



# **ПСИХИЧНОЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ И СТРУКТУРИ ЗА ПОДКРЕПА НА ХОРА, ЖИВЕЕЩИ С ХИВ/СПИН В БЪЛГАРИЯ**

**Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН - България  
Глобална инициатива в психиатрията**

**Антоанета Матеева**

**София, България  
2008**

## **Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН - България**

**Ресурсният център за психично здраве и ХИВ/СПИН - България** е основан през септември 2006 г. като част от проекта "Психично здраве и ХИВ/СПИН в Централна и Източна Европа и бившите съветски републики". Проектът се изпълнява от Глобална инициатива в психиатрията и е интегриран като независима програма в структурата на Информационен център за психично здраве - Благоевград.

Основни цели на Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН са:

- подпомагане на здравните и социалните служби, и други заинтересовани групи, чрез предоставяне на актуална информация по проблемите на психичното здраве и ХИВ/СПИН и създаване на мрежи между тези организации;
- насърчаване развитието и повишаване качеството на услугите, предоставяни в областта на психичното здраве и ХИВ/СПИН - включително превенция, лечение, грижа и консултиране. (Ресурсният център не предлага лечение);
- подобряване на взаимодействието между организациите, осигуряващи професионална помощ на хора, живеещи с ХИВ/СПИН и организациите, осигуряващи професионална помощ на хора с психични заболявания; неправителствени организации и групи за самопомощ;
- намаляване на двойната дискриминация по отношение на хората с психично разстройство и ХИВ/СПИН и повишаване информираността за техните проблеми.

За постигане на тези цели Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН развива следните дейности:

- играе ролята на център за събиране, анализ и разпространение на информация на психичноздравна тематика, свързана и с ХИВ/СПИН посредством книги, бюлетини, уебстраници, видеоматериали на достъпен за широката аудитория език;
- организира и провежда проучвания, за оценка на нуждите на хората, живеещи с ХИВ/СПИН и психично разстройство;
- организира информационни и антидискриминационни кампании;
- публикува информационни материали;
- организира обучения на професионалисти (лекари, медицински сестри, психолози, социални работници и др.) и други заинтересовани.

## СЪКРАЩЕНИЯ И АКРОНИМИ

UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS (Програма на ООН за ХИВ/СПИН)
UNCT	Екип на ООН за страната (United Nations Country Team)
UNFPA	Фонд на ООН за население (United Nations Population Fund)
UNICEF	Детски фонд на ООН (United Nations International Children's Emergency Fund) (УНИЦЕФ)
БВП	Брутен вътрешен продукт
ГИП	Глобална инициатива в психиатрията
ГФ	Глобален фонд
ГФБСТМ	Глобален фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария
ДКИ	Доброволно консултиране и изследване
ЕС	Европейски съюз
ИВН	Интравенозни наркомани
КАБКИС	Кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН
МВФ	Международен валутен фонд
МЗ	Министерство на здравеопазването
ММЗ	Мобилно медицинско звено
НПО	Неправителствена организация
НЦЗПБ	Национален център по заразни и паразитни болести
ОЛ	Общопрактикуващ лекар
ООН	Организация на обединените нации
ОФГ	Обсъждане във фокус група
ППБ	Полово предавани болести
ППИ	Полово предавани инфекции
СЗО	Световна здравна организация
СПИН	Синдром на придобита имунна недостатъчност
ХЖХС	Хора, живеещи с ХИВ/СПИН
ХИВ	Човешки Имунodefицитен Вирус

## **БЛАГОДАРНОСТИ**

Проектът „Психично здраве и ХИВ/СПИН в Централна и Източна Европа и бившите съветски републики“ е финансиран от програма TMF на Министерство на външните работи на Кралство Холандия и от Институт „Отворено Общество“-Ню Йорк.

Бихме желали да благодарим за ценната подкрепа и съдействие на: д-р Галя Петрова (Динамика – Център за психотерапия, психологическо и психиатрично консултиране, София), д-р Михаил Околийски (Национален център по опазване на общественото здраве, София), Елена Янкова и Анна Любенова (Фондация "Инициатива за здраве", София), Антоанета Радева, Нела Иванова (Сдружение "Доза обич", Бургас), д-р Ивайло Димитров (директор, Здраве, превенция, социални дейности, заетост и спорт, община Бургас), Мариана Станкова (Сдружение „Адаптация“, Благоевград), д-р Елена Орозова (Регионален инспекторат по превенция и контрол на общественото здраве, Благоевград), д-р Георги Димитров (Областен диспансер за психични заболявания със стационар, Благоевград) и Антоанета Матеева (Български институт за отношения между хората, София).

# СЪДЪРЖАНИЕ

<b>КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ</b>	6
<b>1. Въведение</b>	
1.1. Социодемографски контекст на изследването	9
1.2. Епидемията на ХИВ/СПИН в страната	11
<b>2. Проект и методология на изследването</b>	
2.1. Среда и критерии за подбор	13
2.2. Методология на изследването	13
2.3. Изследователски екип	14
<b>3. Политика и структура на психичното здраве и ХИВ/СПИН</b>	
3.1. Национална психичноздравна политика и услуги в областта на НИВ/СПИН	15 17
3.2. Политика и услуги в областта на ХИВ/СПИН	
<b>4. Психичноздравни проблеми на ХЖХС</b>	
4.1. Психичноздравни проблеми, изпитвани от ХЖХС	20
4.2. Стигмата и дискриминацията: реална и преживявана	21
4.3. Нужди на ХЖХС по отношение на психичноздравни проблеми	24
<b>5. Услуги за доброволно консултиране и изследване</b>	
5.1. Достъп до услугата, използване и удовлетвореност на клиентите	26
5.2. Указания и протоколи	29
5.3. Обучение на екипа и нужди от обучение	30
<b>6. Психичноздравни проблеми на ХЖХС, които са ИВН</b>	
6.1. Организационни структури, политики и управление на програми за ХЖХС, които са ИВН	31
6.2. ХИВ/СПИН и психичноздравни услуги за ИВН	32
6.3. Психичноздравни нужди на ХЖХС, които са ИВН	34
<b>7. Изводи</b>	
7.1. Политика и законодателство	36
7.2. Услуги	36
7.3. Обществени нагласи и психично здраве на ХЖХС	37
7.4. Образование и изследвания	37
<b>8. Препоръки</b>	
8.1. Програмен екип на ГИП	38
8.2. Национална програма за СПИН	38
8.3. Национални НПО, в които се работи по проблема ХИВ/СПИН	39
8.4. Международни НПО и организации	39
8.5. Допълнително проучване	40
8.6. Възможни подходи за програми или за бъдещо проучване	40

<b>ИЗПОЛЗВАНИ МАТЕРИАЛИ</b>	41
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	
Приложение 1: Въпросник за медицински служители и широка общественост	43
Приложение 2: Ръководство за интервю	45
Приложение 3: Насоки за обсъждане във фокус-групи	46
Приложение 4: Списък с интервюирани лица	48

## КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ

Настоящият документ се основава на четири изследвания, извършени чрез методи за бърза оценка, проведени от експерти на Глобална инициатива в психиатрията. Участвали са както подразделението за Югоизточна Европа, разположено в София, така и специалисти от Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН – България, разположен в Благоевград.<sup>1, 2, 3, 4</sup> Основна цел на тази инициатива е да повиши информираността и да насърчи обсъждането на подходящи, навременни и културно съобразени превантивни мерки срещу психичноздравните проблеми сред ХЖХС.

Това може да включва добри практики в областта на: а) развитие на политики, изпълнение и наблюдение; б) застъпничество и защита на човешките права; в) предоставяне на услуги и оценка; г) участие на гражданското общество.

Цели на този сборен документ са:

- описание на общия политически, епидемиологичен и социален контекст в България, сред който може да се анализира темата за психичното здраве и социалното благосъстояние на ХЖХС;
- анализ на актуалната политика, законодателство и административни структури в областта на психичното здраве и ХИВ/СПИН;
- описание на психичноздравните проблеми на ХЖХС, в това число стигматизиране и дискриминиране;
- установяване на проблемните области, свързани с осигуряване на психичноздравна грижа и подкрепа на ХЖХС;
- описание на препоръките на различни заинтересовани страни и предлагане на изводи и приоритети за бъдещо развитие в областта на психичноздравната грижа и социалната и обществена подкрепа за ХЖХС в България.

Изследването се провежда в медицински и социални служби, политически и административни органи, международни заинтересовани организации, НПО и потребителски организации, университетски структури. Съставът на участниците в изследването е широк и включва ръководители, здравни администратори, специалисти по психично здраве и ХИВ/СПИН, общопрактикуващи лекари, ХЖХС и техни роднини, юристи, студенти.

Използвани са различни изследователски методи за постигане на богата и задълбочена картина на ситуацията - анализ на политики и официални документи, преглед на документи, индивидуални дълбинни интервюта, наблюдение на услуги, обсъждане във фокус-групи, съществуващи статистики и епидемиологични изследвания, данни от предишно изследване по темата.

**Резултатите** от настоящето проучване показват, че:

- Съществуват добре разработени политики и планове за действие както в областта на психичното здраве, така и в областта на ХИВ/СПИН. Въпреки това, в тях не се отделя специално внимание върху въпроси, свързани с психичното здраве на ХЖХС.
- Въпреки наличието на документи, предвиждащи съвместни действия между структурите, има сериозна липса на подобни практики на ниво предоставяне на услуги.
- Психичноздравните, социални и ХИВ/СПИН услуги и структури не отчитат специфичните емоционални нужди на хората с ХИВ и няма специални програми или интервенции, насочени към тях.

<sup>1</sup> Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). Evaluation of HIV/AIDS voluntary counseling and testing services in Bulgaria.

<sup>2</sup> Lyubenova, A. (2007). Mental health structure for PLHIV who inject drugs in Bulgaria.

<sup>3</sup> Okolyiski, M., Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). Mental health problems of people living with HIV/AIDS in Bulgaria.

<sup>4</sup> Okolyiski, M., Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). Stigma, discrimination and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Bulgaria.

- Много ХЖХС не ползват съответните за тях услуги, поради страх от стигматизиране и дискриминиране.
- Промените в законодателството осигуряват предоставяне на качествени и достъпни услуги за ХЖХС, но в практиката се срещат сериозни нарушения на тези права, дължащи се на:
  - а) широко разпространено незнание и предубеденост по отношение на СПИН и психичната болест, дори сред специалисти от двете области;
  - б) липса на ефективно наблюдение над системите за здравеопазване и социална грижа;
  - в) процедури и практики, които застрашават тези права.
- ХЖХС, страдащи едновременно с това и от пристрастеност към наркотични вещества, психична болест и/или емоционални проблеми, са подложени на двойна или тройна стигма от обществото. Това, разбира се, оказва отрицателно въздействие върху тях и техните семейства.
- Няма планирано систематично изследване на темата за психичното здраве и стигмата, свързана със заболяването, към ХЖХС. Първите усилия от подобен род са положени от Фондация „Каспар Хаузер“<sup>5</sup>.
- Превантивните мерки и услуги са укрепнали и дават резултати в различни програми и местни инициативи, включително в медиите и училищната система. За съжаление, темата за психичноздравните проблеми на ХЖХС е включена рядко.
- Поради малкия брой професионалисти в страната – психиатри, клинични социални работници, клинични психолози и психиатрични сестри, подготвени за работа с емоционалните проблеми, подобни специалисти не са включени в системата за грижи при ХИВ/СПИН. Културата на мултидисциплинарна работа и прилагането на подхода водене на случай са все още в началото си и не са включени в стандартното университетско обучение на клинични и извънклинични специалисти в областта.

Основните препоръки, разработени от различни организации от областта на ХИВ и психично здраве са следните:

- Включване на темата за психичното здраве на ХЖХС и техните близки сред приоритетите на здравните, социалните и образователните политики и програми.
- Разширяване на съществуващите политики и планове за действие относно ХИВ/СПИН към включване на цели и дейности, свързани с обучение на персонала и предоставяне на психо-социални услуги, изследване на потребностите, оценка на услугите и управление на случаите.
- Засилване на сътрудничеството между министерствата в областта на психичното здраве, СПИН и социалните грижи.
- По-активно въвличане на неправителствения сектор в общия цикъл на формиране, прилагане и оценка на политики.
- Заостряне на общественото внимание към проблема за стигмата и дискриминацията чрез кампании и инициативи, които включват всички заинтересовани страни и местните общности.
- Подобряване на законодателството и процедурите в защита на правото на ХЖХС за поверителност на информацията, тяхното равноправно третиране и социални възможности.
- Подкрепа за разпространяването на съществуващите добри практики, разработени от НПО, които предоставят психо-социално консултиране и работа в мрежа с психичноздравни служби.

<sup>5</sup> Малинов, Павел и др. Проучване нарушаването на пациентските права на хора, живеещи с ХИВ/СПИН при съпътстващи заболявания. (Study on the violation of human rights of the PLHIV/AIDS when having concomitant illnesses) Фондация „Каспар Хаузер“, 2006. Unpublished.



- Включване на психичноздравни специалисти (психиатри, клинични психолози, клинични социални работници, психиатрични медицински сестри) в персонала на службите за доброволно изследване и консултиране.
- Прилагане на подхода водене на случай, индивидуална и групова супервизия и професионално споделяне в практиката на службите, предоставящи услуги за тази група хора.
- Улесняване на достъпа до услуги за труднодостижимите групи хора, напр. затворници, бездомници, употребяваща наркотични вещества и хора с тежки психични болести.
- Развиване на по-ефективни практики за оценка на здравните и социални услуги по отношение спазването на човешките права, поверителност на информацията и ефективни грижи за ХЖХС.
- Развитие на изследвания в областта на психичното здраве и проблемите на ХЖХС.
- Оценка на потребностите от услуги с цел по-адекватно предоставяне на грижи и подкрепа. Оценка на съществуващите за това местни ресурси и трудности.
- Развитие на обединения от организации, които работят в областта на психичното здраве, ХИВ/СПИН, употребяващите наркотични вещества и предоставяне на социална подкрепа (на местно, национално и международно ниво) с цел да се насочи внимание към проблеми, свързани с психичното здраве и да се координират усилията за развитие на програми и стандарти за оценка на качеството на услугите.
- Предоставяне на обучение за различните професионалисти относно психосоциалните аспекти на заболяването и методите за работа с тях, въпроси за защита на човешките права, стигмата и дискриминацията, и професионалната етика.
- Включване на теми, свързани с психичното здраве на ХЖХС и работата с тях, в образователните програми като част от професионалното обучение на специалистите по здравни грижи и социална работа (психиатри, медицински сестри, клинични психолози, социални работници, нарколози, инфекционисти, и т.н.)
- Увеличаване на усилията на различните страни за развитие на международни политики, инициативи и програми, насочени към психичното здраве и социалното благоденствие на ХЖХС и техните близки.

# 1. Въведение

Този документ се състои от четири раздела, в които се описват основните теми, бъдещи тревога във връзка с психичното здраве на ХЖХС в България.

Във **въведението** е представена основна информация за социо-демографския контекст и епидемиологичната обстановка за ХИВ/СПИН в страната.

В **раздел 2** е описано проведеното изследване – критериите за подбора на участниците и използваната методология.

В **раздел 3** се разглеждат съществуващите политики и структури от служби както в областта на психичното здраве, така и в областта на ХИВ/СПИН.

Проблемите, свързани с психичното здраве и нуждите на ХЖХС се разглеждат в **раздел 4**.

Предлаганите услуги за доброволното изследване и консултиране са представени в **раздел 5** – разглежда се тяхната достъпност, използването им и удовлетвореността на клиентите от тях; съществуването на структурирани протоколи и насоки за работа; обучение на персонала и съответните потребности.

Трудностите и нуждите на хората с двойна диагноза, ХИВ и зависимост към наркотични вещества, организационните структури, политики и програми за обслужване на тази група хора са обект на разглеждане в раздели 6, 7 и 8. В тях се обобщават констатациите и анализите, направени в предходните раздели и се предлагат изводи и препоръки конкретно към всяка група заинтересовани страни в тази област.

## 1.1. Социодемографски контекст на изследването<sup>6</sup>

България е разположена в центъра на Балканския полуостров. Северната граница минава по река Дунав, която разделя страната от Румъния. С Румъния има и около 80 километрова сухоземна граница. На запад България граничи със Сърбия и Македония - части от разпадналата се след кървави войни Югославия. На юг страната граничи с Гърция и Турция. Източна граница е Черно море, граничещо също с Румъния, Украйна, Русия, Грузия и Турция.

Територията на страната е 111 хил. кв. км. Населението е 7.6 милиона<sup>7</sup>. Етническият състав е 88% българи, 8% турци, 3% роми, 1% арменци и руснаци. Разпределението по вероизповедание е 85% българско православие, 13% мюсюлмани.

