риска заболевания”, „уязвимые к инфекции”, „уязвимые группы” и пр. По сути, риск определяется не принадлежностью к определенной группе, а индивидуальным поведением каждого. Конечно, некоторые категории более уязвимы в отношении СПИДа, поскольку в результате таких обстоятельств, как бедность, дискриминация, отсутствие прав и пр., они подвержены ситуации риска. В этом случае рекомендуется использование выражений типа: „население с самой высокой уязвимостью к ВИЧ” или „население с повышенным риском заболевания”. Зачастую неправильная терминология заимствуется из массмедиа, у социальных лидеров и всего общества и, таким образом, ведет к ошибочному толкованию вещей и создает отрицательные стереотипы относительно сексуального поведения этих лиц.

В контексте СПИДа, предпочтительнее использование термина „дети-сироты по причине СПИДа” или „сироты и другие ставшие уязвимыми дети по причине СПИДа”, что, одновременно, исключает выражение „сироты СПИДа”.

В связи с вышеизложенным, предлагается внести изменения в терминологию ВИЧ и СПИДа, утвержденную UNAIDS. Самые часто встречающиеся выражения представлены в таблице 10.

Таблица 10

**Дискриминирующая и недискриминирующая терминология в контексте ВИЧ-инфекции**

Недискриминирующая терминология (рекомендованная)	Дискриминирующая терминология (нерекомендованная)
1	2
ВИЧ, за исключением случаев, когда вы ссылаетесь именно на СПИД	ВИЧ/СПИД
Диагностика СПИДа; болезнь, ассоциируемая с ВИЧ	ВИЧ/СПИД
Эпидемия СПИДа или эпидемия ВИЧ	Эпидемия ВИЧ/СПИДа
Превалентность ВИЧ	Превалентность ВИЧ/СПИДа
Предупреждение ВИЧ	Предупреждение ВИЧ/СПИДа
Коммерческий секс; сексуальная работа	Проституция
Незащищенный секс	Рискованный секс
Коммерческий секс, сексуальная работа	Проституция
Сексуальная работница (секс-работница)	Проститутка
Продажа/коммерциализация сексуальных услуг	Индустрия коммерческого секса
Тестирование на ВИЧ	Тестирование ВИЧ/СПИДа
Ответ на СПИД	Борьба против СПИДа

1	2
Население с повышенным риском заболевания	Группы с высоким риском заболевания
Население с самой высокой уязвимостью к ВИЧ	Уязвимые группы, наиболее уязвимые к инфекции
С самой высокой уязвимостью к ВИЧ	Самые уязвимые к инфекции
Уязвимое население	Уязвимые группы
Потребитель наркотиков	Наркоман
Потребитель инъекционных наркотиков	Пользователь внутривенных наркотиков
Лицо, живущее с ВИЧ	Лицо, живущее с ВИЧ/СПИДом
Использование зараженного оборудования для впрыскивания (если идет речь о передаче ВИЧ)	Совместное использование иглы и шприца
Использование нестерильного оборудования для впрыскивания (если идет речь об инфицировании ВИЧ)	Совместное использование иглы и шприца
Дети, ставшие сиротами по причине СПИДа	Сироты СПИДа

## Методы и стратегии общения для снижения стигматизации и дискриминации

Важную роль в преодолении стигматизации и дискриминации в обществе имеют стратегии общения, которые включают публичные кампании, с целью информирования людей и привлечения внимания общественности к ВИЧ и СПИДу. Только общение может истребить создавшиеся стереотипы, непонимание и опасения. Снятие табу с некоторых тем в рамках этих кампаний включает создание стратегий общения, которые описаны ниже:

### Стратегии борьбы со стигматизацией на уровне сообщества:

- Создание надежных ареалов, в рамках которых люди могли бы делиться деликатными проблемами – «горячие» или «бесплатные» телефонные линии. Например, в 2001 году в Бразилии по «горячей» линии отмечалось до 8000 звонков в день, в 80% случаев звонившие интересовались ВИЧ и в 20% – венерическими заболеваниями. В Таиланде, как правило, люди предпочитают обсуждать свои проблемы с парикмахерами, в связи с чем парикмахеры в этой стране были специально обучены предоставлять советы по тематике ВИЧ.
- Использование символов: они говорят сами за себя без слов. Например, красная лента означает ВИЧ и СПИД и призвана поддержать лиц, живущих с ВИЧ.
- Участие известных людей, политических лидеров и звезд шоу-бизнеса в общественных мероприятиях и кампаниях.
- Приведение примеров того, что заразиться может каждый (например: бывший президент Замбии Кеннет Каунда заявил, что его сын умер от СПИДа).
- Проявление человечности при ВИЧ-инфекции – это поможет людям поставить себя на место тех, кто столкнулся с ВИЧ-инфекцией.
- День памяти лицам, умершим от СПИДа, и осознание того, что они скончались от СПИДа.
- Развитие понятного процесса на личное реагирование и реагирование сообщества на стигматизацию.
- Влияние на восприятие общественностью дискриминации и стигматизации, мобилизация общества к действиям против этих явлений.

### Стратегии борьбы со стигматизацией на рабочем месте трудоустроенных лиц, живущих с ВИЧ:

- Продвижение недискриминационных политик в организациях и компаниях.
- Продвижение в трудовых коллективах Кодекса этического поведения.

### Стратегии борьбы со стигматизацией в массмедиа:

- Использование простой и доступной лексики для освещения явления стигматизации в массмедиа.
- Организация встреч с представителями средств массовой информации.
- Распространение корректной информации в обществе.
- Организация пресс-конференций по вопросам последствий стигматизации и дискриминации.
- Положительное видение людей, живущих с ВИЧ.

### Стратегии борьбы со стигматизацией в медицинских учреждениях:

- Поддержка медицинского персонала в стремлении делиться собственными переживаниями, обеспокоенностью и сопричастным поведением в контексте заданной проблемы.
- Поддержка медицинского персонала в стремлении справиться со своими страхами относительно подверженности риску инфицирования, в соответствии со статусом медработника.
- Обучение медицинского персонала в вопросах стигматизации и дискриминации при ВИЧ-инфекции.
- Упрочение практических знаний для преодоления боязни и ложных представлений.
- Привитие навыков корректного поведения с лицами, живущими с ВИЧ.
- Обучение медицинского персонала по тематике конфиденциальности и информированного согласия на тестирование и лечение.
- Предоставление помощи в разрешении противоречий.
- Разработка Кодекса наилучшей практики.
- Проведение feedback с клиентами для мониторинга и оценки положения дел.

## ■ Аспекты общения при ВИЧ-инфекции

### Сообщение ВИЧ-положительного результата или диагностики СПИДа

Для человека кошмар начинается одновременно с проведением теста. Время, которое проходит с момента взятия проб и до сообщения результатов чревато сильным стрессом. Хорошо, если медик вмешивается в этот момент или даже чуть раньше, когда только рекомендует пациенту пройти тестирование. В процессе рекомендации или при взятии проб, медик поступит правильно, если предоставит пациенту исчерпывающую информацию о вирусе ВИЧ. Информированный человек уже способен осознать разницу между вирусом ВИЧ и болезнью СПИД. Ему откроется также, что в последние годы о ВИЧ можно говорить скорее как о хронической болезни, чем как о недуге, который убивает в скором времени. Конечно, семейный врач может предоставить пациенту информацию о любом заболевании. Это способ избавиться от мифов типа: *„туберкулез – это болезнь бедняков“*, а *„СПИД – это удел наркоманов“* и стимулировать пациентов помочь себе самим. Каждый больной обладает уникальной психической структурой, так что выбранный медиком стереотип общения не может быть применен оптом ко всем пациентам. Конечно, нет необходимости, чтобы медик был обязательно и психологом, чтобы узнать чем пациент дышит, но уж сделать шаг навстречу нуждающемуся человеку он может. Благожелательное отношение, внушение доверия, сопереживание медика могут сотворить чудо.

Сообщение о ВИЧ-положительном результате или диагностике СПИДа должно быть принято только после тщательных и повторных обследований. Есть медики, которые получив положительные результаты (в смысле подтверждения диагноза), предпочитают повторить анализ,

прежде чем сообщать пациенту результат или диагноз. Даже если тестирование дорогостоящее и требует времени, этот способ может пойти на благо больному, и не случайно при ВИЧ-инфекции рекомендован именно такой порядок действий. Нередко, отложенная диагностика была опровергнута последующими анализами.

