

РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ
ПРОЕКТОВ В СФЕРЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ «СТЕЛЛИТ»

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО НЕКОММЕРЧЕСКОЙ КОРПОРАЦИИ
«СОВЕТ ПО МЕЖДУНАРОДНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ И
ОБМЕНАМ (АЙРЕКС)» (США) В РФ

**УПРАВЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ
РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ
УЧАЩИХСЯ УЧРЕЖДЕНИЙ НАЧАЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НА УРОВНЕ ГОРОДА**

Методическое пособие

Санкт-Петербург
2008

УДК 681.3.06.

ББК 32.973.26-018.2

Л35

Авторский коллектив: докт. психол. наук, проф. Гурвич И.Н. (С.-Петербург. гос. ун.-т), канд. социол. наук, доц. М.М. Русакова (С.-Петербург. гос. ун.-т), О.С. Левина, канд. социол. наук А.А. Яковлева, В.А. Однококова, О.И. Колпакова, К.Ю. Каменская, С.Ю. Кондаков, А.Ф. Махаматова, М.С. Куцак.

Управление первичной профилактикой распространения ВИЧ-инфекции среди учащихся учреждений начального профессионального образования на уровне города: Методическое пособие / Под ред. И.Н. Гурвича – СПб.: Изд-во «Л-принт», 2008. – 146 с.

ISBN

Методическое пособие посвящено управлению первичной профилактикой распространения ВИЧ-инфекции среди учащихся учреждений начального профессионального образования. Освещаются современные теоретические подходы и методы планирования и реализации эффективных профилактических программ среди данной группы населения.

Предназначено для специалистов и руководителей районного и городского уровней управления, по роду своей деятельности заинтересованных в разработке и реализации профилактических программ, в том числе, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции среди учащихся учреждений начального профессионального образования.

Материалы, представленные в пособии, могут также быть использованы в учебном процессе по программам профессиональной подготовки и повышения квалификации в сфере общественного здоровья и здравоохранения, предназначенным для студентов и специалистов.

Подготовлено в рамках проекта «Создание Советов здоровья на базе учреждений профессионального образования для профилактики ВИЧ среди учащихся, в т.ч. среди представителей социально уязвимых групп населения и выпускников интернатных учреждений», финансируется Агентством США по международному развитию (АМР США) в рамках программы «Помощь детям-сиротам», осуществленной Советом по международным исследованиям и обмену (АЙРЕКС).

©И.Н.Гурвич и др., 2008

ISBN

Оглавление

Введение	4
1. Актуальные задачи и пути противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России и в мире	7
2. Теоретические основания разработки и реализации мер по противодействию распространению ВИЧ-инфекции	15
2.1. Основные понятия и термины	15
2.2. Теории поведения в сфере здоровья	21
2.2.1. Теории, описывающие поведение в сфере здоровья на уровне личности	22
2.2.3. Теории, описывающие поведение в сфере здоровья на уровне общности	27
2.3. Модели вмешательства для изменения поведения в сфере здоровья	29
3. Управление первичной профилактикой распространения ВИЧ-инфекции на базе учреждений начального профессионального образования	41
3.1. Модель управления профилактической деятельностью по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции	41
3.1.1. Инициирование	45
3.1.2. Разработка программы действий	55
3.1.3. Внедрение	73
3.1.4. Оценка эффективности профилактических программ	76
3.2. Особенности учреждений начального профессионального образования как базы для профилактической работы	79
3.3. Особенности учащихся учреждений начального профессионального образования как объекта профилактических воздействий	90
4. Мониторинг распространения ВИЧ-инфекции среди учащихся системы начального профессионального образования	106
Заключение	123
Приложения	125
Приложение 1. Пример программы деятельности Совета здоровья	125
Приложение 2. Пример реализации программы сохранения и укрепления здоровья на уровне общности	129

Введение

Настоящее научно-методическое пособие предназначено для специалистов и руководителей районного и городского уровней управления, по роду своей деятельности заинтересованных в разработке и реализации профилактических программ, в том числе, и направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции среди учащихся учреждений начального профессионального образования. Материалы, представленные в пособии, могут, кроме того, быть использованы в учебном процессе по программам профессиональной подготовки и повышения квалификации в сфере общественного здоровья и здравоохранения, предназначенным для студентов и специалистов.

В первом разделе пособия содержатся общие сведения о проблеме и тенденциях распространения ВИЧ/СПИД в нашей стране и в мире. Особое внимание уделено описанию структур и методов управления профилактической деятельностью, существующих на международном, федеральном и локальных уровнях и предназначенных для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции среди детей и молодежи.

Во втором разделе приведены теоретические основания планирования и осуществления профилактических вмешательств, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения в целом и отдельных его групп. Представленные в данном разделе понятия, термины, теоретические модели детерминации поведения в сфере здоровья и изменения этого поведения являются наиболее широко используемыми в нашей стране и за рубежом для разработки профилактических программ, включая направленные на снижение уровня распространения ВИЧ-инфекции среди населения.

Третий раздел посвящен описанию разработанной авторами пособия и успешно применяемой сегодня в Санкт-Петербурге теоретической модели управления эффективной профилактической работой на уровне общности (здесь в городе). Каждый из элементов (этапов) предложенной модели управления содержит свои, достаточно специфичные, инструменты и методы управления, что является предметом отдельного рассмотрения в соответствующих подразделах. Раздел также включает описания специфики учреждений начального профессионального образования как базы, и учащихся - как целевой группы профилактической работы. На основе представленных аналитических данных сформулированы рекомендации по повышению эффективности управления профилактической деятельностью среди учащихся.

Четвертый раздел содержит исходные понятия, международные стандарты и рекомендации по проведению мониторинговых исследований, направленных на оценку ситуации в сфере распространения ВИЧ-инфекции в общности.

Пособие подготовлено в рамках программы «Помощь детям-сиротам в России», проводимой Советом по международным исследованиям и обмену (АЙРЕКС) при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США) (Грант № ARO3-FY07-AIDS-03 от 01 февраля 2007).

За поддержку в подготовке пособия авторы приносят благодарность:

Правительству Санкт-Петербурга:

Комитет по образованию

Комитет по труду и социальной защите населения

Комитет по здравоохранению

Комитет по вопросам законности, правопорядка и безопасности

Комитет по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями.

Государственным и общественным организациям:

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Судостроительное профессиональное училище №25

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Профессиональное училище №70

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Профессиональный лицей №111 «Краснодеревец»

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Садово-архитектурный профессиональный лицей №113

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Индустриально-судостроительный профессиональный лицей №116

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Профессиональный лицей №130 имени Владимира Широкова

Государственное образовательное учреждение начального профессионального образования Электромашиностроительный профессиональный лицей

Факультет психологии Санкт-Петербургского государственного университета

Движение «Ровесник-Ровеснику»

Городской консультативно-диагностический центр репродуктивного здоровья «Ювента»

Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями

Региональная общественная благотворительная организация «Центр профилактики наркомании»

Кожно-венерологический диспансер №7 Кировского административного района

Консультативно-диагностический центр для подростков Калининского района

Молодёжная общественная организация «Здоровое поколение»

Региональная общественная организация «Взгляд в будущее»

Филиал фонда «Центр социального развития и информации»

Группа поддержки для ВИЧ–позитивных «Плюс»

Программа «Равновесие»

Благотворительный фонд «Корчаковский центр».

1. Актуальные задачи и пути противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России и в мире

1.1. Распространение ВИЧ-инфекции как социальная проблема

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) развивается у человека через несколько лет после заражения ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека). Тяжелое заболевание вызывается ослаблением иммунитета и, в конечном итоге, разрушением способности организма противостоять инфекциям, что приводит к летальному исходу.

Эпидемия СПИД продолжается уже более двадцати лет. Первые случаи заболевания были зарегистрированы в 1981 году, сам же вирус был выявлен двумя годами позже - в 1983 году. На сегодняшний момент разработаны антиретровирусные лекарственные препараты, позволяющие увеличить продолжительность и улучшить качество жизни больного, однако заболевание по-прежнему является неизлечимым.

Существуют следующие пути передачи ВИЧ от человека к человеку:

- ▶ Половой (передача ВИЧ происходит при половых контактах);
- ▶ Парентеральный (попадание инфекции непосредственно в кровь). ВИЧ может передаваться при переливании крови или при случайном переносе зараженной ВИЧ крови от человека к человеку режущими или колющими инструментами. ВИЧ наиболее часто инфекция передается при внутривенной инъекции нестерильным шприцем (чаще шприцем, которым уже пользовался другой человек);
- ▶ «Вертикальный» (передача вируса от инфицированной матери ее ребенку во время беременности, родов и кормления грудью).

Одной из основных особенностей заболевания является его бессимптомный характер его течения. Именно эта особенность явилась причиной столь широкого распространения эпидемии. Инфицированный человек может длительное время, вплоть до десяти лет, не подозревать о своем заболевании и, сохраняя привычное поведение, тем самым являться источником инфекции.

Развитие эпидемии представляет значительную угрозу для многих сфер жизни общества и государства. Именно поэтому на сегодняшний день

эпидемия ВИЧ стала не столько медицинской, сколько социальной проблемой.

Эпидемия вызывает, прежде всего, тяжелые социально - экономические последствия: снижение доли людей трудоспособного возраста в населении, возрастание затрат на пенсионное обеспечение и социальную помощь пострадавшим от эпидемии людей, рост затрат на медицинское обслуживание как непосредственно ВИЧ-инфицированных и больных СПИД, так и на лечение сопутствующих ВИЧ заболеваний.

Не менее тяжелы и демографические последствия эпидемии – снижение рождаемости и возраста дожития, рост смертности, и, соответственно, снижение общей численности населения. Названные процессы создают значительную угрозу общественной и государственной безопасности.

Эпидемия ВИЧ способствует росту социальной напряженности: ВИЧ-позитивные люди во многих странах мира подвергаются стигматизации и дискриминации. Страх быть отвергнутыми обществом снижает готовность людей проходить тестирование на ВИЧ и раскрывать свой ВИЧ-статус другим людям, что, в свою очередь, стимулирует дальнейшее развитие эпидемии.

Риску инфицирования подвергается любой человек, которому присуще поведение, сопряженное с возможностью передачи ВИЧ. На данный момент, ввиду отсутствия мер специфической медицинской профилактики (т.е. эффективной вакцины), повлиять на динамику эпидемии практически можно только при помощи мер социальной профилактики.

Закономерности распространения ВИЧ – инфекции в России и в мире

К настоящему времени случаи ВИЧ зарегистрированы на всех континентах, в подавляющем большинстве регионов мира. Таким образом, эпидемия ВИЧ сегодня приобрела статус пандемии.

К концу 2007 года по оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и программы ООН по СПИД (UNAIDS) в мире насчитывается более 30 миллионов ВИЧ-позитивных людей¹. Практически по-

¹ Развитие эпидемии СПИДа : специальный доклад по ВИЧ/СПИДу : декабрь 2007. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2007.

ловина из них – женщины, а 2,5 миллиона ВИЧ-позитивных – дети, не достигшие 15-летнего возраста. За прошедший год от СПИД погибли 2,1 миллиона человек.

Ситуация по ВИЧ в различных регионах мира варьирует в зависимости от стадии эпидемии.

На начальной стадии эпидемии количество случаев инфицирования не велико: – доля людей, живущих с ВИЧ, не превышает 5% ни в одной из групп населения.

В стадии концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекция распространена среди определенных групп населения, но пока не охватила население в целом. На этой стадии в эпидемический процесс вовлечены группы населения, практикующие высоко рискованное в отношении передачи ВИЧ – употребление наркотиков инъекционным путем, предоставление коммерческих сексуальных услуг и сексуальные контакты мужчин с мужчинами. Дальнейшее развитие эпидемии зависит от того, насколько интенсивно взаимодействие названных групп с населением в целом. На этой стадии доля ВИЧ-позитивных людей среди общего населения не превышает одного процента, в то время как в любой одной из групп, демонстрирующих высоко рискованное поведение, превышает 5%.

Для генерализованной стадии эпидемии характерна распространенность ВИЧ именно среди общего населения. Подобная ситуация на настоящий момент характерна в основном для стран Юга Африки.

Россия в настоящее время находится на стадии концентрированной эпидемии. ВИЧ-инфицирование в значительной мере представлено среди инъекционных потребителей наркотиков и коммерческих сексуальных работников, значительная часть которых также употребляют наркотики инъекционным путем². Однако в последние годы ВИЧ стал более широко распространяться среди общего населения, причем преимущественно половым путем. Таким путем заражаются в основном молодые женщины. В некоторых регионах Российской Федерации стадию развития эпидемии уже можно определить как генерализованную, поскольку доля ВИЧ-позитивных среди беременных женщин в них превысила 1%.

²В.В.Покровский, Н.Н.Ладная, Е.В.Соколова, Е.В.Буравцова, О.Г.Юрин ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 29, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Москва, 2007

Проблема ВИЧ в значительной степени актуальна для молодежной группы населения:– по данным на 2006 год среди российской молодежи в возрасте от 18 до 24 лет каждый сотый живет с диагнозом ВИЧ. Для Санкт-Петербурга данный показатель составляет 2,6%.

Среди петербургских подростков в возрасте от 15 до 18 лет диагноз ВИЧ установлен каждому пятидесятому (1,9%)³.

Среди граждан России, живущих с ВИЧ, неуклонно растет число лиц, нуждающихся в специализированном лечении - антиретровирусной терапии (АРВТ).

Государственные меры по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

Необходимость активных согласованных мер по противодействию эпидемии ВИЧ признана в Российской Федерации на государственном уровне.

Основным регламентирующим документом в сфере противодействия ВИЧ является федеральный закон о предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ - инфекции) № 38-ФЗ от 30.03.1995. Согласно ему государство гарантирует медицинскую и социальную помощь ВИЧ-позитивным людям и их семьям, доступность для граждан медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ, развитие научных исследований по данной тематике и проведение эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией. Значительное внимание уделено в законе и профилактике заболевания, в том числе среди молодежи.

В 2001 году Россией была подписана Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД. В данном документе устанавливаются основные принципы и приоритеты мирового сообщества в противодействии эпидемии.

Координацию деятельности по противодействию эпидемии на федеральном уровне в России осуществляют следующие органы:

► Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диа-

³Волкова Г.В. (2007 г.). Тенденции эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге. Презентация на областном семинаре по мониторингу и оценке. 18-20 апреля 2007.

гностики и лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции).

- ▶ Межфракционная депутатская рабочая группа по вопросам профилактики и борьбы со СПИД.
- ▶ Координационный совет по проблемам ВИЧ/СПИД Минздравсоцразвития РФ. (Сайт совета находится по электронному адресу: <http://aidsCouncil.ru/>).
- ▶ Рабочая группа по подготовке нормативных правовых актов и методических документов по диагностике, лечению, эпидемиологическому и поведенческому надзору ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний Минздравсоцразвития РФ.
- ▶ Комиссия по мониторингу и оценке результатов мероприятий, осуществляемых в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ».
- ▶ Аналитическая группа по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию ВИЧ/СПИД в Российской Федерации при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. (Сайт аналитической группы находится по электронному адресу: <http://www.infomio.ru/>).

Медицинские вопросы противодействия эпидемии находятся в компетенции Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития). Однако, поскольку на настоящий момент эпидемия ВИЧ является общегосударственной проблемой и затрагивает многие важнейшие аспекты жизни общества, ряд аспектов противоэпидемической работы регулируется с участием других министерств и ведомств.

Ресурсное обеспечение государством деятельности по противодействию эпидемии осуществляется в рамках национальных и федеральных проектов и программ, а также из региональных бюджетов. В частности, на территории России реализуется Приоритетный национальный проект «Здоровье», включающий в себя самостоятельный раздел «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ», а также Федеральная целевая программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», включающая в себя подпрограмму «Анти-ВИЧ/СПИД».

На региональном уровне функцию координации противоэпидемической деятельности выполняют специально созданные органы. Так, в Санкт-Петербурге функционирует Координационный совет по профилактике и борьбе с ВИЧ/ СПИДом при Комитете по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в городе Санкт-Петербург. Координационный совет наделен полномочиями по разработке мер профилактики распространения ВИЧ. В состав совета входят представители различных ведомств, государственных и негосударственных организаций. Система региональных мер по противодействию распространению эпидемии представлена в Плане мероприятий по профилактике и борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией) в Санкт-Петербурге на 2007-2009 годы, принятым Постановлением Правительства Санкт-Петербурга.

Профилактика ВИЧ среди учащейся молодежи, в том числе и непосредственно в образовательных учреждениях, является одним из приоритетных направлений. Признанием этого положения является разработка федеральными органами исполнительной власти соответствующих документов. Это Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, разработанная Министерством образования и науки Российской Федерации⁴, а также соответствующий раздел в Методических рекомендациях по организации профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения, изданных Министерством здравоохранения и социального развития РФ⁵.

Нормативной базой для реализации профилактики ВИЧ в образовательных учреждениях является Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». В частности в нём говорится о необходимости регулярного информирования населе-

⁴ О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде

Письмо Минобрнауки России от 06.10.2005 N АС-1270/06

Письмо Роспотребнадзора от 04.10.2005 N 0100/8129-05-32

⁵ Методические рекомендации. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. Министерство здравоохранения и социального развития РФ 20 декабря 2006 г. п 6834-рх

ния, в том числе через средства массовой информации, о доступных мерах профилактики ВИЧ-инфекции. Той же цели служит и включение в учебные программы образовательных учреждений, предусмотренное законом, тематических вопросов по нравственному воспитанию.

Согласно федеральному закону о предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), основные методические решения, направленные на разработку и внедрение современных методов профилактики в сфере ВИЧ, принимают соответствующие органы федеральной исполнительной власти.

Реализация же этих решений находится в компетенции органов исполнительной власти субъектов федерации и органов местного самоуправления.

Исполнителями профилактических мероприятий (субъектами профилактической деятельности) в сфере ВИЧ в Российской Федерации являются:

1. Медицинские учреждения (Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения - Методические рекомендации. Министерство здравоохранения и социального развития РФ, 20 декабря 2006 г., п 6834-рх)
2. Региональные и окружные центры по профилактике и борьбе со СПИД (Приказ о совершенствовании организационной структуры и деятельности учреждений по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения РФ от 07.08.2000 г)

Таким образом, названные организации можно и нужно активно привлекать как к разработке, так и к проведению профилактических работ. Сотрудники данных учреждений могут привлекаться в качестве экспертов, методистов и преподавателей.

Однако, согласно более широкой трактовке, изложенной в Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде, субъектами профилактической деятельности являются все граждане России. Отдельно выделяется роль федеральных и региональных органов государственной власти, органов местного самоуправления, педагогического, научного, культурного сообществ, бизнес сообщества, других общественных институтов, молодежных объединений, семьи и родительской общественности.

Литература:

1. Волкова Г.В. (2007 г.). Тенденции эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге. Презентация на областном семинаре по мониторингу и оценке. 18-20 апреля 2007
2. Федеральный закон о предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ - инфекции) № 38-ФЗ от 30.03.1995
3. Методические рекомендации. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения. Министерство здравоохранения и социального развития РФ 20 декабря 2006 г. п 6834-рх
4. О Концепции превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИДа в образовательной среде
Письмо Минобрнауки России от 06.10.2005 N АС-1270/06
Письмо Роспотребнадзора от 04.10.2005 N 0100/8129-05-32
5. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 29, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, Москва, 2007
6. Развитие эпидемии СПИДа: специальный доклад по ВИЧ/СПИДу : декабрь 2007. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2007.

2. Теоретические основания разработки и реализации мер по противодействию распространению ВИЧ-инфекции

2.1. Основные понятия и термины

Примерно до первой трети XX века в мире преобладал инфекционный тип (паттерн) патологии. Другими словами, в структуре заболеваемости и причин смерти главное место занимали инфекционные болезни. Со второй половины XX века, благодаря достижениям микробиологии, эпидемиологии инфекционных заболеваний и гигиены, инфекционные заболевания стали эффективно контролироваться. На смену преимущественно острым заболеваниям, чаще вызываемым инфекционным агентом, пришли заболевания с затяжным течением или хронические, при которых не удавалось выделить какой-либо один четко очерченный причинный фактор. Скорее, их возникновение можно было связать с образом жизни, то есть с целостным воздействием всех многообразных факторов современной цивилизации на человека.

Однако не всегда потенциальные причинные факторы заболевания могли быть устранены на уровне общества в целом, имея основным источником поведение самого индивида, иными словами, для своего устранения требовали вмешательства на индивидуальном уровне. Практикующие врачи, исходившие в своих профилактических усилиях из представления о том, что стоит информировать индивида о возможных негативных последствиях его поведения для здоровья, как его поведение изменится в желательном направлении, столкнулись с ситуацией, когда такие усилия оказывались неспособными не способны дать нужного результата.

Причины и факторы поведения индивидов в сфере здоровья становятся предметом изучения психологии, и в частности, одного из разделов этой науки – психологии здоровья (Health Psychology).

Одной из центральных предметных областей данной науки стало поведение, связанное со здоровьем и болезнью. Это:

1. «*Поведение риска*» (частично охватываемое понятием саморазрушающего поведения): а) алкоголизация (на доболезненном этапе); б) курение; в) переизбыток; г) отказ от выполнения различных гигиенических реко-

мендаций (уход за зубами, использование контрацептивных средств и т. п.); д) поведение, связанное с увеличением риска несчастных случаев (например, пренебрежение ремнями безопасности при поездке в автомобиле).

2. «Гигиеническое» поведение (протективное, самосохранительное): а) физические упражнения; б) регулярное прохождение медицинских осмотров; в) соблюдение режима труда и отдыха. Другие виды протективного поведения являются «отражением» поведения риска. Например — отказ от алкоголизации и курения, соблюдение гигиенических рекомендаций и т. п.

3. «Медицинское» (связанное с болезнью) поведение: а) самолечение и отказ (откладывание) обращения за медицинской помощью при заболевании; б) обращение к непрофессионалам; в) принятие роли больного и связанные с этим проблемы; г) согласие с врачебными рекомендациями и их выполнение.

Основной акцент деятельности по сохранению и укреплению здоровья менялся в течение XX века. Если в начале века эта деятельность концентрировалась на введении реформ, таких как очистка питьевой воды и внедрении санитарных норм, то в 50-60-х годах XX фокус этой работы сместился в направлении изменения поведения людей. Первоначально это означало концентрацию усилий на образовании людей в сфере здоровья. И, хотя сегодня деятельность по изменению поведения в сфере здоровья не ограничивается образовательными программами, они остаются исходным этапом воздействия на людей в направлении изменения поведения в желательном направлении.

Образование в сфере здоровья (Health Education) — междисциплинарная практическая деятельность, включающая в себя разработку, внедрение и оценку образовательных программ, которые способствуют активному вовлечению в процесс сохранения и укрепления здоровья индивидов, групп, семей, организаций и общностей. Эта деятельность имеет своей основной целью способствовать принятию людьми добровольных решений относительно изменения поведения и социальных условий своей жизни в направлении, способствующем сохранению и укреплению здоровья.

В 70-х годах XX в. этот подход стал подвергаться резкой критике, поскольку он сместил акцент с социальных и экономических детерминант

здоровья, за которые ответственны государство и общество, на индивидуальную ответственность человека. Например, человек, страдающий сердечно-сосудистыми заболеваниями «сам виноват» в этом, поскольку курением и передаванием «довел себя» до заболевания. Этот подход получил название «обвинения жертвы» (*victim blaming*).

В 1980-х годах XX в. в понимании общественного здоровья начался период «нового общественного здравоохранения», ознаменовавший собой более широкий взгляд на проблемы сохранения и укрепления здоровья. Данный подход включает в себя, помимо собственно образования в сфере здоровья, еще и социально - политические меры, направленные на минимизацию повреждающего здоровье населения воздействия таких социальных явлений как бедность, безработица, дискриминация, неблагоприятные условия жизни. Особенно важно в этом подходе то, что он предусматривает вовлечение самих людей в процесс поддержания и укрепления собственного здоровья.

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения, *действие сохранию и укреплению здоровья людей (health promotion)* - это процесс, обеспечивающий расширение их возможностей контролировать и улучшать свое здоровье.

Традиционно фокус ответственности за здоровье, как в теоретическом, так и в практическом аспектах, различен в США и западноевропейских странах. В США усилия по сохранению и укреплению здоровья населения направлены, в первую очередь, на то, что бы повысить индивидуальную ответственность и активность в этом направлении. Европейская же традиция, к которой в значительной степени принадлежат и страны СНГ, придает первостепенное значение в обеспечении здоровья граждан государству. Конечно, подобное разделение достаточно условно, и в рамках обеих названных традиций накоплен значительный теоретический и практический материал.

В данном пособии используются теоретические и практические разработки в рамках обоих концептуальных подходов, что позволяет сформулировать системное понимание социальной деятельности по сохранению и укреплению здоровья граждан. На основе такого понимания удастся обеспечить превентивные воздействия на всех уровнях социального управления – индивидуальном, локальном и общенациональном.

Сама деятельность, направленная на содействие сохранению и укреплению здоровья людей (health promotion), рассматривается здесь как любые социальные действия, способствующие улучшению здоровья людей. Это обучающие программы, меры по оптимизации характеристик окружающей среды, влияющих на состояние здоровья населения, совершенствование законодательства, изменение социальных норм и пр. В последующих главах будет более подробно рассмотрено управление этой деятельностью. Центральным направлением деятельности, направленной на содействие сохранению и укреплению здоровья людей, является предотвращение заболеваний – профилактика (превенция).

Понятие «профилактика» (от греч. prophylaktikos – предохранительный), широко используемое сегодня в различных сферах общественной жизни, широкое распространение первоначально получило применительно к проблемам здоровья. Базовая концепция профилактики подразумевает усилия или мероприятия, которые предпринимаются для предупреждения возникновения заболевания. В отличие от собственно лечебного вмешательства, профилактика направлена на состояния, которые на момент ее проведения не существуют.

В более широком контексте общественного здоровья профилактика определяется как комплексный, последовательный, систематический процесс, направленный на создание благоприятных условий для жизнедеятельности человека и формирование у него ответственного отношения к собственному здоровью. Одним из основных составляющих профилактики является устранение факторов риска для здоровья, а ключевыми задачами – повышение качества жизни и сохранение здоровья человека.

В соответствии с современным пониманием общественного здравоохранения, деятельность по профилактике должна реализовываться в различных сферах жизни человека и объединять усилия медиков и других специалистов - социальных работников, педагогов, психологов, представителей общественных организаций, журналистов и пр.

Согласно классификации ВОЗ, профилактику заболеваний принято разделять на первичную, вторичную и третичную. *Первичная профилактика* (primary prevention) направлена на собственно предупреждение болезней, обычно за счет влияния на факторы, способствующие их

возникновению. *Вторичная профилактика* (secondary prevention) применяется уже при наличии заболевания с целью сдерживания темпа его развития и предупреждения осложнений. *Третичная профилактика* (tertiary prevention) представляет собой комплекс реабилитационных воздействий на больных и/ или мероприятий по предотвращению инвалидности.

В контексте ВИЧ, мероприятия по первичной профилактике направлены на снижение риска инфицирования ВИЧ для человека, а по вторичной – риска передачи ВИЧ инфицированным человеком другим лицам. Они могут включать в себя просветительскую работу, добровольное консультирование и тестирование, распространение презервативов, контроль инфекций, имеющих сходные пути передачи (прежде всего, ИППП и вирусных гепатитов), социальную работу в особо уязвимых к ВИЧ труднодоступных группах населения, а также меры по обеспечению безопасности банков крови.

Теории, описывающие и объясняющие поведение людей в сфере здоровья, используют следующие базисные понятия.

Канал (Channel) – способ коммуникации с индивидом или целевой аудиторией; -включает в себя средства массовой информации, печатные материалы, межличностные контакты.

Коммуникация (Communication) – передача информации от источника (коммуникатора) к получателю (реципиенту) посредством определенного канала.

Общность (Community) – группа людей, проживающих на одной географической территории и до некоторой степени объединенных общими интересами и способами коммуникации. Существуют различные концептуальные подходы для определения понятия общности. С позиций функционального подхода общность – это группа индивидов, характеризующихся общей самонидентификацией (например, профессиональные или религиозные ассоциации, жители определенной местности, города). С позиций структурного подхода общность имеет определенные территориальные/политические границы (партия, дом, микрорайон, деревня, поселок, город, округ, государство или нация).

В социально-статистическом смысле общность – это группа лиц, которых объединяют некоторые общие характеристики, такие как источник

дохода, членство в организациях или территориальное местоположение и пр.

Выделяют четыре следующих составляющих общности: членство, влияние, удовлетворение потребностей и эмоциональная связь внутри общности. Членство отражает чувство принадлежности к общности. Воздействие поведения индивида на группу в целом и группы на поведение индивида рассматриваются как влияние.

Наряду с членством и влиянием, жизненно важным для формирования и поддержания общности является удовлетворение потребностей. Индивиды удовлетворяют свои материальные потребности благодаря распределению ресурсов внутри общности. Эмоциональная связь членов общности возникает на основе общей истории и социального опыта членов данной общности. Чувство групповой идентичности становится основой мотивации членов общности к изменению поведения. Поэтому уровень является оптимальным для планирования и реализации вмешательств в сфере здоровья.

Окружающая среда (окружение) (Environment) - факторы физической и социальной среды, влияющие на поведение людей.

Коммуникация в сфере здоровья (Health Communication) – создание и распространение сообщений, а также применение стратегий, основанных на исследованиях потребительского поведения, для пропаганды здорового образа жизни индивидов, групп и общностей в целом. Коммуникация в сфере здоровья направлена на изменение поведения в отношении какой-либо специфической проблемы, присущей большим группам людей.

Информация о здоровье (Health information) – содержание сообщений, проходящих через различные каналы, коммуникации, используемых для информирования групп и общностей о проблемах здоровья, соответствующих продуктах и видах поведения. Фактически это вся информация, связанная со здоровьем.

Целевая группа (аудитория) (Target Audience) – группа индивидов, объединенных специфическими демографическими, географическими, социальными, психологическими и другими параметрами, на которую направлено воздействие профилактической программы.