Икономическото положение на България се подобри значително през последните години. Положителен растеж се регистрира от 1998 г. Приватизацията остава основна цел на управлението.

Таблица 1. Нови икономически индикатори:

	2001	2002	2003	2004	2005(а)	2006(б)
БВП (US\$ млрд.) (текущи цени):	13.6	15.6	20.0	24.3	26.7	28.3
БВП ППС (US\$ млрд.) (с):	53.5	57.1	60.8	65.9	71.2	76.7
БВП на глава от населението (US\$):	1,713	1,979	2,550	3,127	3,459	3,686
БВП на глава от населението ППС (US\$) (с):	6,736	7,238	7,756	8,464	9,223	10,003
Реален растеж на БВП (% промяна на годишна база)	4.1	4.9	4.5	5.7	5.5	5.6
Текуща сметка (US\$ млн.)	-986	-873	-1,8	-1,403	-3,153	-2,882
Текуща сметка (% БВП)	-7.3	-5.6	-9.2	-5.8	-11.8	-10.2
Износ на стоки и услуги (% БВП)	55.6	53.1	53.6	58.0	60.8	63.7

<sup>6</sup> Петров, Румен и Матеева, Антоанета. (2008). *Национален доклад за България*.

<sup>7</sup> Wikipedia

Инфлация (% промяна на годишна база)	7.5	5.8	2.3	6.1	5.0	7.2
--------------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Стандартът на живот в България е все още по-нисък от останалите страни в Централна Европа. БВП на глава от населението по паритетна покупателна способност (ППС) през 2005 г. е около 8900 долара. 11% от работната сила е заета в земеделието, а останалата – в индустрията и услугите. Безработицата, достигнала до 14.3% през 2003 г., намалява до 12.7% през 2004 г. и се установява до 11.5% през 2006 г. Икономическият растеж е най-силен в строителството, туризма, услугите и текстилната промишленост, развивани по време на затворената социалистическа търговска система.

**Здравеопазване:** Като цяло, здравните показатели се влошават през последните 15 години - детската смъртност нараства, средната продължителност на живот намалява (особено при мъжете), раждаемостта намалява. Смъртността от сърдечно-съдови заболявания е особено висока. Употребата на алкохол е висока. Пушенето е широко разпространено, включително сред жените и децата. Демографският прираст е отрицателен. Напоследък се наблюдава лек прираст на раждаемостта. През 2000 г. са въведени институциите Здравноосигурителна каса и общопрактикуващ лекар. До 2000 г. състоянието на болниците непрекъснато се влошава. Инфраструктурата бързо запада поради цялостното обедняване около периода на хиперинфлация през 1996-97 г., както и поради лошо управление и пилеене на средства в здравните институции. Практиката на доброволно даване на пари „на ръка“ от страна на пациентите постепенно се превръща от скрито действие в нещо общоприето. През последните 6 години промените в тази област включват единствено увеличаване на инвестициите в болничните сгради. Много лекари от болниците поддържат паралелни частни кабинети и дори клиники за диагностика и консултации. Научните изследвания се финансират главно от международни фармацевтични компании. Висок е процентът на емиграция след медицинските сестри.

### **Социални грижи:**

А) **Безработицата** е все още сериозен проблем за страната. Данни на Агенция по заетостта сочат сериозно намаляване на процента безработни сред икономически активните българи през последните 5 години – от 19.13% (януари 2001) до 8.74% (август 2006). Но тези данни трябва да се разглеждат скептично. На първо място, поради наличието на широк сектор от сива икономика, в който е включена основната част от най-бедното население – главно от ромски произход, както и хората с увреждания. Някои частни български и чуждестранни компании назначават служителите си на минимална работна заплата без осигуровки, понякога и при драстични условия на труд, опасни за здравето и живота. Специален обект на експлоатация са младежите и хората около пенсионна възраст. На второ място, намаляването на безработицата в страната може да се дължи на нежеланието на много българи да се регистрират в бюрата по труда. Темпът на миграция на български граждани в активна възраст е висок и с това част от безработните в страната се превръщат в „гастарбайтери“ в Западна Европа, САЩ и Канада. На трето място, липсва установена и цялостна политика за преодоляване на безработицата и защита на уязвимите граждани от сивата икономика чрез разработване на алтернативни форми на заетост. Мерките обикновено са частични, неефективни и недостъпни за най-бедните слоеве. Това изключително много влошава ситуацията за такива уязвими групи хора като ХЖХС, употребяващите наркотични вещества и психично болни хора. Това ги води до крайна бедност, криминално поведение и ги превръща в обект на злоупотреби. Ако загубят работата си или в резултат на стигматизация напуснат града си, за тях и техните семейства става почти невъзможно отново да намерят прилична работа.

В) **Малцинства:** Положението на ромската общност е особено тежко. Ромите в България са с най-нисък социален статус и голяма част от тях живеят в гета на големите градове. Обикновено са наемани за най-ниско квалифицирана работа и са неграмотни. Най-тежките социални проблеми, като бедност, безработица, престъпност, проституция, просия, търговия зад граница с органи и бебета, са част от начина на живот на преобладаващата част от това малцинство. Основната услуга, предлагана от националните социални програми, е предоставяне на финансова и материална помощ – за отопление, при безработица, за посещаване на училище от децата. Турското малцинство обитава главно села в бедните гранични райони на страната. Използва основно изостанали и непроизводителни, често ръчни технологии за земеделско производство. Младешите от това малцинство или емигрират в чужбина, или работят в строителството, или други сезонни дейности. Липсват специализирани програми за това малцинство. Неговите проблеми са силно политизирани в българското публично и медийно пространство.

## **1.2. Епидемията на ХИВ/СПИН в страната<sup>8</sup>**

България е на кръстопътя на две епидемии с различна динамика и движещи сили. Според Програмата на ООН за ХИВ/СПИН епидемията в района на Източна Европа и Централна Азия е най-бързо разрастващата се и 62% от новозаразените през 2006 г. са сред интравенозните наркомани. Същевременно епидемията в Централна и Западна Европа продължава да се разраства главно сред мъжете хомосексуалисти, които съставят 29% от новозаразените с ХИВ през 2006 г. и числата на новорегистрираните случаи са се удвоили между 1996 и 2006 г.

Все още България е страна с нисък процент ХИВ спрямо цялото население. Въпреки това е изправена пред опасността от бързо развитие на епидемии, съсредоточени в отделни групи, определяни като най-рискови. Вече има подобни епидемиологични и поведенчески данни за групите на интравенозните наркомани, хомосексуалистите мъже и проституиращите. Съществува и опасността от възможно пренасяне на инфекцията сред останалото население, където основен начин за предаване е хетеросексуалния и е възможно възникване на обща епидемия.

За периода 1986-2007 общият брой регистрирани случаи на ХИВ в България е 814, като новите случаи от 2007 са 125. В сравнение за 2005 броят новорегистрирани случаи за година е нараснал с 50%.

От общия брой регистрирани случаи за периода 1986-2007 с известен начин на предаване 76% са хетеросексуални, 13% са интравенозни наркомани и 8% - хомо/бисексуални. 17 случая (2% от всички) са заразени при преливане на кръв и кръвни продукти, като последният подобен е регистриран през 1996. Общо 7 деца (1% от всички случаи) са заразени от майките си.

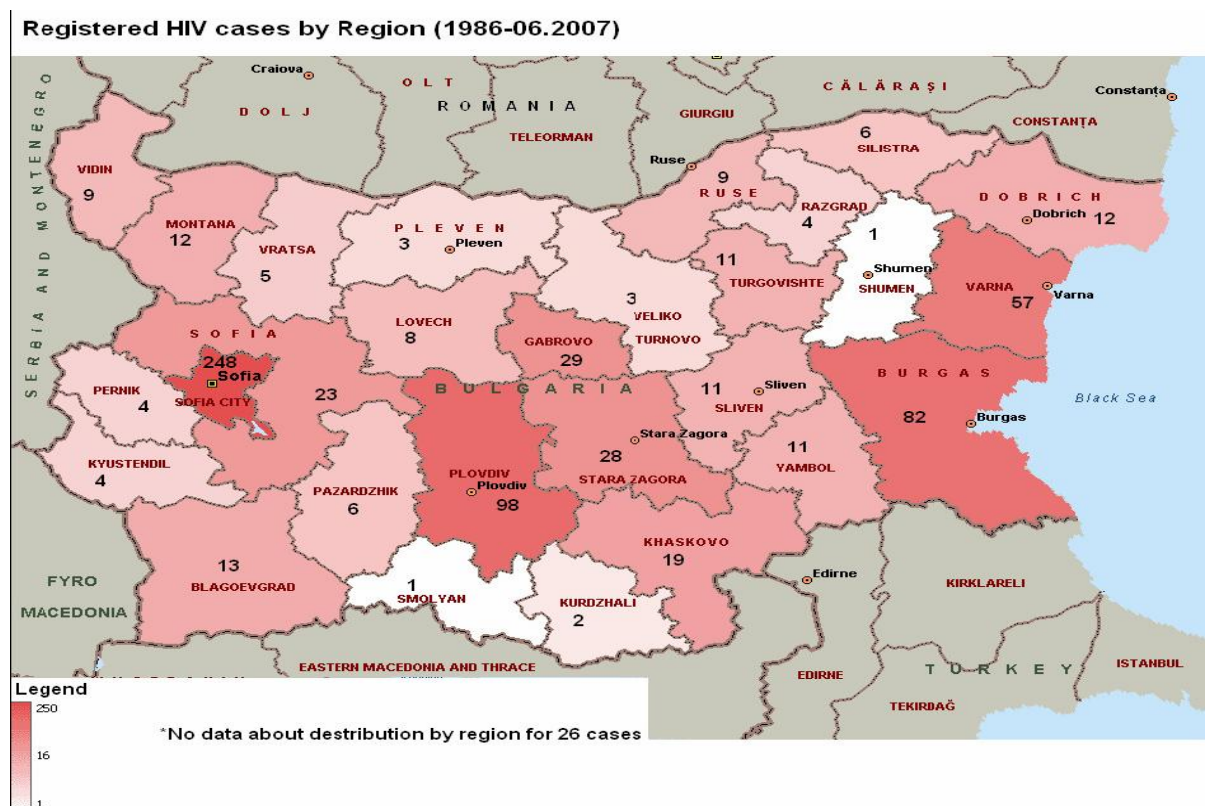
Увеличението на регистрираните случаи след 2004 г. се дължи до голяма степен на активно търсене, предоставяне на услуги по превенция на ХИВ сред рисковите групи, изследване, грижи и подкрепа по програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария.

Разпределението по възрастови групи на новорегистрираните случаи от 2007 г. сочи висок дял на групата 15-24 години (28%). Обезпокоително е, че най-младият заразен е на 16 години. Важно е да се отбележи, че случаите в тази възрастова група са основно сред интравенозните наркомани и мъжете хомосексуалисти.

Регистрираните случаи на ХИВ са съсредоточени в големите градски райони – София, Пловдив, Бургас и Варна. Наблюдава се обезпокоителна тенденция годишният брой случаи, регистрирани в Пловдив (31 през 2006 г.), да е по-голям от този в София (19 през 2006 г.).

<sup>8</sup> В този раздел са ползвани данни от Доклада за напредъка на страната, 2008.

**Фигура 1. – Регистрирани случаи на ХИВ по региони**



Източник: Министерство на здравеопазването, Отдел за превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и полово предавани инфекции, България

## 2. Проект и методология на изследването

## 2.1. Среда и критерии за подбор

Настоящото изследване е разработено през 2007-2008 с цел да опише грижата за ХЖХС и техните семейства със специално внимание върху психичното им здраве. Съответно на тази цел са избрани места, които да осигурят присъствие на всички заинтересовани, ангажирани лица на различни нива:

- a) управление и законодателство;
- b) структури за осигуряване на услуги и подкрепа;
- c) отделни лица и семейства;
- d) групи професионалисти;
- e) общество като цяло и по-специално младежите;
- f) сектор на гражданското общество;
- g) международни участници.

Изследването е проведено главно в столицата на страната София, където се намират основните политически институции и служби. Другият град, в който е проведена голяма част от изследването, е средно големият Благоевград, където е разработен и започнал работа новият Ресурсен център. Три от най-големите български градове (Бургас, Пловдив и Варна), където нарастването на инфекцията е много високо, са включени в изследването чрез опита на местни НПО, работещи в сферата на услуги за ХИВ/СПИН.

Включени са представители на различни целеви групи с цел събиране на различните гледни точки. В това число:

- управляващи и администратори на национално и общинско ниво;
- професионалисти от службите за ХИВ/СПИН и психично здраве (болнични и извънболнични служби) (епидемиолози, гинеколози, инфекционисти, медицински сестри, психолози, психиатри, социални работници, нарколози);
- хора с ХИВ/СПИН и техните семейства от цялата страна;
- представители на обществеността;
- общопрактикуващи лекари;
- студенти;
- представители на международни участници.

## 2.2. Методология на изследването

### *Преглед на документацията*

Направен е преглед на политически документи, законодателство, документация на служби, програми, доклади, вестници и телевизионни предавания, свързани с ХИВ/СПИН и предишни проучвания. Анализираните данни от тези източници позволи на изследователите да съпоставят събраната информация в широк политически контекст.

Освен тези, основни методи са проведени наблюдения на няколко служби, за да се добие пряко впечатление от атмосферата в тях.

### *Качествени методи*

Качествени методи са използвани за събиране и анализ на нови данни. Използвани са за съставяне на хипотези за основните причинители на психичноздравни проблеми при ХЖХС и за получаване на предложения и препоръки за справяне с основните проблеми в тази област. Качествената методология също подпомогна по-доброто разбиране на личните и често болезнени преживявания на ХЖХС и техните семейства, изправени пред дискриминация и стигма.

Два основни качествени метода за събиране на информация са използвани:

- a) индивидуални, дълбинни интервюта с 71 участника

б) 9 обсъждания във фокус група.

Индивидуални интервюта са използвани в контактите с ключови фигури на политическо и служебно ниво с дългогодишен опит в областта на психичното здраве и ХИВ/СПИН или на ръководна позиция. Интервюта са използвани и при споделянето на лични истории от ХЖХС и интравенозни наркомани. Интервюираните са местни представители на заинтересовани организации, хора ангажирани с формиране на политики, здравни професионалисти (медицински сестри, психиатри, социални работници, епидемиолози, лични лекари, психолози), адвокати, учители и студенти от университети, местни лидери.

Обсъжданията във фокус група са използвани за събиране и обсъждане от различна гледна точка на данни от интервютата и от официални документи и статистики. По време на обсъжданията възникват възможни обяснения и препоръки. По време на някои от обсъжданията във фокус група са ползвани интерактивни техники за съставяне на матрица и мозъчна атака за стимулиране на мисленето и креативността на участниците.

В обсъжданията във фокус група участваха професионалисти от НПО, предоставящи здравно обслужване и консултиране на ХЖХС и техни близки, медицински сестри от служби за доброволно изследване и консултиране, общопрактикуващи лекари и психичното здраве, студенти и членове на общността.

#### *Количествени методи*

Използвани са и въпросници за връзка с участници от отдалечени места, за да се разшири географския обхват на изследването. Включени са 5 НПО, работещи по темата в различни градове на страната. За анализа са ползвани и количествени данни от съществуващи епидемиологични изследвания, национални, местни или служебни статистики.

Процесът на изследване преминава през два етапа. На първия етап са разработени и проведени четири отделни проучвания по всяка тема, свързана с психичното здраве на ХЖХС и са написани отделни доклади.<sup>9, 10, 11, 12</sup> На втория етап експерт по изследваната тема, психично здраве и психо-социални грижи обобщава данните и провежда допълнителни интервюта и обсъждания във фокус група, за да се провери и хармонизира съответните анализи в този документ.

### **2.3. Изследователски екип**

Изследването е проведено под ръководството на Ресурсен център за психично здраве и ХИВ/СПИН в Благоевград. В началото на този проект екипът на Центъра е обучен за качествени методи на изследване и е снабден с необходимите инструменти и насоки в помощ на изпълнение на проекта.

Екипът включва шестима изследователи с опит в провеждането на качествено изследване на чувствителни теми с трудно достъпни групи. Имат и професионален опит в областта на психичното здраве и ХИВ/СПИН. Изследването е осъществено с активното участие на две НПО - фондация „Каспар Хаузер“<sup>13</sup> и фондация „Инициатива за здраве“<sup>14</sup> от София.

## **3. Политика и структура на психичното здраве и ХИВ/СПИН**

<sup>9</sup> Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). Evaluation of HIV/AIDS voluntary counseling and testing services in Bulgaria.

