

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 614.253:616.98

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УСТАНОВКИ И ТОЛЕРАНТНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАБОТЕ С ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ ЛЮДЬМИ

¹ Н.Г.Незнанов, ^{1,2} Н.Б.Халезова, ^{1,2} О.В.Кольцова, ¹ Е.В.Селютин, ³ С.А.Погодина, ^{1,4} Ю.П.Линец,
^{1,5} О.В.Емельянов, ⁵ Е.В.Липская, ^{1,6,7} Н.А.Беляков

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П.Павлова, Россия

² Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия

³ Центр оценки, мониторинга персонала и молодежной политики Октябрьской железной дороги, Санкт-Петербург, Россия

⁴ Городская Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

⁵ Городская Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

⁶ Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

⁷ Северо-Западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Санкт-Петербург, Россия

ATTITUDES AND TOLERANCE OF MEDICAL STAFF IN HIV INFECTED PEOPLE

¹ N.G.Neznanov ^{1,2} N.B.Khalezova, ^{1,2} O.V.Koltsova, ¹ E.V.Selyutina, ³ S.A.Pogodina, ^{1,4} Yu.P.Linets,
^{1,5} O.V.Emelyanov, ⁵ E.V.Lipskaya, ^{1,6,7} N.A.Belyakov

¹ First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg, Russia

² Saint-Petersburg Centre for Control of AIDS and Infectious Diseases, Russia

³ Assessment centre, employee monitoring and the youth policy of the October railway — branch of JSC «Russian Railways», Saint-Petersburg, Russia

⁴ City Alexander Hospital, Saint-Petersburg, Russia

⁵ City Mariinsky hospital, Saint-Petersburg, Russia

⁶ Institute of Experimental Medicine, Saint-Petersburg, Russia

⁷ North-West District Centre for AIDS Prevention and Control, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

Материалы и методы: проведено сравнение суждений, установок и профессиональных предпочтений у сотрудников СПбГБУЗ «Центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и специалистов многопрофильных клиник Санкт-Петербурга. Результаты исследования показали, что толерантность и хорошая осведомленность о проблемах ВИЧ-инфицированных помогают медицинскому персоналу лучше относиться к людям, живущим с ВИЧ. Развитие продуктивных отношений с ВИЧ-инфицированными пациентами за последнее время претерпело значительные изменения: те, кто постоянно работают с людьми, живущими с ВИЧ, чаще отказываются от моральной оценки поведения пациента (8,3%), меньше сопереживают (17,5%) и в большей мере используют рациональный подход (56,7%) при оказании профессиональной помощи. Заключение: психологические установки, толерантность и проявления стигматизации различаются у сотрудников Санкт-Петербургского Центра СПИД и многопрофильных клиник. Эволюция отношения к ВИЧ-инфицированным пациентам характеризуется постепенным отказом от моральной оценки, сопереживанием, и формированием рационального подхода к помощи. Развитие специальных знаний по ВИЧ-медицине должно сопровождаться формированием навыков в консультировании, в том числе с использованием психологического вмешательства. **Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, Центр СПИД, многопрофильная клиника, стигматизация, толерантность, психологические защиты.

Objective: to study the readiness of health workers to provide medical and psychological care for HIV infected patients who require special attention due to problems of psychological and social adaptation in connection with the disease. Materials and methods a comparison of opinions, attitudes, and preferences of the professional staff of the Center for AIDS and other infec-

tious diseases and specialists of multidisciplinary clinics in St. Petersburg. The results showed that tolerance and knowledgeable about HIV positive people to help medical staff help better to treat people living with HIV. The development of productive relations with HIV infected patients in recent years has undergone significant changes: those who constantly work with people living with HIV, often abandoning the moral evaluation of the patient's behavior (8,3%) less than empathize (17,5%) and better use rational approach (56,7%) in the provision of professional assistance. Conclusion: psychological setting, tolerance and different manifestations of stigmatization from the AIDS Center staff and multidisciplinary hospitals. The evolution of attitudes towards HIV-infected patients is characterized by the gradual abandonment of moral evaluation of the patient's behavior, empathy and the formation of a rational approach to aid. The development of specialist knowledge on HIV medicine should be accompanied by the formation of skills in counseling, including the use of psychological interventions.

Key words: HIV, AIDS Center, a multidisciplinary clinic, stigmatization, tolerance, psychological protection.

Введение. Научные работы, посвященные оценке отношения к ВИЧ-инфицированным больным, в основном касаются эмоционального выгорания у медперсонала [1, 2], стигматизации больных с ВИЧ-инфекцией [3–8], степени информированности о правилах работы с этими пациентами [9, 10]. Однако по мере накопления опыта работы можно увидеть эволюцию отношения к больным с ВИЧ не только у сотрудников специализированных учреждений Центров СПИД, но и у медицинских работников многопрофильных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов заключается в демонстрируемом предвзятом отношении как простых обывателей, так и специалистов, призванных помогать людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ) [11–13]. На эмоциональном уровне стигматизация сопровождается выражением оценочных суждений о ЛЖВ, обличением их в неприличном, недостойном и развращающем других поведении. На рациональном уровне стигматизация определяет ВИЧ-инфицированного человека как потенциальный источник заражения, представляющий опасность для здоровья окружающих [14].

В свою очередь как реакция на стигматизацию со стороны окружающих у ВИЧ-позитивных людей легко развиваются чувства стыда, вины и изоляции (самостигматизация) [14]. Если выражение стигматизации исходит от медицинского сотрудника, это может стать причиной недоверия к медицинской системе в целом. Пациент с установкой на самостигматизацию затягивает обращение за медико-психологической помощью и отвергает социальную поддержку. Стигматизация и самостигматизация мешают пациенту с ВИЧ раскрывать свой ВИЧ-статус, препятствуют профилактическим мероприятиям, увеличивают число суицидов [14].

В 2010 году проводилось социологическое исследование «Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ

в России» [5], в котором опрос 660 респондентов из 11 городов РФ показал, что проявления дискриминации, стигматизации и нарушения прав людей, живущих с ВИЧ, широко распространены в России. Более половины участников опроса (52%) когда-либо сталкивались с тем или иным видом дискриминации или стигматизации со стороны окружающих по причинам, включающим в себя ВИЧ-статус, в том числе более трети опрошенных (35%) столкнулись хотя бы с одним видом дискриминации или стигматизации в связи со своим ВИЧ-статусом в последние 12 месяцев. Около половины (47%) людей, которые подверглись преследованиям/ограничениям/дискриминации за последние 12 месяцев в связи с их ВИЧ-статусом, причиной называли недостаточную осведомленность окружающих их людей в вопросах передачи ВИЧ-инфекции и соответствующий страх заразиться посредством случайного контакта. Более 1/5 опрошенных (21%) отмечали, что сталкивались с тем или иным видом дискриминации со стороны организаций или учреждений за последние 12 месяцев по причинам, включающим их ВИЧ-статус. При этом чуть менее одной пятой (17%) от тех людей, которые обращались в медицинские учреждения, не скрывая свой ВИЧ-статус, получили отказ в предоставлении медицинских услуг.