2.2. Теории поведения в сфере здоровья

Поведение, которое подвергает человека риску заражения ВИЧ, чаще всего является результатом комплекса воздействий, осуществляющихся на различных уровнях организации индивида и группы. Описание этих воздействий с точки зрения достижения желаемого изменения поведения является функцией научной теории.

В качестве примеров вопросов, на которые помогают ответить теории, описывающие поведение в сфере здоровья, могут служить следующие:

- ▶ Какие группы людей/общности должны стать целевыми для превентивных вмешательств?
- ▶ Какие специфические виды поведения делают людей наиболее уязвимыми для ВИЧ/СПИД?
- ▶ Какие факторы влияют на выбор людьми поведения, ставящего их в ситуацию риска заражения ВИЧ?
- ▶ Какие из этих факторов наиболее важны, на какие из них должно быть направлено вмешательство?
- ▶ Какие теории или модели описывают эти факторы?
- ▶ Какой тип вмешательства наиболее всего отвечает выявленным факторам?

Теории (модели), описывающих поведение людей в сфере здоровья, лежат в основе любой эффективной профилактической деятельности. Они определяют круг факторов, влияющих на поведение. Знание этих факторов, в свою очередь, позволяет планировать целенаправленное влияние на поведение в сфере здоровья и делать эти факторы объектом целевых профилактических воздействий.

В основе современных теоретических представлений о связанном со здоровьем поведении лежит представление о его множественной детерминации. Такая детерминация реализуется на уровнях личности, группы и общности в целом. В свою очередь, на каждом из названных уровней можно выделить ряд факторов, воздействующих на поведение в сфере здоровья.

Так, на уровне личности этот вид социального поведения определяется: в когнитивной сфере психики — осознаваемой угрозой заболевания,

воспринятыми социальными нормами, уровнем знаний; в эмоциональной сфере — эмоциями, вызванными состоянием здоровья, страхом; в мотивационно–поведенческой сфере — потребностью в ощущениях, мотивацией к изменению поведения, установками, местом здоровья в структуре жизненных ценностей.

На уровне группы на поведение в сфере здоровья влияют разделяемые индивидом убеждения, ценности, виды активности, а также характеристики тех социальных подсистем, в которые он входит.

На уровне общности на поведение в сфере здоровья влияют содержание распространяемой информации о здоровье, каналы ее передачи, а также уровень знаний, умений, активности и самостоятельности, присутствующий той социальной общности, в которую индивид интегрирован.

2.2.1. Теории, описывающие поведение в сфере здоровья на уровне личности

Теория убеждений о здоровье

Теория убеждений о здоровье была впервые сформулирована в 1950-х годах XX века. Эта теория – возможно первая ориентированная на поведение людей концептуальная схема, использованная в здравоохранении. Теория говорит о том, что поведение в сфере здоровья является функцией одновременно *знания (информированности)* и *побуждения (мотивации)*. В частности, эта теория акцентирует роль восприятия собственной уязвимости по отношению к заболеванию.

Авторы теории Беккер и Розеншток [Rosenstock, 1974] утверждали, что поведение в сфере здоровья определяется тем, *насколько индивид а)* видит себя уязвимым в отношении определенного заболевания (воспринимаемая возможность заболеть); *б)* воспринимает данную проблему как серьезную (оценка неблагоприятных последствий состояния: смерть, боль, инвалидность и т.п.); *в)* убежден в эффективности профилактики/лечения данного заболевания вкупе с низкими затратами на эту профилактику/лечение (оценка выгод и барьеров к изменению поведения); *г)* испытывает побуждение принять конкретные меры в отношении этого заболевания.

Под воспринимаемыми выгодами понимается субъективная оценка индивидом эффективности рекомендуемых действий в сфере здоровья, т.е. оценка вероятности снижения угрозы для здоровья в случае выполнения этих действий. Воспринимаемые барьеры включают в себя финансовые и временные затраты, побочные эффекты и другие негативные последствия, к которым могут приводить рекомендуемые действия.

Пусковыми факторами для принятия индивидом конкретных мер могут

стать внутренними причинами (ослабление здоровья с возрастом) и внешние причины (например, история из газетных или телевизионных новостей либо заболевший друг), т.е. факторы, способствующие пониманию индивидом того, что опасность угрожает не всем людям вообще, а конкретно ему. Также на вероятность изменения поведения влияют осознаваемые выгоды от изменения поведения или барьеры по осуществлению этих изменений.

Таким образом, поведение индивида в отношении собственного здоровья фактически соответствует «дереву» принятия решений (рис. 1).

Теория убеждений о здоровье может быть использована при планировании превентивных программ в двух направлениях: 1) для определения круга факторов, влияющих на поведение, на изменение которых направлена программа; 2) для описания целевого контингента программы (индивидов, групп или общностей).

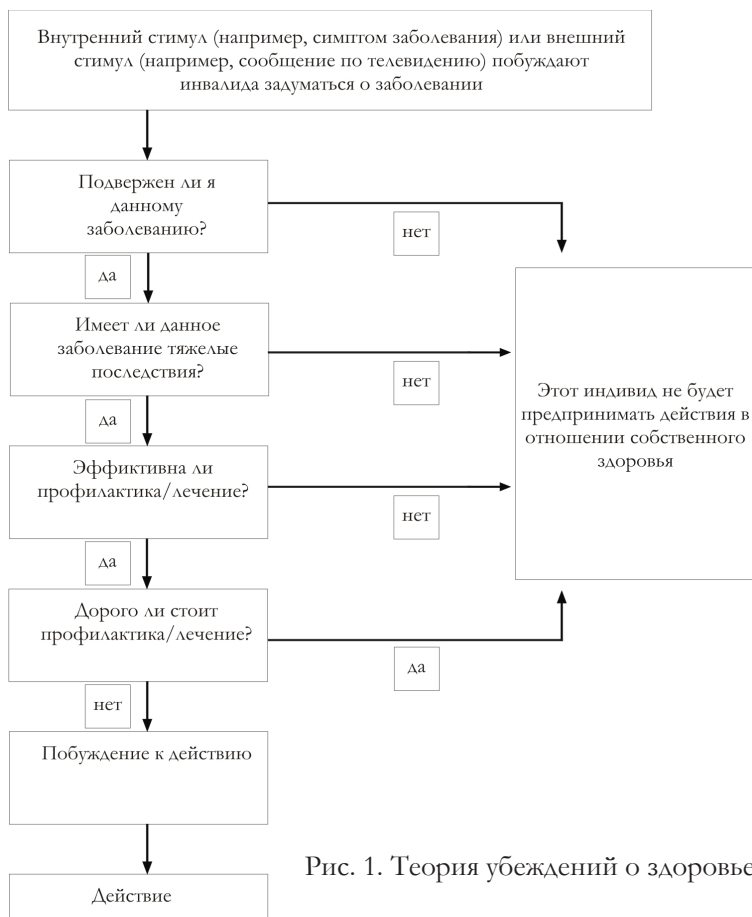


Рис. 1. Теория убеждений о здоровье

Теория стадий изменения (Stages of Change Model)

Была разработана в 1980–х гг. для описания тех стадий, которые проходят люди в изменении своего поведения в сторону более благоприятного для здоровья. Авторами теории являются Дж.О. Прочаска и С.С. ДиКлементе [Prochaska, DiClemente, 1992]. При разработке своей модели авторы использовали уже имеющиеся теоретические модели, описывающие поведение в сфере здоровья.

Теория выделяет шесть основных стадий, через которые проходят индивиды в процессе изменения своего поведения. Это: стадия, предшествующая размышлениям об изменении поведения; стадия размышлений об изменении поведения; стадия подготовки к изменениям; стадия действия; стадия поддержания изменений; завершающая стадия.

На первой стадии человек еще не думает об изменении поведения. Это может быть связано как с недостатком информации о том, что поведение, которого он придерживается, приносит здоровью вред, так и с отсутствием мотивации к изменению поведения либо с сопротивлением превентивным вмешательствам. Вторая стадия, размышления об изменении поведения, предполагает, что человек начинает задумываться о необходимости изменить свое поведение. На этой стадии он оценивает преимущества и недостатки изменения поведения. Здесь действуют механизмы, описанные в модели убеждений о здоровье.

Как только человек принимает решение изменить свое поведение, он переходит на стадию подготовки к изменениям. На этой стадии он собирает информацию, необходимую для того, чтобы изменить поведение, и составляет план действий. На стадии действия человек изменяет свое поведение на более безопасное для здоровья. На стадии поддержания изменений новое поведение становится частью образа жизни. Стадия завершения предполагает, что изменения поведения закрепились, и возврат к старому паттерну поведения уже никогда не произойдет.

Помимо стадий изменения поведения, авторы теории ввели в модель понятия баланса принятия решений, самооэффективности, а также описали процессы, сопровождающие изменение.

Баланс принятия решений отражает процесс оценки индивидом всех «за» (выгоды) и «против» (затраты) изменения. Самоэффективность определяется двумя параметрами: 1) зависящим от ситуации убеждением

людей в том, что они смогут справиться с обстоятельствами, в которых их здоровье подвергается высокому риску, и больше не возвращаться к вредному для здоровья или рискованному поведению; 2) искушением — интенсивностью побуждений практиковать определенное привычное поведение в трудной ситуации. Авторы выделили три типа трудных ситуаций: негативное эмоциональное состояние, позитивные социальные ситуации и страстное желание.

Теория стадий изменения поведения широко применяется при разработке вмешательств, направленных на изменение таких видов поведения в сфере здоровья, как курение, диета и выполнение физических упражнений. В последнее время теория используется для воздействия на прохождение профилактических медицинских осмотров на наличие рака груди, употребление алкоголя, использование презервативов, предоставление органов донорами. Она является основой для превентивных вмешательств в различном социальном окружении: в учреждениях первой медицинской помощи, на дому, в церквях, школах, общностях.

Модель сформировала в профессиональном кругу понимание того, что все население можно разделить на группы по признаку стадий изменения поведения, на которой находится каждая из них. При работе с каждой такой группой должны использоваться разные методы воздействия. При этом вмешательства не должны заканчиваться на стадии изменения, поскольку необходимо предпринимать специальные усилия, направленные на закрепление новой модели поведения. Важным следствием принятия модели стало понимание того, что процесс изменения поведения не обязательно должен быть кратковременным — он может длиться годы.

2.2.2. Теории, описывающие поведение в сфере здоровья на уровне группы

Теория социального научения (Social Learning)

Эта теория рассматривает поведение индивида с позиций его детерминации со стороны тех контактных групп, в которые он включен — семья, друзья, коллеги, работники системы здравоохранения и пр. Предполагается, что на поведение индивида в сфере здоровья оказывает влияние группа.

Теория была сформулирована в 1941 г. и в течение нескольких десят-

ков лет развивалась и дополнялась. С позиций этой теории поведение рассматривается в контексте окружающей среды (физической и социальной). Предполагается, что именно среда оказывает решающее воздействие на поведение людей в сфере здоровья, даже если это влияние не осознается.

В теории социального научения большое значение придается также личностным факторам: *самоэффективности* и *ожиданиям* от изменения поведения. *Самоэффективность* – это уверенность человека в том, что он сможет выполнить необходимые действия (аналог воспринимаемого контроля над результатами поведения). Ожидания – это образ результатов собственных действий. *Образ результатов* может быть положительным или отрицательным. Предполагается, что человек ведет себя так, чтобы увеличить количество положительных результатов и уменьшить количество отрицательных. Результаты могут оцениваться на основании прошлого опыта человека либо посредством наблюдения за поведением окружающих. Во втором случае окружающие выступают в качестве социально–ролевых моделей поведения. Формирование поведения в сфере здоровья с точки зрения теории социального научения представлено на рисунке 2.

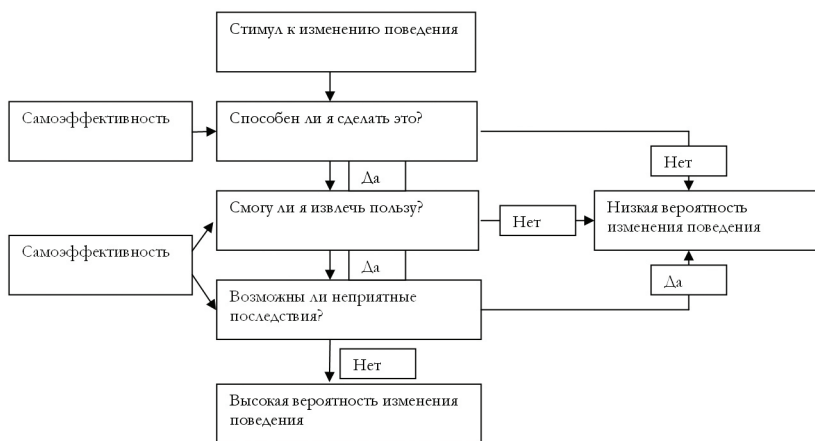


Рис. 2. Формирование поведения с точки зрения теории социального научения

2.2.3. Теории, описывающие поведение в сфере здоровья на уровне общности

Модель коммуникации/аргументации (Communication/persuasion matrix)

Модель коммуникации/аргументации была разработана профессором психологии Йельского университета (США) У. Мак Гуайром [McGuire, 1989]. Мак Гуайр изучал, как именно средства массовой информации и другие способы общественной коммуникации могут быть использованы для изменения установок и поведения людей. Эффективность коммуникации будет зависеть от типа «входных» переменных и типа требуемого «продукта на выходе». Под «продуктом» здесь подразумеваются поведенческие реакции индивида-получателя «послания», возникающие в ответ на сообщение, поступившее по данному каналу коммуникации («входные» переменные). В основе этого утверждения лежит аксиома: изменение информированности вызывает изменение установок, а изменение установок вызывает изменение поведения (Рис.3).

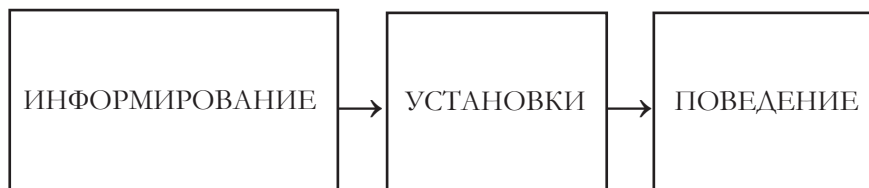


Рис. 3. Изменение поведения согласно модели коммуникации/аргументации

Матрица коммуникации/изменения поведения (Communication/behavior change matrix)

Матрица коммуникации/изменения поведения – это комбинация Теории убеждений о здоровье и Матрицы коммуникации/аргументации. Модель помогает ставить реальные цели изменения поведения целевой группы и разрабатывать обучающие стратегии для достижения этих целей.

В частности, следующие элементы коммуникации нуждаются в планировании:

1. Привлечение внимания. На этом этапе представители целевой аудитории информируются о проблеме.
2. Информирование. На этом этапе обеспечивается представление информации о проблеме в терминах, понятных представителям целевой аудитории. Эта информированность впоследствии станет базисом для изменения поведения.
3. Стимулирование к изменениям. На этом этапе происходит представление информации о пользе и выгодах изменения поведения.
4. Моделирование поведения. На этом этапе демонстрируются навыки желаемого поведения.
5. Тренинг. На этом этапе представители целевой аудитории обучаются применению навыков.
6. Побуждение к действию. Здесь обеспечиваются напоминания о необходимости изменения поведения.
7. Обеспечение поддержки. Поддержание изменений поведения, происходящее путем создания чувства общности у представителей целевой аудитории.

Функции агента коммуникации	Задачи на пути к изменению поведения получателя информации
Привлечение внимания	Информировать
Обеспечение информацией	Повысить уровень информативности
Стимулирование к изменениям	Повысить мотивацию
Моделирование поведение	Обучить навыкам
Обучение	Использовать навыки
Побуждение к действию	Внедрить изменения в образ жизни
Обеспечение поддержки	Поддержать изменения

Рис. 4. Элементы Матрицы коммуникации/изменения поведения

Теория убеждений о здоровье, Теория социального научения, Теория стадий изменения, Матрица коммуникации/аргументации и Матрица коммуникации/изменения поведения сыграли значительную роль в развитии практики содействия сохранению и укреплению здоровья людей. Эти теории имеют много общих элементов, что свидетельствует о единстве и особом характере поведения, связанного со здоровьем. *Однако для разработки эффективных методов его изменения этот вид поведения людей нуждается в эмпирическом изучении.*

2.3. Модели вмешательств для изменения поведения в сфере здоровья

Наиболее известные и эффективные на сегодняшний день модели вмешательств для изменения поведения людей в сфере здоровья базируются и вбирают в себя основные идеи теорий, описывающих поведение людей в сфере здоровья. Модели вмешательств предназначены для разработки программ вмешательства и организации потенциально успешной деятельности по их осуществлению. В отличие от теоретических моделей детерминации поведения в сфере здоровья, носящих объяснительный характер, теоретические модели вмешательства имеют характер описательный. Другими словами, они позволяют организовать деятельность так, чтобы она охватила все существенные для успеха программы аспекты, начиная от выбора цели вмешательства и заканчивая оценкой его эффективности.

Ниже мы рассмотрим несколько наиболее широко известных моделей, широко используемых при разработке и организации программ вмешательства - Социальный маркетинг, Модель PRECEDE-PROCEED, Модель оценки RE-AIM.

Социальный маркетинг (Social marketing)

Социальный маркетинг использует принципы и техники коммерческого маркетинга для повышения эффективности профилактических программ. В рамках социального маркетинга прилагаются усилия по изменению относительной привлекательности определенных видов поведения путем использования различных стимулов и выгод, которые положительно подкрепляют желаемое поведение, а также путем снижения барьеров или «плат» за желаемое поведение.

Основной задачей социального маркетинга является обеспечение непосредственных, немедленных выгод желаемого поведения, создающих положительное подкрепление. Выгоды должны быть получены представителями целевой группы либо сразу после того, как произошел «обмен» желаемого поведения на продукт, либо в момент использования продукта. Это необходимо представителям целевой группы для подтверждения того, что произведенный обмен действительно в их интересах. Предоставление непосредственного и немедленного подкрепления особенно важно потому, что при таком подкреплении вероятность сформировать желаемое поведение выше, чем тогда, когда предлагаются большие выгоды, но в далеком будущем. Одновременно прилагаются усилия к снижению препятствующих желаемым изменениям поведения личностных, экономических и социальных барьеров, в том числе барьеров, обусловленных воздействием окружающей социальной среды. Социальный маркетинг предполагает, что все люди и организации, которые будут участвовать в программе, получают выгоду для себя.

Ключевые элементы в практике социального маркетинга. В любой маркетинговой программе существует четыре основных элемента (четыре P): продукт (product), цена (price), место (place) и продвижение (promotion).

► *Продукт.* Социальный маркетинг начинается с определения выгод, которые могут представлять наибольший интерес для представителей целевой группы. Затем с использованием доступных ресурсов либо создаются новые продукты или услуги, либо уже существующие продукты и услуги изменяются так, чтобы они содержали как можно больше выгод для представителей целевой группы.

► *Цена.* Далее необходимо определить, какие барьеры к изменению поведения являются наиболее субъективно значимыми для представителей целевой группы. Для этого проводится исследование, направленное на выявление воспринимаемых затрат на изменения поведения и того, какие из этих затрат выступают наиболее труднопреодолимыми барьерами («цена» поведения). Создаваемый продукт должен отвечать требованию максимального снижения таких барьеров.

► *Место.* Выгоды необходимо предлагать в нужном месте в нужное время. Для того, чтобы правильно выбрать место, необходимо знать, где представители целевой группы проводят свое время, когда и где они

принимают важные для сохранения и укрепления здоровья решения и кто имеет к ним доступ в эти ключевые моменты времени. Исходя из этой информации, следует расположить как можно больше продукта в данном конкретном месте, причем в то время, когда наиболее высока вероятность его использования представителями целевой группы. Размещать продукт необходимо в сотрудничестве с организациями, имеющими доступ к представителям целевой группы.

► *Продвижение.* Оно подразумевает информирование и убеждение представителей целевой группы в затратах и выгодах продукта. Среди стратегий продвижения, которые используются в социальном маркетинге, выделяются реклама, PR и связи с общественностью, развлекательные передачи в средствах массовой информации. Также можно использовать почту (в том числе электронную), телевидение, сеть Интернет, мнение лидеров.

Другие аспекты социального маркетинга. Социальный маркетинг представляет собой процесс, полностью ориентированный на потребителя. Предполагается, что представители целевой группы могут выбрать пропагандируемое в рамках маркетинговых программ поведение или отказаться от него. Поскольку право выбора принадлежит потребителю, существенной предпосылкой успешного осуществления социального маркетинга является понимание потребителя и реагирование на его мнение о продукте. Отсюда вытекают несколько важных практических моментов. Это проведение маркетингового исследования, сегментация рынка и целевой характер маркетинговых программ.

Следует выделять два типа *социально-маркетинговых исследований*: исследование потребителей и так называемый сравнительный анализ (анализ окружающей среды). Исследование потребителей направлено на выявление видов связанного со здоровьем поведения, недостаточно представленных в целевой группе, на изучение осознаваемых представителями целевой группы потребностей, выгод, барьеров, а также на определение потенциала желаемого изменения поведения, имеющегося у целевой группы. Сравнительный анализ ставит своей целью достижение понимания той среды, в которой представители целевой группы принимают решения о своем здоровье. Анализ фокусируется на выгодах, предлагаемых представителям целевой группы другими участниками рынка, а также на экономических, социальных и средовых факторах,

оказывающих существенное влияние на потребительский выбор.

Сегментация рынка предполагает выделение среди представителей целевой группы неких однородных групп, что позволяет более точно планировать воздействие. Группы могут выделяться по следующим четырем критериям: социально-демографическим, географическим, психологическим и поведенческим. К социально-демографическим критериям относятся, например, возраст, пол, доход, этническая принадлежность. Под географическими критериями понимается место проживания, т.е. город, пригород, сельская местность. В группу психологических критериев входят, например, самооценка, мотивация, готовность к изменениям. В качестве примера поведенческих критериев можно привести уровень приверженности рекомендуемому поведению.

Цель сегментации — выделение таких подгрупп, все представители которых будут иметь сходные характеристики, а, следовательно, и сходную реакцию на предлагаемый им продукт. После того как сегментация выполнена, необходимо определить выгоды, которые получают представители каждого сегмента в обмен на продукт, и связанные с этим их затраты. Кроме того, необходимо принять решение о выборе сегментов, с которыми в дальнейшем будет проводиться работа.

В условиях ограниченного финансирования используется так называемое возвращение к вложениям, т.е. для последующей работы выбирают те целевые сегменты, воздействие на которые, как можно предположить на основе данных маркетингового исследования, в максимальной степени повлияет на уровень желаемого поведения в популяции. Соответственно, под целевыми программами в социальном маркетинге понимаются программы, направленные на уникальные потребности и условия, присущие каждому из целевых сегментов.

Применимость социального маркетинга очень высока. Он может использоваться в различных культурах и на различных уровнях общественной организации — от небольшой общности до страны в целом.

Отличия социального и коммерческого маркетинга. Главные отличия между этими двумя видами маркетинга состоят в том, что:

► коммерческий продукт удовлетворяет потребности быстро, социальный — отсроченно;

- ▶ социальный маркетинг изменяет нежелательное поведение в направлении больших затрат времени и сил, менее приятном или вообще неприятном;
- ▶ коммерческий маркетинг нацелен на группы с позитивной установкой на продукт и его выгоды, социальный — на группы труднодостижимые, высокого риска, с антагонистическим отношением к изменениям;
- ▶ поведение риска крайне сложно по своей структуре и детерминации на личностном и социальном уровнях, по сравнению с потребительским;
- ▶ определение «продукта» и сообщения о нем в социальном маркетинге более неоднозначно, из-за чего эксперты могут иметь разные точки зрения относительно такого определения;
- ▶ в коммерческом маркетинге, в отличие от социального, легче вычлнить процесс обмена;
- ▶ многие целевые виды связанного со здоровьем поведения плохо поддаются любому виду социального давления;
- ▶ в социальном маркетинге более сложны и важны проблемы этики и равенства;
- ▶ социальный маркетинг должен быть направлен на изменения не только индивидуального поведения, но и систем, социальных структур, повреждающих здоровье популяции.

Отличие социального маркетинга от воздействия на поведение с помощью законов. Данное отличие заключается в том, что закон предполагает принудительное, а не добровольное изменение поведения, а также в том, что социальный маркетинг предполагает подкрепление желательного поведения, тогда как закон — наказание нежелательного.

Модель PREECEDE–PROCEED

Модель PREECEDE–PROCEED («пресид–просид») — это модель, которая интегрирует теории, описывающие изменение поведения в сфере здоровья, в процесс планирования, внедрения и оценки профилактических программ. Одним из основных принципов, положенных в основу модели, является участие в планировании и осуществлении программы вмешательства представителей целевой группы, на которую направлено вмешательство.

Описание модели PREECEDE–PROCEED. Компонент PREECEDE модели PREECEDE–PROCEED был разработан в 1970–х гг. Л.В. Грин, М.В. Креутер, С.Ж. Дидс, К.Б. Патридж. Эта часть модели основана на положении, согласно которому превентивному вмешательству должен предшествовать анализ, подобно тому, как медицинский диагноз предшествует лечению. Сторонники этой точки зрения считают, что многие профессионалы в сфере образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья, уделяют слишком много внимания этапу реализации воздействий, и напротив, слишком мало внимания процессу разработки таких воздействий, которые соответствовали бы потребностям целевой группы.

В 1991 г. к модели был добавлен компонент PROCEED (Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development - политический, регулятивный и организационный конструкты на основе развития образования и окружающей среды), в котором подчеркивается роль факторов окружающей среды в формировании состояния здоровья индивида и его поведения в сфере здоровья. Предполагается, что на поведение в сфере здоровья и на «стиль жизни» влияют как факторы, действующие на уровне индивида, так и факторы, действующие на уровне окружающей среды (промышленность, средства массовой информации, политика, социальное неравенство и т.п.).

Одним из основных принципов, положенных в основу практической реализации модели, является участие в планировании и осуществлении программы вмешательства представителей целевой группы, на которую направлено вмешательство.

Согласно модели, процесс планирования и реализации программ в сфере здоровья проходит девять стадий.

1. *Социальная оценка* — оцениваются потребности и стремления представителей общности, а также их способность решать проблемы в сфере здоровья, их сильные стороны, ресурсы и готовность к изменениям. Для социальной оценки используются различные методы сбора данных (индивидуальные интервью с ключевыми представителями и фокус-группы с другими представителями и членами общности, наблюдение, репрезентативные опросы и т.д.). Под общностью здесь понимается любая группа людей, обладающих сходными социальными характеристиками,

интересами, ценностями и нормами. Предполагается, что учет мнения представителей общности при разработке программы повышает вероятность того, что программа будет принята общностью и станет эффективной. Лучше, чтобы представители общности принимали участие в подготовке вмешательства уже на этапе разработки программы.

2. *Эпидемиологическая оценка* — помогает определить, какие проблемы со здоровьем наиболее актуальны для отдельных подгрупп общности. На этой стадии осуществляется вторичный анализ имеющихся данных о состоянии здоровья членов общности, т.е. анализ статистических данных статистики, исследований, проводимых на национальном государственном уровне, а также имеющейся у медицинских работников и администрации информации о состоянии здоровья общности. Эти сведения позволяют выделить субпопуляции с наибольшей степенью риска для здоровья. Для выделения субпопуляций могут использоваться такие параметры, как возраст, пол, этническая принадлежность, род занятий, уровень образования, доход, характеристика семьи, место проживания и т.п. Если имеющихся данных недостаточно, проводится собственное исследование. На этапе эпидемиологической оценки необходимо проанализировать значения тех статистических показателей, которые могут стать основой для постановки целей и задач вмешательства и степень достижения которых можно измерить. Поскольку на этапе эпидемиологической оценки осуществляется постановка целей и задач программы, на данном этапе необходимо выбрать ту проблему, на решение которой будет направлена программа. При этом следует выполнить три условия:

- ▶ члены общности должны быть заинтересованы в решении проблемы;
- ▶ в прошлом решению проблемы не уделялось достаточно внимания;
- ▶ решить проблему возможно.

3. *Оценка поведения и окружающей среды* — оцениваются поведенческие факторы и факторы окружающей среды, в наибольшей степени влияющие на те проблемные аспекты здоровья, которые на второй стадии были выбраны как наиболее актуальные для представителей целевой группы. Результатом этой стадии должен являться список проблем, на которые будет направлена программа.

Под поведенческими факторами здесь понимаются характеристики индивидуального поведения и стиля жизни представителей группы «риска», делающие наибольший «вклад» в возникновение и выраженность проблем здоровья. К факторам окружающей среды относятся внешние по отношению к индивиду факторы, которые он не может контролировать, и изменение которых будет способствовать сохранению или улучшению здоровья. Все выделенные факторы, как поведенческие, так и средовые, ранжируются по силе их воздействия на состояние здоровья и по степени, в которой они поддаются изменению. Далее списки с про-ранжированными факторами сопоставляются и, из них отбираются те факторы, которые, с одной стороны, оказывают наибольшее влияние на состояние здоровья, а с другой стороны, легче других поддаются воздействию. На эти факторы воздействие и будет направлено в дальнейшем.

4. *Оценка информированности и экологии* — выявляются влияющие на поведение факторы, которые необходимы для того, чтобы начать и поддерживать процесс воздействия. Выделяется три группы таких факторов: предрасполагающие, подкрепляющие и облегчающие.

Предрасполагающие факторы — это факторы, предшествующие актуальному поведению, которые формируют когнитивную или мотивационную его основу. К ним относятся знания, установки, убеждения, личностные предпочтения, имеющиеся навыки и самооценка.

Подкрепляющие факторы — это те, которые следуют за поведением и обеспечивают награду или поощрение за осуществление или повторение определенного вида поведения. Они включают в себя социальную поддержку, влияние сверстников и подкрепление со стороны значимых других. Облегчающие факторы — это факторы, также предшествующие поведению, которые позволяют реализовать намерения. Они могут воздействовать на поведение непосредственно или опосредованно, через окружающую среду. В данную группу входят программы, службы и ресурсы, необходимые для достижения результатов в изменении поведения и окружающей среды, а также, в некоторых случаях, новые навыки, необходимые для изменения поведения.