Сообщение положительного серологического результата при ВИЧ-инфекции или диагноза СПИДа является одним из самых тяжелых аспектов общения медика с пациентом. Не следует забывать, что в то время как для медика это всего лишь простой результат анализов или обыкновенный диагноз, пускай даже несколько более оптимистичный в сравнении с другими болезнями и с другими больными, то для пациента он может оказаться шоком, крахом окружающего его мира. Многие полагают, что весть о мрачном диагнозе подавляет пациента необратимо, так что он даже отказывается бороться с болезнью. Конечно, это может случиться, но возможные отрицательные эффекты этого шока добросовестный врач может и должен сгладить. Прежде чем сообщить диагноз, желательно чтобы медик узнал как можно больше о своем пациенте, о его жизни, о его ценностях, о его способностях и жизненных силах. Так, сообщение диагноза можно сделать в ободряющей тональности, подчеркивая, что пациент должен предпринять для улучшения своего состояния. Для большинства врачей говорить об этом открыто чрезвычайно затруднительно, в частности, если пациент еще очень молод, что при ВИЧ-инфицировании довольно характерно.

Зачастую мы задаем себе вопрос: какая линия поведения медика может считаться правильной, если пациент страдает болезнью, которая является неизлечимой? В большинстве случаев мы предполагаем, что с момента, в который больной узнал об инфицировании или о том, что он болен СПИДом, ему предстоит прожить остаток дней в психическом и душевном страдании и по причине вынесенного вердикта, и вследствие агрессивного отношения общества к его болезни. Как правило, при ВИЧ/СПИДе, в отличие от других заболеваний, рекомендуется говорить пациенту всю правду – от какой болезни он страдает, в насколько тяжелой форме, в том числе, является ли она излечимой, но, чтобы не травмировать его психику, не следует говорить о перспективах на выживание или о том, сколько ему еще осталось жить. В этом случае, инфицированный не будет захвачен навязчивой идеей о предстоящей кончине. Во многих случаях, состояние пациента может быть отмечено депрессией, как реакции на сообщение о диагнозе и прогнозе, что отрицательно отразится на его дальнейшем поведении. Мы должны знать, что есть пациенты, настроенные оптимистически и пессимистически. Не следует забывать, что и медики бывают оптимистами или пессимистами. При заболевании СПИДом продление жизни зависит от лечения, а оно, как правило, является долгосрочным.

У медика есть обязательство сообщить больному правду в адекватной форме, но он не вправе информировать о чем-либо семью без согласия больного.

Каким техническим требованиям должно отвечать действие по информированию пациента?

- Следует выбрать укромное место, располагающее к интимности (без трезвонящих телефонов), предоставив пациенту возможность выговориться и себе – проникнуться его состоянием.
- Следует вести разговор о том, что пациент осознал в результате заболевания и что ему уже о нем известно.
- Обстоятельное выяснение мотивации требований пациента (что он желает знать и что собирается предпринять?) и с каким близким человеком он желает поделиться информацией: нередко этот близкий человек может явиться для беседы, а это может навредить личному диалогу.
- Всегда информация связывается с твердым обещанием предоставить посильную помощь (принимается во внимание личность заболевшего, его психологические проблемы, поддержка его окружения, его боль и сомнения, и при необходимости, предпринимается адекватное лечение).

Очень деликатно проверяется эмоциональное состояние пациента и всегда учитывается специфика его реагирования, которую тут же следует взять на заметку и согласиться с ней. Или это реагирование минимальное, внешне хорошо контролируемое, или экспансивное и драматичное, в любом случае всегда проявляется так называемая немедленная реакция и вот именно она не



дает больному воспринять все до конца, стать для медика партнером в процессе лечения в нормальных условиях (английское понятие „coping“). Консультация позволяет зачастую правильно оценить шансы на преодоление болезни, на успешное лечение, помогает пациенту „разложить по полочкам“ свои страхи, сформулировать свои потребности. Важно „упорядочить“ эмоциональные реакции и порывы пациента, подтвердить их целесообразность и „уместность“.

На завершающем этапе встречи намечается последующая линия поведения – *„Я всегда буду рядом с Вами и всегда поддержу при необходимости...“*. Назначается новая консультация, четко определяется программа встреч с другими представителями обслуживающего персонала (медицинского обслуживания), намечается календарь обследований на следующие дни. Если эти минимальные условия проявления готовности и уравновешенной деловитости не могут быть выполнены, то надлежит выбрать для этого другое время. Деонтологический кодекс уточняет, что медик должен предоставить пациенту информацию проверенную, ясную и адекватную личности больного и текущим обстоятельствам. Информация должна быть четкой и обнадеживающей: *„Да, ваша болезнь серьезная, но и мы не безоружны“* или *„Да, получен ВИЧ-положительный результат, но это еще не означает, что вы больны СПИДом“*.

Очень часто в восприятии больным правды о себе присутствует некая двойственность и поэтому необходимо точное изложение информации, которую пациент действительно хочет получить. По сути, больной не способен усвоить услышанное и всю информацию о последствиях болезни с первого раза. На каждом этапе заболевания следует ожидать проявлений явного желания больного скрыться куда-нибудь; он полон недоверия и от всего уклоняется, что отнюдь не означает полной уступки болезни, а является следствием переживаний пациента и особенностей его реагирования на ситуацию. Все это надлежит принять во внимание со всем должным уважением.

Медик несет перед больным ответственность: информирование близких относительно действительного положения дел следует предпринимать только с согласия пациента (иногда, больной не желает сообщать ничего семье или боится потерять работу в связи с обнародованием правды о себе). Главное правило заключается в том, что любой индивидуум имеет право на конфиденциальность, а каждый медик обязан уважать это право. Таким образом, важно согласиться с решением больного, даже если это чревато упреками. Письменное подтверждение точно сформулированной воли больного очень важно, в частности, затем, чтобы избежать разглашения медиками информации, которую пациент не желает доводить до сведения членов семьи. Не всегда известно, кто именно является больному близким человеком. Болезнь открывает медику ситуации порой просто отвратительные и он должен избегать вмешательства в эти семейные проблемы.

## **Аспекты общения медика и пациента**

В медицинских учреждениях, как правило, всегда нет времени для бережного ухода за больными, зачастую все делается наспех, повсюду царит скученность, пациенты всегда находятся у всех на виду и, тем не менее, чуточка благожелательности со стороны медиков может стимулировать больного стать доверчивым и готовым к сотрудничеству пациентом.

Формирование навыков общения усиливает способность медика эффективно использовать стратегии лечения и налаживания контактов с пациентом, тем более, если используется доступная пациенту лексика, в частности, с момента консультации и обсуждения условий лечения.

Отдельной статьёй является культурная составляющая, то есть, понимание медиком значимости культурного поведения и его влияния на развитие общих отношений между доктором и пациентом.

В комплексе взаимоотношений медика-пациента особое значение имеет установление первого контакта с пациентом и то, как протекает первая медицинская консультация.

Общение с пациентом существенно для установления отношений между медиком и пациентом на основе уважения и искренней расположенности. Напротив, состояние постоянного беспокойства пациента, вызванное его страданиями и незнанием, а также дискриминацией и стигматизацией, с которыми он сталкивается, не позволяют общению войти в нормальное русло. Самым эффективным оказывается межличностное общение, поскольку оно несет самый значительный эмоциональный заряд. Отдельная роль в процессе общения отведена престижу медика. Больной видит в нем сильную личность, способную помочь ему или даже сотворить чудо. В процессе обще-

ния с пациентом, медик должен соответствовать ряду условий: проявлять сочувствие и понимание, объективную непредвзятость, направлять на пациента всю силу своего эмоционального воздействия. В свою очередь, реакция пациентов, в процессе общения с медиком, следующая:

- открытое выражение беспокойства;
- пассивность;
- скрупулезное исполнение;
- требовательное, порой агрессивное отношение.

Автор Парсон отмечал, что, как правило, медики выбирают один из следующих типов отношений: техническая или универсальная компетентность (всезнание), деловитое отношение, эмоциональный нейтралитет или альтруизм.

Общение, происходящее в кабинете медика, является основным способом психо-социального взаимодействия медика с его пациентом во время консультации и предпринимается с целью получения и передачи информации, а также для достижения адекватного поведения больного. Для установления эффективного общения необходимо, чтобы медик вначале попытался понять суть вопроса, а потом предоставить необходимые пояснения. Общение означает умение слушать пациента и дать ответ на то, что его беспокоит. Эффективность данного действия может быть достигнута в результате собеседования, которое, как правило, вовлекает обе стороны в процесс диалога. В общении с пациентом, который озабочен и подавлен в настоящее время проблемами своего здоровья, медик добьется удачного общения, только если будет использовать элементы как устного, так и неустного общения, а также если учтет все помехи, мешающие процессу общения. Такими помехами могут быть различные фильтры, шумы, мешающие разговору, а также языковые барьеры, окружающая среда, различные позиции или убеждения. Проведенными исследованиями уже доказано, что плодотворное общение с медиком нейтрализует страхи пациента и, в частности, за счет проявленной медиком сопричастности.

