

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет психологии

Технологии разработки и совершенствования
молодежных социальных проектов и программ
по формированию здорового образа жизни
в студенческой среде

Методическое пособие

Санкт-Петербург
2004

ББК 88.5

Т 38

Авторы: **Л.А. Цветкова** (руководство авторским коллективом, участие в написании гл. 1), **И.Н. Гурвич** (введение, участие в написании гл. 1, заключение), **М.М. Русакова** (участие в написании гл. 3), **Г.А. Корчагина** (гл. 2), **О.И. Колпакова** (участие в написании гл. 1, 3)

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. Б.Д. Лысков (С.–Петербург. гос. ун–т), д-р психол. наук, проф. Л.В. Куликов (С.–Петербург. гос. ун–т)

Т38 **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.**

ISBN 5-288-03673-X

Учебно–методическое пособие посвящено проблеме планирования и реализации эффективных проектов и программ по формированию здорового образа жизни в студенческой среде. Раскрываются теоретические основы превентивной работы, описываются программы по формированию здорового образа жизни, реализуемые в российских вузах. Всесторонне освещаются современные подходы к планированию и реализации превентивных программ.

Пособие адресовано специалистам, проводящим работу по формированию здорового образа жизни в вузах, педагогам, а также студентам и аспирантам психологических, социологических, философских факультетов университетов.

ББК 88.5

Работа выполнена в рамках Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия незаконному злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2002–2004 гг.» по договору с Федеральным агентством по образованию и с ГУ «Исполнительная дирекция «Дети России» Минобразования России»

ISBN 5-288-03673-X

© Л.А. Цветкова, И.Н. Гурвич,

М.М. Русакова и др., 2004

© Факультет психологии СПбГУ, 2004

ВВЕДЕНИЕ

В условиях быстрых и весьма болезненных структурных преобразований, которые в течение последних полутора десятилетий переживает российское общество, проблема сохранения здоровья населения является, безусловно, приоритетной не в меньшей мере, чем достижение экономического роста. Здоровье молодежи, в свою очередь, является приоритетным направлением деятельности в сфере сохранения и укрепления здоровья хотя бы потому, что именно от него будет зависеть общий уровень популяционного здоровья населения страны в обозримой исторической перспективе.

Широко представленный как в отечественной, так и в зарубежной литературе анализ динамики показателей демографических процессов, присущих современной России, и делаемые на его основе прогнозные оценки убедительно свидетельствуют, что именно проблемы состояния здоровья населения станут основным фактором не только экономической, но и политической угрозы для страны в XXI в. На фоне упомянутых негативных демографических тенденций, обусловивших неуклонное снижение доли молодежи в общей численности населения, доля студентов вузов среди молодежи, как и число самих вузов, в течение этих полутора десятилетий, хотя и с колебаниями, нарастала. Соответственно, можно уверенно говорить и о параллельном увеличении «количественного вклада» здоровья студентов в общий уровень популяционного здоровья населения. В силу технологического характера бурно формирующегося вследствие процессов глобализации единого мирового экономического, культурного и социально-политического пространства, конкурентоспособность России в международном разделении труда уже в ближайшей перспективе будет определяться качеством, т.е. здоровьем и уровнем профессиональной подготовленности рабочей силы. Отсюда значение сегодняшнего студенчества для благополучия страны будет нарастать и в качественном аспекте.

Заболевания, определяющие ухудшение состояния здоровья российского населения, неравномерно распределяются по его отдельным социально-демографическим группам. В полной мере это относится и к возрастным группам. Другими словами, здоровье молодежи характеризуется паттерном заболеваемости, отличным от паттерна, присущего группам среднего или старшего возраста. Отсюда и пове-

дение, повышающее риск заболеваний, в молодом возрасте достаточно специфично.

Хотя молодежное поведение «риска» имеет в России еще и отчетливую территориальную неоднородность¹, условно можно говорить о следующем порядке значимости видов угрожающего здоровью поведения, присущего современной российской молодежи:

- аддиктивное поведение, т.е. алкоголизация, выступающая фактором риска заболевания алкоголизмом; наркотизация, выступающая фактором риска заболевания наркоманиями и ВИЧ–инфицирования; табакокурение, выступающее фактором риска онкологических заболеваний верхних дыхательных путей и потенцирующее повреждающее влияние на здоровье широкого круга генетических и средовых факторов;
- сексуальное поведение в вариантах сексуальной распушенности, небезопасных и коммерческих сексуальных контактов, выступающее фактором риска заболевания СПИДом и другими инфекциями, передающимися половым путем, а также подростковых беременностей;
- нерациональное пищевое поведение, выступающее фактором формирования избыточного веса и заболевания анорексией, а также фактором «риска» для хронической желудочно–кишечной патологии;
- криминальное поведение, связанное с насилием, выступающее фактором «риска» травматизма;
- низкая физическая активность (гиподинамия).

Именно эти виды связанного со здоровьем поведения должны определять направленность, содержание и методы реализации профилактических программ в молодежной части популяции. Конечно, из всех подгрупп российской молодежи студенчество является по всем названным видам угрожающего здоровью поведения, кроме, пожалуй, сексуального, подгруппой относительно низкого риска. Однако социальное значение данной подгруппы таково, что делает вполне оправданным повышенное внимание к ее здоровью.

В период интенсивных социальных изменений системе здравоохранения России удалось сохранить эффективный контроль над распространением большинства острых инфекционных заболеваний. Однако в сфере заболеваний, в возникновении которых основную роль играют социально–поведенческие факторы, такой контроль оказался во мно-

¹ См. подробнее: Смольская Т.Т., Яковлева А.А., Касумов В.К., Георгица С.И. Дозорный надзор за ВИЧ–инфекцией в группах лиц с рискованным поведением в Республике Азербайджан, Республике Молдова и Российской Федерации (Отчет по проекту ВОЗ). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004.

гом утраченным или неэффективным. Причины сложившейся ситуации со здоровьем населения страны активно дискутируются в специальной литературе и не являются предметом рассмотрения данной работы. Тем не менее на одной из этих причин следует остановиться более подробно. Она заключается в состоянии профилактической медицины в стране еще до начала социальных катаклизмов.

С 30–х гг. XX в. профилактическая деятельность в Советском Союзе строилась на непосредственно заимствованной из клинической медицины, так называемой биомедицинской модели болезни, предусматривающей превентивный контроль над физическими, химическими и биологическими повреждающими здоровье средовыми агентами. Смена социального паттерна патологии от инфекционных к хроническим неинфекционным заболеваниям, произошедшая в СССР в 60–х гг. XX в., не привела к своевременному пересмотру превентивной политики, в том числе и по идеологическим причинам. Это выразилось, в числе прочего, в игнорировании необходимости научной разработки социально–поведенческой проблематики здоровья.

Нельзя не отметить, что опасность такого положения дел в социально–гигиенической науке хорошо осознавалась ведущими отечественными специалистами начиная с 1970–х гг. Тем не менее практики профилактической медицины оказались совершенно не подготовленными к взрыву заболеваемости, обусловленной социально–поведенческими факторами «риска». Зарубежные же, главным образом американские социологи и социальные психологи, напротив, стали чрезвычайно активно развивать соответствующую область знания, сделав ее прочной основой для практической деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения. Успехи, достигнутые в странах так называемого «золотого миллиарда», несомненны.

Конечно, применение в отечественной практике и теоретических построений, и выводов эмпирических исследований в сфере здоровья с особой остротой ставит вопрос о существовании «культурного барьера». При современном состоянии отечественных поведенческих наук дать на него однозначный ответ не представляется возможным. Хотя все последние кросс–культурные исследования убедительно демонстрируют принадлежность народов России к общеевропейскому культурному пространству, превентивные программы, механически заимствованные из развитых европейских стран, в подавляющем большинстве случаев их использования в российских условиях оказываются совершенно неэффективными.

Поэтому единственной разумной позицией, из которой, по нашему мнению, следует исходить при интегрировании западных моделей в отечественную практику, является следующая. Теоретические модели должны быть верифицированы данными отечественных эмпирических исследований эффективности разработанных на их основе и осуществленных в российских условиях профилактических программ. Исследования, направленные на такую верификацию и выполненные в странах Запада, могут использоваться лишь для сравнительной оценки воспроизводимости их результатов для российской популяции. Сами превентивные программы должны либо разрабатываться с учетом культурной специфичности целевого контингента, либо адаптироваться к условиям этой специфичности с использованием всего арсенала методов эмпирического поведенческого исследования.

Предлагаемое учебное пособие построено на основе этой позиции. В первой главе излагаются теоретические модели факторов, определяющих поведение в сфере здоровья на уровнях личности, группы, общности или общества в целом. Особое внимание здесь уделено новейшим теоретическим моделям, предлагаемым западными авторами и вообще не представленным в отечественной литературе. Кроме того, мы стремились показать тенденции теоретического развития проблематики здоровья, формирующиеся в отечественной психологической науке.

Вторая глава посвящена изложению содержания профилактических программ, реализуемых в российских вузах, с точки зрения их соотношения с теми или иными теоретическими моделями, что должно было позволить судить о пригодности моделей для использования в российской системе высшего образования. Третья глава включает в себя изложение теоретических моделей вмешательства в сфере здоровья, т.е. теоретических основ разработки и реализации превентивных программ. Излагаются методы и технические приемы осуществления профилактического вмешательства, что поможет читателю увязать изложенные теоретические подходы с задачами своей практической деятельности в сфере здоровья. И во второй, и в третьей главах сохранен «уровневый» принцип изложения материала.

Пособие подготовлено коллективом авторов, в состав которого вошли:

- кандидат психологических наук доцент кафедры социальной психологии факультета психологии Санкт–Петербургского государственного университета Л.А. Цветкова (руководство авторским коллективом, участие в написании гл. 1),

- доктор психологических наук главный научный сотрудник сектора социологии девиантности и социального контроля Социологического института Российской академии наук, профессор кафедры социальной психологии факультета психологии Санкт–Петербургского государственного университета И.Н. Гурвич (введение, участие в написании гл. 1, заключение),
- доктор медицинских наук профессор, заведующая кафедрой медико–валеологических дисциплин Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, ведущий научный сотрудник Межвузовского центра по противодействию распространению наркоманий в молодежной среде Г.А. Корчагина (гл. 2),
- кандидат социологических наук научный сотрудник сектора социологии девиантности и социального контроля Социологического института Российской академии наук, доцент кафедры отраслевой и прикладной социологии факультета социологии Санкт–Петербургского государственного университета М.М. Русакова (участие в написании гл. 3),
- аспирант кафедры психологии поведения и превенции поведенческих аномалий факультета психологии Санкт–Петербургского государственного университета О.И. Колпакова (участие в написании гл. 1, 3).

ГЛАВА 1. ДЕТЕРМИНАЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ

Теоретические модели, описывающие детерминацию человеческого поведения в сфере здоровья, предназначены для определения факторов, которые предположительно поддаются целенаправленному влиянию, а следовательно, и должны становиться предметом профилактических программ. Безусловно, поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья, так же множественно и сложно детерминировано, как и другие виды социального поведения. Цели выделения факторов, наиболее сильно связанных с переменными поведения в сфере здоровья, и подчинено теоретизирование в этой области. Таким образом, модели детерминации по существу являются системами гипотез о социально-психологических по своей природе причинных влияниях на поведение в сфере здоровья.

Главным свойством теоретической модели, делающим ее пригодной для практического применения, является валидность, т.е. соответствие реально существующим в природе и обществе связям. Такое соответствие может быть установлено только путем сопоставления связей, предсказываемых моделью, со связями, реально существующими, т.е. выявленными в методологически корректном валидизационном (верификационном) исследовании. Задачам валидации моделей может служить и целенаправленная интерпретация результатов уже проведенных корреляционных исследований.

Для полноценной валидации теоретических моделей необходим сравнительный анализ большого количества исследований, проведенных в разных географических регионах, демографических группах, социокультурной среде и макросоциальных ситуациях. Такой анализ позволяет судить не только об общей валидности модели, но и о границах ее применимости. В главе представлены как первые модели детерминации поведения в сфере здоровья, уже давно и успешно применяемые в общественном здравоохранении, так и новейшие теоретические разработки, активно обсуждаемые специалистами.

Можно выделить три основных уровня детерминации поведения в сфере здоровья: уровень личности, уровень группы и уровень общности. Рассмотрим теории, описывающие факторы, которые влияют на поведение человека в сфере здоровья на каждом из этих уровней.

1.1. Уровень личности

На уровне личности изучается влияние различных личностных характеристик на поведение в сфере здоровья. Среди них выделяются характеристики когнитивной, эмоциональной и потребностно-мотивационной сфер.

Основными теориями, в рамках которых детерминация поведения в сфере здоровья рассматривается на уровне личности, являются следующие: теория убеждений о здоровье, теория разумного действия, теория планируемого поведения, теория поиска ощущений, теория утрашения, теория стадий изменения поведения, теория, описывающая процесс принятия мер предосторожности, концепция отношения к здоровью (табл. 1).

Таблица 1. Теории, описывающие детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне личности

Теория	Включаемые в теоретическую модель факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья
Теория убеждений о здоровье	Осознаваемая угроза заболевания
Теория разумного действия	Намерение действовать определенным образом, на которое воздействуют установки по отношению к реализации поведения и субъективные нормы
Теория планируемого поведения	Установки по отношению к реализации определенного поведения, субъективные нормы, воспринимаемый (субъективный) контроль над поведением
Теория поиска ощущений	Потребность в ощущениях
Теория утрашения	Страх
Теория стадий изменения поведения	Мотивация к изменению поведения, оценка преимуществ и недостатков новой модели поведения, самоэффективность
Теория, описывающая процесс принятия мер предосторожности	Переход от осознания проблемы к действию
Концепция отношения к здоровью	Когнитивные, эмоциональные, мотивационно-поведенческие факторы

Теория убеждений о здоровье

Разработана в 1963 г., авторы И. Розенсток, Дж. Кирсчт (I. Rosenstock, J. Kirscht). Теория была первоначально разработана для того, чтобы объяснить, почему так трудно мотивировать людей к выполнению действий, направленных на предотвращение заболеваний. Позже она стала использоваться для объяснения поведения в сфере здоровья.

Согласно теории, на вероятность реализации определенного поведения в сфере здоровья влияет *осознаваемая угроза заболевания*. На осознаваемую угрозу заболевания, в свою очередь, влияют четыре группы факторов: состояние готовности к изменению своего поведения, степень убежденности в способности определенных действий снизить угрозу, демографические и социально–психологические переменные, а также факторы, которые являются пусковыми для целенаправленного действия.

Состояние готовности к изменению своего поведения складывается из двух компонентов: опасений по отношению к определенному состоянию в сфере здоровья (субъективная оценка индивидом вероятности, например, заразиться каким–либо заболеванием) и осознаваемой серьезности этого состояния (оценка неблагоприятных последствий состояния: смерть, боль, инвалидность и т.п.).

Степень убежденности в способности определенных действий снизить угрозу также включает в себя два компонента: воспринимаемые выгоды и воспринимаемые барьеры для этих действий в сфере здоровья. 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.

На состояние готовности к изменению своего поведения и на степень убежденности в способности конкретных действий снизить угрозу влияют демографические, социальные и психологические переменные.

Под *пусковыми механизмами к действию* понимаются внутренние (например ослабление здоровья с возрастом) и внешние (например история из газетных или телевизионных новостей либо заболевший друг) факторы, способствующие пониманию индивидом того, что опасность угрожает не всем людям вообще, а лично ему.

Теория убеждений о здоровье многократно подтверждалась в исследованиях. В частности, в исследовании, проведенном авторами модели в 1963 г. (вероятностная выборка 1500 человек), было показано, что когда индивид осознает опасность и серьезность заболевания и убежден в эффективности рекомендуемых действий, пусковые механизмы приводят к реализации желаемого поведения. В другом исследовании, проведенном авторами модели, изучалось поведение матерей, обратившихся к врачу по поводу лечения ожирения своих детей (1973–1975 гг., выборка 62 человека). Изучалась предиктивность таких характеристик поведения матерей, как общая мотивация здоровья, чувствительность к уже имеющейся болезни, общая вера во врачей и медицинскую помощь, а также характеристик отношений «врач — больной». Замеры этих характеристик производились каждые две недели в течение двух месяцев.

Исследование показало, что высокопредиктивными для снижения веса ребенка являются такие факторы, как общая мотивация здоровья и чувствительность к имеющейся у ребенка болезни. С течением времени все большую предиктивную способность приобретали специфические знания о весе и диете. Таким образом, модель убеждений о здоровье высокоэффективна в предсказании соблюдения матерями рекомендаций врача, предписанных ребенку, а также в предсказании посещения врача [по: Гурвич, 1999].

Сегодня накоплен значительный объем эмпирических данных относительно применимости модели убеждений о здоровье к различным видам поведения в сфере здоровья. Рассмотрим некоторые такие данные о валидности модели для регулярного прохождения женщинами обследования на рак груди, а также для принятия мер предохранения от заражения ВИЧ-инфекцией.

Так, согласно данным ряда исследований (V.L. Champion, U. Menon, 1997; L.C. Friedman, N.E. Neff, J.A. Webb, C.K. Latham, 1998 и др.), для прохождения обследования на наличие рака молочной железы модель убеждений о здоровье оказывается высокопредиктивной. В наибольшей степени этот вид поведения связан с такими факторами, как воспринимаемая угроза заболевания, а также воспринимаемые выгоды и барьеры прохождения процедуры обследования.

В.Л. Чемпион, С. Скиннер и Дж. Фостер (V.L. Champion, C. Skinner, J. Foster) (2000) приводят данные исследования, направленного на выявление различий между воспринимаемой угрозой и воспринимаемыми барьерами у женщин, проходивших и не проходивших обследование на рак груди. Исследование показало, что у женщин, которые были

сторонницами обследования, воспринимаемая угроза заболевания была выше, а воспринимаемые барьеры были меньше, чем у тех, кто не проходил обследование.

Связь между воспринимаемой угрозой заболевания и изменением поведения проявляется и в сексуальной сфере. Так, в исследовании более 400 молодых мужчин и женщин (W.N. Steers с соавт., 1996) было выявлено, что воспринимаемая угроза заболевания ВИЧ/СПИДом связана с изменениями поведения в сфере здоровья (использование презерватива, уменьшение количества половых партнеров, более редкое вступление в половой акт и т.п.). Наличие связи между уровнем воспринимаемого риска заражения и безопасным сексуальным поведением подтверждается и другими исследованиями [по: Janz, Champion, Strecher, 2002].

Тем не менее теория убеждений о здоровье сегодня подвергается критике за то, что в ней рассматриваются только личностные факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья, и не затрагиваются характеристики социального окружения [по: Promoting ..., 2000].

Теория разумного действия

Авторами являются И. Айзен и М. Фишбейн (I. Ajzen, M. Fishbein). Теория разумного действия при объяснении поведения в сфере здоровья также постулирует ведущее значение личностных факторов. Однако с позиций этой теории социальному окружению придается большее значение, чем в модели убеждений о здоровье.

В основе теории лежит предположение, что поведение в сфере здоровья зависит от *намерений личности действовать определенным образом*. Намерения, в свою очередь, формируются двумя факторами: установками по отношению к реализации конкретного вида поведения и усвоенными личностью (т.е. субъективными) социальными нормами.

Установки по отношению к реализации поведения включают в себя предположения о том, к каким результатам приведет выполнение конкретных действий, а также предположения о ценности этих результатов. *Субъективные нормы* складываются на основе представлений о том, поддержат ли вид поведения окружающие, а также из мотивации вести себя так, как этого хотят окружающие.

Как на установки по отношению к реализации поведения, так и на субъективные нормы оказывают влияние социально-демографические характеристики, личностные особенности, опыт, культура и т.д. Предполагается, что индивид будет проявлять благоприятное для здоровья по-

ведение в том случае, если оно с большой вероятностью приведет к позитивным результатам, а также будет одобрено членами референтной социальной группы [по: Promoting ..., 2000].

Теория разумного действия успешно применялась для предсказания и объяснения самых различных видов поведения в сфере здоровья. Среди них курение, употребление алкогольных напитков, использование средств контрацепции, прохождение обследования на рак груди, обращение за помощью в медицинские учреждения, выполнение физических упражнений, использование мотоциклетных шлемов и автомобильных ремней безопасности, применение средств защиты от повреждающего воздействия солнечных лучей, грудное вскармливание, предотвращение ВИЧ-инфекции и заболеваний, передаваемых половым путем. Теория разумного действия была положена в основу целого ряда программ вмешательства [по: Montano, Kasprzyk, 2002].

Недостатком теории разумного действия является то, что она объясняет только те виды поведения, в основе которых лежит личностная мотивация, воля человека. Однако в сфере здоровья существует множество видов поведения, которые формируются не столько волевой активностью, сколько генетическими и физиологическими факторами. Так, генетические факторы могут лежать в основе переедания, а физическая зависимость — в основе употребления алкоголя и наркотиков. Влияние этих факторов на поведение человека в сфере здоровья было учтено в теории планируемого поведения [по: Promoting ..., 2000].

Теория планируемого поведения

Представляет собой модифицированный и расширенный вариант теории разумного действия. Теория была создана в 1985 г. И. Айзен (I. Ajzen) — одним из авторов теории разумного действия. Помимо установок по отношению к реализации поведения и субъективных норм, им был выделен еще один фактор, определяющий поведение в сфере здоровья, — *воспринимаемый контроль над поведением*. Необходимость введения этого фактора была вызвана предположением, что поведение одновременно определяется мотивацией (намерение) и способностью (контроль поведения). Согласно теории, в случае, когда воспринимаемый контроль над поведением высок, человек будет тратить больше усилий на реализацию соответствующего вида поведения.

Воспринимаемый контроль над поведением, наряду с установками по отношению к реализации определенного вида поведения и субъек-

тивными нормами, влияет на намерение действовать определенным образом. Относительный вес каждого из этих трех факторов в формировании намерения различен для разных видов поведения в сфере здоровья и для разных групп населения.

Воспринимаемый контроль обусловлен контролируемыми установками и воспринимаемой силой. Контролирующие установки — это установки относительно наличия или отсутствия: 1) барьеров, препятствующих реализации определенного вида поведения; 2) факторов, способствующих реализации этого вида поведения. Воспринимаемая сила — влияние каждого из этих барьеров или факторов на прекращение определенного вида поведения или на формирование нового вида поведения в сфере здоровья. Таким образом, человек, у которого ярко выражены контролирующие установки на то, что существуют факторы, содействующие поведению, имеет высокий уровень воспринимаемого контроля над поведением. Напротив, человек, у которого ярко выражены контролирующие установки на то, что существуют факторы, препятствующие поведению, будет иметь низкий уровень воспринимаемого контроля.

В течение последних лет теория планируемого поведения была использована для объяснения формирования следующих видов поведения в сфере здоровья (I. Ajzen, 1991; D. Albarracin, B.T. Johnson, M. Fishbein, P.A. Muellerleile, 2001): выполнение физических упражнений; курение; употребление наркотиков; предотвращение ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем; прохождение профилактических медицинских осмотров; обследование на рак молочной железы; соблюдение правил гигиены полости рта. Проведенные в рамках верификации модели исследования показали, что воспринимаемый контроль определяет как намерение, так и поведение в сфере здоровья [по: Montano, Kasprzyk, 2002].

Теория поиска ощущений

Была предложена в 1979 г. М. Зуккерман (M. Zuckerman). Согласно этой теории, люди стремятся к тем видам активности и получения опыта, которые будут способствовать удовлетворению их *потребности в ощущениях*. При этом выделяется два уровня ощущений — высокий и низкий. Теория была разработана для объяснения трудностей, возникающих в процессе коммуникации, направленной на сообщение сведений о сохранении и укреплении здоровья, и применяется для объяснения возникновения поведения, связанного с высоким риском для здоровья, например промискуитета, употребления наркотиков и пр. [по: Theory..., 2001].

Теория утрашения

Создана в 1992 г. К. Витте (K.Witte). Согласно теории, *страх* является одним из существенных факторов, мотивирующих человека к изменению своего поведения на более безопасное для здоровья.

Важным для обеспечения изменения поведения в желательном направлении является то, что сообщение, направленное на стимулирование реакции страха у индивида, должно содержать не только устрашающую информацию, но и вариант решения проблемы. Только в этом случае индивид выберет стратегию контроля угрозы и изменит свое поведение на менее опасное для здоровья. Если же сообщение будет содержать только устрашающую информацию, индивид, скорее всего, выберет стратегию контроля чувства страха. В этом случае он будет использовать одну из малоадаптивных форм поведения: отрицание (например, «Я не подвержен риску заражения СПИДом, это меня не касается»), сопротивление (например, «Они просто манипулируют мной, я буду их игнорировать») или избегание (например, «Это слишком страшно. Я не буду думать об этом»).

Теория стадий изменения поведения (Транстеоретическая модель)

Была разработана в 1980–х гг. для описания тех стадий, которые проходят люди в изменении своего поведения в сторону более благоприятного для здоровья. Авторами являются Дж.О.Прочаска и С.С. ДиКлемементе (J.O. Prochaska, C.C. DiClemente) [Prochaska, DiClemente, 1983]. 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: 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 в течение 30 ближайших дней, 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 в сфере здоровья на более безопасное. 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 [по: Promoting ..., 2000].

Помимо стадий изменения поведения, авторы теории ввели в модель понятия баланса принятия решений, самоэффективности, 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. Выделяется три типа трудных ситуаций: негативное эмоциональное состояние, позитивные социальные ситуации и страстное желание.

Изменение поведения по мере того как человек проходит стадии изменения сопровождается целым рядом скрытых и явных видов активности. Наибольшее подтверждение в исследованиях получило существование таких процессов, как повышение уровня осознания проблемы, сильное подкрепление, изменение самооценки, переоценка окружающей среды, самоосвобождение, установление отношений с теми, кто оказывает поддержку, создание противоположных условий, управление подкреплением, контроль стимулов, социальное раскрепощение.

Повышение уровня осознания проблемы предполагает сообщение и обучение использованию новых фактов, идей и советов, которые поддерживают изменения поведения в сфере здоровья. *Сильное подкрепление* означает переживание негативных эмоций (страх, беспокойство) при реализации поведения, связанного с высоким уровнем риска для здоровья. Изменение самооценки — это осознание того, что необходимое изменение поведения является важной частью самоидентичности. Переоценка окружающей среды связана с осознанием негативного

влияния опасного для здоровья и, соответственно, позитивного влияния благоприятного для здоровья поведения на субъективно значимое социальное и физическое окружение. *Самоосвобождение* предполагает принятие твердого решения о необходимости изменения поведения. Под *установлением отношений с теми*, кто оказывает поддержку, понимается поиск и использование социальной поддержки для изменения поведения в сфере здоровья. *Создание противоположных условий* определяется как замещение опасных для здоровья убеждений и видов поведения убеждениями и поведением, благоприятными для здоровья. *Управление подкреплением* означает предоставление «наград» за позитивные изменения поведения и получение «наказания» за негативные виды поведения. *Контроль стимулов* описывается как удаление сигналов и напоминаний, предрасполагающих к проявлению вредного для здоровья поведения, и введение сигналов и напоминаний, предрасполагающих к проявлению благоприятного для здоровья поведения. *Социальное раскрепощение* — это осознание того, что социальные нормы изменяются в направлении поддержки благоприятных для здоровья поведенческих изменений.

Сегодня насчитывается большое количество работ, направленных на эмпирическую верификацию модели. Часть из них посвящена выявлению стадий, на которых находятся представители популяции, практикующие определенный вид поведения. В частности, в 1992 г. в США было проведено исследование курильщиков, которое показало, что только 20 % курящих находятся на стадии подготовки к изменениям. В другом исследовании, проведенном в том же году Дж.С. Росси (J.S. Rossi), изучалось 15 различных видов поведения «риска». Было показано, что из 2000 респондентов только незначительная часть готова к изменениям.

В 1994 г. Дж.О. Прочаска (J.O. Prochaska) с коллегами изучил 12 видов поведения в сфере здоровья и выявил, что для всех видов характерна стабильная двухфакторная структура выгод и затрат, связанных с изменением. В результате было обнаружено, что соотношение между выгодами и затратами при прохождении различных стадий изменения поведения может быть выражено с помощью простой математической формулы. Применение этой формулы показывает, что для того, чтобы даже немного снизить уровень воспринимаемых человеком затрат, необходимо в два раза увеличить уровень выгод.

Немало исследований было направлено на проверку предположения, что процессы, описывающие изменение поведения в сфере здо-

ровья, характерны для различных видов этого поведения. Результаты демонстрируют, что десять описанных процессов сопровождают изменение поведения в таких сферах, как табакокурение, диета, употребление кокаина, выполнение физических упражнений, использование презервативов и защита от воздействия прямых солнечных лучей. Однако структура этих процессов различна для разных видов поведения. Изменение некоторых видов поведения в сфере здоровья, например прохождение профилактических медицинских осмотров на наличие рака груди, характеризуется меньшим количеством процессов.

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. В одних случаях применение модели было эффективным, в других — нет [Prochaska, Redding, Evers, 2002].

Транстеоретическая 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 [по: Promoting ..., 2000].

Теория, описывающая процесс принятия мер предосторожности

Была предложена Н.Д. Вейнштейн и П.Н. Сандман (N.D. Weinstein, P.N. Sandman). Некоторые аспекты теории обсуждались уже в 1988 г., а полный вариант был опубликован в 1992 г. Цель модели — объяснить, как человек принимает решение относительно сохранения и укрепления своего здоровья и как он переводит это решение в действие. Поэтому центральным в теории является психическое состояние инди-

вида, а не внешние по отношению к индивиду факторы, такие как актуальное или прошлое поведение.

Выделяется семь стадий, которые проходит человек на пути от осознания к действию. На *первой стадии* — отсутствия осознания проблемы — проблема не осознается. На *второй стадии* — отсутствия мнения, что проблема касается человека лично — люди уже что-то знают о проблеме. *Третья стадия* — принятие решения — характеризуется тем, что люди рассматривают проблему как касающуюся их лично и выбирают вариант поведения. Они решают, стоит или не стоит предпринимать действия, направленные на решение проблемы. Если они решили ничего не делать, они переходят на *четвертую стадию* — решения не действовать, и процесс принятия мер предосторожности заканчивается. Если же они решили предпринять определенные действия, то переходят на *пятую стадию* — решения действовать. На *шестой стадии* — действия — люди предпринимают определенные действия, направленные на решение проблемы. *Седьмая стадия* — поддержания поведения — характеризуется тем, что человек продолжает вести себя так, чтобы не быть подверженным влиянию определенных факторов риска.

Теория предполагает, что люди последовательно переходят с одной стадии на другую и не могут пропускать стадии. Однако возможен переход с более поздних стадий на более ранние. Исключение здесь представляют первая и вторая стадии, на которые невозможно перейти со стадий три — семь.

Для того чтобы стимулировать переход с первой стадии на вторую, можно использовать распространение сообщений об угрозе и об эффективных предосторожностях в средствах массовой информации. Переходу со второй на третью стадию способствует общение со значимыми другими и личное столкновение с угрозой для здоровья. Важными для перехода с третьей на четвертую или на пятую стадии являются убеждения о вероятности и опасности угрозы, о личной подверженности угрозе, об эффективности и трудностях принятия мер предосторожности, а также поведение и рекомендации других людей, воспринимаемые социальные нормы, страх и беспокойство. Для перехода с шестой стадии на седьмую необходимы время, усилия, ресурсы, детализированная информация о том, как нужно действовать, напоминания и другие стимулы к действию, поддержка при выполнении действий.