<sup>10</sup> Lyubenova, A. (2007). Mental health structure for PLHIV who inject drugs in Bulgaria.

<sup>11</sup> Okolyiski, M., Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). Mental health problems of people living with HIV/AIDS in Bulgaria.

<sup>12</sup> Okolyiski, M., Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). Stigma, discrimination and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Bulgaria.

<sup>13</sup> Фондация „Каспар Хаузер“ е неправителствена организация за подкрепа на хора, засегнати от ХИВ/СПИН. Каспар Центъра предоставя услуги за социална адаптация, консултиране и социално посредничество за хора с ХИВ/СПИН.

<sup>14</sup> Фондация „Инициатива за здраве“ е неправителствена организация, която работи за намаляване на здравните щети сред употребяващите наркотици и проституиращите, както и за тяхното социално приемане и равенство в обществото.

### **3.1. Национална психичноздравна политика и услуги в областта на ХИВ/СПИН**

След политическите и икономически промени от 1989 г. започва реформа в областта на психичноздравната грижа в България като част от необходимите промени в цялостното здравеопазване. Акцент на първата политика в тази сфера са хората с тежки психични разстройства, със задръжки в психическото развитие и злоупотреба със субстанции, чиито права и благосъстояние са най-сериозно нарушени при традиционните практики на институционализираната грижа. През последните почти две десетилетия е разработена и задействана психичноздравна политика, чиято цел е да преобразува съществуващия медицински и институционален подход в услугите за тази група хора в подход, основан на нуждите и грижите в общността. В Министерство на здравеопазването е основан Изпълнителен съвет, който да управлява процеса на промяна в психичноздравната област и да координира различните проекти.<sup>15, 16.</sup>

Движещи сили на промяната са обществени структури и организации. Те проправят пътя като повишават информираността относно унижителната същност на психиатричните институции, за липсата на психичноздравни услуги, за стигмата; последват ги политически, професионални и правителствени структури.<sup>17</sup>

Създадени са няколко организации на хора с тежки психични разстройства и техните роднини, за да предизвикат промените и да се борят със съществуващата стигма и дискриминация срещу тях в обществото и в неговите структури и регулации.

Законодателството в областта на здравеопазването, образованието, социалните грижи и заетостта е преразгледано в посока към по-добро спазване на човешките права, прилагане на нови практики и подкрепа на хората с психични проблеми и семействата им да водят достоен живот.

В момента чрез Министерство на труда и социалната политика протича въвеждане на нови алтернативни услуги (дневни центрове, защитени жилища и информационни центрове) и преобразуване на старите институции. Те са поддържани главно със средства от правителството и ЕС (програми по ФАР). Политиката на децентрализация и наскоро приетият Закон за териториално деление (2008) отново наблягат на голямата роля на местната власт в прилагането на практики в общността.

Независимо от тези положителни стъпки, настоящата ситуация в областта на психичното здраве, както е описана в документите за политика на психичното здраве и от управляващи, професионалисти и потребители, все още се характеризира с:

- традиционен модел на диспансери и болници с малък брой амбулаторни служби като индивидуални или групови практики;
- модел на грижи в общността, разработен на пилотен етап по няколко проекта;
- психиатричните служби са разпределени неравномерно на територията и все още са организирани около биологичното разбиране на психичната болест;
- слаба информираност за емоционалните и социални нужди на хората с психичноздравни проблеми от страна на общество, професионалисти и политици;
- все още силна и непризната психиатрична стигма, водеща до социална изолация и дискриминация;
- липса на ефикасно сътрудничество между различните професионални и управляващи структури;
- сериозна липса на специалисти в областта на психиатрията, клиничната психология и социалната работа, подготвени за водене на случаи и психо-социална рехабилитация на хора с тежки психични разстройства;

<sup>15</sup> Политика за психично здраве 2004-2012.

<sup>16</sup> Jane-Llopis, E. & Anderson, P. (2006). Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: A collection of country stories.

<sup>17</sup> Като споменатото по-горе.



- човешките права на хората с психични проблеми все още се нарушават в практиката;
- управление на системата, неосновано на анализ на здравната икономика и контрол на качеството на предоставената услуга;
- липса на адекватни финансови средства за прилагане на планираните промени.

**По отношение на ХЖХС** подобна ситуация не е много обещаваща. Положителната ѝ страна е в наличието на: а) първоначално признаване на личните емоционални проблеми като легитимен фокус на грижа и подкрепа, б) развитие на структури и стратегии за осигуряването им, и в) опит за демократизиране на процеса чрез включване на гражданското общество, както и с помощта на международна мрежа от организации и структури на ЕС от областта.

В същото време често срещани психични разстройства, тясно свързани с емоционалните проблеми на ХЖХС, са пренебрегвани от общество, здравна политика и система. Слабото познаване на разпространени психични заболявания, представени като моменти на недобро функциониране в емоционалната област, може да обясни често срещаното нехайно отношение към собственото и на другите емоционално благосъстояние. Предразсъдъци и стигма са главните препятствия пред търсенето на помощ, дори когато стресът, депресията и тревожността станат непреодолими. Приема се, обаче, че никое от тези предположения не може да бъде проверено чрез съществуващите фактически данни, защото служебните статистики и епидемиологични проучвания са или ненадеждни, или липсват.<sup>18</sup>

Няколко положителни стъпки за промяна на това положение могат да бъдат открити на политическо ниво. Провежданото в момента национално епидемиологично изследване на психичноздравните проблеми, свързани със стреса (EPIBUL), е основата, на която ще се формира политика и план за действие за преодоляване на разпространени психични разстройства.<sup>19</sup> В областта на популяризиране на психичното здраве и превенция на психичните разстройства са разработени и внедрени национални програми, които могат да имат пряко отношение и към психичноздравните нужди на хората с ХИВ:

- Програма за превенция на самоубийствата, включваща темите за възможността да се определи самоубийствено поведение от страна на специалисти и общопрактикуващи професионалисти; повишаване на чувствителността на обществото към опита за самоубийство и неговите причинители; връзката между психична болест и самоубийство.<sup>20</sup>
- Училищна психичноздравна програма, насочена към създаване на мрежа от училища, които да се грижат за социалното и емоционално развитие на децата с помощта на услуги и образователни дейности за преодоляване на рисковото поведение и стреса в училищната среда.<sup>21</sup>
- Програма срещу злоупотреба със субстанции в превантивната си част, насочена срещу риска от зависимо поведение, подкрепя промените в законодателството по отношение на притежанието на малки количества забранени вещества, както и за създаване на регулации за ограничаване на достъпа до пристрастяващи субстанции.<sup>22, 23</sup>

Други обещаващи стъпки на политическо ниво са свързани със задачите, описани в Политика за психично здраве за координиране и укрепване на мрежа между гореизброените програми и Програмата за превенция и контрол на ХИВ/СПИН; обучение на общопрактикуващите професионалисти в развитие на чувствителност към

<sup>18</sup> Jane-Llopis, E. & Anderson, P., p.36.

<sup>19</sup> Политика за психично здраве 2004-2012.

<sup>20</sup> [www.ncphp.government.bg/projects.php](http://www.ncphp.government.bg/projects.php)

<sup>21</sup> [www.ncphp.government.bg/projects](http://www.ncphp.government.bg/projects)

<sup>22</sup> Jane-Llopis, E. & Anderson, P.

<sup>23</sup> [http://liternet.bg/drugs\\_prevention\\_society/programi/prevencia3.htm](http://liternet.bg/drugs_prevention_society/programi/prevencia3.htm)

психичноздравните проблеми; включване на тема за психичното здраве в курса по здравно обучение в средното образование; разработване на програми и услуги за ранно откриване и намеса не само за тежките, но и при леките психични разстройства.

Като цяло психичноздравните нужди и проблеми на ХЖХС не са обект на специално внимание от страна на психичноздравната политика и служби.

*„Те (първите диагностицирани с вируса ХИВ в България) така и никога не получиха психологическа подкрепа. Те продължават да се борят с травмата от отхвърлянето. Те имат нужда да споделят с някого преживяванията си, но няма с кого.“<sup>24</sup>*

*„Други хора или организации нямат уменията да направят оценка от психологическа подкрепа...Те нямат и ресурсите да го направят. Няма разбиране за необходимостта от специализирано обучение.“<sup>25</sup>*

Същото се отнася и до признаване на уязвимостта на хората с психични разстройства към ХИВ и СПИН чрез някои форми на рисковото поведение. Поради стигмата, която държи скрити проблемите както на хората с психични разстройства, така и на тези с ХИВ/СПИН, и поради недоразвитостта на политика и услуги, основани на данни, в здравеопазването и социалните грижи в България системното проучване на взаимодействието между двете заболявания не се счита за приоритетно.

### **3.2. Политика и услуги в областта на ХИВ/СПИН**

Съществува добре разработена национална политика по отношение на ХЖХС. Основана е главно на два документа – Национална стратегия и Национален план за действие за превенция и контрол на ХИВ/СПИН и ППИ (2001 -2007). Разработени са с цел да структурират усилията на различните правителствени и неправителствени институции за ограничаване на разпространението на инфекцията и броя на хората с ХИВ/СПИН в страната. Дейностите и услугите са организирани в четири приоритетни области на действие:

- Здравно информиране на младежи и уязвими групи;
- Политика на епидемиологично наблюдение и тестиране на ХИВ/СПИН и полово предавани болести;
- Здравеопазване и социални услуги за ХЖХС и полово предавани болести;
- Лечение на ХИВ/СПИН и полово предаваните болести.

От началото на 2004 г. по приоритетите на Плана за действие функционира програмата „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ (2004-2006) с финансиране от Глобален фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария. Основните цели на тази програма са:

- да поддържа ниско разпространението на ХИВ в страната чрез укрепване на инфраструктура и изграждане на капацитет;
- да ограничава рисковото поведение сред уязвимите групи;
- да осигурява достъп до грижи и качествено лечение за целевите групи и хората с ХИВ/СПИН.

Основният фокус на програмата е превантивна работа сред най-заstraшените групи – интравенозните наркомани, мъже и жени сексуални работници, роми, ХЖХС, младежи, хомосексуалисти мъже, затворници.

Една от превантивните мерки, насочена към рисковата група на младежите, е предвидена също и в Националната програма за закрила на детето (2007). Тя е свързана с разширяване на здравното обучение в училище с цел подготовка за отговорно полово поведение, самопредпазване от ХИВ/СПИН и полово предавани болести и употреба на наркотични вещества. В момента здравно обучение по ХИВ се предлага като свободно избираем предмет в 183 училища от 17 общини.

<sup>24</sup> ОФГ с представители на НПО.

<sup>25</sup> ОФГ с представители на НПО.

Основните заинтересовани, които полагат усилия в областта на предоставянето на грижи и подкрепа са: Отдел за превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППБ към Министерство на здравеопазването, Национално звено за епидемиологичен надзор на ХИВ от второ поколение към Националния център по заразни и паразитни болести, Национален център по хематология и трансфузиология, неправителствени организации, работещи по проблема. Инициативите се подкрепят и от международни структури, като агенциите на ООН (UNAIDS, UNFPA, UNICEF), СЗО и ГФБСТМ.

Три са източниците на финансова подкрепа, предоставена през този период за приложението на основните политически документи: държавния бюджет, финансиране от ООН и от Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария. В таблица 1 е показано разпределението на това финансиране на годишна база и според източника.<sup>26</sup>

таблица 2.

година	Държавен бюджет (BGN)	ООН (BGN)	ГФБСТМ (BGN)
2005	4,212,400	820,267	6,867,735
2006	4,965,376	834,754	4,369,791
2007	4,835,666	558,415	4,128,527
<b>Общо за периода 2005 - 2007</b>	<b>14,013,443</b>	<b>2,213,436</b>	<b>15,366,053</b>

Дейности по превенция и предоставяне на услуги се осъществяват както на национално, така и на местно ниво в 19 общини в сътрудничество с 52 НПО, 10 регионални инспектората за опазване и контрол на общественото здраве, Националния център за инфекциозни и паразитни болести, както и 138 училища в 13 общини. Предоставят се обучение, информация и доброволно изследване и консултиране за ХИВ чрез мобилни или стационарни лаборатории.<sup>27</sup>

Дейностите по предоставяне на грижи и терапия се осъществяват главно в рамките на безплатни антиретровирусни програми и активно болнично лечение на заболяването в три големи града. На ХЖХС се предоставя социална подкрепа и пенсии, така както и на другите групи хора с увреждания. Услуги по психологическа и социална подкрепа се предоставят от три НПО в страната.

Изработено е законодателство в подкрепа на правото на поверителност на информацията, свързана със заболяването, както и процедури за неговото прилагане.

Въпреки това, поради все още неголемия брой на ХЖХС в България, повечето дейности са насочени по-скоро към населението като цяло, както и към някои определени рискови групи, отколкото към ХЖХС и тяхното лечение. В следствие на това тези хора се сблъскват с трудности като<sup>28</sup>:

- проблеми с осигуряването на лекарства за постоянното им лечение;
- централизирана система за грижа, осигурявана само в някои от големите градове в страната, което я прави труднодостъпна;
- много лошо състояние на материалната база в болниците;
- признаване единствено на медицинската страна на болестта и пренебрегване на психологичните и социални нужди на ХЖХС и техните семейства;
- липса на специализирани услуги, ориентирани към комплексна и координирана работа с индивидуалните нужди на тази група;

<sup>26</sup> Общо събрание на ООН, Специална сесия за ХИВ/СПИН. Доклад за напредъка на страната: България. Отчетен период: януари 2006 – декември 2007.

<sup>27</sup> Lyubenova, Anna. Mental Health Structure for PLHIV/IDU in Bulgaria.

<sup>28</sup> ОФГ с ХИВ-позитивни и резултати от Националната консултативна група по ХИВ/СПИН 2006.

- практически противоречия между правото на поверителност по отношение на болестта и официалните процедури, чрез които ХЖХС получават социална помощ, медицинска помощ и защита в съда;
- наличие на дискриминативни практики в някои служби в системата на здравеопазване, на работното място и в общността, поради липса на информация, обучение и ефективно наблюдение;
- недобре подготвени за работа със социално изолирани групи служби по лечение и грижа – например с неграмотни, бездомни, без документи и т.н. – което може да породи различни проблеми, ако броят на ХИВ-позитивните употребяващи наркотични вещества рязко се увеличи.

В момента протича процес на преразглеждане на Националния план за СПИН, който ще бъде последван от разработване и приемане на Национална стратегия и план за СПИН за периода 2008-2015 г.

## 4. Психичноздравни проблеми на ХЖХС

### 4.1. Психичноздравни проблеми, изпитвани от ХЖХС

*„Преодоляване на психологичните и здравни проблеми на заразените е основният начин да се осигури по-добро качество на живот за тях.“* (П. Малинов, председател на фондация „Каспар Хаузер“)

Има два основни източника на психичноздравните проблеми сред ХЖХС, установени от интервюираните потребители и професионалисти: а) самото заболяване и способността на индивида да го приеме и да го включи в собствения си аз-образ и живот, и б) способността на близкото обкръжение от роднини, приятели, колеги, здравни и социални работници да разберат и подкрепят индивида в нуждата му да преосмисли и преподреди живота си.

Според специалистите<sup>29</sup>, предоставящи емоционална подкрепа и лечение при различни психичноздравни последствия от болестта в страната, ХЖХС преживяват редица чувства през отделните ѝ етапи. ХЖХС споделят, че в момента на научаването на диагнозата са изпитвали шок и желание да се отхвърли тази информация. В резултат на това отказват лечението и се опитват сами да преодолеят болезнените чувства. Подобно поведение влошава състоянието им. Периодът на приемане на болестта е съпътстван от признаване на неизбежните промени в начина им на живот и от страха на неминуеми загуби и смърт. През този период повечето хора попадат в уязвими и дори депресивни състояния и прибегват до саморазрушителни действия, като употреба на алкохол и наркотици. Други много често срещани страхове през периода на лечение, споменавани от ХЖХС, са свързани с тялото им и с асоциациите, че лекарствата са нещо отровно и вредно. Част от тях се обръщат за помощ към алтернативни на традиционните методи на лечение, които са обществено приети в страната, особено когато заболяването е смъртоносно или свързано с чувство на срам. Според специалистите прекъсването на лечението го прави неефективно и влошава състоянието им. Сериозна тревожност се изпитва и при промяна на лечението или когато състоянието се влоши дотолкова, че шансовете за лечението му се изчерпват. Психичноздравните специалисти поддържат мнението, че темата за смъртта трябва да се обсъжда открито на този етап.

Интервюираните ХЖХС са на позицията, че подобни емоционални проблеми не се взимат под внимание в процеса на лечение и че психичноздравните им нужди остават незадоволени. Обичайните нагласи към тях са, че емоционалните проблеми са нещо лично и човек трябва да се справя с тях сам. Така че те не са признати и не са включени като част от индивидуалния план за грижа и услуги.