Поскольку устные беседы являются основной формой общения, слово медика действует очень сильно и глубоко западает в сознание пациента. Очень важно учесть все элементы устного общения, потому что каждый из них в отдельности имеет очень сильное влияние на пациента, на его сознание, а также на последующее поведение. Крайне важно учитывать четкость передаваемой информации, аккуратность ее подачи, сочувствие, искренность, благожелательность, визуальный контакт, тембр голоса, быстроту изложения и выдерживание пауз.

Общение с ВИЧ-инфицированным лицом это не консультация, а скорее посредничество. Врач оказывает содействие в решении проблемы, с которой сталкивается пациент. Для начала, очень важно выбрать место для оказания данного содействия, которое должно быть спокойным, почти интимным, нейтральным. Предстоящий процесс является абсолютно конфиденциальным. В процессе общения учитывается лексика жестов, умение держать себя, манера разговора. Жесты не обязательно должны быть утверждающими. Медик должен следить за своими жестами, поскольку каждый из них, как правило, означает что-то, несет определенную смысловую нагрузку.

Для содействия ВИЧ-сероположительному лицу или больному СПИДом рекомендуется:

- Подготовить место, где должна состояться беседа, убедиться, что абсолютно никто не услышит вашего разговора.
- Приветствовать пациента.
- Выслушать его.
- Обдумать возможные решения.
- Подбодрить человека.

В беседе с больным не рекомендуется только задавать вопросы, но и слушать, а вот техника выслушивания является очень непростым делом, но профессионализм медика в том и состоит, чтобы разговаривать пациента, что довольно не просто сделать. Медик должен внимательно контролировать ход этой беседы, поскольку если ее затянуть, то нити общения могут оборваться. Рекомендуется вести беседу поэтапно, чтобы и у медика, и у пациента появилась возможность перевести дух. Интимных, семейных, сексуальных проблем, которые имеют особую значимость в контексте ВИЧ-инфекции, следует касаться как можно естественнее, чтобы не стеснить или не унижить пациента. По возможности, диалог с пациентом должен строиться в конфиденциальном ключе, а это требует общения с глазу на глаз.

Рекомендуется не вести разговор на повышенных тонах и давать абстрактные медицинские объяснения. В процессе общения с пациентом очень сильное влияние имеет голос. Качество голоса и его параметры могут в максимальной степени повлиять на поведение пациента. Именно голос может иметь гипнотический эффект. Спокойный и бесстрастный голос успокоит пациента, а крикливый взбудоражит или даже выведет пациента из себя. Голос, интонация, тон, расставляемые акценты могут подбодрить пациента, убедить в сопричастности к его бедам, или наоборот: пренебрежительное отношение он обязательно воспримет как дискриминационное в отношении себя. Ни в коем случае нельзя говорить с пациентом иронично или грубо. Задаваемые вопросы должны быть простыми и четкими. Во время консультации будут также обсуждаться и права пациента, и законодательные ограничения. Очень важно поддерживать инициативы пациента, способствовать принятию им самостоятельных и адекватных решений, но непременно исходящих из его собственной доброй воли. Следует учесть то обстоятельство, что принцип автономии не может быть применен к несовершеннолетним, неспособным, невежественным людям. Успешное общение базируется на доверии, а его можно достичь только говоря правду и защищая конфиденциальную информацию.

Успех медицинской консультации зависит, в наивысшей степени, и от нормальной организации работы на месте предоставления медицинской помощи, и от линии поведения врача. Поведение медика во время консультации очень важно, поскольку в его власти или приблизить к себе пациента, или отдалить его от себя. Пациент очень внимателен к тому, как его приняли, каково отношение медика к нему. Рекомендуется пригласить пациента присесть. Этот простой жест растапливает лед в процессе общения. Также, рекомендуется поддерживать постоянный визуальный контакт во время диалога. Даже если вы задумались в силу того, что у вас и так куча личных проблем и переживаний, то все равно не рекомендуется смотреть на пациента насупившись, поскольку он обязательно примет это на свой счет и либо сделает вывод о том, что его дело швах, либо подумает, что вы его просто невзлюбили. Во время беседы с пациентом медику не стоит смотреть куда-то вбок: как правило, подобное свидетельствует о том, что доктору все это неинтересно, скучно, безразлично. Впечатлительный пациент может сделать даже вывод о том, что медик его терпеть не может, в результате чего он обидится и замкнется в себе.

Во время консультации рекомендуется, чтобы медик был одет в белый чистый халат (желательно однотонный) и имел ухоженный внешний вид, при наличии всех универсальных мер защиты (маски, перчаток и пр.), что является свидетельством профессионализма и внушает доверие. Однако будьте внимательны и не переусердствуйте.

Место, в котором происходит общение с пациентом, может или послужить, или не послужить подтверждением смысла того, что вы пытаетесь передать собеседнику. Кабинет медика является обычно местом, где пациент излагает свои проблемы, поэтому данный выбор имеет очень важное значение для успешности беседы медика с пациентом. Не рекомендуется, чтобы медик и пациент сидели строго друг напротив друга, это обстоятельство стесняет и может оказать тормозящее действие, нежелателен также эффект "завораживающего действия взгляда". Самое оптимальное расположение – это когда пациент сидит под углом в 45 градусов по отношению к медику, так чтобы его лицо было видно в профиль, на расстоянии примерно одного метра. Место, где происходит беседа, должно казаться пациенту очень надежным – как правило, в кабинете врача всегда чисто, убрано и пахнет свежестью. Для успешного диалога важно также внутреннее убранство помещения: декоративные изделия, картины на стенах, предметы на столе, разные буквенные обозначения и пр. Каждый предмет говорит на своем языке, привлекает или рассеивает внимание. Не рекомендовано вывешивать на стенах постеры или листовки следующего содержания: „СПИД убивает” или „Дадим отпор СПИДУ”.

Во время консультации не обсуждаются проблемы немедицинского характера. Не забывайте, что пресечь ненужный поворот разговора можно элегантно, взяв дипломатическую паузу. Однако слишком длинные, необоснованные паузы вселяют в пациента чувство беспокойства и рождают в его сознании вопросы типа: "Что же он молчит? Что пытается от меня скрыть?"

Во время консультации используйте метод „пяти ключей”. Очень сложно, почти невозможно, открыть запертую дверь. Но если в твоём распоряжении ключ, вставляешь его в замочную скважину, поворачиваешь и открываешь дверь. При наличии проблемы в общении, люди похожи на

запертые двери: не слышат никого и не открываются. Если же подобрать ключик к мыслям пациента, то можно попытаться помочь ему. К счастью, есть виртуальные ключи, которые мы можем использовать, чтобы помочь нуждающимся в нашей поддержке. Эти ключи нельзя потрогать, но можно научиться ими пользоваться. Они очень важны, поскольку стимулируют людей говорить о своих проблемах.

Вот эти пять ключей:

- 1. Не осуждайте.** Медики всегда непредвзяты, даже если полагают, что кто-то прав или не прав.
- 2. Не предлагайте рецептов, а только давайте советы, касающиеся лечения.** Каждый должен сам решать свои проблемы, только так он действительно почувствует свою ответственность.
- 3. Будьте по-настоящему сопричастны.** Тот, кто проявляет сочувствие, тот пытается понять, что чувствует человек, ставя себя на его место, оценивая ситуацию с его точки зрения. Попытайтесь понять этого человека.
- 4. Сохраняйте конфиденциальность.** Люди чувствуют себя лучше, когда говорят о своих чувствах и проблемах, если только уверены, что вы не расскажете о их проблемах никому.
- 5. Дайте понять, что вам не все равно.** Вы должны учесть и способ, которым собираетесь общаться с вашим собеседником. Если вы покажете, что проблема данного человека не оставила вас безучастным, он проникнется к вам доверием и увидит в беседе с вами возможность решить свою проблему.

Подводя итог вышеизложенному, можем определить совокупность недискриминационных действий, необходимых медицинскому персоналу, чтобы скорректировать свое поведение в общении с пациентами медицинских учреждений.