Теория является относительно новой. Ее применили пока только к некоторым видам связанного со здоровьем поведения, в частности, для превенции остеопороза, медицинским обследованиям на рак гру-

ди, вакцинации против гепатита В, тестирования уровня радиоактивно-го газа радона в доме [Weinstein, Sandman, 2002].

Концепция отношения к здоровью

Концепция отношения к здоровью интегрирует все выделенные в других теориях поведения в сфере здоровья факторы, детерминирующие это поведение на уровне личности. Концепция является результатом работы, проведенной многими отечественными исследователями. Это Д.Н. Лоранский, Л.В. Водогреева, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, А.И. Антонова, Р.А. Березовская, Г.С. Никифоров, Л.В. Куликов и др. [Березовская, Никифоров, 2003; Куликов, 2000].

В рамках данной концепции отношение к здоровью рассматривается как один из ведущих элементов самосохранительного поведения. Отношение к здоровью включает в себя три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и мотивационно–поведенческий.

Когнитивный компонент содержит знания человека о здоровье, о том, какие факторы оказывают разрушительное воздействие на здоровье, а какие — позитивное. Также в когнитивный компонент входят представления о роли здоровья в общей жизнедеятельности.

Эмоциональный компонент описывает чувства и эмоции, связанные с состоянием здоровья. Специальное внимание уделяется изменению чувств и эмоций в связи с изменением состояния здоровья.

Мотивационно–поведенческий компонент характеризует особенности поведения человека в сфере здоровья, его действия в случае ухудшения здоровья. Большое внимание уделяется тому, какое место занимает здоровье в структуре жизненных ценностей индивида.

Многочисленные исследования показывают, что на названные компоненты отношения к здоровью влияют гендерная принадлежность, возраст, профессиональная деятельность.

Так, в одном из исследований, проведенных Г.С. Никифоровым, показано, что мужчины в среднем оценивают состояние своего здоровья более пессимистично, чем женщины [Березовская, Никифоров, 2003]. Другое интересное исследование, проведенное под руководством Л.В. Куликова, было направлено на определение ценности, которую имеет здоровье в разные возрастные периоды. Авторами было опрошено 270 жителей Петроградского района Санкт–Петербурга. Потребность в сохранении здоровья имеет одинаковую актуальность для людей, принадлежащих к разным возрастным группам. Однако смысл этой

ценности меняется в зависимости от возраста. Так, в первом периоде среднего возраста здоровье ценится за то, что оно позволяет достичь необходимого уровня обеспеченности. Во втором периоде среднего возраста здоровье ценно само по себе. В пожилом возрасте здоровье ценится потому, что позволяет сохранять более широкий круг социальных связей [Куликов, 2000].

1.2. Уровень группы

На этом уровне поведение индивида рассматривается 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.

Основные теории, описывающие детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне группы, — это теория социального научения; теория проблемного поведения; социально–экологический подход; транзактная модель стресса и преодоления; теория взаимозависимости социального влияния и межличностной коммуникации; концептуальная модель взаимосвязи социальных сетей, социальной поддержки и здоровья (табл. 2).

Теория социального научения

Теория была сформулирована в 1941 г., и в течение нескольких десятков лет развивалась и дополнялась [Miller, Dollard, 1941; Bandura, 1962].

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.

Существующий в сознании человека образ среды обозначается как *ситуация*. На ситуацию влияют восприятие человеком результатов своего поведения (ожидания) и оценка этих результатов. *Оценка результатов* может быть положительной или отрицательной. 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.

Таблица 2. Основные теории, описывающие детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне группы

Теория	Описываемые в теоретической модели факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья
Теория социального научения	Самоконтроль, эффективность, наличие необходимой информации и навыков, оценка результатов поведения на основе прошлого опыта или наблюдения за поведением окружающих (социальных моделей)
Теория проблемного поведения	Личностные факторы и воспринимаемые факторы окружающей среды
Социально-экологический подход	Социальные подсистемы, в которые входит человек
Транзактная модель стресса и преодоления	Стили преодоления, социальная поддержка
Теория взаимозависимости социального влияния и межличностной	Собственные убеждения, ценности, поведение; убеждения, ценности, поведение партнера; взаимное влияние двух взаимодействующих людей (взаимозависимость, отношения взаимозависимости, соответствие результатов)
Концептуальная модель взаимосвязи социальных сетей, социальной поддержки и здоровья	Социальные сети и социальная поддержка

Большое значение придается в теории социального научения наличию у индивида способности вести себя определенным образом. Индивид должен также обладать информацией и навыками, необходимыми для реализации желаемого вида поведения в сфере здоровья. Еще одним важным личностным фактором, влияющим на такое поведение, является *эффективность человека*, т.е. его уверенность в том, что он сможет выполнить необходимые действия (аналог воспринимаемого контроля за поведением).

Кроме того, на поведение в сфере здоровья оказывает воздействие *самоконтроль*. Он включает в себя четкое определение желаемого поведения (например, «Я буду потреблять не более 1200 калорий в день»),

постоянное наблюдение за собой (например, ежедневное измерение веса) и критерий правильного выполнения действия (например, «Я потерял за неделю 1 килограмм веса»).

Одним из примеров подтверждения валидности теории можно считать исследование, проведенное в 1995 г. в городе Игл Пасс (США) в рамках проекта As Su Salud («Ваше здоровье»). Программа была направлена на изменение паттернов поведения людей в области прохождения профилактических медицинских осмотров, а также курения, потребления алкоголя и переедания, и на повышение уровня физической активности. В рамках проекта жителям города демонстрировалось 2 цикла телепередач. В одном из них в качестве ведущих выступали уважаемые в городе врачи, которые рассказывали о том, как сохранить здоровье. Другой цикл передач вышел в виде серии документальных фильмов, где типичные представители популяции выступали в качестве социальных моделей и рассказывали о том, что их побудило к изменению поведения и как они чувствуют себя в результате изменений. Для привлечения внимания жителей к телепередачам в городе действовали специально подготовленные волонтеры.

Проект дал следующие результаты: из 3320 опрошенных жителей города 21 человек бросил курить, 10 человек снизили потребление алкоголя, 328 обратились за профессиональной помощью в медицинские учреждения, 368 изменили диету, 353 увеличили уровень физической активности [Копина, Макалистер, 1995].

Теория проблемного поведения

Авторами являются Р. Джессор и С.Л. Джессор (R. Jessor, S.L. Jessor) [1977]. Согласно этой теории, в зависимости от степени соблюдения индивидом принятых в обществе социальных норм можно выделить следующие два типа поведения: конвенциональное, соответствующее социальным нормам, и проблемное, не соответствующее типу поведения, одобряемому в обществе (употребление алкоголя, наркотиков, слишком раннее начало половой жизни и незащищенные сексуальные контакты).

Выбор подростком того или иного вида поведения зависит от двух систем факторов: системы личностных факторов и системы воспринимаемых факторов окружающей среды. К первой относятся восприятие подростком своего положения в обществе (например самооценка), мотивы и ценности (например ценность высокой успеваемости в школе) и внутренние регуляторы поведения (например религиозные убеждения).

Система воспринимаемых факторов окружающей среды включает в себя такие воздействия, как поддержка и контроль со стороны родителей, поведение и влияние друзей.

Социально–экологический подход

Авторами являются Л.В. Грин, М.В. Креутер (L.W. Green, M.W. Kreuter) [1999]. В рамках подхода рассматриваются личностные характеристики и факторы окружающей среды, влияющие на поведение в сфере здоровья. Предполагается, что между поведением и окружающей средой существуют двойные связи: с одной стороны, среда определяет поведение человека, а с другой стороны, деятельность, поведение человека приводит к изменению окружающей среды.

Поведение в сфере здоровья формируется множеством *социальных подсистем*, таких как семья, общность, место работы, культурные убеждения и традиции, экономика, физическая среда обитания, сеть социальных отношений. Поэтому усилия по распространению идей о здоровье должны быть направлены на те подсистемы, от которых зависит, какой тип поведения в сфере здоровья в конечном счете выберет человек.

Подход описывает, как изменения в одной из подсистем приводят к изменениям в других подсистемах. Отсюда необходимы комплексные усилия по формированию у населения поведения, направленного на сохранение здоровья. Следует, кроме того, учитывать и специфику той общности, с представителями которой ведется профилактическая работа.

Основным недостатком модели в литературе признается невозможность ее эмпирической проверки при помощи традиционных эмпирических методов [по: Promoting ..., 2000].

Транзактная модель стресса и преодоления

Авторами являются Р.С. Лазарус, С. Фолкман и Дж. Москович (R.S. Lazarus, S. Folkman, J. Moskowitz). Модель описывает процесс преодоления жизненных событий, вызывающих стресс. Эти события в рамках названной модели рассматриваются как взаимодействие человека с окружающей средой, в процессе которого воздействие внешнего фактора, вызывающего стресс, опосредуется оценкой индивида, а также имеющимися у него психологическими, социальными

ми и культуральными ресурсами. Столкнувшись с фактором, вызывающим стресс, человек оценивает уровень угрозы (первичная оценка) и свою способность изменить ситуацию и преодолеть возникшие трудности (вторичная оценка). На основе вторичной оценки формируется какое-либо эмоциональное состояние. Предпринимаемые попытки преодоления стресса могут быть направлены на ситуацию (предметное преодоление) или на свое эмоциональное состояние (эмоциональное преодоление) и приводят к конкретным результатам (например к комфортному психологическому состоянию, приверженности к некоторому виду поведения).

Первичную оценку можно определить как суждение человека о значении события: вызывает ли оно стресс, является ли позитивным, поддается ли контролю, бросает ли вызов, является ли благоприятным или не имеет значения. Первичная оценка включает в себя оценки личной подверженности угрозе, степени серьезности угрозы, а также соответствия угрозы содержанию личностной мотивации, причины подверженности воздействию угрозы. По данным многочисленных исследований, в зависимости от степени личного риска и серьезности угрозы человек может предпринимать действия, направленные на предметное или эмоциональное преодоление стрессового фактора, либо проявлять избегающее поведение (игнорирование угрозы). Кроме того, при сильном воздействии стрессогенного фактора на личностно-значимые цели (высокое соответствие мотивации) человек проявляет беспокойство и испытывает дистресс. Понимание человеком того, что он сам подверг себя воздействию стрессогенного фактора, чаще вызывает не беспокойство, а чувство вины и депрессию.

Вторичная оценка определяется как оценка человеком имеющихся у него ресурсов и вариантов поведения, пригодных для преодоления воздействия стресса. К ней относятся воспринимаемые возможности изменить ситуацию и справиться с эмоциональными реакциями, вызываемыми стрессогенным фактором, а также ожидания относительно эффективности имеющихся ресурсов, которые можно использовать для преодоления трудностей (например самооффективность в противодействии стрессогенному фактору).

Предпринимаемые попытки воздействовать на ситуацию, как указывалось, могут быть двух видов: попытки, направленные на решение проблемы, и попытки, направленные на контроль эмоционального состояния. Примерами попыток решения проблемы являются активные усилия по противодействию трудностям или поиск информации.

Попытки контроля своего эмоционального состояния предполагают изменение собственного мнения или чувств по отношению к стрессогенной ситуации. Это, например, поиск социальной поддержки, выражение эмоций, избегание или отрицание. Согласно транзактной модели, стратегии поведения, предполагающие решение проблемы, наиболее эффективны тогда, когда стрессогенный фактор поддается воздействию. Стратегии поведения, предполагающие контроль эмоционального состояния, наиболее продуктивны в тех случаях, когда повлиять на стрессогенный фактор невозможно или когда уже предпринятые попытки изменить ситуацию оказались безуспешными.

Результаты преодоления представляют собой адаптацию человека к воздействию стрессогенного фактора, проистекающую из оценки ситуации, ресурсов и усилий, направленных на преодоление. Выделяются три основных типа результата: благоприятное эмоциональное состояние, функциональный статус (например стадия заболевания) и поведение, направленное на сохранение здоровья (например разговор с лечащим врачом, выполнение всех назначенных процедур).

На само возникновение попыток преодоления и на его результаты оказывает влияние особый вид преодоления — преодоление, основанное на смысле. Здесь подразумевается такой процесс преодоления, который вызывает положительные эмоции. Положительные эмоции, в свою очередь, поддерживают процесс преодоления, так как стимулируют повторные попытки решения проблемы или управления эмоциями. Основанное на смысле преодоление предполагает проведение повторной оценки, пересмотр целей, религиозные убеждения и некие позитивные события.

Особенности первичной и вторичной оценок, попыток и результатов преодоления, а также основанного на смысле преодоления определяют присущим личности стилем преодоления и социальной поддержкой. Стель преодоления отличается от попыток тем, что попытки преодоления обусловлены ситуацией, стиль же от нее не зависит. Возникновение попыток преодоления обусловлено первичной и вторичной оценками, а стиль преодоления определяет их содержание. В рамках описания стилей преодоления рассматриваются наличие/отсутствие жизненных целей, чувство когерентности, оптимизм, поиск/избегание информации. При рассмотрении социальной поддержки используются как количественные (например число друзей), так и качественные (например чувство включенности) характеристики [Wenzel, Glanz, Lerman, 2002].

Теория взаимозависимости социального влияния и межличностной коммуникации

Была предложена в 1996 г. С.Е. Расбалт и П.А.М. Ван Ланге (С.Е. Rusbult, P.A.M. Van Lange). Это двухуровневая социально–психологическая теория, которая объясняет воздействие социального влияния и коммуникаций на поведение. Итоговой поведенческой характеристикой являются в рамках теории результаты, которые получают взаимодействующие партнеры. Эти результаты отражают собственные мысли, эмоции и поведение партнеров, связанные с данным взаимодействием. Кроме того, партнеры выносят из взаимодействия разделяемые ими или общие выводы, связанные с целями взаимодействия (т.е. разделяемые реакции и чувства относительно взаимодействия). Например, врач и пациент могут придти к общему выводу об эффективности лечения, специалист в сфере общественного здоровья и его клиент могут придти к общему выводу о важности полученной в ходе взаимодействия информации для здоровья, а супруги могут придти к общему выводу о необходимости поддержания здоровья членов семьи.

В основе теории взаимозависимости лежит более общая теория социального обмена, разработанная Х.Х. Келли и Дж.В. Сибатт (Н.Н. Kelly, J.W. Thibaut) в 1978 г. Теория социального обмена рассматривает, какие награды люди получают друг от друга в ходе взаимодействия и чем они за это платят. Награда может быть измеримой (например деньги) или неизмеримой (например удовольствие). Центральное правило обмена наградами в межличностных отношениях заключается в том, что для того, чтобы получить награду, мы должны сами ее предоставить. Таким образом, как формальные, так и неформальные отношения, направленные на изменение поведения в сфере здоровья, будут более эффективными в том случае, когда взаимодействие между агентом и получателем воздействия взаимовознаграждается.

Норма взаимного обмена не применяется лишь в двух типах отношений: в формальных отношениях, где существуют четко определенные взаимодополняющие роли (например врач и больной), и в длительных, продолжительных неформальных отношениях, предполагающих эмоциональную близость (например отношения между членами семьи). Тем не менее даже в этих случаях норма взаимообмена может лежать в основе влияния и коммуникации, связанных с поведением в сфере здоровья.

В то время как теория социального обмена рассматривает обмен наградами и его последствия, теория взаимозависимости уделяет основное внимание тем видам результатов, которые могут получить взаимодействующие партнеры, и тому, как на эти результаты влияют отношения между партнерами. Ключевыми понятиями теории являются взаимозависимость, отношения взаимозависимости и соответствие результатов.

Взаимозависимость — процесс, посредством которого люди влияют на опыт других людей, или воздействие, которое они оказывают на их мотивы, предпочтения, поведение и результаты. Поведение индивида в сфере здоровья определяется:

- его собственными убеждениями, ценностями и поведением;
- убеждениями, ценностями и поведением партнера;
- взаимным влиянием двух взаимодействующих людей.

Поведение человека в диаде никогда не свободно от влияния, которое оказывает на него поведение партнера. Применительно к сохранению здоровья здесь обычно рассматривается либо взаимодействие членов семьи (например детей и родителей, супругов), либо взаимодействие врача с пациентом.

Понятие взаимозависимости имеет большое значение для объяснения поведения в сфере здоровья по двум причинам. Во-первых, оно предполагает, что взаимодействие в этой сфере должно рассматриваться не только с точки зрения того, на кого направлено воздействие, но и с точки зрения того, кто это воздействие оказывает. Во-вторых, наличие взаимозависимости выдвигает требование четкого разделения того, что в поведении человека в сфере здоровья определяется его личностными характеристиками, что — воздействием партнера, а что выступает как результат взаимного влияния.

Отношения взаимозависимости являются структурными элементами отношений, которые сближают людей или заставляют их разойтись. Согласно теории взаимозависимости, если для отношений характерны черты, которые сближают людей (например равенство или чувство привязанности), то воздействие отношений на поведение в сфере здоровья и коммуникация, направленная на желаемое изменение поведения, могут стать более эффективными. Напротив, если для отношений характерны черты, способствующие прекращению общения (например конфликты или разногласия), то эффект воздействия отношений на поведение в сфере здоровья и эффект коммуникации, направленных на изменение поведения в сфере здоровья, снижается.

Понятие соответствия результатов применяется для описания влияния изменений связанного со здоровьем поведения на межличностные отношения. Соответствие результатов — степень согласия взаимодействующих партнеров в отношении разделяемых или объединенных результатов. Соответствующими результаты являются в том случае, если партнеры едины в определении желаемого поведения (например, вместе ставят цели). Несопответствующими результаты являются тогда, когда партнеры полностью не согласны друг с другом в определении желаемого поведения.

Степень *соответствия результатов* важно учитывать при взаимодействии, направленном на изменение поведения в сфере здоровья, по трем причинам. Во-первых, степень соответствия результатов позволяет предположить, насколько конфликтными могут быть изменения поведения. Например, если один из супругов бросил курить, а второй — нет, то курение второго партнера может стать источником конфликта. При работе с такой парой специалист в области общественного здоровья должен учитывать, что для успешных изменений поведения человека информации о вреде курения будет недостаточно. Во-вторых, необходимость оценки степени соответствия результатов у партнеров заставляет обратить внимание на существенные для изменения поведения в сфере здоровья ценности, мотивы и барьеры. Предварительное выявление потенциальных источников разногласия может помочь отдельным индивидам и супружеским парам выработать адекватную оценку как барьеров для изменения поведения, так и тех результатов, которые являются для них значимыми. В-третьих, степень соответствия определяет, насколько легко взаимодействующие партнеры смогут принять решение об изменении поведения в сфере здоровья. В том случае, когда соответствие больше, принятие решения происходит легче. Здесь работа специалиста в области общественного здравоохранения должна быть направлена на предоставление информации, формирование навыков и поддержку усилий по изменению человеком своего поведения.

В качестве агентов социального влияния в рамках данной теории выступают родители, супруги, дети, врачи, специалисты в области общественного здравоохранения. Все они могут быть и целевыми группами, на которые оказывается социальное влияние. Предполагается, что успешность коммуникации обусловлена социальными нормами, характеристиками отношений, более крупными системами и социально-демографическими характеристиками [Lewis, DeVellis, Sleath, 2002].

Концептуальная модель взаимосвязи социальных сетей, социальной поддержки и здоровья

Социальная сеть — сеть межличностных отношений, в которые включены индивиды. Обеспечение социальной поддержки — одна из важнейших психологических функций межличностных отношений. Социальная сеть — комплекс связей между людьми, который обеспечивает (или не обеспечивает) социальную поддержку. Конечно, социальные сети выполняют и другие функции, помимо обеспечения социальной поддержки входящих в них индивидов.

Структура социальных сетей может быть описана как на основе характеристик диадического взаимодействия (т.е. отношений между каждым отдельным индивидом и каждым другим человеком в его социальной сети), так и на основе характеристик сети как целого. Характеристики диады таковы:

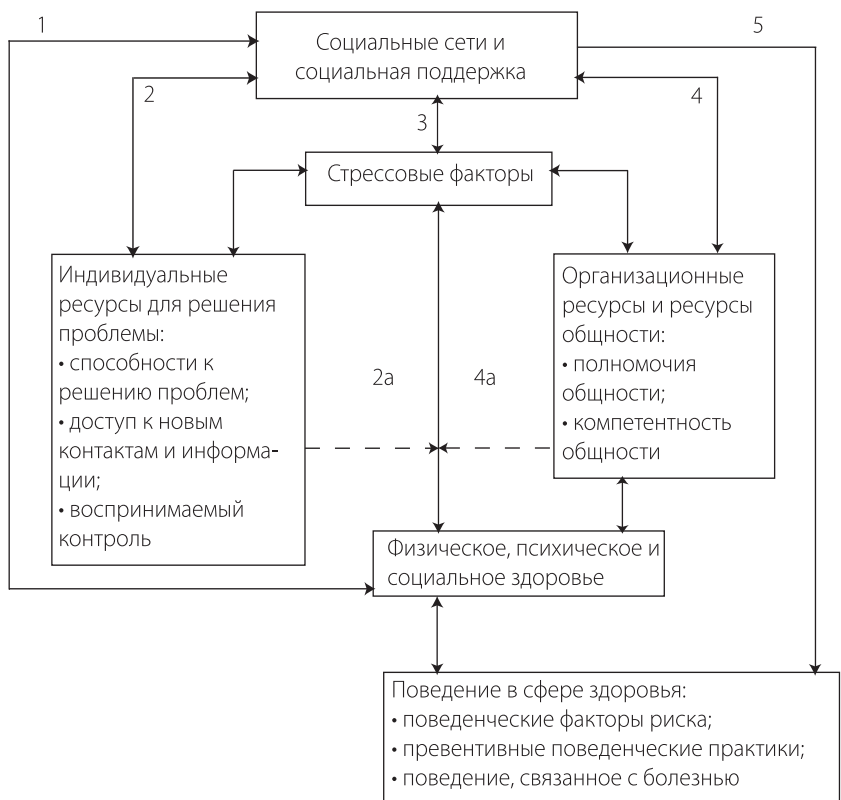
- взаимность — степень, в какой человек получает и предоставляет другим людям ресурсы и поддержку в отношениях;
- интенсивность — степень эмоциональной близости в отношениях;
- сложность — степень, в какой социальные отношения выполняют все другие, помимо поддержки, функции.

Характеристики сети как целого следующие:

- плотность — степень, в какой члены сети знакомы и взаимодействуют друг с другом;
- однородность — степень схожести социально-демографических характеристик членов общности, входящих в социальную сеть;
- географическая разбросанность — степень близости места жительства входящих в сеть членов общности к месту жительства данного члена общности.

Согласно Дж.С. Хауз (J.S. House), социальную поддержку как функциональную составляющую межличностных отношений можно подразделить на четыре широких типа поддерживающего поведения или поддерживающих действий:

- эмоциональная поддержка — выражение эмпатии, любви, доверия и заботы;
- инструментальная поддержка — осязаемая помощь и услуги;
- информационная поддержка — советы, предложения и информация;
- оценочная поддержка — информация, которая важна для поддержания позитивной самооценки.



Концептуальная модель взаимосвязи социальных сетей, социальной поддержки и здоровья (объяснение в тексте)

Модель отражает механизм позитивного воздействия социальных сетей и социальной поддержки на физическое, психическое и социальное здоровье индивида. Согласно модели, социальные сети и получаемая по ним социальная поддержка являются исходным пунктом, с чего начинается воздействие на здоровье. Между многими элементами модели существуют двусторонние связи. Так, например, и само состояние здоровья влияет на способность индивида поддерживать и использовать социальные связи.

Стрелка 1 на рисунке отражает предполагаемое направление действия социальных сетей и социальной поддержки на здоровье. В частности, данные эмпирических исследований показывают, что удовлет-

ворение потребности человека в общении, потребности иметь близких людей, принадлежать к определенной группе и осознавать, что он является значимым для других, может способствовать улучшению состояния здоровья вне зависимости от уровня стресса. Стрелки 2 и 4 отражают воздействие социальных сетей и социальной поддержки на ресурсы преодоления трудностей, имеющиеся у индивида и у общности в целом. Так, социальные сети и социальная поддержка способны облегчить доступ человека к информации и контактам, необходимым для решения какой-либо проблемы. Развитие социальных связей и обмен социальной поддержкой повышают способность общности накапливать ресурсы и решать проблемы.

Ресурсы, имеющиеся как у отдельных членов общности, так и у общности в целом, могут использоваться для достижения положительных изменений в здоровье общности, а также для снижения негативного воздействия каких-либо факторов на здоровье. Когда человек переживает стрессогенное воздействие, имеющиеся у него индивидуальные ресурсы и ресурсы общности увеличивают вероятность успешного преодоления, а негативное воздействие стресса на здоровье будет минимальным. Этот эффект получил название «буферного». На рисунке он изображен стрелками 2а и 4а.

Стрелка 3 отражает факт того, что социальные сети и социальная поддержка могут влиять на частоту и продолжительность воздействия стрессогенных факторов. Например, работодатель, который оказывает социальную поддержку работнику, может следить за тем, чтобы сотрудник не выполнял работу большего объема, чем он может сделать за рабочее время.

Стрелка 5 показывает, что социальная поддержка и социальная сеть воздействуют и на поведение в сфере здоровья. Путем влияния на превентивные поведенческие практики, поведение при заболевании и в роли больного социальные сети и социальная поддержка способны ускорять или замедлять выздоровление.

Можно выделить четыре основных вида воздействия на поведение в сфере здоровья, основанных на использовании свойств социальных сетей.

- Упрочение существующих социальных связей — предполагает выработку у членов социальной сети навыков предоставления поддержки; обучение индивидов использованию и поддержанию социальных сетей; системный подход, включающий в себя использование некоторых специальных техник (например семейной терапии).

- Развитие новых связей внутри социальных сетей — предполагает создание связей с «наставниками» (люди, которые уже справились со сходной проблемой); установление связей с теми членами общности, кто также подвержен данной проблеме; координацию работы групп самопомощи.
- Усиление эффектов сети посредством использования «помощников» из числа членов общности — предполагает идентификацию людей, которые практически осуществляют помощь в общности; анализ социальных сетей, в которые включены эти люди; их обучение стратегиям оказания помощи и решения проблем общности.
- Усиление эффектов социальных сетей путем развития потенциала общности, необходимого для решения проблем общности, предполагает выявление в общности пересекающихся социальных сетей, анализ социальных характеристик тех членов сетей, которые обладают определенными потребностями или являются представителями целевой группы, повышение интенсивности процессов выявления и решения проблем [Heaney, Israel, 2002].

1.3. Уровень общности

Теоретические модели, рассматривающие связанное со здоровьем поведение на уровне общности, соотносят цели изменения поведения индивида с более широкими целями формирования здорового образа жизни населения в целом. Эти модели в качестве теоретической основы своей практической работы используют теми социальными организациями и институтами, деятельность которых связана с сохранением и укреплением здоровья населения — школами, правительственными структурами и общественными организациями.

В теориях, описывающих детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне общности, рассматриваются механизмы изменения поведения отдельных групп населения в сфере здоровья, а также факторы успешности целевого воздействия на аудиторию. К ним относятся теория организации общности, теория стадий изменения, теория распространения инноваций, континуум изменения поведения аудитории и теория коллективных действий в общности (табл. 3).

Теория организации общности

Организация общности — процесс, посредством которого группам населения, имеющим сходные проблемы в сфере здоровья, специа-

листы помогают определить общие проблемы или цели, мобилизовать ресурсы, разработать стратегии достижения целей.

Таблица 3. Основные теории, описывающие детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне общности

Теория	Описываемые в теоретической модели факторы, влияющие на поведение в сфере здоровья
Теория организации общности	Навыки, компетентность, активность, критическое сознание определенных социальных групп
Теория стадий изменения	Осознание, анализ проблем, обдумывание, принятие решений (на уровне организации)
Теория распространения инноваций	Характеристики продукта в сфере здоровья, каналы распространения информации о продукте
Континуум изменения поведения аудитории	Содержание информации, которая подается на каждой из стадий изменения поведения
Теория коллективных действий в общности	Уровень самостоятельности общности при решении проблем в сфере здоровья

Основными понятиями, которые используются в рамках данной теории, являются следующие: предоставление возможности, компетентность общности, участие и уместность, выбор результата, критическое сознание. *Предоставление возможности* предполагает, что каждый человек или группа людей получают навыки и возможности, необходимые для осуществления изменений. Под *компетентностью общности* понимается способность группы включиться в процесс решения проблемы. *Участие и уместность* означают, что все, кто проходит обучение, должны быть активными участниками программы, и там, где находятся люди, должна идти работа. *Выбор результата* предполагает выбор из простых видов деятельности, на которых нужно сосредоточиться при реализации того или иного мероприятия. *Критическое сознание* связано с достижением людьми понимания глубинных причин той или иной проблемы в сфере здоровья.

Эта теория схожа с теорией планируемого поведения. В частности, компетентность общности является аналогом воспринимаемого контроля над поведением.

Теория организации общности практически использовалась группами больных ВИЧ/СПИДом, защищающих права женщин в области здоровья,

а также теми, кто перенес рак молочной железы. На основе этой модели поведения им удалось привлечь внимание общественности к своим проблемам и получить ресурсы, необходимые для удовлетворения своих потребностей в виде медицинского обслуживания, соответствующей политики в области здравоохранения, проведения дополнительных обследований.

Теория стадий изменения

Теория предназначена для описания организационных воздействий на здоровье и предполагает, что каждая организация проходит четыре стадии изменения: определение проблемы (стадия осознания), инициация действия (стадия принятия), осуществление изменений, закрепление изменений в организации.

На *первой стадии* происходит осознание и анализ проблем, обдумывание и оценка решений. На *второй стадии* формируется политика организации в отношении решения той или иной проблемы в области здоровья, распределяются ресурсы, необходимые для того, чтобы начался процесс изменений. На *стадии осуществления изменений* реализуется программа, что вызывает определенные реакции членов организации и изменение их социальных ролей. *Закрепление изменений в организации* предполагает, что политика или программа становятся одним из направлений деятельности организации, а новые цели и ценности встраиваются в уже существующую систему.

Теория распространения инноваций

Теория рассматривает возможности внедрения на рынок новых продуктов, позволяющих диагностировать заболевания на более ранних стадиях и снизить временные и материальные затраты, связанные с посещением врача. Основная задача практического применения теории состоит в том, чтобы убедить людей в целесообразности использования медицинских изобретений.

Двумя центральными категориями теории являются характеристики нововведения и каналы коммуникации. В качестве *характеристик нововведения* выделяются: относительное преимущество, согласованность, сложность, испытанность, возможность наблюдать результаты применения. Наличие у нововведения относительных преимуществ предполагает, что оно в некоторой степени превосходит тот продукт, программу или идею, которую заменяет. Согласованность означает, что

новый продукт согласуется с ценностями, привычками, опытом и потребностям тех, кто в дальнейшем будет его использовать. Под сложностью понимается то, насколько новый продукт трудно понять или использовать. Испытанность определяется как количество экспериментальных проверок, которые прошел новый продукт прежде чем его стали рекомендовать к использованию. Возможность наблюдать результаты применения означает, что потенциальному потребителю нового продукта должны быть доступны графики, схемы и другие наглядные сведения, позволяющие оценить эффективность использования продукта.