Как и на предыдущем этапе, далее составляется список факторов.

Факторы ранжируются по степени важности и возможности изменения, а затем из них выбираются те, на которые будет направлено воздей-

стве. На данном этапе необходимо использовать литературу, в которой описываются результаты исследований о влиянии отдельных факторов на поведение в сфере здоровья, привлекать представителей общности к планированию превентивного воздействия, проводить опросные исследования и фокус-группы в общности. Здесь важно не столько проанализировать факторы, сколько правильно отнести их к группе предрасполагающих, подкрепляющих или облегчающих. Уровень, на котором действует фактор, определяет уровень вмешательства (личность, группа или общность), а, следовательно, и теоретическую модель, на которой будет основано воздействие.

Группе предрасполагающих факторов соответствуют модели воздействия на уровне личности. На этом уровне для воздействия могут использоваться средства массовой информации, образование «лицом к лицу» и «шитье на заказ» (подход, учитывающий при изменении поведения не только демографические характеристики индивида, но и его установки, привычки, паттерны поведения). Основой для воздействий на подкрепляющие факторы являются теории воздействия на уровне группы. Они предполагают использование опосредованного воздействия через каналы коммуникации (например, через значимых людей, социальные сети⁶, методы подхода «равный-равному»), использование методов усиления социальной поддержки⁷.

Облегчающим факторам соответствуют теоретические модели воздействия на уровне общности, которые предполагают изменение окружающей среды (такие, как организация новых служб, увеличение доступности помощи, изменение политики и законов в той сфере, которая связана с рассматриваемым поведением). На данной стадии определяется стратегия воздействия.

5. *Оценка управления и политики.* На стадии оценки управления и политики собирается информация о политике, ресурсах и обстоятельствах, кото-

⁶ Под социальной сетью понимается сеть межличностных отношений, в которые включены индивиды, комплекс связей между людьми, который обеспечивает определенный уровень социальной поддержки.

⁷ См. подробнее: Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учебно-методическое пособие / Л.А.Цветкова, И.Н.Гурвич, М.М.Русакова и др.; Под ред. И.Н.Гурвича. СПб: Изд-во С.-Петерб.ун-та, 2004. 148 с.

рые могут способствовать или препятствовать реализации воздействия. Политика рассматривается как набор задач и правил, определяющих деятельность организации или административных органов. Регуляция — это действия по применению политики и обеспечению выполнения правил или законов. Организация — это структура, обеспечивающая сбор и координацию использования необходимых для выполнения программы ресурсов. На данной стадии возможные стратегии вмешательства оцениваются с точки зрения наличия необходимых ресурсов (времени, людей, денег) и существования барьеров для вмешательства (например, нехватка людей или площадей).

Формируется план по преодолению барьеров. Кроме того, оцениваются существующие в организации, реализующей вмешательство, политика и система регуляции, которые могут повлиять на процесс реализации программы.

6. Реализация программы.

7. Оценка процесса — оценивается соответствие выполнения программы первоначально разработанному плану.

8. Оценка эффективности — оцениваются произошедшие изменения предрасполагающих, подкрепляющих и облегчающих факторов, а также достигнутые изменения поведения и окружающей среды.

9. Оценка результата - оценивается эффективность программы и изменение индикаторов, отражающих качество жизни общности.

Модель оценки RE–AIM

Модель оценки RE–AIM («ри-эйм»). Модель разработана Р.Е. Глазгоу (R.E. Glasgow) с соавт. RE–AIM — это аббревиатура от слов Reach (охват), Efficacy (действенность)/Effectiveness (эффективность), Adoption (Принятие), Implementation (Применение), Maintenance (Поддержание). Модель описывает следующие пять параметров.

1. Охват — доля потенциальных участников, которые подвергаются воздействию, а также степень репрезентативности данной группы для всего целевого контингента. Отвечает на вопрос: «Какой процент потенциально подходящих для проекта участников примет в нем участие и насколько репрезентативна эта группа?».

2. Действенность/эффективность (в зависимости от фазы исследования) — описывает возможные позитивные (запланированные) и возможные негативные (незапланированные) последствия воздействия на качество жизни и связанные с ним характеристики целевой группы. Отвечает на вопрос: «Какое влияние вмешательство оказало на всех индивидов, приступивших к участию в программе; каковы промежуточные и основные результаты, - как запланированные позитивные, так и незапланированные негативные, включая качество жизни?».

3. Принятие — количество участников, представляющих целевой контингент, репрезентативность мест, где реализуется программа (например, медицинские учреждения, школы, общности) и количество агентов воздействия (врачи, учителя, специалисты в сфере общественного здоровья). Отвечает на вопрос: «Какой процент целевого контингента, мест и агентов воздействия будет участвовать, и репрезентативны ли эти выборки для всех этих групп?».

4. Применение — уровень соответствия различных компонентов воздействия, осуществленных в реальных условиях, тем компонентам воздействия, которые были запланированы. Отвечает на вопрос: «В какой степени различные компоненты воздействия, которое в действительности осуществляется, соответствуют тому, что было запланировано, особенно когда программа реализуется в реальной среде, и не исследователями, а сотрудниками практических учреждений?».

5. Поддержание — относится и к уровню индивида, и к уровню места реализации программы (контекстному). На индивидуальном уровне поддержание описывает долгосрочные результаты воздействия, которые определяются не ранее чем через 6 месяцев после последнего контакта в рамках реализации воздействия. На уровне места реализации воздействия поддержание подразумевает институционализацию программы, т.е. активность в рамках реализуемого проекта после его официального завершения и окончания финансирования. Отвечает на вопрос: «В какой степени различные компоненты воздействия продолжают реализовываться?».

Согласно модели, охват и эффективность в большей степени связаны с индивидами или группами, а принятие и применение — с контекстом реализации воздействия.

Литература

1. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб.: Изда-во С.-Петербург. ун-та, 1999. — 1023 с.
2. Превентивная работа с несовершеннолетними, находящимися в сложной жизненной ситуации: Метод. пособие / И. Н. Гурвич и др. — СПб.: Изда-во С.-Петербург. ун-та, 2006. — 134 с.
3. Технологии разработки и совершенствования молодежных социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде: Учебно-методическое пособие / Л.А.Цветкова, И.Н.Гурвич, М.М.Русакова и др.; Под ред. И.Н.Гурвича. СПб: Изда-во С.-Петерб.ун-та, 2004. 148 с.
4. Ewles, L. Simnett, I. Promoting health: A practical guide. 5th ed. Elsevier, 2003.
5. Gielen, A. C., McDonald E. M. Using the PREECEDE–PROCEED Planning Model to Apply Health Behavior Theories // Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 3rd ed. / Ed. by K. Clanz, B. K. Rimer, F. M. Lewis. San Francisco: Wiley Imprint, 2002. P. 409–436.
6. Goldman KD, Schmalz KJ. Theoretically speaking: overview and summary of key health education theories // Health Promotion Practice. 2001 № 2; 277-281.
7. Information, Education and Communication: Lessons from the past; perspectives for the future - Occasional Paper. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization, 2001 - 41 p.
8. McGuire, W.J. Theoretical foundations of campaigns. / Public communication campaigns. Edited by R.E. Rice and W.J. Paisley. Beverly Hills, Sage, 1981.
9. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. American Psychologist, 47, 1102-1114
10. Program planning for health education and promotion / Dignan, M.B. Carr, P.A. – 2nd ed. 1992. – 176 p.
11. Rosenstock, I. M: Historical origins of the Health Belief Model. in The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Edited by M. H. Becke r. Thorofare, N.J., Charles B. Slack, 1974.
12. World Health Organization 1984 Health promotion: a WHO discussion document on the concepts and principles. // Journal of the Institute of Health Education, 23(1), 1985.

3. Управление первичной профилактикой распространения ВИЧ-инфекции на базе учреждений начального профессионального образования

3.1. Модель управления профилактической деятельностью по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции

Деятельность по сохранению и укреплению здоровья людей подразумевает широкий спектр мероприятий, направленных как на отдельных индивидов, так и на социальные группы и население в целом. Ее успешность определяется как *улучшение измеримых показателей состояния здоровья и социального благополучия индивидов или населения вследствие реализованных мер (воздействий)*⁸.

Задачи управления в сфере сохранения и улучшения здоровья людей можно определить следующим образом:

- ▶ анализ потребностей,
- ▶ оценка ситуации,
- ▶ постановка целей и задач,
- ▶ оценка и распределение ресурсов,
- ▶ организация воздействий,
- ▶ мониторинг и оценка результатов.

Как отмечалось, предупреждение распространения и снижение уровня первичной заболеваемости ВИЧ/СПИД среди населения является важной задачей государства. Отсюда управление деятельностью в этой сфере является частью социального управления на всех уровнях социальной организации

Основные понятия

Управление можно определить как комплекс необходимых мер влияния на группу, общество или его отдельные звенья с целью их упорядочива-

⁸ Care Sector Consortium 1997 National occupational standards for professional activity in health promotion and care – introductory guide. London: Local Government Management Board

ния, сохранения качественной специфики, усовершенствования и развития⁹.

Основными компонентами системы социального управления являются субъект управления, объект управления, цель управления, управленческие взаимоотношения, функции управления и механизм управления.

Субъект управления – структурно-обозначенные объединения людей (например, отделы по воспитательной работе) и руководители в персональном плане (например, менеджер профилактических программ), наделенные управленческими полномочиями и осуществляющие управленческую деятельность (управление реализацией профилактической работы).

Субъектами управления в этом случае становятся все управленческие структуры: – органы исполнительной государственной власти, подведомственные учреждения, общественные и международные организации, - функционирование которых тем или иным образом направлено на устранение или снижение негативного воздействия повреждающих здоровье факторов, а также формирование и укрепление в обществе стандартов жизнедеятельности, способствующих укреплению здоровья граждан.

Основным инструментом управления такой работой является реализация комплексных и целевых программ, направленных на улучшение состояния здоровья конкретных индивидов и общества в целом (см. раздел 1). Функции управления на общесоциальном уровне и уровне общностей – сообществ людей, проживающих на тех или иных территориях, реализуются государством и его органами власти. Функции управления на институциональном уровне осуществляются администрациями соответствующих социальных организаций.

Объект управления – это отдельные люди или группы, на которые направлены организованные, систематические и планомерные воздействия субъекта управления. Целью такого воздействия является направление объекта по определенному пути развития, придание ему состояния организованности, соответствия определенным требованиям. Объект управ-

⁹ Свенцицкий А.А. Социальная психология управления. – Л., 1986.

ления можно рассматривать в двух аспектах: элементно-структурном - как совокупность людей, групп и организаций, и функциональном - как определенное поведение индивидов, групп и организаций.

Посредством управления руководители различных уровней осуществляют свою организационную деятельность на уровне государства, региона, трудовых коллективов, межгрупповых и межличностных взаимодействий, организуют совместную деятельность людей, направленную на достижение намеченных целей, результатов.

Постановка цели – определение желаемого результата, который должен быть получен после осуществления действий управления.

Задача – это постановка конкретных вопросов, подлежащих решению и последовательно приводящих к достижению основной цели.

Функции управления – конкретные формы и направления управленческой деятельности. Целевые функции управления – направление объекта управления на достижение определенной цели системы, которая может охватывать любой из уровней социальной организации. Организационные функции обеспечивают использование оптимальных методов объединения членов организации для реализации целевой функции системы, а также для обеспечения жизнедеятельности всех ее подструктур. В процессе управления осуществляются такие функции как планирование, организация, руководство, контроль.

Планирование – определение конечных показателей, которые должны быть достигнуты в результате управленческого воздействия, и соответствующих средств, необходимых для достижения этих конечных результатов (что и как должно быть сделано).

Функция организации включает все управленческую деятельность, требующуюся для переноса запланированных действий в структуру заданий и полномочий (кто и с кем будет делать то, что является необходимым для достижения требующихся конечных результатов).

Руководство – повседневный контакт менеджера с исполнителями (индивидами или группами) для повышения уровня согласованности их действий в направлении достижения намеченных целей.

Контроль – действия, которые менеджеры предпринимают для обеспечения того, чтобы фактические конечные результаты совпали с запла-

нированными (достигнуты ли намеченные результаты, а если нет, то почему)¹⁰.

Принципы управления – это основные правила, нормы, руководящие установки, на основе которых организуется процесс управления, научно обоснованная организация управленческих функций, выбор адекватных методов и приемов управленческих воздействий.

Методы управления – это совокупность приемов и процедур подготовки и принятия, организации и контроля выполнения управленческих решений¹¹.

Рассмотрим процесс управления деятельностью в сфере сохранения и улучшения здоровья.

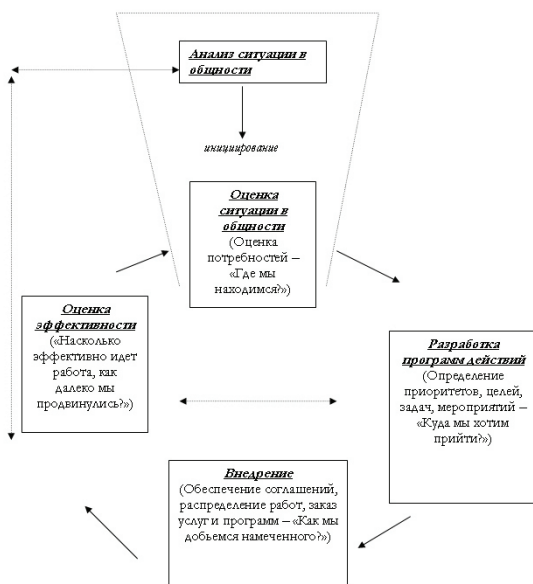


Рис.5. Цикл управления деятельностью в сфере сохранения и укрепления здоровья

¹⁰ Гибсон Дж.Л., Иванцевич Д.М., Донелли Д.Х. – мл. Организации: поведение, структура, процессы: пер. с англ. – 8-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2000, - 660 с.тр.

¹¹ Бандурка А.М., Бочарова С.П., Землянская Е.В. Психология управления. – Харьков, 1998.

Представленный на рисунке 5 управленческий цикл включает в себя следующие этапы: инициирование (анализ и оценка ситуации), планирование, реализация программы и ее оценка.

3.1.1. Инициирование

Анализ ситуации в общности

Включает сбор и анализ информации о состоянии здоровья представителей общности, общие характеристики систем здравоохранения и социальной помощи, существующих видов деятельности и услуг, предназначенных для содействия сохранению и укреплению здоровья в общности. Для получения необходимой информации могут быть использованы различные источники, прежде всего, данные официальной статистики. Определение значимости и особенностей влияния факторов, обуславливающих ситуацию в общности, как правило, требуют проведения специальных исследований.

Анализ ситуации на уровне общности начинается с изучения следующих характеристик членов общности: идентификационных - то есть определения тех, кто живет на определенной географической территории и занимает определенное социальное положение в общности (например, должностные лица, работники отдельных отраслей, представители групп риска), и далее - их потребностей, интересов и мотивов поведения. Кроме того, обычно сразу же требует оценки эффективность существующей в данной общности системы здравоохранения.

Одной из центральных задач анализа ситуации на уровне общности является определение знаний и установок членов общности, их способности к сотрудничеству в изучении потребностей в сфере здоровья и согласованию приоритетов, готовности к принятию стратегии совместной работы, направленной на осуществление желаемых изменений.

Участие представителей общности в решении проблем здравоохранения является важной вехой на пути к повышению самосознания общности в целом и большей ответственности ее членов за свое здоровье. Рост самосознания привлекаемых к сотрудничеству членов общности помогает им укрепить свою лидирующую роль в общности и предпринимать коллективные, или общественные действия в направлении укрепления здоровья общности.

Методы анализа ситуации на уровне общности

Прежде всего, анализ ситуации на уровне общности - это оценка ее ресурсов и потребностей. Через анализ общности мы стремимся определить потребности, которые могут быть удовлетворены программами вмешательств по сохранению и укреплению здоровья.

Анализ ситуации включает анализ состояния здоровья членов общности (рождаемость, заболеваемость, смертность, поведенческие и экологические факторы риска), анализ системы общественного здравоохранения (кадровые ресурсы, организация) и способов ее государственного регулирования (программы, система медицинского страхования).

Безусловно, анализ ситуации на уровне общности – это сложная задача, которая выполнима лишь силами специально подготовленных исследователей, владеющих навыками сбора данных с использованием различных методов, их анализа и оценки. Здесь важно понимать, что результаты анализа ситуации на уровне общности настолько надежны, насколько надежны данные, на которых он базируется. Часть информации об общности возможно получить из официальных источников, таких как статистические отчеты, содержащие показатели демографии и медицинской статистики, протоколы заседаний специализированных комиссий, решения и постановления территориальных органов власти. Получение иной информации может требовать значительных профессиональных навыков и квалификации в сферах разработки инструментария социального исследования, проведения исследования, анализа данных и представления результатов. \

Далее будут рассмотрены основные методы сбора данных для анализа ситуации на уровне общности, а также тип данных, который можно получить с использованием каждого из этих методов.

Использование данных медицинской (санитарной) статистики

Основные понятия медицинской статистики, характеризующие состояние здоровья членов общности – это заболеваемость, болезненность и смертность.

Под заболеваемостью в широком смысле слова понимают распространение болезней среди населения или среди отдельных его групп. Заболеваемость — медико-статистический показатель, определяющий со-

вокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории. Этот показатель является одним из основных критериев оценки здоровья населения. Основу для получения показателей общей заболеваемости составляет сумма первичных обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения (заболеваемость по обращаемости).

Заболеваемость показывает уровень, частоту распространения всех болезней вместе взятых и каждой в отдельности среди всего населения, а также в возрастных, половых, социальных, профессиональных и других группах населения.

Уровень заболеваемости в минувшем календарном году и её динамика в течение ряда предыдущих лет — важнейшие показатели состояния здоровья населения и эффективности работы учреждений здравоохранения, основа планирования всех лечебно-профилактических мероприятий. Международная номенклатура и классификация болезней и причин смерти позволяет исследовать заболеваемость по единым принципам и получать сопоставимые итоги.

Достоверные сведения об уровне и характере заболеваемости по различным группам населения — возрастным, половым, профессиональным и т.д. — необходимы для оценки тенденций в состоянии здоровья населения, эффективности медицинских и социальных мероприятий, планирования различных видов специализированной медицинской помощи, рационального использования материальных и кадровых ресурсов системы здравоохранения.

Общий коэффициент первичной заболеваемости определяется следующим образом:

Число первичных обращений по поводу заболевания в данном году X
 $100\ 000 /$ Среднегодовая численность населения

Болезненность (патологическая пораженность) — более широкое по сравнению с заболеваемостью понятие. Оно охватывает как обнаруженные впервые в жизни заболевания, зарегистрированные в данном календарном году, так и заболевания, возникшие в предыдущих годах, но послужившие причиной обращения в данном году. В диспансерных учреждениях для обозначения болезненности используется эквивалентный термин «диспансеризуемый контингент». Показатель болезненно-

сти может служить для оценки распространенности заболеваний в населении.

В отличие от показателя заболеваемости, он более устойчив по отношению к различным влияниям среды, и его возрастание не означает отрицательных сдвигов в состоянии здоровья населения. Это возрастание может иметь место в результате достижений медицинской науки и практики в лечении больных, в продлении их жизни, что ведет к «накоплению» контингентов, состоящих на диспансерном учете.

Показатель болезненности равен: $(\text{Число больных на конец года} - \text{Число больных, снятых с диспансерного учета данного года} + \text{Число больных, вновь принятых на диспансерный учет в течение данного года}) \times 100\,000 / \text{Среднегодовая численность населения}$.

Смертность - отношение числа умерших к общему числу населения. Данные о причинах смерти являются важным источником сведений о заболеваемости населения.

Интервью с ключевыми информантами

Интервью с ключевыми информантами – это исследовательская техника, который предполагает получение информации от хорошо осведомленных по интересующему вопросу лиц. Ключевые информанты часто являются формальными или неформальными лидерами общности. Например, мэр города - это формальный лидер, вырабатывающий свои оценки на основе обширной информации об общности. С другой стороны, врач поликлиники может являться неформальным лидером и при этом критически важным информантом благодаря его знаниям, опыту и связям с общностью. Концепция, лежащая в основе этой техники, состоит в том, что некоторые индивиды в группе благодаря их опыту, профессиональной позиции или выборной должности могут обладать ценной информацией относительно проблем, интересующих исследователя. Информация, полученная от достаточно широкого круга ключевых информантов, помогает полнее понять проблему, показывая ее в восприятии специалистами разных уровней и подходов к управлению.

Техника ключевых информантов требует использования относительно простых и недорогих процедур. Собранная информация может освещать широкий спектр сторон отдельной проблемы, а сами ключевые информанты могут стать ценным активом для планирования програм-

мы и процесса ее выполнения в будущем. Шаги, которые необходимо проделать для использования этой техники, таковы:

- 1) Идентифицировать характеристики ключевых информантов, которые с наибольшей вероятностью имеют содержательное представление об изучаемой проблеме.
- 2) Осуществить отбор потенциальных ключевых информантов.
- 3) Определить конкретную информацию, которую требуется получить с использованием этой техники, вплоть до конкретных вопросов, которые необходимо задать ключевым информантам.
- 4) Проанализировать и обобщить информацию, полученную от ключевых информантов.

Важно понимать, что каждый ключевой информант не располагает всей информацией, имеющей отношение к проблеме, но только той, которая исходит из его собственного опыта.

Межведомственный форум

Другой способ сбора информации о ситуации на уровне общности предполагает проведение форума членов общности, на котором обсуждаются интересующие исследователя проблемы. На этом собрании можно направлять дискуссию для лучшего понимания скрытых процессов, влияющих на состояние изучаемой проблемы. Форум предполагает обмен мнениями между представителями различных ведомств и обладает потенциалом, облегчающим установление связей между специалистами, вовлеченными в решение проблемы. Некоторые проблемы общности в ходе проведения форума вообще могут быть практически разрешены.

Фокус-группа

Фокус-группа – это техника, отчасти сходная с техникой проведения интервью, но имеющая свои особенности. Информация, полученная от группы, сильно зависит от взаимодействия участников. Действительно, результаты группового опроса обычно отличаются от результатов индивидуального опроса. Особенности этого типа интервью обусловлены феноменами, отражающими групповую динамику. Эта динамика возникает вследствие протекания в группе процессов положительного и отрицательного напряжения.

Положительное напряжение возникает тогда, когда некоторые участники группы выдвигают свои идеи, стараются объединить других и пытаются повысить сплоченность группы, беря на себя роль лидера. Отрицательное напряжение возникает тогда, когда лидеры подгруппы противостоят друг другу и отказываются от принятия тех неформальных групповых норм, которые обычно возникают в группе.

Групповые интервью позволяют проанализировать изменения мнений и поведения людей в процессе взаимодействия, формирование и влияние групповых норм.

Фокус-группа как метод исследования имеет важные преимущества перед другими методами, благодаря чему ее использование способно дать ценную для исследования информацию. Вот эти преимущества:

- а. Благодаря присутствию и воздействию других членов группы люди более легко высказываются. Знание позиции других членов группы относительно объекта обсуждения стимулирует людей высказывать и свою позицию (эффект фасилитации).
- б. Техника группового интервью позволяет получить значительный объем информации быстро и с наименьшими затратами.

Выборочный опрос

Должным образом проведенный выборочный опрос является наиболее всесторонним способом получения картины потребностей общности в сфере сохранения и укрепления здоровья. Основным минусом данного метода является его высокая стоимость.

Целью опроса является получение информации об объективных и/или субъективных (мнения, настроения и т. п.) фактах со слов опрашиваемых. Опросам как методам сбора первичной информации свойственна известная ограниченность. Их данные во многом основаны на самонаблюдении, поэтому даже при условии полной искренности опрашиваемых они нередко свидетельствуют не столько об их подлинных мнениях и настроениях, сколько о том, какими они их представляют. В то же время существует множество таких сторон социальной жизни, изучение которых невозможно без использования опросов. Так, посредством опросов осуществляется получение информации о мнениях, чувствах, мотивах, отношениях, интересах и т. д. При этом данные опросов мо-

гут отражать явления, относящиеся не только к настоящему времени, но также к прошедшему и будущему.

Позитивную роль в изучении какого-либо общественного явления опросы играют в наибольшей мере тогда, когда полученная с их помощью информация сопоставляется с результатами анализа статистических данных, сведениями, содержащимися в официальной и личной документации, материалами непосредственного наблюдения.

Анализ ситуации на уровне общности позволяет выделить те сегменты популяции общности (или «целевые группы»), в которых концентрируются интересующие исследователя проблемы. Определение «целевая группа» обозначает ту часть населения, которая нуждается во вмешательстве относительно сохранения и укрепления здоровья. Как правило, эта группа, объединенная некими общими характеристиками и общими потребностями. Фокусирование мер вмешательства на предварительно выбранной целевой группе позволяет существенно повысить эффективность мер как с точки зрения минимизации затрат, так и с точки зрения результативности мероприятий.

Анализ характеристик целевой группы

В случае фокусирования программы на обучении представителей целевых групп необходимо определить особенности их поведения, обуславливающие наличие проблем в сфере здоровья. Цель обучения – создание условий для целенаправленного изменения поведения участников в направлении сохранения и улучшения состояния их здоровья. Для обеспечения таких изменений в ходе разработки программ вмешательств необходимо учитывать данные всестороннего анализа и оценки характеристик актуального поведения представителей целевой группы. Проведение такого анализа может потребовать использования междисциплинарного подхода к формированию набора исследовательских методик и процедур.

Результаты анализа ситуации в сообществе являются основой для определения основного содержания деятельности в рамках программы, т.е. фокуса (рис.6).



Рис. 6. Определение фокуса программы

Оценка ситуации в общности

Этот этап планирования вмешательств часто также называется оценкой потребностей. Он является завершающей стадией анализа ситуации в общности. Оценка ситуации в общности предусматривает обобщение имеющихся данных и определение направлений вмешательства для улучшения конкретных характеристик здоровья общности и устранения выявленных проблем. Направления вмешательства формулируются, исходя из понимания зон развития и оптимизации действующей системы содействия сохранению и укрепления здоровья в общности или отдельных ее подгруппах. Таким образом, конкретизируются перечни целевых групп и их потребности, на содействие удовлетворению которых будут направлены планируемые меры.

Успешное планирование программы вмешательства в целом и пропаганды здоровья в частности зависят от полноты сведений, собранных об индивидах и социальных группах, которые станут целевой аудиторией программы, и об общности, в рамках которой протекает жизнедеятельность этих индивидов и социальных групп.

Оценка ситуации в общности - это перевод результатов анализа собранной информации в термины ресурсов и потребностей общности, а также определение целевой группы вмешательства. Вместе эти две составляющие оценки являются основой планирования эффективной программы вмешательства.

Оценка ситуации - это заключительная часть анализа общности, которая предполагает синтез всей собранной информации. Ее цель – определить разрыв между потребностями членов общности в мерах по сохранению и укреплению здоровья и реальной обеспеченностью такими мерами.

Оценка включает четыре основных шага: (1) интерпретация состояния здоровья общности, (2) интерпретация модели медицинского обслуживания в общности, (3) интерпретация зависимости между состоянием здоровья и здравоохранением в общности и (4) обобщение результатов и идентификация наиболее актуальных проблем.

Интерпретация состояния здоровья членов общности проводится на основе анализа различных источников, главным образом, статистических сведений о заболеваемости и смертности и данных выборочных исследований. Характер этих данных, именуемых также «жесткими», позволяет проводить сравнение оценочных показателей как с другими общностями, так и в той же общности за определенные промежутки времени (динамический анализ состояния здоровья). Однако и менее формализованные источники информации, дающие т.н. «мягкие» данные, также могут быть полезны для определения характеристик состояния здоровья членов общности (например, данные, полученные от ключевых информантов).

Интерпретация модели медицинского обслуживания в общности проводится на основе анализа существующих ресурсов медицинской помощи и

проводимых для сохранения и укрепления здоровья членов общности мер. Здесь анализируется не только наличие, но и доступность соответствующих услуг для населения (например, такие факторы доступности, как территориальная удаленность, часы приема, стоимость услуг и пр.).

Интерпретация зависимости между состоянием здоровья и здравоохранением в общности. На этой стадии диагноза общности мы исследуем отношения между состоянием здоровья и состоянием здравоохранения в общности. На этой стадии следует понять, отвечают ли существующие услуги и программы реальным потребностям членов общности в сфере здоровья.

Идентификация целевых групп - наиболее важный результат этого этапа. В отношении любой специфической группы населения, имеющей специфическую проблему, мы должны определить, имеются ли услуги, адресованные решению этой проблемы, либо услуги имеются, но население ими не пользуется, либо услуги отсутствуют, но население находит их в каком-либо другом месте.

Обобщение результатов и идентификация наиболее актуальных проблем. На этом этапе должны быть четко определены следующие положения:

- 1) целевые группы;
- 2) потребности этих групп;
- 3) имеющиеся для удовлетворения этих потребностей ресурсы общности;
- 4) представление о детерминантах проблем.

Эти положения становятся базовыми для программы сохранения и укрепления здоровья на уровне общности.

В качестве инструмента оценки ситуации в общности можно рекомендовать использование модель SORC. Модель SORC позволяет анализировать события и их последствия, определяя следующие компоненты: побудительные предшествующие переменные (S), индивидуальные переменные (O), переменные реагирования (R), и последствия (C).

Побудительные предшествующие факторы (S). Это те события в жизни ин-

дивидов, которые побуждают их продуцировать специфическое поведение.

Переменные организма (O). Они касаются индивидуальных различий, являющихся следствием биологических факторов и прошлого опыта обучения, влияющих на индивидуальное поведение.

Реагирование (R). События (последовательность которых и представляет собой поведение) могут отражать как интенсивность стимулов, которые им предшествуют, так и следствия, вытекающие из них. Продолжительность, частота, масштабность и сила реакции позволяют понять, насколько серьезен для индивида - клиента программы стимул (стимулы).