Подобни нагласи сочат колко важен е процесът на консултиране за психичното здраве на ХЖХС. Те се нуждаят от среда, която да отразява техните грижи и тревоги и да демонстрира съпричастие и подкрепа. Поради липсата на достатъчно информация за болестта от една страна, и семейната култура да се пазят в тайна от другите въпросите за сексуалния и емоционален живот от друга страна, обичайната реакция на околните е страх да не бъдат инфектирани от заразените. Обикновено този страх се преобразува във възприемане на личността на болния като наивна, неморална или лоша. Подобна преценка води след това до стигма и дискриминиране. Някои от интервюираните описват драстични случаи на отхвърляне от родители и близки, на неприемане и липса на внимание и уважение към личното им достойнство от страна на някои професионалисти. Тези нагласи предизвикват чувства на загуба на перспектива за собственото им бъдеще и водят до опасност от отключване на психично разстройство. Хората изпитват вина, срам, безнадеждност и обвиняват себе си за положението.

---

<sup>29</sup> фондация „Каспар Хаузер“

*"Стигмата и дискриминацията предизвикват у хората... депресия, ниско самоуважение и отчаяние. Отрицателните нагласи към ХЖХС ги подтикваат да се страхуват от стигмата и дискриминацията повече, отколкото от самата болест. Поради разбирането, че другите могат да ги свързват с болестта, мнозина предпочитат да не ѝ обръщат внимание, за да я запазят в тайна."<sup>30</sup>*

Повечето от ХЖХС в България предпочитат да пазят в тайна заболяването си. Това ги обрича на постоянен страх от разкриване, срам и срыв на доверието между тях и техните близки. Чувствата на нелепост в ситуацията, упадък и хаос нарушават способността им да организират и приоритизират нещата от живота им и ги водят до емоционална криза. Според наблюденията на някои от психичноздравните специалисти, поради липсата на обществена и семейна култура за открито обсъждане и споделяне на лични проблеми, дори произнасянето на тайната пред специалист и в доверена среда се превръща в травмиращо преживяване за индивида.

Наличието на психичноздравни проблеми, добавени към ХИВ/СПИН, удвоява стигмата и болезнените преживявания. Поради неадекватната реакция към тези заболявания те се задържат и се влошават.

Когато тайната е споделена със семейството, емоционалното бреме на болестта и свързаната с нея стигма разширяват групата от хора, страдащи от психичноздравни проблеми. За съжаление техните емоционални проблеми не са адекватно оценени и няма достатъчно професионална подкрепа. Единственото място, където биха могли да получат емоционална подкрепа и лечение, са двете НПО, които предлагат специфични програми и насочване към психичноздравни служби.

Специалисти от една от тези служби са установили конкретна група от ХЖХС, които страдат от тежка психическа травма и стрес. Това са първите хора, диагностицирани със СПИН през 1986. Първите установени случаи в страната са били обект на тормоз и насилие. Били са изселени, затворени и изолирани от света без дори да бъдат информирани за причината. Близките им са били изследвани принудително. По-късно те и близките им трябвало да подпишат декларации, че няма да заразяват други хора. След преместването им в болница, част от персонала е отказал да се грижи за тях. Днес специалисти от службата за подкрепа на тези хора твърдят, че „те продължават и досега да живеят в тревога да не бъдат преследвани“ и се нуждаят от професионално лечение.

Всички описани тук преживявания не са били обект на систематична оценка и изследване. Емоционалните аспекти на преживяването да бъдеш болен от СПИН и да живееш с това в България все още остават пренебрегнати.

#### **4.2. Стигмата и дискриминацията: реална и преживявана**

Според изследванията основните причини за стигма в България са: а) страхът от случайно заразяване от ХЖХС и б) моралните оценки и предположения за начина на живот на заразените.

Този страх е свързан отчасти с основния страх, съпътстващ всички заразни болести, като другите полово предаваните болести, и отчасти с факта, че хората не са сигурни за начина на предаване на ХИВ или не се доверяват напълно на придобитото знание за това. Някои от посланията за предаване на ХИВ са едновременно плашещи и неясни – комбинация, която по всичко изглежда е довела до по-голямо объркване и страх, отколкото до стабилно разбиране и осъзнаване. И от това объркване и страх се поражда стигма.

Здравните специалисти считат, че не разполагат с достатъчно знание за начините на предпазване и спешна превенция от предаване на ХИВ/СПИН при хирургически интервенции, раждания и други манипулации с наличие на кръв. Също така споделят,

<sup>30</sup> Малинов, П. и др. Проучване нарушаването на пациентските права на хора, живеещи с ХИВ/СПИН при съпътстващи заболявания. С., Фондация „Каспар Хаузер“, 2006.

че защитните средства включват единствено ръкавици. Защитни очила са налични само в ограничени количества.<sup>31</sup>

*"Работя в здравеопазването. Знам, че ХИВ се пренася само по три основни начина. Но когато вляза в контакт с тях [хора с ХИВ/СПИН] все още съм неспокойна и се притеснявам... В моя случай това е мое задължение, моя отговорност да работя с тях, да стигам до тях. Но всъщност ме е страх."*

(Малинов, П. и др., 2006)

*"...На теория не трябва да дискриминираме, но в съзнанието ни страхът остава. Както каза моят колега, няма да седна до заразени хора, ако ги срещна в кафене, тъй като се притеснявам да не се предава и по някакъв друг начин... Например, мой съсед учител има заразен син. Когато случайно го срещнем, само го поздравяваме набързо. Не искаме да го докосваме."*

(Малинов, П. и др., 2006)

Изглежда тези причини се подсилват от някои медийни описания и неадекватни послания за ХИВ и ХЖХС, популяризиращи отрицателни и плашещи образи – с което засилват страховете и несигурността на хората, вместо да ги подлагат на размисъл и обсъждане.

Моралният аспект на стигмата е свързан с факта, че до момента ХИВ и СПИН са силно свързани в политиката, в програмите и в съзнанието на хората с хомосексуални връзки, инжектиране на наркотици и проституиране, които са считани за социално неприемливи. Това е причината не всички заразени с ХИВ да са обременени с еднаква стигма. Част от участниците в изследването считат, че моралните оценки срещу ХЖХС трябва да се основават на начина, по който са се заразили с ХИВ, както и на стила им на живот. Според членове на общността ХЖХС могат да се класифицират в две отделни групи според причините за заразяване. В едната са тези, които са „пропаднали“ и са заразени поради отклоняващо се поведение, като инжектиране на наркотици и проституция. Тази група заслужава порицание и социален укор.

В България семействата на интравенозните наркомани или проституиращите, заразени с ХИВ, са и силно критикувани, че са пренебрегнали възпитанието на децата си и те са пропаднали.<sup>32</sup>

Основните форми на стигма и проявите им се простират от социална изолация поради страха от заразяване, през употреба на унижаващ и обиден език, до по-драстични форми на дискриминиране и социално маргинализиране на хората, живеещи с ХИВ и техните семейства.

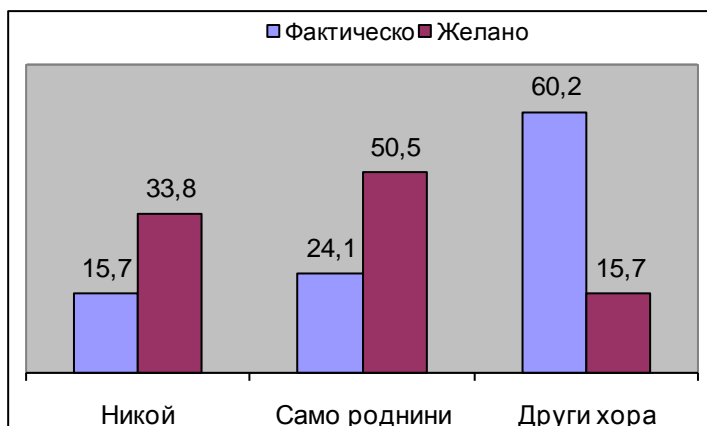
Според ХЖХС има два основни проблема, свързани със съществуващата стигма, която изпитват: а) изтичане на поверителна информация за заболяването и б) отказ от оказване на медицински грижи от някои клиницисти.<sup>33</sup>

Нетолерантни обществени нагласи са причината всеки шести с ХИВ да пази в тайна заболяването си. Почти всеки четвърти го е доверил само на най-близките си роднини. Въпреки това броят на знаещите за болестта им е много по-голям, отколкото биха искали. Причината за това разминаване е нарушаване на поверителността на информацията за заболяването им. На фигура 2 може да се види разпределението в проценти на фактическото и желаното ниво на поверителност за ХИВ статуса на ХЖХС.

<sup>31</sup> Интервюта с медицински сестри и други клиницисти

<sup>32</sup> Документация на фондация „Каспар Хаузер“

<sup>33</sup> Малинов, П. и др. Проучване нарушаването на пациентските права на хора, живеещи с ХИВ/СПИН при съпътстващи заболявания. С., Фондация „Каспар Хаузер“, 2006.



Фигура 2. Проучване нарушаването на пациентските права на ХЖХС при съпътстващи заболявания. (Малинов, П. и др.), 2006

От тези данни може да се направи извод за високото ниво на стигма, което кара ХЖХС да пазят тайна. След като са диагностицирани с вируса, тези хора често са принудени да напуснат работа или са освободени. В резултат на това губят социалното си положение и обкръжение. Живеят в бедност и изолация. Така че разкриването на информация за заболяването прави тези хора по-скоро уязвими в подобна нетолерантна социална среда.

*"Майка ми ме попита защо не съм ѝ казала, че имам СПИН. Но аз още не го знаех. Мислех, че ме лекуват от пневмония."* (Малинов, П. и др., 2006)

*"Кметът ме повика и ме попита наистина ли съм болна от СПИН. Каза ми, че е получил анонимно писмо, но не ми го показва. Не му вярвам и предполагам, че семейният лекар му е казал. Шефът ме принуди да си направя тест и напуснах града."* (Малинов, П. и др., 2006)

*"В спешното отделение докторът ме попита вярно ли е, че жена ми е болна от СПИН и дали е още жива..."* (Малинов, П. и др., 2006)

*"Направиха ми изследване в затвора и целият затвор научи за това. Животът ми стана непоносим!"* (Малинов, П. и др., 2006)

Данните сочат също колко силно е пренебрегването на правата на ХЖХС и липсата на разбиране в обществото на трудностите, които изпитват. Лишени са от възможността да решат сами кога, как и на кого да съобщят за болестта си.

ХЖХС в България понастоящем получават специализирана медицинска помощ в едно от отделенията на Болницата за инфекциозни болести в София. Но тази помощ е само за инфекциите, свързани с болестта. Останалите съпътстващи болести се лекуват според общото здравно законодателство в системата на обществено здравеопазване. Изследването показва две основни дискриминативни тенденции във връзка с този вид помощ: а) отказ от предоставяне на медицински услуги на тези хора, особено при боравене с кръв; б) липса на разбиране от персонала, че СПИН не означава, че пациентът е обречен и че болестта не може да се контролира. В резултат на това техните здравни нужди са сериозно пренебрегнати.

*"Ходих при докторите в моя град и след прегледа ми казаха, че трябва да се оперирам. Наистина имах силни болки! Но когато им съобщих за диагнозата ми, те отказаха да направят операцията. Просто отказаха! Пробвах в друга болница и там също ми отказаха. Не знаех какво да правя. Болката беше непоносима! След това отидох в друг град, не казах нищо за болестта си – какво можех да направя!, направиха ми операцията и сега съм добре..."* (Малинов, П. и др., 2006)

*"Докторът каза: Защо си ми довел пациент с такава диагноза?, и ни изгони от кабинета."* (Малинов, П. и др., 2006)



*"Казах на зъболекаря, че имам СПИН и той отвърна: Не може да стане тук, не в моята клиника. Казах му, че ще платя, но той отказа. Каза: Не мога да те прегледам, тук не е място за хора като теб!"* (Малинов, П. и др., 2006)

*"На хора като теб зъбите просто трябва да бъдат вадени ..."* (Малинов, П. и др., 2006)

Поради тежестта на стигмата ХЖХС предпочитат да не ползват клинично лечение и социални услуги. Някои от интервюираните споделят, че се страхуват да отидат в социалните служби в общината, тъй като трябва да информират за болестта си, когато търсят някаква помощ. Този факт допълнително води до дискриминиране на правата на тези хора да получават равни възможности и грижи като останалите.

*"Просто не ходя на зъболекар. Имам проблеми със зъбите, но като си представя как ще реагират на диагнозата ми за СПИН... Както и да е, не мога да отида и си мълча..."* (Малинов, П. и др., 2006)

В България има добре развито законодателство за правата на човека, включително за ХЖХС (Конституция на Р. България, Закон за народното здраве, Закон за здравно осигуряване, Национално рамково споразумение, Наказателен кодекс). Но според ХЖХС процедурите в съда са много бавни и неефективни. Същевременно поради стигмата и последствията от нея наказанията, наложени от закона, не могат да се приложат на практика. За да заведат дело в съда ХЖХС, чиито права са нарушени, трябва да разкрият тайната си отново и да бъдат изложени на стигма.

Независимо от това, оптимизмът за бъдещето идва от някои усилия срещу стигмата, предприети от правителствени структури, неправителствени организации и медии. В бъдеще те трябва да се насочат към тези фактори, които в момента подкрепят стигмата - страхът от случайно пренасяне и моралните оценки към ХЖХС и техните семейства. Ефективното насочване към тези основни причини за стигма ще позволи и ще насърчи заразените и изложените на риск да предприемат необходимите и подходящи мерки за предотвратяване на понататъшно пренасяне и да живеят здравословно и продуктивно.

### **4.3. Нужди на ХЖХС по отношение на психичноздравни проблеми**

Класифицирането на емоционалните и социални проблеми на ХЖХС, както бе описано по-горе, ще подпомогне управляващите и специалистите да определят психичноздравните нужди на тази група хора и да разработят специфични методи за работа с тях. Подобни политика и практика, основани на факти и доказателства, правят първите си стъпки в българската политическа култура и културата на обслужване.

Според членовете на фондация „Каспар Хаузер“ ХЖХС се нуждаят от постоянна емоционална подкрепа. По тази причина техният център е разработил система от услуги за подкрепа на ХЖХС в процеса на преодоляване на емоционалната криза и адаптиране към новите условия на живот. Тези услуги включват:

- Здравно обучение, което помага на ХЖХС да се ориентират в последствията от своето заболяване и да структурират поведението си към него по конструктивен начин;
- Кризисно консултиране за преодоляване на усещането за шок и загуба;
- Работа по случаи за индивидуална подкрепа на всеки да открие личните си нужди и проблеми и да планира стъпки за решаването им;
- Психологическа оценка със стандартизирани инструменти за ранно откриване на психичноздравни проблеми;
- Групи за самопомощ за намаляване на изолацията и тъгата и за овластяване на ХЖХС;
- Насочване към специализирана психичноздравна грижа при случаи със сериозни психични проблеми.

Специалистите установяват и някои психичноздравни нужди на семействата на ХЖХС, които в повечето случаи са естествената подкрепяща среда, осигуряваща им по-добро психично здраве. Така че центърът предлага като част от психичноздравната си програма за грижи и психологично консултиране и здравно обучение за близките.

В процеса на работа с ХЖХС някои от специалистите осъзнават важността на правната защита и обучение за правата на ХЖХС. Този вид подкрепа увеличава самоуважението им и куража им да се справят със ситуациите на дискриминация.

Добрата практика на центъра в областта на психичноздравните нужди на ХЖХС се признава от управляващите и на службите в областта на лечение и подкрепа на ХИВ/СПИН са дадени препоръки за изпълнение. За съжаление, тя не е част от актуалното положение на грижите поради две основни причини:

- липса на целенасочени инвестиции за оценка на съществуващите практики, липса на обучение на персонала и осигуряване на психичноздравни специалисти в тези служби, липса на внедряване на модерни психичноздравни подходи и технологии;
- липса на ефикасна мрежа за планиране, изпълнение и наблюдение на психичноздравни услуги за хората, работещи на мултидисциплинарен принцип.

Част от потребителите споделят, че е необходима психологична подкрепа в центровете за доброволно консултиране и изследване, където хората научават диагнозата си и са насочвани към специализирано лечение. Понастоящем там работят само клиницисти, но те не са подготвени за работа с емоционалната страна на болестта. До момента единственият център, който е приложил пилотна услуга за психологично консултиране, е в Медицинска академия в София.