Теория предполагает, что для распространения информации о новом продукте необходимы два *канала коммуникации*: средства массовой информации и работники системы здравоохранения или общественных организаций, непосредственно взаимодействующие с больными. Работникам здравоохранения и общественных организаций придается здесь наибольшее значение, так как именно они доводят непосредственно до потребителя транслируемую СМИ информацию, повышая тем самым вероятность использования нового продукта каждым конкретным больным [по: Theory ..., 1997].

Континуум изменения поведения аудитории: возможные стратегии коммуникации

Этот теоретический подход предложил К. Кабанеро–Верзоса (С. Cabanero–Verzosa) для описания воздействия на аудиторию с целью изменения ее поведения в сфере здоровья. Такое поведение рассматривается как континуум, в котором существует пять следующих точек:

- 1) проблема не осознается;
- 2) проблема осознается, обдумывается, ведется поиск информации, необходимой для ее решения;
- 3) формируется мотивация к изменению;
- 4) происходит апробация нового вида поведения;
- 5) поддерживается новый вид поведения.

Для каждой из названных точек континуума выделяются *специфические стратегии воздействия на аудиторию*. Так, в случае, когда проблема не осознается, рекомендуется стимулировать осознание проблемы и предложить вариант ее решения. На стадии осознания проблемы предлагается определить выгоды и затраты, необходимые для изменения поведения. На стадии мотивации к изменению автор предлагает пре-

доставить аудитории логичную информацию и использовать для формирования мотивации те группы, в которые входит индивид. На стадии апробации нового вида поведения рекомендуется обеспечить аудиторию дополнительной информацией, увеличить выгоды и уменьшить затраты индивида, переходящего к новому виду поведения, помочь ему выработать навыки, необходимые для осуществления данного поведения, а также обеспечить социальную поддержку [Cabanero–Verzosa, 1996].

Теория коллективных действий в общности

Центральным понятием данного теоретического подхода является *коалиция*. Это объединение членов общности в их усилиях по сохранению и укреплению здоровья. Так, многие люди заинтересованы в успешном решении проблем, например, здоровья детей. В последние десятилетия преимущества коалиций в сфере общественного здоровья становятся все более очевидными для специалистов.

Ключевой аспект теории заключается в выделении *стадий*, которые проходят коалиции в процессе своего формирования и которые не похожи на стадии изменения индивидуального поведения. Перечислим их.

1. Стадия формирования. Коалиция создается и выделяет инициативную группу для организации своей работы.
2. Стадия поддержания. Коалиция выполняет работу по оценке, планированию, отбору и применению стратегий. Это опасная для коалиции стадия — если планирование и решение задач не эффективно, люди теряют интерес и приверженность к деятельности коалиции.
3. Институционализационная стадия. Переход на эту стадию осуществляется в том случае, если коалиции становятся самостоятельными организациями или образуют в общности самостоятельные институты [Kreuter e.a. 2003].

Анализ современных теоретических представлений о связанном со здоровьем поведении показывает, что это поведение рассматривается как имеющее множественную детерминацию. Такая детерминация реализуется на уровнях личности, группы и общности в целом. В свою очередь, на каждом из 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 и др.;

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, присущий той социальной общности, в которую индивид интегрирован.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Березовская Р.А., Никифоров Г.С.* Отношение к здоровью// Психология здоровья: Учебник для вузов/ Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. С. 275–291.
2. *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во С.–Петербург. ун-та, 1999.
3. *Копина О.С., Макалустер А.* Подходы к изменению поведения населения в медицинских профилактических программах в США// Вопросы психологии. 1995. №5. С. 128–141.
4. *Куликов Л.В.* Осознание здоровья как ценности// Психология здоровья/ Под ред. Г.С.Никифорова. СПб.: Изд-во С.–Петербург. ун-та, 2000. С. 240–282.
5. *Bandura A.* Social learning through information// Nebraska symposium on motivation Vol. 10/ Ed. by M.R. Jones. Lincoln: University Nebraska press, 1962.
6. *Cabanero–Verzosa C.* Communication for behavior change. The world Bank, 1996.
7. *Green L.W., Kreuter M.W.* Health promotion planning: an educational and ecological approach. California: Mayfield Publishing, 1999.
8. *Heaney C.A., Israel B.A.* Social networks and social support// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. New Jersey: A Willy Imprint, 2002. P. 185–209.
9. *Janz N.K., Champion V.L., Strecher V.J.* The health belief model// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ibid. P. 45–66.
10. *Jessor R., Jessor S.L.* Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth. N.Y.: Academic press, 1977.
11. *Kreuter M.W., Leziu N.A., Kreuter M.W., Green Z.W.* Community Health Ideas that Work. Jones and Bartlett Publishers. Vol. XIX. 2–nd edition/ Ed. by M.W. Kreuter. Sudbery, Massachusetts, 2003.
12. *Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B.* Social influence and interpersonal communication in health behavior// Health behavior and health educa-

tion: theory, research, practice/ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. New Jersey: A Wiley Imprint, 2002. P. 240–264.

13. *Miller N.E., Dollard J.* Social learning and imitation. New Haven, Conn.: Yale University Press, 1941.

14. *Montano D.E., Kasprzyk D.* The theory of reasoned action and the theory of planned behavior// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. New Jersey: A Wiley Imprint, 2002. P. 67–98.

15. *Prochaska J.O., DiClemente C.C.* Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change// Journ. of Consulting and Clinical Psychology. 1983. № 51. P. 390–395.

16. *Prochaska J.O., Redding C.A., Evers K.E.* The transtheoretical model and stages of change// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. New Jersey: A Wiley Imprint, 2002. P. 99–120.

17. *Promoting nutrition and physical activity through social marketing/* Ed. by R. Alcala, R.A. Bell. California: University of California, 2000.

18. *Theory at a glance: a guide for health promotion practice.* National Institute of Health, National Cancer Institute, 1997.

19. *Theory Workbook.* Kentucky: University of Kentucky, 2001.

20. *Weinstein N.D., Sandman P.M.* The precaution adoption process model// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. New Jersey: A Wiley Imprint, 2002. P. 121–143.

21. *Wenzel L., Glanz K., Lerman C.* Stress, coping and health behavior// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ibid. P. 210–239.

22. *Witte K.* Preventing AIDS through persuasive communications: A framework for constructing effective, culturally-specific, preventive health messages// Intellectual community, 1992.

23. *Zuckerman M.* Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. Hillsdale; New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1979.

ГЛАВА 2. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ В ПРОГРАММАХ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, РЕАЛИЗУЕМЫХ В РОССИЙСКИХ ВУЗАХ

Профилактических программ в сфере здоровья, реализуемых в российских вузах и описанных в литературе, сравнительно не много. Тем не менее их анализ позволяет с достаточной полнотой судить как о содержании и направленности профилактической деятельности в студенческой среде, так и о теоретических основаниях этой деятельности. В той мере, в какой анализируемые профилактические программы включали в себя оценку эффективности, можно говорить и о валидности использованных в них теоретических моделей для социокультурной ситуации российского вуза.

В большинстве высших учебных заведений страны формирование здорового образа жизни среди студенчества реализуется путем преподавания дисциплин, предусмотренных государственным образовательным стандартом: основы медицинских знаний и профилактики болезней, валеология, здоровый образ жизни (ЗОЖ), безопасность жизнедеятельности, различные курсы по выбору. Большая работа по формированию здорового образа жизни среди студенчества проводится в рамках специальных программ профилактики, функционирования центров психологического консультирования и центров здоровья.

Эффективность гигиенического воспитания повышается при создании в высших учебных заведениях оздоровительных центров, которые могут включать в себя кабинет здорового образа жизни, комнату психологической разгрузки, спорткомплекс, телефон доверия и др. Гигиеническое воспитание в высших учебных заведениях, проводимое специалистами вузов, должно осуществляться во взаимодействии со специализированными учреждениями гигиенического воспитания, лечебно-профилактическими учреждениями (поликлиники, врачебно-физкультурные и наркологические учреждения) [Гигиеническое воспитание, 1993].

Анализ литературы, где рассматриваются теоретические модели, являющиеся основой вузовских программ профилактики, показал отсутствие единого понимания содержания и места моделей в практической профилактической деятельности как в России, так и в других странах. Тем не менее описываемые в литературе программы вполне могут быть проанализированы с позиций современных теоретических подходов к формированию и изменению поведения в сфере здоровья.

Исходя из классификации существующих в данной области теорий, приведенной в предыдущей главе, можно констатировать, что наиболее распространены в отечественных вузах программы, базирующиеся на теориях, описывающих детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне личности. Это теории убеждений о здоровье, разумного действия, планируемого поведения, поиска ощущений, утраченного, а также теория стадий изменения поведения и концепция отношения к здоровью.

Примером применения *теории убеждений о здоровье* может служить работа, проводимая в Самарском государственном университете [Кретьева, 2003]. Эмпирической основой планирования этой работы явились результаты опроса студентов и школьников старших классов относительно употребления ими различных психоактивных веществ. Анализируя эти результаты, автор делает вывод, что пропаганда здорового образа жизни является насущной проблемой современного воспитания молодого поколения.

При планировании профилактической работы оценку ситуации, влияющей на различные аспекты здоровья и отношения к нему молодежи, необходимо осуществлять на основе данных социологического исследования, что наглядно показывает описываемая работа. Действительно, содержательная связь значимой эпидемиологической информации с практической деятельностью по реализации профилактических программ является одним из важнейших вопросов в их разработке, внедрении и оценке.

Самарские педагоги полагают, что одной из ведущих задач обучения студентов является формирование у них бережного отношения к своему здоровью. Дисциплина «Основы медицинских знаний» преподается студентам всех факультетов Самарского государственного университета. Знакомство с дисциплиной начинается с анализа таких понятий, как здоровье, факторы, его определяющие, и здоровый образ жизни. Специальные семинары посвящены проблемам табакокурения, алкоголизма, наркомании и токсикомании. В процессе обучения демонстрируются учебные фильмы и другой наглядный материал по влиянию алкоголя, табака и наркотиков на организм человека. Показателем эффективности проводимых в рамках учебного процесса мероприятий является активность участия студентов в образовательном процессе — обсуждение различных аспектов здоровья, включая собственное поведение в сфере здоровья, подготовка сообщений по темам семинаров. Конечно,

проведение повторной оценки распространенности потребления психоактивных веществ в студенческой среде по прошествии определенного времени после прохождения этого учебного курса позволило бы более точно оценить эффективность и действенность подхода.

Довольно часто реализуемая программа не укладывается в рамки какой-либо одной теории. Так, *концепция индивидуализации здоровьенаправленного физкультурного образования*, разработанная в Уральском государственном техническом университете, основывается на *теории разумного действия и теории планируемого поведения*, описывающих поведение в сфере здоровья на уровне личности, а также содержит элементы *теории социального научения*, описывающей поведение в сфере здоровья на уровне группы.

Обращение исследователей и специалистов в области физической культуры и спорта к проблеме формирования культуры здоровья в виде разработки авторских программ физического воспитания, исходящих из идей здравостроительства, здравотворчества и здоровьесбережения, представляется весьма плодотворным. Действительно, существующие подходы в оздоровительной физической культуре предусматривают эффект укрепления прежде всего физического здоровья. Что же касается здоровья психического и социального, то положительное влияние физической культуры часто рассматривается здесь как само собой разумеющееся. Между тем, не всякий физически здоровый, физически развитый и даже тренированный человек застрахован от риска формирования зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Отнюдь не все виды физкультурно-спортивной деятельности в равной мере развивают те личностные качества, которые позволяют человеку противостоять вовлечению в употребление ПАВ. По мнению автора концепции, в первичной профилактике наркозависимости наиболее эффективны лично-ориентированные технологии непрерывного физкультурного образования, включающие в себя одновременную или последующую ориентацию на регулярные занятия такими видами спорта, которые в наибольшей степени снижали бы риск формирования зависимости от ПАВ [Чудиновских, 2003].

Важнейшим направлением в оздоровлении молодежной среды в рамках данной концепции признается спортивно-рекреационная деятельность. При этом в среде старшеклассников и студентов предпочтение отдается спортивным играм, позволяющим в ходе открытых параллельных транзакций на уровне «взрослый — взрослый» оптимизировать протекание процессов социализации личности. Как достаточно высокая оценивается по данным массовых обследований школь-

ников и студентов оздоровительная эффективность спортивных игр рекреационной направленности. Вместе с тем, проведенные в университете исследования показывают низкий уровень овладения выпускниками средней школы технико–тактическими действиями в спортивных играх. Недостаточная успешность совместной со сверстниками игровой деятельности, в свою очередь, снижает мотивацию к занятиям и существенно ограничивает свободу выбора видов занятия физкультурой и спортом. В результате предметом выбора остаются лишь виды физкультурно–спортивной деятельности с высоким уровнем монотонии.

Концепция индивидуализации здоровьенаправленного физкультурного образования школьников и студентов, практически реализующая идеи гуманизации образования и личностно–ориентированного подхода, позволила спроектировать и организовать учебно–воспитательный процесс на основе принципов модульного обучения, гибкости, осознанной перспективы и разносторонности методического консультирования обучающихся. Важными аспектами реализации концепции выступают осознание занимающимися уровня своей обученности, их активность и самостоятельность в повышении последней.

Реализацию на уровне личности предусматривает и территориальная программа профилактики заболеваний и укрепления здоровья «*Остров безопасности*», разработанная муниципальным медицинским учреждением здравоохранения «Центр медицинской профилактики» г. Оренбурга [Карева, Рябов, Коломиец, 2003]. В ее основе лежат *теория разумного действия* и *теория планируемого поведения*.

Удовлетворенность потребности в безопасности проявляется в уверенности в завтрашнем дне, в самом себе, а также в осознании своих возможностей. У молодежи неудовлетворенность названной потребности часто выступает серьезной личностной проблемой. Программа «Остров безопасности» направлена на создание внутриличностного «острова» защищенности, выступающего в качестве внутренней опоры и дающего возможности эффективной самореализации. В рамках программы используются тренинги, беседы, просмотры видеоматериалов, анкетные опросы, дискуссии, ролевые игры, дегустации, тестирование, распространение печатной продукции по тематике программы. Изготовлена электронная демонстрационная версия «Остров безопасности», которая содержит основную информацию о программе, планируется проведение обучающего цикла видеоконференций для распространения проекта на учебные заведения Оренбургской области и других регионов.

Сочетание теорий личностного уровня — *разумного действия и концепции отношения к здоровью* представлено в публикации В.И. Бондина [2003].

Автор исходит из того, что поведение человека определяется работой головного мозга, включая его высшие отделы: кору полушарий мозга, подкорковые структуры и сенсорные каналы передачи информации в центральную нервную систему. Чрезвычайная сложность строения и функционирования организма человека требует комплексного междисциплинарного подхода к модификации поведения. На основе рассмотрения человека с позиций интегративно–антропологического подхода, т.е. изучая личность в самом себе и в единстве с окружающим ее миром в виде соматопсихической целостности, можно сформировать у человека потребность разумного образа жизни и благодаря этому избежать злоупотребления молодежью психоактивными веществами.

Принцип интегративности применения накопленных наукой данных о теле, душе и разуме является стержневым в понимании человека как некоего единства и целостности, а глубокий и всесторонний анализ физиологических закономерностей жизнедеятельности человека может быть положен в основу формирования культуры здоровья и выработки основных принципов разумного образа жизни.

Ведущую роль при разработке программ сохранения и укрепления здоровья автор отводит системно–деятельному подходу, основанному на теории П.К. Анохина об акцепторе действия и взаимодействиях фаз планирования, исполнения и сличения в различных видах жизнедеятельности. Исходя из основных положений данной теории, определяются факторы и этапы в программах профилактики злоупотребления ПАВ.

Большая роль в программе отводится образовательной деятельности, которая позволяет сформировать установку на разумный образ жизни и определить наиболее важные для конкретного индивида факторы, способствующие укреплению здоровья в данный период его жизнедеятельности, через предметы учебной программы, организацию досуга, реализацию профилактических программ.

Предлагаемая программа по формированию культуры здоровья и потребности в разумном образе жизни состоит из четырех разделов.

Первый раздел посвящен диагностике состояния здоровья и образа жизни студентов и сотрудников университета (мониторинг здоровья).

Во втором разделе рассматриваются концептуальные основы формирования разумного образа жизни, предлагается система валеологи-

ческого образования, описываются методические основы здоровьесберегающих технологий обучения, представлены модель формирования разумного образа жизни и организационно–педагогические условия обеспечения практической реализации программы.

В третьем разделе приведены экспериментальные данные апробации основных положений концепции по формированию разумного образа жизни.

В четвертом разделе описан комплекс мероприятий по формированию культуры здоровья в целях профилактики злоупотребления психоактивными веществами.

Теория планируемого поведения, также представляющая личностный уровень воздействия на связанное со здоровьем поведение, используется при изменении жизненных установок у студентов младших курсов Уральского государственного педагогического университета [Латыпова, 2003]. Центральным понятием программы выступает индивидуальная траектория здоровья. В построении индивидуальной траектории здоровья важное место занимает правильное, уверенное поведение, которое можно выработать во время тренинга личностного роста, направленного на приобретение или развитие различных знаний, умений, навыков; на формирование и изменение установок.

Проведение телесно–ориентированного тренинга личностного роста среди студентов младших курсов направлено на изучение своего тела, его реакций, осознание своих чувств и снятие телесного напряжения. Задачи тренинга — обучение приемам расслабления, борьбы со стрессом, концентрации внимания и самоконтроля. Ведущая установка, формируемая в процессе тренинга — это любовь к себе, своему телу и своей жизни. Такая установка выступает детерминантой выявления и актуализации личностного потенциала и личностных ресурсов. Они, в свою очередь, выступают основой восстановления здоровья на соматическом, психологическом и духовном уровнях.

Ориентированные на самопознание, удовлетворение потребностей и на ценности личности, такие профилактические тренинги способны дать студентам значимый результат в отношении выработки уверенного поведения, ответственности за себя, свое здоровье и свою жизнь.

Сочетание теории личностного уровня — *планируемого поведения* и теории уровня общности — *организации общности* лежит в основе работы социально–психологической службы Уральской государственной юридической академии [Лозгачева, 2003].

О.В. Лозгачева указывает на то, что несмотря на многообразие и

разноплановость исследований в области психологии личности, лишь небольшая часть из них посвящена изучению личностных особенностей такой группы населения, как студенчество, и, в частности, изучению ее устойчивости к стрессу, адаптационных способностей, индивидуальных особенностей саморегуляции в различных видах деятельности.

По возрастным и физиологическим характеристикам члены этой многочисленной социальной группы находятся на «стыке» подросткового и юношеского периодов. Именно в этом возрасте происходят важные социальные изменения в жизни человека, следствием которых нередко становится депривация различных потребностей. В ряду таких изменений находится и поступление в вуз, которое сопряжено с резким изменением сложившихся ранее стереотипов жизни молодых людей. Высокие интеллектуальные нагрузки в сочетании с изменением режима и недостаточно развитыми навыками использования собственных психологических ресурсов способствуют перенапряжению нервной системы. Все это не может не оказывать влияния на количественные и качественные параметры психического здоровья студенческой молодежи.

С целью реализации социальной поддержки и психологической помощи в Юридической академии создана социально–психологическая служба, в рамках деятельности которой проводятся мероприятия следующих направлений.

1. Информационно–просветительское направление — повышение психологической культуры преподавательского состава, студентов и сотрудников Уральской государственной юридической академии (УрГЮА); обеспечение их необходимой информацией социально–психологического характера. Это:

- лекции;
- семинары;
- тематические школы, клубы;
- тематический раздел внутривузовской прессы;
- профилактические акции;
- разработка и распространение печатной продукции.

2. Информационно–аналитическое направление — целенаправленное систематическое исследование социально–психологической ситуации, а также ее динамики (мониторинг) в УрГЮА. Осуществляется по запросу студенческих организаций, администрации, преподавателей. Цель исследований:

- выявление факторов и групп риска по социально–психологическим, морально–нравственным и интеллектуальным признакам;

- психолого–педагогическое изучение причин возникновения проблем в студенческой среде;
- определение резервных возможностей, которые можно использовать в ходе коррекционной работы;
- проведение социально–психологических исследований наиболее актуальных и трудноразрешимых кризисных ситуаций в жизни студенческой молодежи.

3. Профилактика дезадаптации и состояний зависимости среди студентов — целевая систематическая социально–психологическая работа, направленная на формирование среды, способствующей личностному и профессиональному развитию, проявлению студентами личной инициативы, осознанию собственной позиции относительно разнообразных социально значимых проблем и вопросов, а также на формирование культуры общения и конструктивного разрешения конфликтных ситуаций:

- разработка, в соответствии с результатами проводимых исследований, и реализация мероприятий, ориентированных на снижение негативного влияния среды, развитие устойчивости и социально–психологической компетентности по отношению к факторам риска у студентов;
- разработка и реализация мероприятий, направленных на создание благоприятного нравственно–психологического климата в педагогическом и студенческом коллективах;
- поддержка волонтерского студенческого движения;
- координация деятельности и сотрудничество с государственными ведомствами и учреждениями социальной сферы;
- методическое обеспечение процедуры установления справедливых правил поведения и санкций за их нарушение в учебном заведении;
- оказание научно–методической и практической помощи преподавателям и сотрудникам академии в виде семинарских занятий, тренингов, консультаций, лекционно–профилактической работы.

Формы работы, используемые социально–психологической службой, следующие:

- Специальный курс «Валеология», который проводится для студентов первых курсов всех институтов, входящих в состав академии. Лекции по медицинской тематике (8–12 академических часов) в УрГЮА проводятся с 1998 г., а с 2002/2003 учебного года этот спецкурс включен в учебный план и расширен до 26 академических часов.
- Тренинги в общежитиях и студенческих группах. Активное использование тренинговой формы профилактической работы практикуется в УрГЮА на протяжении трех лет.

Необходимо подчеркнуть, что УрЮГА — одно из немногих высших учебных заведений страны, где было проведено экспериментальное исследование эффективности тренинговой программы психологической профилактики наркомании (2001 г.). Цель тренингов — профилактика наркотической зависимости и ситуаций, провоцирующих аддиктивное поведение. Тренинги по своему содержанию построены так, чтобы перевести акцент с темы наркотиков на вопросы адаптации молодого человека в социуме, развития у него навыков общения, умения выявлять конфликтные ситуации и противостоять им, получать удовольствие конструктивными способами.

Для проведения оценки эффективности из студентов первого курса УрГЮА были сформированы экспериментальная (участвовала в тренинге) и контрольная (участвовала только в тестовых замерах) группы. На протяжении времени осуществления проекта проведено 4 диагностических среза, фиксирующих динамику социально-личностной компетентности в ее связи с формированием устойчивости молодежи к вовлечению в наркопотребление.

Результаты исследования продемонстрировали благоприятные личностные изменения у участников в ходе проведения тренингов, в том числе повышение устойчивости по отношению к негативным явлениям социальной среды, что позволило сделать вывод об эффективности психопрофилактической работы в целевой группе студентов.

- Лекции.
- Клуб практической психологии.
- Школа здорового образа жизни, работающая на базе студенческих общежитий. Тематика занятий в «Школе» такова. Это профилактика ВИЧ, туберкулеза, гепатита, кожных и венерических, также простудных заболеваний, правильное питание, физическая культура и закаливание, гигиена половой жизни и контрацепция.
- Проведение акций профилактического характера:
 - а) «Знакомство» (знакомство сотрудников социально-психологической службы со студентами, разъяснение содержания работы службы, формирование у студентов установки на обращение к специалистам службы).
 - б) «Кто кого: я пиво или пиво меня?» (профилактика пивного алкоголизма).
 - в) «Я в мире, мир во мне» (профилактика зависимостей).
 - г) «Здоровье = Успех = Будущее» (формирование ценностного компонента отношения студентов к своему психическому и физическому здоровью).

д) «ДА сексуальной КУЛЬТУРЕ» (профилактика заболеваний, передающихся половым путем).

Каждая из перечисленных акций включает в себя, как правило, следующие мероприятия: тематический тренинг или занятия в «Школе»; творческий конкурс на лучший студенческий проект профилактической работы; разработка и распространение печатной продукции; цикл статей в газете «Юрист» по проблеме; проведение культурно–массового мероприятия.

4. Психологическая коррекция — целенаправленная систематическая работа психологов и психотерапевтов со студентами, отнесенными к группам «риска» по тем или иным предболезненным состояниям.

5. Психологическое консультирование — оказание психологической помощи студентам в осознании природы испытываемых ими трудностей; в анализе и разрешении психологических проблем, связанных с собственными характерологическими особенностями, со сложившимися жизненными обстоятельствами, с взаимоотношениями в семье, в кругу друзей, в вузе; помощь в формировании позитивных социальных установок и самостоятельном принятии решений.

Теория планируемого поведения, также описывающая личностный уровень детерминации связанного со здоровьем поведения, лежит в основе *здоровьесберегающих технологий, применяемых в воспитательно–образовательном процессе в МГТУ им. Н.Э. Баумана* [Федоров, Семикин, 2003].

В этом вузе с 1996 г. реализуется комплексная программа, основанная на концепции триединой системы профилактики психосоматических и пограничных состояний, социально–психологической дезадаптации и суицидального поведения в студенческой среде (табл. 4).

Авторы считают, что, учитывая социальную значимость мероприятий по сохранению здоровья здоровых студентов и опасность для них наркопотребления, следует подходить к разработке здоровьесберегающих технологий комплексно, опираясь на законодательную базу, которая должна совершенствоваться и развиваться опережающими темпами. Также необходимы технологии социально–психологического скрининга и мониторинга для оценки эффективности мероприятий в сфере профилактики наркопотребления. Это позволит осуществлять своевременную информационную поддержку управленческих решений в сфере сохранения и укрепления здоровья студентов. Авторы справедливо акцентируют внимание на определяющем значении позиции руководства вуза для развития системы профилактики в современных условиях реформирования высшей школы.

Таблица 4. Здоровьесберегающие технологии и виды профилактики нарушений здоровья

Профилактика	Цель	Методы	Средства	Образ жизни
Первичная	Социально-психологическая адаптация, здоровье здоровых	Социально-педагогическая профилактика (профотбор)	Валеология, физическое воспитание и социальные программы МГТУ	Здоровый
Вторичная	Повышение качества остаточного здоровья. Раннее выявление острых заболеваний	Медико-социальная реабилитация (индивидуальный учебный план, индивидуальная реабилитационная программа)	Санаторий-профилакторий. Социальные программы МГТУ	Правильный
Третичная	Профилактика хронических заболеваний и преждевременной смерти	Медицинская профилактика (академический отпуск, временная нетрудоспособность)	Клиническая медицина. Социальная политика государства	Вынужденный

Одной из наиболее широко применяемых для модификации связанного со здоровьем поведения на уровне личности моделей является на уровне личности модель *теория стадий изменения поведения*. Опыт практического применения этой модели в среде учащихся приводится *М.А. Дерюшевой* [2003]. В Кемеровском областном медицинском колледже используется модель антинаркотической деятельности, которая включает 3 этапа. Каждый из них имеет особенности, обусловленные сроком обучения студентов в колледже, и жестко соотносится с курсом обучения.

Целью первого этапа является адаптация первокурсников к студенческой жизни. Реализация собственно антинаркотических программ осуществляется на втором этапе. Второкурсники обучаются альтернативным стратегиям поведения в условиях провоцирующих прием ПАВ

ситуаций, создается информационное пространство, содержащее сведения по проблемам наркомании и алкоголизма. Учащиеся специальностей «Лечебное дело» и «Лабораторная диагностика» занимаются по программе «Медико–психологические аспекты употребления алкоголя и ПАВ подростками и пути профилактики». Программа направлена на формирование жизненного стиля, стратегий поведения и личностных ресурсов, препятствующих употреблению алкоголя и ПАВ. Учащиеся проводят среди школьников марафон «Счастливое детство — без наркотиков». В результате этого мероприятия у будущих медиков, наряду с усвоением знаний по наркологии и медицинской психологии, формируются навыки профилактической работы. При проведении занятий для студентов используются методы тренинга с применением техник групповой дискуссии, мозгового штурма, ролевой игры. Учащимся других специальностей во внеаудиторные учебные часы предлагается учебный курс «Школа жизненных навыков», ориентированный на формирование здорового жизненного стиля с использованием техник социально–психологического тренинга. На втором же этапе учащиеся проходят курс «Помогите людям измениться», основанный на модели изменения поведения. Результатом рассматриваемого этапа является формирование антинаркотических и антиалкогольных установок на основе сознательного выбора учащимся здорового образа жизни.

Третий этап охватывает период завершения обучения студентов в колледже. В этот период осуществляется оценка эффективности профилактической работы. Для этого проводится сравнительный анализ данных о распространённости употребления алкоголя и ПАВ, полученных опросным методом, среди первокурсников и выпускников. Выпускники знакомятся с результатами, что обеспечивает обратную связь. Результатом этапа является осознание учащимися значимости антиалкогольных и антинаркотических установок для формирования здорового образа жизни.

Кроме того, в рамках областного студенческого марафона «Твори добро — другим во благо», прошедшего в 2002 г., по инициативе учащихся Кемеровского областного медицинского колледжа была проведена акция «Здоровье нации — в руках молодежи». По своему содержанию эта акция соответствует одной из теорий, описывающих детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне общности — *теории континуума изменения поведения аудитории*. Целью было формирование здоровьесберегающих установок у молодежи.

Значимым результатом профилактической работы в колледже явилось развитие инициативы студентов в сфере пропаганды здорового

образа жизни. Так, учащимися колледжа проводилась антинаркотическая работа в других учебных заведениях Кемеровской области: конкурс студенческих работ «Здоровый образ жизни глазами молодежи, КВН «Здоровье XXI века».

Ряд высших учебных заведений при выборе методов формирования здорового образа жизни в студенческой среде на уровне личности исходят из *концепции отношения к здоровью*. На базе Уральского государственного технического университета — УПИ разработана единая комплексная программа «*Развитие физической культуры среди студентов Уральского государственного технического университета — УПИ*» [Шурманов, 2003]. Программа направлена на создание комплексной системы формирования культуры здоровья путем координации деятельности всех структурных подразделений вуза.

Приоритетными направлениями программы являются совершенствование содержания процесса преподавания дисциплины «физическое воспитание» среди студентов; формирование у студентов мотивации к ведению здорового образа жизни; укрепление материально-технической и финансовой базы физической культуры и спорта в университете; нормативно-правовое и кадровое обеспечение спортивно-массовой работы среди студентов; развитие студенческого самоуправления в деле организации спортивно-массовой работы в университете; совершенствование организации спортивно-массовых мероприятий на уровне факультетов и университета.

В рамках этой комплексной программы в 2002/03 учебном году были проведены следующие спортивно-массовые мероприятия: спортивный фестиваль по 6 видам спорта, где участвовало около 1500 студентов; универсиада УГТУ — УПИ по 15 видам спорта, с участием около 3500 студентов; спортивная «Неделя первокурсника» по 5 видам спорта; спартакиада среди общежитий УГТУ — УПИ по 7 видам спорта с осенней и весенней программами; эстафета на призы газеты «За индустриальные кадры», где приняло участие 93 команды — студенты дневной формы обучения.

Для формирования у студентов университета осознанного отношения к ценности своего здоровья создана система информационного обеспечения и популяризации занятий физической культурой и спортом, совершенствуется организация спортивно-массовых мероприятий на уровне факультетов и университета.