Последствия (C). Последствия – это результат поведения. Последствия могут быть подкрепляющими данный вид поведения и потому давать нарастание частоты этого вида поведения со временем.

Таким образом, модель SORC определяет компоненты поведенческого анализа. Стимулы «отвечают» за поведение, или ответ (реагирование) организма (со стороны индивида), который обладает своими специфическими характеристиками. Реализация определенного типа поведения приводит к неким последствиям. Применение SORC может быть полезным при планировании программы тем, что позволяет субъекту планирования «спроектировать» процесс обучения в соответствии с требованием облегчения участникам программы достижения желаемых изменений.

По результатам оценки ситуации происходит принятие управленческого решения, от качества которого будет зависеть успешность всей дальнейшей работы в общности.

3.1.2. Разработка программы действий

Программа – это описание комплекса мероприятий или, другими словами - информация, призванная обеспечить деятельность по достижению конкретного результата.

Успешные программы предполагают наличие четко поставленных целей и задач в сочетании с обоснованными и адекватно подобранными методами их достижения.

Программные планы - это набор утверждений (как правило, в документированной форме), описывающий комплекс мер, направленных на обеспечение работ по какому-либо направлению.

Планирование – это процесс, посредством которого менеджеры определяют содержание, способы выполнения и взаимосвязи между различными работами, удовлетворяя при этом как организационные, так и индивидуальные требования.

Разработка программного плана заключается в следующем. Прежде всего, происходит уточнение целей, задач и ожидаемых результатов программы, формулирование базовых и целевых показателей (ориентиров) для последующего управления ее реализацией. В ходе постановки целей необходимо учитывать следующие основные требования к ним: цели должны быть определены во времени, направлены на изменения среди конкретных сообществ людей (целевых групп); точно определять предмет изменений. Они должны быть измеримы с точки зрения оценки влияния их достижения на здоровье людей. Также на этом этапе разработчики проектного плана должны определить необходимые ресурсы и требования к его выполнению. На основе принятых решений определяется комплекс планируемых к использованию технологий и методов вмешательства, формулируется перечень соответствующих мероприятий. Последние обуславливают специфику управления программой и, таким образом, содержание проектного плана. Проектный план включает в себя перечень мероприятий как содержательного характера, т.е. непосредственно направленных на достижение поставленных целей, так и вспомогательного, т.е. обеспечивающих организационные, информационные, методические и прочие предпосылки успешной реализации мероприятий содержательного характера. В проектном плане также указываются списки исполнителей и ответственные за выполнение каждого мероприятия, сроки, и, в ряде случаев, перечни показателей и описания процедур для оценки достигнутых результатов.

На рисунке 7 схематически представлена модель планирования программ изменений на уровне общности

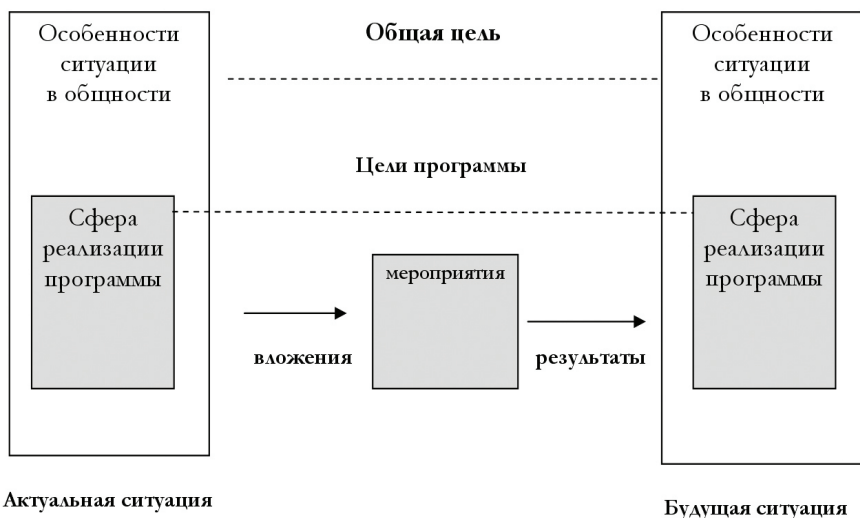


Рис. 7. Модель планирования программ изменений на уровне общности

Следует подчеркнуть необходимость привлечения к разработке профилактических программ и планов как представителей целевой аудитории, так и субъектов профилактики, что значительно повышает потенциальную эффективность планируемых вмешательств. Это обусловлено следующими причинами. Во-первых, меры по изменению поведения среди целевых аудиторий предполагают привлечение к этой работе ее представителей на всех возможных уровнях ее реализации. Известно, что люди легче принимают изменения и адаптируются к ним в случае, если принимали участие в разработке соответствующих решений. Во-вторых, эффективная программа вмешательства требует участия различных субъектов профилактики, что обеспечивает интеграцию разноплановых профессиональных компетенций. Все это следует учитывать уже на предварительных стадиях проектирования профилактических программ.

Посредством программного плана инициаторы изменений определяют конкретные шаги по достижению желаемых результатов.

Основные элементы программного плана таковы:

1. постановка проблемы – обоснование выбора целевой группы, необходимости и направленности изменений;
2. цели – утверждения, отражающие параметры желаемых изменений;
3. задачи – утверждения, отражающие промежуточные результаты, призванные обеспечить достижение целей (включая временные рамки, направленность изменений, показатели изменений и способы их измерения);
4. методы и мероприятия – способы достижения изменений (методы определяют средства обеспечения изменений, такие как СМИ либо индивидуальное консультирование, мероприятия конкретизируют специфические способы их реализации);
5. ресурсы и ограничения – специфические характеристики целевой группы, которые могут способствовать либо препятствовать реализации программы;
6. план оценки эффективности – процедура оценки показателей достижения запланированных изменений (в ряде случаев - в соотношении с затраченными ресурсами);
7. план внедрения – процедуры обеспечения изменений среди целевой группы в соответствии с задачами, а также необходимые для этого ресурсы и их распределение.

План внедрения должен учитывать распределение следующих ресурсов.

- a. Финансы.
- b. Материально-технические ресурсы (оборудование, связь, транспорт и пр.).
- c. Персонал.
- d. Информация (в какой момент какого типа информация и в какой форме будет нужна для принятия решений и реализации запланированных мер).
- e. Время (сетевое планирование работ, составление расписаний и пр.).

Модели индивидуального поведения зачастую можно изменить или закрепить посредством программ, ориентированных на уровень социальных структур и/или групп, в том числе и программ, предполагающих меры государственного регулирования. Поэтому можно выделить три уровня планирования вмешательств.

Индивидуальный уровень

Индивидуальная работа по сохранению и укреплению здоровья фокусируется на потребностях конкретного человека и часто принимает форму обучения. Такие программы, как правило, включают диагностические интервью и последующее консультирование клиента в соответствии с выявленными потребностями. В задачи специалистов входит разработка индивидуального плана и стратегии вмешательства для содействия клиенту в достижении конкретных целей, связанных с улучшением его здоровья.

Уровень групп

В круг задач специалистов в области общественного здоровья также входит планирование вмешательств, направленных на отдельные группы клиентов. Проектирование соответствующих программ базируется на видении возможных положительных эффектов участия в этих программах представителей целевых групп и ориентировано на достижение изменений в группе в целом в большей степени, чем на потребности конкретного индивида. У таких программ есть преимущества по сравнению с индивидуальной работой с клиентами. Изменения поведенческих характеристик группы способствует решению индивидуальных задач по сохранению и укреплению здоровья. Здесь проявляются такие социально-психологические феномены как групповое давление, коллективное принятие решений, социальная поддержка. Группы «сторонников здорового образа жизни», «сообщества ВИЧ-инфицированных», «сообщества бывших наркопотребителей» являются примерами дополнительной социальной поддержки индивидуальных стремлений к улучшению качества жизни. Реализация программ, ориентированных на группы, более экономична с точки зрения объема необходимых финансовых, временных и кадровых ресурсов. Однако при определении характера программы подобных вмешательств необходимо учитывать, что экономические факторы не могут быть решающими при решении задач обеспечения реальных потребностей населения.

Уровень общности

Проектирование программ вмешательств также может быть ориентировано на оптимизацию функционирования действующей системы здравоохранения и социального обеспечения или на содействие изменениям различных аспектов ситуации в сфере здоровья населения на конкретной территории.

В этом случае просвещение в области здоровья является элементом комплексной профилактической программы. Программы планирования семьи, выявления хронических заболеваний, различные оздоровительные мероприятия в образовательных учреждениях, программы здоровья матери и ребенка обычно включают элементы просветительской работы. В планировании таких программ обычно участвуют специалисты различного профиля, что способствует определению содержания воздействия на целевые аудитории.

Уровень вмешательства, предусматриваемый в рамках конкретной программы, обусловлен ее целями и задачами. Для создания эффективной программы содействия изменениям инициаторы должны иметь четкое представление о желаемом положении дел (целях вмешательства) и ассоциированным с ним поведении населения. Это является необходимым условием проектирования эффективного вмешательства на всех уровнях - индивидуальном, групповом и общности.

Планирование программ вмешательств в сфере сохранения и укрепления здоровья

Планирование программ содействия сохранению и укреплению здоровья населения явно соотносится с общей моделью повышения уровня информированности населения путем обучающего воздействия. Как уже отмечалось, это обусловлено сквозной функцией информирования в реализации всех типов воздействий на целевую аудиторию.

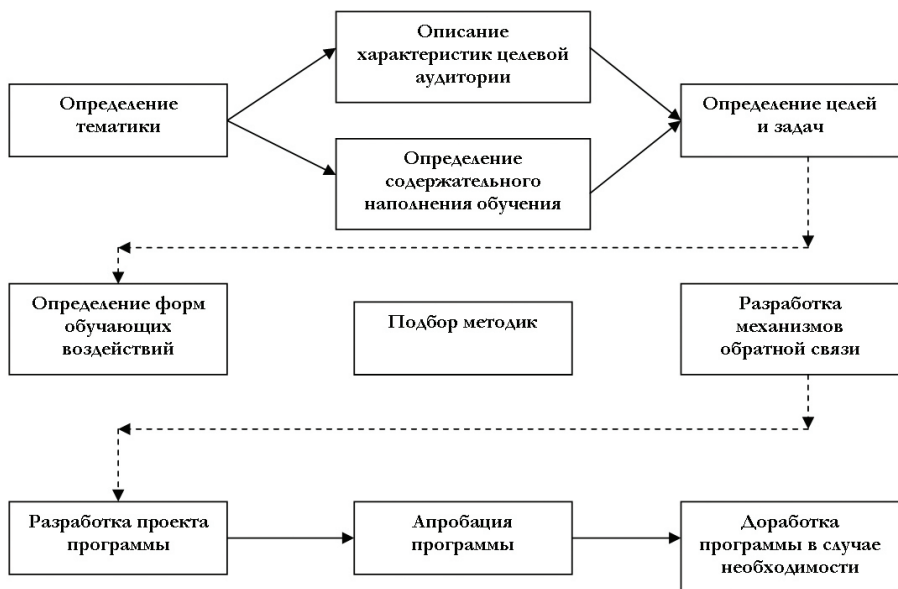


Рис. 8. Модель формирования обучающих воздействий

Планирование обучающих программ и комплексных программ сохранения и укрепления здоровья с учетом потребностей целевых групп базируется на теоретических моделях поведения в сфере здоровья – убеждений в сфере здоровья, коммуникации и социального маркетинга (см. раздел 2).

Методы определения фокуса вмешательства

Определение фокуса вмешательства является содержанием конкретного управленческого решения, которое должно отвечать следующим требованиям.

Требования к рациональному решению:

1. Наличие аккумулированной информации до момента принятия решения.
2. Сбор информации должен осуществляться целенаправленно, в соответствии с предварительно сформированным видением желаемого положения дел.
3. Характеристики проблемы и необходимость ее решения должны быть представлены в соответствующих документах, в которых также должны быть отражены преимущества предлагаемого решения.
4. Аналитические материалы должны включать в себя описания последствий реализации возможных альтернативных мер по изменению ситуации.
5. Необходимы расчеты затрат и отдачи от реализации каждой из возможных альтернатив действий.

LFA» (Logical Framework Approach - логический рамочный подход)¹²

Это один из многих существующих сегодня методов программного планирования, хорошо себя зарекомендовавший себя на практике. Метод LFA начал использоваться разработчиками программных планов ещё в 1960-е гг., и с тех пор получил распространение во всем мире., Множество международных организаций, в том числе ООН и Евросоюз работают над тем, чтобы сотрудничающие стороны использовали метод LFA в программном планировании. Любой метод целенаправленного программного планирования типа LFA, это:

- инструмент целенаправленного планирования, анализа, оценки, промежуточного контроля (мониторинга) и подведения итогов программы;

- вспомогательное средство логического анализа и структурирования мышления при программном планировании;

¹² The Logical Framework Approach (LFA). Handbook for objectives-oriented planning, 4th ed. 1999, NORAD

- при надлежащем применении структурообразующее рамочное средство с перечнем вопросов, помогающее наладить и вести диалог между различными партнёрами программы;
- инструмент планирования, объединяющий в своих рамках различные элементы преобразовательного (инновационного) процесса (проблемы, цели, партнёры, план реализации и т.д.);
- инструмент обеспечения участия/ответственности/владения.

Целенаправленное планирование означает, что

- точкой отсчёта является цель, которую стремятся достичь, и осуществление систематического анализа тех видов деятельности, которые могут вести к этой цели;
- анализ осуществляется с единой целостной позиции, которую делят на сегменты.

В основе метода LFA лежит идея о том, что смысл и назначение программы заключается в обеспечении соответствия поставляемых в ее рамках услуг и продуктов потребностям потребителей (целевой группы). Иными словами, важно не само действие, а конечный результат/цель, например, повышение жизненного уровня. Поэтому начинать подобную работу следует не с обсуждения действий (мер), которые желательно предпринять, а с определения того, к чему следует стремиться (результат/цель).

Метод LFA:

- создаёт предпосылки для диалога между всеми заинтересованными сторонами;
- выступает в качестве рабочего инструмента идентификации проблем, потребностей/ целей, сторон/контрагентов, возможностей/предпосылок и рисков;
- позволяет проследить за тем, чтобы владение программой стало прерогативой стороны- партнёра;
- способствует структурному оформлению деятельности, связанной с осмыслением программы;
- способствует уточнению и конкретизации цели и необходимых для

осуществления цели мер;

- формирует единую концепцию программы;
- облегчает промежуточный контроль (мониторинг), отчетность и оценку;
- позволяет осуществлять программу эффективнее, обеспечивает более благоприятные предпосылки для достижения целей, сокращает сроки и обеспечивает устойчивость программы.

Метод LFA включает в себя девять ступеней:

- 1) контекстный анализ программы (анализ системы взаимосвязей/внешних условий);
- 2) анализ контрагентов;
- 3) проблемный анализ / ситуационный анализ;
- 4) формулировку целей;
- 5) план действий;
- 6) ресурсное планирование
- 7) определение параметров достижения целей / индикаторов;
- 8) анализ рисков;
- 9) анализ предпосылок достижения целей.

Названные ступени анализа осуществляются в строгой порядковой последовательности, одна за другой, чтобы затем завершиться. Операции на 2-3 ступенях, - проблемный анализ и анализ контрагентов, - производятся согласованно и практически одновременно, поскольку эти ступени тесно друг с другом связаны. На специфику каждой ситуации или программы следует обращать особое внимание.

Метод Дельфи

Данный метод предоставляет возможность использовать преимущества группового решения без проведения совместных обсуждений. Участникам принятия решения, которые могут находиться в отдаленных друг от друга местах, рассылается серия анкет. В первой анкете излагается суть проблемы и запрашивается ее потенциальное решение. Члены группы

пересылают свои ответы координатору. Во второй анкете высылается резюме, содержащее все предложенные в первом опросе варианты решения и уточняющие вопросы. Участники группы знакомятся с ответами всех участников. После просмотра всех ответов каждый участник снова отвечает на вопросы, но на этот раз с учетом чужих мнений, заполняет анкету и снова высылает ее координатору. Процесс повторяется до тех пор, пока не будет достигнуто согласие всех участников.

Обычно принятие решений с использованием метода Дельфи включает четыре этапа:

- 1) Постановка проблемы.
- 2) Достижение группой общего понимания проблемы на основе уточнений.
- 3) Обсуждение и оценка всех разногласий.
- 4) Окончательная оценка и принятие решения.

Метод может успешно применяться в следующих случаях:

- 1) когда недостаток времени и средств делают групповые собрания неосуществимыми;
- 2) при необходимости тщательной разработки проблемы;
- 3) когда люди, занятые в различных сферах деятельности, чье участие необходимо в решении сложной проблемы, не поддерживают связей между собой;
- 4) когда разногласия между участниками группы настолько велики и непримиримы, что их непосредственное взаимодействие невозможно, и в процессе коммуникации должна соблюдаться анонимность.

Метод Дельфи позволяет устранить влияние доминирования сильной личности или мнения большинства в группе при сохранении неоднородности состава ее участников, которая очень важна для генерирования идей и выработки различных вариантов решений. Достоинством метода также является возможность достижения консенсуса по проблеме путем разработки собственного варианта решения и учета преимуществ, предложенных другими участниками.

Матрица коммуникации/аргументации (Communication/persuasion matrix)

Матрица представляет собой формат для оценки влияния различных типов коммуникации на процесс изменений (рис. 8).

«Входные» переменные матрицы, по Мак Гуайру [McGuire, 1989], включают в себя источник информации, информационное послание, используемый «канал» информирования, характеристики получателя информационного послания и цель коммуникации.

Двенадцать пунктов, приведенных в левом столбце рис. 5, демонстрируют последовательность событий, возникающих в процессе изменения поведения. Характеристики коммуникаций («входные» переменные) приведены по горизонтали.

«Источник» представляет собой характеристики индивида или организации – агента коммуникаций. Выбор источника зависит от желаемого результата. Источник характеризуется степенью доверия, которую он вызывает. Высоко достоверный источник, такой, как врач, более всего подходит для обучающих целей в сфере самодиагностики (например, обучить обследованию своего тела на предмет наличия новообразований). Другая цель, например, пропаганда физической активности, в качестве источника требует лицо, демонстрирующее высокий уровень физической подготовки.

«Информационное послание» описывает содержание коммуникации (его вид, например, убеждение или информирование, и его тип, например, позитивное или устрашающее).

«Канал» представляет собой способ информирования целевой аудитории. Наиболее распространенные каналы информирования - это вербальный (речь), аудиовизуальный (изображение) и печатные материалы. Каждый канал имеет свои сильные и слабые стороны.

«Получатель» отражает основные характеристики представителей целевой аудитории, на которую направлен процесс коммуникации. Возраст, национальность, социально-экономический статус, знания, навыки, мотивация, образ жизни, предшествующий опыт являются наиболее важными характеристиками целевой аудитории.

«Назначение» - это желаемое изменение в поведении «получателя» информационного послания. Служит как целям профилактики заболеваний, так и целям пропаганды здорового образа жизни.

Элементы процесса изменения поведения	Характеристики коммуникации				
	Источник	Информационное послание	Канал	Получатель	Назначение
Подверженность обучению					
Отношение к обучению					
Интерес к новой информации					
Осмысление информации					
Приобретение новых навыков					
Изменение установок					
Запоминание навыков					
Припоминание навыков					
Решение об изменении					
Действие (изменение поведения)					
Укрепление					
Закрепление изменений					

Рис. 8. Матрица коммуникации/аргументации

Матрица коммуникации/аргументации применяется при планировании программ для разбивки процесса изменения поведения на этапы и приложения к каждому этапу наиболее подходящих для изменения поведения стилей коммуникации.

Постановка целей программы

Целевые ориентиры программы формулируются, исходя из данных о потребностях целевой группы, удовлетворение которых требует изменений действующей системы и характеристик деятельности по содействию сохранению и укреплению здоровья представителей группы. Результаты оценки ситуации в общности могут указывать на необходимость изменений на самых разных уровнях. Здесь возможными решениями могут стать как обучающие программы для целевой группы, так и изменение функционирования системы здравоохранения и социального обеспечения в целом.

При отсутствии четко сформулированной цели деятельность в рамках планируемой программы подвержена риску неуспеха. Все участники программы должны видеть конечный результат работы и предпринимать определенные действия для его достижения.

Апробированным инструментом формулирования цели программы является «SMART».

SMART – техника постановки целей с учетом пяти важнейших характеристик – специфичности, измеримости, достижимости, релевантности, определенности во времени.

(S) *Specific/Конкретность* – критерий, задающий цель с четко сформулированным объектом, субъектом, местоположением и другими неконтекстными характеристиками.

(M) *Measurable/Измеримость* – критерий, задающий измеримость степени достижения цели.

(A) *Achievable/Достижимость* – критерий, учитывающий реальную и психологическую возможность субъекта достигнуть объекта (цели).

(R) *Relevant/Релевантность* – критерий, учитывающий, что достижение цели связано, прежде всего, с действиями субъекта.

(T) *Time bound/Временные характеристики* – определенные во времени сроки исполнения целей (задач).

Feedback (обратная связь) – информация, предоставляемая сотруднику в процессе достижения целей, о степени ее достижения.

Trackable (отслеживаемая цель) – критерий, учитывающий возможность отслеживания выполнения задачи.

Challenge (побуждающая цель) – разумно завышенная цель, требующая от сотрудника дополнительных усилий для ее достижения.

Основные методы воздействий в рамках программ по сохранению и укреплению здоровья

Обучающие программы в сфере здоровья

Предусматривают целенаправленное создание возможностей людям получить знания и навыки для осознанного изменения ими своего поведения в сфере здоровья. Такие программы могут включать в себя предоставление информации, разъяснение ценностей и установок, проработку решений и развитие навыков. Помимо этого, часто предусматриваются мотивационные компоненты, направленные на повышение самооценки и уверенности участников в себе, стимулирование их активности по сохранению и укреплению здоровья. Подобные программы могут включать в себя содержательные разделы, затрагивающие в различной степени и комбинации информацию, характеризующую аспекты физического, психологического или социального здоровья. Обучающие программы реализуются на индивидуальном уровне в форме консультаций (консультант – клиент, педагог - ученик), на уровне группы (лекции, семинары, тренинги) или на уровне общностей (посредством средств массовой информации, выставок и пр.).

Обучающие программы в рамках первичной профилактики направлены на предупреждение возникновения заболеваний среди здоровых людей, а также на позитивное стимулирование улучшения состояния здоровья и, вследствие этого, качества жизни. Большинство программ для детей и молодежи входит в названную категорию. Они охватывают такие темы как гигиена, питание, социальные навыки и межличностные отношения, преследуя цель формирования ценностей, здоровья и индивидуальности.

Обучающие программы в рамках вторичной профилактики играют большую роль в предупреждении перехода заболеваний в хронические или необратимые формы у уже заболевших людей. В ходе такого обучения участникам программ предоставляется информация об условиях

и действиях, которые могут способствовать улучшению их здоровья. Восстановление здоровья может требовать от людей изменения их поведения (например, оставление курения или выполнение врачебных назначений), а также, возможно, знаний и навыков самопомощи.

Обучающие программы в рамках третичной профилактики. Существует достаточно много людей, заболевание которых уже нельзя предупредить или полностью излечить. Обучение в таких случаях направлено на развитие знаний и навыков у больных людей и их близких относительно того, как избежать лишних трудностей и ограничений.

Однако, далеко не всегда можно уверенно определить, какой тип программ необходим конкретному человеку, поскольку оценка индивидуального состояния здоровья бывает неоднозначной и доступной для различных интерпретаций.

Медико-социальные превентивные мероприятия

Они включают в себя меры по предупреждению распространения заболеваний и нежелательных физиологических состояний, такие как иммунизация, диспансеризация, планирование семьи, а также широкий спектр услуг для отдельных категорий населения. Примером таких услуг являются услуги молодежных центров по профилактике ВИЧ по защите интересов и прав детей групп риска (индивидуальное и групповое консультирование специалистов и представителей целевого контингента по вопросам профилактики поведения риска, направление на медицинские обследования, а при необходимости – и на лечение, тренинги социальных навыков и пр.).

Работа с сообществами

Этот подход предусматривает привлечение к превентивной работе представителей целевой аудитории (в данном случае – учащихся учреждений начального профессионального образования) с целью оказания соответствующего воздействия на них самих и их социальное окружение. Это создание локальных центров по оказанию специфических услуг в сфере здоровья, групп самопомощи, формирование и/или развитие сообществ (например, людей, живущих с ВИЧ) на основе выявления потребностей и реализации мер по их удовлетворению. Для образовательных учреждений примером подобной работы является выявление лидеров уже сложившихся малых социальных групп учащихся и при-

влечение этих лидеров к активной профилактической работе, создание тематических объединений и пр.

Организационное развитие

Предусматривает разработку и внедрение в организациях стратегий и процедур, обеспечивающих работу по охране и укреплению здоровья сотрудников и клиентов. (В случае образовательных учреждений клиентами являются учащиеся). Примером реализации одной из таких стратегий, - равных возможностей, - является создание Советов здоровья с привлечением к работе в них учеников, родителей и педагогов. (в Приложении 1 представлен пример программы деятельности Советов здоровья), обеспечение одинакового доступа к информации по вопросам здоровья для всех учащихся с учетом их возрастных и гендерных различий, уровня интеллектуального развития, обеспечение выбора «здоровых» блюд на предприятиях питания учащихся и пр.

Развитие сетевого межведомственного и межсекторного взаимодействия

Охватывает комплекс мероприятий, для реализации которых привлекаются специалисты из профильных структур, например, психологи и социальные работники специализированных служб, врачи, научные работники, представители правоохранительных органов и общественных организаций. Целевая аудитория информируется о возможностях получения информации или услуг, имеющихся на территории; - представляются соответствующие контактные данные. Помимо этого, учреждения сходного профиля деятельности могут проводить совместные мероприятия с целями объединения и экономии ресурсов, распространения хорошо зарекомендовавшего себя опыта, а также стимулирования участия в совместной деятельности. Примером здесь могут служить выставки-конкурсы по тематике здоровья среди различных учреждений начального профессионального образования.

Улучшение условий труда и учебы

Этот вид мероприятий включает в себя контроль соблюдения санитарно-гигиенических норм, запрет курения на территории, создание условий для проведения досуга (например, спортивных и игровых площадок), рекреационные мероприятия для сотрудников (например, создание кабинетов психологической разгрузки и пр.)

Конкретные мероприятия в сфере сохранения и укрепления здоровья далеко не всегда можно отнести к одной из приведенных выше категорий. Например, консультирование группы молодежи, решившей бороться с наркозависимостью, и объединившейся для реализации программ альтернативной занятости, по вопросам управления стрессом можно одновременно отнести к двум категориям – обучение и работа с сообществом.

Вспомогательные методы, применяемые в рамках программ по сохранению и укреплению здоровья

Разработка, внедрение и совершенствование стратегии учреждений начального профессионального образования в сфере сохранения и укрепления здоровья работников и учащихся

Необходимым условием эффективности усилий по предупреждению распространения заболеваний является целенаправленная, комплексная, внутренне согласованная и систематическая работа в этом направлении. Отсюда вытекает необходимость разработки и внедрения на территориях государственных стандартов и программ, основанных на принятых законах, положениях и регламентах. Так, создание Концепции превентивной работы, характеризующей приоритетные направления, методы, требования к реализации и описание возможных источников ресурсного обеспечения профилактической работы для учреждений начального профессионального образования будет способствовать повышению общей ее эффективности на территории.

Организационные мероприятия

Среди мер по организационному обеспечению реализации программ сохранения и укрепления здоровья в первую очередь следует назвать создание координирующих структур, таких как рабочие или экспертные группы, советы, активы и пр.

Сюда также можно отнести информационные мероприятия (почтовые и Интернет рассылки, семинары, круглые столы), и программы стимулирования участия работников образовательных учреждений в профилактической работе. Например, привлечение их к процессам разработки и принятия решений в сфере профилактики среди учащихся, премирование авторов наиболее успешных практических методик, реализация межрегиональных и международных программ обмена опытом, обуче-

ние специалистов образовательных учреждений основам деятельности в сфере сохранения и укрепления здоровья.

Большое значение имеют мероприятия, направленные на обобщение, оценку и распространение полученного в ходе реализации программ опыта. Примерами таких мероприятий являются конференции, публикации в специализированных печатных изданиях, презентации.

Поскольку все мероприятия по разработке и внедрению программ вмешательства должны базироваться на данных социальных исследований, возникает необходимость включения исследовательских процедур в виде отдельного блока мероприятий программ сохранения и укрепления здоровья.

3.1.3. Внедрение

В зависимости от объема мероприятий, предусмотренных программой, для ее реализации может требоваться значительное организационное обеспечение. Помимо этого, необходимо учитывать вероятность изменения состояния ресурсной базы программы в течение времени. Отсюда вытекает необходимость определения стратегии и специальных мер управления реализацией программы.

Внедрение подразумевает реализацию разработанного плана программы для достижения поставленных целей наиболее эффективным образом.

Этапы внедрения

Внедрение программы подразумевает осуществление последовательности взаимосвязанных шагов:

1. утверждение программы в вышестоящих инстанциях, согласования со всеми участвующими в ее реализации субъектами профилактики;
2. уточнение распределения задач и ресурсов, необходимых для решения этих задач;
3. разработка планов конкретных мероприятий и технических заданий для исполнителей, проведение конкурсных процедур;
4. создание механизмов управления программой;
5. выполнение предусмотренных программой работ.

В течение всего хода реализации программы, в зависимости от решений о структуре управления ею, ответственность за выполнение конкретных видов работ и соответствующие полномочия должны быть четко определены. Такие решения должны быть зафиксированы в регламентирующих документах, таких как положения, приказы и инструкции.

Установление эффективной коммуникации между участниками программы является критически важным условием ее исполнения.

Среди основных задач координатора программы следует выделить проведение совещаний для формирования целостного и согласованного видения содержания и путей реализации программы всеми ее участниками. На этапе внедрения следует регулярно информировать всех участников программы о мероприятиях, которые были запланированы, и о ходе их исполнения, причем во всех подробностях.