## ■ Недискриминационные действия медицинского персонала

Лишь особое, специальное поведение, недискриминационное и не унижающее человека, по сути, поведение, проявляемое в обычном порядке к любым другим пациентам, может помочь медицинскому персоналу проявить свое умение, необходимое для медицинской помощи лицам, живущим с ВИЧ-инфекцией, и оказать психологическую поддержку для преодоления всех препятствий, которые сопутствуют данной ситуации. Для этого необходимо соблюсти следующие простые и гуманные правила поведения:

- душевно здороваться с пациентом;
- относиться к нему, как и к любому другому пациенту;
- выказывать сочувствие;
- не кодифицировать и не помечать медицинские карточки;
- не избегать касаний ВИЧ-положительного лица;
- проявлять уважение, признавать право иметь собственное мнение и право на интимность;
- внимательно слушать;
- оказывать ему эмоциональную поддержку;
- обеспечивать конфиденциальность;
- осматривать пациента и предоставлять ему лекарство не надевая перчаток;
- положительно общаться (улыбкой, взглядом);
- подбадривать пациента;
- заверять пациента, что все будет хорошо и говорить следующее: *«Не отчаивайтесь, многие скажут вам, что жизнь кончилась, но это неправда. Есть антиретровирусное лечение и оно вам поможет. Если позаботитесь о себе, проживете долгую жизнь»*;
- предоставлять информацию о результатах тестирования, лечения, наблюдения;
- концентрировать внимание на положительных и обнадеживающих элементах – *«для Ваших детей очень важно чтобы Вы сделали все, что возможно и даже больше, только чтобы остаться в живых»*;

- предоставлять помощь семье с тем, чтобы она позаботилась по уходу за больным СПИ-Дом;
- находить слова утешения для больного.

Именно с этой целью рекомендовано, чтобы каждое учреждение ввело в деятельность медицинского персонала *Кодекс самой хорошей практики*, который мобилизовал бы персонал учреждения относиться к лицам, живущим с ВИЧ, в духе уважения и благожелательности, без стигматизации и дискриминации, предоставляя им посильную помощь.

## ■ Кодекс самой хорошей практики

- 1 Будем проявлять к живущим с ВИЧ людям благожелательность и будем поддерживать их.
- 2 Не будем избегать касаться ВИЧ-сероположительных лиц во время консультации или медицинских процедур, чтобы они чувствовали себя комфортно и ощущали свое равенство с другими пациентами.
- 3 Обеспечим расходным материалом одноразового использования каждого пациента.
- 4 Все пациенты заслуживают равного отношения.
- 5 Не допустим дискриминации лиц, живущих с ВИЧ.
- 6 Предоставим живущим с ВИЧ лицам дельные советы относительно адекватного поведения и поддержания самообладания, поможем им прожить достойную и полноценную жизнь.
- 7 Будем держать в секрете от посторонних их ВИЧ-сероположительный статус.
- 8 Не будем создавать резервации для этих людей.
- 9 Развернем кампании по информированию и противостоянию стигматизации и дискриминации в сообществе.

Как взрослые, так и заразившиеся инфекцией дети существуют в том же обществе, что и мы, стараются жить нормально и достойно, пользоваться всеми радостями жизни. Они борются с болезнью и, порой, вынуждены противостоять невежеству и даже озлобленности соплеменников. Мы должны уважать их права, должны быть рядом с ними, потому что не известно, какой им отведен срок... Не будем от них открещиваться, не оставим их в беде!

## Глава 6

# ПОКАЗАТЕЛИ И СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА СЛУЧАЕВ СТИГМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ В РАМКАХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Поскольку стигматизация и дискриминация на основании ВИЧ-положительного статуса явление комплексное, то оно обусловлено рядом факторов, как социального, так и индивидуального свойства. Вместе с тем, хорошо известно, что идентификация и борьба со стигматизацией и дискриминацией в значительной мере способствует улучшению качества услуг для людей, живущих с ВИЧ-инфекцией (ЛЖВИ), и соблюдению их прав на недискриминационную помощь и услуги. Также, следует учесть, что стигматизация и дискриминация на основании ВИЧ-положительного статуса являются серьезным барьером на пути предупреждения распространения **ВИЧ-инфекции**, они снижают в человеке как желание и решимость выдерживать тесты на маркеры ВИЧ-инфекции, так и вообще обращаться за информацией и помощью в лечении заболевания СПИДа. Случаи стигматизации преобладают, в частности, в странах с низкими доходами населения Латинской Америки, Азии и Африки, и маловероятно, что инфицированные лица решатся на тестирование или начнут лечение даже в странах с высокоразвитой экономикой, к примеру, в США.

## Почему и как должен проводиться мониторинг случаев стигматизации и дискриминации

Необходимость систематического документирования и мониторинга степени преодоления всех форм дискриминации на основании ВИЧ-положительного статуса подтверждается повышением готовности ЛЖВИ и общества обращаться за услугами по информированию и оказанию помощи тогда, когда эти услуги предоставляются в режиме, исключающем дискриминацию и стигматизацию.

Многие из национальных программ предупреждения ВИЧ нацелены на то, чтобы снизить уровень стигматизации и дискриминации, но немногие из них предлагают реально осуществимые показатели мониторинга стигматизации и дискриминации, не говоря уже о самом процессе накопления и предоставления данных показателей.

Многогранность мониторинга стигматизации и дискриминации обусловлена тем, что как стигматизация, так и дискриминация являются лишь отражением характерных для различных социальных групп отношений и знаний, причем оба эти фактора сформированы на базе культуры, традиций и морального кодекса общества. В общем, документально подтверждено, что вместе с ростом уровня информированности населения относительно определенного социального явления, как например, различных заболеваниях и способах их передачи, проявления стигматизации и дискриминации снижаются, а общество становится более терпимым к лицам, которые ранее

подвергались стигматизации и дискриминации. Этот эволюционный путь прошли многие социальные явления, которые когда-то были табу, к примеру, сексуальное поведение, роль женщины, раса, этническое происхождение, болезни (проказа), танец танго и прочее.

Ряд международных руководств, в том числе Протокол UNAIDS по выявлению случаев дискриминации, определяют критерии идентификации проявлений дискриминации. Прежде всего, в Протоколе отмечается, что дискриминация является актом произвольного поведения индивидуумов, в результате которого другие лица вынуждены терпеть несправедливость. Принцип недискриминационного отношения велит, в аналогичных ситуациях, относиться ко всем людям одинаково и учитывать их равенство. Произвольная дискриминация является результатом действия или бездействия, намеренного или непреднамеренного. Право на недискриминацию может быть рассмотрено в различных строго определенных обстоятельствах: к примеру, является законным требовать тестирование на маркеры ВИЧ от каждого донора крови и запрещать лицам с рискованным поведением сдавать кровь, но, вместе с тем, незаконно ставить условие обязательного тестирования на ВИЧ при приеме на работу. Если оправдано информирование местной публичной администрации относительно общего количества ВИЧ-положительных лиц, то незаконно распространение в рамках учреждения списка ВИЧ-положительных лиц без информированного согласия последних.

Цели мониторинга случаев стигматизации и дискриминации на основании ВИЧ-положительного статуса могут быть разные, но три из них являются принципиальными:

1. Регистрация масштабов явления, документирование тенденций и оценка негативных последствий стигматизации и дискриминации.
2. Мониторинг влияния различных программ и мероприятий, которые нацелены на снижение стигматизации и дискриминации в перспективе профилактики распространения ВИЧ-инфекции.
3. Поставка информации для принятия решений с целью создания легальной социальной среды, в рамках которой соблюдаются права человека и, что не менее важно, обеспечивается универсальный доступ к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции/СПИДа в качестве изначального условия пресечения эпидемии ВИЧ и СПИДа.

Выполнение целей мониторинга стигматизации и дискриминации позволяет документировать и анализировать как единичный, так и массовый опыт. Система мониторинга случаев стигматизации и дискриминации должна быть целостной, она призвана прослеживать заболеваемость и природу подобных случаев как в общей массе населения, так и по различным социальным категориям и общественным службам, в том числе, в медицинских учреждениях, в процессе трудоустройства, в тюрьмах, в армии, при иммиграции, в массмедиа, в полиции и пр.

## Способы сбора и оценки показателей стигматизации и дискриминации

Исходя из разнообразия причин стигматизации и дискриминации в связи с ВИЧ-положительным статусом, для их мониторинга могут быть использованы различные показатели. В большей мере, данные показатели относятся к сфере отношений, к примеру, процент респондентов, которые готовы ухаживать за ВИЧ-положительным больным. В меньшей степени, показатели отражают уровень знания путей передачи ВИЧ-инфекции или мер защиты при медицинских действиях.