В 2003 г. в вузе проведен весенний спортивный праздник «УПИЙские старты», на котором студенты первого курса соревновались по 17 видам спортивной программы в трех номинациях: личное первенство, ко-

мандное первенство и соревнования академических групп. При определении победителей соревнований учитывались не только спортивные результаты, но и массовость. В каждой номинации определялся рейтинг академических групп и дневных отделений факультетов, с последующим поощрением победителей, что явилось стимулом для участия в «УПИЙских стартах» более 5000 участников. Программой спортивного праздника предусматривалась лекция «За здоровый образ жизни» для участвовавших студентов–первокурсников. Были подготовлены и распространены методические рекомендации «Здоровый образ жизни и умственная работоспособность студента». В соответствии с комплексной программой только за один учебный год в вузе проведено около 40 спортивно–массовых мероприятий: фестивалей, турниров, первенств и пр., в которых приняли участие более 10000 студентов.

Тот же подход, основанный на концепции личностного уровня — *отношения к здоровью*, применен и в Арзамасском медицинском училище при разработке программы «*Воспитательная деятельность Арзамасского медицинского училища по формированию здоровьесберегающего образовательного пространства*», в рамках которой создана и в течение нескольких лет успешно действует «Школа здоровья» [Трофимова, 2003].

Основные формы, используемые при реализации программы, таковы:

1. Беседы со школьниками, учащимися средних специальных учебных заведений города и района на темы: «СПИД — чума XX века», «Курение и здоровье», «Алкоголь и здоровье», «В чем вред курения?», «Опасность “пассивного курения”», «Эффективные методы отказа от курения», «Программа малых шагов», «Препараты, применяемые против курения», «Здоровый образ жизни — школа выживания», «Профилактика вредных привычек», «Войдем в мир здоровья», «Наркоманам скажем “НЕТ!”»

2. Проведение научно–практических конференций на темы: «Проблемы полового воспитания подростка» с показом фильма «Не убивай меня, мама», «Антиотравляющее воспитание».

3. Оценка состояния здоровья учащейся молодежи на основе опросов по специально разработанным анкетам: «Ваше отношение к наркотикам, алкоголю, курению», «Ваша физическая норма» и пр.

4. Подготовка методических рекомендаций по решению личностно–психологических проблем учащихся.

5. Пропаганда санитарно–гигиенических знаний, здорового образа жизни и этических норм по принципу «равный — равному» путем установления тесных связей старшекурсников с первокурсниками под девизом «студент — студенту».

6. Проведение недель нравственного воспитания, направленных на воспитание нравственных ценностей, выработку умения самостоятельно ориентироваться в происходящих общественных изменениях и действовать в сложных жизненных ситуациях.

7. Участие в общегородских мероприятиях «День без вредных привычек», «Молодежь против наркотиков», «Благодеение» и др.

8. Выпуск листовок «Шаг за шагом навстречу детям» совместно с Комитетом по вопросам семьи администрации города.

9. Развитие учебно–исследовательской работы студентов. Она действительно стимулирует самостоятельность учащихся в освоении профилактической тематики. Так, были выполнены научно–исследовательские работы по темам «Психология общения», «Конфликт: пути выхода и виды стресса», «Особенности темперамента как основа психологических технологий сестринского ухода».

10. Участие в городских конкурсах по пропаганде здорового образа жизни и профилактики наркозависимости.

11. Участие в областных смотрах–конкурсах творчества преподавателей. На городском семинаре представлялся опыт воспитательной работы училища в сфере формирования здоровьесберегающего образовательного пространства, подробно освещалась работа «Школы здоровья».

Все описанные мероприятия направлены на достижение следующих результатов.

- Воспитание подрастающего поколения в духе неприятия физического и духовного отравления организма и психики.
- Включение учащихся в организованную борьбу против алкоголизма, наркомании, токсикомании и табакокурения.
- Развитие глубокого понимания учащимися опасности наркотиков, алкоголя, никотина, других дурманящих средств для физического и психического состояния личности и духовного мира человека, а также для общества в целом.

• Выполнение полученными в ходе реализации программы функций:

— здравоохранительной, которая состоит в формировании у учащихся стойкого убеждения, что употребление наркотиков, алкоголя и никотина наносит ущерб здоровью, приводит к преждевременному старению организма и психическому распаду, утрате трудоспособности, радости человеческого общения, полноценных духовных и сексуальных отношений между мужчиной и женщиной;

— воспитательной, которая заключается в развитии у учащихся привычки полезного использования свободного времени, стремления к творчеству и духовно насыщенному общению с интересными людьми;

— просветительской, сводящейся к раскрытию губительной сущности опьяняющих веществ и призванной способствовать становлению учащихся в качестве пропагандистов трезвого образа жизни, борцов с наркоманией и пьянством.

В последние годы в литературе практически не встречаются описания программ, базирующихся на *теории утрашения*, однако отдельные элементы запугивания и утрашения нередко присутствуют в *информационно-образовательных программах*. Г.В. Рошупкин [2000] пишет, что тенденция построения программ, направленных на изменение поведения, исходя из принципа <запретить–напугать>, сохранялась до 1996–1997 гг. По мнению автора, данный принцип пришел из опыта Советского Союза благодаря высокой степени инерции системы охраны здоровья и малому количеству научных исследований в области социологии и психологии здоровья. Автор полагает, что этот принцип можно успешно применять лишь при соблюдении определенных условий, а именно, наличия охватывающей все население страны системы охраны здоровья, достаточного материального обеспечения системы охраны здоровья, высокой степени контроля со стороны системы охраны здоровья поведения отдельного человека, высокого уровня доверия населения к представителям системы охраны здоровья и максимально высоком контроле со стороны системы охраны здоровья средств массовой информации. Поскольку сегодня в России ни одно из этих условий не соблюдается, применение теории утрашения в нашей стране нецелесообразно.

Основными теориями, описывающими детерминацию поведения в сфере здоровья на уровне группы, являются теория социального научения и социально-экологический подход.

На теории *социального научения* формирование здорового образа жизни студенческой молодежи сегодня в России базируется не редко. Однако практическое применение этой теории является достаточно сложной задачей как в социально-политическом, так и в медико-гигиеническом аспекте. В последние годы названная задача решается двумя путями: *пропагандой требований здорового образа жизни* (о которых современный человек и так хорошо осведомлен) и *развитием медицинской (гигиенической) активности* самой молодежи.

С целью формирования сознательного отношения студентов к просвещению в сфере здоровья, активизации субъективных факторов со-

хранения и укрепления здоровья, таких как организованность и самодисциплина, в Волгограде методом опроса было проведено социологическое исследование, охватившее 250 студентов в возрасте 19–25 лет. Данные исследования показали «перекормленность» молодежи словесными пропагандистскими конструкциями, обнажили острое противоречие между уровнями образованности и воспитанности, особенно среди личностно неустойчивой и социально незрелой части молодежи. Прочность положительных привычек, стереотипов здорового образа жизни, способность к противостоянию негативным влияниям находились в прямой зависимости от активности жизненной позиции, вовлеченности в труд и характера отношений в родительской семье.

В Волгоградской области широко используются такие методы медико–социальной работы с молодежью, как тематические радио– и телепередачи, тренинги, а также семинары и конференции, проводимые совместно с администрацией области и специалистами — медиками, психологами, работниками сферы физической культуры и спорта, молодежных и профсоюзных организаций [Борисенко и др., 1997].

Теория *социального научения и социально–экологический подход*, описывающие изменения связанного со здоровьем поведения на уровне группы, чаще всего в реализации здоровьесберегающих технологий в высшей школе используются совместно. *Опыт работы института физической культуры Ростовского педагогического университета (РГПУ) в 1998–2003 г. демонстрирует возможность глубокого осознания, практического освоения и приобретения навыков использования здоровьесберегающих технологий в повседневной жизни современного студента* [Кайма, 2003].

Основу внедрения таких технологий составляет в вузе цикл мероприятий.

Лекции и практические занятия по курсу «Медико–педагогические аспекты здоровья» создают теоретический и практический фундамент для формирования здорового образа жизни. Хорошо известно, что для перевода умения в навык–привычку–образ необходимо последовательное, систематическое и длительное возвращение к изученному и освоенному материалу, причем в условиях, близких к тем, которые будут существовать в окружающей студента и выпускника социальной среде. Эту функцию взял на себя образовательный центр «Академия здоровья», организованный в рамках системы дополнительного образования института физической культуры РГПУ.

Центр «Академия здоровья», помимо просвещения всего населения в вопросах здорового образа жизни, его формирования и поддержания в семье и на производстве, организовал постоянно действующий клуб для студенческой молодежи и сотрудников университета. В клубе реализуется широкий спектр разнообразных тренингов, практикумов и семинаров, направленных на создание предпосылок для осознанного принятия личностью здоровьесберегающих технологий. Занятия в клубе проходят 2 раза в неделю, в вечернее время. Периодически в клубе проводятся праздники, куда приглашаются родственники и друзья постоянных членов. Успехом у посетителей клуба пользуются арт-терапия, йога, как традиционная, так и «адаптированная для славян», дыхательная гимнастика «по Бутейко» и «по Стрельниковой», практикумы по культуре питания, динамические комплексы «цигун».

Трехлетние катamnестические данные, полученные опросными методами, свидетельствует не только о «выживании» знаний на протяжении этого периода, но и о сохранении навыков самоконтроля и саморегуляции психофизического состояния в повседневной жизни и привычном социальном окружении, что является действенной предпосылкой активной жизнедеятельности и успешной учебы.

Социально-экологический подход используется в решении проблем профилактики повреждающих здоровье явлений в студенческой среде Иркутского государственного технического университета [Кузнецова, Корнильцева, 2003]. Тяжелая эпидемиологическая обстановка, сложившаяся в Иркутской области в 1999 г., потребовала объединения усилий государственных и общественных структур, образовательных и медицинских учреждений в работе по профилактике употребления молодежью психоактивных веществ. Специально проведенное социологическое исследование показало, что студенты не в полной мере осознавали последствия употребления психоактивных веществ, не умели противодействовать опасным соблазнам молодежного окружения и не понимали ценности собственного здоровья, зачастую попросту не задумываясь об этом.

Необходимость создания условий для поддержания и укрепления здоровья студентов в период их обучения в вузе способствовала поискам и развитию активных форм учебной и внеучебной профилактической работы, планированию долгосрочного сотрудничества с Комитетом по молодежной политике администрации Иркутской области, областным Центром профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями, другими структурами. Основной целью сотрудничества стало создание

системы профилактики социально–обусловленных заболеваний среди студентов Иркутского государственного технического университета, направленной на формирование у них негативного отношения к употреблению алкоголя, табака, наркотиков и токсических веществ. Эти объединенные усилия способствовали реализации деятельности с использованием как традиционных, так и новых форм профилактической работы.

Рекламно–информационная и просветительская деятельность призвана привлечь внимание молодежи к проблемам здоровья. Для проведения мероприятий ИрГТУ приглашает специалистов медицинских учреждений, которые используют передовые методики работы с молодежью. В вузе систематически распространяются листовки, подготовленные Центром по профилактике и борьбы со СПИДом, проводятся конкурсы плакатов и викторины, декады и дни здоровья, акции «Молодежь ИрГТУ — за здоровый образ жизни!», «Минздрав предупреждает...», «День без сигарет» и др. Беседы врачей и психологов о последствиях употребления наркотиков сопровождаются демонстрацией видеоматериалов. Тематические спектакли (например, «Stop the madness!») вызывают интерес не только у студентов ИрГТУ, но и у студентов и других вузов. Другими формами этого направления работы являются участие в областных форумах, пропаганда здорового образа жизни через вузовскую газету «Зеркало» и городские средства массовой информации в виде теле– и радиорепортажей, подготовленных студентами факультета журналистики.

Долгосрочные курсы «Азбука молодой семьи» организованы в ряде вузов Иркутска при поддержке отдела по делам молодежи Комитета по делам горожан администрации совместно с общественными организациями.

Создание в университете учебно–информационного центра «Здоровье молодых — будущее России» позволяет распространять опыт профилактической работы ИрГТУ среди учебных заведений города. На заседаниях входящих в состав Центра дискуссионных клубов студенты имеют широкие возможности обсудить актуальные молодежные проблемы. В работе клубов принимают активное участие специалисты Комитета по делам молодежи, представители общественных организаций, социологи, психологи, молодые люди, страдающие наркоманией и прошедшие лечение в реабилитационном центре «Иркут». В нравственно–духовном воспитании студентов участвуют священнослужители, работающие в рамках Соглашения о сотрудничестве между Иркутской Епархией и Техническим университетом. Совместный опыт профилак-

тической работы обсуждается на конференциях и семинарах, поддерживаемых Администрацией Свердловского округа, где и расположен ИрГТУ. Решения конференций зачастую являются основой для последующего принятия совместных программ, направленных на профилактику повреждающих здоровье явлений в студенческой среде, нравственно–духовное воспитание и социальную поддержку студентов, развитие спортивно–оздоровительной работы.

Медицинскую и социально–психологическую помощь студенты могут получить в студенческой поликлинике и профилактории ИрГТУ, у сотрудников специализированной психологической службы. Обучающие тренинги проводят психологи Областного центра социально–психологической помощи населению и некоторых общественных организаций, например Кризисного центра для женщин. Лаборатория социологических исследований и специалисты студенческой поликлиники проводят опросы молодежи, позволяющие оценивать изменение отношения студентов к проблемам здоровья, учитывать их интересы при планировании воспитательных и профилактических мероприятий. В ИрГТУ подготовлена программа внедрения в учебно–воспитательный процесс инновационных и здоровьесберегающих технологий. В планах вуза ввести учебную дисциплину «Культура здоровья». Сотрудники вуза систематически занимаются самообразованием в сфере здоровья, повышают свою квалификацию посредством дистанционного обучения, участия в областных практических семинарах, однако проблема подготовки кадров и повышения квалификации специалистов остается одной из центральных в обеспечении профилактической работы.

Систематическое проведение мониторинга состояния здоровья студентов, использование традиционных и внедрение инновационных методов, развитие и совершенствование межведомственного сотрудничества являются важными условиями повышения эффективности профилактической работы в студенческой среде. Социальное партнерство становится взаимовыгодным в финансово–экономическом и содержательном планах, поскольку привлекает дополнительные материальные и людские ресурсы. Результатом практической реализации принципа социального партнерства явилось создание единой комплексной системы, обеспечивающей внедрение в образовательное пространство здоровьесберегающих технологий, формирование у молодежи активной социальной позиции и ответственности за сохранение собственного здоровья. На основе данных мониторинга за последние два года можно уверенно говорить о позитивном изменении

отношения молодежи ИрГТУ к своему здоровью, о тенденции к осознанию приоритетного значения здоровья для профессиональной карьеры и личностного роста.

Перспективы развития социального партнерства предполагают совершенствование работы по уже имеющимся направлениям, распространение накопленного опыта за пределы вуза и активное привлечение студентов к решению задач профилактики.

Теоретические модели, рассматривающие связанное со здоровьем поведение *на уровне общности*, реализуются *в мероприятиях, направленных на профилактику хронических неинфекционных заболеваний среди различных групп населения*. С учетом важных для проведения профилактических мероприятий особенностей этих групп, все соответствующие мероприятия можно разделить на те, которые нацелены на создание коалиции между различными социальными звеньями профилактики, включая СМИ, и профилактические модули, основными компонентами которых являются мониторинг и образование (обучение).

Начало активной разработки и осуществления политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний относится ко второй половине 70–х гг. прошлого столетия, когда появилась серия документов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровье для всех к 2000 году». Эти документы отражают коллективное мнение стран–членов ВОЗ о том, каковы приоритеты и основные направления работы по сохранению и укреплению здоровья среди населения этих стран. В 80–х гг. XX столетия специалистами ВОЗ была разработана интегральная программа профилактики неинфекционных заболеваний, которая наиболее успешно осуществлялась Европейским региональным бюро ВОЗ под названием программа CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention). В России первым документом, формулирующим политику в сфере профилактики неинфекционных заболеваний, был документ «К здоровой России» (1994 г.). На основе этого документа и документов ВОЗ в 1994 г. была опубликована «Региональная стратегическая программа. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в городе Челябинске и Челябинской области», затем — Тверская региональная стратегическая программа (1996 г.) и Концепция «Вологодская область — Здоровье–21. Долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» (2000 г.). В 2003 г. Минздравом России была утверждена отраслевая программа «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 годы».

В целях комплексного решения проблем, связанных с профилактикой и лечением социальных заболеваний, в 2001 г. Правительством Российской Федерации была разработана и утверждена Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2002–2006 годы). Профилактическая направленность программы, ее принципиальная новизна в части проведения системных мероприятий во всех субъектах Российской Федерации увязываются с задачами и основными принципами «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», целью которой является сохранение и укрепление здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения.

Примером практического применения теоретических моделей сохранения и укрепления здоровья *на уровне общности* в вузе может служить *целевая комплексная программа «Здоровье» Курского государственного университета* [Гонеев, Скобликова, 2003]. Необходимость разработки программы была обусловлена актуальностью профилактики употребления ПАВ в студенческой среде и социальным заказом общества на подготовку здорового, конкурентоспособного в социальном и профессиональном плане на международном и внутреннем рынке труда специалиста. Задание программы формулируется как создание необходимых условий, обеспечивающих подготовку высококвалифицированных, физически здоровых специалистов, прочно овладевших знаниями и навыками управления состоянием своего здоровья с тем чтобы сохранять на долгие годы творческую активность. Предусматривается также формирование у студентов вуза организационно–управленческих знаний и умений в этой области.

Проблема физической подготовленности и здорового образа жизни студенчества, сознательного отношения к собственному здоровью существенно актуализируется в современном мире и выступает как социально значимая задача, которая должна решаться путем использования новых подходов в системе физического воспитания, эффективной реализации его потенциала. Сложившаяся система физического воспитания, обусловленная задачами двигательной подготовки в ущерб комплексному подходу к реализации всех ценностей физической культуры, не обеспечивает использование этих ценностей для адаптации человека к современным условиям профессиональной деятельности и жизнедеятельности в целом.

Основная цель программы — сохранение и укрепление здоровья, повышение уровня физической подготовленности студентов, препода-

вателей и сотрудников университета для обеспечения успешной учебы, долголетней профессиональной деятельности, высокопроизводительного труда, формирования активной жизненной позиции, противостояния негативному влиянию среды в направлении алкоголизации и наркотизации. Задачи программы таковы:

1) формирование у студентов высокого уровня физической культуры, а также знаний и навыков по управлению своим физическим развитием, рационализации физической и умственной деятельности;

2) создание системы методов и средств оперативного управления и контроля состояния здоровья и физического развития студентов и преподавателей;

3) всеобщая диспансеризация студентов, обеспечивающая раннее выявление отклонений в состоянии здоровья и вредных привычек, проявляющихся в заболеваемости и употреблении ПАВ;

4) проведение комплекса мероприятий, направленных на обеспечение всех студентов санаторно–профилакторным обслуживанием, летним отдыхом в оздоровительно–спортивном комплексе, со специальной направленностью на группы студентов с ослабленным здоровьем и недостаточным физическим развитием;

5) создание материально–технической базы быта и отдыха, системы массовой физической культуры и спорта, соответствующей действующим нормативам и современным требованиям;

6) обеспечение дальнейшего роста научной квалификации, профессионального и педагогического мастерства преподавателей и сотрудников кафедры физического воспитания и ответственных инструкторов, участвующих в реализации программы;

7) организация оптимального планирования учебного процесса и досуга студентов, формирование у них навыков самоконтроля и научной организации труда, воспитание негативного отношения к курению, употреблению алкоголя и ПАВ.

Для решения поставленных задач разработано 7 взаимосвязанных подпрограмм: «Наука», «Диспансеризация и профилактика», «Физическое воспитание», «Быт и питание», «Материально–техническая база», «Кадры», «Учебный процесс». Они и определили основную структуру программы «Здоровье».

Резюмируя результаты приведенного анализа, необходимо указать на его отчасти избирательный и субъективный характер, что обусловлено неполнотой доступной информации о проводимой в стране профилактической работе. Во многом это связано с отсутствием в России,

как и в ряде других стран, единой базы данных существующих социальных проектов и программ по формированию здорового образа жизни, в том числе и в студенческой среде. Создание такой базы позволило бы разработать единый формат проектируемых и реализуемых программ, что дало бы возможность сравнивать их по содержательным критериям и отбирать для дальнейшего совершенствования и широкого внедрения наиболее действенные. Сегодня же большинство реализуемых программ, к сожалению, не оценивается. Создание базы данных сделает, кроме того, доступной для оценки и сравнения реальную ситуацию в области профилактики.

Представленные в анализе программы, с одной стороны, достаточно широкомасштабны, охватывают существенный спектр человеческой жизнедеятельности, но с другой стороны, используют в качестве средств и методов профилактики вполне однотипные подходы — информационную деятельность, различные акции, средства физической культуры и спорта. Крайне редко профилактические программы проходят какую-либо предварительную апробацию.

Несмотря на отдельные недостатки, вытекающие из представленных в литературе описаний, представленные программы дают возможность, во-первых, развивать различные стратегии профилактики, а во-вторых, выявить некоторые ключевые элементы профилактической работы. На практике для обеспечения эффективности программ при их разработке необходимо опираться на более четкую теоретическую базу. Это требует особого внимания к подготовке специалистов в области профилактики, по проблематике обоснованности содержания и оценки эффективности профилактических программ.

То что успех профилактики может быть достигнут лишь при условии проведения регулярной и систематической оценки эффективности программ, совершенно очевидно. Успех в разработке критериев и оценке эффективности профилактических программ определяется, прежде всего, взаимосвязью между эпидемиологией и профилактикой, между исследовательской работой и практикой. Уже на начальной стадии планирования профилактического проекта необходимо предусмотреть в нем обеспечение мультидисциплинарного подхода с участием и практиков, и исследователей, в том числе эпидемиологов. Соответственно, в эпидемиологические исследования, направленные на оценку эффективности программ, на ранней стадии должны включаться практики профилактической работы как представители пользователей информации об эффективности. Действительно, сегодня одной из важнейших

задач научного эпидемиологического исследования является доведение полученной информации до практических работников в понятной и доступной для повседневного использования форме. Однако и практическим работникам необходимо хорошо понимать, что эффективная профилактическая деятельность базируется, прямо или косвенно, на теории и что и теория, и практика могут быть объективно проанализированы и оценены как количественно, так и качественно.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бондин В.И.* Концепция проектирования программ здоровья по профилактике злоупотребления психоактивными веществами// Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Сборник тезисов Всерос. конф./ Под ред. Н.В. Вострокнутова и др. М.: Вариант, 2003. С. 167–168.
2. *Борисенко Э.М., Мельникова Г.И., Закалатов В.А., Родионова Е.А.* Курение и социально–психологические аспекты здоровья студенческой молодежи// Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний: Тезисы докладов. Волгоград: Волг. мед. академия, 1997.
3. *Гигиеническое воспитание:* Терминологический словарь/ Под ред. М.И. Красильщикова. М., 1993. С. 154.
4. *Гонеев А.Д., Скобликова Т.В.* Программа «Здоровье как фактор профилактики злоупотребления ПАВ в студенческой среде»// Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Сборник тезисов Всерос. конф./ Под ред. Н.В. Вострокнутова и др. М.: Вариант, 2003. С. 170–171.
5. *Дерюшева М.А.* Профилактика злоупотребления психоактивными веществами в студенческой среде// Там же. С. 171–172.
6. *Кайма В.Е.* Место сберегающих здоровье технологий в образовательной среде высшей школы// Там же. С. 174–175.
7. *Карева И.В., Рябов В.Н., Коломиец Е.В.* Территориальная программа профилактики заболеваний и укрепления здоровья «Остров Безопасности». Оренбург: ММУЗ «Центр медицинской профилактики», 2003.
8. *Кретова И.Г.* Роль высшей школы в профилактике злоупотребления психоактивных веществ// Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Сборник тезисов Всерос. конф./ Под ред. Н.В. Вострокнутова и др. М.: Вариант, 2003. С. 86–87.
9. *Кузнецова А.А., Корнильцева О.С.* Опыт социального партнерства в решении проблем профилактики негативных тенденций в студенческой среде// Там же. С. 200–201.
10. *Латыпова Н.В.* Изменение жизненных установок у студентов младших курсов// Там же. С. 177–178.
11. *Лозгачева О.В.* Психологическая помощь и поддержка в вузе// Там же. С.178–180.

12. *Рощупкин Г.В.* Информационные центры как инструмент изменения поведения с целью профилактики ВИЧ-инфекции// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2000. №4. С. 108–111.
13. *Трофимова Г.А., Лавровский С.Н., Фешина Г.А., Фешина Н.Г.* Опыт работы «Школы здоровья» Арзамасского медицинского училища по волонтерскому внедрению здоровьесберегающих технологий// Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью: Сборник тезисов Всерос. конф./ Под ред. Н.В.Вострокнутова и др. М.: Вариант, 2003. С. 185–186.
14. *Федоров И.Б., Семикин Г.И.* Здоровьесберегающие технологии и профилактика наркопотребления в МГТУ им. Н.Э. Баумана// Там же. С. 186–187.
15. *Чудиновских А.В.* Физкультурное образование в профилактике зависимости от наркотиков// Там же. С. 143.
16. *Шурманов Е.Г.* Опыт реализации здоровьесберегающих технологий в студенческой среде// Там же. С. 190–191.

ГЛАВА 3. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ ПОТЕНЦИАЛЬНО ЭФФЕКТИВНЫХ ПРОГРАММ

В данной главе будут рассмотрены теоретические основы современных программ вмешательства, основные подходы к его планированию, выбору стратегии и методов.

Модели, представленные в этой главе, 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.

Использование моделей вмешательства предполагает владение специалистом в сфере общественного здоровья методами и способами (техническими приемами) вмешательства, причем в контексте выбранного теоретического подхода. Связь методов и способов вмешательства с теоретическим подходом заключается в определении набора и последовательности их применения в зависимости от содержания программы вмешательства, во многом определяющегося, в свою очередь, выбором подхода.

3.1. Теоретические основы программ вмешательства

В настоящее время получили широкое распространение разработка и реализация программ вмешательства, основанных на нескольких теоретических моделях. При этом выбор теоретических моделей может осуществляться самим автором программы либо основываться на одном из концептуальных подходов, объединяющих модели нескольких уровней. Такими крупнейшими концептуальными подходами, объединяющими теоретические модели, описывающие поведение в сфере здоровья на уровне личности, группы и общности, сегодня являются два: социальный маркетинг и экологические модели поведения в сфере здоровья.

3.1.1. Программы вмешательства, основанные на нескольких теоретических моделях, отобранных самим исследователем. Проект вмешательства в сфере здоровья

В качестве примера программы, основанной на нескольких теоретических моделях, отобранных автором, т.е. разработанной вне основных

современных концептуальных подходов, можно привести проект вмешательства в сфере здоровья (Health Intervention Project).

Проект вмешательства в сфере здоровья представляет собой программу, направленную на снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией у неинфицированных афро-американок, употребляющих крэк. Представительницы этой целевой группы подвергались воздействию множества факторов, усиливающих риск заражения ВИЧ-инфекцией. Это множественность сексуальных партнеров; сексуальные контакты с партнерами, практикующими поведение высокого риска; негативные установки к использованию презерватива; бедность; а также некоторые личностные характеристики (например низкая самооценка).

Превентивное вмешательство, предполагающее повышение уровня образованности и развитие практических навыков в сфере сохранения здоровья, было реализовано. В основе вмешательства лежали следующие теоретические модели: модель убеждений о здоровье, теория разумного действия, теория социального научения и теория стадий изменений.

Оценочные исследования показали высокую эффективность вмешательства. Тем не менее среди недостатков вмешательства авторы отметили то, что оно основывалось только на моделях изменения поведения на уровне личности и не учитывало влияние социальной среды [Elifson, Sterk, 2004].

3.1.2. Концептуальные подходы, объединяющие теоретические модели нескольких уровней

Социальный маркетинг

Можно дать несколько определений социального маркетинга. Согласно определению П. Котлер и Е.Л. Роберто (P.Kotler, E.L. Roberto) (1989), социальный маркетинг — это процесс планирования программ, который стимулирует добровольное поведение представителей целевой аудитории посредством предложения тех выгод, которые они хотят получить, и снижения барьеров, которые препятствуют получению этих выгод, а также использование убеждения для того, чтобы повысить мотивацию представителей целевой группы к участию в мероприятиях, проводимых в рамках программы.

А.Р. Андриазен (A.R. Andreasen) в 1995 г. определил социальный маркетинг как применение технологий коммерческого маркетинга к ана-

лизу, планированию, выполнению и оценке программ, разработанных с целью оказания влияния на добровольное поведение представителей целевой группы в направлении повышения их личного и социального благополучия.

С точки зрения М.Л. Ротчайлд (M.L. Rothschild) (1999), социальный маркетинг состоит в добровольном обмене между двумя или более людьми, один из которых пытается удовлетворить свой собственный личный интерес, осознавая при этом, что для того, чтобы достигнуть своей цели, необходимо согласовывать этот интерес с личным интересом другого человека.

Во всех этих определениях акцентируются различные стороны социального маркетинга. Е.В. Майбах, М.Л. Ротчайлд, В.Д. Новелли (E.W. Meibach, M.L. Rothschild, W.D. Novelli) была предложена формулировка, объединяющая ключевые моменты трех предыдущих определений: «Социальный маркетинг — это процесс, в ходе которого осуществляется добровольный обмен между организацией, которая занимается маркетингом, и представителями целевой группы, основанный на взаимном удовлетворении присущих им интересов» [2002. Р. 440].

Организация, которая занимается маркетингом, использует свои ресурсы для того, чтобы понять интересы представителей целевой группы, повысить существующие и предоставить новые выгоды, связанные с продуктом, услугой или идеей, а также для того, чтобы снизить барьеры, которые мешают принять или поддержать этот продукт, услугу или идею. Представители целевой группы, в свою очередь, тратят свои ресурсы (деньги, время или усилия) в обмен на предложенные продукт, услугу или идею в том случае, когда ясны их преимущества по сравнению с альтернативными продуктами, услугами или идеями. Общий успех программ социального маркетинга определяется их вкладом в благополучие представителей целевой группы или общества в целом.

Отличия социального маркетинга от других областей социальной деятельности. Социальный маркетинг содержит в себе элементы образования, коммерческого маркетинга и нормативной регуляции поведения. Необходимо четко представлять его отличия от этих областей социальной деятельности.

Отличия социального маркетинга от образования. Образование заключается в предоставлении информации, предназначенной либо для повышения уровня знаний представителей целевой группы, либо для их убеждения в необходимости вести себя определенным образом.

Образование может повысить осознание выгод предлагаемого поведения, но не может обеспечить сами эти выгоды. Образование является компонентом маркетинга, а не его синонимом.

Образование само по себе может быть эффективным для оказания влияния на поведение при определенных обстоятельствах, когда выгоды рекомендуемого поведения очень привлекательны, барьеры для выполнения рекомендуемого поведения очень низки, а альтернативные виды поведения содержат гораздо меньше выгод.

Маркетинговый подход к изменению поведения включает в себя элементы, которые находятся за пределами образования. 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 вследствие снижения барьеров или «платы» за желаемое поведение.

Основной задачей социального маркетинга является обеспечение непосредственных, немедленных выгод, создающих положительное подкрепление. Выгоды должны быть получены представителями целевой группы либо сразу после того, как обмен произошел, либо в момент использования продукта. Это необходимо для подтверждения того, что произведенный обмен действительно в интересах представителей целевой группы. 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.