Стигматизация ВИЧ-инфицированных больных со стороны сотрудников лечебных учреждений встречается нередко [5]. Около 22% ЛЖВ отказывались посещать районную поликлинику, около 17% отказывались от госпитализации в ЛПУ, не специализирующихся на лечении ВИЧ-инфекции. Лишь менее 1/6 ЛЖВ считали, что медицинские работники никогда не рассказывали другим людям об их ВИЧ-статусе без их согласия, в то время как более четверти (27%) были уверены в обратном. По сравнению с другими сферами взаимодействия в обществе работники здравоохранения

оказались наиболее склонными к проявлению дискриминации к людям в связи с их положительным ВИЧ-статусом — 36% опрошенных считали, что работники здравоохранения проявили дискриминацию, когда впервые узнали об их ВИЧ-статусе. Если говорить о сфере репродуктивного здоровья, то более одной пятой ВИЧ-инфицированных женщин (23%) хоть раз с момента установления диагноза «ВИЧ-инфекция» получали совет от работников здравоохранения не заводить детей [5, 12].

В «Декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ-инфекцией», принятой в ООН еще в 2001 году [15], отмечается «важное значение формирования и укрепления людских ресурсов и национальных медицинских и социальных инфраструктур в качестве приоритетов эффективного оказания услуг в области профилактики, лечения, ухода и поддержки».

Необходимость решения проблем, связанных с ВИЧ, требует от сотрудников всех медицинских учреждений особой подготовки для оказания профессиональной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Из-за предубеждений, установившихся в обществе по отношению к ЛЖВ, а в некоторых случаях даже из-за страха заражения, медицинский персонал может стремиться избегать контактов с ВИЧ-инфицированными больными, что препятствует эффективной работе и осложняет жизнь этих людей.

В настоящем исследовании проанализирована готовность медицинских работников профессионально оказывать медицинскую и психологическую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам.

Цель исследования — определить эволюцию психологических установок, толерантности и отношения к работе с ВИЧ-инфицированными больными у медицинского персонала многопрофильных клиник.

Для реализации этой цели мы сравнили суждения, установки и профессиональные предпочтения у сотрудников Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Центр СПИД), которые компетентны в проблемах ВИЧ-позитивных пациентов, и специалистов многопрофильных клиник, которые в меньшей степени взаимодействуют с ВИЧ-инфицированными больными и могут особым образом реагировать на раскрытие диагноза «ВИЧ-инфекция».

Материалы и методы исследования. Для оценки отношения к работе с ВИЧ-инфицированными

больными проведено анкетирование 109 сотрудников (врачебный и средний медицинский персонал) в двух многопрофильных ЛПУ Санкт-Петербурга и 97 сотрудников (врачебный и средний медицинский персонал, психологи) в Центре СПИД. Данное разделение применялось для оценки отношения к больным у работающих в ЛПУ в зависимости от объема работы с ЛЖВ, информированности и вовлеченности в проблемы больных с ВИЧ-инфекцией. Все специалисты участвовали в анкетировании и психологическом тестировании анонимно и добровольно.

Используемый методический комплекс отвечал цели исследования:

— Разработана полуструктурированная анкета для опроса сотрудников медицинских учреждений. Вопросы поставлены таким образом, чтобы выявить признаки стигматизации по отношению к ВИЧ-инфицированным больным, наличие синдрома эмоционального выгорания у анкетированного, страх собственного риска инфицирования ВИЧ. Дополнительно предлагалось написать о своем отношении к ситуациям, предполагающим столкновение с ВИЧ-инфицированными в быту, то есть вне сферы профессиональной деятельности (модифицированная шкала социальной дистанции Э.Богардуса [20]). Таким образом, анкета включала закрытые и открытые вопросы. К закрытым вопросам прилагался список готовых ответов, из которых было необходимо сделать выбор. Открытые вопросы подразумевали свободную форму ответов.

— Экспериментально-психологические методы. Методика Плутчика—Келлермана—Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI) использовалась для диагностики различных механизмов психологической защиты [16]; методика О.Ф.Потемкиной — для диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере [17]; профессиональные предпочтения оценивались с помощью опросника Дж.Холланда [18].

— Статистические методы. Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием пакета программ Statistica 8.0 (Statsoft Inc., США). Для оценки отличий количественных признаков между группами (при их распределении, близком к нормальному) использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Для показателей, имеющих заметно асимметричное распределение, применялась их симметризация с помощью преобразования, логарифмирования.

Для параметров, распределение которых не было приведено к нормальному при логарифмировании, использовался критерий Манна—Уитни. Дисперсионный анализ проводился с помощью многофакторного критерия Краскела—Уоллиса. Согласованность изменений признаков исследовалась с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В многопрофильных ЛПУ были охвачены опросом врачи различных специальностей, как хирургического, так и терапевтического профиля, из 33 отделений двух многопрофильных клиник Санкт-Петербурга и медицинские сестры. В Центре СПИД (поликлиника и стационар) в исследовании приняли участие врачи различных специальностей, большую часть которых составляли врачи инфекционного профиля, психологи и медицинские сестры. Группы опрошенных медицинских работников в Центре СПИД и в многопрофильных клиник незначимо различались по среднему возрасту, полу, профессии, стажу работы в медицине (табл. 1).

Давность первого взаимодействия с ВИЧ-инфицированными больными была выше у персонала многопрофильных клиник ($p < 0,05$); 45,3% из них

по визуально-аналоговой шкале от 0 (риска заражения нет) до 5 баллов (очень сильный риск) средний показатель составил $1,4 \pm 0,8$ балла, в то время как специалисты Центра СПИД отметили гораздо меньший уровень подобных переживаний ($p < 0,05$) — $0,5 \pm 0,9$ балла. Среди сотрудников Центра СПИД со страхом заражения ВИЧ-инфекцией отмечалось напряжение механизмов психологической защиты (МПЗ): регрессия ($k=0,26$, $p < 0,05$), проекция ($k=0,25$, $p < 0,05$), гиперкомпенсация ($k=0,3$, $p < 0,05$), общая напряженность механизмов психологической защиты ($k=0,31$, $p < 0,05$). У сотрудников многопрофильных клиник страх ВИЧ-инфицирования был ассоциирован с усталостью от работы ($k=0,24$, $p < 0,05$) и проявлялся усилением механизма психологической защиты — вытеснение ($k=0,23$, $p < 0,05$).

Сотрудники многопрофильных клиник отметили большую необходимость изоляции ВИЧ-инфицированных больных от остального общества (12,1%), чем сотрудники Центра СПИД (5,2%) ($p < 0,05$).