Могут быть применены различные **способы мониторинга стигматизации и дискриминации**:

- Опрос с целью определения знаний и подверженности стигматизации и дискриминации РСТН или лиц из определенных групп с повышенным риском инфицирования ВИЧ.
- Создание в государственных учреждениях систем регистрации пациентами/клиентами случаев дискриминации и механизмов рассмотрения данных случаев,
- Периодический опрос и/или наблюдение за уровнем знаний и отношения работников государственных учреждений;
- Проведение исследований среди населения, на основании показательных примеров, на территориальном или общенациональном уровне, и оценка определенных социальных явлений.

- Показатели эволюции восприятия и отношения медицинских кадров к ЛЖВИ могут быть получены по результатам специализированных исследований в рамках системы здравоохранения, как в качестве составной части мониторинга качества услуг, так и при углубленном изучении явления стигматизации и дискриминации. Аналогичные показатели могут быть получены и в результате опроса мнения трудоустроенной части населения.

В Молдове до настоящего времени был предпринят ряд специальных исследований по вопросам стигматизации и дискриминации:

- Исследование по Программе профилактики передачи инфекции от матери к ребенку/ модуль ЗОП стигматизации и дискриминации ЛЖВИ, МЗ РМ, август-октябрь 2009 (данные анализируются).
- Исследование по оценке уровня знаний, отношений, практического опыта в сфере ВИЧ/ СПИДа среди трудоустроенного населения Республики Молдова: Итоговый доклад / Людмила Малкоч; Международная организация труда, Будапешт: МОТ, 2009.
- Исследование состояния детей и семей, пострадавших от ВИЧ и PLWHA в Молдове, ВОЗ при поддержке UNICEF/ О. Скутельничук и соавторы. 2008.
- Исследование по оценке уровня знаний о ВИЧ, ИППП и отношения к ЛЖВИ, проведенное Фондом СПИД Восток-Запад, 2005.

Вместе с тем, относительные показатели могут быть получены и в результате опроса населения. К примеру, в Республике Молдова, модули по знаниям и отношению к ВИЧ были изучены в рамках некоторых проведенных среди населения исследований:

- Система поведенческого надзора (BSS поколение II): в Молдове проведено два подобных исследования.
- Исследование демографии и здоровья, модуль СПИД: в Молдове внедрено в 2005 году.
- Исследование комплексных показателей по ячейкам: в Молдове внедрено в 2000 году.

## Специальные показатели оценки стигматизации и дискриминации

Список показателей заимствован из нескольких международных информационных источников, причем основными признаны показатели измерения уровня стигматизации и дискриминации и эффективности программ их снижения [“Developing indicators for measuring stigma and discrimination and the impact of programs to reduce it” (UNADIS, IFRCRC)].

### 1. Показатели отношения.

Определение	Процент лиц из общего числа респондентов, которые выражают терпимое отношение к ЛЖВИ.
Что измеряется	Пропорция лиц из общего числа респондентов, которые выражают терпимое отношение к ЛЖВИ.
Как измеряется	Учитываются ответы на следующие вопросы: 1. „Если член вашей семьи заболел СПИДом, согласились бы вы ухаживать за ним в вашем доме?“ 2. „Если бы вы узнали, что владелец продовольственного магазина или точки общественного питания носитель ВИЧ-инфекции, продолжили бы вы покупать у него продукты питания?“ 3. „Если преподаватель ВИЧ-положительный человек, но без симптомов СПИДа, может ли он продолжать преподавание в школе?“ 4. „Если член вашей семьи был бы ВИЧ-инфицированным, желали бы вы сохранить это в тайне?“  Лишь респондент, положительно ответивший на все 4 вопроса, будет кодифицирован для включения в отчетность.



Значение показателя в Молдове	<p>Лишь 5% женщин от 15 до 49 лет и 3% мужчин от 15 до 59 лет ответили, что могли бы ухаживать за ВИЧ-положительным членом семьи в собственном доме, покупали бы свежие продукты питания от ВИЧ-инфицированного продавца, позволили бы преподавать ВИЧ-положительному учителю и не сделали бы тайны из того, что член семьи является ВИЧ-положительным</p> <p>(Исследование демографии и здоровья, 2005).</p> <p>10% в возрастной группе 15–24 года ( Повторное исследование по оценке уровня знаний, отношений молодежи к ВИЧ/СПИДу, 2008).</p> <p>9% трудоустроенных в Республике Молдова лиц (Исследование знаний, навыков и практики в сфере ВИЧ/СПИДа трудоустроенных в Республике Молдова лиц. Итоговый доклад / Ludmila Malcosi; Международная организация труда. Budapest: OIM, 2009).</p> <p><i>Толерантное отношение к ВИЧ-инфицированным лицам зависит от образованности, благосостояния и среды проживания: высокообразованные респонденты, с высоким уровнем благосостояния, из городской местности, проявляют предрасположенность по всем четырем показателям.</i></p>
Примечание	Значения по Молдове несут существенны и свидетельствуют о чрезвычайно низком уровне терпимости к ЛЖВИ.
Определение	Процент респондентов, которые считают, что общество негативно относится к ЛЖВИ
Как измеряется	Учитываются ответы на вопрос типа: “По вашему мнению, каково отношение в обществе к ЛЖВИ?” (возможные ответы: положительное, негативное, нейтральное, не знаю и пр.).
Примеры значения показателя в Молдове	74% респондентов проявляют негативное отношение (в рамках исследования состояния детей и семей ЛЖВИ в Молдове участвовало в качестве респондентов 567 ЛЖВИ), МЗ при поддержке UNICEF. О. Скутельничук и соавторы. 2008.
Примечание	76% респондентов в рамках опроса отметили, что боятся признаться в своем ВИЧ-положительном статусе по причине того, что общество в этом отношении проявляет стигматизацию и дискриминацию.
Определение	Процент работников, которые прошли тест на маркеры ВИЧ по настоянию работодателя
Что измеряется	Доля лиц, которые были протестированы в общей численности трудоустроенных респондентов.
Как измеряется	Учитываются ответы на вопрос: „Проходили вы когда-нибудь тест на маркеры ВИЧ по настоянию работодателя или в качестве условия трудоустройства?“
Примеры значения показателя в Молдове	34% работников подтвердили, что проходили тестирование по настоянию работодателя (Исследование знаний, навыков и практики в сфере ВИЧ/СПИД трудоустроенных в Республике Молдова лиц, 2009).
Примечание	Тестирование, в качестве условия трудоустройства, противоречит действующему законодательству РМ (Закон ВИЧ от 2007 года) и классифицируется как дискриминационное на основании ВИЧ-положительного статуса.
Определение	Процент работников, которые проявляют стигматизацию и опасение в отношениях с ЛЖВИ
Что измеряется	Доля работников, которые проявляют стигматизацию и опасение по отношению к ЛЖВИ в общей численности работников.

Как измеряется	Учитываются ответы на следующие вопросы: 1. „Считаете ли вы опасным работать рядом с ВИЧ-положительным лицом?“ 2. „Полагаете ли вы обязательной изоляцию ЛЖВИ?“ 3. „Чувствуете ли вы страх (альтернативные варианты: отвращение/ гнев) перед ЛЖВИ?“
Примеры значения показателя в Молдове	51% респондентов полагают что работать рядом с ВИЧ-сероположительным лицом опасно; 74% людей подтвердили необходимость изоляции ЛЖВИ от общества; 64% людей испытывают страх перед ЛЖВИ и попытались бы избежать контакта с ними; 45% лиц испытывают отвращение и 37% – ярость по отношению к ЛЖВИ. (Исследование уровня знаний в сфере ВИЧ, ИППП и отношения к ЛЖВИ, реализованное Фондом СПИД Восток-Запад, 2005 год).
<b>Определение</b>	<b>Процент лиц, которые отказались бы от предоставления услуг и помощи ЛЖВИ</b>
Что измеряется	Доля медицинских работников, которые отказались бы от предоставления услуг и помощи ЛЖВИ.
Как измеряется	Учитываются ответы на аналогичные вопросы: „По вашему мнению, медицинским работникам должно быть разрешено отказываться от предоставления медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам?“
Значение показателя в Молдове	Станет известным после анализа данных Исследования программы профилактики передачи инфекции от матери к ребенку, август 2009.

**2. Показатели, свидетельствующие о дискриминационном поведении** в рамках системы здравоохранения, проявляются по трем направлениям взаимодействия и общения: (1) через принудительную идентификацию ЛЖВИ, (2) через изоляцию ЛЖВИ от других лиц и (3) через применение ограничений ЛЖВИ, которые, впрочем, не обязательны, если применяются стандартные меры предосторожности при контроле над инфекциями, передаваемыми через кровь.