Помимо этого, координатор должен обеспечить необходимое обучение для тех представителей субъектов профилактики, которые испытывают необходимость в получении дополнительных знаний и навыков для выполнения работ на выделенном им, в соответствии с решениями разработчиков программы, участке. В зависимости от масштабов и направленности программы также может потребоваться обучение специалистов, включенных в реализацию программы, на местах.

Обучение специалистов в сфере разработки и внедрения программ сохранения и укрепления здоровья подразумевает формирование и развитие у них специфичных компетенций – знаний, навыков и установок, необходимых для выполнения конкретной работы.

Перечень ключевых компетенций для выполнения работы, направленной на сохранение и укрепление здоровья населения

Управление

Эффективность управления ресурсами – финансовыми, материальными, кадровыми, временными и пр. во многом определяет успех любой организационной деятельности. Для обеспечения эффективности и результативности управления ресурсами необходимо текущее планирование, своевременное принятие управленческих решений, организация и контроль исполнения с использованием адекватных управленческих подходов и методов.

Коммуникация

Для работы по предупреждению распространения заболеваний и пропаганде здорового образа жизни необходим высокий уровень развития коммуникативных навыков. Это навыки проведения индивидуальной и групповой работы, осуществления формальной и неформальной коммуникации с использованием широкого спектра социально-психологических методов и технологий.

Обучение

Проведение обучающих мероприятий по тематике здоровья требует от преподавателя как хорошо развитых коммуникативных навыков, так и дополнительных компетенций в сфере применения различных образовательных технологий. Такие компетенции позволяют адекватно выбирать и успешно использовать в учебном процессе различные формы проведения занятий – от достаточно формальных лекционных до активных тренинговых.

Образовательные компетенции используются не только в рамках обучающих программ, но также в ходе подготовки и реализации других видов превентивных мероприятий. Так, например, обучение технологиям принятия решений является неотъемлемым элементом программ организационного развития.

Маркетинг и связи с общественностью

В этой сфере требуются компетенции, охватывающие позиционирование и продвижение профилактического продукта, рекламу, работу со средствами массовой информации. СМИ приобретают большое значение в случае необходимости информационно-пропагандистского воздействия на население в целом и/или широкие целевые аудитории.

Развитие партнерского взаимодействия и сетевых структур

Здесь подразумеваются компетенции, позволяющие оказывать помощь в сохранении и укреплении здоровья, как их собственного, так и окружающих. Эта работа осуществляется с использованием широкого спектра методов, применяемых для обмена навыками и информацией, формирования доверия и ответственности деловых партнеров. Особенно важны такие компетенции в работе с сообществами. В ходе же построения рабочего взаимодействия и налаживания партнерского сотрудничества

с представителями других структур, ведомств или профессиональных сообществ компетенции, необходимые для решения соответствующих задач, приобретают критическую значимость.

Формирование стратегий и процедур

В данном контексте под стратегиями следует понимать применение широкого набора управленческих инструментов, – концепций, программ и планов, – для детализированного проектирования и оперативного управления работой в сфере сохранения и укрепления здоровья. Подобные документы могут быть приняты как на федеральном, так и на местных уровнях. Для их подготовки предварительно необходимо иметь представление об управленческих механизмах, распределении ответственности и полномочий среди основных участников процесса выработки стратегии – от инициаторов политического решения до специалистов – разработчиков. Эта информация необходима для оказания влияния на представителей государственных, общественных и коммерческих организаций в направлении соответствия принимаемых ими решений целям сохранения и укрепления здоровья населения. Осуществляется подобное влияние путем предоставления аналитических данных и предложений в удобной для использования форме, содействия в разработке и апробации альтернативных сценариев действий и т.п.

Представленный выше перечень компетенций специалиста в сфере проектирования и внедрения программ сохранения и укрепления здоровья не является исчерпывающим. Требования к конкретному работнику будут зависеть от характера поставленных перед ним задач, его профессиональной роли и подготовки. Очевидно, что от социального работника молодежного центра будет требоваться меньше компетенций из числа приведенных выше, чем от координатора профилактических молодежных программ районного уровня. Тем не менее, окончательное представление об уровне и содержании необходимой профессиональной подготовки специалистов можно сформировать, только исходя из специфики ситуации, изменить которую призвана их деятельность, причем с учетом особенностей актуального организационного контекста.

3.1.4. Оценка эффективности профилактических программ

Оценка эффективности – это последовательность исследовательских мероприятий, направленных на изучение результатов реализации профилактической программы.

Вопрос эффективности программ всегда вызывает особый интерес, причем не только у руководителей и исполнителей, но и у широкой общественности. Подход к проектированию подобных исследований должен быть достаточно гибким, однако соответствовать базовым принципам и довольно жестким требованиям к результатам подобных исследований. Эти требования во многом определяются целями и задачами проведения оценки. Так, оценка эффективности может использоваться не только для описания изменений в общности в результате реализации профилактических вмешательств, но также и для оперативного управления ими. Как правило, оценка базируется на сравнении характеристик выполнения программы с заданным эталоном успеха/неудачи. Задача формирования системы индикаторов эффективности программы и их эталонных значений является чрезвычайно сложной и зачастую требует эвристических решений.

Исследования по оценке эффективности профилактических программ могут проводиться в следующих целях:

- ▶ оценка достижения намеченных показателей и выявления ограничений программы;
- ▶ стимулирование изменений и активности субъектов профилактики в зонах их ответственности;
- ▶ текущее планирование профилактических программ;
- ▶ оценка вклада и фактической ответственности отдельных субъектов профилактики относительно полученных конечных результатов профилактической работы;
- ▶ обоснование целесообразности инвестиций в реализацию сходных программ;
- ▶ стимулирование профессионального роста представителей субъектов профилактики, участвующих в реализации программы.

Мероприятия по оценке эффективности программы являются неотъемлемой ее частью и формулируются на этапе разработки программного плана. Корректно сформулированные цели программы используются как основа перечня критериев оценки, которые, по сути, могут рассматриваться как стандарт (эталон) исполнения.

Критерии исполнения позволяют оценить процесс и результат внедрения программных мероприятий. Оценка процесса реализации программы направлена на определение степени и качества исполнения запланированных мероприятий. Оценка результата позволяет сделать выводы о достигнутых результатах в соотношении с целями и задачами программы. Степень отклонения реальных показателей программы от значений таких критериев является мерой ее эффективности. Полученные данные используются для принятия решений о необходимости, направленности и характере последующих мер по улучшению ситуации в общности.

Эффективность деятельности, осуществляемой в рамках социальной организации – оптимальное соотношение производства, качества, результативности, гибкости, удовлетворенности, конкурентоспособности и развития. Она должна рассматриваться на трех уровнях – индивидуальном, групповом и организационном.

Содержание оценки целевой и экономической эффективности обучающей программы:

- А. Функциональная эффективность, оцениваемая по параметрам процесса реализации программы (качество преподавания, применимость полученных знаний и т.п.).
- Б. Индивидуальная эффективность, т.е. эффективность для участников, оцениваемая по параметрам их личностного и профессионального роста и связанным с ним жизненным изменениям
- В. «Внутренняя» организационная эффективность, т.е. эффективность деятельности той организации, которая реализует программу, оцениваем

мая по «внутренним» параметрам организационного функционирования

Г. «Внешняя» организационная эффективность, т.е. эффективность функционирования организации с точки зрения основных целей ее деятельности, оцениваемая по параметрам достижения организацией этих ее основных целей (т.н. «конечная эффективность»).

В разделе 4 приведены основные сведения о проектировании ряда «модельных» исследований для оценки изменений в общности, проведенных в рамках программ профилактики распространения ВИЧ-инфекции.

В приложении 2 представлена модельная программа профилактики ВИЧ-инфекции среди учащихся системы начального профессионального образования.

3.2. Особенности учреждений начального профессионального образования как базы для профилактической работы

Учреждения начального профессионального образования ведут прием учащихся, имеющих основное общее и среднее (полное) общее образование. В некоторых случаях поступать в училища и лицеи имеют право подростки, окончившие 8 классов. В зависимости от уровня имеющегося образования разнится количество лет обучения: учащиеся, закончившие 9 классов, для получения диплома о начальном профессиональном образовании должны пройти двух- или трехгодичную подготовку. Учащиеся, поступающие после 11 класса, учатся в среднем на год меньше. В некоторых учреждениях нормативный срок подготовки специалиста составляет 4 года.

Основными типами учреждений системы начального профессионального образования являются профессиональные училища (профессионально-технические училища) и профессиональные лицеи. На настоящий момент учреждения начального профессионального образования Российской Федерации готовят специалистов по более чем 280 специальностям.

Организация учебного процесса

Стандартная организационная структура учебного заведения начального профессионального образования такова. Общее руководство учебным заведением является основной должностной обязанностью директора профессионального училища или лицея. Руководителями также являются:

- ▶ Заместитель директора по учебно-производственной работе. В его функции входит методическая и организационная работа, такая как установление контактов с базами прохождения производственной практики учащимися, поиск финансирования и пр. Заместитель директора руководит деятельностью всех сотрудников училища или лицея - как преподавателей, так и классных руководителей и мастеров.
- ▶ Заместитель директора по общеобразовательным дисциплинам координирует ту часть работы преподавателей и классных руководителей, которая непосредственно связана с учебным процессом, включая составление расписания занятий и экзаменов, учебных планов и пр.
- ▶ Заместитель директора по учебно-воспитательной работе руководит работой, непосредственно связанной с воспитанием учащихся. В его компетенцию входят проведение культурных мероприятий и планирование досуговой деятельности учащихся, социальное сопровождение детей, взаимодействие с детской комнатой милиции и прочие сходные вопросы. Заместитель директора по учебно-воспитательной работе осуществляет свою деятельность совместно с мастерами производственного обучения и классными руководителями, а также психологом, социальным педагогом и воспитателями, если данные сотрудники входят в штат образовательного учреждения.
- ▶ Заместитель по производственной деятельности курирует работу мастеров профессионального обучения, осуществляет организацию и контроль прохождения производственной практики.
- ▶ Заместитель по административно-хозяйственной части контролирует и распределяет имеющиеся материально-технические ресурсы учреждения и непосредственно не связан с учебно-воспитательным процессом.

Штат преподавателей осуществляет обучение учащихся общеобразова-

тельными предметам; работу по производственному обучению выполняют мастера. За каждой группой закреплен свой мастер производственного обучения, а также классный руководитель, который контролирует процесс обучения и организует досуг учащихся (организация экскурсий, праздников и прочих подобных мероприятий).

Практически во всех учреждениях в штате есть медицинские работники (обычно - медицинская сестра). Психологи же и социальные педагоги работают далеко не во всех учебных заведениях. В большинстве случаев введение в штат должности социального педагога происходит при наличии среди обучающихся значительного количества детей-сирот. В том случае, если учреждение является «сиротским» (то есть в составе учреждения находится специализированное общежитие), вводится должность воспитателя. Воспитатель работает на территории общежития и непосредственно не связан с учебным процессом. В его основные функции входит собственно воспитательная работа и организация досуга воспитанников.

Следует отметить, что должностная структура сотрудников учреждений начального профессионального образования в значительной степени разнится. Наличие в штате того или иного специалиста зависит от профиля учебного заведения, количества обучающихся, количества площадок, на которых ведется учебно-воспитательная работа, и ряда привходящих факторов. Каждое учреждение самостоятельно определяет должностные обязанности своих сотрудников, поэтому конкретный перечень обязанностей специалистов, работающих в различных учреждениях, может в значительной мере отличаться.

Организация профилактической работы в профессиональных училищах и лицеях обычно возлагается на заместителя директора по учебно-воспитательной работе и классных руководителей. Однако, в зависимости от кадрового состава, внутренних правил учреждения и личных качеств сотрудников в профилактическую деятельность могут быть вовлечены и следующие специалисты: - другие заместители директора, психологи, медицинские сестры, преподаватели общеобразовательных дисциплин, мастера, социальные педагоги, воспитатели. Следует учитывать, что, по сравнению со школьным обучением, при обучении в учреждении начального профессионального образования заметно снижается роль родителей в контроле процесса обучения и воспитания ре-

банка. Родительские собрания в большинстве учреждений проводятся два раза в год и характеризуются невысоким уровнем посещаемости. Таким образом, несмотря на то, что значительная часть учащихся являются несовершеннолетними, на сегодняшний день в учреждениях начального профессионального образования практически отсутствует практика привлечения родителей к участию в различных, в том числе, в профилактических мероприятиях.

Ресурсы

Кадровые ресурсы

Основным профилактическим ресурсом любого образовательного учреждения является его кадровый состав. На сегодняшний день можно говорить о следующих основных особенностях кадрового состава учреждений начального профессионального образования.

- ▶ Большинство сотрудников учебных заведений - женщины: по данным 2003 года доля женщин в системе начального профессионального образования составила 64,0%. Еще выше этот показатель среди педагогических работников – 75,22%. Подобная ситуация характерна для большинства регионов Российской Федерации.
- ▶ Низкий уровень кадрового обеспечения учебных учреждений. На 2004 год нехватка сотрудников составляла 25,2% от необходимого количества. Среди педагогических должностей вакантно каждое третье рабочее место (32,6%).
- ▶ Ежегодная текучесть кадров составляет 10,9%, что при существующем уровне укомплектованности кадрами является для системы начального профессионального образования значительной проблемой. Среди основных причин текучести кадров в системе начального профессионального образования Санкт-Петербурга выделяют как материальные (низкий уровень заработной платы, морально устаревшая материально-техническая база учебных заведений), так и психологические. Последние в основном касаются специфики контингента учащихся - это и низкий уровень подготовки абитуриентов и особенности их поведения¹³.

¹³ Распоряжение комитета по образованию правительства Санкт-Петербурга от 20 декабря 2005 года n 975-р об утверждении приоритетных направлений развития системы начального профессионального образования Санкт-Петербурга на 2005-2010 годы

► Недостаточно высокий уровень педагогического образования сотрудников образовательных учреждений. В частности, из мастеров профессионального обучения имеет высшее педагогическое образование лишь каждый одиннадцатый (8,7%), а среднее специальное педагогическое – каждый седьмой (14,9%) сотрудник. Таким образом, значительная часть сотрудников не имеют педагогического образования, и соответственно, базовых научных знаний по педагогике и психологии.

Опросное исследование, проведенное в 2007 году среди сотрудников семи учреждений начального профессионального образования Санкт-Петербурга¹⁴, позволило выявить некоторые особенности их знаний, установок и опыта относительно профилактической работы в целом и тематики ВИЧ в частности. Следует, однако, отметить, что выборка в данном исследовании не являлась репрезентативной, а потому полученные данные не могут рассматриваться как характеризующие всех сотрудников системы начального профессионального образования Санкт-Петербурга. Основную часть выборки составили сотрудники, непосредственно работающие с учащимися, - мастера, преподаватели и воспитатели. Также в исследовании приняли участие представители администрации образовательных учреждений и лица, занимающие должности, непосредственно не связанные с учебным процессом (инженеры, лаборанты, библиотекари и пр.) Незначительную часть опрошенных оставили психологи, социальные педагоги и медицинские сестры.

Социально-демографические данные. Среди принявших участие в исследовании сотрудников большинство составляют женщины (73,3%). Средний возраст сотрудников училищ и лицеев равен 48 годам, возраст большинства (около 70%) сотрудников лицеев и ПУ колеблется в пределах от 36 до 58 лет.

Коллектив сотрудников училищ и лицеев характеризуется высокой ста-

¹⁴ Исследование среди сотрудников учреждений начального профессионального образования Санкт-Петербурга было проведено в 2007 году в рамках проекта «Создание Советов здоровья на базе учреждений профессионального образования для профилактики ВИЧ среди учащихся, в т.ч. среди представителей социально уязвимых групп населения и выпускников интернатных учреждений», реализованного в рамках программы «Помощь детям-сиротам в России», осуществляемой Советом по международным исследованиям и обменов (АЙРЕКС) при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США). Исследование проводилось опросным методом. Объем выборки составил 155 человек.

бильностью: каждый второй сотрудник работает в данном учебном заведении от 5 до 10 лет или более 10 лет, каждый третий - от 1 года до 5 лет. Стаж работы в данном учебном заведении не превышает 1 года лишь у 10,4% сотрудников.

Установки и мнения сотрудников профессиональных училищ и лицеев относительно профилактической работы. За редким исключением, сотрудники считают проблему ВИЧ очень актуальной или в какой-то мере актуальной для образовательного учреждения, в котором они работают. Мнения сотрудников относительно информированности о вопросах профилактики ВИЧ учащихся их учебного заведения разделились: значительная часть сотрудников считают, что учащиеся ориентируются в этом вопросе плохо или очень плохо. В тоже время каждый четвертый полагает, что учащиеся хорошо или очень хорошо осведомлены о способах профилактики ВИЧ. Таким образом, очевидно, что сотрудники этих образовательных учреждений испытывают дефицит обоснованной информации о том, насколько в действительности учащиеся знакомы с данной проблемой, и, соответственно, каков для них уровень риска, связанный с незнанием правил сохранения своего здоровья в контексте передачи ВИЧ.

Практически все участвовавшие в исследовании сотрудники образовательных учреждений считают необходимым проведение среди учащихся их образовательных учреждений профилактических программ по ВИЧ/СПИД¹⁵, а большинство сотрудников выразили желание посещать занятия для преподавателей по профилактике ВИЧ среди учащихся образовательного учреждения. Однако значительная часть сотрудников сообщила, что они определенно не станут участвовать в таком мероприятии. Менее 5% респондентов указали, что их решение о посещении занятий будет зависеть от наличия у них свободного времени и от времени проведения данного мероприятия.

Таким образом, несмотря на понимание сотрудниками образователь-

¹⁵ В данном случае, однако, сложно делать какие-то выводы о базовых установках сотрудников учреждений начального профессионального образования относительно необходимости превентивной работы с учащимися, поскольку опрос проводился в тех учреждениях, которые уже приняли решение о проведении подобных мероприятий.

ных учреждений необходимости реализации профилактических мероприятий среди учащихся, далеко не все из них готовы принимать в них участие сами. Предшествующий опыт участия в профилактических программах на момент опроса имелся у каждого третьего сотрудника учреждений начального профессионального образования.

Большинство опрошенных хотели бы привлечь для проведения подобных профилактических мероприятий психолога, медицинский персонал и сотрудников профильных государственных организаций. Других специалистов - педагогов, мастеров, сотрудников профильных негосударственных организаций и научных учреждений, социальных педагогов пригласили бы для участия в проведении профилактической программы от 25,2% до 41,5% опрошенных. Определенная часть респондентов полагала целесообразным привлечение к осуществлению образовательной программы родителей учащихся и некоторых наиболее подготовленных учащихся. Однако их доля не превышает одной трети. Лишь 16,3% респондентов привлекли бы для проведения программы профилактики руководство учебного заведения.

Таким образом, при проведении профилактической работы сотрудники учреждений ориентируются в основном на ресурсы самого учреждения и профильных государственных организаций, и существенно недооценивают возможности привлечения к данной работе сотрудников негосударственных организаций, родителей учащихся и самих учащихся.

Для проведения профилактических мероприятий сотрудники предпочитали использовать такие методы работы, как групповые дискуссии, посещение профильных организаций и проведение тематических мероприятий. Реже опрошенные называли тематические и лекционные занятия. Каждый двадцатый опрошенный предложил какие-то другие методы работы, кажущиеся ему эффективными. В основном эти методы связаны с использованием видеоматериалов или индивидуальных форм работы.

Знания о ВИЧ/СПИД. Средний уровень знаний о ВИЧ/СПИД сотрудников профессиональных училищ и лицеев (значение рассчитано на основании 13 параметров) составил 7,12 балла (при максимальном значении /+13/ и минимальном – /-13/ баллов). Данный показатель у опрошенных сотрудников лишь немногим выше, чем у их учеников (6,0 балла).

Большинство сотрудников знают, что существует возможность заболеть СПИД, никогда не употребляя наркотических веществ, а также, что человек, который выглядит здоровым, может являться ВИЧ-позитивным. Однако именно на эти вопросы значительная доля сотрудников затруднились ответить. Можно предположить, что определенная часть специалистов просто не получали подобных сведений информацией. Большинство сотрудников училищ и лицеев осведомлены о таких путях передачи ВИЧ как парентеральный (в частности – через инъекцию иглой, уже использованной ранее) и вертикальный (от беременной матери ребенку).

Однако среди сотрудников профессиональных училищ и лицеев в значительной степени оказались распространены неверные представления о путях передачи ВИЧ: каждый третий из них считает, что можно заразиться ВИЧ, совместно питаясь с инфицированным человеком, столько же респондентов полагают возможным заражение через укус комара. Каждый двадцатый сотрудник считает, что заразиться ВИЧ возможно даже через рукопожатие. О возможности заражения новорожденного через грудное вскармливание не знает каждый третий сотрудник.

Далеко не все сотрудники образовательных учреждений полагали эффективными основные принципы профилактики передачи ВИЧ половым путем. Однако 2/3 сотрудников считают, считали эффективными способами профилактики регулярное использование презерватива и наличие только одного сексуального партнера эффективным способом защиты. Половое воздержание в качестве метода профилактики назвали немногим более половины сотрудников.

Каждый десятый сотрудник образовательного учреждения был уверен, что ВИЧ распространен только среди наркопотребителей или гомосексуалистов, а каждый третий – что ВИЧ-позитивные люди быстро теряют физическую и умственную работоспособность. Наличие подобных представлений у сотрудников образовательных учреждений может отрицательно сказываться на проведении профилактической кампании, а также способствовать дискриминации людей, инфицированных ВИЧ.

Сами сотрудники оценивали свой уровень знаний о проблеме ВИЧ/СПИД в основном как средний. Считали себя высоко информированными 17,0%, а признали уровень своих знаний о ВИЧ недостаточным 14,8% сотрудников.

Толерантность к ВИЧ-позитивным людям. Сотрудники профессиональных училищ и лицеев продемонстрировали невысокий уровень толерантности к людям, живущим с ВИЧ (/ -0,4/ балла, при возможных значениях шкалы от /-16/ до /+16/ баллов), однако у них он все же был значимо выше, чем у учащихся (/ -2,6 балла/).

Большинство опрошенных (73,3%) сообщили, что не стали бы питаться в ресторане или кафе, если бы знали, что его владелец ВИЧ-инфицирован. Стоит отметить, что эта цифра даже больше, чем доля лиц, сообщивших, что они не стали бы принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным человеком (41,5%). Около половины респондентов говорили, что испытывали бы дискомфорт, если бы им пришлось общаться с ВИЧ-позитивным коллегой или учеником. Каждый пятый опрошенный сообщил, что, по его мнению, ВИЧ-инфицированный человек не может заниматься преподавательской деятельностью, а каждый двенадцатый высказал сомнения в возможности допуска ВИЧ-положительного учащегося к занятиям. Таким образом, стигматизация и дискриминация вполне может коснуться как учащихся, так и самих преподавателей с позитивным ВИЧ-статусом.

Каждый третий опрошенный сотрудник учреждений начального профессионального образования (31,1%) считал, что большинство ВИЧ-инфицированных употребляют или употребляли в прошлом наркотики инъекционно, и еще треть опрошенных (35,6%) не имеют определенного мнения на этот счет. Следует отметить, что подобные представления выступают одной из причин интолерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям.

Материальные ресурсы

В большинстве случаев учреждения системы начального профессионального образования в достаточной степени обеспечены учебными площадями¹⁶. Таким образом, практически всегда существует возможность проведения профилактических мероприятий, в том числе рассчитанных на достаточно большие группы участников, на территории

¹⁶ Стратегии учреждений профессионального образования: проблемы качества. Информационный бюллетень. – М.: ГУ – ВШЭ, 2006. – 96с.

училища/лицея. Однако в целом по Российской Федерации недоукомплектованность учреждений начального профессионального образования учебными площадями составляет 10,3%¹⁷, что в ряде случаев могут вызвать определенные сложности при групповом обучении или проведении профилактических мероприятий в игровой форме.

Каждое 20-е российское учреждение системы начального профессионального образования не имеет в своем распоряжении компьютера (5,0%), а более трети учебных заведений (37%) не имеют доступа к ресурсам сети Интернет. Это может привносить трудности в организацию взаимодействия учебного учреждения с партнерскими организациями, подготовке необходимой документации и пр. Все это также следует учитывать при разработке программ профилактических воздействий.

Таким образом, говоря об учреждениях начального профессионального образования как базы для проведения профилактической работы, следует отметить их следующие особенности.

1. Коллектив учреждений начального профессионального образования включает в себя преподавателей и мастеров производственного обучения, классных руководителей, медсестер, психологов и социальных педагогов. Управление образовательным учреждением осуществляется директором и его заместителями. Следует предусматривать возможность участия руководства и сотрудников образовательного учреждения в адаптации профилактических программ к особенностям их учреждения. Поскольку профилактические мероприятия направлены на изменение поведения и установок учащихся, в том случае, если в учреждении нет психолога, целесообразно для проведения профилактической программы привлекать специалиста со стороны.

2. Хотя в учреждениях начального профессионального образования практически отсутствует практика привлечения родителей к участию в различных, в том числе и профилактических мероприятиях, из-за того, что часть учащихся воспитываются в неблагополучных семьях или находятся под опекой, в программы подготовки сотрудников образовательных учреждений следует включать обучение методам работы с семьей несовершеннолетнего.

¹⁷ Сайт Статистика российского образования <http://stat.edu.ru>.

3. Большую часть сотрудников образовательных учреждений составляют женщины. Включение в программу обучения сотрудников гендерной тематики позволит компенсировать возможные сложности при проведении профилактической программы силами сотрудников образовательных учреждений.

4. Поскольку система начального профессионального образования испытывает определенный дефицит кадров, следует предусмотреть возможности материального и морального стимулирования сотрудников образовательных учреждений, привлекаемых к проведению профилактических мероприятиях.

5. Подавляющее большинство сотрудников ПУ и лицеев считает проблему ВИЧ актуальной для учащихся. Это мнение может служить основой мотивирования сотрудников к участию в специализированных профилактических программах.

6. Стандартизованная система мониторинга информированности учащихся относительно проблемы ВИЧ и их поведения, связанного с риском инфицирования, сегодня отсутствует. Разработка и внедрение такой системы позволило бы получать достоверную информацию о ситуации и оценивать эффективность осуществляемых воздействий. Мониторинговые данные могли бы также быть использованы в целях формирования мотивации сотрудников учреждений к участию в профилактической работе и родителей учащихся к предоставлению согласия на участие в программе профилактики их детей.

7. Уровень информированности сотрудников учреждений начального профессионального образования о проблеме ВИЧ можно оценить как средний, и он лишь не намного превышает уровень информированности об этой проблеме учащихся. Уровень толерантности сотрудников образовательных учреждений к людям с положительным ВИЧ-статусом также не является высоким, однако все же он выше, чем у учащихся. Отсюда очевидно, что проведение профилактических программ среди учащихся необходимо предварять обучением сотрудников образовательных учреждений. Одной из важных задач такого обучения должно стать формирование толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям.

8. Сотрудники образовательных учреждений демонстрируют недоста-

точную информированность об эффективных способах профилактики ВИЧ. Поэтому им следует разъяснять основные положения государственной концепции профилактики среди учащейся молодежи.

9. Часть сотрудников образовательных учреждений имеют опыт участия в проведении профилактической программы в сфере здоровья. Обмен опытом сотрудников различных учреждений и распространение подходов, дающих наилучшие результаты, может стать действенным способом развития профилактической работы.

10. По мнению сотрудников, наиболее действенными методами проведения профилактических программ являются групповые дискуссии и посещение профильных организаций. Эти методы, а также проведение тематических мероприятий, являются, кроме того, и наиболее предпочитаемыми. При обучении сотрудников целесообразно информировать их о других высоко эффективных методах профилактической работы с молодежью, а также предоставлять методические материалы (сценарии тематических игр, видеофильмы и пр.)

11. При проведении профилактической работы сотрудники учреждений ориентируются, в основном, на ресурсы самого учреждения и профильных государственных организаций. Информирование сотрудников образовательных учреждений о ресурсах, которыми обладают другие организации, и которые они могут использовать в профилактической деятельности, а также о механизмах их привлечения позволит повысить уровень профилактической работы.

12. В большинстве случаев материальное оснащение учреждений начального профессионального образования позволяет эффективно реализовывать на их базе весь комплекс необходимых профилактических мероприятий.

3.3. Особенности учащихся учреждений начального профессионального образования как объекта профилактических воздействий

Возможность овладения профессией до получения полного среднего образования является особенно важной для детей из неблагополучных семей или семей с низким достатком. Относительно высокую долю, - каждый двадцатый, - среди учащихся системы начального профессио-

нального образования составляют дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (4,99%) (данные на 2003 год). Около 2% учащихся имеют умственные или физические недостатки. Таким образом, учреждения системы начального профессионального образования в значительной мере выполняют функцию социальной поддержки наименее защищенных слоев населения.

Учащиеся системы начального профессионального образования традиционно характеризуются несколько более высоким уровнем распространением различных видов девиантного поведения, а также, в целом, более низким уровнем общеобразовательной подготовки.

По данным на 2003 год, подавляющее большинство (около 90%) учащихся системы начального профессионального образования в Российской Федерации составляют подростки в возрасте от 15 до 18 лет¹⁸.

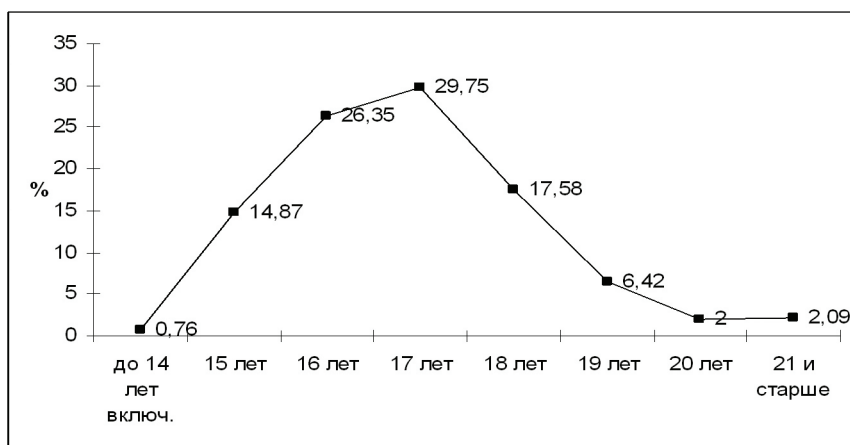


Рис. 10. Возрастная структура учащихся учреждений системы начального профессионального образования Российской Федерации__

¹⁸ Сайт Статистика российского образования <http://stat.edu.ru>.