По результатам анкетирования можно полагать, что у специалистов Центра СПИД по сравнению с сотрудниками многопрофильных клиник чаще отмечаются чувства душевного переутомления,

Таблица 1

Социально-демографические характеристики медицинских работников Центра СПИД и многопрофильных клиник

Параметры		ЛПУ* (n=109)	Центр СПИД (n=97)
Средний возраст, лет		$36,7 \pm 10,8$	$42,8 \pm 11,9$
Стаж работы в медицине, лет		$15,7 \pm 10,6$	$17,6 \pm 12,0$
Пол	Мужчины	29 (26,6%)	13 (13,5%)
	Женщины	80 (73,4%)	84 (86,5%)
Профессиональная принадлежность	Врачи	52 (47,7%)	48 (49,5%)
	Психологи	—	10 (10,3%)
	Медицинские сестры	57 (52,3%)	39 (40,2%)

* Многопрофильная клиника.

впервые столкнулись с ВИЧ-инфицированными пациентами более 10 лет назад, в то время как среди специалистов Центра СПИД таких 31,2%. Многие специалисты многопрофильных клиник (41,3%) на момент исследования вели до нескольких ВИЧ-инфицированных пациентов в месяц. Они отметили увеличение частоты случаев с ВИЧ-инфекцией среди своих пациентов в настоящее время по сравнению с периодом 5—10-летней давности ($p < 0,05$), когда фиксировалось малое количество случаев за год.

Сотрудники многопрофильных клиник более остро переживали опасность инфицирования ВИЧ:

усталости, эмоционального истощения ($p < 0,05$), конфликты с пациентами ($p < 0,05$), негативное самовосприятие в профессиональном плане ($p < 0,05$), что косвенным образом выявляет у них высокую степень эмоционального напряжения и, вероятно, может являться предвестником профессионального выгорания.

По визуально-аналоговой шкале оценки своего профессионализма в работе (от 0 до 5 баллов, где 0 — считаю, что я далеко не профессионал, 5 — я достиг высшей точки своего профессионализма), специалисты Центра СПИД показали гораздо меньшие ($p < 0,05$) баллы ($1,9 \pm 0,6$), чем сотрудни-

ки многопрофильных больниц ($3,7 \pm 1,2$), что характеризует у них более низкую самооценку своего профессионального мастерства и в определенной мере связано с неизлечимостью ВИЧ-инфекции в настоящее время.

Выраженность душевного переутомления у сотрудников Центра СПИД проявлялась усилением желания сменить работу ($k=0,3$, $p<0,05$), учащением конфликтов с пациентами ($k=0,2$, $p<0,05$), направлением ориентации личности в большей степени на процесс выполнения дела ($k=0,2$, $p<0,05$), нежели на результат; более выраженными становились эгоистические тенденции, чем альтруистические ($k=0,2$, $p<0,05$), повышалась степень гиперкомпенсации ($k=0,2$, $p<0,05$) и уменьшалась степень рационализации ($k=0,2$, $p<0,05$).

У сотрудников многопрофильных клиник уровень душевного переутомления уменьшался с возрастом ($k=-0,3$, $p<0,05$) и медицинским стажем ($k=-0,3$, $p<0,05$), был более выражен с увеличением стажа работы с ВИЧ-инфицированными больными ($k=0,3$, $p<0,05$); негативное отношение близких к работе с ВИЧ-больными проявлялось повышением выраженности фобических переживаний ($k=0,3$, $p<0,05$). Сотрудники многопрофильных клиник наряду с сильным чувством усталости от работы отмечали необходимость изоляции ВИЧ-инфицированных от общества ($k=0,2$, $p<0,05$). Среди механизмов психологической защиты у сотрудников с повышением эмоционального выгорания нарастал тип — проекция ($k=0,2$, $p<0,05$).

Конфликты с пациентами чаще возникали у специалистов Центра СПИД ($p<0,05$), причем частота конфликтных ситуаций была связана с утомляемостью от работы. Конфликтные отношения несколько не влияли на толерантное отношение к ЛЖВ у сотрудников Центра СПИД.

Основная часть вопросов полуструктурированной анкеты была посвящена выявлению стигматизации ВИЧ-инфицированных больных со стороны медицинских работников. На вопрос о том, является ли заражение ВИЧ следствием рискованного поведения, 8,4% специалистов многопрофильных клиник ответили, что ВИЧ всегда является следствием рискованного поведения, в то время как никто из сотрудников Центра СПИД не ответил подобным образом. На вопрос о приверженности ВИЧ-инфицированных пациентов к лечению 35,8% сотрудников многопрофильных клиник затруднились ответить (вероятно, из-за отсутствия информации), в то время как 46,9% специалистов Центра

СПИД ответили, что больные чаще соблюдают режим лечения и сопутствующие рекомендации.

40,2% сотрудников Центра СПИД считали, что государство должно полностью финансировать лечение и профилактику всех ВИЧ-инфицированных пациентов. Эта цифра была меньше ожидаемой, так как с момента формирования службы она была отнесена к социально-значимой и полностью поддерживалась государством. Среди сотрудников многопрофильных ЛПУ подобный ответ встречался несколько реже (в 33,9% случаев), кроме того, эти сотрудники предлагали избирательно предоставлять препараты за государственный счет в зависимости от социального статуса и поведенческих особенностей пациента.

Ответы на открытые вопросы были подвергнуты качественному анализу. Первым вопросом было: «Чему научили вас ВИЧ-инфицированные пациенты?» (табл. 2).

Большинство опрошенных сотрудников многопрофильных клиник (48,6%) затруднялись ответить на данный вопрос. 16,6% считали, что ВИЧ-инфицированные пациенты ничему не могут научить. 25,7% считали, что работа с такими пациентами учит осторожности в отношении ВИЧ-инфекции, чтобы избежать заражения. В некоторых ответах содержался негативный контекст по отношению к пациентам с ВИЧ (например, «Разве они могут чему-то научить?!»).

Сотрудники Центра СПИД чаще ($p<0,05$) давали ответы на поставленный вопрос (табл. 3). На первый план у них выходили ответы гуманистического характера («ВИЧ-инфицированные могут научить жизнелюбию, оптимизму, терпению, толерантности»), подразумевающие принятие больного, эмпатию и позитивное отношение к прогнозу заболевания. Некоторые сотрудники (3,1%) отметили, что работа в Центре СПИД явилась для них новым профессиональным опытом в данной области медицины.

Анкетируемым также предлагался ряд ситуаций, являвшихся продолжением предложения: «С ВИЧ-инфицированным я мог(ла) бы...». Частота встречаемости ответов обеих групп указана в таблице 4.

Сотрудники многопрофильных клиник гораздо реже ($p<0,05$) намеревались вступать в какие бы то ни было отношения, чем сотрудники Центра СПИД, в том числе фиксировали отказ от проживания в одном доме или дворе с ЛЖВ. Все ответы на вопросы, связанные с жизнеустройством и совместным проживанием с ВИЧ-инфицированными, то есть выходящие за рамки отношений

Таблица 2

Ответы сотрудников многопрофильных клиник на вопрос: «Чему научили вас ВИЧ-инфицированные пациенты?»