Потребители и здравни специалисти са единодушни, че ХЖХС имат нужда да говорят за болестта и страховете си. Това ще им помогне да преодолеят страха, че са сериозно психично болни и да потвърдят естествената си емоционална реакция на тревожност и тъга към болестта. Според някои психиатри в списъка от услуги трябва да бъдат включени и превантивни мерки, като: а) стандартизирана оценка за депресия и други психични разстройства, обичайни за подобна група хора; б) предписване на антидепресанти като успокоителна мярка; в) психотерапевтична работа, насочена към темите за болест, загуба, смърт, самоубийство.

Организирането на съществуващите услуги и тяхното наблюдение по начин, който да осигури уважение към човешките права и поверителност, ще намали тревожността на ХЖХС. В момента според една от добрите практики, приложена в София, името на болестта не фигурира в официалните документи за предоставяне на подкрепа и помощ за тези хора.

## 5. Услуги за доброволно консултиране и изследване

### 5.1. Достъп до услугата, използване и удовлетвореност на клиентите

Доброволното, поверително изследване за ХИВ е бесплатно за българските граждани. Кръвни проби могат да бъдат взети във всяко здравно заведение. Те се изпращат след това в един от 28-те Регионални инспекторати за опазване и контрол на общественото здраве (България е разделена административно на 28 области) или в местен Дерматовенерологичен диспансер за анализ. Ако резултатът е положителен, пробата се изпраща в Националната потвърдителна лаборатория по ХИВ в София. За да се спазва поверителност, копия от документите се изпращат до Министерство на здравеопазването и до местния Дерматовенерологичен диспансер чрез специална служба за доставка. Министерство на здравеопазването докладва на Европейския център за контрол на СПИН в Париж за новите случаи на ХИВ/СПИН на всеки шест месеца.<sup>34</sup>

Един от четирите основни компонента на Националния план за действие, представляващ общата политика на страната, е свързан с политиката на епидемиологичен надзор и тестиране на ХИВ/СПИН и ППБ.

След 2001 г. и приемането на Национален план за действие за превенция и контрол на ХИВ/СПИН Министерство на здравеопазването е отделило значителни суми от годишния бюджет, които да покриват нуждите на страната, сред които са универсално и бесплатно изследване за СПИН и доставка на медицинско оборудване за целите на Националния център по заразни и паразитни болести, Националните референтни лаборатории и лабораториите за ХИВ изследване и за Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве. Част от дейностите по програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ (2004) се отнасят до засилване и популяризиране на услугите за доброволно консултиране и изследване.

Под ръководството на Националния комитет по СПИН и Министерство на здравеопазването и с активната подкрепа и участие на Програмата на ООН за ХИВ/СПИН (UNAIDS) през 2006 г. са проведени консултации с широко участие за универсалния достъп до услугите за ХИВ в България. Съставен е проекто-доклад, който е изпратен за мнения и коментари до основните заинтересовани, в това число UNCT и повече от 40 НПО, работещи с уязвими общности по програма на Глобален фонд.

Укрепването и разширяването на мрежата от центрове за доброволно консултиране и тестиране за осигуряване на леснодостъпни, доброволни и недискриминативни услуги е представена като една от успешните практики в програмата.<sup>35</sup> Първоначално през 2003 г. с финансова помощ от СЗО са установени 9 центъра за доброволно консултиране и изследване. Понастоящем тяхното функциониране, заедно с десетте нови подобни центъра, се финансира от ГФ. България е първата страна в района, приложила съгласувана политика за насърчаване на доброволно и бесплатно консултиране и изследване за ХИВ. В момента 12 от 19-те центъра за доброволно консултиране и изследване се координират от Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве; 1 – от Национален център по заразни и паразитни болести (към Национална потвърдителна лаборатория за ХИВ) и 6 – от НПО. Могат да се открият редица важни въпроси, свързани с осигуряването на услуги за доброволно консултиране и тестиране в страната:

- анализът на данни сочи повишен процент на посетители от целевите групи към постоянните центрове за доброволно консултиране и изследване в резултат на активното насочване от страна на НПО;

<sup>34</sup> Overview of HIV/AIDS in South Eastern Europe 2002.

<sup>35</sup> Доклад за напредъка на страната 2008.

- услуги за доброволно консултиране и изследване за целевата популация се осигуряват по различни начини, в това число 19 самостоятелни центъра, 5 центъра за интравенозни наркомани, 8 здравни и социални центъра в ромски квартали и 12 мобилни медицински звена;
- от 2004 и 2005 г., в сътрудничество с Министерство на правосъдието, центрове за доброволно консултиране и изследване достигат и до лишените от свобода, например в затворите в Бургас, Плевен, София и Стара Загора. От декември 2006 г. има съвместна заповед на Министерство на здравеопазването и Министерство на правосъдието, регулираща редовното осигуряване на услуги за доброволно консултиране и изследване във всички 12 места за лишаване от свобода и 4 центъра за задържане;
- три от самостоятелните центъра за доброволно консултиране и изследване предоставят разширени услуги, включващи не само безплатно консултиране и тестване за ХИВ, хепатит В и С и сифилис, но и безплатно изследване и лечение на ППБ, главно за уязвимите групи.

Увеличаването на броя регистрирани случаи след 2004 г. до голяма степен се дължи на активното финансиране, осигуряване на услуги за превенция на ХИВ сред рисковите групи, насочване за тестване, грижа и подкрепа в рамките на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“, финансирана от ГФБСТМ. Броят на случаите на ХИВ, открит в резултат на мрежата от центрове за доброволно консултиране и изследване и от дейностите на НПО за популяризиране на тези услуги, е нараснал от 3 през 2003 до 40 през 2006 г.

**Таблица 3. Брой новорегистрирани случаи на ХИВ, България, 2000-2006 г.**

Година	Общо регистрирани случаи	Насочени от здравни заведения	Насочени от центрове за ДКИ и НПО
2000	49	49	-
2001	40	40	-
2002	43	43	-
2003	63	60	3
2004	50	44	6
2005	83	69	14
2006	91	51	40
<b>TOTAL</b>	<b>419</b>	<b>356</b>	<b>63</b>

Според анализа на данните темпът на растеж на откриване на случаи при ДКИ и НПО е 6 пъти по-висок от този при здравните заведения, извършващи диагностично и скринингово изследване.<sup>36</sup>

**Източник: МЗ, Отдел за превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ**

Ефективността на дейностите по програмата се осигурява и от повишаване на националните стандарти и добри практики за предоставяне на услуги в общността. Резултатите от Национален съставен индекс на политиките (НСИП) част А и Б отбелязват като основен напредък в прилагане на превантивни програми в страната увеличаването на покритието (като територия и население) на целевите групи, достигнати със конкретни услуги. Значително увеличение се наблюдава в процента представители на рисковите групи, изследвани за ХИВ през 2006 в сравнение с 2004 г.

През 2006 г. процентът на проституиращите, съобщили, че са преминали изследване за ХИВ и знаят резултата му, е 53% (548 от 1 041 отговорили), което показва тенденция на значително нарастване в сравнение с данните за същата група от 2004 г. – 35%. Тенденцията на значително нарастване се обяснява с активното популяризиране на услуги от НПО и от самостоятелни центрове за ДКИ. Това се доказва от високия процент проституиращи, достигнати с програми за превенция на ХИВ през същата година – 77% , въпреки че тази група и по-специално работещите на улицата, остават труднодостъпни поради честите акции на полицията. Процентът

<sup>36</sup> Доклад за напредъка на страната 2008.

интравенозни наркомани, съобщили, че са преминали изследване за ХИВ и знаят резултата му, показва двойно увеличение (от 17% през 2004 до 38% през 2006 г.). Процентът на мъже хомосексуалисти, съобщили, че са преминали изследване за ХИВ и знаят резултата му е 29% през 2006 г. (57 от 199 отговорили).<sup>37</sup>

Една от добрите практики, докладвани от правителството, е анализът и оценката на ситуацията на местните нужди и ресурси за избор на райони от гледна точка на възможно бързо разпространение на ХИВ за прилагане на интервенции по програмата. Въз основа на това, услуги за целевите групи са осигурени главно в 19 от 28-те области. Установена е допълнителна инфраструктура за осигуряване на достъпност и покритие на специфични услуги за труднодостъпни групи, в това число 19 центъра за ДКИ, 12 мобилни медицински звена, 5 центъра за интравенозни наркомани и 8 здравни и социални центрове в общността за роми.



**фиг. 3.** Инициативата за мобилна подкрепа беше иницирана през 90-те години на 20 век, когато в рамките на финансирана от СОПОС програма бяха създадени 6 мобилни медицински звена (ММЗ), оборудвани и специализирани за работа с проституиращи във Варна, София, Русе, Пловдив, Хасково и Бургас. Всички те функционираха под ръководството на Министерството на здравеопазването. Поддръжката им беше предоставена на няколко местни НПО, а медицинския персонал беше

осигурен от местните клиники по ППИ. Това даде възможност ММЗ да функционират като връзка между проституиращите, клиниките по ППИ и други здравни и обществени служби.

В рамките на програма „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН“ през 2005 беше одобрено въвеждането на 12 мобилни медицински звена за предоставяне на безплатно и доброволно изследване и консултиране за ХИВ сред различни уязвими групи в отделните градове – интравенозни наркомани, проституиращи и роми, групи сред които се провеждат разяснителни дейности.

Интервюираните потребители и професионалисти от центрoвете за ДКИ потвърждават, че достъпът и използването на тези услуги са добри и клиентите са доволни. Обясняват този успех с информацията и инициативите, представени в медиите, както и с въвеждането на здравно обучение в училищата.

Един от проблемите, посочен от специалистите, е навременното осигуряване на лекарства. Другият е централизираната система за грижа, т.е. след първия тест в местния център за ДКИ клиентът с положителен резултат трябва да отиде в Потвърдителната лаборатория в София за повторно тестване. Липсата на услуги за емоционална и социална подкрепа принуждават понякога клиентите да се връщат в центъра за ДКИ, където вече са формирали някакво доверително отношение.

Някои центрове за ДКИ разполагат с въпросници за оценка на удовлетвореността на клиентите, но те не се ползват често и при планиране на политиката и управление на услугата. Този факт е част от цялостната липса в страната на практики, основани на данни. Единственият критерий за удовлетвореност на клиента е повторното му връщане за консултация или помощ.

Другият проблем е, че се предоставя трудно консултиране в КАБКИС поради: а) липса на достатъчно персонал за изследване и б) липсата на добре подготвени служители, запознати както с клиничната страна на болестта и процедурите по

<sup>37</sup> Пак там.

изследването, така и с емоционалните преживявания по време на тези процедури и с психологичните подходи, подходящи в подобни случаи.

Хората в по-малките градове са по-малко склонни да се изследват, тъй като местната среда прави невъзможно гарантирането на поверителност. Според интервюираните специалисти хората обикновено идват при тях в по-големите градове и предпочитат центровете на НПО, поради липсата на доверие. Страхуват се, че правилото на поверителност е много по-лесно да се наруши в малката общност или в правителствени структури. („Те просто ни познават там.“)

## **5.2. Указания и протоколи**

След присъединяването си към ЕС на 1 януари 2007 г. България е включена във всички големи европейски мрежи и инициативи за превенция и контрол на ХИВ и за политики и практики за изследване. Но още през 2000 г. е открит първият център за ДКИ към Медицинска академия в София с материалната и методологична подкрепа на местния клон на „Лекари без граници“. Още от самото начало е създадена традиция да се комбинира тестирането с предварително и последващо консултиране.

В момента мрежа от центрове за ДКИ, наречени Кабинети за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН (КАБКИС) е развита на територията на цялата страна като част от местните отдели на РИОКОЗ или като услуги на НПО. През този период МЗ с подкрепата на НЦЗПБ и ПРООН разработи няколко указания в подкрепа на работата на специалистите от центровете. Едно от тях е „Наръчник за Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за ХИВ/СПИН“ (2003), където са описани процедурите по предварително и последващо консултиране. Главните теми при консултирането са:

Консултиране преди тестиране:

- Обяснение на същността и начина на действие на теста, който ще се прилага;
- Обяснение на значението на резултатите и какво означават те по отношение на болестта;
- Оценка на риска на клиента, която включва потенциалните фактори за заразяване с ХИВ;
- Информирание за съществуващите превантивни мерки за избягване на опасностите от заразяване;
- Интервю и оценка на способностите на клиента да се справи със стреса при евентуален позитивен резултат и как да се продължи напред при отрицателен резултат;
- Уговаряне с клиента на процедурата по тестиране и информирано съгласие за нея.

Консултиране след тестиране:

- А) За клиенти с положителен резултат
  - Обявяване на резултата;
  - Емоционална подкрепа;
  - Обсъждане на желанието на клиента да разкрие информацията;
  - Уговаряне на насочване към специализирана грижа.
- В) За клиенти с отрицателен резултат
  - Обявяване на резултата;
  - Консултиране за рисковото поведение и превантивните мерки;
  - Уговаряне на бъдещи консултации при необходимост.

„Ревизирани указания за консултиране, изследване и насочване при СПИН“ (2004) се ползва също от специалистите в центровете за ДКИ. Там са включени теми за процеса на информиране на клиента за диагнозата, за превантивно консултиране за ХИВ, който осигурява превантивно консултиране, за възможни бариери в процеса на консултиране, за осигуряване на висококачествено превантивно консултиране, за

насочване към специализирани услуги и за типичните нужди на клиентите при насочването.

### **5.3. Обучение на екипа и нужди от обучение**

Служителите в първите центрове за ДКИ са обучени от чуждестранни специалисти от финансиращите структури. Например, екипът на първия подобен център в България, открит от „Лекари без граници“, е подготвен по този начин.

След разработването на политика и програма с помощта на ГФ се провеждат редовни обучения специално за новите служители в централите или за целия екип по конкретна тема. Това обучение е част от дейностите по компонент 3 от Програмата за развитие и прилагане на система за доброволно консултиране и тестване за СПИН. Част от планираните дейности по този компонент са свързани с обучение на специалисти и разработване на наръчници за тях. Друга задача по този компонент е разработване на инструкции за професионално консултиране и предоставяне на психосоциална подкрепа на хората с ХИВ/СПИН.

За ръководените от НПО центрове е трудно да се планират средства за допълнително обучение поради липсата на устойчивост на програмите им, които зависят от проектно финансиране.

От друга страна ПРООН набляга на стратегическо планиране и промяна, главно на национално ниво. Подкрепя обучение на граждански организации за разработване на местни планове, провеждане на бързи оценки и прилагане на планове за действие с използване на национално финансиране, както и на общински бюджети и малки субсидии.

Специално обучение на общо практикуващи лекари, студенти по медицина и зъболекари за откриване и насочване към ХИВ/СПИН услуги и по-специално към ДКИ до момента не е организирано. Интервюираните общопрактикуващи лекари са на мнение, че хората обикновено посещават по-доверени места като централите за ДКИ, за да се изследват и не използват системата на общопрактикуващите лекари. Затова считат, че не се нуждаят от обучение за тестване или насочване при СПИН.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Фокус група с общопрактикуващи лекари.

## 6. Психичноздравни проблеми на ХЖХС, които са ИВН

### 6.1. Организационни структури, политики и управление на програми за ХЖХС, които са ИВН

В областта на **политиката за ХИВ/СПИН** има два политически документа, в които ХЖХС, които са ИВН се приемат за отделна група и се представят решения по техните проблеми. Националната програма за превенция и контрол на СПИН и ППБ (2001-2007) определя шест рискови групи, една от които е групата на интравенозните наркомани. Програмата набляга специално върху превантивните мерки за употребяващите наркотични вещества, като популяризиране на услугите, здравно обучение, смяна на игли, както и върху здравни и социални програми за развитие на ефикасно и адекватно домашно, амбулаторно и стационарно лечение; осигуряване на подкрепяща социална среда; решаване на проблемите за социалното положение и заетостта<sup>39</sup>.

През първите години от прилагане на програмата, осигуряваните от държавата средства покриват единствено системата за изследване и медицинското лечение на ХЖХС. Превантивни програми, както и психо-социални услуги за тях, са финансирани в рамките на независими проекти на чуждестранни донори. През 2004 г. положението се променя значително, след като страната получава финансиране от ГФБСТМ по проект „Превенция и контрол на ХИВ/СПИН сред най-уязвимите групи в България 2003-2007“. Проектът е основан на Националната програма и е насочен като цяло към същите уязвими групи, включително ХЖХС, които са ИВН. Сред нейните цели<sup>40</sup> е и цел 4: Устойчиво ниско разпространение на ХИВ сред групата на интравенозните наркомани.