Поскольку возрастных ограничений при наборе учащихся в учреждения начального профессионального образования обычно не существует, среди учащихся часто встречаются и лица более старшего возраста. Здесь многое зависит региона расположения образовательного учреждения. Так, например, в Орловской области и в республике Дагестан относительно высокую долю составляют учащиеся младше 15 лет - каждый двадцатый (4,81%) и каждый двенадцатый (7,48%) соответственно. В то же время в Чукотском автономном округе и Чеченской республике каждый пятый учащийся профессиональных училищ или лицеев находится в возрасте от 21 года и старше. Столь значительные возрастные различия не позволяют говорить о единой программе профилактики ВИЧ в учреждениях начального профессионального образования для всех территорий РФ.

Контингент учащихся не является стабильным, поскольку ежегодно определенная доля учащихся прекращает обучение досрочно. В 2003 году доля выбывших учащихся в среднем по РФ составила 8,3% (каждый 12-й). В отдельных регионах, например, в Амурской области, этот показатель доходил до 21%.

Основными причинами оставления учебы являются смена его места (34,2%), собственное желание (15,1%) и исключение за неуспеваемость (12,7%). Несколько более 2% учащихся были исключены за правонарушения, а более 3% прекратили обучение в связи с состоянием здоровья. При этом в отдельных регионах доля правонарушителей среди выбывших доходит до 10%. Схожим образом варьируют и другие показатели, учитываемые официальной статистикой.

Учитывая, что учреждения образования являются еще и институтами социализации, высокая доля прекращающих обучение в данных учебных заведениях является важным аргументом в пользу сосредоточения профилактических мероприятий на первых курсах обучения. Действительно, часть тех, кто не закончил обучение, скорее всего, не продолжат свое образование. Поэтому работа в учреждениях начального профессионального образования позволит охватить профилактическими мероприятиями тех молодых людей, которые в дальнейшем будут уже труднодоступны для профилактических вмешательств.

Таким образом, учащиеся системы начального профессионального об-

разования представляют собой достаточно разнородную социальную группу, и планирование профилактических мероприятий в этой среде должно основываться на результатах анализа ситуации в регионе, городе и конкретном учебном заведении.

Для учащихся системы начального профессионального образования **Санкт-Петербурга** характерны следующие особенности¹⁹. Каждый третий учащийся проживает в неполной семье, каждый пятый - в детском доме (по договору), а практически каждый двадцатый - в сиротском центре.

Более 40% учащихся имеют доход ниже прожиточного минимума.

В статистических данных имеется информация и о состоянии здоровья учащихся: большинство из них квалифицируются как «здоровые».

Наличие подобных данных позволяют сделать предварительные выводы об особенностях данного контингента учащихся на конкретной территории, однако, безусловно, не дает возможности составить определенное представление о знаниях, установках и поведении, непосредственно связанных с риском передачи ВИЧ.

Эти данные были получены в опросном исследовании, проведенном среди учащихся 7 профессиональных училищ и лицеев Санкт-Петербурга в 2007 году²⁰. Несмотря на то, что выборка не являлась репрезентативной для города в целом, данное исследование позволило определить некоторые тенденции, характерные для учащихся профессиональных училищ и лицеев города в сфере поведения, связанного с распространением ВИЧ-инфекции.

¹⁹ Информация предоставлена Комитетом по образованию Администрации Санкт-Петербурга. Статистическая форма «Социальная характеристика обучающихся», на 20 сентября 2005 года

²⁰ Исследование среди учащихся учреждений начального профессионального образования Санкт-Петербурга было проведено в 2007 году в рамках проекта «Создание Советов здоровья на базе учреждений профессионального образования для профилактики ВИЧ среди учащихся, в т.ч. среди представителей социально уязвимых групп населения и выпускников интернатных учреждений», финансируется Агентства США по международному развитию (АМР США) в рамках программы «Помощь детям-сиротам в России», осуществляемой Советом по международным исследованиям и обмену (АЙРЕКС). Исследование проводилось опросным методом. Объем выборки составил 1226 человек.

Как показало исследование, каждое из семи исследованных образовательных учреждений имеет свою специфику по большинству измерявшихся параметров, включая социально-демографический состав учащихся.

Социально-демографические параметры. Учреждения начального профессионального образования значительно различаются по половому составу учащихся: - лишь в одном из обследованных учреждений состав учащихся оказался сбалансирован по полу. В четырех училищах подавляющее большинство учащихся мужского пола (до 100%), в двух других, напротив, среди учащихся значительно больше девушек (87,6% и 74,8%).

Средний возраст учащихся в выборке составил 18 лет. Однако возрастной состав учащихся также существенно различается в зависимости от учреждения: - средний возраст учащихся колеблется по учреждениям от 17 до 19 лет.

Отмечается и специфика учреждений по социальному составу контингента учащихся: - в некоторых училищах и лицеях доля учащихся, воспитываемых вне родительской семьи относительно не велика, - менее 10%, тогда как в других учебных заведениях доля учащихся, воспитываемых в приемной семье, родственниками (включая бабушек и дедушек) и находящихся под опекой не у родственников, доходит до 40,4%. Следует отметить, что чаще всего такие дети находятся в семье дальних родственников (7,3% от всей выборки) или под опекой не у родственников (8,5%).

Каждый пятый учащийся проживает не в семье. В основном (до 50%) это молодые люди и девушки, проживающие в общежитии. Остальные либо проживают самостоятельно, либо в приюте или интернате. Практически всегда учащиеся проживают совместно с кем-то; - сообщили о том, что живут абсолютно одни, менее 1% учащихся.

Чаще всего учащиеся проживают с кем-то из взрослых. От 42,6% до 90,8% всех учащихся проживают вместе с матерью. Значительно реже они проживают вместе с отцом (от 26,1% до 55,0% всех учащихся). В 9,3% случаев отца заменяет отчим, а в 1,8% случаев учащиеся проживают с мачехой.

Часто у учащихся есть проживающие совместно с ними братья (30,4%) и сестры (28,2%). Каждый пятый учащийся проживает с бабушкой, тогда как с дедушкой проживают лишь 6,4% учащихся.

Каждый десятый учащийся системы начального профессионального образования (9,8%) проживает совместно с другом (подругой), а 7,2% учащихся живут совместно с половым партнером. Определенная часть учащейся молодежи ведут совместное хозяйство с супругом (супругой) (состоят в зарегистрированном браке).

Учащиеся в целом позитивно оценивают взаимоотношения, сложившиеся в семье, в которой они проживают и воспитываются. В большинстве случаев эти отношения оцениваются как нейтральные, теплые или же открытые, дружеские.

Во всех обследованных учебных заведениях большинство учащихся оценивают материальное положение своей семьи как «обеспеченность» (88,5%). Сообщили, что материальное положение семьи можно охарактеризовать как «нужда» или «бедность» от 3,1% до 7,0% респондентов, в зависимости от учреждения.

Практически каждый третий учащийся учреждений начального профессионального образования лицеев параллельно с учебной работой.

Самооценка состояния здоровья и личностных особенностей. Учащиеся склонны оценивать свое здоровье (физическое и психическое), способность противостоять жизненным трудностям, контактность и общительность как довольно высокие (2,5-2,7 балла из трех возможных). Это может рассматриваться как важный личностный ресурс при проведении профилактических мероприятий, поскольку свидетельствует о высокой воспринимаемой самоэффективности.

Оценка отношения преподавателей к учащимся. Учащиеся положительно, однако не очень высоко оценивают такие стороны отношения к ним преподавателей, как уважение к учащимся, признание их самостоятельными личностями, стремление помочь учащимся при трудностях в учебе, желание, чтобы учащиеся сформировались как личности, и интерес к учащемуся как к личности. Средняя оценка этих качеств учащимися по семибалльной шкале без нулевого деления колеблется от 4,7 баллов (признание возможности учащихся самим отвечать за организацию своей жизни и учебы) до 5,4 баллов (стремление помочь учащимся при трудностях в учебе) и практически не различается между учебными заведениями. Таким образом, учащиеся считают данные характеристики

отношения к ним преподавателей выражены недостаточно, однако не демонстрируют негативизма по отношению к преподавателям.

Аддиктивное поведение. Среди учащихся широко распространено употребление алкоголя: - практически каждый десятый учащийся употребляет алкогольные напитки ежедневно. Каждый четвертый учащийся употребляет алкоголь несколько раз в неделю. Лишь для 24% учащихся не характерно систематическое употребление алкогольных напитков (не употребляли их в течение месяца, предшествовавшего опросу).

Однако употребление алкоголя учащимися существенно различается в зависимости от конкретного учреждения. Одним из основных факторов, позволяющих предсказать ситуацию с употреблением алкоголя учащимися является половой их состав, поскольку более частое и массивное употребление алкоголя свойственны юношам ($p \leq 0,001$).

Каждый третий учащийся профессиональных лицеев и училищ имеет опыт употребления наркотических веществ. При этом 42% из них систематически употребляли наркотики на момент опроса. Более того, 8% учащихся, имеющих опыт употребления наркотических веществ, употребляют их ежедневно. Несколько раз в неделю употребляли наркотики 11,5% учащихся.

Однако, употребление наркотических веществ учащимися носит, в основном, характер неинъекционного: - пробовали употреблять наркотические вещества инъекционным путем лишь 4% учащихся, имеющих опыт употребления наркотических веществ. Тем не менее, в конкретном учебном заведении доля учащихся, употребляющих наркотические вещества инъекционным путем, может достигать до 2,7%. Другими словами, в этих образовательных учреждениях практически каждый тридцатый учащийся демонстрирует поведение, непосредственно связанное с риском ВИЧ-инфицирования.

Половое поведение. Большинство опрошенных учащихся имеет опыт сексуальных контактов. Живут половой жизнью две трети учащихся. Сопобщили о поцелуях и объятиях 80,1% и 75,1% опрошенных соответственно.

Приведем также данные нашего исследования, проведенного в 2005 году среди молодежи, обучающейся в учреждениях начального профессио-

нального образования и вечерних школах²¹. Большинство из учащихся, живущих половой жизнью, за последний год вступали в сексуальные контакты с несколькими партнерами. Юноши обычно (медианное значение) имели 3-х половых партнеров. При последнем половом контакте около трети подростков (29,0%) не использовали презерватив. В качестве основных причин отказа от использования презерватива назывались (приводится в порядке снижения частоты ответов): «не было под рукой» - 25,6%, «не люблю презервативы» - 22,2%, «не думали, что это необходимо» - 18,8%, «использовал другой способ предохранения» - 16,2%, другие причины – 14,5%, «возражал партнер» - 4,3%, «не пришло в голову» - 2,6%, высокая стоимость презерватива – 0,9%.

Таким образом, для значительной части молодежи отказ от использования презерватива является не столько собственным продуманным решением, сколько обусловлено внешними обстоятельствами.

Использовали презерватив при каждом половом контакте с некоммерческим сексуальным партнером за последний год менее половины учащихся (43,9%).

Большинство учащихся тех учебных заведений, где среди учащихся преобладают лица мужского пола, разделяют мнение о том, что при обоюдной симпатии нет смысла откладывать начало сексуальных отношений. В тех учебных заведениях, где значительную долю учащихся составляют девушки, большинство опрошенных этого мнения не разделяет. Кроме того, в «женских» по составу учащихся учебных заведениях более выражены установки на более позднее начало половой жизни и на сохранение верности половому партнеру. В целом же каждый второй учащийся согласился с утверждением о том, что более позднее начало половой жизни оказывает положительное влияние на здоровье и позволяет лучше подготовиться к будущей взрослой жизни. Считают, что каждый человек обязан сохранять верность своему постоянному сексуальному партнеру 77,0% учащихся. Таким образом, для значительной части учащихся приемлемы такие принципы профилактики ВИЧ и сопутствующих инфекций, как половое воздержание и верность половому партнеру.

²¹ «Поведенческое мониторинговое исследование в группах «риска» по ВИЧ-инфекции: Санкт-Петербург, Оренбург, Иркутск». Реализовано по инициативе и при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию в России USAID, при участии Международной организации по вопросам здоровья семьи ФНИ и ОО социальных проектов «Стеллит». Сбор данных проводился в 2005 году опросным методом. Общий объем обследованной группы (учащихся профессионально-технических училищ, школ-интернатов и вечерних школ) в трех городах составил 3582 человек.

В то же время более половины опрошенных считают, что сексуальное воздержание может повредить здоровью (50,5%). Для некоторой части опрошенных подобная установка, безусловно, может являться фактором, способствующим множественным сексуальным контактам.

При этом у значительной части учащихся не сформирована установка на использование презерватива в качестве средства предохранения от заражения ИППП и нежелательной беременности. Так, менее половины респондентов (45,4%) высказали мнение, что если сексуальные партнеры доверяют друг другу, использование презервативов не является необходимым. Приблизительно столько же опрошенных полагают, что есть много других, помимо использования презерватива, способов уберечься от заражения ИППП. Значительная часть опрошенных (более 60%) считают, что мужчина может уберечь женщину от нежелательной беременности, вообще не используя специальные средства предохранения.

Исследование выявило опасную установку, имеющуюся у значительной доли учащихся, и подразумевающую приемлемость вступления в сексуальные контакты в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. С утверждением «алкоголь и наркотики делают сексуальную жизнь ярче» согласился каждый четвертый из опрошенных учащихся.

Однако учащиеся стремятся к получению дополнительных знаний по вопросам, связанным с сексуальными отношениями. Так, более трех четвертей опрошенных (77,2%) высказали мнение о том, что информирование о вопросах пола и половых отношениях способно уберечь молодежь от опасностей, сопряженных с сексуальной жизнью.

Среди всех опрошенных в нашем мониторинговом исследовании подростков лишь каждый пятый когда-либо в своей жизни проходил тестирование на ВИЧ-инфекцию. При этом далеко не во всех случаях учащиеся узнавали о результатах тестирования.

Социальная дистанция относительно ВИЧ-позитивных людей. Подавляющее большинство учащихся (88,4%) считает проблему ВИЧ/СПИД актуальной для здоровья российской молодежи. Около 20% опрошенных сообщили, что лично знакомы с человеком, зараженным ВИЧ. В некоторых образовательных учреждениях с ВИЧ-позитивным человеком знаком даже каждый третий учащийся. При этом для половины опро-

шенных, сообщивших, что они знакомы с ВИЧ-инфицированным, он является близким другом, а для 10,7% - близким родственником.

Таким образом, проблема ВИЧ действительно является актуальной для учащихся ПУ и лицеев, и более того, актуальность данной проблемы учащимися вполне осознается.

Уровень толерантности по отношению к ВИЧ-позитивным людям. Несмотря на значительную степень знакомства с проблемой ВИЧ и конкретными случаями заболевания, уровень принятия ВИЧ-инфицированных среди учащейся молодежи достаточно низок: только каждый третий опрошенный сообщил, что он был бы готов предоставить домашний уход ВИЧ-инфицированному родственнику, и столько же респондентов считают возможным разрешить ВИЧ-инфицированному преподавателю продолжать свою работу. Лишь каждый пятый учащийся считает для себя возможным принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным человеком, и лишь каждый десятый – покупать продукты или питаться в кафе, хозяин которого ВИЧ-инфицирован.

Также каждый третий опрошенный сообщил, что определенно испытывал бы дискомфорт при общении с ВИЧ-инфицированным товарищем по учебной группе или преподавателем.

Более половины (55,4%) опрошенных сообщили, что сохранили бы в тайне от друзей и знакомых информацию о положительном ВИЧ-статусе своего родственника.

Только 41,3% участников исследования считают возможным продолжение обучения для ВИЧ-инфицированного студента.

Следует также отметить, что вопросы, касающийся отношения к ВИЧ-инфицированным людям, у значительной части опрошенных вызвал трудности при ответе: доля респондентов, затруднившихся ответить на тот или иной вопрос, доходит здесь до 44,6%. Это свидетельствует о несформированности мнений учащихся относительно данной проблемы и показывает необходимость проведения мероприятий по формированию толерантного отношения к людям, инфицированным ВИЧ.

Общий показатель толерантности опрошенных к ВИЧ-инфицированным людям, рассчитанный на основании всех вопросов данной тематики, го-

ворит о выраженном отторжении учащимися этой группы населения. В различных учебных заведениях значение показателя, измеренного в шкале с размахом от -16 до $+16$ баллов/, колеблется от $-3,5$ балла до $-1,2$ балла/.

Знания о ВИЧ/СПИД. Подавляющее большинство опрошенных знает о том, что ВИЧ может передаваться через инъекции уже использованной кем-то иглой (95,3%), от матери к ребенку во время беременности (90,5%), а так же через грудное вскармливание (70,4%). На вопрос о возможности передачи ВИЧ через грудное молоко правильно отвечали от 60,9% до 81,6% учащихся.

Тем не менее, среди учащихся широко распространены заблуждения относительно путей передачи ВИЧ. Так, каждый третий опрошенный считает, что ВИЧ можно заразиться через укус комара. Также треть опрошенных считает, что заражение может произойти через совместный прием пищи или при пользовании общей посудой. Каждый десятый учащийся полагает, что ВИЧ можно заразиться через рукопожатие с ВИЧ-инфицированным человеком. При этом, по мнению 7,5% респондентов, невозможно заболеть СПИД, никогда не употребляя наркотических веществ.

У части респондентов сложилось предвзятое мнение относительно людей, живущих с ВИЧ. Многие из опрошенных (41,9%) считают, что ВИЧ-позитивные люди не могут долгое время сохранять физическую и умственную работоспособность. Каждый второй опрошенный думает, что большинство ВИЧ-инфицированных употребляли или употребляют инъекционные наркотики. Каждый же пятый респондент (17,2%) полагает, что носителями ВИЧ бывают исключительно наркопотребители или гомосексуалисты. Определенная часть учащихся (7,7%) считают, что ВИЧ-инфицированный человек не может внешне выглядеть здоровым.

Такие превентивные стратегии как правильное и постоянное использование презерватива, наличие только одного постоянного сексуального партнера и половое воздержание признают эффективными соответственно 82,2%, 60,7% и 47,8% опрошенных.

Наиболее сложно респондентам было отвечать на вопросы о возможности передачи ВИЧ новорожденному через грудное молоко матери и

о том, может ли внешне выглядящий здоровым человек являться ВИЧ-инфицированным: – на эти вопросы затруднились ответить более четверти опрошенных (26,4% и 26,5% соответственно). Можно полагать, что соответствующую информацию учащиеся ранее просто не получили.

Итоговое значение индекса знаний о ВИЧ, рассчитанного на основании 13 вопросов, для всей выборки составило 6,0 баллов (при возможном максимальном значении $+13/$ и минимальном $-13/$).

Получение дополнительных знаний о ВИЧ/СПИД. Лишь каждый второй из опрошенных учащихся считает, что ему необходимы дополнительные знания о ВИЧ/СПИД. При этом установки учащихся различных учреждений к обучению по тематике ВИЧ значительно различаются между собой: - в некоторых учреждениях доля учащихся, заинтересованных в получении новых знаний о ВИЧ, не превышает $1/3$.

Учащимся легче всего обсуждать проблему ВИЧ, по шкале от $-2/$ – очень трудно до $+2/$ – очень легко, со сверстниками своего пола ($M=1$). Несколько сложнее для молодежи обсуждение подобного вопроса со сверстниками противоположного пола ($M=0,7$), психологом ($M=0,7$), медсестрой или врачом медпункта ($M=0,6$) и специально приглашенными специалистами ($M=0,6$). Еще сложнее учащимся говорить о ВИЧ с такими сотрудниками учреждения, как преподаватели ($M=0,1$), мастера (классные воспитатели) ($M=0,1$) и социальные педагоги ($M=0,2$), хотя и в данном случае средние оценки не выходят за пределы положительных значений. В семье опрошенным несколько легче обсуждать данную тему с родителями или лицами, их заменяющими ($M=0,3$), чем с другими родственниками ($M=0,05$). Обсуждение вопросов ВИЧ с представителями администрации образовательного учреждения представляется опрошенным наименее возможным (среднее значение показателя составило $-0,09$ балла). Следует отметить, что выявленные предпочтения характерны для учащихся всех учебных заведений, принимавших участие в проекте.

До проведения профилактической программы учащиеся чаще предпочитали получение информации о ВИЧ на лекционном занятии (68,0%). Также для значительной части респондентов привлекательными представлялись беседа со специалистом (50,0%) и посещение профильной организации (34,7%). Такие активные формы обучения как тематические игры или дискуссия вызывали у учащихся наименее позитивное отноше-

ние,- хотели бы получать информацию о ВИЧ в такой форме только 11,4% и 11,6% опрошенных соответственно. Возможно, такие низкие показатели обусловлены негативным опытом участия в подобных мероприятиях в прошлом. Следует отметить, что после проведения профилактической программы настороженность учащихся по отношению к данным методам работы заметно снизилась – каждый пятый учащийся сообщил, что предпочел бы получать информацию о ВИЧ в одной из таких форм (21,8% и 19,7% соответственно).

Таким образом, говоря об особенностях учащихся системы среднего профессионального образования как объекта профилактических воздействий, следует отметить здесь следующие особенности:

1. Учреждения системы начального профессионального образования не являются однородной группой: они отличаются между собой по соотношению учащихся мужского и женского пола, возрасту учащихся, их социальным характеристикам. Соответственно различается и распространённость рискованного поведения в сфере ВИЧ. Таким образом, профилактические программы следует адаптировать к ситуации в каждом конкретном учреждении.
2. Часть образовательных учреждений характеризуются высокой долей учащихся, воспитывающихся вне родительской семьи. Поэтому для значительной части учащихся тема детей и родителей, семейных отношений является достаточно болезненной и может вызывать негативную реакцию. Эту особенность контингента следует учитывать при формировании методических материалов для профилактической работы, подготовке кадров и привлечении внешних специалистов.
3. Практически каждый третий учащийся работает. Поэтому при планировании профилактической работы необходимо учитывать ограниченные возможности учащихся для занятости в каких-либо мероприятиях в учебное время.
4. Учащиеся в основном высоко оценивают состояние своего здоровья и свои личностные качества, что может быть использовано как личностный ресурс самоэффективности при проведении профилактической кампании.
5. Учащиеся оценивают отношение к ним преподавателей учебного заведения относительно не высоко. Отсюда вытекает необходимость включения в содержание профилактической кампании специализированных мероприятий, направленных на улучшение взаимодействия между учащимися и сотрудниками образовательного учреждения.

6. Среди учащихся распространено употребление алкогольных напитков – каждый третий опрошенный употребляет алкоголь несколько раз в неделю или ежедневно. Наркоситуация разнится по образовательным учреждениям – от 24,8% до 44,0% учащихся имеют опыт употребления наркотических веществ, для 8% - 22,7% учащихся характерно актуальное наркопотребление. Опыт употребления наркотических веществ инъекционным путем имеют до 2,7% учащихся. Таким образом, параллельно с профилактической работой по тематике ВИЧ в учреждениях начального профессионального образования следует вести работу, направленную на первичную и вторичную профилактику алкоголизации и наркотизации.

7. Две трети учащихся имеют опыт половых контактов. Установки относительно сексуальных отношений в значительной мере разнятся в отдельных образовательных учреждениях в зависимости от преобладания среди учащихся юношей или девушек. У значительной части учащихся (45%-65%) не сформирована установка на использование презерватива в качестве средства защиты от ИППП и способа предохранения от нежелательной беременности.

8. Каждый пятый учащийся знаком с человеком, имеющим ВИЧ-позитивный статус. При этом для определенной части из них ВИЧ-инфицированный является близким другом или родственником. Таким образом, проблема ВИЧ действительно является актуальной для учащихся.

9. Учащиеся демонстрируют невысокий уровень толерантности к людям, живущим с ВИЧ. Отсюда повышение уровня толерантности должно являться одной из основных целей профилактической работы.

10. Уровень информированности учащихся о проблеме ВИЧ можно оценить как средний. Наряду с относительно высокой осведомленностью о некоторых путях передачи ВИЧ, часть учащихся демонстрирует неадекватную оценку возможности передачи ВИЧ другими путями, а также низкую осведомленность о способах предотвращения инфицирования ВИЧ.

11. В получении дополнительных знаний о ВИЧ заинтересованы около половины учащихся. Проблему ВИЧ учащимся легче всего обсуждать со сверстниками, прежде всего, своего пола, психологом и медицинскими работниками, а сложнее всего – с администрацией образовательного учреждения. Наиболее предпочитаемой учащимися формой получения знаний о ВИЧ являются лекционные занятия, однако тематическая игра или тематическая дискуссия также могут вызвать у них значительный интерес.

Литература

1. Бандурка А.М., Бочарова С.П., Землянская Е.В. Психология управления. – Харьков, 1998. – 464 стр.
2. Большаков А.С. Менеджмент: Золотые алгоритмы. – СПб.: Издательский Дом «Литера», 2001. – 176 стр.
3. Гибсон Дж.Л., Иванцевич Д.М., Донелли Д.Х. – мл. Организации: поведение, структура, процессы: пер. с англ. – 8-е изд. – М.: ИНФРА-М, 2000, - 660 стр.
4. Научно-методические основы территориального мониторинга нарко-ситуации: Методическое пособие. — 2-е изд., доп. — СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2006. — 175 с.
5. О'Шоннеси Дж. Принципы организации управления фирмой, М.,1999 – 296 стр.
6. Распоряжение комитета по образованию правительства Санкт-Петербурга от 20 декабря 2005 года n 975-р об утверждении приоритетных направлений развития системы начального профессионального образования Санкт-Петербурга на 2005-2010 годы
7. Свенцицкий А.А. Социальная психология: учебник, Проспект, 2005, - 336 стр.
8. Стратегии учреждений профессионального образования: проблемы качества. Информационный бюллетень. – М.: ГУ – ВШЭ, 2006. – 96с.
9. Dignan, Mark B., Carr Patricia A. Program planning for health education and promotion, Lea and Febiger, -2nd ed., 1992, - 176 p.
10. Ewles L., Simnett I. Promoting Health. A Practical Guide. Bailliere Tindall, 2003, - 348 p.
11. Gilmore, G.D., Campbell, M.D. and Becker B. Needs Assessment Strategies for health education and health promotion. Indianapolis. Benchmark Press, 1989.
12. Gustafson, David H. Systems to support health policy analysis: theory, models, and uses, Health Administration Press, 1992, - 431 p.
13. Jonas, Steven. Talking about health and wellness with patients: integrating health promotion and disease prevention into your practice. – Springer

Publishing Company, Inc., New York, 2000. – 144 p.

14. Marshall W. Kreuter. Community health promotion ideas that work, Jones and Bartlett Publishers, - 2nd ed., 2003 - 224 p.

15. McMillan, D.W., Chavis, D.M. Sense of community: A definition and theory. // Journal of community psychology. 14:1, 1986.

16. Program planning for health education and promotion / Dignan, M.B. Carr, P.A. – 2nd ed. 1992. – 176 p.

17. Siegel, L.M. Attkisson, C.C. and Carson L.G. Need identification and program planning in the community context. / Evaluation of Human service programs. New York, Academic Press, 1978.

18. Social influence: direct and indirect processes/ edited by Joseph P.Forgas and Kipling D.Williams, Edward Brothers, Lillington, NC, 2001, - 367 p.

19. The Logical Framework Approach (LFA). Handbook for objectives-oriented planning, 4th ed. 1999, NORAD

20. Treger Matt, Spector Alan, Milgram Lynne. Managing Smart: 325 High-performance Tips Every Manager Must Know, Gulf Professional Publishing, 1999, - 410 p.

4. Мониторинг распространения ВИЧ-инфекции среди учащихся системы начального профессионального образования

Понятия «мониторинг и оценка» (МиО) в контексте противодействия распространению ВИЧ имеют определенное специальное значение.

Основным документом, определяющим политику противодействия распространению ВИЧ на глобальном уровне, является Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД, принятая в 2001 г. на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН. Декларация о приверженности является консенсусом 189 государств мира относительно базовых принципов противодействия и остановки эпидемии ВИЧ/СПИД к 2015 году.

Профилактика, согласно Декларации, является одной из основных ответных мер в ответ на эпидемию в мире. При этом группа подростков и молодежи от 15 до 24 лет является фокусной для профилактических воздействий. Базовыми показателями работы с этой группой и, как следствие, эффективности противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД, является доступ к информации, образованию (в т.ч. по принципу «равный – равному»), а также к услугам по развитию жизненных навыков (ст. 53 Декларации).

Существует три категории ключевых показателей:

- ▶ приверженность и действия (политика, стратегия, финансовый вклад);
- ▶ знания и поведение (знания о путях передачи ВИЧ, возраст начала половой жизни и т.д.);
- ▶ воздействие программ (насколько программы помогли снизить уровень инфицирования ВИЧ и последствия ВИЧ/СПИД).

Приверженность делу борьбы с ВИЧ/СПИД определяется на основании целевой деятельности по достижению ключевых показателей эффективности, представляемой в отчете по стране (раз в два года).

Данные этих трех групп показателей для отчетности Российской Федерации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД собираются на государственном уровне. Однако для расчета национальных индикаторов необходимо предварительное обобщение соответствующих данных на уровне регионов, а также отдельных проектов и программ.

В общей структуре МиО выделяются следующие взаимосвязанные составляющие:

- ▶ мониторинг и оценка ситуации,
- ▶ мониторинг и оценка программ.