Варианты ответов	Количество ответов	Частота встречаемости ответа, %
Затрудняюсь ответить, вопрос пропущен, не понял(а) вопроса	53	48,6
Осторожности, особенно при работе с кровью; быть внимательнее к своему здоровью; бояться ВИЧ-инфицированных пациентов; к каждому пациенту относиться как к потенциальному ВИЧ-инфицированному; не вступать в беспорядочные половые связи	28	25,7
Ничему	18	16,6
Терпению, состраданию, милосердию	5	4,6
Упорству	1	0,9
Тому, что ВИЧ — это не приговор	1	0,9
Тому, что социальный статус не гарантирует безопасность в отношении ВИЧ-инфекции	1	0,9
Любить себя	1	0,9
Разве они могут чему-то научить?!	1	0,9

медицинский работник—пациент, нередко указывали на настороженное отношение к ВИЧ-инфицированным. Единственные отношения, в которых при количественном подсчете отсутствовали достоверные различия ($p>0,05$) в обеих группах — это готовность оказать ВИЧ-инфицированному первую помощь.

вательского типа личности и повышением социальной ориентации на свободу.

На вопрос, затрагивающий ситуацию получения диагноза: «Человек, которого Вы давно знаете — Ваш хороший друг — получает диагноз — «ВИЧ-инфекция». Ваши действия по отношению к нему?», ответы обеих групп представлены в таб-

Таблица 3

Ответы сотрудников Центра СПИД на вопрос: «Чему научили вас ВИЧ-инфицированные пациенты?»

Варианты ответов	Количество ответов	Частота встречаемости ответа, %
Затрудняюсь ответить, вопрос пропущен	38	39,2
Оптимизму, жизнелюбию, умению жить с болезнью, никогда не сдаваться, не опускать руки в трудной ситуации, не отчаиваться, философски относиться к неприятностям	16	16,5
Терпению, пониманию, состраданию, внимательному отношению к другим людям	15	15,5
Быть осторожнее, в том числе и в выборе знакомых, не вести рискованный образ жизни, быть внимательнее к своему здоровью	13	13,4
Ничему	5	5,2
Помогли приобрести новый профессиональный опыт (консультирование зависимого поведения, забор крови из труднодоступных вен)	3	3,1
Никому не верить	2	2,1
Спокойно относиться к ВИЧ-инфекции и к ВИЧ-инфицированным пациентам	1	1
Уважать социальный статус	1	1
Пофигизму	1	1
Изворачиваться	1	1
Не было цели у них чему-то учиться	1	1

Снижение толерантности к ЛЖВ у медицинских работников Центра СПИД проявлялось уменьшением выраженности таких механизмов защиты, как проекция и гиперкомпенсация. Для обеих групп анкетизируемых характерна связь между толерантным отношением к больным и усилением исследо-

лице 5. Достоверных различий в частоте ответов у обеих групп обнаружено не было ($p>0,05$). Абсолютное большинство специалистов ответили, что готовы помогать, поддерживать, сохранять дружеские отношения с человеком независимо от статуса ВИЧ.

Таблица 4

Ответы сотрудников многопрофильных клиник и Центра СПИД на вопрос: «С ВИЧ-инфицированным я мог(ла) бы...?», %

Вторая часть вопроса	«Нет» / «Скорее нет»		«Да» / «Скорее да»		«Затрудняюсь ответить»	
	ЛПУ*	Центр СПИД	ЛПУ*	Центр СПИД	ЛПУ*	Центр СПИД
Жить в одном дворе, доме	8,2	0	37,6	97,9	54,1	1,0
Работать (в качестве коллеги)	18,3	2,0	50,4	96,9	29,3	0
Дружить	26,6	3,1	45,0	85,5	26,6	8,2
Познакомить с родными	34,9	6,2	41,2	81,4	19,3	10,3
Оказать первую помощь	6,4	1,0	34,8	89,7	55,0	6,2
Доверить ему (ей) детей на время	61,5	20,6	29,4	57,7	5,5	18,6
Принять в семью, если он — родственник (например, оказавшийся без поддержки или в трудных обстоятельствах)	23,0	9,3	50,5	77,3	22,9	11,3
Принять в семью, если он — приемный ребенок	43,1	27,8	44,0	48,5	8,3	20,6
Выйти за него замуж /жениться	83,5	55,7	12,8	20,6	0	19,6
Отдать замуж дочь/женить сына	89,9	57,7	7,3	16,5	0	21,6

* Многопрофильная клиника.

Другой ситуационный вопрос был поставлен следующим образом: «Ваш ребенок ходит в детский сад (школу), выясняется каким-то случайным образом (а ведь это случается), что в его группе (классе) есть ВИЧ-позитивный ребенок. Что Вы будете делать?» В этих ответах (табл. 6) опрошенные выявляли большее беспокойство, чем при ответах на предыдущий вопрос. Четверть от общего числа специалистов многопрофильных больниц

рассказать своему ребенку о ВИЧ и мерах безопасности, не упоминая об инфицированном ребенке. 4,1 % признали возможным перевод своего ребенка в другое детское дошкольное учреждение или школу.

Следующий вопрос анкеты предлагал назвать ассоциации к слову «ВИЧ-инфицированный» (табл. 7). По результатам варианты ответов условно были объединены по типу отношения к больному

Таблица 5

Варианты ответов медицинских специалистов на вопрос о поведении по отношению друга, получившего диагноз «ВИЧ-инфекция»

Варианты ответов	Частота ответа у сотрудников	
	ЛПУ*, (%)	Центр СПИД, (%)
Поддержу, сохраню дружеские отношения, дам советы относительно терапии, буду всячески помогать, посочувствую, успокою	86,2	92,8
Затрудняюсь ответить, вопрос пропущен	10,1	7,2
Отношение не изменится, но буду гораздо осторожнее в целях исключения моего заражения	1,8	0
Буду выяснять, как мой друг заразился ВИЧ	0,9	0
Изменяю свое отношение к нему	0,9	0

* Многопрофильная клиника.

посчитали необходимым перевести своего ребенка в другой детский сад или школу. 4,6% сообщили, что постараются ограничить общение своего ребенка с ВИЧ-позитивным. 2,7% ответили, что будут требовать перевода ВИЧ-инфицированного малыша в другой детский сад.