**Политиката към наркотиците** е основана на Националната програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите в Република България 2001-2005 и на Националната стратегия за борба с наркотиците 2003-2008. Глобалните цели на Националната стратегия се отнасят повече до ограничаване на предлагането, отколкото до намаляване на търсенето. Единствено първата от петте цели е насочена към ограничаване на използването на наркотични вещества чрез осигуряване на ефикасно лечение и превенция<sup>41</sup>. Част 5 на стратегията засяга намаляването на инфекциите, предавани по кръвен път, включително ХИВ, и други мерки за намаляване на вредите. Дейностите и програмите, представени в Националната програма<sup>42</sup>, включват също и създаване на система за ранно лечение на инфекциите, предавани по кръвен път. Стратегията и Програмата не уточняват конкретни интервенции или мерки, насочени към ХИВ-позитивните наркомани. Тези два документа не са приложени на практика поради факта, че планираните за това средства не са осигурени от държавата.

Средствата служат главно за поддържане на Националния център по наркомании и за единствената държавна болница за лечение на наркомании, както и за осигуряване на метадон за заместващите програми в страната. Малко средства са разпределени към НПО за рехабилитационни програми (след 2006 г.), но не и за превенция или други свързани дейности. Това не означава, че подобни дейности не присъстват в страната. Известен брой НПО действат в сферата на превенция на зависимости, намаляване на вредите и рехабилитация, но благодарение на проекти, финансирани от чуждестранни

<sup>39</sup> Национална програма за превенция и контрол на СПИН и полово предавани болести 2001-2007, Министерство на здравеопазването, 2002, стр. 20-23

<sup>40</sup> Проектно-предложение “Превенция и контрол на ХИВ/СПИН/Туберкулоза сред най-рисковите групи в България 2003-2007”, представено от Националната комисия за борба със СПИН и туберкулоза.

<sup>41</sup> Национална стратегия срещу употребата на наркотици 2003-2008

<sup>42</sup> **Национална програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите в република България 2001-2005**, available at: <http://www.ndc.government.bg/?l=bg&pid=documenti-programa>



донори. За съжаление, тези дейности не са устойчиви и координирането между тях е трудно.

**Законодателството за наркотици** е променяно значително през последните 7-8 години. Особено важно по отношение на превенцията на ХИВ и грижата за наркоманите е криминализирането на рисковото поведение. През 2000 г. Наказателният кодекс определя 10-15 години лишаване от свобода за всеки, който произвежда, разпространява или притежава забранени вещества, а съществува и специален член, според който не се предвижда наказание за зависими лица, които притежават малко количество, наречено „доза за лично ползване“. През 2004 г. този член отпада и притежаването на каквото и да е количество забранено вещество се наказва с дълъг срок лишаване от свобода. Тази промяна в Наказателни кодекс предизвиква бурни реакции в гражданското общество и в съдебната система. Промяната на законодателството също така създава сериозни пречки и пред ограничаване на вредите и други здравни програми за наркомани, тъй като групата на наркоманите става още по-скрита и труднодостъпна за интервенции. През 2005 г. фондация „Инициатива за здраве“ и институт „Отворено общество“ публикуват доклад, който очертава нарасналата опасност от ХИВ и други неблагоприятни здравни последици сред наркоманите вследствие на новата правна ситуация<sup>43</sup>. Същевременно Законът за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите (1999) и поднормативната му регулация<sup>44</sup> урежда действието на пред-лечебни програми за намаляване на вредите, свързани с употребата на наркотици, и МЗ прилага обхватния си проект за превенция на ХИВ с 10 програми в опит да достигне до употребяващите наркотични вещества. Следователно има недобра координация на ниво политика в областта на превенция и грижа за наркоманите.

През 2006 г. след обществени дискусии и критични забележки от ЕС, Народното събрание приема нови промени в Наказателния кодекс с член, който смекчава наказанието, като намалява годините за лишаване от свобода и предвижда само глоба за „незначителните случаи“. Въпреки това остава основното опасение, че използването на наркотици все още е криминализирано и всеки притежател ще бъде съден, което е по-скоро рестриктивна мярка, отколкото политика на грижа.

Изследването за ХИВ се урежда с Наредба 4/2.04.1992 на МЗ. Според нея изследването е доброволно (с изключение на даряването на кръв и кръвни продукти) и анонимно. Документът строго урежда правото на поверителност.

## **6.2. ХИВ/СПИН и психичноздравни услуги за ИВН**

Системата за **лечение на наркотични зависимости** е свързана с цялостната здравна система в страната. Има различни програми в тази сфера, като стационарни и амбулаторни детоксификационни програми, рехабилитационни програми, методоново поддържане, групи за самопомощ. За съжаление те не винаги са правилно обвързани помежду си и достъпни, тъй като са провеждани от различни институции и участието на държавата не винаги е на нужното ниво.

**Амбулаторната детоксификация** е широко разпространена в рамките на основния пакет от първична амбулаторна здравна помощ, раздел „Психиатрия“, финансиран от Здравноосигурителния фонд. Въпреки това не се използва активно поради няколко причини:

- 39% от наркоманите (по данни от 2007<sup>45</sup>) нямат здравно-осигурителни права, тъй като не могат да си плащат за тях;

<sup>43</sup> Тихомир Безлов, *Хероиновите потребители - една година след отпадането на „личната доза“*, Фондация „Инициатива за здраве“, Институт „Отворено общество“, София 2005

<sup>44</sup> Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите, чл. 88 и Наредба N30/ 20.12.2000 на МЗ

<sup>45</sup> *Търсенето на лечение и бариерите за достъп сред проблемно употребяващи наркотици в България*, Националният фокусен център, Фондация „Инициатива за здраве“, 2007, непубликуван

- липса на обучени и мотивирани психиатри за работа със зависимости, особено в малките градове;
- бюрокрация и липса на поверителност първичното амбулаторна здравна помощ.

Частните лечебни програми са с по-високо качество и в по-добро състояние, но са много скъпи за повечето наркомани и са налични само в по-големите градове.

**Болничните детоксификационни програми** спадат към стационарната психиатрична помощ, напълно финансирани от държавата, което ги прави достъпни дори за тези, които не могат да си платят. През 2007 има само една държавна болница, специализирана в лечение на наркотични и алкохолни зависимости с 14 легла за наркомани. Това е недостатъчно да покрие нуждите на голямата група от 12000 проблемни наркомани само в София. Болнична грижа за наркозависими се предлага и в психиатричните отделения на многопрофилните болници, както и в специализираните психиатрични клиники. Неудобствата на този вид услуга, които я правят непопулярна сред наркозависимите, са:

- наркоманите са в общите отделения заедно с другите психиатрични пациенти<sup>46</sup>;
- персоналът се описва като недружелюбен и материалната база е лоша;
- лечебната програма осигурява проста медицинска детоксификация без последваща рехабилитация, което я прави слабо ефективна.

Въпреки че **метадоновото поддържане** присъства в България от 12 години, истинското му развитие се наблюдава едва в последните няколко години. Освен трите държавни програми, има четири частни програми, където пациентите плащат за лечението си. Метадоновото поддържане в държавните програми е труднодостъпно дори за местните жители, тъй като капацитетът им е запълнен и не приемат повече пациенти. Платените програми, където ги има, са достъпни само за тези, които могат да си ги позволят.

Що се отнася до ХИВ позитивните наркозависими, трябва да се подчертае, че те се приемат лесно и без формалности в държавните метадонови програми, веднага след откриване на ХИВ статуса им. Но това поставя въпроса за запазване на правото им на поверителност, тъй като е добре известно сред групата на ИВН, че лесен и незабавен достъп е възможен единствено за ХИВ позитивните и бременните жени.

Съществуващите **рехабилитационни програми** (терапевтични общности и дневни центрове) обикновено са осигурени от НПО или частни фирми, които не са пряко свързани със здравните заведения. Държавните здравни програми не разполагат със средства да поддържат подобна дългосрочна рехабилитация. Подобно на редица други здравни и социални услуги, осигурявани от НПО в страната, и на тези им липсва осигурено държавно финансиране, което прави оцеляването им трудно и неустойчиво, въпреки че обикновено предлагат услуги с добро качество и са в състояние да наблегнат повече на психичноздравните проблеми, отколкото върху медицинската страна на зависимостите. Всички са принудени да искат заплащане от страна на клиентите. Това ги прави недостъпни за нуждаещите се и трудни за координиране с безплатните държавни детоксификационни програми като последваща интервенция.

През 2007 г. има 10 **програми за намаляване на вредите** за наркозависимите в страната. Всички те са управлявани от НПО и през 2004 г. ГФБСТМ им осигурява значителна финансова стабилност чрез петгодишно финансиране. Всички програми прилагат активен подход към целевата група на ИВН, а пет от тях допълнително имат drop-in центрове. Програмите осигуряват стерилно оборудване и принадлежности за инжектиране (спринцовки, игли, котлони, филтри, дезинфектиращи кърпички, кремове и други), разпространяват презервативи, събират и унищожават използвани спринцовки, разпространяват информационни материали, предлагат консултиране и насочване към здравни услуги. Четири от тези програми са оборудвани с мобилни

<sup>46</sup> Интервю с Елена Янкова, изп. директор на фондация „Инициатива за здраве”, септември 2007

кабинети и предлагат на място кръвно изследване за ХИВ, хепатит В и С, сифилис. Всички програми са безплатни и анонимни, което прави услугите им достъпни.

Системата за **лечение на ХИВ/СПИН** в България е съставена главно от служби за ДКИ, мобилни клиники за подкрепа при ХИВ, антиретровирусно лечение и психичноздравни услуги. Всички тези услуги са налични и за ХЖХС, които са ИВН. За съжаление координацията на лечение и грижа на ХИВ/СПИН, от една страна, и на зависимостта от наркотици от друга, е слаба и липсва мултидисциплинарна работа в екип като координационна практика. Причината е, че не е въведена технологията на водене на случаи при подобни трудни случаи с проблеми от психологично, клинично и социално естество. Така че са обслужвани частично и понякога по противоречив начин.

### **6.3. Психичноздравни нужди на ХЖХС, които са ИВН**

Имайки предвид описаната по-горе ситуация, става ясно, че за ХИВ позитивните ИВН са осигурени основни услуги, но все още има и редица неудовлетворени нужди.

Голям проблем за ХЖХС в страната е лошото им икономическо положение<sup>47</sup>. Някои от тях, но само с тежки здравни проблеми, получават инвалидна пенсия, която обаче е крайно ниска (85 лева на месец = 44 евро месечно<sup>48</sup>).

Проблемът е още по-тежък за тези, за които няма налично лечение в близост до населеното им място и са принудени да пътуват всеки месец до болница в друг град. Съществува наредба за уреждане на подобни разходи за пътуване от страна на социалната система, но тя не работи добре от много години. От февруари 2007 г. Министерство на финансите започва да отпуска редовно средства на общините за плащане на пътните разходи на нуждаещите се от медицинска грижа в друг град, така че проблемът вече е решен, въпреки бюрократичните пречки понякога. "Човек с ХИВ, който живее в Бургас, понякога трябва да чака дълго и да събере пет подписа от различни общински служби, за да получи средства за пътни разходи за лечение."<sup>49</sup> Проблемът е, че тези хора трябва да разкрият двойния си статут на ХЖХС и ИВН, за да получат средствата.

Проблемът с липсващи в града услуги е сред основните пречки за ИВН с ХИВ. В Благоевград и Бургас, големи градове със сериозен проблем с наркоманиите, няма програми за метадоново поддържане и лечение на ХИВ. И в двата града не достигат специалисти, обучени за работа с пациенти с наркотични зависимости и ХИВ<sup>50</sup>. Хората с ХИВ/СПИН и ИВН от тези градове са насочвани към София или Варна за медицинско лечение на проблемите им със зависимостите и/или ХИВ. Това не позволява на някои от тях да потърсят лечение, главно поради липса на средства – т.е. централизацията на услугите е пречка за достъпа<sup>51</sup>.

*"Сериозен проблем за наркоманите с ХИВ в Пловдив е недостатъчният брой места, предвидени за тях в метадоновата програма към Регионалния психиатричен диспансер. Липсата на документи за самоличност е непреодолима бариера, която възпрепятства приемането им в програмата. Консултирането, предоставено от службите за ХИВ (център за ДКИ, Дерматологичен диспансер и Болница за инфекциозни болести), не е адаптирано към особеностите на ХИВ-позитивните роми, към тяхната социална, етническа и религиозна принадлежност. Консултирането след тестиране трябва да бъде „преведено“ на разбираем за тях език. Наблюдава се липса на индивидуален подход и понякога дори открито дискриминиране към ромите."* Тези впечатления са

<sup>47</sup> Интервю с Павел Малинов, председател, фондация „Каспар Хаузер“, август 2007 г.

<sup>48</sup> По информация на човек с ХИВ/СПИН

<sup>49</sup> Интервю с Антоанета Радева, изп. директор, Сдружение "Доза обич", септември 2007

<sup>50</sup> Интервюта с Антоанета Радева, изп. директор, Сдружение "Доза обич", и Мариана Станкова, координатор на програма за намаляване на вредите, Сдружение „Адаптация“ -Благоевград, септември 2007

<sup>51</sup> Фокус група със специалисти от служби за превенция на ХИВ в Благоевград, май 2007.

споделени от Ася Стоянова, директор на фондация „Панацея“, НПО, което предлага услуги по намаляване на вредите и консултиране и изследване на ХИВ за наркозависими в Пловдив.

Трудно е да се намери информация за броя наркозависими, които са на антиретровирусно лечение, най-малкото поради това, че не се очаква от тях да обявяват наркотичната си зависимост. Според документите на фондация „Каспар Хаузер“, те контактуват с 11 наркозависими като техни клиенти. Но екипът споделя, че не са обучени да работят с наркозависими и това е сериозно предизвикателство за тях. Според наблюденията им, наркозависимите са добре приети в болницата и не срещат дискриминация, но все още им липсват някои специализирани услуги. Например тези, които са на метадоново поддържане и трябва да бъдат хоспитализирани в отделението за ХИВ, не могат да получават метадоновата си доза в болницата и трябва да бъдат пускани (често и всеки ден) да посетят метадоновата програма. Не е ясно дали това се дължи на лошо управление от страна на Болницата за инфекциозни болести или на метадоновите програми, които често изискват ежедневно посещаване.

## **7. Изводи**

### **7.1. Политика и законодателство**

Съществуват добре разработени политики и планове за действие в областите на психичното здраве и на ХИВ/СПИН. Въпреки това ХЖХС не са възприети като група със специфични нужди и проблеми и не са планирани конкретни стъпки за тяхното решаване.

Поради все още ниския брой заразени в страната, главната цел на политиката по ХИВ/СПИН е превенцията на цялото население.

Психичноздравната политика е недобре финансирана, което пречи на практическото ѝ прилагане. Разпространени психичните заболявания, които представляват най-голяма опасност за ХЖХС, не са приоритет на политиката до момента. Може само да се очаква, че съществуването на национално епидемиологично проучване на тези заболявания може да улесни развиването на подобни политически приоритети.

На ниво министерства и администрация има сериозна липса на сътрудничество по въпросите на психичното здраве като цяло.

Промените в законодателството осигуряват предоставяне на качествени, поверителни и достъпни услуги за ХЖХС, но в реалността се наблюдава сериозно нарушаване на тези права поради:

- а) незнание и предразсъдъци по отношение на СПИН и психичната болест, дори след специалисти от двете области;
- б) липса на ефективно наблюдение на здравните и социални системи;
- в) процедури и практики, които застрашават тези права.

Законодателството все още се нуждае от приспособяване към реалностите при прилагането му, имайки предвид стигмата и нуждата от поверителност, свързана с болестта. Няма ефикасен контрол за спазването на човешките права и прилагането на професионалната етика.

### **7.2. Услуги**

Независимо от наличието на политически документи, предвиждащи съвместни действия между институциите, има сериозна липса на подобни практики на ниво предоставяне на услуга. Здравните и социални структури, както и службите за ХИВ/СПИН, не отчитат специфичните емоционални нужди на тази група хора и не планират програми за посрещането им. Изключение от това е съществуването на консултиране преди и след изследването в службите за ДКИ. Разработени са указания за това. За съжаление те не се прилагат редовно при този вид услуги поради малобройния персонал и липсата на специалисти от областта на психо-социалната грижа.

Като цяло, услугите за ДКИ се използват добре и стават все по-достъпни чрез формирането на постоянно разширяваща се мрежа от подобни услуги в страната. Обществени кампании и здравно обучение в училище насърчава ползването им. Достъпът до тях е затруднен за хората от малките градове и села, както и за всички с първи положителен резултат, които трябва да отидат за второ контролно изследване единствено в три големи града с подобни лаборатории. На тези хора се предоставя социална помощ за пътните разходи, но не всички от тях се възползват от нея, тъй като трябва да разкрият статуса си, за да я получат.