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

- коммерческий продукт удовлетворяет потребности быстро, социальный — отложено;
- 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 трудно-

достижимые, 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;
- промежуточных переменных в коммерческом маркетинге меньше, они проще и ближе к желаемому результату, чем в социальном;
- определение «продукта» и сообщения о нем в социальном маркетинге более неоднозначно, из-за чего эксперты могут иметь относительно такого определения разные точки зрения;
- в коммерческом маркетинге легче вычленить процесс обмена, чем в социальном;
- 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 [Egger e. a., 1999].

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.

При решении любых задач в сфере здоровья можно найти таких представителей целевых групп, для которых будут полезны различные комбинации образования, маркетинга и законодательного воздействия [Maibach, Rothschild, Novelli, 2002].

Ключевые элементы в практике социального маркетинга. В любой маркетинговой программе существует 4 основных элемента (4 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.

Пример. Цель программы — снижение уровня курения среди беременных женщин, уже имеющих детей. Предварительно было выявлено,

что женщины курят прежде всего потому, что это дает возможность пообщаться с друзьями и на некоторое время отвлечься от забот, связанных с уходом за ребенком. В рамках программы беременным женщинам, которые решили бросить курить, предлагалась информационная брошюра о том, как это можно сделать технически, а также дополнительная услуга — няня 30 минут в день бесплатно будет находиться с их ребенком для того, чтобы они в это время смогли пообщаться с друзьями и отдохнуть.

- *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 изменения поведения и того, какие из этих затрат выступают наиболее трудно преодолимыми барьерами. Создаваемый продукт должен отвечать требованию максимального снижения таких барьеров.

Пример. В рамках программы, направленной на изменение пищевых предпочтений людей при покупке более полезной для здоровья легкой закуски, организация снизила цену на эту закуску, оставив цены на другие виды закуски прежними. Спрос на полезную для здоровья закуску повысился, что, в конечном счете, принесло пользу представителям целевой группы и увеличило доход организации, продающей закуску.

- *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 этом 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.

Пример. Распространение презервативов в тех местах, где наиболее часто происходят гомосексуальные контакты, совместно с общественными объединениями гомосексуалистов, в качестве меры профилактики ВИЧ/СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем.

- *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, раз-

влекательные передачи в средствах массовой информации. Также можно использовать почту (в том числе электронную), телевидение, сеть Интернет, мнение лидера, одобрение третьей стороны. Кроме того, используются предоставление материалов, содержащих информацию о покупке, привлечение промоутеров.

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 осознваемых 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 гомогенных 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, такие, как 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 выбираются 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.

В основе социального маркетинга лежат бихевиоральные модели социального поведения. Эти модели используются, с одной стороны, для лучшего понимания поведения людей в сфере здоровья, а с другой стороны, — для формулировки гипотез социально-маркетингового исследования. Применимость социального маркетинга очень высока. Он может использоваться в различных культурах и на различных уровнях общественной организации — от небольшой общности до страны в целом.

Экологические модели поведения в сфере здоровья

Экологический подход, как в поведенческих науках в целом, так и в науке об общественном здоровье фокусируется на характеристиках взаимодействия людей с физической и социокультурной окружающей средой. Окружающая среда понимается здесь как пространство, находящееся вне человека. Под поведенческими условиями в рамках данного подхода подразумеваются социальные и физические ситуации, в которых протекают поведенческие процессы.

К.Р. МакЛероу, Д. Бибебау, А. Стеклер, К. Гланз (K.R. McLeroy, D. Bibebau, A. Steckler, K. Glanz) (1988) предложили экологическую модель поведения в сфере здоровья, согласно которой индивидуальное поведение обуславливается воздействием средовых переменных на пяти различных уровнях: личностном, межличностном, общности, институциональном и на уровне социальной политики. Для изменения поведения необ-

ходимо оценить влияние факторов, воздействующих на поведение на каждом из этих уровней, чтобы целенаправленно их изменить.

Д. Стоколз (D. Stockols) (1992, 1996), выполнив детальное описание требований социально-экологического подхода к проведению поведенческих исследований и пропаганде в сфере здоровья, выдвинул четыре предположения.

- На здоровье оказывает влияние множество характеристик физической и социальной среды. Также велика роль личностных факторов.
- Окружающая среда сама по себе содержит множество измерений. Она может быть социальной или физической, актуальной или воспринятой, непрерывной (например температура) или состоящей из отдельных конструкторов (например социальный климат).
- Взаимодействие «человек — среда» может быть описано на различных уровнях: индивида, семьи, организаций, где человек работает и проводит досуг, общности, а также популяции в целом.
- Существует обратная связь между различными уровнями окружающей среды и объединениями людей. Взаимодействие «человек — среда» происходит циклично: люди воздействуют на окружающую среду, а измененная окружающая среда воздействует на поведение в сфере здоровья.

Д. Стоколз вводит понятие «окружающая среда, формирующая поведение, направленное на сохранение здоровья». Автор утверждает, что в ходе осуществления мер, направленных на улучшение здоровья, необходимо оказывать воздействие или на факторы окружающей среды, стимулирующие желательное поведение в сфере здоровья, или на факторы, препятствующие такому поведению. Окружающая среда влияет на здоровье непосредственно и опосредованно. Непосредственное воздействие осуществляется через создание эмоционального комфорта и социальной сплоченности. Опосредованное воздействие осуществляется через индивидуальное восприятие.

Д.А. Кохен, Р.А. Скрибнер, Т.А. Фарлей (D.A. Cohen, R.A. Scribner и T.A. Farley) (2000) разработали структурную модель, основанную на предположении, что поведение в сфере здоровья определяется свойствами индивида и условиями проживания. Авторы предложили четыре категории структурных переменных, которые, с их точки зрения, должны лежать в основе выбора метода и содержания вмешательства: доступность полезных или вредных для здоровья продуктов широкого потребления, физические структуры (или физические характеристики) продуктов, социальные структуры и политика, сообщения, передаваемые средствами массовой информации и от поколения к поколению в данной культуре.

Анализ современного состояния экологического подхода к изменению поведения в сфере здоровья позволяет выделить *семь основных принципов*, лежащих в его основе:

1) На поведение в сфере здоровья влияют факторы разных уровней. Все они могут влиять одновременно, но в разной степени. Хорошие экологические модели определяют тот факт, что переменные различных видов не только взаимодействуют между собой, но и определяют, как осуществляется взаимодействие.

2) На поведение в сфере здоровья влияет множество групп факторов окружающей среды. Они воздействуют на поведение непосредственно и опосредованно. На поведение влияют характеристики как природной (погода, климат, география, производство и распространение продуктов питания), так и созданной человеком среды (например, коммерческая среда оказывает влияние на доступ к спиртным напиткам, сигаретам и продуктам питания).

3) Полезны лишь те экологические модели, которые описывают какой-то один конкретный вид поведения. Другими словами, при описании различных видов поведения можно использовать относительно широкие понятия, но при планировании вмешательства необходимо применять общие принципы экологических моделей к конкретному виду поведения в сфере здоровья.

4) Наиболее эффективны многоуровневые вмешательства. Вмешательство только на одном уровне вряд ли будет иметь существенное влияние на поведение. Осуществлять вмешательство необходимо на уровнях личности, общности и окружающей среды.

5) Многоуровневое вмешательство легче всего осуществить, если в нем задействованы представители разных социальных групп. Необходимо, чтобы в реализации вмешательств, основанных на экологических моделях, принимали участие представители многих групп общества. Усилить воздействие можно путем включения в команду, проводящую вмешательство, тех представителей отдельных социальных групп, которые оказывают воздействие на политику и окружающую среду.

6) Для оценки эффективности воздействий, основанных на экологических моделях, необходимо проводить мониторинг. Центральной трудностью оценки эффективности подобных вмешательств является отсутствие надежных конечных индикаторов политических и средовых изменений. Поэтому оценивать изменения предлагается на основе значений промежуточных (медиаторных) переменных на всех уровнях осуществления вмешательства.

7) Политическая ситуация может ограничивать реализацию вмешательств, основанных на экологических моделях. Не соответствующие целям вмешательства законы, неадекватное ужесточение политики, негативистическое корпоративное поведение, поддерживаемое сотрудниками организации, невозможность включить борьбу с данным видом нежелательного поведения в политическую программу вносят существенный вклад в распространение повреждающего здоровье поведения [по: Sallis, Owen, 2002].

3.2. Современные подходы к планированию вмешательств

Можно выделить два основных подхода к планированию вмешательств. Сторонники первого из них подробно рассматривают все или большую часть этапов разработки, реализации и оценки эффективности вмешательства. Центральной для этого подхода является модель PREECEDE–PROCEED. Сторонники второго подхода подробно описывают только один из этапов — тот, который с их точки зрения является наиболее важным для успешности вмешательства. Как правило, это этапы исследования и оценки эффективности программ (табл. 5).

Таблица 5. Подходы к планированию вмешательств

Подход к планированию вмешательства	Примеры
Подробное описание всех или большинства этапов разработки, реализации и оценки эффективности вмешательства	Модель PREECEDE–PROCEED, подход Л. Эвлес и И. Симнет, подход Дж.О. Нельсон, подход М.В. Креутер и коллег
Подробное описание одного этапа разработки, реализации или оценки эффективности вмешательства	Модель пяти стадий исследования П. Гринволд и Дж. В. Гулен, модели оценки эффективности программ

Подробное описание всех или большинства этапов разработки, реализации и оценки эффективности вмешательства

Модель 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 (L.W. Green, M.W. Kreuter, S.G. Deeds, K.B. Partridge). Он означает предрасположение, подкрепление, запуск в работу конструкторов

при проведении образовательной или средовой диагностики и оценки (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation). Эта часть модели основана на положении, что плану вмешательства должен предшествовать анализ, подобно тому, как медицинский диагноз предшествует лечению. Сторонники подхода 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 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 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 повысит вероятность того, что программа будет принята общностью и будет эффективной. Лучше, чтобы представители общности принимали участие в подготовке вмешательства уже на этапе разработки программы. Для это-

го можно проводить форумы, фокус-группы и опросы, организовывать комиссии по планированию.

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 данных статистики, исследований, проводимых на национальном 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, можно провести собственное исследование. Анализировать на этапе эпидемиологической оценки необходимо значения тех статистических показателей, которые могли бы 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, из наиболее актуальных проблем общности в сфере здоровья на данном этапе необходимо выбрать ту, на решение которой будет направлена программа. При этом следует учитывать три параметра:

- 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 для вмешательства. 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 ко-

торой они поддаются изменению. Далее списки с проранжированными факторами сопоставляются и из них отбираются те факторы, которые и в наибольшей степени влияют на состояние здоровья, и легче других поддаются воздействию. На эти факторы воздействие и будет направлено в дальнейшем.

4. *Оценка образованности и экологии* — выявляются предшествующие и подкрепляющие поведение факторы, которые необходимы для того, чтобы начать и поддерживать процесс изменения. Выделяется три группы таких факторов: предрасполагающие, подкрепляющие и облегчающие. Предрасполагающие факторы — это факторы, предшествующие 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, тоже 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 изменения поведения.

Как и на предыдущей стадии, составляется список факторов. Они ранжируются по степени важности и возможности изменения, а затем выбираются те, на которые будет направлено воздействие. Здесь необходимо использовать литературу, в которой описываются данные исследований о влиянии отдельных факторов на поведение в сфере здоровья, привлекать представителей общности к планированию воздействия, проводить опросные исследования и фокус-группы в общности. На этой стадии важно не столько проранжировать факторы, сколько правильно отнести их к группе предрасполагающих, подкрепляющих или облегчающих. Группа, к которой относится 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». Основой для воздействий на подкрепляющие факторы являются теории воздействия на уровне группы. Они предполагают использование опосредованного воздействия через каналы коммуникации (например через значимых других, социальные сети), использование методов усиления социальной поддержки и модели обучения посредников. Облегчающим факторам соответствуют теоретические модели воздействия на уровне общности, которые предполагают изменение окружающей среды (такие как организация новых служб, увеличение доступности продукта, изменение политики и законов в той сфере, которая связана с рассматриваемым поведением). На данной стадии определяется стратегия воздействия.

5. *Оценка управления и политики* — собирается информация о политике, ресурсах и обстоятельствах, которые 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 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 влияния* — оцениваются произошедшие изменения предрасполагающих, подкрепляющих и облегчающих факторов, а также достигнутые изменения поведения и окружающей среды.

9. *Оценка результата* — оценивается эффект программы и изменение индикаторов, отражающих качество жизни общности [Gielen, McDonald, 2002].

Подход Л. Эвлес и И. Симнет (L. Ewles u I. Simnett). С точки зрения Л. Эвлес и И. Симнет, процесс стратегического планирования сводится к ответу на три вопроса: «Чего я хочу достичь?», «Что я собираюсь сделать?» и «Как я узнаю, был ли я успешным?». Авторы выделяют семь стадий пла-

нирования работы по изменению поведения в сфере здоровья. Первые две стадии помогают ответить на вопрос «Чего я хочу достичь?», третья, четвертая и шестая стадии дают ответ на вопрос «Что я собираюсь сделать?», пятая стадия предполагает ответ на вопрос «Как я узнаю, был ли я успешным?».

1. *Определение потребностей и приоритетов.* Существует четыре вида индивидуальных потребностей: нормативные, воспринимаемые, выражаемые и относительные. Нормативные потребности определяются профессионалами–экспертами и представляют собой набор характеристик, которыми человек должен обладать, либо стандарт поведения, которое человек должен проявлять, чтобы быть здоровым. Тогда потребностью является то, чего не хватает человеку для соответствия выделенному экспертами стандарту. Основная трудность определения нормативных потребностей заключается в том, что мнения экспертов могут различаться. Воспринимаемые потребности — то, чего хотят представители целевой группы. Наличие таких потребностей зависит от информированности людей о существующих в сфере здоровья возможностях. Так, например, чтобы захотеть определить пол ребенка во время беременности, мать должна знать, что такое возможно. Выражаемые потребности — потребности, о которых люди говорят, т.е. потребности, которые перешли в требования. Далеко не все потребности становятся требованиями. Такого перехода может не произойти из-за недостатка у представителей целевой группы мотивации или уверенности. Относительные потребности в получении благ в сфере здоровья определяются путем сравнения двух сходных групп людей, одна из которых получает определенные блага в сфере здоровья, а другая — нет. При этом те, кто не получают какие-либо блага, рассматриваются как нуждающиеся.

Следующие виды данных помогают выявить потребности в сфере здоровья представителей целевой группы.

- Эпидемиологические данные, которые характеризуют факторы и уровень распространенности заболеваний в общности. Они показывают количество людей, которых коснулась проблема здоровья, количество людей, которые умерли по причине, связанной с проблемой, а также характеристики представителей группы «риска» по этой проблеме (пол, возраст, национальность, социальный статус, род деятельности, место проживания и т.п.).

- Данные об образе жизни представителей целевой группы (физическая активность, поведение в сексуальной сфере, наличие/отсутствие опыта курения и употребления спиртных напитков).

- Социальноэкономические данные об общности, а именно, уровень безработицы, доходы, этническая структура, характеристики жилья, покупательная способность.

- Мнение профессионалов — опыт и восприятие проблемы специалистами, которые работают в этой сфере (учителя, волонтеры, социальные и медицинские работники, полицейские, религиозные деятели).

- Мнение членов общности — представителей целевой группы. Источники получения информации о нем разнообразны: данные, предоставляемые различными организациями, неформальные дискуссии, структурированные и глубинные интервью, репрезентативные опросы и т.п.

- Информация о проблеме, которая содержится в сообщениях местных средств массовой информации.

Оценивая потребности в сфере здоровья, необходимо ответить на вопросы, к какому типу они относятся; кто решил, что это потребность; каковы основания предполагать, что это потребность; каковы цели действий и какие действия будут адекватными для удовлетворения этой потребности.

2. *Постановка целей и задач.* Стадия предполагает определение миссии, целей и задач. Определение миссии означает ответ на вопрос «Зачем я все это делаю?». Цель формулируется как одно широкое утверждение о том, чего планируется достичь. Задачи описывают конкретные шаги, которые предпринимаются для достижения цели. Задачи отражают конкретное желаемое состояние или результат, который планируется достичь за определенный период. Цели должны содержать в себе вызов, быть достижимыми и измеряемыми по параметрам количества, качества и времени достижения, а также должны соотноситься с целями деятельности организации и проекта в целом.

Задачи, применительно к образовательным программам, должны отражать, что должны знать, чувствовать и делать люди, прошедшие обучение. В сфере изменения знаний обучаемых задачи связаны с такими действиями, как предоставление информации, ее объяснение, получение подтверждения того, что обучаемый понимает ее. Все это можно назвать повышением информированности. Задачи в сфере чувств связаны с такими действиями, как выяснение, формирование или изменение установок, взглядов, убеждений, ценностей или мнений. Задачи в сфере действий предполагают описание тех действий и навыков, которые должны появиться у обучаемого после прохождения программы.

3. *Выбор наилучшего способа достижения целей.* На этой стадии необходимо ответить на вопросы, какие методы в большей степени

соответствуют поставленным задачам и обеспечивают наиболее эффективное их решение, а также какие методы в большей степени одобряются представителями целевой группы. Необходимо, кроме того, осознать, какие методы легче всего использовать Вам и тем людям, которые с Вами работают, и применение каких методов связано с наименьшими финансовыми затратами.

При ответе на первый вопрос следует учитывать, что достижению цели осознания клиентом ценности здоровья в наибольшей степени соответствуют такие методы, как беседы, групповая работа, выставки, использование средств массовой информации, включая проведение кампаний. Для достижения цели повышения уровня знаний в сфере здоровья наиболее эффективны разговор «один на один», выставки, изготовление и распространение печатных материалов, использование средств массовой информации и Интернета, кампании, обучение в группах. Для достижения цели развития самосознания и повышения самооценки лучше применять работу в группе, тренинг уверенного поведения, ролевые игры, консультирование, упражнения, направленные на обучение принятию решений, выявление ценностей, выработку социальных навыков. Для достижения цели изменения установок и реального поведения в сфере здоровья наиболее подходящими являются печатные материалы, групповая работа, тренинг навыков, группы самопомощи, инструктирование «один на один», советы, групповая или индивидуальная психотерапия. Для достижения цели изменения физической или социальной среды наиболее применимы такие методы, как реализация позитивных действий в тех группах, которым обычно уделяется недостаточно внимания, лоббирование, группы давления, развитие общности, работа в общности, разработка стратегий защиты, оценка окружающей среды, планирование и формирование политики, организационные изменения, совершенствование законодательной базы.

При выборе наиболее легких для применения методов следует учитывать, что некоторые методы трудно использовать лишь поначалу. По мере же выработки навыков применение таких методов перестает вызывать дискомфорт.

4. *Оценка ресурсов.* Стадия предполагает прояснение того, какие ресурсы уже имеются, какие необходимо найти, какие дополнительные ресурсы возможно будет привлечь, нужны ли будут деньги. К потенциальным ресурсам относятся следующие.

- Опыт, знания, навыки, время, энергия и энтузиазм специалиста в сфере общественного здоровья.

- Люди, которые могут помочь специалисту в сфере общественного здоровья. Это коллеги и другие профессионалы в этой области, способные помочь в планировании работы; сотрудники, способные оказать содействие в решении административно–управленческих задач; технический персонал и исполнители, которые примут участие в организации выставок, будут обслуживать оборудование и готовить методические материалы.

- Клиент или группа клиентов. Это еще один ключевой ресурс. У клиентов есть знания, навыки, энтузиазм, энергия и время, которые можно использовать при реализации воздействия. В процессе групповой работы клиенты могут обмениваться своими знаниями и опытом. Очень ценным ресурсом являются бывшие клиенты.

- Люди, которые способны влиять на клиента или группу клиентов. Это родственники и друзья клиентов, волонтеры, ассоциации пациентов и группы самопомощи, а также люди, пользующиеся признанием в обществе (политические и религиозные лидеры, поп–звезды).

- Существующие государственные политика и планы. Ни одно из намеченных к осуществлению мероприятий не должно противоречить политике государства в данной области.

- Уже предоставляемые населению услуги и действующие в общности службы.

- Материальные ресурсы: постеры, печатные материалы, помещение, оборудование, методические разработки.

5. *Выбор методов оценки эффективности воздействия.* Предполагает ответы на вопросы «Как Вы узнаете, было ли воздействие эффективным?» и «Как Вы будете измерять успех?».

Оценка — это процесс, в ходе которого рассматривается, что было достигнуто (результат) и как это было сделано (процесс). Оценка предполагает критический анализ воздействия, выявление его положительных сторон и недостатков, а также предложения относительно того, как можно улучшить воздействие.

Оценка результата требует ответа на вопрос, были ли достигнуты поставленные цели. В ходе оценки процесса изучаются: соответствие примененных методов поставленным целям, полнота использования всех возможностей, которые способны предоставить эти методы, а также наличие или отсутствие финансовых выгод от применения выбранных методов.

Оценка эффективности воздействия необходима для того, чтобы усовершенствовать собственную деятельность, помочь действовать более эффективно другим специалистам, обосновать необходимость

использования определенных ресурсов и получить данные, подтверждающие необходимость проведения подобной работы в дальнейшем. Оценка эффективности воздействия, кроме того, помогает убедить самого себя в том, что работа выполнена хорошо, получить удовлетворение от выполненной работы, выявить любые незапланированные или неожиданные результаты, которые могут оказаться важными.

При выборе методов оценки эффективности воздействия необходимо учитывать, кому будут предоставляться эти данные. Так, если оценка эффективности проводится «для себя», можно ограничиться данными своих наблюдений и обратной связью от представителей целевой группы, сделав при этом несколько пометок. В том случае, если данные об эффективности предоставляются руководителю или организации, от которой в дальнейшем хотелось бы получить финансирование, следует подумать о том, ответы на какие вопросы будут интересовать этих людей и насколько подробная информация им нужна.

При оценке *результата* могут быть использованы следующие методические подходы.

1) Характеристики изменения осознания здоровья как ценности можно получить на основе:

- оценки интереса представителей целевой группы к воздействию (сколько человек приобрели брошюры, осведомились о предоставляемых услугах, посетили Web-сайт);
- мониторинга изменения уровня обращаемости в организации, работающие в сфере укрепления и сохранения здоровья;
- анализа частоты освещения соответствующего мероприятия в средствах массовой информации;
- опросов, интервью, дискуссий, наблюдений, направленных на отдельных людей или группы.

2) Изменение уровня знаний или установок можно оценить с помощью:

- оценки изменений в том, что клиенты говорят и делают, т.е. выяснения, проявляются ли в вербальном и реальном поведении изменения установок или осознания здоровья как ценности;
- интервью и дискуссий, которые проводит сотрудник проекта с клиентом, предполагающих ответы на соответствующие вопросы;
- дискуссий и наблюдения за тем, как клиенты применяют полученные знания в реальных ситуациях и как они решают связанные со здоровьем проблемы;
- наблюдения за тем, как клиенты проявляют свои вновь приобретенные навыки;

- тестов и вопросников, предполагающих письменные ответы клиентов на вопросы, направленные на выявление уровня их информированности; результаты можно сравнить с результатами опроса этой же группы до начала обучения или с результатами опроса или тестирования контрольной группы.

3) Изменения поведения можно оценить с помощью:

- наблюдения за отдельными действиями клиентов;
- анализа записей о поведении: записи могут делаться постоянно или периодически и сравниваться с поведением контрольной группы либо с поведением «среднего» представителя общества.

4) Изменения политики можно оценить посредством анализа:

- заявлений политиков и принимаемых на политическом уровне мер;

- изменений в законодательстве;
- изменений в доступности продуктов, услуг и организаций, имеющих в сфере сохранения и укрепления здоровья;
- изменений в процедуре или организации профессиональной деятельности, например выделение большего количества времени на обучение пациентов.

5) Изменения в физической окружающей среде оцениваются по данным:

- анализа изменений уровня загрязнения воздуха и воды, площади зеленых насаждений, доступных для рекреационной активности жителей, на определенной территории.

6) Изменения состояния здоровья, которые можно оценить на основе:

- регистрации простых показателей здоровья, таких как вес, давление, пульс после выполнения физических упражнений, уровень холестерина в крови;

- описания состояния здоровья по многомерной шкале, отражающей изменения поведения в сфере здоровья, самооценку состояния здоровья;

- анализа статистических показателей здоровья, таких как уровень младенческой смертности, онкологической заболеваемости и т.д.

При оценке процесса могут использоваться следующие методические подходы.

1) Оценка вклада — необходимо оценить свою деятельность с точки зрения затраченного времени, денег и материалов. После этого можно судить о том, оправдал ли эти затраты полученный результат.

2) Самооценка, которая предполагает ответы на вопросы «Что я сделал/а хорошо?», «Что я хотел/а бы изменить?», «Как можно улучшить то, что я сделал/а, в следующем проекте?».

3) Получение обратной связи от других (коллег, руководителя, клиентов). В данном случае очень важно создать доверительную атмосферу. Технически обратную связь можно получить, используя специальный ящик, куда люди могут опускать записки с пожеланиями, а также получая жалобы, записывая спонтанные высказывания клиентов или специально задавая вопросы.

6. *Разработка плана действий.* На этой стадии создается детальный план мероприятий с указанием исполнителей, необходимых ресурсов и сроков.

Существует два варианта разработки плана действий. Первый предполагает составление перечня ключевых мероприятий проекта с указанием даты, когда должно быть выполнено каждое из них. Эти даты рассматриваются как конечные сроки, когда должны быть выполнены все действия, обеспечивающие реализацию данного мероприятия. Второй способ заключается в расположении на временной шкале с равными интервалами (например недельными, месячными или квартальными) и детализированном описании всех мероприятий по проекту, которые должны происходить за эти фиксированные промежутки времени.

7. *Действие.* Стадия предполагает осуществление всех запланированных ранее мероприятий [Ewles, Simnett, 2003].

Подход Дж.О. Нельсон (J.O. Nelson). Модель для оценки и улучшения состояния здоровья в локальной общности, основанная на программе Healthy Community 2000: Model Standards, была разработана в штате Мичиган, США. Модель 8-шаговая; она подразумевает следующие шаги.

1. *Вхождение в общность.* Устанавливаются контакты с представителями различных властных структур, государственных и негосударственных организаций, которые играют ключевую роль в реализации проводимых в общности мероприятий в сфере здоровья.

2. *Организационные мероприятия.* Осуществляются действия, направленные на включение представителей всех групп и слоев общности в работу по оценке и улучшению состояния здоровья. Важно, чтобы деятельность по оценке и улучшению здоровья была согласована с другими видами деятельности членов общности. Они, кроме того, должны видеть конкретные результаты деятельности в сфере здоровья общности.

3. *Оценка потребностей* и определение доступных для общности ресурсов в сфере здоровья. Выявляется информация о наиболее острых проблемах здоровья членов общности. Для этого можно использовать:

- показатели состояния здоровья общности, отраженные в официальной статистике;
- данные исследований, направленных на выявление поведенческих факторов «риска»;
- основные показатели, отражающие состояние здоровья населения географической зоны региона, в котором расположена общность (повозрастная смертность, структура заболеваемости, уровень подростковых беременностей и т.п.);
- составление карты общности, на которой отражаются основные ресурсы общности, позволяющие сохранить и улучшить здоровье ее членов, и доступность ресурсов для населения;
- информацию о состоянии здоровья населения общности, представленную в специальных публикациях и отчетах.

4. *Определение приоритетов для общности.* На этой стадии следует выделить те проблемы в сфере здоровья, которые будут решаться в первую очередь. При определении приоритетов необходимо учитывать два параметра: важность проблемы и наличие средств, требуемых для ее решения. Приводимые ниже методы можно использовать для расстановки приоритетов.

- Метод Ж.Е. Пикета и Дж.Дж. Ханлон (G.E. Picketta и J.J. Hanlon), который предполагает четыре шага: 1) оценку масштаба проблемы; 2) оценку важности проблемы; 3) оценку доступных для решения проблемы ресурсов; 4) применение PEARL-теста (Propriety — право собственности, Economics — экономика, Acceptability — приемлемость, Resources — ресурсы и Legality — законность). Приоритетность проблемы рассчитывается на основе значений, полученных при оценке масштаба, важности и ресурсов. Если для двух проблем получилось равное значение приоритетности, они ставятся на одно место в ранжированном списке проблем здоровья общности.

- Фокус-группы.
- Форумы с участием представителей общности.
- Исследования, направленные на выявление опыта, ценностей и других важных для проекта характеристик членов общности.

5. *Постановка задач*, отражающих процесс и результаты деятельности по улучшению состояния здоровья общности. Необходимо, чтобы эти задачи удовлетворяли следующим требованиям:

- измеримость достижения;
- наличие сроков выполнения;
- направленность на решение приоритетных для общности проблем здоровья ее членов;
- соответствие задачам в сфере здоровья, поставленным на государственном и региональном уровнях.

6. *Разработка стратегии вмешательства.* Здесь необходимо ответить на вопросы, будет ли выбранная стратегия способствовать достижению поставленных целей, является ли стратегия направленной на общность в целом, а не на деятельность самой организации, включена ли деятельность по реализации стратегии в планы работ профильных организаций, существующих в общности.

7. *Разработка и осуществление плана действий.* Определяются конкретные действия, сроки их реализации и ответственные за их выполнение. На этой стадии следует предпринять следующие действия: 1) конкретизировать шаги, необходимые для достижения цели; 2) назначить ответственных за осуществление каждого шага; 3) выделить ресурсы, необходимые для обеспечения каждого мероприятия на данном шаге; 4) ознакомить с планом действий партнеров, принимающих участие в проекте.

8. *Мониторинг и оценка эффективности мероприятий.* Показателями эффективности проведенных мероприятий могут быть появление в общности новых услуг, повышение качества уже имевшихся услуг, установление связей между различными организациями, координация усилий в сфере решения определенной проблемы, повышения уровня квалификации сотрудников. Требования к оценке эффективности таковы:

- она должна являться неотъемлемой частью деятельности в рамках проекта;
- она должна быть организована таким образом, чтобы имелась возможность постоянно оценивать уровень достижения поставленных целей;
- результаты оценки эффективности должны широко обсуждаться;
- на основании результатов оценки необходимо корректировать разработанный ранее план деятельности [Nelson, 2001].

Подход М.В. Креутер (M.W. Kreuter) и коллег. Согласно М.В. Креутер, Н.А. Лезиу, М.В. Креутер, В.Д. Новелли (M.W. Kreuter, N.A. Leziu, M.W. Kreuter,

W.D. Novelli), планирование вмешательства включает в себя семь основных шагов. Это: 1) формирование перечня факторов «риска»; 2) дифференциация поведенческих и средовых факторов; 3) сокращение списка факторов риска (отбор ключевых факторов); 4) определение важности факторов; 5) определение возможности их изменения; 6) создание матрицы; 7) формирование набора задач. Поясним содержание некоторых центральных шагов.

При определении важности факторов все они размещаются на условной шкале, один полюс которой содержит наиболее важные, а другой — наименее важные факторы. Место фактора на шкале устанавливается путем анализа воздействия фактора на поведение, осуществляемого по статистическим и исследовательским данным.

Этап построения матрицы предполагает создание матрицы 2x2, в квадрате 1 которой отмечаются целевые для вмешательства факторы, а в квадрате 2 — предполагаемая цель дальнейшей работы (табл. 6).