Ответы сотрудников Центра СПИД отличались большей лояльностью. 41,2% из них ответили, что ничего не будут делать, а 20,6% — планировали

с ВИЧ-инфекцией — сострадание, морализация, неопределенность, рациональный подход. На рисунке 1 на основе полученных ассоциаций показано, каким образом различались исследуемые группы в зависимости от их отношения к больному. У сотрудников многопрофильных ЛПУ чаще всего встречалось отношение сопереживания к больным с ВИЧ-инфекцией. 27,5% представителей данной группы выражали отношение морализации, ассо-

Таблица 6

Ответы медицинских специалистов на вопрос о поведении в отношении своего ребенка при появлении в одной с ним группе ВИЧ-положительного ребенка

Варианты ответов	Частота ответа у сотрудников	
	ЛПУ*, (%)	Центр СПИД, (%)
Переведу в другой сад/школу	24,8	4,1
Затрудняюсь ответить, вопрос пропущен	22,9	18,6
Расскажу своему ребенку о правилах поведения, о путях передачи ВИЧ, о безопасности, осторожности	19,3	20,6
Ничего не буду делать	18,3	41,2
Ограничу общение с ним моего ребенка (в том числе из-за сопутствующих инфекций, таких как туберкулез)	4,6	1,0
Приглашу учителя/воспитателя, на пояснительную беседу о ВИЧ, составлю мнение о медработниках учреждения, пообщаюсь с родителями ВИЧ-положительного ребенка		4,1
Поговорю с сотрудниками о санэпидрежиме	2,7	
Объясню ребенку, что ВИЧ-положительный ребенок такой же, как все	2,7	5,2
Буду добиваться перевода ВИЧ-инфицированного ребенка	2,7	
Буду требовать от учреждения гарантии безопасности моего ребенка	0,9	
Расстроюсь, буду беспокоиться	0,9	1,0
Пожалею ВИЧ-положительного ребенка		1,0
Если в коллективе будут плохо относиться к ВИЧ-положительному ребенку, встану на его сторону		1,0
Осужу того, кто рассказал всем о болезни ребенка		1,0
Понаблюдаю за поведением ВИЧ-положительного ребенка		1,0

* Многопрофильная клиника.

цируя с ВИЧ-инфицированными такие определения, как «больной неправильного поведения, асоциальный, распушенный». Ассоциации 16% сотрудников многопрофильных клиник выражали рациональный подход к проблемам ВИЧ-инфицирован-

ного подхода чаще встречалось у сотрудников Центра СПИД. Они реже подвергали больных моральной оценке, но и реже сопереживали их трудностям, что вполне объяснимо в связи с постоянным профессиональным общением с этими людьми.

Отношение к больному в ассоциациях к слову «ВИЧ-инфицированный»

Таблица 7

Отношение к больному	Варианты ответов
Сопереживание	Плохо, грустно; несчастный, не повезло; приговор; пострадавший; обделенный; обреченный; страх; беда; жалость; сострадание; неизлечимый; испуганный, испытание; неожиданно; сочувствие; несчастье, беда для близких; нуждается в поддержке; проблема; приговор; горе
Морализация	Наркоман; распушенный; асоциальный; сам выбрал свою судьбу; неправильного поведения; разное; безответственное поведение; больной морально; алкоголик, из мест лишения свободы; сексуально распушенный; потребитель психоактивных веществ; человек с «прошлым»; с ним надо быть осторожнее
Неопределенность	Затрудняюсь ответить
Рациональный подход	Ничего страшного; не приговор; обычный человек; проблема, но с этим живут; пациент требует серьезного подхода; хронический больной; диагноз не крест, не конец жизни; что случилось, то случилось; не такая уж большая проблема; не самое страшное, что может случиться; все не так уж плохо; неприятно, но жить с этим можно; мой пациент такой же человек, как и другие; нуждается в терапии; похоже на сахарный диабет — необходимо постоянно наблюдать; неопасен для окружающих

ных больных, которым необходимо помогать, которых надо лечить и т. п. Отношение к ВИЧ-инфицированным пациентам на основе рациональ-

Чтобы оценить потребности и возможности персонала многопрофильных клиник в профессиональном росте, барьеры, мешающие осваивать им



Рис. 1. Частота встречаемости ассоциаций, соответствующих определенному отношению к больному, у медперсонала многопрофильных клиник и Центра СПИД.

новые знания и опыт, в исследовании были применены психологические методики.

Среди механизмов психологической защиты у всех сотрудников многопрофильных ЛПУ и Центра СПИД чаще преобладали ($p < 0,05$) проекция и рационализация (рис. 2). Показатели уровней вытеснения, замещения и проекции, а также напряженности всех МПЗ в целом были выше ($p < 0,05$) у сотрудников соматических стационаров, чем у специалистов Центра СПИД.

Согласно методике Х.Келлермана и Р.Плутчика, каждая личностная диспозиция связана как с определенной эмоцией, так и с определенным механизмом психологической защиты. Механизм проекции заключается в том, что неосознаваемые и неприемлемые для личности мысли и чувства локализируются вовне и приписываются другим людям, и таким образом объектом критики становится окружающая действительность [19]. Ведущая черта личностей, склонных к проективному механизму защиты, — подозрительность, что может соответствовать паранойяльной настроенности личности. Выраженность этого механизма защиты чаще встречалась у тех сотрудников Центра СПИД, которые переживали страх ВИЧ-инфицирования ($k = 0,25$, $p < 0,05$), менее толерантно относились к ЛЖВ ($k = -0,3$, $p < 0,05$), имели напряженные отношения в рабочем коллективе ($k = -0,23$, $p = 0,05$). У сотрудников многопрофильных стационаров связей между проекцией и описанными характеристиками не найдено.

Вытеснение — механизм, посредством которого неприемлемые для личности импульсы становятся бессознательными. Данный механизм соответствует пассивной диспозиции личности, для которой

характерен уход в себя, инертность, склонность быть зависимым [19]. У сотрудников Центра СПИД с увеличением стажа работы с ЛЖВ уменьшалась выраженность вытеснения ($p < 0,05$).

Замещение — заключается в направленности отрицательных эмоций и чувств на объект, более доступный и менее опасный, чем тот, которые эти чувства вызвал. Замещение характерно для агрессивной диспозиции личности, основная эмоция которой — гнев [6].

Корреляционный анализ показал, что для многих сотрудников Центра СПИД было характерно



Рис. 2. Механизмы психологической защиты у специалистов многопрофильных клиник и Центра СПИД.

сочетание связи проекции и гиперкомпенсации с различными параметрами. Усиление механизмов защиты, таких как проекция и гиперкомпенсация, было характерно для тех, кто считал необходимой изоляцию ЛЖВ от общества ($p < 0,05$), для людей с имеющимися напряженными отношениями в рабочем коллективе ($p < 0,05$), при усилении страха заражения ВИЧ ($p < 0,05$), при уменьшении толерантности к ВИЧ-позитивным больным.

При гиперкомпенсации личность предотвращает выражение неприятных или неприемлемых для нее мыслей, чувств или поступков путем преувеличен-

ного развития противоположных стремлений. Иными словами, происходит как бы трансформация внутренних импульсов в субъективно понимаемую их противоположность. Например, жалость или заботливость могут рассматриваться как реактивные образования по отношению к бессознательной черствости, жестокости или эмоциональному безразличию [6].

Общая напряженность механизмов защиты была невысокой и составила $27,5 \pm 11,8$ у сотрудников многопрофильных стационаров и $22,9 \pm 11,1$ у сотрудников Центра СПИД.