Клиентите споделят, че са доволни от услугите на центровете за ДКИ и понякога се връщат при специалистите там за допълнителни консултации, особено когато службата им предлага открито, подкрепящо и компетентно консултиране.

Специалистите от общите психичноздравни служби не познават специфичните нужди на ХЖХС и техните семейства. Все още медикализирана психичноздравна грижа

и пилотният етап на психо-социалните услуги в общността в България правят ситуацията за тази група не твърде оптимистична. Само две НПО в сферата на услугите за ХИВ/СПИН в момента предлагат специфични услуги за психо-социално консултиране и насочват към психиатрична грижа.

Дори ако услугите и помощта са достъпни за ХЖХС, поради тежестта на стигмата върху тях, те са принудени да пазят в тайна болестта си и проблемите около нея и не могат да ползват услугите на здравните и социални служби по начина, по който го правят другите уязвими групи.

Превантивните мерки и услуги са пуснали дълбоки корени и вече дават плодове в различни програми и местни инициативи, включително в медии и училища. За съжаление, темата за психичноздравните проблеми на хората с ХИВ/СПИН рядко намира място в тях.

Поради малкото специалисти – психиатри, клинични социални работници, клинични психолози, психиатрични сестри, подготвени за работа с емоционалните трудности в България, подобни професионалисти не са включени в системата за грижа при ХИВ/СПИН. Културата на мултидисциплинарна работа и прилагането на подход за координиране на случаите са в самото си начало и не са част от стандартното университетско обучение на клинични и неклинични кадри, работещи в областта.

### **7.3. Обществени нагласи и психично здраве на ХЖХС**

ХЖХС, страдащи от наркозависимост, психична болест и/или емоционални проблеми, свързани с болестта, са обречени на двойна или тройна стигма от обществото, което допълнително се отразява отрицателно на живота и здравето на тези хора, на техните семейства и деца. Поради незнание и отрицателни нагласи в обществото към сексуално поведение, хомосексуалност, ползване на наркотици, проституция, психична болест или малцинства в България, тези хора са обречени на бедност, загуба на работа, дом, семейство и приятели. Принудени са да напуснат кварталите, градовете или селата, където са живели с години. Изключени са от обществото и са им отказвани дори здравни услуги. За да избегнат подобна участ, повечето от ХЖХС в страната предпочитат да крият диагнозата си дори от семействата и най-близките си приятели. За съжаление, и в двата случая, те страдат от допълнително емоционално влияние в резултат на заобикалящата ги среда. Това влошава физическото и психичното им здраве и качеството на живота им.

### **7.4. Образование и изследвания**

Професионалното образование в България не включва специализирани курсове за ХИВ/СПИН и психичноздравните проблеми, свързани с него, както при клиничните, така и при психо-социалните професии. Сегашното образование не е подготвено да посрещне предизвикателствата на мултидисциплинарната работа в екип. Изследванията в България са все още ограничени в академичните институции и не са част от култура на практиката, основана на доказателства и на управление на услуги и политики. Изследванията и в двете области са слабо финансирани и зависят от международни спонсори.

## **8. Препоръки**

### **8.1. Програмен екип на ГИП**

- Застъпничество за включване на психичноздравните проблеми на хората с ХИВ/СПИН и техните роднини сред приоритетите на здравната, социална и образователна политика и програми.
- Повишаване на обществената информираност по отношение на стигмата и дискриминацията чрез кампании и инициативи с участие на всички заинтересовани.
- Застъпничество за по-добро законодателство и процедури за защита на правата на хората с ХИВ за поверителност, равнопоставено отношение и социални възможности.
- Разпространение на съществуващите добри практики, развити от НПО, ангажирани с психо-социално консултиране и изграждане на мрежи с психичноздравни служби.
- Обмен между страните на модели на услуги и подходи в областта на популяризиране на психичното здраве и грижа за ХЖХС.
- Осигуряване на допълнително консултиране за новоразработените практики на НПО в психо-социалната грижа за ХЖХС и техните роднини с включване на местни и международни експерти от сферата на психичното здраве. (Например, как да се оценят нуждите и проблемите на децата на хората с ХИВ и как да се разработи специфична психо-социална подкрепа за тях.)
- По-нататъшно разработване на изследване на психичноздравните проблеми на ХЖХС и техните роднини и приятели. Трябва да включва проучване сред психичноздравните специалисти за тяхното разбиране на проблема ХИВ и за готовността им да работят с ХЖХС.
- Формиране на мрежа от организации от сферата на психичноздравни грижи, ХИВ/СПИН, наркозависимости и социални грижи (местни, национални и международни) за популяризиране на проблемите на психичното здраве и за координиране на усилията по развиване на програми и стандарти за осигуряване на качество на услугите.
- Развиване на национална мрежа от медии за борба със стигмата и повишаване на информираността за проблемите на ХЖХС.
- Лобиране на ниво ЕС за развиване на специфични приоритети и програми за осигуряване на добро качество на психичноздравни грижи и социална помощ за ХЖХС.
- Обучение и повишаване на чувствителността на всички психичноздравни специалисти по проблеми на СПИН.

### **8.2. Национална програма за СПИН**

- Разширяване на съществуващите политики и планове за действие за ХИВ/СПИН с цели и дейности, свързани с обучение на персонала и осигуряване на психо-социални услуги, оценки на нуждите, оценка на услугите и управление на случаи.
- Укрепване на сътрудничеството между министерствата в областта на психичното здраве, СПИН и социалната защита.
- Развиване на по-ефективна практика на наблюдение на здравните и социални услуги по отношение на човешки права, поверителност и ефикасна грижа за ХЖХС.
- Сътрудничество с комисиите за експертна оценка на трайно намалена работоспособност и службите за социална помощ за осигуряване на по-добра поверителност на информацията за болестта.
- Въвеждане на използването на основани на доказателства практики чрез разработване на стандарти за психичноздравна грижа за тази група хора, модел на услугата и система за контрол на качеството.

- Осигуряване на обученията за различни специалисти по психо-социалните аспекти на болестта и за методи за работа с тях, за защита на човешките права, стигма и дискриминация, професионална етика.
- Включване в учебната програма на курсове или теми, свързани с психичноздравни проблеми и подходящо лечение и грижа, като част от професионалното обучение на специалисти по здравеопазване и социална работа (психиатри, медицински сестри, клинични психолози, социални работници, нарколози, инфекционисти и т.н.).
- Развиване на ефективна система за насочване между службите за СПИН, от една страна, и психичноздравните и социални служби, от друга.
- Включване на психичноздравни специалисти (психиатри, клинични психолози, клинични социални работници, психиатрични сестри) в екипите на службите за ДКИ.
- Въвеждане на подхода на работа по случаи, индивидуална и групова супервизия и интервизия в практиката на услугите за тази група хора.
- По-активно включване на НПО сектора в цялостния цикъл на развиване, прилагане и оценка на политика.
- Подобряване на обществения достъп до статистика за болестта и информация за програми, дейности, обученията, доклади и наблюдения.
- Предизвикване на сътрудничество между заинтересованите в областта на обществени кампании, продължаващо обучение и интердисциплинарно проучване.
- Осигуряване на достатъчно и устойчиво държавно финансиране за прилагане на националните програми за СПИН и наркотични вещества.
- Разработване на подходящи програми за пациенти с двойна диагноза – наркозависимост и ХИВ. Осигуряване на обучение на персонала, намалена бюрокрация, осигурени двустранни услуги (например, антиретровирусна и метадонова терапия) на едно място.
- Намаляване на пречките пред грижата за „труднодостъпните“ групи от населението – лишени от свобода, бездомни, наркозависими, лица с тежка психична болест.

### **8.3. Национални НПО, в които се работи по проблема ХИВ/СПИН**

- Развиване на мрежа между НПО от сферата за самонаблюдение, обмен на добри практики и проучване.
- Ангажиране на местните общности в обществени кампании срещу стигмата и дискриминацията.
- Участие във формиране на политики, обучение на специалисти и НПО, застъпничество по конкретни случаи.
- Проучване и мултиплициране на съществуващи модели на специализирани програми за социална и психологична подкрепа на ХЖХС.
- Проучване на пречките и бариерите пред услугите за ХЖХС през погледа на ХИВ позитивните наркозависими.
- Активно сътрудничество със здравните служби за осигуряване на по-добър достъп и условия за социално изолираните групи.
- Насърчаване на включването на проблемите на ХИВ сред приоритетите на социалната политика.

### **8.4. Международни НПО и организации**

- Засилване на усилията на различни страни за развиване на международна политика, инициативи и програми, свързани с психичното здраве и социалното благополучие на хората с ХИВ/СПИН и техните семейства.
- Улесняване на обмена на практики, експерти и изследвания между страните.



- Укрепване на инициативите и дейностите на третия сектор чрез финансиране, експертно знание и обучение.
- Наблюдение на съществуващите практики в областта и разработване на препоръки на международно и национално ниво.

### **8.5. Допълнително проучване**

- Системно и специфично за страната проучване на психичноздравните проблеми на хората с ХИВ/СПИН, включително стигма и дискриминация.
- Системна оценка на психичноздравните нужди и проблеми на хората с ХИВ/СПИН
- Оценка на нуждите на услугите с цел предоставяне на адекватна грижа и подкрепа. Оценка на съществуващите местни ресурси и трудности.
- Проучване на свързаното с ХИВ рисково поведение на хората с тежки психични разстройства.

### **8.6. Възможни подходи за програми или за бъдещо проучване**

- Разработване на обучения за подхода на работа по случаи, мултидисциплинарна работа в екип, за предоставяне и управление на услуги, основани на доказателства, за първоначална оценка на тежки и чести психични разстройства, за консултиране и насочване към специализирана психичноздравна грижа, за психо-социална рехабилитация и психодинамични методи за грижа.
- Разработване на критерии за оценка и наблюдение на услуги.
- Обучение и включване на супервизори за водещите на случаи в службите, което ще осигури най-добро качество на грижата и професионално развитие на екипа.
- Ангажиране на местните власти и гражданското общество в развиването на политика и прилагането на услуги.

## Използвани материали

**Деинституционализация** посредством предоставяне на услуги в общността за рискови групи. Програма ФАР, Министерство на труда и социалната политика. (Deinstitutionalization through delivering of community services for groups at risk. PHARE Program, Ministry of Labor and Social Protection.) На: <http://ef.mlsp.government.bg/bg/project.php>

**Закон** за регионалното развитие. (Regional Development Law). Държавен вестник, бр.50, 30 май 2008.

**Малинов**, Павел и др. Проучване нарушаването на пациентските права на хора, живеещи с ХИВ/СПИН при съпътстващи заболявания. (Study on the violation of the human rights of PLHIV/AIDS when having concomitant illnesses) Фондация „Каспар Хаузер“, 2006. Unpublished.

**Национален** план за действие за осъществяване на политиката за психично здраве на Република България за периода 2006-2012 г. (National Action Plan for the Implementation of the Mental Health Policy of the Republic of Bulgaria during the period of 2006-2012) На: [www.mh.government.bg/doc/mental\\_health\\_policy\\_final.doc](http://www.mh.government.bg/doc/mental_health_policy_final.doc)

**Национална** здравна стратегия 2008-2013. (2007). Министерство на здравеопазването. (National Health Strategy 2008-2013). На: [www.Pharmacy-bg](http://www.Pharmacy-bg)

**Национална** програма за закрила на детето 2007. (National Program for Child Protection 2007). In: [www.stopech.sacp.government.bg](http://www.stopech.sacp.government.bg)

**Национална** програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите в Р. България. 2001-2005гг. Министерство на Здравеопазването. [http://liternet.bg/drugs\\_prevention\\_society/programi/prevencia3.htm](http://liternet.bg/drugs_prevention_society/programi/prevencia3.htm)

**Национална** програма за превенция на суицидния риск и суицидното поведение в РБългария. Министерство на здравеопазването, 2000. (National Program for the Prevention of the Risk of Suicide and Suicidal Behavior in Republic of Bulgaria.) На: [www.ncphp.government.bg/projects.php](http://www.ncphp.government.bg/projects.php)

**Политика** за психично здраве на Република България 2004-2012 година. (Mental Health Policy of the Republic of Bulgaria year 2004-2012) На: [www.mh.government.bg/doc/mental\\_health\\_policy\\_final.doc](http://www.mh.government.bg/doc/mental_health_policy_final.doc)

**Програма** „Европейска мрежа от училища, утвърждаващи здраве“. (Program 'European net of schools promoting health') Национален център по опазване на общественото здраве. [www.ncphp.government.bg/projects](http://www.ncphp.government.bg/projects)

**Ръководство** за кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване на ХИВ и СПИН. (Manual for the Consulting rooms for anonymous and free-of-charge HIV/AIDS counseling and testing) София, 2003.

**Ръководство** за консултиране, изследване и насочване за инфектираност от ХИВ. (Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral). София, Министерство на Здравеопазването и др., 2003.

**Jane-Llopis**, Eva & Anderson, P. (Eds.) (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: A collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.

**Lendzhova**, Vladislava & Gotseva, Anastasia. (2007). *Evaluation of HIV/AIDS Voluntary Counseling and Testing Services in Bulgaria*. Blagoevgrad etc.: Resource Centre for Mental Health and HIV/AIDS in Bulgaria etc.. Непубликувано.

**Lyubenova**, Anna.(2007). *Mental Health Structure for PLHIV/IDU in Bulgaria*. Благоевград:Ресурсен Център за психично здраве и ХИВ/СПИН в България. Непубликувано

**Национална Стратегия** за превенция и контрол на ХИВ/СПИН и полово предавани инфекции в България. (2001-2007).

**Okoliyski**, Michail. (1999). *Conditions of AIDS prevention in Bulgaria*. Berlin, Humboldt University. (Dissertation), [http://edoc.hu-berlin.de/browsing/dissertationen/index.php?\[2\]=Autoren&paging=0&\\_bbda3f5073930f58a36812c2aab44b12](http://edoc.hu-berlin.de/browsing/dissertationen/index.php?[2]=Autoren&paging=0&_bbda3f5073930f58a36812c2aab44b12)

**Okoliyski**, M., Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). *Mental Health Problems of People Living with HIV/AIDS in Bulgaria. Rapid Qualitative Study*. Blagoevgrad: Resource Centre for Mental Health and HIV/AIDS in Bulgaria.Unpublished.

**Okoliyski**, M., Lendzhova, V. & Gotseva, A. (2007). *Stigma, Discrimination & Attitudes towards People Living with HIV/AIDS in Bulgaria*. Blagoevgrad: Resource Centre for Mental Health and HIV/AIDS in Bulgaria.Unpublished.

**Overview** of HIV/AIDS in South Eastern Europe. (2002). UNICEF & IOM.

**Petrov**, Rumen & Mateeva, Antoaneta. (2008). *National Report – Bulgaria*. (Part of the International research 'Non-governmental actors in new governance spaces: navigating the tensions') Unpublished.

**United Nations** General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Country Progress Report: Bulgaria. Reporting period: January 2006 – December 2007. (2008). National Committee for Prevention of AIDS and STIs at the Council of Ministers.

**UNGASS** Indicators Country Report. Republic of Bulgaria. Reporting period: January 2003 – December 2005. (2006). National Committee on Prevention of AIDS and STDs at the Council of Ministers.

**Violation** of the patients rights of PLHIV/AIDS with concomitant diseases. (2006). Sofia, Open Society Institute.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1: Въпросник за медицински служители и широка общественост

*Хората имат много различни чувства по отношение на ХЖХС. Ще изредя всяка от следните позиции, а вие споделете кое се отнася лично за вас.*

1. Ядосани ли сте на хора, болни от СПИН? Бихте ли казали, че сте им:  
(а) много ядосани;  
(б) донякъде;  
(в) може би малко;  
(г) не изобщо?

2. Страхувате ли се от тях?

3. Чувствате ли отвращение към тях?

*Сега ще ви прочета няколко твърдения на различни хора. Когато чета всяко от тях, моля, кажете доколко сте съгласни/несъгласни с тях.*

4. По отношение на твърдението „Хората със СПИН трябва юридически да бъдат отделени от обществото, с цел да бъде запазено здравето на останалите“ вие сте  
(а) Твърдо За;  
(б) Донякъде Да;  
(в) По-скоро Не;  
(г) Твърдо Не.
5. По отношение на „Трябва имената на хората със СПИН да бъдат публично оповестени, за да могат останалите да странят от тях“.
6. По отношение на „Хората, които са се заразили посредством използване на наркотици или пък чрез секс, си го заслужават“.
7. Представете си ,че имате приятел или роднина, който се е разболял от СПИН.  
(а) Бихте ли се грижили за него/нея;  
(б) Не бихте били склони да го правите.  
Ако сте избрали (б) дали е защото:  
(в) Не бихте искали да се грижите за някой заразен със СПИН;  
(г) По някакви други причини.