Таблица 6. Матрица важности факторов

Факторы	Значимость	
	Более важные	Менее важные
Относительно легко поддающиеся изменению	1	3
Относительно трудно поддающиеся изменению	2	4

На этапе формирования набора задач необходимо ответить на следующие вопросы: кто, что, как много и когда [Kreuter e. a., 2003].

Подробное описание одного этапа разработки, реализации или оценки эффективности вмешательства

Модель пяти стадий исследования П. Гринволд и Дж. В. Гулен (P. Greenwald и J.W. Gullen). Модель «стадий исследования», которые должны лежать в основе разработки вмешательств и оценки в сфере здоровья, предложили ряд независимо работавших исследовательских групп. Некоторые из этих моделей, в частности, разработанные П. Гринволд и Дж.В. Гуллен (1985) и Б.Р. Флей (B.R. Flay) (1986), широко применялись

Национальным институтом рака, Национальным институтом сердца, легких и крови и многими другими профильными организациями.

П. Гринволд и Дж.В. Гуллен выделяют следующие пять стадий исследования.

- *Выдвижение гипотезы* — обобщение приводимых в литературе результатов исследований, разработка или выбор теоретической основы воздействия, формулировка гипотезы (например, установление описываемых в литературе связей между сидячим образом жизни и полнотой у подростков).

- *Разработка методов* (например, пилотажное тестирование различных способов воздействия на увеличение физической активности, включая валидизацию методик).

- *Контролируемое экспериментальное воздействие* (исследование действенности) — проверка воздействия в идеальных или оптимальных условиях с обеспечением внутренней валидности исследования (например, экспериментальное воздействие на физическую активность подростков в малой случайной выборке).

- *Исследование по популяционной выборке* (эффективность) — оценка надежности данных о результате воздействия на репрезентативной выборке (например, более выраженное воздействие на физическую активность, направленное на всех подростков из участвующих в проекте общеобразовательных средних школ).

- *Демонстрация* (распространение) данных (например, оценка результатов программы физической активности, осуществляемая во всех общеобразовательных средних школах района) [Glasgow, 2002].

Модели оценки эффективности программ. Для оценки эффективности программ, реализуемых в сфере здоровья, было предложено несколько взаимосвязанных подходов. Некоторые из них разрабатывались для планирования и оценки воздействия (Green and Kreuter, 1999; Biglan, Ary, Wagenaar, 2000), другие — только для того, чтобы помочь организовать саму процедуру оценки (Lomas, 1997). Модели оценки помогают сосредоточить внимание на вопросах, которые важны как для исследователей, так и для практиков. Исследователям модели оценки дают возможность установить параметры, которые должны быть включены в программу оценки, а практикам — «ключевые» факторы, которые в ходе анализа литературы должны быть отобраны при разработке или выборе программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Другое направление исследований эффективности акцентирует важность рассмотрения факторов «реального мира» на исследование и применимость его результатов. Эмпирическое изучение таких факторов осуществлено Ольденбург (Oldenburg) с коллегами; оно позволило описать феномены диффузии, распространения и институционализации результатов исследований в сфере здоровья. Работа показала, что существует значительный разрыв между результатами, полученными в исследовании, и их применением в реальных (неэкспериментальных) условиях. Ж. Стеклер (G. Steckler) с коллегами выделили и измерили факторы, определяющие, в какой степени воздействие распространится или институционализируется.

Третье направление представляет работа Абрамс (Abrams) с коллегами. Авторы выдвинули положение о том, что эффект воздействий необходимо оценивать не только по их влиянию на целевой контингент, но и по уровню доступности программы для потенциальных участников. Это направление в значительной степени повлияло на формирование модели RE-AIM.

Модель оценки RE-AIM. 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). В основе модели лежат теории PRECEDE-PROCEED и диффузии.

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 (например 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. *Поддержка* — относится и к уровню индивида, и к уровню места реализации программы (контекстному). На индивидуальном уровне поддержка описывает долгосрочные результаты воздействия, которые определяются не ранее чем через 6 месяцев после последнего контакта в рамках реализации воздействия. На уровне места реализации воздействия поддержка 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, действенность и эффективность в большей степени связаны с индивидами или группами, а принятие и применение — с уровнем места реализации воздействия (контекстным).

Первоначально считалось, что отношения между параметрами модели таковы:

Влияние = Охват \times Действенность. Сейчас показано, что важны все пять параметров. Другими словами, для того чтобы оказать широкое и большое влияние на уровне популяции, воздействие должно быть эффективным по всем названным пяти или по большей части параметров.

3.3. Стратегии вмешательства

Существуют два основания для классификации стратегий вмешательства: по ответственности за состояние здоровья и по целевой группе, на которую направлено вмешательство.

По ответственности за состояние здоровья выделяются стратегии социоэнвайронментальная и индивидуалистическая. Социоэнвай-

ронментальная стратегия исходит из предположения, что причиной плохого состояния здоровья представителей низших социальных слоев являются факторы окружающей социальной и физической среды — относительная социальная и экономическая депривация. Вмешательства, в основе которых лежит эта стратегия, адресуются к причинам депривации — бедности, необразованности, безработице и другим социальным факторам.

Индивидуалистическая стратегия смещает акцент вмешательства на ответственность индивида за свое здоровье. Она основана на эпидемиологических исследованиях, показывающих, что большинство хронических неинфекционных заболеваний вызывается факторами, связанными с жизненным стилем индивида. Данная стратегия исходит из положения, что индивид ведет себя вредным для здоровья образом из-за неадекватной информации, негативных аттитюдов и отсутствия необходимых для сохранения и укрепления здоровья навыков. Поэтому вмешательства, основанные на индивидуалистической стратегии, направлены на предоставление достоверной информации, изменение установок и формирование навыков здорового образа жизни.

Оба подхода, конечно, представляют собой известное упрощение и на практике используются параллельно. Согласно современным научным взглядам, которые отражает модель Саллис а. Овеу (Sallis a. Oweu) (1996), изменения в социальном окружении приводят к изменениям в поведении индивида, а определенное поведение некоторых индивидов в популяции является источником изменений в окружении.

В зависимости от *характеристик целевой группы*, на которую направлено вмешательство, Г. Эгер (G. Egger) с коллегами выделяет стратегии высокого и низкого рисков. Вмешательства, основанные на стратегии высокого риска, направлены только на тех представителей популяции, которые в большей степени подвержены рискам для здоровья. Вмешательства, основанные на стратегии низкого риска, направлены на всех представителей популяции [Egger e. a., 1999].

Сходные стратегии выделяют и Р.Дж. Диклемементе (R.J. DiClemente) с сотр. Аналогом стратегии высокого риска выступает здесь стратегия, направленная на индивида, а аналогом стратегии низкого риска — стратегия, направленная на общность.

Стратегия, направленная на индивида, подразумевает выделение индивидов высокого риска. Интервенция, основанная на этой стратегии, направлена на модификацию индивидуального поведения риска. В целом направленная на индивида стратегия признается успеш-

ной, но у нее имеются и некоторые недостатки. В частности, один из них заключается в том, что выявление индивидов с высоким поведенческим риском требует больших материальных затрат и технически сложно; программы первичного скрининга охватывают слишком много людей без риска. Другой существенный недостаток состоит в том, что способность существующих методик распознавать риск весьма слаба. Еще одним недостатком стратегии выступает тот факт, что поведение риска изначально во многом социально и подвержено влиянию надындивидуальных сил. Программы изменения поведения часто не способны поддержать индивидуальные изменения в поведении, прежде всего вследствие такого социального давления. Все это позволяет говорить о паллиативном характере стратегии, ориентированной на индивида.

Стратегия, направленная на общность, имеет своей основной целью удержание людей подальше от риска. Она исходит не из медицинской модели болезни, а из модели общественного здоровья, т.е. подразумевает распределение болезней в популяции. Предполагается, что характеристики общности сильно влияют на здоровье ее членов [DiClemente e. a., 2004].

Очень важным вопросом, во многом определяющим выбор стратегии вмешательства, является вопрос о *количестве факторов риска*, на которые должна воздействовать программа. Здесь сформировались следующие две точки зрения. Согласно первой из них, вмешательство должно быть целевым, т.е. направленным на единичный фактор риска. Согласно второй, вмешательство следует направлять на одновременное изменение достаточно широкого круга не связанных между собой факторов риска, т.е. вмешательство должно быть нецелевым.

В пользу последней точки зрения говорит то, что, согласно данным многочисленных исследований, основной объем заболеваемости в США обусловлен всего десятью факторами риска. Они представлены в большей части населения страны, а если даже и не представлены, то имеют высокую вероятность возникновения. Воздействие на различные группы популяции, различающиеся по уровню риска, более затратно, чем просто воздействие на всю популяцию. Люди реагируют на вмешательство по многим факторам риска так же хорошо, как и по любому одному из них [Kottke, 1986].

3.4. Методы реализации программ

Все методы реализации программ вмешательства, описанные в зарубежной литературе, условно можно разделить на пять групп: методы

вмешательства на уровне личности, методы вмешательства на уровне группы, методы вмешательства на уровне общности, методы изменения общественного мнения или законодательства и методы, усиливающие эффект вмешательства.

3.4.1. Методы вмешательства на уровне личности

В современной западной литературе методы вмешательства на уровне личности представлены не очень широко. Считается, что в большей степени они применимы к вторичной и третичной профилактике повреждающего здоровье поведения. В звене первичной профилактики целесообразнее работать с большими аудиториями, поскольку это экономит ресурсы [Egger e. a., 1999].

Поэтому помимо различных психотерапевтических подходов, рассмотрение которых не входит в задачи данного пособия, в современных зарубежных руководствах описаны либо методики, применяемые только на отдельных этапах изменения поведения в сфере здоровья, либо методики, которые можно использовать как в индивидуальной, так и в групповой работе. Одними из немногих средств вмешательства на уровне личности, применимыми к различным видам поведения в сфере здоровья и предполагающими работу с клиентом на различных стадиях изменения поведения, является «шитье на заказ» и компьютерные программы оценки личностного риска и изменения поведения (табл. 7).

Таблица 7. Примеры методик вмешательства на уровне личности

Область применения методов	Примеры
Уровень личности, отдельные этапы изменения поведения в сфере здоровья	Методики повышения уровня самосознания в сфере здоровья, методики определения ценностей в сфере здоровья, консультирование по вопросам принятия решений в сфере здоровья, методики изменения поведения в сфере здоровья
Уровень личности, все этапы изменения поведения в сфере здоровья	«Шитье на заказ», компьютерные программы оценки личностного риска и изменения поведения
Уровень личности и уровень группы, изменение поведения в сфере здоровья	Повышение уровня информированности, выработка практических навыков

Методы, применяемые на уровне личности, на отдельных этапах изменения поведения в сфере здоровья

Методики повышения уровня самосознания в сфере здоровья. Для повышения уровня самосознания можно использовать такие методики, как принятие решения о том, в каких областях жизнедеятельности будет изменяться поведение, и структурирование деятельности. При использовании первой из названных методик клиент выписывает все те области, в которых он готов изменить свое поведение. Это позволяет работать более конструктивно и не затрагивать тех областей жизнедеятельности, в которых человек не готов изменить поведение (например, люди, имеющие избыточный вес, могут быть готовы выполнять физические упражнения, но не готовы изменить диету).

Структурирование деятельности помогает человеку более широко посмотреть на свое поведение в сфере здоровья. В частности, это позволяет осознать иррациональные убеждения, влияющие на поведение (например, убеждение в том, что если человек не получает одобрение от других людей, то он хуже всех) [Ewles, Simnett, 2003].

Методики определения ценностей в сфере здоровья. Для определения ценностей в сфере здоровья используются ранжирование, высказывание противоположных точек зрения, построение континуума ценностей. Ранжирование можно выполнить в двух вариантах. Первый предполагает расположение клиентом различных заранее сформулированных аспектов здорового образа жизни в порядке убывания их важности лично для него. Второй заключается в том, что клиент выписывает виды деятельности, которые доставляют ему удовольствие, а далее соотносит их с определенными категориями. К таким категориям относятся все виды деятельности, которые сопровождаются денежными затратами, осуществляются в одиночестве или совместно с другими людьми, позволяют поддерживать хорошую физическую форму, требуют креативности, предполагают потребление наркотиков (включая алкоголь и табак), положительно или отрицательно влияют на здоровье. Каждый вид деятельности может быть описан с помощью нескольких категорий. Методика дает возможность клиенту осознать связь между своим поведением и состоянием здоровья.

Для использования методики *высказывания противоположных точек зрения* сначала подбираются два полностью противоречащих друг другу утверждения на тему здоровья (например, если рассматривает-

ся полезность бега трусцой, то можно сформулировать такие утверждения: «Бег трусцой очень полезен для здоровья, и все люди станут более здоровыми, если будут делать это» и «Бег трусцой убивает людей, и только очень здоровые атлеты могут делать это»). Далее руководитель группы предлагает составить список аргументов в пользу одного и в пользу другого утверждения. Затем эти аргументы зачитываются попарно (один — в пользу одного утверждения, другой — в пользу второго и т.д.). Упражнение помогает людям определить свою позицию по поводу конкретной проблемы в сфере здоровья, а также более лояльно отнестись к тем, кто придерживается противоположной точки зрения.

Построение континуума ценностей представляет собой расширенный вариант методики высказывания противоположных точек зрения. Методика позволяет клиенту увидеть спектр мнений по какому-либо вопросу и понять свое место на описывающей их шкале. Ведущий группы высказывает две противоположные точки зрения и предлагает участникам представить, что это две точки А и В, между которыми проведена прямая линия. Если группа маленькая, можно провести эту линию в комнате, если большая — на доске. Затем членам группы предлагают найти свое место на этой прямой, которое наилучшим образом отражает их собственную точку зрения. Далее ведущий просит каждого участника обосновать свою позицию. При этом участников просят не перебивать и не комментировать высказывания других до тех пор, пока каждый не объяснит или не откажется объяснять свою точку зрения. Методика позволяет организовать дискуссию по проблеме более детальную, чем методика высказывания противоположных точек зрения.

Консультирование по вопросам принятия решений в сфере здоровья. Принято выделять пять основных стадий консультирования в сфере здоровья: определение потребностей клиента и формирование дружеской атмосферы; изучение потребностей и проблем; оказание клиенту помощи в постановке целей и анализе альтернатив; выбор альтернативы; разработка плана действий.

Формирование дружеского климата предполагает наличие у специалиста в сфере здоровья вербальных и невербальных поведенческих навыков. Это проявления теплоты, открытости, искренности, эмпатии и позитивное подкрепление поведения клиента (т.е. проявление равного уважения и признание одинаково ценными всех людей, вне зависимости от того, нравятся они или нет). Кроме того, необходимыми условиями для формирования дружеского климата являются установление

зрительного контакта с клиентом, использование мебели для уменьшения социальной дистанции, пунктуальность и умение выслушивать.

На стадии изучения потребностей консультант с помощью техник активного слушания, поощрения клиента к разговору и специально сформулированных вопросов устанавливает с клиентом доверительные отношения и побуждает его перейти от рассказа о проблемах, лежащих на поверхности, к рассказу о глубинных проблемах и трудностях.

Стадия оказания помощи в постановке целей и анализе альтернатив предполагает, что консультант задает клиенту ряд вопросов, направленных на более четкое осознание клиентом своих целей, а также информирует его о последствиях выбора того или иного варианта поведения.

Основной принцип, лежащий в основе консультирования на стадии выбора альтернативы, заключается в том, что решение должен принимать клиент, а не консультант. Процесс принятия решения предполагает взвешивание всех «за» и «против», рассмотрение возможных последствий в случае принятия каждой из существующих альтернатив, вывод о том, какая альтернатива лучше остальных, и наличие уверенности, что есть возможность реализовать выбранный вариант поведения. Если клиент сопротивляется принятию решения, необходимо вернуться на вторую или третью стадию консультирования. Если клиент выбирает ту альтернативу, которая с точки зрения консультанта является неправильной, консультант все равно должен помочь клиенту разработать план действий, понимая, что клиент всегда сможет вернуться и продолжить работу.

На стадии разработки плана действий клиент обдумывает пути реализации принятого решения. Возможно, ему понадобится информация о стратегиях преодоления или поддержка. После разработки плана действий необходимо определить даты этапов его осуществления и установить показатели, по которым можно будет оценить успешность выполнения решения.

Методики изменения поведения в сфере здоровья. Имеется четыре основных вида методик изменения поведения в сфере здоровья: самомониторинг, методика определения затрат и выгод, методика постановки целей и оценки прогресса и методики преодоления трудностей, связанных с изменением поведения.

Самомониторинг предполагает написание конкретного и детализированного отчета о поведении, которое решено было изменить. Отчет ведется в форме дневника. Он помогает клиентам анализировать свое поведение и всесторонне осознать содержание своих действий, что яв-

ляется необходимым условием для самоконтроля поведения. Кроме того, дневник позволяет зафиксировать «линию отсчета», относительно которой будет оцениваться прогресс в изменении поведения. Самомониторинг предполагает ответы на вопросы 1) как часто имеет место проблема; 2) что еще происходит во внутреннем (мысли и чувства) и внешнем (окружающая среда) мире, когда беспокоит проблема; 3) какие события приводят к появлению проблемы; 4) что происходит после этого, т.е. каковы последствия появления проблемы.

Методика определения затрат и выгод заключается в установлении совместно с клиентом не только долгосрочных выгод от изменения поведения (например улучшение здоровья или увеличение продолжительности жизни), но и краткосрочных, которыми люди могли бы искренне наслаждаться уже сейчас.

Методика постановки целей и оценки прогресса предполагает обучение клиента умению ставить реалистичные цели и замечать прогресс на пути их достижения. Важность постановки реалистичных целей состоит в том, что достижение каждой из них придает клиенту уверенность в себе и вызывает у него стремление достичь новых целей. Постановка нереалистичных целей может привести к тому, что клиент будет чувствовать себя проигравшим и не захочет предпринимать дальнейшие действия по изменению поведения.

Для того чтобы оценить прогресс в изменении поведения, необходимо наблюдать и записывать изменения поведения, причем таким образом, чтобы достижения были отчетливо видны. Оценивать прогресс в изменении поведения можно за достаточно длительный период (например за две или три недели), но иногда нужно оценивать прогресс за более короткий период (например за один день).

Если клиент не смог достичь поставленной цели, необходимо понять причины этого и изменить исходную ситуацию. Наиболее частыми причинами недостаточной эффективности усилий по изменению поведения являются следующие: слишком сложная цель, слишком отсроченные во времени награды, недостаточное осознание клиентом кризиса или заболевания, негативное воздействие посторонних людей, наличие других нерешенных проблем, для решения которых требуется дополнительное обучение.

Изменение поведения, по крайней мере в тот период, пока новое поведение не стало нормой, связано с большими трудностями. Для того чтобы справиться с этими препятствиями, можно использовать целый ряд *методик преодоления трудностей, связанных с изменением поведения.*

В частности, можно найти заменитель вредного для здоровья поведения (например жевать жевательную резинку вместо курения) или избавиться от сопутствующих привычек, связанных с поведением, наносящим вред здоровью (например, пить чай вместо кофе, если человек решил бросить курить, а кофе ассоциируется с курением). Также можно сделать предметы, связанные с вредным для здоровья поведением, недопустимыми (например хранить в труднодоступном месте сигареты).

Методы, применяемые на уровне личности, на всех этапах изменения поведения в сфере здоровья

«Шитье на заказ». Данный метод является конкретно–методологическим подходом, используемым как для повышения доступности образования и продвижения услуг в сфере здоровья, так и для успешности применения теорий на практике. Подход охватывает все виды поведения в сфере здоровья. Его главным содержанием выступает учет при изменении поведения не только демографических характеристик индивида, но и его установок, привычек, паттернов поведения. В основе «шитья на заказ» лежит положение, что люди воспринимают информацию лучше, если она ориентирована лично на них. В этом случае они обращают на нее внимание, а следовательно, такая информация в большей степени стимулирует и поддерживает определенное поведение в сфере здоровья.

Для того чтобы разработать материал «по мерке», необходимо осуществить пять шагов. Во–первых, надо проанализировать проблему в сфере здоровья, т.е. определить причины ее возникновения и ключевые детерминанты соответствующего поведения. Во–вторых, следует подготовить оценочный инструмент, т.е. разработать план исследования проблемы. Третий шаг предполагает создание сообщений. Они формируются на основе данных, полученных о человеке в результате опроса об истории его болезни и его привычках в сфере здоровья. Такие сообщения представляются в форме видеоклипов или письменных рекомендаций и содержат информацию о том, как человек может снизить степень риска для здоровья. На четвертом этапе по ответам клиента (клиентов) создается база данных. Пятый этап — создание алгоритмов, позволяющих транслировать информацию от базы данных к сообщениям [Bensley, 2001; Kreuter e. a., 2003].

Компьютерные программы оценки личностного риска и изменения поведения. Существует целый ряд компьютерных программ, позволя-

ющих человеку оценить собственную степень риска в какой-то одной или в нескольких областях своего здоровья. Программы оценки личностного риска, направленные только на оценку риска определенного поведения для здоровья, применяются в исследовательских целях. Для практических целей используются более сложные оценочные инструменты. Существуют сайты, содержащие анкеты, которые позволяют оценить степень индивидуального риска для здоровья. Специалист в сфере общественного здоровья может давать ссылки на эти сайты на своих буклетах, флайерах и других распространяемых среди населения материалах. Имеются и интерактивные программы, которые предполагают, что сначала клиент отвечает на вопросы, по которым оценивается его индивидуальный риск, а затем ему предоставляется информация по проблемам, представляющим опасность для его здоровья. Одна из таких интерактивных программ (HIV: Assessing Your Risk) была разработана Отделом пропаганды и образования в области здорового образа жизни Западного Мичиганского университета. Программа использовалась для снижения риска заражения ВИЧ-инфекцией среди студентов университета. Каждый из них мог получить доступ к программе с любого компьютера, расположенного в университетском Центре здоровья. Некоторые программы, в зависимости от ответов клиентов, предлагают им материалы, содержащие советы по снижению уровня риска и направления к специалистам, которыми они могут воспользоваться в дальнейшем.

Еще одним видом программ оценки личностного риска и изменения поведения являются программы оценки риска для здоровья, позволяющие определить потенциальную подверженность заболеваниям, прогнозировать состояние здоровья и возможные причины смерти. В рамках этих программ люди получают рекомендации по снижению риска. Важным преимуществом программ является то, что они позволяют оценить степень снижения риска для здоровья через некоторое время после выполнения рекомендаций [Bensley, 2001].

Методы, применимые для изменения поведения в сфере здоровья и на уровне личности, и на уровне группы

Повышение уровня информированности. Эмпирические исследования показывают, что люди нуждаются в информации по проблемам здоровья, но часто испытывают затруднения в понимании того, что им говорит специалист. Для повышения эффективности деятельности, направленной на повышение информированности, необходи-

мо соблюдать несколько важных требований. В частности, все самое важное следует сказать в начале беседы, подчеркнуть и повторить ключевые моменты, давать конкретные и точные советы (например, советовать не вообще снизить вес, а «сбросить» пять килограммов), четко структурировать предоставляемую информацию, стараться не использовать профессиональную терминологию, длинных слов и предложений. Кроме того, необходимо использовать наглядные материалы (буклеты, раздаточные материалы и письменные инструкции), избегать предоставления слишком большого количества информации за короткий промежуток времени, убедиться в том, что совет дан в соответствии с ситуацией, в которой оказался клиент, получить от клиента обратную связь и убедиться в том, что он все правильно понял [Ewles, Simnett, 2003].

Выработка практических навыков. Методика основана не только на предоставлении клиентам информации и их обучении использованию этой информации, но и на внимании к чувствам клиента. Если человек боится выглядеть глупо или опасается того, что его действия будут неправильными, он вряд ли добьется успехов. Поэтому навыки необходимо вырабатывать постепенно.

Выделяются три основных стадии процесса формирования новых навыков: демонстрация, репетиция и практика. На первой стадии клиент только наблюдает, на второй и третьей стадиях активно включается в процесс. На всем протяжении процесса выработки практических навыков важно, чтобы клиент не терял уверенности в том, что он сможет выработать новый навык. Для этого сначала можно создать более легкие условия обучения и постепенно их усложнять (например для того чтобы клиент научился оказывать первую помощь, можно сначала использовать манекен, а лишь потом — человека).

3.4.2. Методы вмешательства на уровне группы

Согласно Г. Эггер, Р. Спарк, Дж. Завсон, Р. Донован (G. Egger, R. Spark, J. Zawson, R. Donovan) [Egger e. a., 1999], все методы вмешательства на уровне группы можно разделить на два блока: дидактические и основанные на переживании. К дидактическим методам относятся лекция–дискуссия, семинар, конференция. Методы, основанные на переживании, включают в себя тренинг умений, модификацию поведения, тренинг сензитивности («встречи»), дискуссии в группе, симуляцию,

проживание ролей, формирование групп самопомощи, а также различные методы формирования сплоченности.

К этим двум блокам методов можно добавить и третий — блок исследовательских методов. В качестве примера здесь можно привести фокус-группу. Целесообразность выделения такой группы методов объясняется двумя причинами. Во-первых, исследовательские методы могут использоваться на стадиях планирования и оценки эффективности вмешательства. Во-вторых, уже в ходе проведения исследования специалист в сфере здоровья формирует, намеренно или непроизвольно, установки участников к определенной проблеме здоровья и к определенной программе.

В данном разделе мы рассмотрим лишь некоторые методы вмешательства на уровне группы (табл. 8). Как и ранее, описание психотерапевтических методов не включено в данное пособие.

Таблица 8. Примеры методов вмешательства на уровне группы

Группа методов	Примеры
Дидактические методы	Чтение лекций
Методы, основанные на переживании	Мозговой штурм, методика кругов, техника «жужжащих групп», техника безопасных открытий
Исследовательские методы	Фокус-группа

Дидактические методы

Метод *чтения лекций* часто используется специалистами в сфере здоровья, несмотря на его некоторые очевидные недостатки. В частности, метод предполагает одностороннюю коммуникацию и дает мало возможностей для того, чтобы определить, сколько людей поняли и насколько усвоили информацию. Кроме того, с течением времени у слушателей сохраняется в памяти только незначительная часть предоставленной на лекции информации. В то же время этот метод имеет и несомненные достоинства. Он позволяет слушателям выработать широкий взгляд на проблему, способствует формированию критического отношения к ней, является важным источником информации о здоровье для тех людей, которые не читают специальную литературу и не смотрят тематических телевизионных передач.

Для того чтобы лекция прошла успешно, необходимо соблюсти ряд следующих условий: проверить помещение и оборудование, состав-

вить план, сделать и использовать заметки, подготовить вступительную часть, выделить ключевые моменты, подготовить заключение, поинтересоваться, есть ли вопросы, продумать самопрезентацию, спланировать поведение на случай, если возникнут трудности в работе с аудиторией.

Проверка помещения и оборудования предполагает, что лектор должен заранее осмотреть помещение, где будет происходить лекция, и проверить, есть ли в помещении нужное количество стульев, хорошо ли оно освещается, есть ли в нем необходимое оборудование и работает ли оно. В плане лекции необходимо выделить, из каких разделов она будет состоять, сколько времени будет занимать каждый из разделов и какое оборудование для него потребуется. Основные моменты и некоторые технические подробности лекции лучше отметить на бумаге или карточках. Не следует зачитывать всю лекцию с листа, так как это затрудняет контакт с аудиторией.

Вступительная часть должна быть направлена на информирование слушателей о цели и теме лекции, а также получение подтверждения того, что тема является актуальной. В этой части нужно получить уверенность в том, что слушатели хорошо видят и слышат говорящего. Во вступительной части можно привести пугающие факты, задать вопрос, на который сложно ответить, использовать зрительный образ для того, чтобы вызвать интерес, предложить слушателям выполнить определенные действия, пошутить. Кроме того, эта часть предполагает краткое изложение темы лекции.

Лекция должна быть построена вокруг трех или четырех основных моментов. Эти моменты необходимо обосновать с помощью данных исследований, собственного опыта, примеров, а также использования аудиовизуальных материалов.

Заключение может включать в себя очень краткое обобщение сказанного, пожелания по поводу дальнейших действий слушателей, предположение о том, что сделают слушатели после ознакомления с материалом, вопрос слушателям или выражение слушателям благодарности за их внимание и активное участие.

Обогащает лекцию серия вопросов и ответов. Они позволяют выступающему получить обратную связь, а слушателям — активно участвовать в процессе.

Себя необходимо представлять в позитивном свете, говорить не очень быстро. Если предстоящая беседа или лекция вызывают у выступающего затруднение, ему необходимо заранее подготовиться и потренироваться

в присутствии друзей или коллег. Выступающему следует заранее продумать свое поведение на случай, если «из головы вылетит» нужная фраза или что-то «собьет с мысли». В такой ситуации лучше всего честно признаться, что возникли незначительные трудности, и сообщить слушателям, что требуется некоторое время на то, чтобы просмотреть свои записи и найти нужную информацию [Ewles, Simnett, 2003].

Методы, основанные на переживании

Метод *мозгового штурма* можно использовать для того, чтобы начать разговор о проблеме и получить информацию о том, что люди думают по определенному вопросу. При проведении мозгового штурма участникам группы задается вопрос, на который нет однозначного ответа (например, «Почему люди употребляют спиртные напитки?»). Затем все ответы участников выслушиваются и записываются на доске или на большом листе бумаги. При этом членов группы просят не комментировать, не обсуждать и не критиковать ответы до тех пор пока не выскажутся все участники. Ведущий также может предложить и записать свой вариант ответа.

Метод предполагает активное участие в работе всех членов группы. Особенно внимательно следует относиться к застенчивым участникам штурма, уточняя, могут ли они что-то еще добавить к сказанному. Важно дать людям время подумать. Затем членам группы предлагается разбить все высказывания на блоки и охарактеризовать каждый блок. (Например, высказывания о причинах употребления спиртных напитков могут быть отнесены к «конструктивной» группе («Это помогает мне получить удовольствие») и к группе «избегания» («Это помогает мне забыть о проблемах»).

Методика кругов предоставляет всем членам группы равные возможности активного участия. Каждому члену группы предлагается высказать свое утверждение по определенному вопросу (в виде окончания незаконченного предложения). Ведущий может начать групповую работу или принять в ней участие, когда до него дойдет очередь. В качестве примеров предложений, которые требуется закончить участникам, можно привести следующие: «Я думаю, что бег трусцой...», «Главная причина, по которой я хочу сбросить вес, в том, что...» и т.д.

Для того чтобы эффективно применять метод кругов, следует соблюдать ряд требований. В частности, необходимо следить, чтобы участники не перебивали друг друга, не позволять им комментировать вы-

сказывания до того, как будет завершен круг, разрешить каждому не высказывать свое мнение и пропустить свой ход, повторять мнения, которые уже прозвучали. Метод кругов можно использовать не только самостоятельно, но и для начала или завершения встреч, а также для получения обратной связи.

На переживании основаны и некоторые техники групповой работы.

Техника «жужжащих групп» заключается в следующем. Группа участников разбивается на небольшие подгруппы численностью от двух до шести человек для обсуждения конкретной проблемы или темы в течение определенного времени (обычно 10 минут). Техника особенно полезна при работе с большими группами, поскольку это дает каждому участнику возможность высказать свое мнение. После того как подгруппы сформированы, участникам дается задание (например, «Обсудите, что помогает Вам снять стресс») и указывается, каким временем они располагают для его выполнения. После истечения выделенного времени следует обсудить, к каким результатам пришли участники в ходе дискуссии. Для этого можно попросить их во время работы в подгруппах записывать основные выводы.