<b>Определение</b>	<b>(1) Принудительная идентификация: Процент медицинских кадров, которые полагают, что любое госпитализированное лицо должно пройти тест на маркеры ВИЧ-инфекции</b>
Что измеряется	Процент медицинских кадров, которые полагают, что любое госпитализированное лицо должно пройти тест на маркеры ВИЧ-инфекции.
Как измеряется	Учитываются ответы на вопрос: „Полагаете ли вы, что любое госпитализированное лицо должно пройти тест на маркеры ВИЧ-инфекции?“
<i>Примечание</i>	<i>На основании принципов стандартных мер предосторожности при контроле над инфекциями, передаваемыми через кровь (Приказ МЗ №51 от 2009 г. О надзоре и контроле нозокомиальных инфекций и Руководство по надзору и контролю над нозокомиальными инфекциями), не допускается обязательное тестирование на маркеры ВИЧ госпитализированных лиц (см. главу 2 настоящего Руководства).</i>
Значение показателя в Молдове	Станет известным после анализа данных Исследования программы профилактики передачи инфекции от матери к ребенку, август 2009.
Примеры других стран	В Сербии, свыше 50% медицинских кадров полагают, что любое госпитализированное лицо должно тестироваться на ВИЧ, а это противоречит принципу универсальных мер предосторожности, поскольку тестиро-

	вание в этом случае имело бы минимальное значение, при наличии «иммунологического окна» у ВИЧ-инфицированных лиц, когда они, будучи инфицированными, получают отрицательный результат при тестировании (см. главу 1 настоящего Руководства). По этим соображениям, медицинские кадры обязаны применять Стандартные меры предосторожности по предупреждению инфекций, передаваемых через кровь в отношении любого пациента, при любом действии и в любых условиях.
<b>Определение</b>	<b>(2) Изоляция ЛЖВИ от других лиц: Процент медицинских кадров, которые полагают, что ЛЖВИ подлежат изоляции от остальных пациентов (при госпитализации, предоставлении услуг и пр.)</b>
Что измеряется	Соотношение медицинских кадров, которые полагают, что ЛЖВИ подлежат изоляции от остальных пациентов.
Как измеряется	Учитываются ответы на вопросы: 1. „Полагаете ли вы, что ВИЧ-положительное лицо подлежит изоляции от остальных пациентов?“ 2. „Полагаете ли вы, что ВИЧ-положительные лица подлежат отдельному от остальных пациентов уходу?“
Значение показателя в Молдове	Станет известным после анализа данных Исследования программы профилактики передачи инфекции от матери к ребенку, август 2009.
Примеры других стран	Исследование с участием 373 медицинских кадров из Мексики (Проект CEN/USAID): 74% посчитали, что пациентов следует изолировать, с целью защиты от нозокомиальных инфекций, 46% – для защиты других пациентов от ВИЧ-положительных лиц и 30% указали на изоляцию, как на метод защиты медицинских кадров.
<b>Определение</b>	<b>(3) Ограничения: Процент медицинских кадров, которые полагают, что ЛЖВИ должны быть запрещены некоторые виды деятельности</b>
Как измеряется	Учитываются ответы на следующие вопросы: 1. „Полагаете ли вы, что ЛЖВИ должен быть запрещен доступ в общественные места (бассейны или общественные бани)?“ 2. „Полагаете ли вы, что ЛЖВИ должны быть запрещены некоторые виды профессиональной деятельности (к примеру, ВИЧ-положительному хирургу – оперировать)?“ 3. „Полагаете ли вы, что ВИЧ-положительным женщинам должна быть запрещена беременность и рождение детей?“
Значение показателя в Молдове	Станет известным после анализа данных Исследования программы профилактики передачи инфекции от матери к ребенку, август 2009.
Примеры других стран	Исследование с участием 373 медицинских кадров из Мексики (Проект CEN/USAID): 20% полагают, что ЛЖВИ должен быть запрещен доступ в общественные места, 36% отметили, что ВИЧ-положительному хирургу следует запретить оперировать, а 60% запретили бы ВИЧ-положительным женщинам иметь детей.
<i>Примечание</i>	<i>Вирус ВИЧ не передается в результате совместного пользования общественными местами, в том числе банями, бассейнами или туалетами. Более детальную информацию можно найти в главе 1 настоящего Руководства.</i>

### 3. Показатели, которые отражают правильное применение универсальных мер предосторожности (более детальную информацию можно найти в главе 1 настоящего Руководства).

Определение	Процент медицинских кадров, которые полагают, что стандартные меры предосторожности достаточны для обеспечения защиты против ВИЧ-инфекции в процессе медицинских действий
Что измеряется	Процент работников, которым известно, что универсальные меры предосторожности достаточны для обеспечения защиты против ВИЧ-инфекции в процессе медицинских действий.
Как измеряется	Учитываются ответы на вопрос: „Полагаете ли вы что стандартные меры предосторожности достаточны для защиты от вируса ВИЧ-инфекции ЛЖВИ в процессе медицинских вмешательств?“
Значение показателя в Молдове	Станет известным после анализа данных Исследования программы профилактики передачи инфекции от матери к ребенку, август 2009.
Примеры других стран	Исследование с участием 373 медицинских кадров из Мексики (Проект CEN/USAID): 75% медицинских кадров отметили, что стандартные меры предосторожности достаточны в отношениях с ЛЖВИ, 50% медицинских кадров утверждают, что применили бы дополнительные меры предосторожности в случае, если подозревали бы или знали, что определенный человек является ВИЧ-положительным.
Примечание	<i>Исследования медицинской практики в других странах показывают, что последовательное и универсальное применение стандартных мер предосторожности абсолютно устраняет риск заражения вирусом ВИЧ от ЛЖВИ.</i>

### 4. Показатели общих знаний о путях предупреждения ВИЧ-инфекции.

При оценке показателей стигматизации и дискриминации в обществе, в социальных группах или в государственных учреждениях, международная практика рекомендует учитывать и показатели общих знаний о путях предупреждения ВИЧ-инфекции. Уровни этих показателей отражают состояние дел в таких важных областях как социальная реабилитация, что является первоочередным условием укрепления общественной терпимости и понимания в вопросах ВИЧ-инфекции. Не меньшее значение имеют показатели практики, в частности, среди молодых людей от 15 до 24 лет, которые указывают на использование презерватива при последнем сексуальном акте, количество сексуальных партнеров в течение последних 6 месяцев, обращение к врачу в связи с симптомами ИППП (сифилис или гонорея).

Определение	Процент респондентов, которые располагают достоверными знания о ВИЧ и СПИДе
Инструмент измерения	Исследование демографии и здравоохранения, модуль СПИД (в Молдове внедрен в 2005 году). Исследование показателей по ячейкам: в Молдове внедрено в 2000 году. Система поведенческого надзора (BSS поколение II): в Молдове доступны два подобных исследования.
Что измеряется	Правильные ответы на вопросы о путях передачи и о мифах о ВИЧ.
Как измеряется	Учитываются ответы на следующие вопросы: 1. „Полагаете ли вы, что ВИЧ может быть предупрежден в результате использования презерватива при каждом сексуальном акте?“ 2. „Полагаете ли вы, что ВИЧ может быть предупрежден, если сексуальные отношения поддерживаются только с одним неинфицированным и верным партнером?“ 3. „Полагаете ли вы, что внешне здоровый человек может быть заражен ВИЧ?“ 4. „Полагаете ли вы, что ВИЧ передается через укусы комара?“ 5. „Полагаете ли вы, что ВИЧ передается сверхъестественным путем?“

Значение показателя в Молдове	19% дали верный ответ на 4 вопроса в возрастной категории от 15 до 24 лет, Исследование MICS 2000. 41% дали верный ответ на 4 вопроса в возрастной категории от 15 до 24 лет, Повторное исследование по оценке знаний, отношений и практики молодых в части ВИЧ/СПИДа, 2008.
Значение показателя в других странах	85% в Финляндии и 86% в Аргентине. 20% в Болгарии и Сербии (что означает очень низкий уровень знаний, необходимых для предупреждения инфицирования ВИЧ).

### **Регистрация и отчетность случаев стигматизации и дискриминации в медицинских учреждениях или по случаям, заявленным ЛЖВИ.**

Одновременно с регистрацией уровней показателей отношения и знаний, становится возможной и регистрация текущих случаев, отмеченных медицинскими учреждениями или ЛЖВИ. В рамках медицинских учреждений, случаи стигматизации и дискриминации могут фиксироваться в виде регистрируемых заявлений, на которые дается надлежащий ответ, согласно Закону о заявлениях (№190 от 19.07.1994).