[позитивни нагласи = а; негативни нагласи = б]

8. Да предположим,че в училището ,което посещава детето Ви има ученик за който се знае, че е болен от СПИН. Как бихте постъпили?  
(а) Ще запишете детето си в друго училище;  
(б) Не бихте предприели смяна на училището.  
Ако сте избрали (б), то тогава:  
(в) ще насърчите детето си да бъде дружелюбно с този ученик;  
(г) ще му наредите да не контактува с него/нея;

(д) Ще му кажете да се държи с него/нея както обикновено.

[позитивни нагласи = в, д; негативни нагласи = а, г]

9. Да предположим, че на работното Ви място, някой от колегите ви се е разболял от СПИН.

Ще :

- (а) Продължете да работите с него/нея;
- (б) Ще помолите да бъде преместен другаде;
- (в) Ще помолите да продължите работа с друг колега.

Ако сте избрали (а) бихте ли :

- (г) се опитвали да му помагате;
- (д) се опитвали да избягвате контакти с него/нея;
- (е) се държали с него/нея както винаги?

[позитивни нагласи = г, е; негативни нагласи = б, в, д]

10. Да предположим, че сте разбрали, че собственикът на малкото магазинче в квартала Ви, е болен от СПИН. Ще:

- (а) Продължете да пазарувате от там;
  - (б) Може би ще отидете а пазарувате от другаде.
- Ако сте избрали отговор (а) Мислите ли, че ще купувате от там
- (в) по-често от преди;
  - (г) по-малко от преди да разберете за болестта му;
  - (д) пак толкова често, колкото и преди да разберете?

[позитивни нагласи = в, д; негативни нагласи = б, г]

*Следващите въпроси касаят различните начини по които хората мислят, че се разпространява СПИН. Кажете според Вас, колко вероятно е човек да се зарази при следните ситуации:*

11. Може ли да се заразите, ако целувате по бузата човек с вируса на СПИН:

- (а) Много е вероятно;
- (б) по-скоро да;
- (в) По-скоро не;
- (г) Малко вероятно е;
- (д) Невъзможно.

12. Ако пиете от една и съща чаша със човек заразен със СПИН?

13. Ако използвате обществени тоалетни?

14. Ако директно срещу Вас кашля или киха човек заразен със СПИН?

15. Чрез ухапване от комар или друго насекомо?

*Бихме искали да знаем също и какво мислите са шансовете на определени групи хора да се заразят със СПИН при конкретни ситуации.*

16. Двама здрави хомосексуални мъже, *никой* от тях не е заразен с ХИВ. Те имат сексуални контакти. Ако използват презервативи, мислите ли, че поне единият от

тях:

- (а) със сигурност ще се зарази;
- (б) има голяма вероятност да се зарази;
- (в) малка е вероятността;
- (г) няма такава опасност.

17. Какъв е според Вас шансът, ако същите двама мъже не използват презервативи?

18. Какви според Вас са шансовете да се зарази човек, който употребява наркотици интравенозно (и не е хомосексуален), но *не използва* чужди игли?

## Приложение 2: Ръководство за събеседване

### А. За обслужващ персонал и потребители на услуги.

- Има ли някакви законодателни проблеми, касаещи ХЖХС в България?
- Какво е предвидено в законодателната система относно тях? Функционира ли нормално?
- Какви структури съществуват за нуждите на ХЖХС? С какъв достъп и качество са услугите? Какви допълнителни услуги биха могли да се предоставят?
- Какви са нуждите на тази група хора, свързани с психичното им здраве и как се посрещат те? Кой предоставя такива грижи? Има ли мрежа между различните служби, предоставящи услуги в областта на психичното здраве и на ХИВ/СПИН?
- В какви случаи необходимостта да се пази в тайна болестта на хора от тази група пречи на възможността те да имат равен достъп до даден вид социални облекчения или помощ?
- Кой е ангажиран с цялостното развитие на такива политики? Как Вие и вашите клиенти оценявате работата им?
- Кой е ангажиран с наблюдението и оценяването на тези политики? Как Вие и вашите клиенти оценявате работата им?
- Какво трябва да бъде променено или добавено на управленско ниво, за да се осигури по-добро лечение за тези хора?
- Какъв тип и на какво ниво са развитите до момента структури? Кой ги осигурява?
- Какви са резултатите от вашите проучвания? Какви са равностметките от това проучване на политическо и обществено равнище? Нещо беше ли променено след оповестяването на тези резултати?
- Какъв тип услуги точно осигурявате във вашия център за лечение на ХЖХС? Има ли други подобни програми в страната Ви? Как тези центрове работят за решение на емоционалните проблеми на тези хора и тяхната интеграция в социален аспект?
- По какъв начин държавата подпомага центровете за психологическо и медицинско лечение на тези хора?
- Какви са връзките в системата за психично здраве в страната Ви и връзката с вашата служба конкретно?
- Осигурявате ли обучение за психиатри, които да работят именно с ХЖХС?
- Програмата Ви включва ли работа с наркозависими? Как тези хора се третират в държавните болнични центрове?
- Какви са основните нужди и проблеми на ХЖХС в България?
- По какъв начин наличието на болестта се отразява на психологическото здраве и живота като цяло на хората от тази група и техните семейства?
- Предоставят ли се специализирани грижи на роднините на тези хора?
- Какво е мнението Ви по отношение на най-новите стратегии за работа с проблема, разработени от държавата? Какво е мнението ви за доставчиците на услуги? А за потребителите на тези услуги? Какви са резултатите от това?

- Как Вие и вашата организация участвате в разработките на следващите стратегии?
- Кои от рисковите групи, идентифицирани като такива в стратегията, са все още в сериозен риск и защо?
- Какво е мнението Ви за услугите за доброволно консултиране и изследване: достъпността им, честота на използването им, удовлетворението на клиентите, наличието на структурирани протоколи или насоки, професионалната квалификация на хората, работещи в тях?
- Какви са психологическите проблеми на ХЖХС, които са интравенозни наркомани? Има ли характерен тип дискриминация към тях? Какви са техните нужди?
- Какви точно препоръки бихте дали лично Вие относно бъдещи промени? На какво равнище? Кой трябва да бъде отговорен и активно да участва в разработката на тези промени?
- Колко приблизително наркозависими получават антиретровирусна терапия (ако посочвате числа, молим да уточните дали са по официални данни или ваше наблюдение). Включена ли е метадонова програма? Как успяват клиентите да съвместяват и двете програми?

### **Б. Въпроси към пациентите**

- Какъв вид услуги получавате, откакто тестът ви се оказа положителен и къде?
- Доволен ли сте от услугите, които получавате?
- Какви са причините да не търсите лечение? Бихте ли потърсили лечение, ако службата, която го предоставя беше по-близо до мястото или на едно и също място, където е и метадоновата програма?
- От какво считате, че се нуждаете?
- Какви са основните трудности на ХЖХС и интравенозните наркомани във вашия град? Кои служби работят с тези хора?
- Какви са основните трудности на ХЖХС и интравенозните наркомани във вашия град?

## **Приложение 3. Насоки за дискусията на фокус групата**

### **А. Основна структура за провеждане на дискусия във фокус група**

Тема на Фокус групата:

Целева група:

Брой на участниците: (не повече от 10 души)

Възраст на участниците:

Водещ:

Дата :

Място на провеждане:

Представяне на целите на фокус групата:

Основни въпроси за дискусия:

*А. Въпроси за разпознаване на промени в поведението и емоциите на интервюираните:*

- Как се почувствахте като разбрахте, че сте ХИВ-позитивен. Опишете чувството си в този момент. Как се почувствахте в първите месеци след това?
- Промени ли се по някакъв начин поведението Ви в този момент и в първите месеци след това?
- Получихте ли консултации преди и след като беше направен теста? Почувствахте ли се по-добре след консултацията?

*Б. Въпроси за разпознаване на поведението на околните (подкрепящо или отхвърлящо):*

- Какъв тип професионална медицинска помощ получихте в самото начало? Опишете я.
- Резултатите от кой тип медицинска помощ считате, че са били от полза за Вас? Как ги оценявате? (медицинска, психиатрична, антиретровирусна терапия, услуги от НПО, други)

- Какви други видове услуги считате, че са нужни на ХЖХС?
  - Кой беше най-близо до Вас и Ви подкрепяше през цялото време?
- В. Въпроси за разпознаване и оценка на стигматизиращо и дискриминиращо отношение:*
- Съобщихте ли на някого новината, че сте ХИВ-позитивен и кой беше той?
- Как реагира човекът, на когото съобщихте това? Отдръпна ли се, стана ли по-внимателен към Вас или нищо особено не се промени?
- Когато посещавахте различен тип служби, уведомявахте ли ги, че сте носител на вируса или се страхувахте от реакцията им?
  - Имало ли е случай на дискриминация от медицински служители?
  - Имало ли е случай, в който Ви е отказан или ограничен достъп до някакъв вид обществена услуга?
  - Отказвано ли Ви е някакъв тип рецептурно лечение, свързано с болестта?
  - Според Вас какви са най-големите проблеми пред ХЖХС?
  - Какво е според Вас отношението на обществото към ХЖХС?
  - Според Вас полагат ли се усилия:
    - а) за борба със стигмата и дискриминацията;
    - б) за интеграция в обществото на ХЖХС?
  - Какво би могло да бъде участието Ви в усилията за промяна на настоящата ситуация? Какви действия бихте могли да предприемете в борбата срещу СПИН?
  - Запознат ли сте с националната стратегия на България за превенция срещу СПИН и дискриминация на ХЖХС?
- Отчет от работата на фокус групата:

#### **Б. Въпросник за хора, професионално ангажирани с ХЖХС**

1. Според вас, какви са най-сериозните проблеми на ХЖХС?
2. Според вас, какви са обществените нагласи към ХЖХС?
3. Според вас, полагат ли се усилия за:
  - Борба срещу стигмата и дискриминацията?
  - Интегриране на ХЖХС?
4. Има ли хора, които са достатъчно добре информирани относно ХИВ/СПИН?
5. Според Вас, какво може да се промени в представянето на информацията за болестта?
6. Организацията Ви работи само в сектора на ХЖХС или има и други дейности?
7. Според вас, в каква посока трябва да започнат промени?
8. Запознат ли сте със ситуацията в момента в България по въпроса и колко точно заразени хора има до този момент?
9. Считате ли, че можете да стартирате сами някакви дейности по въпроса или предпочитате да сте част от дадена общност за превенция на разпространението на вируса?
10. Имате ли информация относно националната стратегия за превенция и разпространение на болестта и борбата с дискриминацията към хората с ХИВ/СПИН?
11. Ако член на семейството Ви стане носител на вируса, бихте ли се съгласили да се грижите за него у дома?
12. Ако разберете, че продавачът в кварталния магазин е носител на ХИВ, ще продължите ли да пазарувате там?
13. Ако учител е носител на ХИВ считате ли, че ще му бъде позволено да продължи работа в съответното училище?
14. Ако член на Вашето семейство стане носител на ХИВ, бихте ли предпочели да запазите това в тайна?



#### **Приложение 4: Списък с интервюирани лица**

**Анета Мирчева** – координатор на програма за юридическо обслужване на хора с тежки психични разстройства, Български Хелзинкски Комитет.

**Антоанета Радева** – изпълнителен директор, Фондация „Доза обич“, Бургас

**Ася Стоянова** – изпълнителен директор, Фондация „Панацея“, Пловдив

**Елена Янкова** – изпълнителен директор Фондация „Инициатива за здраве“, София

**Мариана Станкова** – координатор на програма за намаляване на вредите към Сдружение „Адаптация“ – Благоевград

**Нели Ангелова** – старша сестра, Център за сексуално здраве, София

**Павел Малинов** – председател, Фондация „Каспър Хаузер“, София и членове на екипа на фондацията

**Тони Милева** – председател, Фондация „По-добро психично здраве“, Варна

**Владимир Сотиров** – управител на амбулатория за психично здраве „Адаптация“

**Здравка Сейкова** – общопрактикуващ лекар, 22 ДКЦ, София

# Психично здраве и ХИВ/СПИН - МИСИЯ

## Психично здраве и ХИВ/СПИН

Въпросите за психичната болест са сложно преплетени с темата за ХИВ/СПИН. Психичната болест може да е както причинен фактор, така и последствие. Психичноздравното лечение и подкрепата на хора, живеещи с ХИВ/СПИН, е ключът както към подобряване на живота им, така и към предотвратяването на по-нататъшно разпространение на инфекцията. Това е тревожен въпрос особено в Централна и Източна Европа и новите независими държави, където епидемията се разпространява бързо и броят на хора с психична болест нараства, а намирането на ресурси и средства за лечение е голямо предизвикателство.

## Да се изправим пред нуждите

„Психично здраве и ХИВ/СПИН в страните от Централна и Източна Европа и бившите съветски републики” е проект на Глобална инициатива в психиатрията, който е адресиран към често омаловажаваната връзка между психично здраве и ХИВ/СПИН. Създадената по този проект мрежа, подкрепя усилията да се подобри качеството на живот и да се намали страданието на хора, живеещи с ХИВ/СПИН. Мрежата се стреми към подобряване на знанието за взаимоотношението между психичното здраве и ХИВ/СПИН и спомага за развитието на обширна система от психичноздравна помощ за хора, заразени с ХИВ. Освен това се подкрепят усилията за повишаване на разбирането у здравните професионалисти и обществото като цяло и намаляване на стигмата, свързана с психичното здраве и ХИВ/СПИН. Тази мрежата се реализира чрез местни ресурсни центрове, които съсредоточават работата си върху проучвания и обучения, застъпничество и формиране на съзнание, изграждане на мрежа и многообразието от други интервенции.

## Глобална инициатива в психиатрията

Глобална инициатива в психиатрията се стреми да промоцира хуманна, етична и ефективна психичноздравна помощ по целия свят и особено в страни, в които психичноздравните грижи са под нормалните стандарти и често се нарушават човешките права на потребителите. Работата се базира на основните ценности, според които всеки човек трябва да има възможността да реализира своя пълен потенциал като човешко същество, въпреки индивидуалните слабости или обстоятелствата на живот. Всяко общество има специално задължение да изгради обширна, цялостна система за предоставяне на етично, хуманно и индивидуално лечение, грижи и рехабилитация, и да противодейства на стигмата и дискриминацията срещу хора с психична болест или преминали психиатрично лечение.

## Проект „Психично здраве и ХИВ/СПИН в страните от Централна и Източна Европа и бившите съветски републики”

Изпълнението на този новаторски проект е възложено на Глобална инициатива в психиатрията от Министерство на външните работи на Кралство Холандия. Основната му цел е да подобри качеството на живот и да намали страданието на хората от региона, живеещи с ХИВ/СПИН, които имат и психичноздравни проблеми, както и на хората, които се грижат за тях, партньори и семейства. ХИВ/СПИН е голям проблем в страните, които са цел на проекта - той или придобива размери на епидемия, или заплашва да се превърне в такава. Често липсват висококачествени грижи и нововъведения в лечението, естеството и тежестта на заболяването нерядко води до сериозни психични проблеми сред засегнатите, както и сред техните партньори, семейства и приятели. ХИВ-позитивните хора с депресия или други психологични проблеми, като злоупотреба с наркотични вещества и алкохол, са по-малко склонни да следват лечебен или превантивен режим и по-склонни към рисково поведение. В допълнение на това, при хора с психично заболяване или с интелектуални затруднения, рискът да бъдат заразени е по-голям. Този сбор от взаимодействащи си проблеми изисква специално внимание, но в повечето случаи се пренебрегва по целия свят. Поради двойната стигма и недостига на ресурси в целевите страни, в момента помощта може да бъде задействана единствено с външен опит и финансиране. В основата на проекта, действащ между 1 януари 2005 и 31 декември 2008, е създаването на мрежа от ресурсни центрове по психично здраве и ХИВ/СПИН в региона. Страните от първа фаза са Грузия, Киргизстан и Молдова, а страните от втора фаза са Армения, Азербайджан, България, Казахстан, Сърбия и Таджикистан.

Основната роля на централите е да:

- \* да провеждат епидемиологични изследвания и оценки на нуждите на различните целеви групи по проекта;
- \* да развиват и внедряват програми за дестигматизация и обучение за хора с ХИВ/СПИН, за тези, които се грижат за тях, за семействата им и за обществеността като цяло;
- \* да обучават професионалисти в психичноздравните аспекти на ХИВ/СПИН;
- \* да разработват ефективни начини за справяне със свързаните с ХИВ/СПИН психичноздравни проблеми;
- \* да функционират като ресурсни центрове с лесен достъп до необходими публикации и учебителни материали.