Методика О.Ф.Потемкиной [16] направлена на диагностику социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере. Первая часть методики показывает, что важнее для личности: процесс или результат, альтруизм или эгоизм. Вторая часть включает оценку значимости свободы или власти, содержания работы или денег. Выраженность каждой из установок описывается по 10-балльной системе. Результаты статистического анализа показали низкий уровень социальной мотивации (по всей выборке ни одна из условно обозначенных установок не достигла выраженности 5 баллов) (рис. 3). Показатели в целом были близки по векторам, но отличались количественно.

ников Центра СПИД ведущими были ориентации на альтруизм ($3,9 \pm 2,5$), результат ($3,6 \pm 2,3$), свободу ($3,7 \pm 2,4$). Специалисты соматических больниц отмечали большую ориентацию на труд и на власть, чем сотрудники Центра СПИД ($p < 0,05$). Чем сильнее было стремление к свободе у сотрудников многопрофильных ЛПУ, тем выше был уровень их толерантности по отношению к больным с ВИЧ.

Третья использованная нами авторская методика — опросник профессиональных предпочтений Дж.Холланда [11] — позволяет выяснить склонности, способности и интересы личности. Опросник базируется на теории профессионального выбора, означающей, что большинство людей могут быть отнесены к одному из 6 типов: реалистическому, исследовательскому, артистическому, социальному, предпринимательскому и конвенциональному. Каждый тип характеризуется своими психологическими особенностями: способностями, интересами, складом характера, предпочитаемым окружением. Анкетиремым предлагалось выбрать предпочитаемые ими виды деятельности, способности, которыми они обладают, и виды карьеры, которые им импонируют. Выраженность какого-либо типа определялась набранными баллами.

У всех испытуемых преобладали исследовательский, социальный, артистический типы. Реалисти-

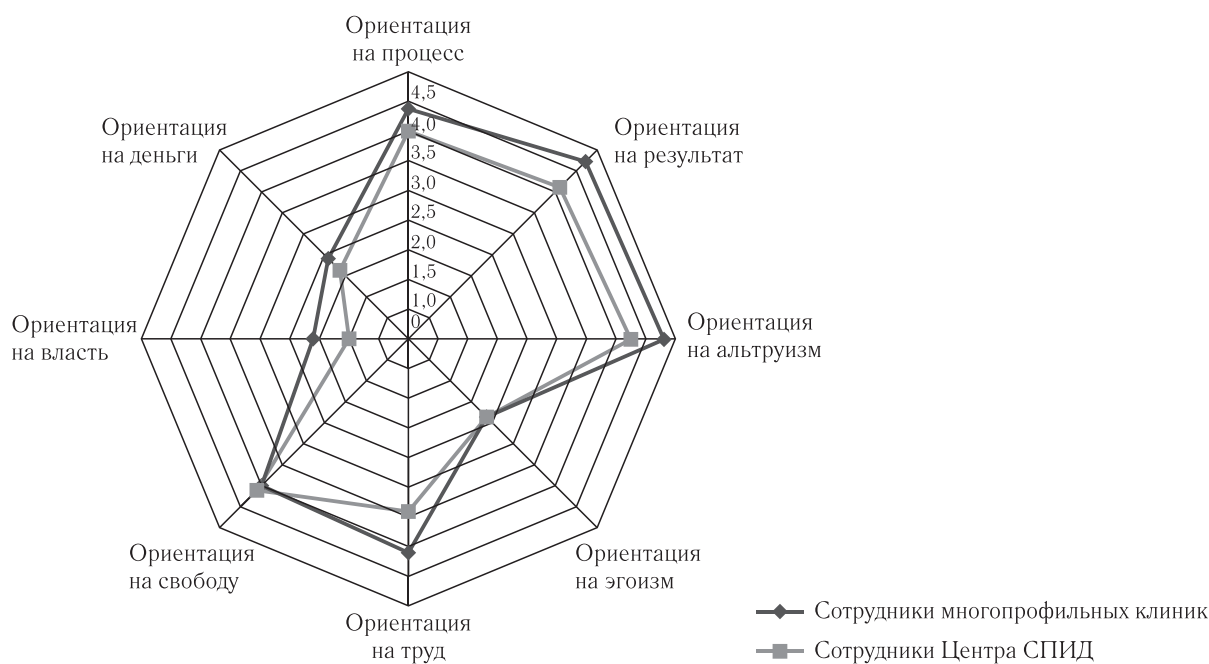


Рис. 3. Социально-психологические установки личности у сотрудников многопрофильных клиник и Центра СПИД.

У сотрудников общих лечебных учреждений преобладали ориентации на альтруизм ($4,5 \pm 2,2$), результат ($4,2 \pm 2,1$), труд ($3,6 \pm 2,1$). Среди сотруд-

ческий тип у специалистов многопрофильных стационаров определялся значимо чаще ($p < 0,05$), чем у сотрудников Центра СПИД (рис. 4).

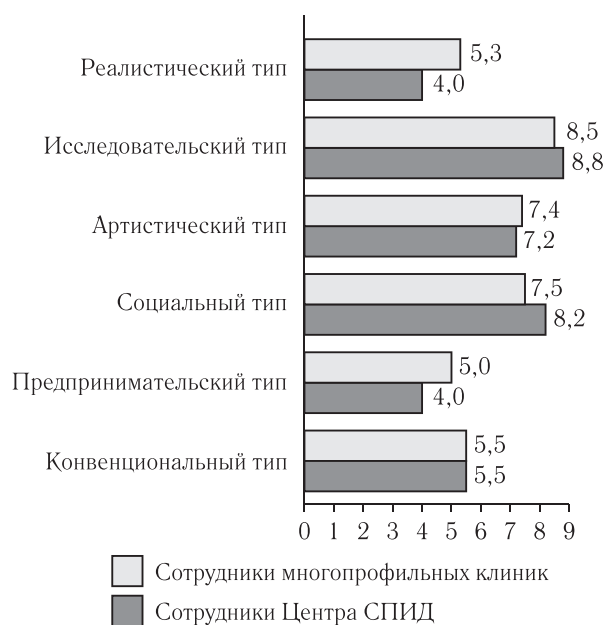


Рис. 4. Профессиональные предпочтения у сотрудников многопрофильных клиник и Центра СПИД.

С возрастом и стажем работы в медицине у сотрудников Центра СПИД уменьшалась ($p < 0,05$) выраженность социального и артистического типов личности. У представителей обеих групп с более высокими баллами по исследовательскому, социальному и артистическому типам чаще отмечалось толерантное отношение к ЛЖВ ($p < 0,05$).