<b>Определение:</b>	<b>Количество случаев стигматизации и дискриминации в отношении ЛЖВИ, отмеченных в рамках медицинских учреждений</b>
Как измеряется	В ходе исследований качества медицинского обслуживания в медицинских учреждениях или в рамках периодической отчетности по применению законодательных требований о заявлениях.
Значение показателя в Молдове	Закон о заявлениях №190, принятый 19.07.94 года, предусматривает механизм накопления, анализа, отчетности и разрешения заявлений. Тем не менее, в настоящее время нет сводной статистики заявлений по случаям стигматизации и дискриминации на основании ВИЧ-положительного статуса. В рамках проекта сотрудничества ННПЦМ и UNICEF в Молдове, в период с мая по ноябрь 2009 года, осуществляет свою деятельность Техническая рабочая группа, которой надлежит проанализировать существующие механизмы мониторинга случаев стигматизации и дискриминации, в том числе и через механизм, предусмотренный Законом о заявлениях, в результате чего пополнится список рекомендаций относительно необходимости совершенствования нынешних механизмов мониторинга этих случаев.
Примеры других стран	В 2004 году, в Швейцарии, Национальная экспертная группа рассмотрела институциональную и учетную базу случаев дискриминации в 9 государственных службах (здравоохранении, трудоустройстве, юстиции, пенитенциарной системе, социальном обеспечении и пр.), руководствуясь Протоколом UNAIDS об идентификации случаев стигматизации и дискриминации от 2001 года. Группа установила, что в Швейцарии не отмечено случаев дискриминации в рамках государственных учреждений.
Примечание	<i>Этот показатель может быть получен и в рамках учреждений другого типа при наличии в них формальной системы регистрации, докладов и решений подобных случаев.</i>

### **Оценка и применение показателей стигматизации и дискриминации.**

Показатели стигматизации и дискриминации, их мониторинг предоставляют важную информацию о положении дел в данном вопросе и о возможных мерах по урегулированию ситуации.

При том, что в стране наблюдается рост эпидемии ВИЧ, а уровень адекватных знаний о методах профилактики заболевания среди населения, в частности, в молодежной среде в возрасте от 15 до 24 лет, остается низким, медицинским кадрам надлежит проявить терпимое и коррект-

ное отношение, базирующееся на современном медицинском подходе и учете, чтобы, таким образом, исключить отношение к ЛЖВИ, основанное на стигматизации и дискриминации, и помочь широкой общественности преодолеть эти же барьеры. В странах, в которых общество, ЛЖВИ и медицинские кадры изменили прежнее отношение на толерантное и информированное, удалось остановить эпидемию. К примеру, Таиланд сократил удельный вес беременных женщин, инфицированных ВИЧ, с 2.4% в 1995 году до 0.8% в 2003 году, по тому же сценарию, который был реализован США и странами Западной и Восточной Европы.

Мониторинг показателей стигматизации и дискриминации должен стать неотъемлемой частью национальных систем мониторинга прогресса в предупреждении ВИЧ-инфекции. Проводя исследования на национальном и местном уровнях – района или учреждения – можно получить данные о текущем положении дел и идентифицировать изменения в результате мероприятий и проектов, направленных как на ЛЖВИ, так и на общество в целом. Перед началом мероприятий, с целью предупреждения и борьбы со стигматизацией и дискриминацией, рекомендуется определить показатели мониторинга этих мероприятий.

Не менее релевантными являются Основные стандарты оценки и аккредитации для учреждений первичной медицинской помощи, утвержденные заседанием Президиума CNEAS от 30 июня 2008 года, которые предусматривают мониторинг медицинских служб по уровню знаний и практик в отношении ВИЧ-инфекции. В главе 3 настоящего Руководства говорится, что в рамках мониторинга будет установлено, обладает ли медицинский персонал необходимыми знаниями о риске профессионального инфицирования ВИЧ, ВГВ и ВГС, об универсальных мерах предосторожности по предупреждению передачи инфекции, а также будет определено отношение медперсонала к риску профессионального инфицирования биологическим продуктом, на которые обращают внимание универсальные меры предосторожности. Учитывая данные положения и огромную значимость, которую имеет борьба со стигматизацией и дискриминацией на основании ВИЧ-положительного статуса, надеемся, что информация, представленная в настоящей главе, послужит руководством в деле планирования и мониторинга мероприятий по обеспечению качественных и доступных медицинских услуг для всех граждан Республики Молдова.

## Глоссарий

---

**Альтруизм** – великодушное, благожелательное и незаинтересованное отношение, выраженное в пользу других людей.

**Ареал** – место распространения определенных явлений, мероприятий; сфера деятельности.

**Бисексуализм** – одновременное влечение к представителям обоих полов.

**Путь передачи** – фактор передачи или совокупность факторов, которые реализуют передачу патогенного агента от инфицированного лица к восприимчивому населению.

**Консультирование** – наставление, информирование, предоставление совета.

**Санитарное складирование** – нейтрализация отходов через их складирование в специально оборудованных местах контролируемого складирования.

**Отходы медицинской деятельности** – все опасные и неопасные отходы, сопровождающие деятельность медицинских учреждений.

**Отходы, приравненные к бытовым** – неопасные отходы, чей состав схож с составом бытовых отходов и который не представляет большой опасности для здоровья человека и для окружающей среды.

**Инфекционные отходы** – жидкие и твердые отходы, которые содержат кровь или заражены кровью или другими биологическими жидкостями, а также материалы, которые содержат вирусы, бактерии, паразиты и/или токсины микроорганизмов или вошли с ними в контакт.

**Колюще-режущие отходы** – отходы, которые могут нанести механические повреждения в результате укола.

**Дискриминация** – политика, в результате которой определенная категория граждан государства лишается отдельных прав по необоснованным причинам.

**Эмпатия** – форма познания сущности, в том числе собственного «я», оценка чужого «я» через призму собственного «я» в результате переживаний, отождествления себя с другими лицами.

**Эпидемия** – распространение инфекционного заболевания за краткий период времени путем заражения значительного количества лиц в одном населенном пункте, регионе и пр.

**Заболееваемость** – совокупность новых случаев заболевания, вызванных определенным инфекционным заболеванием в определенный период времени, соотнесенная с общей численностью населения.

**Кремация отходов** – сжигание отходов в специальных установках (сжигателях), с обеспечением температуры обезвреживания отходов и с использованием технологий удержания и очистки газов.

**ВИЧ-инфекция** – инфекционная патология, вызванная ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека).

**Опportunистические инфекции** – инфекции и опухоли, именуемые „приспосабливаемыми инфекциями“, поскольку они пользуются возможностью, предоставляемой ослабленной иммунной

системой (согласно UNAIDS) (грибковые инфекции, опухоли, ассоциируемые с ВИЧ, саркома Капоши, лимфома, пневмония с ППС, вирусные инфекции, вызванные цитомегаловирусом, вирусом герпеса симплекс и зостер и пр.).

**Гетеросексуальность** – сексуальное влечение к лицам другого пола.

**ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека.

**Гомосексуальность** – сексуальное влечение к лицам того же пола.

**Факторы передачи** – конкретные элементы окружающей среды, которые благоприятствуют переходу патогенного агента от инфицированного лица к восприимчивому населению.

**Иммунологическое окно** – период болезни, во время которого патогенный агент не может быть выявлен.

**Биологический флюид** – субстрат, жидкость, секреция или экскреция человеческого организма (например: кровь, слюна, потовыделение, моча, цефало-рахидианная жидкость, амниотическая жидкость, вагинальные выделения, слезная жидкость и пр.)

**Мифы о ВИЧ-инфекции** – искаженные представления о ВИЧ-инфекции, относительно ее передачи, профилактики, восприимчивости и пр.

**Завершающая нейтрализация** – совокупность мер по исключению вероятной опасности и рисков для окружающей среды и состояния здоровья населения со стороны опасных отходов медицинской деятельности.

**Пандемия** – эпидемия, распространенная на обширных территориях: в одной стране, в ряде стран или континентов.

**Превалентность** – повторяемость заболевания (новые и старые случаи), на определенный момент или в определенный интервал времени.

**Промискуитет** – сборище очень разных индивидуумов, которых объединяет сомнительный, противоречивый образ жизни и неприличное поведение, беспорядочные, ничем не ограниченные аморальные половые связи со многими разнополыми партнерами в ужасающих условиях.

**ЛЖВИ** – люди, живущие с ВИЧ-инфекцией.

**СПИД** (синдром приобретенного иммунодефицита) – финальная стадия ВИЧ-инфекции, характеризующаяся необратимым поражением иммунной системы, выраженная возникновением оппортунистических инфекций.