Техника безопасных открытий используется в тех случаях, когда люди стесняются или боятся сказать о своих истинных чувствах, потому что думают, что будут выглядеть глупо. Она заключается в том, что каждому члену группы дают листок бумаги и просят написать, например, о том, что они чувствуют или что они действительно хотели бы узнать. Затем все листки собирают и кладут в одну емкость (например в корзину для бумаги). После этого члены группы в порядке очереди вытаскивают по одному листку и громко зачитывают то, что на нем написано. Если человек вытащил листок, написанный им, он не должен признаваться в своем авторстве. Участников группы просят воздержаться от комментариев и обсуждения до тех пор пока все листки не будут зачитаны. Затем происходит обсуждение того, что обнаружилось в ходе выполнения задания.

Исследовательские методы

Фокус-группа — метод сбора качественной информации о мнениях, восприятии и идеях по поводу определенной проблемы. Фокус-группа может использоваться как самостоятельный метод, но ее сочетание с другими методами сбора качественной и количественной информации считается более продуктивным. Данные, полученные в ходе про-

ведения фокус–групп, могут применяться для планирования опросов и разработки вопросников, для оценки эффективности программ вмешательства, а также для интерпретации результатов исследования.

В области общественного здоровья путем проведения фокус–групп может быть получена информация о широком круге проблем здоровья, а также о восприятии программ и стратегий превенции и вмешательства. Фокус–группы используются для получения сведений о том, что люди думают о реализуемых программах и предоставляемых населению услугах, для генерирования идей о том, как можно улучшить существующие программы и предоставляемые услуги, а также для выявления новых ресурсов сохранения и укрепления здоровья.

Численность фокус–групп обычно составляет от 8 до 12 человек. Участники как правило обладают сходным отношением к той проблеме, которая обсуждается на фокус–группе. Поэтому чтобы получить полный спектр мнений о проблеме, необходимо провести 2 или 3 фокус–группы. Фокус–группа проводится модератором, обладающим навыками проведения групповых интервью и управления групповой динамикой, по заранее разработанному путеводителю.

Планирование фокус–группы заключается в подготовке технического задания на проведение фокус–группы, которое предполагает ответы на вопросы о целесообразности использования этого метода в данной познавательной ситуации, о сильных сторонах и ограничениях метода, о том, кто и как будет использовать полученные результаты, о времени и стоимости проведения фокус–группы. Техническое задание должно включать в себя, кроме того план отбора участников фокус–группы, описание подхода, который будет применен для анализа полученных данных, критерии отбора модератора.

Отбор участников — один из наиболее сложных этапов проведения фокус–группы. Предварительно следует составить список не менее чем из 30–40 потенциальных участников, поскольку большинство из них, скорее всего, откажутся от участия. Причина отказа обычно состоит в том, что при формировании фокус–группы место и время проведения, тему обсуждения выбирает исследователь, а не те люди, которые должны будут участвовать в обсуждении.

На первой стадии отбора потенциальных участников фокус–группы требуется разработать короткий вопросник, позволяющий тем, кто будет производить отбор, пригласить для интервью на второй стадии отбора только тех, кто обладает необходимыми социально–демографическими и социально–психологическими характеристиками. Людям,

которые обладают такими характеристиками, на этой стадии необходимо кратко рассказать о цели исследования, о содержании проекта, его координаторах и источнике финансирования, а также о том, как будут использоваться результаты и что будет сделано для сохранения конфиденциальности полученной информации.

При формировании фокус-групп можно воспользоваться помощью членов общности, у которых имеются социальные связи с потенциальными участниками. Лучше всего если они сами свяжутся с теми, кто обладает необходимыми для участия в фокус-группе характеристиками, и дадут организатору координаты только тех людей, которые заинтересованы в участии.

Если позволяет бюджет проекта, фокус-группы можно формировать с помощью телефонного опроса каждого n-го представителя общности. Однако применение такой техники вводит дополнительное ограничение в процедуру отбора, поскольку в фокус-группе смогут принять участие только те, у кого имеется телефон. На это ограничение нужно будет указать в итоговом отчете. Фокус-группа может подбираться и посредством прямых, т.е. «лицом к лицу» контактов с потенциальными участниками.

Не следует для отбора участников фокус-группы использовать рекламу, так как при этом велика опасность потери контроля над количеством и характеристиками кандидатов. Само количество участников не должно превышать 12 человек, иначе фокус-группой будет сложно управлять из-за постоянных спонтанных речевых контактов между участниками, обусловленных различием мнений. В группу не желательно включать лиц, ранее знакомых друг с другом, так как они могут испытывать опасения относительно последствий открытого высказывания своего мнения.

После определения списка участников каждому из них необходимо выслать письмо с указанием места и времени проведения фокус-группы и описанием того, какие дополнительные продукты или услуги (бонусы) предлагаются за участие. Следует указать также имя, адрес и телефон контактного лица, у которого можно получить дополнительную информацию. Письмо следует отправить за 7–10 дней до проведения фокус-группы, а за 2 дня до встречи сделать телефонный звонок для повторного напоминания.

Обычно 10–25 % из тех, кто изначально согласился участвовать в работе фокус-группы, не приходят. Поэтому на фокус-группу приглашается больше участников, чем это необходимо.

Место проведения фокус-группы должно быть легко доступным для всех участников и должно обеспечивать их спокойную работу. По-

мещение должно быть таким, чтобы модератор и все участники могли хорошо видеть друг друга; размещение участников должно быть комфортным. Лучше не проводить фокус-группы на территории больниц и учреждений, которые могут вызвать у людей неприятные ассоциации.

Модератор должен, помимо опыта проведения групп и управления групповой динамикой, обладать умением тактично вернуть участников к теме разговора в том случае, если они отошли от обсуждаемой темы, а также уточнить детали высказываний так, чтобы у участников не было ощущения, что они на допросе. Кроме того, важная задача модератора состоит в том, чтобы включить в обсуждение проблемы наиболее застенчивых и взаимодействовать с чрезмерно разговорчивыми таким образом, чтобы они оставляли возможность высказаться другим. Модератор не должен комментировать высказываемые точки зрения и демонстрировать собственную позицию относительно проблемы.

Желательно, чтобы по социально-демографическим характеристикам модератор был близок к участникам группы. Если в группе присутствуют иностранцы, модератор должен владеть тем языком, на котором они говорят. При проведении фокус-группы модератору следует учитывать традиции той культуры, к которой принадлежат участники (например, в некоторых культурах женщины могут высказываться только после того как высказались мужчины).

В функции помощника модератора входит подготовка помещения к проведению фокус-группы, контроль времени обсуждения отдельных тем, проверка исправности записывающего оборудования. Кроме того, помощник модератора должен фиксировать невербальные сигналы и события, которые происходили во время проведения фокус-группы и могли повлиять на результаты. Обязанностью помощника модератора является расстановка табличек с порядковыми номерами и именами перед каждым участником и фиксация ключевых слов говорящих, что поможет идентифицировать участников при расшифровке записи фокус-группы.

Сразу после окончания занятий модератор и его помощник должны поделиться своими впечатлениями, обсудить, какие темы оказались наиболее важными для участников, и зафиксировать свои мнения и оценки на бумаге или на аудиокассете. Эта информация будет использоваться при анализе данных.

Путеводитель фокус-группы содержит вопросы, которые модератор будет задавать. Обычно это открытые вопросы по трем или четырем темам, расположенные таким образом, чтобы группа переходила от обсуждения более общих к обсуждению более частных проблем.

По каждой проблеме готовится от двух до четырех конкретных вопросов. Опытный модератор в процессе проведения фокус-группы задает свои уточняющие вопросы, если понимает, что от участников необходимо получить более детальную информацию.

В путеводителе обычно содержатся сведения о том, что такое фокус-группа, какую пользу работа в ней принесет участникам и общности в целом, о цели ее проведения, почему были отобраны именно эти участники и как будут использоваться полученные данные. Время, необходимое для разработки путеводителя, зависит от опыта разработчика и от количества инстанций, с которыми путеводитель необходимо согласовать.

Работа фокус-группы фиксируется на аудио- или видеокассеты. До начала фокус-группы следует проверить исправность оборудования и приготовить запасные кассеты и батарейки.

При расшифровке данных необходимо отразить в письменном протоколе все зафиксированные паралингвистические сигналы (смех, паузы и т.д.). Если какой-то фрагмент речи не прослушивается, это надо указать в расшифровке. Также необходимо заменить все упоминаемые участниками имена реальных людей на вымышленные или отметить, что имя было удалено из расшифровки (например, написать «профессор N» вместо «профессор Кузнецов» или «мой брат (имя исключено)» вместо «мой брат Фома»). После того как аудиозапись расшифрована, в текст добавляется описание невербальных сигналов, зафиксированное помощником модератора.

Для анализа данных применяется несколько различных технических приемов. Один из них называется «вырезать и вставлять». Он наиболее удобен для работы с маленькими группами. Сначала аналитик отмечает в тексте важные идеи и цитаты. Затем эти фрагменты вырезаются из текста и объединяются в подгруппы, соответствующие различным темам.

Другой прием называется «кодирование». Каждому фрагменту текста присваивается свой код, а в конце документа приводится список кодов. Сходные элементы текста протокола получают одинаковый код. Затем все фрагменты, имеющие сходный код или набор кодов, объединяются в новый документ.

Еще одна техника — параллельное использование аудиозаписей и заметок помощника модератора. Аналитик, прослушивая аудиозаписи и одновременно просматривая записи помощника модератора, сразу готовит окончательный вариант расшифровки. Этот прием можно использовать тогда, когда на анализ отводится мало времени [Ruserford, 2001].

3.4.3. Методы вмешательства на уровне общности

Главной целью вмешательства на уровне общности является снижение выраженности факторов риска в популяции. Такой вид вмешательства направлен на широкие изменения в поведении членов общности и основан на использовании естественно существующих в ней каналов влияния. Вмешательство организуется через имеющиеся в общности организации или через структуры и объединения, специально сформированные для реализации программ вмешательства [Amik e. a., 1995; DiClemente e. a., 2004].

Вмешательство на уровне общности следует отличать от вмешательства, основанного на общности, но направленного на изменение индивидуального поведения. Несмотря на то что вмешательство, основанное на общности, локализуется в общности, оно направлено на индивида и не предполагает попыток изменить социальную или властную структуру общности, перераспределить ресурсы между подгруппами населения, выделенных по определенному признаку (раса, пол, социальный класс и т.д.) [Amik e. a., 1995].

Среди методов вмешательства на уровне общности можно условно выделить три группы: методы вмешательства, закрепленные в официальных документах, методы вмешательства, направленные на формирование в общности новых структур, и вспомогательные методы, облегчающие реализацию вмешательства (табл. 9).

Таблица 9. Примеры методов вмешательства на уровне общности

Группа методов	Примеры
Методы вмешательства на уровне общности, закрепленные в официальных документах	Протокол МАРР (Mobilizing for action through planning and partnership)
Методы вмешательства, направленные на формирование в общности новых структур	Формирование коалиций, подход Р.Дж. ДиКлемента и коллег, подход П. Фриере, предоставление полномочий общности
Вспомогательные методы, облегчающие реализацию вмешательства	Облегчение проведения встреч, применение основных принципов проведения исследования в сфере здоровья общности, оценка способности общности изменяться к лучшему

Методы вмешательства на уровне общности, закрепленные в официальных документах

Протокол MAPP. Американский национальный центр контроля над заболеваниями (СДС) начиная со второй половины 1980–х гг. разработал ряд «протоколов для программ в общностях». Эти протоколы отражают основные направления разработки вмешательства на уровне общности. Согласно последней версии документа — *Mobilizing for Action through Planning and Partnerships (MAPP)*, для успешности процесса изменения поведения в сфере здоровья на уровне общности необходима высокая степень включенности общественных, частных и добровольных организаций.

MAPP предусматривает использование для разработки программы вмешательства четырех видов данных о состоянии общности. Это данные о проблемах общности и ее сильных сторонах, о локальной системе общественного здравоохранения, о состоянии здоровья членов общности и о качестве их жизни, а также о том, каким образом можно вызвать изменения в общности.

Данные о локальной системе общественного здравоохранения обязательно должны включать в себя информацию обо всех организациях, работающих в общности над решением определенной проблемы в сфере здоровья. Данные о состоянии здоровья членов общности анализируются по следующим группам показателей: демографические и социоэкономические характеристики, доступность ресурсов здравоохранения, качество жизни, поведенческие факторы риска, состояние окружающей среды, социальное и психическое здоровье, здоровье матери и ребенка, общая заболеваемость и травматизм, инфекционная заболеваемость, случаи карантинных инфекций, смертность.

Процесс разработки программы вмешательства осуществляется в шесть шагов. Первый шаг, подготовка в общности, предполагает идентификацию в общности ключевых фигур и источников данных. На втором этапе реализуется сбор данных по центральным индикаторам (включая тренды и сравнительные данные). При этом используются как агрегированные статистические данные, так и данные, полученные в национальных опросных исследованиях. Третий этап заключается в отборе или разработке индикаторов, специфичных для проблем конкретной общности, и сборе сведений по ним. Четвертый этап включает в себя структурирование информации, выкопировку данных, анализ результатов и распространение информации. Итогом этого этапа является построе-

ние профиля здоровья общности. Целью пятого этапа служит создание системы мониторинга здоровья общности по сформированным для нее индикаторам. На шестом этапе выявляются «вызовы» общности в сфере здоровья и возможности улучшения его состояния (главные проблемы здоровья общности, факторы риска и возможности улучшения, показываемые позитивными трендами). В итоге проделанной работы обычно получается перечень 10–15 проблем состояния здоровья общности с описанием путей их разрешения [Kreuter e. a., 2003].

Методы вмешательства, направленные на формирование в общности новых структур

Формирование коалиций. Коалиция — это временный союз людей или организаций, работающих вместе для достижения общей цели. Коалиция решает проблему посредством выполнения следующей последовательности действий: 1) анализ проблемы; 2) поиск и реализация путей ее решения; 3) реализация социальных изменений. Конкретизируя, можно сказать, что функции коалиции заключаются в планировании, защите, предоставлении услуг, повышении уровня осознания проблемы, распространении идей снижения риска, осуществлении профессионального образования, построении сетей партнерских отношений и внесении изменений в общность [Whitt, 2001].

Подход Р.Дж. ДиКлементе (R.J. DiClemente) и коллег. Подход основан на концепции присущего популяции уровня риска, понимаемого как количество заболеваний в данной популяции за конкретный период времени, обусловленное воздействием повреждающих здоровье факторов. Подход требует выделения факторов окружающей среды, которые: 1) предшествуют поведению риска; 2) препятствуют усвоению превентивного поведения; 3) ведут к увеличению риска по отдельным заболеваниям, вне зависимости от индивидуального поведения.

Вмешательство должно быть направлено на изменение условий физической или социальной среды, вызывающих поведение риска. Для этого предполагается необходимым обеспечение доступа к укрепляющим здоровье или безопасным продуктам, изменение параметров окружающей среды (в частности, решение проблем проституции, насилия), использование средств массовой информации для доведения до членов общности отдельных произошедших в ней «случаев» в целях распространения идей здорового образа жизни.

Р.Дж. ДиКлементе с коллегами отмечают и возможное нежелательное последствие подхода — «превентивный парадокс». Он заключается в том, что вмешательство, организованное по предложенной схеме, может достичь тех, кому не свойственно поведение риска, и не достичь тех, кому оно свойственно. Поэтому авторы подхода предлагают сочетать его с вмешательством на индивидуальном уровне [DiClemente e. a., 2004].

Подход П. Фриере (P. Friere). П. Фриере в 1968 г. предложил специалистам в сфере здоровья при разработке программ вмешательства на уровне общности ориентироваться на семь шагов. К ним относятся: выявление особенностей общности, изучение экологии общности (места, где люди объединяются и встречаются со своими лидерами), процесс вхождения в общность, создание доверия, формирование «совета общности» (потребители, ученые, выборные представители, представители организаций), проведение оценки потребностей общности, планирование вмешательства [по: Blumenthal, Juncey, 2004].

Предоставление полномочий общности. Л.Дж. Бек (L.J. Bek) выделяет отличительные характеристики общности, обладающей полномочиями, и рассматривает этапы получения общностью полномочий. Согласно этой концепции, для обладающей полномочиями общности характерны приверженность ей ее членов, осознание и решение проблем, гибкость и креативность, эффективные действия в сфере укрепления нормативного поведения и концентрация на возможностях, а не на ограничениях.

Процесс предоставления полномочий общности включает в себя шесть этапов. На первом этапе осуществляется создание команды, которая будет заниматься полномочиями общности. На втором этапе формируется единое понимание проблемы. Третий этап направлен на оценку потребностей, имущества и ресурсов общности. Целью четвертого этапа является определение роли лидера. Пятый этап посвящен формированию возможностей, а шестой — поддержанию отношений в общности [Bek, 2001].

Вспомогательные методы, облегчающие реализацию вмешательства

Облегчение проведения встреч. Общепринятое в поведенческих науках терминологическое определение «facilitate» означает «помогать,

облегчать, упрощать». В общественном здравоохранении этот термин применяется исключительно к процессу и процедуре, но не к содержанию вмешательства.

По роду своей деятельности специалист в сфере общественного здоровья часто принимает участие в заседании различных комиссий, где ему приходится играть роль человека, облегчающего проведение встречи. Для того чтобы успешно выполнять эту роль, он должен иметь определенные установки и обладать необходимыми навыками. Специалисту по общественному здравоохранению, выступающему в роли фасилитатора, необходимо демонстрировать установки на искренность, на нейтральность, на поддержку и на расследование.

Если специалист в области общественного здравоохранения неискренен, участники встречи быстро начинают это чувствовать. Искренность же повышает уровень доверия между участниками и делает встречу более эффективной. Установка на нейтральность предполагает, что мнение фасилитатора не должно влиять на ход обсуждения. Если все же он хочет высказать свое мнение, то предварительно должен дать участникам понять, что в данный момент он выступает не в качестве фасилитатора, а в качестве равноправного участника обсуждения. Установка на поддержку не означает, что фасилитатор должен помогать группе решить проблему. Он должен способствовать осознанию членами группы факта существования проблемы и необходимости принятия мер по ее устранению. Установка на расследование обеспечивает достижение фасилитатором уверенности в том, что все участники обсуждения одинаково хорошо понимают, о чем идет речь. Для этого можно использовать техники активного слушания.

Фасилитатор должен обладать навыками: формирования комиссий, планирования проведения встреч, разработки повестки дня, уведомления о встречах, ведения дискуссий, разрешения конфликтов, а также выполнения формальных требований и обеспечения эффективной деятельности комиссии.

Навыки формирования комиссии проявляются в том, что для работы в комиссии отбираются только те люди, которые обладают соответствующей мотивацией и необходимыми способностями. В эффективно работающих комиссиях их члены способны ориентироваться на суждения экспертов и учитывать позиции других членов. Комиссия является для ее членов источником стимуляции, общение протекает свободно, они хотят принимать участие в работе комиссии и готовы тратить на это время и силы, они лояльны к целям деятельности комиссии и хотят достичь этих целей.

Эффективное планирование встреч предполагает ответы на пять вопросов: «Какова цель встречи?», «Кто должен прийти?», «Где должна проходить встреча?», «Когда должна собраться комиссия?», «Как долго продлится встреча?».

Для того чтобы разработать повестку дня, необходимо записать, какие вопросы будут обсуждаться на встрече и сколько времени займет обсуждение каждого вопроса. Рекомендуется такая последовательность обсуждения вопросов: сначала идут легкие вопросы, потом — наиболее важные или трудные, и в конце — снова легкие вопросы и дискуссия. Все встречи желательно проводить по одному и тому же плану. Это будет давать участникам комиссии уверенность в том, что последующие встречи тоже будут структурированными.

Уведомление о встречах требует выполнения двух условий. Во-первых, необходимо не менее чем за одну неделю проинформировать всех членов комиссии о дате заседания и заранее предоставить им материалы, которые будут обсуждаться. В течение четырех дней после первого оповещения о встрече необходимо еще раз связаться с участниками. Это позволит обеспечить более высокие уровни явки и подготовленности членов комиссии к встрече. Во-вторых, если на встрече необходимо присутствие представителей средств массовой информации, их нужно пригласить заранее.

Чтобы дискуссия не отклонялась от темы, фасилитатор может периодически обобщать сказанное или, в том случае, если потерял нить разговора, прямо спросить участников встречи, о чем идет речь и что могут дать приводимые факты. В сложной ситуации можно сделать перерыв, во время которого уточнить у компетентных членов комиссии некоторые детали дискуссии.

Навыки разрешения конфликтов предполагают контроль над конфликтами в процессе деятельности комиссии. При выявлении проблемы, ставшей причиной конфликта, если он все же возникает, необходимо ответить на следующие вопросы: «Основана ли проблема на мнении или на факте?», «В чем источник проблемы?», «Является ли проблема критической?», «К чему мы придем, если решим проблему?», «Каковы шансы решения проблемы?», «Кто вовлечен в конфликт?».

Обеспечение выполнения формальных требований подразумевает высокий уровень технического обеспечения встречи: удобное помещение, правильная расстановка мебели, наличие перед каждым участником таблички с его именем, доступность раздаточных материалов для каждого участника и т.п.

Эффективное функционирование комиссии возможно лишь тогда, когда все ее члены работают сообща и решают проблему коллективно. Как показывают исследования, людям нравится, если при проведении встреч выполняется ряд условий: четко соблюдается регламент, фасилитатор и участники восприимчивы к тому, что говорят и делают другие, четко определены цели и задачи, не возникает незапланированных перерывов, фасилитатор хорошо подготовлен, встреча проходит в дружелюбной и расслабляющей атмосфере, участники чувствуют свою ценность, все принятые решения фиксируются полностью и корректно, а затем последовательно выполняются [Prout, 2001].

Применение основных принципов проведения исследования в сфере здоровья общности. В 1998 г. Израэль, Шульц, Паркер и Беккер (Israel, Schultz, Parker, Becker) сформулировали следующие основные принципы проведения исследований в общности [по: Blumenthal, Junsey, 2004].

- Осознание общности как особой идентичности.
- Выявление сильных сторон общности и имеющихся в ней ресурсов здоровья.
- Установление сотрудничества на всех фазах исследования.
- Интеграция знаний и действий для взаимной пользы всех партнеров.
- Устранение трудностей, возникающих вследствие социального неравенства исследователей и членов общности.
- Цикличность и итеративность.
- Рассмотрение здоровья общности с позитивной и экологической точек зрения.
- Доведение результатов до всех партнеров.

Оценка способности общности изменяться к лучшему. М.В. Креутер (M.W. Kreuter) с коллегам выделил ряд критериев, по которым можно оценить способность общности изменяться к лучшему. К ним относятся:

- навыки, знания и ресурсы (стратегическое планирование, групповые процессы);
- природа социальных отношений (сети и связи внутри общности);
- структуры и механизмы для диалога в общности — добровольные ассоциации, сотрудничающие группы и коалиции, «каталитические» организации (фонды, добровольные, некоммерческие организации);
- лидерство — сочетание коммуникаций, анализа, обучения, доверия, групповой работы, партнерства;

- гражданское участие — гражданская включенность, представительство, голос, разделение власти и структуры;
- ценностная система — нормы, стандарты и ожидания, предполагающие равенство, участие, сотрудничество, включенность и коллективную ответственность;
- культура обучаемости — самосознание, институциональность, память, способность учиться на собственном опыте.

Способность общности к изменениям сама по себе к изменениям не приводит, но является для них ключевым элементом. Способность общности к изменениям — это и «вход» и «выход» усилий общности: чем больше борьбы и побед, тем выше вероятность успеха в будущем. Изучение способности общности к позитивным изменениям имеет центральное значение для планирования вмешательства [Kreuter e. a., 2003].

3.4.4. Методы изменения общественного мнения и законодательства

Как основные методы изменения общественного мнения сегодня рассматриваются использование связей с общественностью (PR) и средств массовой информации (СМИ). Описываются основные этапы реализации PR-кампании и кампании в СМИ, а также различные инструменты взаимодействия со СМИ. Основным методом изменения законодательства в сфере общественного здоровья является включенность в законодательный процесс (табл. 10).

Таблица 10. Примеры методов изменения общественного мнения и законодательства

Группа методов	Примеры
Связи с общественностью	Использование PR-техник
СМИ	Проведение пропаганды с помощью СМИ, подготовка сообщений общественных служб, сообщение о новостях, призывы к действию, подготовка информационных материалов для представителей СМИ и законодательной власти, интервью, использование пресс-портфеля
Включенность в законодательный процесс	Участие в разработке законов

Связи с общественностью. Использование PR–техник

PR — создание или изменение восприятия, установок и убеждений людей путем влияния на них преимущественно через средства массовой информации. Применительно к общественному здравоохранению PR включает в себя повышение уровня осознания потребителем и улучшение его мнения о проблемах, программах, услугах и агентствах в сфере здоровья.

Основные стратегии, которые использует PR в сфере здравоохранения, следующие:

1) своевременное размещение в правильно подобранных изданиях репортажей, статей, мнений редакторов и писем читателей в редакции газет и журналов;

2) интервью со специалистами в сфере общественного здоровья, в телевизионных и радионовостях;

3) использование других каналов распространения информации, от буклетов и брошюр до публичных презентаций и выступлений.

Выделяется шесть шагов, необходимых для успешного использования PR–техник. На первом шаге необходимо подготовить пресс–релизы и другие материалы, которые дают отчетливое представление о цели, масштабе и содержании программы. Второй шаг — выбор человека, который будет рассказывать о программе, давать интервью, которого будут фотографировать. На третьем шаге осуществляется подготовка этого человека: введение его в курс дела, отработка движений перед камерами. Четвертый шаг посвящен подготовке списка «трудных» вопросов о программе, которые слушатели могут задать и формулирование ответов на них. В частности, это могут быть вопросы об источниках финансирования, о стоимости программы, ее предполагаемой эффективности. Пятый шаг заключается в подготовке новостных выпусков и фоторепортажей о планируемой программе, а также в написании юмористических историй о том, какой успех имели рассказы о программе в различных аудиториях (истории в дальнейшем могут помочь в поиске источников финансирования). Шестой шаг — установление контактов и сотрудничество с профильными организациями и другими программами, которые должны проходить в то же время [Shelly, Lisa, 2001].

Средства массовой информации

Существует две точки зрения относительно эффективности использования СМИ. Сторонники первой из них считают, что использование

СМИ всегда очень эффективно, тогда как сторонники второй — что СМИ можно эффективно использовать только при определенных обстоятельствах [Egger e. a., 1999].

Проведение пропаганды с помощью СМИ. Пропаганда с помощью средств массовой информации — это использование средств массовой информации в стратегических целях, т.е. для того, чтобы сделать более эффективной политику в определенной области посредством оказания давления на тех, кто принимает политические решения.

Существуют различия между использованием СМИ с целью образования в сфере здоровья и использованием СМИ в пропагандистских целях. Они отражены в табл. 11.

Таблица 11. Отличия использования СМИ с целью образования от пропаганды с помощью СМИ

Использование СМИ с целью образования в сфере здоровья	Пропаганда с помощью СМИ
Проблема определяется на уровне индивида	Проблема определяется на политическом уровне
Здоровье — личное дело каждого человека	Здоровье — это дело общества
СМИ используются для изменения поведения	СМИ используются для того, чтобы влиять на социальную политику
Внимание сосредоточено на том, что произойдет в ближайшее время	Внимание сосредоточено на том, что будет происходить в течение длительного времени

Выделяются следующие этапы осуществления пропаганды с помощью СМИ: формулирование политической цели, определение целевой группы, разработка и применение медиа-стратегий и оформление проблемы. *Формулирование политической цели* предполагает выделение ведущих факторов возможного изменения ситуации в общности (законодательных, организационных или поведенческих).

На этапе определения целевой группы необходимо установить, какие люди смогут оказать помощь в достижении поставленной цели. Существует три целевых группы для пропаганды с помощью СМИ: 1) люди, которые обладают полномочиями для того, чтобы принимать политические решения; 2) люди или группы людей, которые могут оказать влия-

ние на людей, обладающих такими полномочиями и 3) население в целом. Кроме того, необходимо найти другие группы в общности, члены которых хорошо ориентируются в проблеме и смогут продвинуть решение. С ними можно провести фокус-группу, чтобы выявить, как должно выглядеть сообщение, чтобы привлечь внимание представителей какой-либо целевой группы.

В качестве *медиа-стратегий* могут использоваться газеты и другие печатные СМИ, электронные СМИ, а также оплачиваемые публикации. При использовании в качестве медиа-стратегии газет необходимо учитывать, что люди, принимающие политические решения, наиболее часто читают только первые страницы газет. Эти страницы содержат три блока: колонку редактора, мнения о том, что было написано редактором, и передовые статьи. Колонка редактора содержит краткое освещение проблемы, важной для общности в определенный момент времени, часто выполняет просветительскую функцию и формирует мнение членов общности. Мнения о том, что было сказано редактором, пишутся гражданами как отклики на выступление редактора или недавно описанную и прокомментированную в газете новость. Они помогают: 1) повысить уровень осознания членами общности той или иной проблемы; 2) повысить информированность в той или иной сфере лиц, принимающих политические решения; 3) повысить информированность в той или иной сфере сотрудников редакции. Передовые статьи пишутся сотрудниками газеты. Повлиять на их содержание сложнее всего, так как обычно они отражают мнение большинства членов общности. Фактически же требуется, чтобы на первой странице оказалась представленной позиция, которая расходится с мнением большинства. Поэтому прежде чем обращаться в редакцию, нужно основательно изучить издание: как давно оно существует, когда была последняя публикация на данную тему, какого она была содержания, кто входит в редакторский совет и т.д. Содержание передовых статей необходимо обсуждать при встрече с сотрудниками газеты лично.

В качестве медиа-стратегий также могут использоваться другие печатные СМИ, например информационные листки. Необходимо определить, какие местные СМИ издаются в общности, какие у них целевые группы, допустимо ли в них размещение статей по вопросам здоровья.

Помимо печатных СМИ, в качестве медиа-стратегий могут выступать электронные СМИ: радио, телевидение, электронная почта. На радио можно выступать в новостях, в ток-шоу и размещать сообщения об общественных услугах. Выступления в новостях обычно длятся

не более 30 секунд, поэтому в данном случае важно заранее подготовить тезисы. Выступления в ток-шоу будут более успешными тогда, когда перед выступлением специалист будет знать, кто является целевой группой шоу и в каком формате оно проходит. Сообщения об общественных услугах часто могут делаться бесплатно (теле- и радиостанции должны выделять определенное количество эфирного времени на служение общественным интересам), но имеют несколько недостатков. Это конкуренция за свободное эфирное время среди организаций и групп, имеющих в общности, большие затраты на изготовление сообщения, невозможность влиять на то, когда и где прозвучит сообщение, отсутствие гарантий, что сообщение достигнет представителей целевой аудитории.

Выступления на телевидении во многом напоминают выступления на радио. Прежде чем принять участие в телевизионном ток-шоу, необходимо получить информацию о том, кто еще будет приглашен, какова продолжительность выступления, предполагаются ли ответы на звонки телезрителей, будет ли шоу проходить в записи или в прямом эфире.

Электронная почта (E-mail) может использоваться для написания писем редакторам и обращений к правительственным чиновникам (многие чиновники имеют электронные адреса, которые можно найти на сайтах правительственных структур).