При сопоставлении результатов анкетирования у старшего и среднего медицинского персонала по учреждениям выяснилось, что врачи и психологи Центра СПИД по сравнению с врачами многопрофильных ЛПУ чаще толерантны к ЛЖВ ($p < 0,05$); они допускали возможность связать свою жизнь с ВИЧ-инфицированным человеком ($p < 0,05$), доверить ему воспитание своих детей ($p < 0,05$). Такие механизмы психологической защиты, как проекция и общая напряженность механизмов защиты, были выражены у них сильнее ($p < 0,05$). Они чаще были ориентированы на заработную плату, а не на получение власти ($p < 0,05$). Среди профессиональных типов чаще встречались исследовательский, социальный и артистический ($p < 0,05$).

Среди врачей многопрофильных стационаров хирурги чаще ($p < 0,05$) отмечали собственный риск ВИЧ-инфицирования. По сравнению с врачами терапевтического профиля у них сильнее ($p < 0,05$) было выражено вытеснение неприятных ситуаций, преобладали установки на власть, а не на деньги ($p < 0,05$), более выражены были реалистический ($p < 0,05$), исследовательский ($p < 0,05$), предпринимательский ($p < 0,05$) типы личности.

Средний медицинский персонал соматических стационаров в сравнении с медсестрами Центра СПИД оценивали риск заражения ВИЧ-инфекцией как более высокий ($p < 0,05$) и сильнее беспокоились по этому поводу ($p < 0,05$). У медсестер многопрофильных клиник реже наблюдались конфликтные ситуации с пациентами ($p < 0,05$), но их степень усталости от работы была выражена сильнее. Толерантное отношение к ЛЖВ у них было представлено в меньшей степени ($p < 0,05$) и выше степень МПЗ, таких как вытеснение ($p < 0,05$), замещение ($p < 0,05$), общая напряженность механизмов защиты ($p < 0,05$), сильнее выражены тенденции к достижению результата ($p < 0,05$) и стремление к труду ($p < 0,05$).

Заключение. Среди медицинских работников часто выявляются люди, соответствующие так называемым социальному (до 82%) и исследовательскому (до 88%) типам по своим профессиональным интересам, установкам и предпочтениям. В сочетании с гуманистическими чертами личности, идеализмом, ответственностью перед людьми медики имеют склонность к рациональному логичному анализу. Таковы штрихи к общему портрету человека, который выбирает работу в медицинской сфере. Насколько он сможет удержать и развить свои профессиональные ресурсы во многом зависит от опыта работы и когнитивных установок.

Чувство душевного переутомления, эмоциональное истощение, конфликты с пациентами чаще возникают у сотрудников Центра СПИД (у 78%) по сравнению с медперсоналом многопрофильных клиник (у 34%), что связано с большим числом контактов с ЛЖВ в Центре СПИД, которые из-за проблем психологической и социальной адаптации, обусловленных болезнью, требуют особого внимания и отдачи со стороны медицинского персонала, что ведет к высокой психологической нагрузке. Проведенный анализ показал, что конфликты с пациентами у специалистов Центра СПИД не ведут к ухудшению отношения к ЛЖВ, но снижают профессиональную самооценку. Выявлен более высокий уровень толерантности к ЛЖВ у специалистов Центра СПИД по сравнению с сотрудниками многопрофильных стационаров (до 24,4% в соответствии с 4,1%). Хорошая осведомленность о проблемах ВИЧ-инфицированных людей и толерантность помогают лучше относиться к ЛЖВ, допускают отношения вне работы, в том числе соседские и дружеские контакты. На основе качественного анализа результатов исследования эволюцию отно-

шения к ВИЧ-инфицированному пациенту можно определить в следующей последовательности: а) отказ от моральной оценки поведения пациента, б) умеренное сопереживание, в) формирование рационального подхода к оказанию помощи.

Освоение специалистами знаний по ВИЧ-медицине должно сопровождаться формированием навыков и умений по консультированию, в том числе с применением психологического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляков Н.А., Давыдова А.А., Кутукова О.С., Рассохин В.В.* Профессиональная усталость и синдром эмоционального выгорания среди медицинского персонала в Центре СПИДа // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2010. — Т. 2, № 2. — С. 17–27.
2. *Кольцова О.В., Левина О.С., Рассохин В.В.* Психологические основы взаимодействия с людьми, живущими с ВИЧ // ВИЧ — медико-социальная помощь. Руководство для специалистов / Под ред. Н.А.Белякова. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. — 2011. — С. 266–271.
3. *Голенков А.В., Щербаков А.А.* Сферы дискриминации ВИЧ-инфицированных (по результатам опроса медицинских работников) [Электронный ресурс] // Сайт главного специалиста Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской республики. — URL: <http://www.dagnostika-spida.med.cap.ru/Page.aspx?id=580717> (дата обращения: 15.09.2014).
4. *Иоанниди Е.А., Морозова Н.А.* Особенности клинического течения ВИЧ-инфекции у беременных // Лекарственный вестник. — 2005. — № 5. — С. 41–42.
5. *Стигматизация и дискриминация людей, живущих с ВИЧ в России.* Отчет по результатам социологического исследования. Март 2011. — URL: http://www.positivenet.ru/uploads/2/4/2/9/24296840/stigma_index.pdf.
6. *Gonzalez A., Zvolensky M.J., Parent J., Grover K.W., Hickey M.* HIV symptom distress and anxiety sensitivity in relation to panic, social anxiety and depression symptoms among HIV-positive adults // AIDS Patient Care and STDs. — 2012. — Vol. 26, № 3. — P. 156.
7. *Handbook on HIV and Human Rights for National Human Rights Institutions.* — Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (2007). — URL: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Handbook-HIV_NHRIsAug2007.pdf.
8. *Morin S.F., Charles K.A., Malyon A.K.* The psychological impact of AIDS on gay men // Am. Psychol. — 1984. — Vol. 39 (11). — P. 1288–1293.
9. *Багненко С.Ф., Дубикайтис П.А., Баранов А.В., Рассохин В.В., Беляков Н.А.* Отношение врачей хирургических специальностей к проблеме распространения ВИЧ-инфекции и оказания помощи этим больным // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2011. — Т. 3, № 1. — С. 89–93.
10. *Беляков Н.А.* ВИЧ — осознание вселенской опасности или введение в проблему. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 28 с.
11. *Голенков А.В.* Опыт использования краткой шкалы СПИД-ассоциированной стигмы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2010. № 3. — URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2010_3_4/nomer/nomer01.php.
12. *Голенков А.В.* Причины негативного отношения медицинских работников к ВИЧ-инфицированным и пути его преодоления // Медицинская сестра. — 2008. — № 8. — С. 8–11.
13. *Киржанова В.В., Аверин Ю.П., Ладная Н.Н., Беляева В.В.* О проведении поведенческого надзора среди больных ВИЧ-инфекцией: Метод. рекомендации. — М., 2007. — 121 с.
14. *Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В., Беляева В.В., Ермак Т.Н., Шахгильдян В.И., Козырина Н.В., Буравцова Е.В., Нарсия Р.С., Ладная Н.Н., Круглова А.И., Шипулин Г.А., Богословская Е.В., Серебровская Л.В., Голубцова Е.В., Фролова О.П., Ганкина Н.Ю., Китаева Е.В., Канестри В.Г., Голиусова М.Д.* Сборник нормативно-правовых актов и методических документов по вопросам диагностики, лечения, эпидемиологического и поведенческого надзора ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний: Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации. — М., 2007. — Т. 4. — 296 с.
15. *Официальный сайт ООН.* Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. — URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (дата обращения 27.04.2015).
16. *Кружкова О.В., Шахматова О.Н.* Психологические защиты личности: учебное пособие. — Екатеринбург: Росгоспрофпедуниверситет, 2006. — 153 с.
17. *Райгородский Д.Я.* Психодиагностика персонала: Методики и тесты. — М.: Бахрах-М, 2007. — 439 с.
18. *Елисеев О.П.* Практикум по психологии личности. — СПб., 2003. — С. 386–389.
19. *Вассерман Л.И.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. — СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. — 48 с.
20. *Сонин В.А.* Психодиагностическое познание профессиональной деятельности. — СПб., 2004. — С. 216–218.