Мониторинговые показатели вклада и процесса сопоставляют с планом программы или проекта, что позволяет сделать заключение о том, насколько своевременно и в достаточном объеме выполняются запланированные вмешательства. При разработке и планировании действий по профилактике ВИЧ/ СПИД на основе изучения тенденций и предыдущего опыта рассчитываются установочные индикаторы, отражающие изменения ситуации, в частности, поведенческие. Мониторинг этих индикаторов, одновременно являющихся оценочными индикаторами для программ и проектов, позволяет давать текущую оценку не только выполнения планов, но и результативности действий по изменению ситуации. Такой подход, объединяющий оценку плана выполнения программы, оценку ее эффективности и, как результат, изменение эпидемиологической ситуации, позволяет оценить меры противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД на региональном и национальном уровне комплексно.

Концепция МиО в области ВИЧ/СПИД на программном или региональном уровне не отличается от системы МиО на национальном уровне, и описывается следующей схемой.

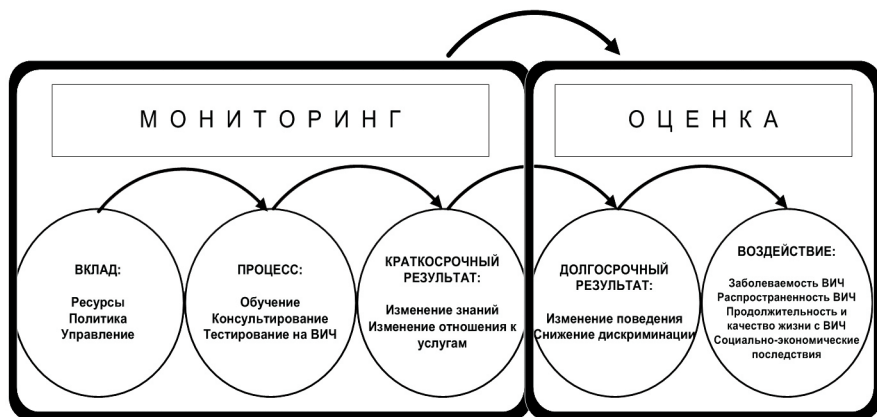


Рис. 11. Схема мониторинга и оценки в области ВИЧ/СПИД

Для того, чтобы проект или программа достигли своих целей, необходимы некие вложенные средства (или вклад - input) – материально-технические, человеческие, финансовые ресурсы, наличие определенной стратегии и нормативно-правовой базы, а также современные технологии. Например, информационные или консультационные услуги включаются в процесс (process) осуществления программы или проекта. Процесс выражается в количестве обученного персонала, оказанных диагностических, консультативных, информационных услуг, а также в показателях качества этих услуг. В случае эффективного использования вложенных ресурсов и обеспечении необходимого уровня осуществления процесса достигаются краткосрочные результаты (output). Они отражают изменение знаний целевой группы (молодежи в целом, представителей групп «риска», а также профессионалов в области ВИЧ/СПИД) в отношении здорового поведения, охвата услугам профилактики и доступа к ним целевых групп. Достижение этих краткосрочных результатов будет являться предпосылкой к изменению поведения как фактора риска заражения ВИЧ.

Если результаты оказывают ожидаемое влияние на целевые группы населения, то такая программа или проект, скорее всего, будет иметь и долгосрочные результаты (outcome). К таким результатам относятся изменение характеристик употребления наркотиков инъекционным путем, формирование здорового сексуального поведения, а также изменение отношения общества к ВИЧ-позитивным.

Положительные долгосрочные результаты должны привести к еще более долгосрочному воздействию (impact) программы. Воздействие выражается в статистических показателях течения эпидемии, таких как снижение: числа вновь ВИЧ-инфицированных, распространенности ВИЧ/СПИД, заболеваемости ИППП и наркоманией, экономического ущерба от эпидемии.

При реализации проектов и программ для каждой входящей в них задачи определяются индикаторы вклада, процесса, краткосрочного результата, долгосрочного результата и воздействия.

Индикаторы вклада в зависимости от источника финансирования программы, которые они отражают, делятся на 2 группы:

- ▶ собственные ресурсы;
- ▶ привлеченные ресурсы, поступившие в рамках государственных и международных проектов, от частных лиц и т.д.

И те, и другие, в свою очередь, описывают:

- ▶ Материально-техническую базу (помещения, оборудование, транспорт).
- ▶ Кадровый потенциал (количество и профессиональный уровень специалистов, наличие и квалификация экспертов).
- ▶ Количество имеющихся/полученных презервативов и других средств профилактики.
- ▶ Информационные ресурсы, в том числе информационная база и статистические программы.
- ▶ Информационно-методические материалы (тираж и качество).
- ▶ Финансовые ресурсы.

Важными являются также такие индикаторы, как наличие/отсутствие согласованной стратегии и нормативно-законодательной базы; социально-статусная позиция ключевых фигур проекта; наличие/отсутствие взаимодействия секторов, ведомств, правительственных и неправительственных организаций, выраженное и закрепленное в меморандумах или соглашениях, а также доступ ключевых фигур к средствам массовой информации.

В зависимости от конкретных задач проекта эти индикаторы могут дополняться.

Источники данных для построения индикаторов вклада – это отчеты учреждений, доноров, а также материалы интервью с ключевыми фигурами. При этом количественные индикаторы собираются постоянно, а качественные – по необходимости (обычно ежегодно).

Индикаторы процесса фиксируют достижение поставленных целей на уровне конкретных мероприятий. Здесь имеет значение не только абсолютные величины индикаторов, но и их соотношение с запланированными показателями.

Основными индикаторами процесса являются следующие:

- ▶ Количество проведенных тренингов по различным темам (репродуктивного здоровья, пропаганды здорового образа жизни и пр.), их тематика и уровень, а также суммарное количество учебных часов.
- ▶ Число обученных специалистов из различных учреждений.

- ▶ Процент охвата ключевых организаций как показатель накопления «критической массы» знания о современных технологиях работы.
- ▶ Число совместных встреч, на которых рассматривались вопросы профилактики ВИЧ/СПИД, и характер вопросов, обсуждавшихся на встречах и совещаниях.
- ▶ Количество информационных кампаний в средствах массовой информации, а также других пропагандистских мероприятий.
- ▶ Количество и качество информационных материалов профилактической тематики.
- ▶ Число оказанных услуг: - информационных, медицинских, консультативных.
- ▶ Число услуг, оказанных по модели «равный - равному».

Используются также и качественные индикаторы, такие как оценка самими участниками проведенного тренинга, особенно с точек зрения соответствия местным условиям и новизны материала.

Источниками сбора информации являются отчеты учреждений, доноров, материалы интервью с ключевыми фигурами, результаты опросов молодежи. Рекомендуемая частота сбора данных – ежеквартально

Индикаторы краткосрочного результата отражают то, в какой степени вмешательство оказалось результативным и достигло целевой группы. Эти индикаторы включают в себя:

- ▶ изменение знаний относительно путей передачи и профилактики ВИЧ/СПИД,
- ▶ охват различного рода услугами по профилактике ВИЧ/СПИД, доступность и востребованность услуг, приверженность к ним целевой группы, удовлетворенность качеством услуг.

Согласно задачам проекта/программы, индикатор может рассчитываться как для молодежи в целом, так и для отдельных целевых групп, например, учащихся системы профессионального образования, клиентов бирж труда, лиц, освободившихся из учреждений исправительной системы, молодых лиц, практикующих рискованное поведение.

Конкретными индикаторами здесь выступают:

- ▶ Число молодых лиц в возрасте 15–24 лет, правильно ответив-

ших на вопросы о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики как индикатор, характеризующий доступ молодежи к информационным услугам и степень достижения соответствующей информации целевой группы. Данный индикатор может рассчитываться отдельно для различных возрастных подгрупп, полов, а также для городского и сельского населения или каких-то других групп молодежи в зависимости от задач конкретных программ.

▶ Число лиц, изменивших отношение к проблеме в рамках проекта, что выразилось в новых принятых ими решениях. Данный индикатор важен, в основном, для руководителей и лиц, принимающих решения, которые определяют стратегию в области профилактики.

▶ Индикаторы, характеризующие осведомленность молодежи об услугах и ее приверженность к этим услугам:

▶ Число молодых лиц, пользующихся услугами клиник, дружественных к молодежи, низкопороговых пунктов оказания услуг (пунктов, максимально доступных для «скрытых» и труднодоступных групп), информационно-консультативных центров;

▶ Число лиц, получивших презервативы и другие средства защиты от заражения, предоставляемые проектом или программой, а также число лиц, повторно обратившихся в клиники, дружественные к молодежи.

В эту группу индикаторов также включен следующий:

▶ Число специалистов из числа обученных, применяющих новые технологии в работе на протяжении определенного периода времени после обучения.

Источники информации – это данные выборочного опроса по структурированному вопроснику и качественные исследования с применением опросного метода: - фокус-группы, полуструктурированные интервью с руководителями учреждений образования и здравоохранения, молодежных центров.

Следует подчеркнуть, что сбор информации для расчета показателей краткосрочного результата, как правило, требует проведения специальных и требующих дополнительных временных, человеческих и финансовых ресурсов выборочных исследований целевой группы. Эти затраты обязательно следует предусматривать при планировании вмешательств, поскольку именно данные индикаторы отражают достижение конкрет-

ными мероприятиями конечных задач программы, и именно они показывают, насколько способствовала программа изменению поведения группы риска или населения в целом.

Частота сбора информации здесь—один раз в год, однако, периодичность может меняться, чаще в сторону уменьшения срока, в зависимости от конкретных задач программы.

Индикаторы долгосрочного результата используются на том основании, что, согласно концепции МиО, при эффективном использовании ресурсов и улучшении доступа к различного рода специализированным услугам изменяются знания о путях передачи и профилактике ВИЧ/СПИД и здоровом поведении в целом. Изменение знаний должно привести к изменению поведения и, соответственно, связанного с ним риска заражения ВИЧ.

К индикаторам поведения отнесены, в частности, следующие.

- ▶ Индикаторы, отражающие обычное сексуальное поведение, такие, например, как количество молодых людей, указывающих на использование презерватива при половых контактах с нерегулярным половым партнером.
- ▶ Время первого сексуального контакта, число партнеров.
- ▶ Индикаторы, отражающие практику инъекционного использования наркотиков, такие, как совместное использование оснащения для инъекций.
- ▶ Другие индикаторы, отражающие практику рискованного поведения (инициация наркопотребления, тип наркотика, покупка готового раствора опьяняющего препарата, число партнеров по совместному использованию инструментария).

Источником информации здесь являются данные социально-поведенческого исследования, включая качественные - фокус-группы, интервью с руководителями учреждений образования и здравоохранения, молодежных центров, другими лицами. Предполагается, что на основе анализа первичных данных у руководителей в сфере профилактики формируется определенная оценка тенденций в изменении поведения молодежи, которая может быть полезна для оценке долгосрочного результата.

Аналогично индикаторам, отражающим знания и отношения (промежуточного результата), сбор информации для расчета показателей конечного результата также требует проведения достаточно затратных по времени, человеческим, финансовым и другим ресурсам выборочных исследований целевой группы. Однако без этих индикаторов нельзя сделать обоснованные выводы о действенности и эффективности вмешательства.

Рекомендуемая частота сбора данного вида информации - 1 раз в 1–2 года.

Индикаторы воздействия профилактических программ в области ВИЧ/СПИД являются эпидемиологическими показателями, отражающими тенденции распространения эпидемии ВИЧ, а также наркомании и ИППП. К ним, прежде всего, относится число новых случаев ВИЧ среди молодежи, распределенное по половым и возрастным подгруппам.

В состав этих индикаторов также включены продолжительность и качество жизни людей с ВИЧ/СПИД и индикаторы, характеризующие социально-экономический ущерб от эпидемии. Названные индикаторы требуют специальных подходов к своему анализу. Как правило, их невозможно оценить в рамках отдельных программ по борьбе с ВИЧ/СПИД, так как они требуют углубленных и крупномасштабных, а следовательно, и высоко затратных исследований.

Конкретными индикаторами, применяемыми для оценки программ профилактики ВИЧ среди учащихся системы начального и среднего профессионального образования являются следующие.

► *Молодые люди: знания относительно профилактики ВИЧ*

Эпидемия ВИЧ распространяется, главным образом, в результате передачи инфекции половым путем среди молодых людей. Наличие правильных знаний относительно ВИЧ/СПИД является важнейшей, хотя зачастую и недостаточной, предпосылкой для усвоения поведения, снижающего риск передачи ВИЧ.

Показатель: процент молодых людей возраста 15-24 лет, которые правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем, и в то же время правильно идентифицировали основные неверные представления о передаче ВИЧ.

ЦЕЛЬ	Оценка выполнения задач по обеспечению широких знаний о передаче ВИЧ-инфекции
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЗАДАЧИ	2005 г. – 90% 2010 г. – 95%
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОЦЕНКИ	Предпочтительно: раз в два года Минимум: каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (среди молодежи), таких как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО), надзорное обследование поведения (НОП).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Данный показатель рассчитывается на основе ответов на следующий ряд вопросов с подсказками.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером? 2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы? 3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ? 4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара? 5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным? <p>Числитель: Число респондентов (15-24 лет), которые дали правильные ответы на все пять вопросов.</p> <p>Знаменатель: Число респондентов (15-24 лет), которые дали ответы (в том числе «не знаю») на все пять вопросов.</p> <p>Лица, которые никогда не слышали о ВИЧ/СПИД, должны быть исключены из числителя, но включены в знаменатель.</p> <p>Значение для данного показателя необходимо рассчитывать для всех респондентов группы 15-24 лет, а также для мужчин и женщин раздельно, причем каждую группу необходимо показать с «разбивкой» на городское/сельское население.</p> <p>Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).</p>

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

► Мнение о том, что здоровый на вид человек не может быть инфицирован ВИЧ, является широко распространенным, но неправильным, что может привести к незащищенным половым контактам с инфицированными партнерами.

► В равной мере важно знать как истинные пути передачи ВИЧ, так и понимать, какие представления о передаче ВИЧ-инфекции являются неверными. Например, представление о том, что ВИЧ может якобы передаваться через укус комара, может снизить мотивацию для усвоения безопасного сексуального поведения, в то время как представление о том, что ВИЧ якобы может передаваться при совместном приеме пищи способствует стигматизации людей, живущих со СПИД.

► Этот показатель имеет особое значение в тех странах, где уровень знаний о ВИЧ/СПИД является низким, поскольку позволяет легко определить, как повышается в стране уровень знаний с течением времени. Однако этот показатель играет важную роль и в других странах, поскольку его можно использовать для обеспечения поддержания уже существующего высокого уровня знаний.

► Сексуальные контакты в возрасте до 15-и лет

Во многих странах поставлена задача увеличения возраста начала половой жизни, и исключения половой жизни до начала брака как способа снижения потенциального риска заражения ВИЧ. Кроме того, имеются данные, указывающие на то, что более позднее начало половой жизни уменьшает восприимчивость к инфекции при половом акте, по крайней мере, у женщин.

Показатель: процент молодых женщин и мужчин, у которых имелись половые контакты в возрасте до 15-и лет.

ЦЕЛЬ	Оценка выполнения задачи увеличения возраста начала половой жизни мужчин и женщин в возрасте 15-24 лет
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОЦЕНКИ	Каждые 4–5 лет

ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (среди молодежи), таких как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), кластерные обследования на основе мультиндикаторного метода (КМИО), надзорное обследование поведения (НОП)
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>При проведении обследований домохозяйств или специальных обследований молодежи, всем респондентам задается вопрос о том, имелись ли у них проникающие сексуальные контакты, и, если да, то указать, в каком возрасте у них был первый такой половой контакт.</p> <p>Данный процентный показатель необходимо представить раздельно для мужчин и женщин с «разбивкой» по месту проживания (городское/сельское население) и по возрастным группам (15-19 лет и 20 лет -24 года).</p> <p>Числитель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15-и лет.</p> <p>Знаменатель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет.</p>

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

► В странах с небольшим числом молодых людей, которые имели проникающие половые контакты в возрасте до 15 лет, имеется возможность использования альтернативного показателя: «Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 18-и лет».

► Преимущество использования показателя, отражающего возраст начала половой жизни в абсолютных цифрах, по сравнению с медианным возрастом начала половой жизни, рассматриваемым далее, заключается в том, что расчет его прост и позволяет проводить сравнение во времени. Прост в определении и знаменатель данного показателя, поскольку в оценку включаются все члены обследованной выборки.

► Основная сложность использования данного показателя заключается в том, что его изменения за короткий период времени не позволяют делать однозначные выводы. Причина здесь в том, что на величину знаменателя влияет значение только для самой этой группы, т.е. для лиц, чей возраст был меньше 15-и лет в начале того периода времени, для которого оцениваются тренды. Если показатель оценивается каж-

дые два-три года, то лучше сконцентрировать внимание на изменениях уровней его значения в возрастной группе 15-17 лет. Если же показатель оценивается каждые пять лет, следует анализировать изменения его уровня в возрастной группе 15-19 лет.

В странах, где программы профилактики ВИЧ направлены на поощрение более позднего начала половой жизни или сохранение девственности, ответы молодежи на данный анкетный вопрос могут быть намеренно искажены, особенно в отношении указания возраста начала половой жизни.

► *Медианный возраст начала половой жизни*

ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОЦЕНКИ	Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (ЮНЭЙДС/МОИР (2000 г.) Национальная программа по СПИДу: руководство по мониторингу и оценке; BMJ Journals Sexually transmitted infections (December 2004 Volume 80 Suppl II) Measurement of sexual behaviour, pages 28-35).

► *Секс повышенного риска среди молодых женщин и мужчин*

Распространение ВИЧ в существенной мере зависит от распространенности незащищенных сексуальных контактов среди лиц, имеющих большое число партнеров. Партнеры, которые не живут вместе, – это лица, которые, скорее всего, в течение года имеют и других партнеров. Такие партнерские сексуальные отношения представляют, по сравнению с устойчивыми парными партнерскими отношениями, повышенный риск передачи ВИЧ.

Показатель: процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или постоянного сожительства в течение последних 12 месяцев

ЦЕЛЬ	Оценка результативности применения мер для снижения доли молодых людей возраста 15-24 лет, вступающих в сексуальные отношения повышенного риска.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОЦЕНКИ	Каждые 4–5 лет
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОЦЕНКИ	Проведение обследований среди населения (среди молодежи), таких как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО), надзорное обследование поведения (НОП).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают вопрос о том, состоят ли они в браке, а также о последних трех сексуальных партнерах в течение 12-и предшествующих опросу месяцев. Для каждого партнера фиксируются данные о его статусе сожительства, а также о длительности отношений сожительства, использовании презервативом и аспектах поведения риска.</p> <p>Числитель: Число респондентов в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства в течение последних 12-и месяцев.</p> <p>Знаменатель: Число респондентов (15-24 лет), которые указали на наличие половых контактов за последние 12 месяцев.</p>

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

► Данный показатель позволяет охарактеризовать уровень распространения сексуальных контактов повышенного риска. Так, если люди прекратят половые контакты со всеми своими партнерами вне постоянного сожительства, это изменение будет отражено в изменениях данного показателя. Однако если люди просто уменьшат число своих партнеров вне постоянного сожительства, например, с семи до одного, данный показатель не покажет изменения, в том случае, хотя такое сокращение потенциально может оказать значительное воздействие на распространение эпидемии ВИЧ и должно рассматриваться как успех программы.

► *Молодые люди: использование презервативов при контактах с непостоянными партнерами*

Постоянное и правильное использование презервативов при контактах с непостоянными партнерами существенно снижает риск передачи ВИЧ половым путем. Этот фактор имеет особое значение для молодежной группы, где зачастую отмечаются самые высокие темпы распространения ВИЧ. Причина здесь заключается в том, что в силу возраста они еще мало сталкивались с риском инфицирования ВИЧ, и в то же время они обычно имеют относительно больше количество непостоянных сексуальных партнеров. Регулярное использование презерватива во время контактов с непостоянными половыми партнерами важно даже в тех странах, где распространенность ВИЧ является низкой, поскольку такое использование способно предотвратить распространение ВИЧ в условиях, когда наличие непостоянных половых партнеров общепринято. Использование презервативов – это только одна из мер защиты от ВИЧ/СПИД. Не меньшее значение имеет начало половой жизни в более позднем возрасте, уменьшение числа непостоянных половых партнеров и сохранение верности одному неинфицированному партнеру. Показатель: процент молодых людей в возрасте 15-24 лет, указавших на использование презерватива во время половых контактов с нерегулярным половым партнером

ЦЕЛЬ	Оценка результатов применения мер, направленных на предупреждение риска заражения ВИЧ в раннем возрасте через незащищенные половые контакты с непостоянными партнерами
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ПЕРИОДИЧНОСТЬ ОЦЕНКИ	Предпочтительно: раз в два года Минимум: каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (среди молодежи), таких как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО), надзорное обследование поведения (НОП).

<p>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</p>	<p>Респондентам в возрасте 15-24 лет, участвующим в обследовании, задают вопрос о том, имели они уже половые контакты (эту же информацию можно получить из ответов на вопрос о возрасте начала половой жизни). Далее тем респондентам, которые указали на наличие половых контактов, независимо от того, состоят они в браке или нет, задают следующие вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Были ли у Вас за последние 12 месяцев сексуальные контакты с непостоянным партнером, который не является Вашим супругом или лицом, с которым Вы постоянно проживали? 2. Если ответ на вопрос 1 утвердителен («да»): Укажите количество Ваших непостоянных партнеров за последние 12 месяцев? 3. Если ответ на вопрос 1 утвердителен («да»): Пользовались ли Вы или Ваш партнер презервативом при последнем половом контакте с Вашим последним непостоянным партнером? <p>Числитель: Число респондентов возраста 15 лет -24 года, которые указали на наличие у них непостоянного, т.е., вне брака или постоянного сожительства, сексуального партнера за последние 12 месяцев, а также на то, что во время последнего контакта с этим партнером они пользовались презервативом.</p> <p>Знаменатель: Число респондентов возраста 15 лет -24 года, которые указали на наличие у них непостоянного сексуального партнера за последние 12 месяцев.</p> <p>Значения для данного показателя необходимо получить для всей группы респондентов возраста 15 лет -24 года, а также для мужчин и женщин отдельно, причем каждую группу необходимо показать с «разбивкой» на городское/сельское население.</p> <p>Следует указать процент молодых людей, которые сообщили, что у них уже были половые контакты, и процент молодых людей, у которых был непостоянный сексуальный партнер в течение последних 12-и месяцев.</p>
------------------------	---

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

► Данный показатель отражает то, в какой мере молодые люди, имеющие непостоянных половых партнеров, пользуются презервативами. Конкретное значение данного показателя будет зависеть от степени распространенности подобных контактов в молодежной группе. Таким

образом, оценивая данные, показывающие процент молодых людей, которые уже ведут половую жизнь, и долю среди них тех, у которых был непостоянный партнер за последний год, выявленные уровни и тренды следует интерпретировать достаточно осторожно.

► Максимальный защитный эффект от использования презервативов при непостоянных половых контактах обеспечивается тогда, когда презервативы применяются всегда, а не от случая к случаю. Получаемый показатель всегда будет несколько превышать уровень постоянного использования презервативов. Применение альтернативной: «Пользовались ли Вы формулировки вопроса, – пользовались ли вы презервативами постоянно/иногда/никогда не пользовались ли во время контактов с нерегулярными партнерами за некий оговоренный период?», – способно уменьшить величину ошибки. Тренд, характеризующий использование презерватива во время последнего полового контакта с непостоянным партнером будет, в целом, отражать тренд, характеризующий постоянное применение презервативов с такими партнерами.

Литература

1. ВОЗ/ЮНЭЙДС (2004) Национальные программы по СПИДу: пособие по мониторингу и оценке ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом (National AIDS Programmes: A guide to monitoring and evaluating HIV/AIDS care and support). Женева: ВОЗ
2. ВОЗ/ЮНЭЙДС (2004) Пособие по мониторингу и оценке национальных программ по профилактике ВИЧ/СПИДа среди молодежи (Guide to monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people). Женева: ВОЗ
3. ЮНЭЙДС (2000) Протокол идентификации дискриминации в отношении людей, живущих со СПИДом. Женева: ЮНЭЙДС
4. ЮНЭЙДС/ВОЗ (1999) Оценка национальной программы по СПИДу: пакет методов – профилактика ВИЧ-инфекции (Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package – Prevention of HIV Infection). Женева: ЮНЭЙДС
5. ЮНЭЙДС (2005) Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Руководящие принципы по разработке ключевых показателей
6. ВОЗ/ЮНЭЙДС (2005) Национальные программы по СПИДу: пособие по мониторингу и оценке программ антиретровирусного лечения (National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating Antiretroviral Programmes). Женева: ВОЗ
7. ЮНЭЙДС/ВОЗ (2004) Национальное пособие по программам мониторинга и оценки для профилактики ВИЧ среди новорожденных и детей младшего возраста (National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children). Женева: ВОЗ
8. ЮНЭЙДС/МОИР (2000) Национальные программы по СПИДу: пособие по мониторингу и оценке. Женева: ЮНЭЙДС. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide.html>
9. Фэмили хелс интернэшнл (2000) Надзорное обследование поведения: руководящие принципы по проведению повторного поведенческого анализа среди групп населения, которым грозит риск инфицирования ВИЧ. Арлингтон, США: Фэмили хелс интернэшнл
9. UNICEF/ ЮНЭЙДС (2005) Пособие по мониторингу и оценке национальных ответных мер в интересах детей-сирот и детей, уязвимых в результате воздействия ВИЧ/СПИДа (Guide to Monitoring and Evaluation of the national response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS). Нью-Йорк: ЮНИСЕФ

Заключение

Распространение ВИЧ – инфекции приобретает в нашей стране все более угрожающий характер и требует широких и высоко затратных мер по разработке, осуществлению и проведению в жизнь мер эффективного контроля над эпидемией. Тесная связь эпидемического процесса с поведенческими характеристиками, причем не только традиционных для ВИЧ групп риска, но и населения в целом, дает мало надежды на достижение эффективного контроля эпидемии средствами лишь медицинской профилактики.

Отсюда особое значение в сфере ВИЧ приобретает социальная профилактика. В своем сегодняшнем понимании она основывается на теоретических моделях и результатах эмпирических исследований социологии управления, социологии девиантности и социального контроля, социальной психологии здоровья, теории менеджмента и индустриальной социальной психологии.

Первостепенным по своей значимости целевым контингентом для социально-профилактических мероприятий в сфере превенции ВИЧ/СПИД выступает молодежь. Это обусловлено не только особенностями индивидуального поведения, в т.ч. и поведения риска, представителей молодого поколения, но и самым важнейшим социально-экономическим значением здоровья молодежи. Среди молодежи особое значение с позиций противодействия эпидемии ВИЧ занимают учащиеся системы начального профессионального образования, рекрутируемые из наиболее социально незащищенных слоев населения, а следовательно, в наибольшей мере предрасположенных к поведению риска ВИЧ-инфицирования.

Представленные в настоящем пособии модели, описывающие поведение риска заражения, теоретические предпосылки и конкретные управленческие подходы к разработке, реализации и оценке эффективности превентивных программ в сфере борьбы с ВИЧ дают основу для успешного противодействия распространению эпидемии средствами социально-территориального управления. При этом представленные в пособии материалы в полной мере учитывают специфику учреждений начального профессионального образования и обучающегося в них контингента соответственно как базы и объекта профилактического вмешательства.

В пособии обобщен обширный опыт авторов в сфере социального управления профилактической работой в сфере ВИЧ на уровне города, полученный в ходе разработки, реализации, оценки эффективности и распространения конкретных превентивных программ, выполненных в целом ряде учреждений начального профессионального образования г. Санкт-Петербурга.

Можно полагать, что благодаря представленному в работе современному и адаптированному к российским условиям теоретическому материалу, значительному объему исследовательских и оценочных данных, а также наличию апробированных практических рекомендаций, предлагаемое пособие будет полезно всем специалистам, занятым в сфере социальной профилактики распространения ВИЧ-инфекции на территориях.

Приложения

Приложение 1

Пример программы деятельности Совета здоровья

Программа деятельности Совета здоровья Санкт-Петербургского профессионального лицея № N

В основу Программы положена работа Совета здоровья по развитию у учащихся лицея социальных установок, связанных с такими понятиями, как «здоровый образ жизни», «здоровый жизненный стиль» и возможностями человека, зависящими от его здоровья.

Сроки реализации программы: XX.XX.XXXX - XX.XX.XXXX

Программа разработана с учетом ситуации в лицее, которая характеризуется по результатам исследования поведения в сфере здоровья. Это очень тревожная статистика.

1. Алкоголь употребляют несколько раз в неделю 27,1 % учащихся.
2. Опыт употребления наркотических веществ имеют 30% учащихся.
3. Сексуальный опыт имеют около 60% учащихся. При этом 30% опрошенных считают, что алкоголь и наркотики делают сексуальную жизнь ярче.
4. Объективная информация о ВИЧ, знания, которые могут помочь сформировать правильные отношения с ВИЧ-инфицированными, имеется только у 50% опрошенных учащихся.

Таким образом, становится очевидной необходимость реализации целевой программы, направленной на профилактику поведения риска и формирование здорового образа жизни. Основные направления деятельности:

1. Противодействие ВИЧ-инфекции: информирование учащихся об организациях города, работающих в сфере профилактики, тестирования и поддержки людей, живущих с ВИЧ.
2. Противодействие употреблению алкоголя и наркотических веществ.
3. Формирование собственной позиции в отношении здорового жизненного стиля и влияние на нее близких людей и референтных групп.

Программа привлекает подростков к активному участию в моделировании жизненных ситуаций, что способствует выработке у них адекватных приемов поведения в обстоятельствах, связанных с риском потери здоровья. Она составлена с учетом возраста учащихся и специфики восприятия подростками ряда проблем, которые касаются каждого из них.

По результатам освоения программы подростки должны знать:

- ▶ о ВИЧ-инфекции, и путях ее передачи, о видах помощи ВИЧ-инфицированным;
- ▶ о рисках, связанных с употреблением алкоголя, табака, наркотических веществ;
- ▶ о способах бесконфликтного отстаивания собственной позиции.

учащиеся должны уметь:

- ▶ отстаивать собственный выбор;
- ▶ знать, как снизить риск заражения ВИЧ-инфекцией;
- ▶ корректно вести себя при общении с ВИЧ – позитивными.