**Система хозяйствования отходов** – совокупность мероприятий по отдельному сбору у их источника, по упаковке, временному складированию, а также по транспортировке и конечной нейтрализации отходов.

**Стигма, Стигматизация** – направить на что-либо или кого-либо общественное презрение, осудить со всей суровостью, заклеить, покрыть позором.

**UNAIDS** – Агентство Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу.



## БИБЛИОГРАФИЯ

---

- Аж Амато-Гаучи для Органа координации, внедрения и мониторинга проектов. План по надзору за ВИЧ в Молдове, 2005–2009.
- Centers for Disease Control and Prevention, ВИЧ and its transmission., ВИЧ Prevention. July. 1999.
- Дискриминация на основании ВИЧ/СПИД в Швейцарии. *Social Science & Medicine* 52 (2001) 1525–1535 (на английском).
- DHS Moldova 2005. Final report. Ministry of Health of Moldova and Macro International. 2005. *Journal of Occupational Medicine* 2006; 56: 275–278.
- EKSTRAND, Maria. How does stigma affect ВИЧ prevention and treatment? A publication of the Center for AIDS Prevention Studies (CAPS) and the AIDS Research Institute. University of California. San Francisco. 2006.
- ГЕОРГИЦЭ ШТ., РОТАРУ Е., БОРДЕНЮК Н. Инструкция по профилактике внутрибольничной ВИЧ/СПИД-инфекции в медицинской практике. Кишинэу. 2006. 82 стр.
- GIGLIOLI, Pier Paolo, *Language and Social Context. Selected Readings*, Penguin Books, 1972.
- Инструкция по надзору и контролю при нозокомиальных инфекциях. Выпуск I, утвержденный Экспертным советом Министерства здравоохранения Республики Молдова, Протокол № 5 от 28 ноября 2008 года.
- Общее руководство по услугам здравоохранения и ВИЧ/СПИД. Международная организация труда, МОТ. Женева. 2005.
- ВИЧ/AIDS Stigma: Finding solutions to strengthen ВИЧ/AIDS programs. International Center for Research on Women. Washington. 2006.
- Матерно-фетальная передача ВИЧ-инфекции и СПИДа (для формирователей). Министерство здравоохранения Республики Молдова, ГУМФ „Николае Тестемицану”, АО „VIS-Viață, Informație, Sănătate”. Издано при финансовой поддержке ЮНИСЕФ, ТВ/СПИД.
- Инструкции о мерах по предупреждению инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) при случайном профессиональном инфицировании медицинских работников. Утверждено Решением главного государственного санитарного врача Республики Молдова № 15 от 20 июля 2006 года.
- Инструкция по профилактике внутрибольничной ВИЧ-инфекции в медицинской практике. Утверждено Решением главного государственного санитарного врача Республики Молдова № 15 от 20 июля 2006 года.
- Interpersonal Communication and Counseling Manual on ВИЧ and AIDS. FHI Nigeria. 2002.
- Kenya AIDS NGOS Consortium (KANCO) Training guide on stigma and discrimination in relation to ВИЧ&AIDS. 2007.
- KIDD, R., CLAY, S. *Understanding and Challenging ВИЧ Stigma: Toolkit for Action. Trainers Guide*. 2003.
- KIDD, R., PRASAD, N. *Reducing ВИЧ Stigma and Gender Based Violence: Toolkit for Health Care Providers in India*. International Center for Research on Women. 2007.
- ЛАЗЭР Г. Деонтологические аспекты в процессе консультации. Курсовые заметки. Бухарестский университет. 2006.
- Закон о профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, утвержденный Парламентом Республики Молдова № 23–XVI от 16 февраля 2007 года.
- ЛУКА Л. Матерно-фетальная передача ВИЧ-инфекции и профилактическое лечение. Научная работа. Кишинэу. 2007. 139 стр.
- МАКСИМ К. Общение в сфере ВИЧ и СПИДа. Joint United Nations Programme on ВИЧ/AIDS. Кишинэу. 2006.
- MICS 2000 Moldova. Final Report. 2001.
- NGO Steering Committee. Code of good practice for NGOs responding to ВИЧ/AIDS – Unedited draft for consultation. March 15. 2004.

- НЯМЦУ Г. Трактат о социальной защите. Яссы: Издательство Polirom, 2003.
- НИКОЛАУ С. Биозтика. Учебник для университетского и доуниверситетского специального обучения. Бухарест: Издательство Universul, 1998.
- Алан ПИС. Язык тела. Бухарест: Издательство Polimark, 1995.
- ПОПЕСКУ Г., Рэдулеску С. Медицина и человеческие сообщества. Бухарест: Медицинское издательство, 1981.
- ПРИСЭКАРЬ В., ГУЦУ Л. Эпидемиологические и эволюционные особенности эпидемического процесса ВИЧ-инфекции в Республике Молдова. Медицинский курьер, 2008. № 4. С. 51–58.
- Protocol for the identification of discrimination against people living with ВИЧ. Coord. by M. Carael. Geneva: Joint United Nations Programme on ВИЧ/AIDS (UNAIDS), 2000.
- РЭДУЛЕСКУ С. Социология здоровья и болезни. Бухарест: Издательство Nemira, 2002.
- Reducing stigma and discrimination related to ВИЧ and AIDS. Training for health workers. EngenderHealth, 2004.
- Reducing ВИЧ Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes. A resource for national stakeholders in the ВИЧ response. Geneva: Joint United Nations Programme on ВИЧ/AIDS (UNAIDS), 2007.
- СКУТЕЛНИЧУК О. и др. Выборка по 576 респондентам PLWHA. Отчетный доклад. Издан при финансовой поддержке ЮНИСЕФ и UNAIDS Moldova, 2008.
- ШАПИРО, Даниэль. Конфликты и Общение: Руководство в лабиринте искусства противостоять конфликтам. Кишинэу: Издательство ARC, 1998.
- Эпидемиологическая ситуация ВИЧ-инфекции/СПИДа. Реализация Национальной программы и задачи на 2009 год. Информационный бюллетень № 15. ННПЦПМ. Кишинэу, 2009.
- Standards for quality ВИЧ care: a tool for quality assessment, improvement, and accreditation. Report of a WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for ВИЧ Care. 10–11 May 2004. Geneva. Switzerland.
- Стереотипы, дискриминация и межгрупповые отношения. Координаторы: Ричард Бурхис, Жак-Филлип Лейен. Перевод с французского Дойна Тоннер. Яссы: Издательство Polirom, 1996.
- ЦЫРДЯ Т., ГРАММА Р. Медицинская биозтика в общественном здравоохранении. Курсовое пособие. Кишинэу: Издательство Bons Offices, 2007.
- The people living with ВИЧ stigma index: building the evidence base understanding the stigma and discrimination experienced by people living with ВИЧ in different countries. By contributions from UNAIDS, IPPEGNP +, ICW, 2008.
- UNAIDS, AIDS epidemic update. December 2007. 60 p.
- UNADIS, IFRCRC. Developing indicators for measuring stigma and discrimination and the impact of programs to reduce it.
- ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы. Пересмотренный руководящий принцип 6. Доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Женева, 2003.
- ВИЧ/СПИД и права человека. Молодежь в действии. Бюро ЮНЕСКО в Москве. ЮНЭЙДС, РОО «Сообщество людей, живущих с ВИЧ». Stella Art Foundation.
- Выполнить обещание. Резюме Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. 25–27 июня 2001 года, Нью-Йорк.
- ОНИЩЕНКО Г.Г. Противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, 2009. № 1. С. 16–21.
- ПОКРОВСКИЙ В.И., ПАК С.Г., БРИКО Н.И., ДАНИЛКИН Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: Издательский дом ГЭОТАР-МЕД, 2004.
- Раскрытие эпидемии ВИЧ/СПИДа: Руководство по благоприятному информированию, этически обоснованному консультированию партнеров и надлежащему использованию отчетности о случаях ВИЧ (сборник ЮНЭЙДС: «Примеры передового опыта» серии «Основные материалы»/ЮНЭЙДС/ВОЗ6. Женева, ноябрь, 2000).
- Учебные модули для базисной медсестринской и акушерской подготовки по предупреждению ВИЧ-инфекции и борьбе с ней. Европейское региональное бюро ВОЗ, 1991.

#### Электронные источники:

<http://www.VIЧcode.org>

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>

[http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/VIЧData/mapping\\_progress.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/VIЧData/mapping_progress.asp) (доступ с 22 августа 2009).

<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102282695.html> (доступ с сентября 2009)