References

1. Belyakov N.A., Davihdova A.A., Kutukova O.S., Rassokhin V.V., *VICH-infekciya i immunosupressii*, 2010, vol. 2, No. 2, pp. 17-27.
2. Koljcov O.V., Levina O.S., Rassokhin V.V. *Psikhologicheskie osnovni vzaimodeystviya s lyud'mi, zhivushimi s VICH In VICH — mediko-social'naya pomoshch. Rukovodstvo dlya specialistov* (HIV — medical and social assistance), St. Petersburg: Baltiyskiy medicinskiy obrazovatel'niy centr, 2011, pp. 266-271.
3. <http://www.dagnostika-spil.med.cap.ru/Page.aspx?id=580717>.
4. Ioannidi E.A., Morozova N.A. *Lekarstvenniy vestnik*, 2005, No. 5, pp. 41-42.
5. http://www.positivenet.ru/uploads/2/4/2/9/24296840/stigma_index.pdf.
6. Gonzalez A., Zvolensky M.J., Parent J., Grover K.W., Hickey M. HIV symptom distress and anxiety sensitivity in relation to panic, social anxiety, and depression symptoms among HIV-positive adults, *AIDS Patient Care and STDs*, 2012, vol. 26, No. 3, pp. 156.
7. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIsAug2007.pdf.
8. Morin S.F., Charles K.A., Malyon A.K., *Am. Psychol.*, 1984, vol. 39 (11), pp. 1288-1293.
9. Bagnenko S.F., Dubikaytis P.A., Baranov A.V., Rassokhin V.V., Belyakov N.A., *VICH-infekciya i immunosupressii*, 2011, vol. 3, No. 1, S. 89-93.
10. Belyakov N.A., *VICH — osoznanie vselenskoy opasnosti ili vvedenie v problemu* (HIV — the universal awareness of danger or an introduction to the problem), St. Petersburg: Baltiyskiy medicinskiy obrazovatel'niy centr, 2011, 28 p.
11. http://www.medpsy.ru/mpri/archiv_global/2010_3_4/nomer/nomer01.php.
12. Golenkov A.V., *Medicinskaya sestra*, 2008, No. 8, pp. 8-11.
13. Kirzhanova V.V., Averin Yu.P., Ladnaya N.N., Belyaeva V.V., *O provedenii povedencheskogo nadzora sredi bol'nykh VICH-infekciy* (On conducting behavioral surveillance among patients with HIV infection), Moscow, 2007, 121 p.
14. Pokrovskiy V.V., Yurin O.G., Kravchenko A.V., Belyaeva V.V., Ermak T.N., Shakhgil'dyan V.I., Kozhirina N.V., Buravcova E.V., Narsiya R.S., Ladnaya N.N., Kruglova A.I., Shipulin G.A., Bogoslovskaya E.V., Serebrovskaya L.V., Golubcova E.V., Frolova O.P., Gankina N.Yu., Kitaeva E.V., Kanestri V.G., Goliusova M.D., *Epidemiologicheskii nadzor za VICH-infekciy v Rossiyskoy Federacii* (Surveillance of HIV in the Russian Federation), Moscow, 2007, vol. 4, 296 p.
15. http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/aidsdecl2.shtml (April 27, 2015).
16. Kruzhkova O.V., Shakhmatova O.N., *Psikhologicheskie zashchity lichnosti* (Psychological protection of the individual), Ekaterinburg: Rosgosprofeduniversitet, 2006, 153 p.
17. Raygorodskiy D.Ya., *Psikhodiagnostika personala* (psychodiagnostics staff), Moscow: Bakhrakh-M, 2007, 439 p.
18. Eliseev O.P., *Praktikum po psikhologii lichnosti* (Workshop on the psychology of personality), St. Petersburg, 2003, pp. 386-389.
19. Vasserman L.I., *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya* (Psychological diagnostics index lifestyle), St. Petersburg: Psikhonevol. in-t im. V.M. Bekhtereva, 2005, 48 p.
20. Sonin V.A., *Psikhodiagnosticheskoe poznanie professional'noy deyatel'nosti* (Psychodiagnostic knowledge of professional activity), St. Petersburg, 2004, pp. 216-218.

Статья поступила 27.10.2015 г.

Контактная информация Халезова Надежда Борисовна, e-mail: khalezo@gmail.com

Коллектив авторов:

Незнамов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9А, (812) 274-38-69, e-mail: nezn@bekhterev.ru;
Халезова Надежда Борисовна — к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; врач-психиатр-нарколог Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9А, (812) 274-38-69, e-mail: khalezo@gmail.com;
Селютин Евгений Владимирович — врач-интерн Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9А, (812) 274-38-69, e-mail: jane.seliutina@gmail.com;
Кольцова Ольга Владимировна — к. псих. н., зав. отделом медицинской и социальной психологии Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями; ассистент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53, e-mail: ovkoltsova@yandex.ru;
Погодина Светлана Александровна — социолог Центра оценки, мониторинга персонала и молодежной политики Октябрьской железной дороги, Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 27/21, (812) 436-49-36, e-mail: duffy-devis@yandex.ru;
Линец Юрий Павлович — д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; главный врач Александровской больницы, Санкт-Петербург, пр. Солидарности, д. 4, (812) 583-16-30, e-mail: b17.info@zdrav.spb.ru;
Емельянов Олег Владиславович — д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П.Павлова; главный врач Мариинской больницы, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56, (812) 605-03-03, e-mail: admin@mariin.ru;
Липская Елена Викторовна — к.м.н., зам. главного врача по хирургии Мариинской больницы, Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56, (812) 605-03-03, e-mail: elena.dom@inbox.ru;
Беляков Николай Алексеевич — академик РАН, зав. кафедрой социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; главный научный сотрудник Института экспериментальной медицины; руководитель Северо-Западного окружного центра по профилактике и борьбе со СПИДом, 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, 14.