Цель

Формирование у учащихся лица социальных установок на здоровый образ жизни.

Задачи

1. Активизировать намерения отстаивать собственный выбор в вопросах поддержания здорового жизненного стиля, независимо от влияния извне.
2. Сформировать правильные представления о путях передачи ВИЧ-инфекции. Закрепить осознание возможности ВИЧ-инфицирования как негативного последствия употребления инъекционных наркотиков и рискованного сексуального поведения.
3. Сформировать чувство сопереживания людям, живущим с ВИЧ-инфекцией.
4. Развенчать представление о безопасности легких наркотиков.
5. Закрепить намерения учащихся избегать рискованных форм поведения. Подтвердить преимущества здорового образа жизни.

Целевая группа	Мероприятия	Сроки	Ответственные	Участники	Планируемый результат
Учащиеся	1. Тематические занятия. Проблемы ВИЧ и СПИДа	25.04.07- 28.04.07	Фельдшер медпункта Ф. О. А.	Группы: 51,52, 53,54, 55,56,57	Базовые знания о путях инфицирования ВИЧ, профилактика инфицирования
	2. Работа передвижного уголка здоровья	25.04.07- 25.05.07	«Равные» консультанты	Учащиеся I и II курсов	Осознанный интерес к своему здоровью, информированность о факторах риска
	3. Заседание дискуссионного киноклуба «Все в твоих руках»	Каждый четверг	Старший мастер К. А. А.	Учащиеся I и II курсов	Возможность высказать свое мнение
	4. Конкурс асфальтовой живописи	07.05.07	Мастер производственного обучения Г. Г. В.	Представители групп I и II курса	Развитие жизненно необходимых навыков и ценностей
	5. Конкурс рекламных роликов «Минздрав предупреждает»	25.05.07	Мастер производственного обучения Ш. М. В.	I и II курс	Избегание раскованных форм поведения. Выбор здорового образа жизни
	6. Акция «День с переменами не просто так. В программе: I перемена - игра-мастерская «Вырасти цветочек», II перемена - мыльная феерия, III перемена - танец в защиту жизни	15.05.07	Заведующая библиотекой Х. А. А., мастера производственного обучения Ш.М.В., Г. Г.В.	Учащиеся лица	Активный выбор здорового образа жизни
	7. Фотопроект «Я здоров - я счастлив»	25.04- 25.05	«Равные» консультанты	Все желающие	Пропаганда здорового образа жизни

Целевая группа	Мероприятия	Сроки	Ответственные	Участники	Планируемый результат
Родители	1. Лекция для родителей «Юность как зона риска»	11.05.07	Заместитель директора по воспитательной работе Н. И. Е.	Родители учащихся I и II курсов	Просвещение родителей, привлечение к работе в Совете здоровья
	2. Крутой стол «Наши общие проблемы»	25.05.07	Заведующая библиотекой Х. А. А.	Родительский комитет, Совет здоровья	Выработка позиции, вовлечение в активную деятельность
	3. Информационный центр для родителей	Постоянно действующий	Заведующая библиотекой Х. А. А.	Родительская ответственность	Информационная, методическая помощь родителям
Сотрудники профессионального лицея	1. Тренинг «Формирование отношения к проблеме ВИЧ»	03.05.07	Психолог Х. И. А.	Преподаватели	Формирование собственного отношения к проблеме ВИЧ
	2. Игротека СПИД не спит»	16.05.07	Мастер производственного обучения Ш. М.В.	Преподаватели, мастера производственного обучения	Настрой на активную работу по противодействию ВИЧ

Приложение 2

Пример реализации программы сохранения и укрепления здоровья на уровне общности

В данном разделе мы рассмотрим пример успешной программы сохранения и укрепления здоровья на уровне общности, базирующийся на принципах управления профилактической деятельностью, изложенных в главе 3, п. 3.1. Таким примером является проект «Создание Советов здоровья на базе учреждений профессионального образования для профилактики ВИЧ среди учащихся, в т.ч. среди представителей социально уязвимых групп населения и выпускников интернатных учреждений», который был реализован в 2007 г. Региональной общественной организацией социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит» в рамках программы «Помощь детям-сиротам в России», осуществляемой Советом по международным исследованиям и обменов (АЙРЕКС) при финансовой поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США).

Описание этого проекта мы представляем здесь в соответствии с этапами управленческого цикла, включающими в себя инициирование (анализ и оценку ситуации), планирование, реализацию программы и ее оценку.

1. Инициирование

1.1. Анализ общности

Анализ общности на предмет выделения целевой группы в данном проекте не предусматривался, поскольку проект осуществлялся в рамках программы «Помощь детям-сиротам в России» (Совет по международным исследованиям и обменов АЙРЕКС), основной целевой группой которой являются учащиеся-сироты. Анализ общности в данном проекте проводился в направлении конкретизации непосредственных благополучателей программы на территории г. Санкт-Петербурга.

Анализ статистических сведений и интервью с ключевыми информантами, в качестве которых были выбраны специалисты Комитета по образованию и районных отделов по образованию, позволил выделить общности, концентрирующие учащихся-сирот и в наибольшей степени нуждающиеся в профилактических мероприятиях. На основе анализа и интервью в качестве целевых были отобраны учебные заведения, отвечающие следующим критериям:

- ▶ учреждения начального профессионального образования, в которых в наибольшей степени представлены учащиеся сироты
- ▶ учреждения начального профессионального образования, в которых отсутствуют специализированные программы профилактики ВИЧ
- ▶ учреждения начального профессионального образования, в которых высока актуальность реализации проекта по профилактике ВИЧ в данном учреждении.

В проект были включены 7 учреждений начального профессионального образования, отвечающие данным критериям.

1.2. Анализ потребностей

Для того, чтобы программа профилактики была максимально сфокусирована на актуальных проблемах, а также был сформирован благоприятный климат для реализации программы и осуществлена полноценная теоретическая и методологическая подготовка участников программы, был проведен анализ потребностей целевой группы по следующим направлениям:

- ▶ оценка организационных возможностей реализации профилактики ВИЧ в образовательных учреждениях;
- ▶ оценка информированности, мнений и установок сотрудников в отношении профилактики ВИЧ в учреждении;
- ▶ оценка знаний и поведения учащихся в контексте рисков инфицирования ВИЧ.

Рассмотрим работу по этим направлениям более подробно.

А) Оценка организационных возможностей

Оценка организационных возможностей образовательных учреждений включала сбор базовой информации (год основания, направления подготовки; количество и половозрастной состав учащихся, их специфика; характеристики преподавательского состава; и т.п.); информации о наличии материально-технического обеспечения для реализации программы профилактики; информации об установках администрации образовательных учреждений относительно содержания профилактической программы.

Оценка организационных возможностей в рамках модельного проекта проводилась с применением метода интервью с «ключевыми информантами», которыми являлись директора учреждений и их заместители.

В ходе интервью была получена обширная информация, в т.ч.:

- ▶ общие характеристики учреждения и контингента учащихся;
- ▶ воспринимаемая «ключевыми фигурами» актуальность проблемы ВИЧ для молодежи в целом и для учащихся учреждения в частности;
- ▶ воспринимаемая актуальность различного поведения повышенного риска инфицирования ВИЧ для молодежи в целом и для учащихся учреждения в частности;
- ▶ предыдущий опыт реализации программ по формированию здорового образа жизни и профилактике различных видов поведения «риска», в т.ч. программ профилактики ВИЧ;
- ▶ краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные планы по развитию профилактики ВИЧ в учреждении;
- ▶ установки относительно содержания профилактической программы.

Дополнительно была получена информация о необходимом техническом обеспечении программы профилактики ВИЧ в каждом образовательном учреждении.

Кроме того, в ряде учреждений беседа с «ключевыми информантами» позволила принять ряд организационных решений об участии в проекте и особенностях его реализации в учреждении.

Результаты оценки организационных возможностей общности представлены в главе 3, п.3.2.

Б) Оценка информированности, мнений и установок сотрудников

Оценка информированности, мнений и установок сотрудников в отношении профилактики ВИЧ в образовательном учреждении проводилась методом опроса.

Для получения информации, необходимой для повышения эффективности планирования профилактической работы, специально разработанный вопросник охватил следующие аспекты:

1. Воспринимаемая актуальность проблемы ВИЧ для молодежи в целом и для учащихся конкретного образовательного учреждения в частности (включая представления об актуальных факторах риска инфицирования ВИЧ);
2. Уровень информированности о ВИЧ;
3. Опыт реализации различных программ по формированию здорового образа жизни, в частности программ по профилактике ВИЧ;
4. Установки в отношении тематического содержания программы профилактики ВИЧ на базе образовательного учреждения;
5. Воспринимаемая готовность участвовать в планировании и реализации программы профилактики ВИЧ на базе образовательного учреждения.

Анализ результатов опроса выявил низкий уровень информированности сотрудников о ВИЧ и толерантности по отношению к ВИЧ-позитивным людям, недостаточные знания об эффективных методах профилактической работы, а также позволил оценить готовность сотрудников к участию в профилактической программе.

В) Оценка информированности, установок и поведения учащихся

Для разработки содержательного компонента программы профилактики ВИЧ среди учащихся необходима детализированная информация об их знаниях и поведении. В рамках модельного проекта для оценки информированности, установок и поведения учащихся использовался метод опроса. Использовался специально разработанный вопросник, освещавший следующие основные аспекты:

1. Социально-демографические особенности состава учащихся;
2. Информированность о путях передачи и предупреждения ВИЧ-инфекции;
3. Знания, мнения и опыт половых отношений;
4. Употребление психоактивных веществ.

2. Разработка программы действий

Анализ и оценка ситуации показали:

- ▶ Учащиеся профессиональных училищ и лицеев нуждаются в

активных профилактических мероприятиях в силу особенностей их поведения и социальной ситуации.

► В профессиональных училищах и лицеях отсутствуют сотрудники, специально подготовленные для разработки и проведения мероприятий по профилактике распространения ВИЧ с учащимися.

► Отсутствуют организационно-методические основы для проведения регулярной деятельности по превенции ВИЧ среди учащихся профессиональных училищ и лицеев на уровне города.

Результаты анализа и оценки легли в основу детальной программы действий по профилактике ВИЧ среди учащихся-сирот в Санкт-Петербурге.

Рассмотрим основные ее компоненты:

А) Цели и задачи проекта

Цели проекта:

1. создание эффективной модели профилактики ВИЧ среди учащихся профессиональных училищ и лицеев в Санкт-Петербурге, в т.ч. детей из социально уязвимых семей и выпускники интернатных учреждений,
2. формирование методологической базы для планирования и реализации программ профилактики ВИЧ среди учащихся профессиональных училищ и лицеев в Санкт-Петербурге на постоянной основе.

Задачи проекта:

1. Концептуально-методическая разработка принципов превенции ВИЧ в условиях ПУ,
2. Информационно-методическая подготовка специалистов учреждений системы начального профессионального образования по проблеме профилактики ВИЧ,
3. Реализация мероприятий по превенции ВИЧ среди учащихся,
4. Создание организационно-методических предпосылок для реализации превенции ВИЧ среди учащихся профессиональных училищ и лицеев на постоянной основе в рамках деятельности по социальной поддержке и реабилитации,

5. Информационно-методическая подготовка специалистов комитета и отделов образования по планированию и реализации программ профилактики ВИЧ среди учащихся ПУ в Санкт-Петербурге.

Формулировка целей и задач проекта позволила конкретизировать целевые группы профилактического вмешательства. Ими стали:

1. Учащиеся профессиональных училищ и лицеев Санкт-Петербурга, в т.ч. дети из социально уязвимых семей и выпускники интернатных учреждений,
2. Сотрудники (администрация, преподаватели, социальные и медицинские работники, психологи, воспитатели) профессиональных училищ и лицеев Санкт-Петербурга, в которых обучаются подростки из социально уязвимых семей и выпускники интернатных учреждений,
3. Специалисты комитета и отделов по образованию, ответственные за планирование и реализацию превентивных программ в учреждениях начального профессионального образования.

В) Программа действий

Методы и мероприятия

Профилактические мероприятия включали использование следующих методов: обучение сотрудников профессиональных училищ и лицеев, подготовка «равных» консультантов из числа учащихся, создание и организационно-методическая поддержка Советов здоровья, а также подготовку и публикацию информационных материалов для учащихся профессиональных училищ и лицеев и методического пособия по реализации превенции ВИЧ на базе учреждений системы начального профессионального образования.

Выбор мероприятий был обоснован задачами проекта, как способствующий повышению информационно-методической подготовки персонала образовательных учреждений в области превенции ВИЧ, повышающий мотивацию учащихся к участию в превентивных мероприятиях по ВИЧ, обеспечивающий устойчивость и преемственность результатов проекта через создание организационных условий для реализации превенции ВИЧ в образовательном учреждении на постоянной основе. Кроме этого, планировавшиеся мероприятия были призваны заложить основу для тиражирования опыта проекта на другие учреждения систе-

мы начального профессионального образования Санкт-Петербурга и других регионов России.

1. Обучение сотрудников

Программа обучения направлена на группу сотрудников учреждений системы начального профессионального образования, отобранных для участия в проекте из числа администрации, преподавателей, социальных и медицинских работников, психологов.

Для разработки программы обучения используются имеющиеся методические наработки в области подготовки специалистов образовательных учреждений по проблеме профилактики ВИЧ/ИППП, наркопотребления и сексуального поведения «риска». Данные наработки адаптированы специалистами и привлеченными экспертами проекта с учетом специфики учреждений системы начального профессионального образования

Цель обучения – информационная и методическая подготовка сотрудников образовательных учреждений для самостоятельной разработки и реализации мероприятий по превенции ВИЧ среди учащихся.

Программа обучения включает несколько основных компонентов:

- ▶ Информационный компонент (лекционный курс – базовые знания о ВИЧ и о планировании и реализации превентивных мероприятий в условиях образовательного учреждения),
- ▶ Методический компонент (тренинги, деловые игры, отработка навыков применения различных методов профилактики в условиях образовательного учреждения, в т.ч. подготовки «равных консультантов»), обеспечение пакетом информационно-справочных и методических материалов,
- ▶ Мотивационный компонент (тренинги для повышения мотивации к превентивной работе).

Программа обучения осуществляется специалистами и экспертами-преподавателями в рамках цикла из 2-х учебных семинаров (каждый – 2 дня) и одного выездного семинара (2 дня, пригород Санкт-Петербурга).

Дополнительно проводится знакомство специалистов с существующими медико-социальными организациями города, услуги которых

ориентированы на подростков и молодежь, а также информационно-методическими центрами для специалистов, осуществляющих программы в сфере формирования здорового образа жизни.

Также дополнительно (в ходе ежемесячных совещаний Советов здоровья) проводятся тематические встречи по вопросу работы с ВИЧ-позитивными учащимися образовательных учреждений с ориентацией на методики формирования установок на обращение за помощью и лечением.

Ожидаемые результаты реализации программы обучения специалистов сформированы следующим образом:

- ▶ Повышение информированности специалистов по вопросам профилактики ВИЧ, а также о существующих в городе информационных и медико-социальных сервисах для подростков и молодежи,
- ▶ Повышение мотивации специалистов на реализацию профилактики в условиях профессиональных училищ и лицеев, в т.ч. в сотрудничестве с «равными» консультантами из числа учащихся,
- ▶ Навыки использования методик и техник превентивной работы в условиях профессиональных училищ и лицеев,
- ▶ Создание модели программы профилактики ВИЧ для каждого образовательного учреждения (с учетом актуальной ситуации и имеющихся ресурсов).

2. Подготовка «равных» консультантов из числа учащихся

Программа подготовки направлена на группу учащихся, отобранных для участия в проекте.

Для разработки программы используются имеющиеся методические разработки в области работы с подростками и молодежью, широко применяющиеся в области формирования здорового образа жизни. Данные разработки адаптированы с учетом специфики характеристик группы учащихся профессиональных училищ и лицеев.

Цель обучения – информационная и методическая подготовка «равных» консультантов для реализации профилактики ВИЧ среди своих сверстников в образовательных учреждениях.

Программа обучения будет включать несколько основных компонентов:

- ▶ Информационный компонент (лекционный курс – базовые знания о ВИЧ; знакомство с существующими организациями медико-социального сервиса для молодежи),
- ▶ Методический компонент (тренинги, деловые игры, отработка навыков передачи превентивной информации своим сверстникам),
- ▶ Мотивационный компонент (тренинги для повышения мотивации к превентивной работе среди своих сверстников).

Программа обучения осуществляется специалистами и экспертами-преподавателями в рамках цикла из 3-х учебных встреч (каждая – 3 ч.) и одного выездного семинара (2 дня, пригород Санкт-Петербурга). В выездном семинаре «равнее» консультанты будут принимать участие совместно со специалистами из числа сотрудников образовательного учреждения.

Дополнительно проводится знакомство с деятельностью медико-социальных организаций города, услуги которых ориентированы на подростков и молодежь.

Ожидаемые результаты реализации программы подготовки «равных» консультантов сформулированы следующим образом:

- ▶ Повышение информированности «равных» консультантов по вопросам ВИЧ, а также о существующих информационных и медико-социальных сервисах для молодежи, существующих в городе,
- ▶ Повышение мотивации «равных» консультантов на распространение информации о ВИЧ среди сверстников, в т.ч. в сотрудничестве со специалистами из числа сотрудников образовательного учреждения,
- ▶ Навыки использования методик и техник передачи превентивной информации своим сверстникам.

3. Создание и организационно-методическая поддержка Советов здоровья на базе учреждений начального профессионального образования

Для обеспечения устойчивости профилактики ВИЧ, в каждом образо-

вательном учреждении, отобранном для участия в проекте, сформирована рабочая группа (Совет здоровья ²²).

Совет здоровья – это постоянно действующая на базе образовательного учреждения структура, ответственная за планирование и реализацию мероприятий по превенции ВИЧ и формированию здорового образа жизни в целом среди учащихся. В состав Советов здоровья входят представители администрации образовательного учреждения, а также сотрудники и учащиеся, отобранные по описанным выше процедурам.

Деятельность данной структуры закреплена внутренним Положением о Совете здоровья. Предполагается, что работа Совета здоровья осуществляется по следующим пяти направлениям:

1. Организация обучения: подготовка персонала внутри образовательного учреждения и участие сотрудников и учащихся в однодневных или недельных кампаниях, посвященных превенции ВИЧ и формированию здорового образа жизни, решению проблем укрепления и сохранения здоровья и профилактике различных видов поведения «риска»;
2. Формирование материальной и информационно-методической базы превентивной работы: закупка необходимого оборудования; подбор информационно-справочных и методических материалов, а также их оценка и адаптация к использованию в образовательном учреждении; создание собственных материалов;
3. Распространение превентивной информации среди сотрудников и учащихся образовательного учреждения, как специалистами, так и «равными» консультантами;
4. Наблюдение за процессом профилактики ВИЧ и обучения здоровому образу жизни в образовательном учреждении: определение необходимых тем для обучения учащихся; наблюдение за обучением; содействие

²² Организация Советов здоровья в образовательных учреждениях для планирования и реализации мероприятий в сфере формирования здорового образа учащихся в широком плане рекомендована Всемирной Организацией Здравоохранения, а также апробирована на базе ряда общеобразовательных учреждений Санкт-Петербурга в рамках российско-финского сотрудничества. В Совет здоровья рекомендовано включать следующих специалистов: администрация учебного заведения, учителя, учащиеся, медицинские работники, психолог, социальный педагог, родительский комитет, ассоциация учителей, сотрудники школьной столовой и т.д.

сотрудникам школы, проводящим обучение; обеспечение обучения техническими и информационно-методическими ресурсами;

5. Оценка психологического климата в образовательном учреждении, качества и эффективности превенции ВИЧ и обучения здоровому образу жизни, мнений учителей и учащихся по проблемам превенции ВИЧ и формирования здорового образа жизни, проведение мониторинга результатов деятельности Совета.

Работа Совета здоровья основана на годовом планировании мероприятий по превенции ВИЧ и формированию здорового образа жизни учащихся, их реализации, оценке и анализе. Основной формой работы Совета здоровья являются совместные совещания (например, ежемесячные). Ответственность за выполнение всех запланированных мероприятий распределяется между всеми членами Совета. Важным является формирование доверительных отношений со всеми участниками образовательно-воспитательного процесса, поэтому необходимо постоянное информирование всех сотрудников образовательного учреждения о деятельности Совета и включение их в запланированные Советом мероприятия.

Деятельность Совета здоровья позволяет планировать и координировать превентивную работу в образовательном учреждении, использовать ресурсы различных специалистов при проведении мероприятий по превенции ВИЧ и формированию здорового образа жизни. Также Советы здоровья позволяют сотрудникам и учащимся совместно подходить к решению проблемы превенции ВИЧ и сохранения и укрепления здоровья. В Совет включаются как специалисты из числа сотрудников образовательного учреждения, так и будущие «равные» консультанты из числа учащихся. При этом, для каждой из этих групп предлагается строгая система отбора. Далее, участники Советов здоровья проходят теоретическую и методологическую подготовку и разрабатывают профилактические мероприятия с учетом специфики и возможностей своего образовательного учреждения, в т.ч. с использованием результатов предварительной оценки информированности, установок и поведения учащихся в своем образовательном учреждении.

В ходе обучения и совместных рабочих совещаний Советы здоровья при поддержке специалистов и экспертов/преподавателей проекта раз-

работают собственные программы профилактики ВИЧ в условиях своих учреждений. Программы согласовываются с администрацией образовательного учреждения и включаются в учебно-воспитательный план работы с учащимися.

Программы обеспечиваются необходимым техническим оснащением и информационно-методическим обеспечением (по предварительному согласованию с рабочими группами конкретных образовательных учреждений).

Для повышения заинтересованности и мотивации Советов здоровья, проводится конкурс между образовательными учреждениями – участниками проекта с награждением лучших программ по итогам оценки независимых экспертов, включая представителей персонала и учащихся образовательного учреждения.

4. Подготовка и публикация информационных брошюр для учащихся

В рамках деятельности Советов здоровья с целью информационного обеспечения превентивных программ по ВИЧ в образовательных учреждениях разрабатываются информационные брошюры для учащихся. Информационные брошюры содержат следующую информацию:

- ▶ Базовая информация о ВИЧ и путях распространения/превенции,
- ▶ Профилактика сексуального пути инфицирования ВИЧ (превенция многочисленных сексуальных связей, с ориентацией на послания А и В),
- ▶ Информация с контактными данными организаций, работающих в сфере превенции ВИЧ в городе.

Информационные брошюры предназначены для распространения в образовательных учреждениях – участниках проекта в ходе реализации превентивных мероприятий.

Для подготовки информационных брошюр активно привлекаются «равные» консультанты из числа учащихся. Тексты и дизайн брошюр проходят оценку в ходе фокус-групп с учащимися.

5. Подготовка специалистов комитета и отделов образования

Программа обучения направлена на группу специалистов городского комитета и районных отделов образования, ответственных за реализацию превентивной работы на базе учреждений начального профессионального образования.

Цель обучения – информационная и методическая подготовка сотрудников комитета и отделов образования для разработки и мониторинга превентивных программ для образовательных учреждений на уровне города/района.

Программа обучения включает два основных компонента:

- ▶ Информационный компонент (лекционный курс – базовые знания о ВИЧ и о планировании и мониторинге программ превенции на уровне города/района),
- ▶ Методический компонент (тренинги, деловые игры, отработка навыков планирования и мониторинга профилактики на уровне города/района).

Все участники учебных семинаров обеспечиваются пакетом информационно-справочных и методических материалов.

Программа обучения будет осуществляться специалистами и экспертами-преподавателями в рамках цикла из 2-х учебных семинаров (1 семинар – 2 дня, 2 семинар – 1 день).

Ожидаемые результаты реализации программы обучения специалистов:

- ▶ Повышение информированности специалистов по вопросам профилактики ВИЧ,
- ▶ Навыки планирования и мониторинга превентивных программ на уровне города/района,
- ▶ Отработка модели взаимодействия при реализации программ превенции по схеме «города – район».

Препятствия в реализации проекта

Основные препятствия в реализации проекта связаны с недостаточно высокой мотивацией персонала образовательных учреждений на реализацию превентивной деятельности, а также с отсутствием организацион-

ных условий и информационно-технического обеспечения реализации превентивных программ на базе учреждений начального профессионального образования.

Для минимизации фактора недостаточной мотивации персонала на ведение превентивной работы по ВИЧ, программа предусматривает ряд мотивирующих мероприятий:

▶ Поддержка инициативы превенции ВИЧ в учреждениях начального профессионального образования Комитетом и отделами образования (в виде официальных документов, рекомендующих образовательным учреждениям включить компонент превенции ВИЧ в учебно-воспитательные планы работ на 2006-2007 учебный год);

▶ Проведение предварительной оценки установок педагогического коллектива в отношении программы превенции ВИЧ и планирование на ее результатах мотивационных мероприятий для персонала образовательных учреждений на протяжении всего проекта;

▶ Проведение конкурса превентивных программ учреждений, принимающих участие в проекте, с различными номинациями и ценными призами;

▶ Возможность публикации методических разработок по превенции ВИЧ в условиях учреждения начального профессионального образования в методическом издании, которое будет распространяться среди других образовательных учреждений города и страны;

▶ Вознаграждение членам Советов здоровья на протяжении реализации проекта.

Для минимизации фактора отсутствия в образовательных учреждениях информационно-технического обеспечения программ превенции ВИЧ, в проекте предусмотрены:

▶ Полное техническое оснащение превентивных программ из средств проекта в соответствии с конкретными запросами учреждения;

▶ Обеспечение программ превенции информационно-справочной литературой и дидактическими материалами;

▶ Разработка и издание информационных материалов для осуществления превентивной работы среди учащихся непосредственно в рамках проекта.

Для минимизации фактора отсутствия организационного элемента профилактики ВИЧ в образовательном учреждении, проект предполагает целый ряд организационных мероприятий по созданию и закреплению в структуре учреждения специального органа (Совета здоровья), деятельность которого будет инициирована администрацией и членами рабочих групп профессионального училища или лицея, включена в учебно-воспитательный план учреждения и поддержана Комитетом и отделами образования.

3. Внедрение

Программы профилактики ВИЧ в учреждениях системы начального и среднего профессионального образования реализуются в соответствии с разработанными Советами здоровья и утвержденными администрацией учреждений Планами.

Мероприятия по профилактике ВИЧ реализуются членами Совета здоровья с привлечением «равных» консультантов и, при необходимости, специалистов из сторонних профильных организаций. Внешние консультанты обеспечивают информационно-методическую и техническую поддержку реализации мероприятий.

Таким образом, по окончании проекта в каждом образовательном учреждении сформирована и внедрена в учебно-воспитательный процесс специализированная структура, закреплённая внутренним положением, деятельность которой специально направлена на профилактику ВИЧ и формирования здорового образа жизни в целом среди учащихся. Деятельность данной структуры обеспечена необходимой технической и информационно-методической поддержкой, а также подготовленными специалистами и «равными» консультантами. Структура имеет годовой план деятельности, с четко сформулированными целями и задачами превентивной работы, а также конкретными мероприятиями. Поддержание деятельности на уровне города обеспечивается информационной и методической подготовкой сотрудников комитета и отделов образования по разработке и мониторингу превентивных программ для образовательных учреждений.

Мероприятия проекта по внедрению программ профилактики ВИЧ в учреждениях начального профессионального образования спланированы таким образом, что за счет подготовки и мотивации персонала,

формального закрепления Советов здоровья, планирования деятельности исходя из имеющихся в образовательном учреждении ресурсов, информационно-методического и технического обеспечения и т.д. позволяют осуществлять деятельность без дополнительного привлечения финансовых ресурсов на постоянной основе.

4. Оценка эффективности профилактических программ

Для оценки результатов проекта использованы следующие методы:

1. В группе сотрудников образовательного учреждения –

- ▶ опрос по схеме «до – после» по стандартизированной методике для оценки информированности и установок в отношении профилактики ВИЧ в учреждениях начального профессионального образования,
- ▶ полустандартизованные интервью с «ключевыми» фигурами для оценки установок в отношении профилактики ВИЧ в образовательном учреждении,

2. В группе учащихся образовательного учреждения –

- ▶ опрос по стандартизированной методике для самозаполнения после реализации превентивных мероприятий для оценки информированности, установок и поведения в сфере профилактики ВИЧ, а также охвата различными типами мероприятий и восприятия этих мероприятий,

3. В группе членов Советов здоровья (специалисты и «равные» консультанты) –

- ▶ полустандартизованное интервью после реализации превентивных мероприятий для выявления воспринимаемых результатов, трудностей и достижений работы, а также планов на дальнейшую работу по профилактике ВИЧ в образовательном учреждении,

4. В группе сотрудников комитета и отделов образования –

- ▶ опрос по схеме «до – после» по стандартизированной методике для оценки информированности о планировании и мониторинге профилактики на уровне города/района.

Эффективность каждого учебного мероприятия для специалистов и «равных» консультантов оценивается по схеме «до – после» с замером

ожиданий и их соответствия действительности, изменения уровня информированности по ключевым вопросам обучения, самооценки возможностей использования полученных знаний и навыков.

Дополнительно для оценки результатов проекта будут использоваться:

- ▶ оценка с помощью фокус-группы с учащимися раздаточных превентивных материалов проекта,
- ▶ экспертная оценка методического пособия, представленная в форме рецензии,
- ▶ опрос по стандартизированной анкете участников заключительного семинара с замером уровня информированности о результатах проекта и оценки практической значимости результатов проекта.

Научное издание

Управление первичной профилактикой распространения ВИЧ-инфекции среди
учащихся учреждений начального профессионального образования на уровне города

Методическое пособие

Корректор Е.М. Старостина
Компьютерная верстка ИТЦ “Символ”
Дизайнер Е.И. Егорова

Подписано в печать 22.01.08. Формат 148x210, 1/16.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 9,12.

Гарнитура Garamond, кегль 11. 146 стр.

Тираж 100 экз. Заказ

Типография «А-принт».

Большая Монетная 16, оф.центр №2, офис №16