Оплачиваемые публикации в СМИ удастся использовать, когда кампания имеет большой бюджет. Оплачиваемые публикации в СМИ отличаются рядом преимуществ. Такие публикации позволяют при обсуждении проблем здоровья ссылаться на произошедшие события, противопоставлять их, размещать информацию о событиях в определенном контексте (например, «Каждый год табак уносит большее количество жизней, чем СПИД, кокаин, героин, алкоголь, пожары, автомобильные катастрофы, убийства и самоубийства вместе взятые»). Существенными преимуществами оплачиваемых публикаций в СМИ являются возможность быстро реагировать на события, осуществить противодействие недобросовестной рекламе, завоевать доверие, ответить на заявления противников (молчание может расцениваться как согласие с их точкой зрения). Платные публикации позволяют начать общественное обсуждение связанной со здоровьем тематики, повторно обратить внимание на проблему, выразить благодарность тем, кто оказал поддержку.

На четвертой стадии проведения пропаганды с помощью СМИ — *стадии оформления проблемы* — важно сконцентрировать внимание

на том контексте, в котором разрабатывается, поддерживается и понимается проблема. Она должна быть «оформлена» с точки зрения ее доступности и содержания. Необходимо, чтобы поднимаемая проблема была актуальна и воспринималась как важная новость. Степень актуальности можно определить, ответив на вопросы, является ли проблема противоречивой, связана ли она с более крупным основополагающим событием национального масштаба, является ли то, о чем идет речь, итоговым результатом работы, допустима ли здесь ирония и можно ли привлечь к обсуждению вопроса знаменитостей.

Успешность пропаганды с помощью СМИ можно повысить, используя волонтеров, разработав документ, содержащий контактную информацию представителей СМИ, конкретизировав проблему, выбрав правильное время представления сообщений и пресс-релизов, выполняя систематические обзоры местной периодики, а также путем обучения человека, на которого будут возложены контакты со СМИ [Beverly, 2001].

Подготовка сообщений общественных служб. Сообщения общественных служб — это короткие информационные выпуски, которые готовятся благотворительными, некоммерческими и общественными организациями. Такие выпуски создаются для трансляции по радио или по телевидению с целью повышения уровня информированности населения, а также для изменения индивидуального поведения или поведения членов общности в целом. Существует два основных вида сообщений общественных служб: радио- и телевизионные. Они могут быть направлены на то, чтобы вызвать у слушателя или зрителя эмоциональный отклик либо чтобы предоставить информацию.

Радиосообщения представляют собой текст продолжительностью не более 60 секунд, расположенный на листе бумаги формата А4 и напечатанный с двойным интервалом. Радиосообщение, помимо текста, должно содержать следующие сведения:

- источник — название организации, города, почтовый индекс, имя и должность отправителя;
- контактное лицо — имя, должность, номер телефона, по возможности номер факса и адрес электронной почты;
- дату и время передачи информации.

Телевизионные сообщения, как правило, подготавливаются специализированными агентствами либо как часть общегосударственной, либо проводимой на местном уровне информационной кампании. Продолжительность сообщений может составлять 10, 15, 20, 30, 45 и 60 се-

кунд. Прежде чем написать текст, необходимо структурировать всю имеющуюся информацию по данной проблеме и тщательно отобрать то, что будет включено в сообщение. Сообщение должно быть очень емким. Для повышения качества сообщения можно попросить представителей целевой группы и коллег оценить его. Чтобы точно рассчитать продолжительность сообщения, предварительно следует прочитать его вслух, отмечая при этом время. Скорость чтения должна соответствовать той, с которой материал будет читать в эфире.

Сообщение общественных служб высылается на выбранные радиостанции или телевизионные каналы по факсу или почтой, с приложением к нему сопроводительного письма, характеризующего важность сообщения. Высылать следует не менее чем за 6 недель до предполагаемой даты появления материала в эфире. Если сообщение посылается на небольшое количество радиостанций, можно позвонить представителям этих станций и предупредить о том, что сообщение было выслано [Gustas, Clark, 2001].

Сообщение о новостях. Новостные сообщения подготавливаются для распространения информации о деятельности организации. Они могут размещаться на радио, телевидении, в газетах, региональных или местных журналах. Организация может использовать их, например, для того, чтобы информировать о появлении нового члена совета, нового сотрудника или нового направления деятельности.

Такое сообщение представляет собой текст объемом 1–2 страницы. Помимо указания названия организации, контактного лица, даты и времени выхода в эфир, оно должно иметь заголовок, содержательную часть и завершение. Заголовок отражает основную идею сообщения. Он должен быть напечатан заглавными буквами, его оптимальная длина — не более двух строк.

По характеру содержательной части можно выделить два типа сообщений: собственно новость и статью. Сообщение–новость содержит информацию или представляет собой отчет о деятельности организации, которые могут быть интересны читателю. Наиболее важным в таком сообщении является первый параграф, который должен содержать ответы на вопросы: кто, что, где и когда сделал. При подготовке сообщения–новости необходимо помнить о том, что редактор может его сократить. Поэтому первое предложение текста должно содержать наиболее важную информацию, второе — менее важную, третье — еще менее важную и т.д., в порядке уменьшения значимости.

Статья представляет собой изложение того, что привлечет внимание многих читателей и будет являться одним из основных сообщений в данном выпуске печатного издания. Часто она содержит больше подробностей, чем новость. Некоторые детали, приводимые в статье, также могут быть сокращены редактором, но приводятся для того, чтобы редактор вошел в курс дела. Конечно, следует стремиться к тому, чтобы статья была напечатана полностью, однако она должна быть написана так, чтобы хорошо читалась даже если из нее удалят абзац. Если на статью хотелось бы получить отклики, в последнем абзаце необходимо указать контактную информацию. Завершается сообщение о новостях словом «конец» или какими-либо знаками (например ХХХ или ###). Это важно для того, чтобы редактор понял, где заканчивается сообщение.

Существует ряд правил, соблюдение которых позволит увеличить вероятность опубликования сообщения о новостях. Это краткость, отсутствие сленга, детальное описание события в приложении, предназначенном для работников СМИ, раздельное изложение фактов и их оценок, четкость, наличие двойных интервалов для того, чтобы редактор мог вносить исправления. По тексту новостного сообщения работники СМИ должны иметь возможность судить о профессионализме автора, что повышает их доверие к сообщению.

Призывы к действию. Призывы к действию предназначены для того, чтобы мотивировать представителей целевой группы к участию в решении определенной проблемы. Агентства, группы лоббирования, благотворительные фонды и другие организации используют призывы к действию, чтобы уведомить о проблеме своих членов, членов своих советов, сторонников, а также официальных лиц, работающих в общегосударственных, региональных и местных органах власти.

Призыв к действию используется для решения не каждого вопроса. Цель призыва к действию — вызвать немедленную реакцию представителей целевой группы. Текст может быть объемом от нескольких абзацев до нескольких страниц. Он содержит описание проблемы, которую необходимо решить, и обоснование необходимости участия в этом адресата. Обычно в сообщении указываются дата и место проявления необходимой активности, телефонные номера, по которым нужно позвонить, и адреса, по которым нужно написать, чтобы сообщить о согласии участвовать. Призыв к действию может быть представлен в виде письма, факса или даже телефонного звонка.

Подготовка информационных материалов для представителей СМИ и законодательной власти. Информационные материалы для работников СМИ используются специалистом в сфере общественного здоровья для того, чтобы обеспечить опубликование статьи в газете или журнале. Журналисты пишут не только о том, о чем они знают лично. Большая часть их статей основана на данных, полученных из надежных источников. Информационный материал направляется специалистом в сфере общественного здоровья в СМИ для того, чтобы его рассмотрели работники СМИ и, возможно, впоследствии использовали в качестве такого источника при подготовке статей.

Информационный материал для СМИ содержит четко структурированные сведения, которые могут помочь редактору сформулировать основную идею будущей публикации. Такой материал не содержит подробностей, а является только «ростком», который в будущем может стать подробной статьей. На основании предоставленной информации редактор определит, стоит ли поручать сотруднику тему, чтобы он написал полноценную статью.

Информационное письмо для представителей законодательной власти выполняет сходную функцию, но только в отношении влияния на законодательный процесс. Письмо служит повышению информированности представителей законодательной власти или граждан по определенной проблеме и является основой для принятия законодательных решений. Усилия авторов письма могут быть направлены, например, на то, чтобы доказать необходимость какого-то уже действующего законодательного акта или введения нового законодательного акта. В дальнейшем содержащаяся в письме информация можно использовать для получения поддержки позиции авторов в законодательном органе.

В большинстве случаев информационные материалы для сотрудников СМИ или представителей законодательной власти должны сопровождаться документом, кратко описывающим основные идеи авторов, проблемы и возможные варианты их решения. В документе может содержаться некоторая дополнительная информация, например, координаты человека, который смог бы в форме интервью объяснить широкой аудитории суть проблемы.

Информационное письмо должно содержать следующие компоненты:

- характеристики источника информации, т.е. той организации, в которой оно было создано, и того человека, который его написал;
- контактную информацию (имя, должность, телефон) о сотруднике, который сможет дать разъяснения по указанной проблеме;

- заголовок (заглавными буквами);
- основную часть, которая содержит информацию по проблеме.

Интервью. Интервью может быть более или менее формализованным. Его можно проводить по телефону, лично в редакциях радио– или телепрограмм, в информационных агентствах или других местах. Вне зависимости от места проведения интервью к нему необходимо тщательно подготовиться. Интервью, о которых просят работники СМИ, всегда должны рассматриваться как имеющие наибольшую важность, поскольку они обеспечивают доступ к большому количеству людей.

Телефонное интервью начинается с просьбы о том, чтобы Вы дали интервью или высказали мнение относительно какой–либо из новостей. Прежде чем дать согласие, необходимо решить для себя ряд вопросов. Во–первых, следует убедиться в том, что у организации, обратившейся с просьбой об интервью, нет своей политической линии в выборе тем или собеседников. Во–вторых, нужно определить, кто обращается за интервью и какова предполагаемая тема обсуждения. В–третьих, не стоит стесняться попросить немного подождать или перезвонить позже, чтобы у Вас была возможность подготовить всю необходимую информацию. В–четвертых, необходимо придерживаться спокойной манеры поведения и отвечать на вопросы так, как подобает профессионалу.

Телефонные интервью обычно предполагают наличие заранее подготовленных вопросов. Иногда интервью до того, как выйдут в эфир, записываются, что дает возможность позже исправить допущенные ошибки. Некоторые интервью проводятся в прямом эфире. В обоих случаях в ходе интервью необходимо назвать представляемую организацию и сообщить номер телефона, по которому можно обратиться за разъяснениями.

При поступлении предложения дать интервью на радио предварительно полезно провести следующую работу.

- Узнать, кто будет брать интервью. Если раньше Вы не сталкивались с этим человеком, необходимо прослушать ту передачу, которую он ведет и в которой предполагается дать интервью, чтобы больше узнать о ее формате и стиле.
- Получить информацию о слушателях передачи (их возраст, доход, уровень образования). Эти сведения можно получить в отделе маркетинга радиостанции или у людей, хорошо знакомых с передачей.
- Подготовить ответы на максимально возможное количество вопросов. Некоторые из них могут быть предоставлены интервьюером заранее, а другие задают слушатели во время прямого эфира.

- Подготовить перечень основных положений, которые необходимо донести до слушателей. Если соответствующие вопросы не будут заданы, можно попытаться их обсуждение включить в беседу.
- Называть адрес и телефон организации как можно чаще.
- Иметь с собой систематизированную информацию по обсуждаемой теме. Это даст возможность исчерпывающе ответить на вопросы слушателей во время эфира. Важно, чтобы нужную информацию было легко найти.
- Смело признавать, что в данный момент Вы не знаете точного ответа на вопрос. Лучше признаться в том, что Вы чего-то не знаете, чем дать искаженную информацию.
- Иметь заключительную фразу. Обычно ведущий спрашивает, есть ли у Вас что-то добавить. Нужно использовать эту возможность для рекламы организации или для того, чтобы сделать важное заявление по поводу рассматриваемой проблемы.
- Выйти из дома заранее, чтобы не опаздывать.

О телевизионных интервью как правило предупреждают заранее, однако часто бывают ситуации, когда интервью надо дать в течение ближайшего часа (например в качестве комментария к только что появившейся новости). В любом случае нужно иметь хорошо организованную систему содержания информации. Это поможет Вам быстро найти необходимые для интервью данные. Если у Вас нет возможности дать интервью, следует как можно раньше предупредить об этом работников СМИ и предложить им другие возможные источники сведений.

Чтобы телевизионное интервью прошло успешно, необходимо соблюдать следующие правила.

- Выделить время на то, чтобы подготовиться к ответам на вопросы.
- Внешний вид должен соответствовать официальности обстановки (ситуации): строгий костюм серого, коричневого, синего цвета или хаки. Не следует надевать слишком много украшений, лучше ограничиться часами и кольцом. Не стоит использовать украшения, которые блестят или позвякивают. Наденьте очки, если Вы их обычно носите.
- Важно сохранять представительный вид: сидеть в удобной непринужденной позе, не сутулиться, не отрывать ступней от пола, слегка наклониться к ведущему. Не рекомендуется жестикулировать.

В содержательном плане нельзя оставлять неясностей относительно своей позиции относительно важных аспектов обсуждаемого вопроса, чтобы ведущему не приходилось выдвигать предположений. Пом-

ните, что одной из главных целей интервью является удовлетворение потребностей аудитории именно в получении правдивых сведений, а не предположений.

В редакции необходимо оставить визитную карточку с указанием организации, имени, должности и контактной информации, которые обычно стоят в заголовке интервью. Информацию по рассматриваемому вопросу лучше всего предоставить работникам СМИ заблаговременно. Они будут благодарны за это, так как у них уйдет меньше времени на подготовку сюжета. По запросу репортера нужно быть готовым предоставить необходимые материалы и для слушателей (если они потребуются).

Использование пресс-портфеля. Пресс-портфель — это набор заранее подготовленных информационных материалов по определенной проблеме, о случае или событии, который предоставляется представителям СМИ и другим заинтересованным агентствам. Пресс-портфель можно использовать при проведении пресс-конференций и прочих публичных мероприятий по проблемам здоровья. Материалы могут включать в себя не только новые сведения, но и те, которые предоставлялись в СМИ ранее. Они обязательно содержат данные об организации и об обсуждаемой теме.

Обычно пресс-портфель помещают в папки с кармашками. Эти папки должны быть представительными, но не обязательно дорогими, так как для работников СМИ важна не стоимость папки, а содержащаяся в ней информация.

Стандартное содержание пресс-портфеля таково.

- Обложка. На ней должен быть помещен логотип организации; иногда перечисляются входящие в портфель документы.
- Сведения об организации — может быть представлена в виде буклета. Включает в себя описание направлений деятельности организации, ее адрес, информацию о финансировании, основных достижениях, направлениях исследований, практической деятельности в обществе, наградах, миссии, целях и задачах.
- Биографии сотрудников, которые занимаются данной проблемой — полное имя, должность в организации, выполняемые обязанности, уровень образования, ученые степени, публикации, членство в других организациях. Текст должен быть кратким.
- Описание фактов. Содержит основную информацию по проблеме. Описание не должно быть излишне детализированным. Основ-

ная его цель — дать краткий обзор проблемы. В нем допускается использование таблиц и графиков. Объем описания — от 1 до 3 страниц.

- Фотографии. Это могут быть фотографии сотрудников, продукта или событий. Они должны быть черно-белыми, подписанными с обратной стороне.

- Копии опубликованных статей. Помещение в пресс-портфель уже изданных материалов повышает значимость представленной информации.

- Каталоги и брошюры. Можно поместить в пресс-портфель сведения о различных направлениях деятельности организации, однако перегружать портфель не следует. Поэтому не нужно размещать в нем информацию, которая вообще не имеет отношения к рассматриваемой проблеме.

- Публичные заявления. Если выступление специалиста в области общественного здоровья перед журналистами связано с презентацией пресс-портфеля, необходимо вложить в портфель текст данного выступления. Это поможет сотрудникам СМИ правильно цитировать выступление и воспроизводить имена, делать ссылки.

Включенность в законодательный процесс

Участие в разработке законов. Специалист в области общественного здравоохранения включается в законодательный процесс в тот момент, когда пишет письма или звонит представителям власти, ищет членов общности, готовых поддержать существующую политику, выступает в защиту политиков, которые пытаются изменить законодательство, и т.д. Чтобы участвовать в законодательном процессе, необходимо: 1) идентифицировать тех, кто принимает политические решения; 2) выбрать вопрос, на законодательное регулирование которого будут направлены усилия; 3) сформировать группу поддержки из местных жителей; 4) вынести на рассмотрение предложения по изменению законодательства.

На первой стадии формируются списки тех, кто принимает политические решения (а такие люди есть в каждом государственном учреждении). Эти списки можно найти в местных органах власти, в справочниках, в сети Интернет. Необходимо узнать имя, телефон, факс, адрес электронной почты этих людей, а также определить время проведения встреч.

При выборе вопроса, на законодательное регулирование которого будут направлены усилия, необходимо учитывать, что существует

три типа политики, на которые можно влиять: инициативная политика, местные постановления и государственные законы. Инициативная политика — та, которую решили проводить отдельные люди или организации, не руководствуясь при этом постановлениями органов власти (например редакция журнала приняла решение не размещать в нем рекламу алкогольных напитков). Местные постановления вводятся местными органами управления и направлены на формирование политики на местном уровне (например на уровне города). Государственные законы вводятся органом законодательной власти для правового обеспечения государственной политики. Повлиять легче всего на инициативную политику, а сложнее всего — на государственное законодательство. Если у организации, стремящейся воздействовать на формирование политики, еще нет такого опыта, начать лучше с воздействия на инициативную политику.

Прежде чем приступить к воздействию, нужно оценить свои ресурсы. Для этого необходимо ответить на ряд вопросов: что можно получить или потерять, поддерживая или выступая против определенного решения; каков опыт и обязательства организации; есть ли сотрудники, способные провести успешную кампанию; на какое финансирование можно рассчитывать. Кроме того, важно оценить ресурсы (например помещение, время, материалы), доступные общности. Здесь нужно ответить на вопросы, кто является сторонником, а кто — противником воздействия; каких еще людей или группы людей беспокоит проблема; что потеряют или приобретут эти люди или группы людей, если присоединятся к кампании, и какие законы существуют в этой сфере (если вообще какие-либо существуют). Организация должна также определить для себя правила воздействия на законодательство.

Формирование группы поддержки предполагает поиск местных жителей, которые являются сторонниками кампании и на добровольных началах будут работать вместе для достижения цели. К мнению группы людей политики чаще прислушиваются, чем к мнению отдельного человека. Когда члены группы являются местными жителями, политик вынужден учитывать, что среди них есть его избиратели.

Можно выделить несколько этапов формирования группы поддержки из местных жителей. Это создание совета руководителей и выбор руководителя; постановка целей, задач и определение приоритетов в их решении; распределение ответственности при реализации решений; проведение образовательных мероприятий для политиков и членов

общности; изучение проблемы, в отношении которой предполагается изменить законодательство; оценка прогресса в достижении целей.

В совет руководителей должны входить руководитель и члены группы, которые будут участвовать в процессе принятия решений. Помимо них в совет целесообразно включать людей, обладающих ресурсами, например опытом или политическими связями. Роль специалиста в сфере общественного здоровья здесь заключается в том, чтобы объединить всех, кого интересует проблема, и провести встречи, способствующие принятию решений. Руководителем должен стать человек, обладающий навыками руководства, делегирования полномочий, общения, проведения переговоров и встреч.

В качестве примеров задач можно привести следующие: работа со СМИ, набор членов группы, формирование бюджета, планирование информационных кампаний, подсчет голосов, которые получил тот или иной политик.

При распределении ответственности необходимо поручать решение отдельных задач маленьким подгруппам, поскольку если каждый член группы будет участвовать в решении всех задач, он не справится с этим из-за недостатка квалификации и времени.

Проведение образовательных мероприятий для политиков и членов общности преследует цели повышения информированности политиков и членов общности, а также и призыв членов общности к действию. К образовательным мероприятиям относятся написание писем редакторам и встречи с редакционным советом местной газеты для обсуждения возможностей публикации статьи в поддержку предлагаемых изменений. Образовательными мероприятиями также являются оплата рекламы, подготовка буклетов, в которых описывается проблема и формулируется задача для читателя (например, написать или позвонить чиновнику, присоединиться к группе поддержки, сообщить другу, принять участие в акции), проведение форумов для представителей общности и политиков. Кроме того, для привлечения внимания к проблеме можно использовать социальные и профессиональные контакты представителей группы. Подобные контакты могут помочь определить направления изменения законодательства и апробировать эти направления на слушаниях в законодательных органах.

В ходе оценки прогресса устанавливается, насколько удалось приблизиться к поставленным целям, удовлетворены ли члены работой своей группы, какие выявились препятствия, а также корректируются дальнейшие направления деятельности группы [Michelle, 2001].

3.4.5. Методы, усиливающие эффект вмешательства

Имеется две основных группы методов, обеспечивающих техническую поддержку вмешательства: печатные образовательные материалы и компьютерные технологии (табл. 12). Они усиливают эффект как вмешательства на уровнях личности, группы и общности, так и при воздействии на общественное мнение и законодательство.

Таблица 12. Примеры методов, усиливающих эффект вмешательства

Группа методов	Примеры
Печатные образовательные материалы	Разработка печатных образовательных материалов, распространение информационных бюллетеней, буклетов, флайерсов и постеров
Компьютерные технологии	Использование Интернета, электронной почты, программ для создания текстов и образов, подготовка презентаций, организация дистанционного обучения, использование программ для анализа полученных данных, приложений для управления проектами

Печатные образовательные материалы

Печатные образовательные материалы используются в сфере здоровья по нескольким причинам. Во-первых, они помогают усилить действие существующих образовательных стратегий или применить новые. Во-вторых, они позволяют рассказать о том, о чем люди боятся спросить устно. В-третьих, с помощью печатных образовательных материалов можно усилить воздействие информации, поступающей из других источников. В-четвертых, они облегчают распространение информации о доступных населению ресурсах здравоохранения.

Чтобы содержащаяся в образовательных материалах информация была понятной, запомнилась и стала основой для изменения поведения, она должна быть необходимой, соответствующей проблеме, простой и интересной [Sikora, 2001].

Разработка печатных образовательных материалов. С. Сикора (S.Sikora) предлагает 10-шаговую модель разработки образовательных

печатных материалов. Он выделяет следующие шаги: 1) определение главной цели и основной идеи материала; 2) анализ готовящейся материальной организации с позиций ее ресурсов, норм и политики относительно стоимости изготовления материала; 3) оценка потребности в материале с точки зрения целей и задач проекта, для которого готовится материал; 4) оценка потребностей целевого контингента; 5) определение приоритетов в реализации проекта; 6) формулировка целей и задач по каждому из приоритетных направлений; 7) пошаговое описание стратегии деятельности в рамках проекта; 8) установление сроков подготовки материала; 9) подготовка «последнего варианта» материала и 10) оценка материала.

Можно выделить ряд факторов, свидетельствующих о необходимости разработки нового материала. Это наличие запроса на печатные материалы, недоступные для целевого контингента; установление необходимости разработки печатных материалов на основе данных эмпирической оценки потребностей; устаревание имеющихся печатных материалов; несоответствие имеющихся материалов потребностям конкретной аудитории или их слишком высокая стоимость; появление новой проблемы, связанной со здоровьем. Главная цель и основная идея материала определяются на основании анализа этих факторов.

Второй из перечисленных шагов предполагает ответы на вопросы: позволит ли руководство организации реализовать проект; примут и поддержат ли проект представители общности; существуют ли в сфере реализации проекта какие-либо нормы, правила и политика, которую нужно принять во внимание; доступны ли все необходимые ресурсы (деньги, компьютеры, ксероксы и др.).

На третьем шаге также необходимо ответить на ряд вопросов. В частности, требуется уяснить, какова цель оценки потребностей; кто будет проводить оценку; к какому сроку оценка должна быть осуществлена; кто будет анализировать результаты и какой метод будет использован (чаще это фокус-группы или опрос).

На четвертом шаге выделяется целевая группа и разрабатываются материалы, в наибольшей степени подходящие для ее представителей. На этом шаге надо выяснить, доступны ли уже существующие материалы представителям целевой группы; в чем сильные и слабые стороны этих материалов. Кроме того, следует определить уровень грамотности и пробелы в знаниях представителей целевой группы, соответствие предоставляемой информации характеристикам ее членов (например, второклассникам неуместно говорить об использовании чистого шприца и игл для профилактики ВИЧ-инфекции). Важно также изучить куль-

турально обусловленные установки и убеждения, способные стать барьерами в восприятии информации представителями целевой группы.

На пятом шаге, исходя из результатов оценки потребностей целевого контингента в информации, принимается решение о содержании печатного материала. Здесь важно четко отличать то, что «хорошо бы знать», от того, что «нужно знать». Например, для инъекционных потребителей наркотиков в первую очередь следует писать о необходимости постоянного использования чистого шприца, чтобы избежать заражения ВИЧ, а не о безопасном сексе.

На шестом шаге, когда формулируются цели и задачи по каждому из приоритетных направлений, нельзя упускать из вида основную идею и главную цель образовательных материалов. Важно, чтобы цели и задачи были обоснованными, достижимыми и измеримыми.

На седьмом шаге формализуется процесс разработки содержания и макетов печатных материалов. Здесь необходимо ответить на вопросы о том, в каком виде будет представлен материал (например буклет, флайерс, ежемесячный выпуск новостей); каким будет макет материала; кто будет отвечать за изготовление макета; какая компьютерная программа и какая графика будут использоваться. На этом шаге следует определить тираж и стоимость издания, издательство, формат бумаги, а также будет ли печать цветной или черно-белой и будут ли привлекаться люди для оценки материала посредством фокус-групп или индивидуальной экспертизы.

На восьмом шаге, т.е. при определении сроков изготовления печатных образовательных материалов, необходимо установить даты, когда будут сделаны расчет стоимости издания, окончено редактирование текста и напечатана работа. Иногда нужно предусмотреть дополнительное время для получения одобрения материалов представителями органов власти и другими партнерами, на его оценку экспертами, а также для перевода материалов на другие языки.

Выполняемая на девятом шаге разработка «последнего варианта» печатных материалов предполагает их подготовку к оценке. Такая подготовка включает в себя совмещение текста с графикой в компьютерной программе, окончательное редактирование и согласование со всеми заинтересованными инстанциями.

На заключительном, десятом шаге осуществляется оценка печатных материалов. Она должна ответить на вопросы, достигнута ли поставленная цель; решены ли задачи; соответствует ли содержание материала характеристикам целевой группы; может ли он быть воспринят

целевой группой; полноценно ли отражена в материале необходимая или желательная информация. Имеется несколько методов оценки качества печатных материалов: внимательное чтение всего текста, проверка текста коллегами, проверка «в поле», проверка содержания, до-тестовая/посттестовая оценка уровня знаний читателей материала и оценка удобочитаемости.

Внимательное чтение помогает выявить стилистические, грамматические и пунктуационные ошибки. Существуют следующие принципы внимательного чтения: чтение страниц в случайном порядке, чтение текста с конца до начала (т.е. в обратном порядке, чтобы не отвлекаться на смысловые единицы текста), чтение текста через несколько дней после его написания. Проверка текста коллегами помогает оценить оформление и четкость подачи материала, проверить грамотность написания и пунктуацию. Можно попросить прочитать текст сотрудников организации, специалистов в сфере общественного здравоохранения, дизайнеров и др.

Проверка «в поле» — пилотажное тестирование, предназначенное для того, чтобы убедиться, что целевая группа воспринимает и хорошо понимает предназначенные для нее материалы. Этот вид проверки предполагает проведение короткого (5–10 вопросов) опроса 15–20 представителей целевой группы. Вопросы должны быть простыми и касаться 4–5 основных аспектов материала. В вопросник включаются еще и несколько общих вопросов. Например, для оценки качества буклета общие вопросы могут быть следующими: «Какие слова Вы могли бы использовать для описания буклета?», «Помогли ли иллюстрации понять текст?», «Как можно улучшить буклет?», «Содержалась ли в буклете новая для Вас информация» и «Было ли что-то, чего Вы не поняли?».

Проверка содержания необходима для того, чтобы убедиться, что представленная в печатном материале информация точна и соответствует действительности. Следует попросить проверить текст эксперта по той проблеме, которая рассматривается в буклете (например, брошюру о раковых заболеваниях может проверить врач-онколог). До-тестовая/посттестовая оценка уровня знаний предполагает проведения замеров уровня информированности представителей целевой группы относительно проблемы до и после чтения печатных материалов, с последующим анализом изменений. При проверке на удобочитаемость необходимо убедиться, что словарный состав разработанного материала соответствует словарному запасу членов целевой группы.

Распространение информационных бюллетеней. Информационные бюллетени используются для регулярного сообщения информации членам целевой группы, повышения уровня осознания ими проблем, предоставления им сведений о социальных службах, которые могут оказаться необходимыми, или для поиска денег.

Разработка информационного бюллетеня предполагает необходимость ответа на вопросы о цели издания бюллетеня, характеристиках целевой группы, об объеме содержащейся в нем информации, о структуре и формате изложения, о каналах распространения бюллетеня и периодичности его выпуска.

Ответ на вопрос о характеристиках целевой групп во многом предопределяет ответы на сформулированные ранее вопросы, в частности, о содержании информационного бюллетеня, об уровне сложности представленной информации, а также особенности заголовка, оформления, структуры и т.д. Определяя объем информации, необходимо учитывать, что обычно информационный бюллетень включает в себя некоторые обязательные компоненты. Это календарь событий, интервью, статьи, новости, письма в редакцию, материалы дискуссий, вопросы читателей, оглавление. Каждый номер бюллетеня должен иметь четкую структуру. Она должна предусматривать оптимальное для восприятия сочетание текста и графических элементов.

Бюллетень можно рассылать по почте (в конверте или без конверта) или по электронной почте, вывешивать на стенде. От способа распространения бюллетеня зависит его размер. Необходимо продумать заголовки, которые привлекали бы внимание читателей. Периодичность выпуска определяется объемом помещаемой информации, а также временем, в течение которого информация остается актуальной для читателя.

При решении вопроса о формате прежде всего следует подумать о том, как сделать содержащиеся в бюллетене сведения интересными. Здесь действует следующее правило: чем больше информации представлено в интерактивной форме, тем выше вероятность, что члены целевой группы прочитают бюллетень до конца.

В литературе приводится несколько интересных советов по разработке и изданию бюллетеня.

1) Проведите конкурс, посвященный выбору заголовка для информационного бюллетеня. Тогда этот заголовок будет принадлежать представителям целевой группы.

2) Выберите интересные фрагменты из содержащихся в бюллетене статей и увеличьте их для того, чтобы привлечь внимание читателей.

- 3) Используйте рисунки, выполненные детьми.
- 4) Представьте какие-то разделы бюллетеня в интерактивной форме, например, в виде кроссвордов или рецептов.

Распространение буклетов. Буклеты используются для того, чтобы предоставлять информацию по различным вопросам здоровья и подкреплять воздействие других информационных материалов. Их можно высылать по электронной почте группам людей, имеющим сходные проблемы или интересы в сфере здоровья, распространять в школах, комнатах ожидания и кабинетах поликлиник.

Конечно, чтобы оказывать желаемое воздействие на целевую аудиторию, буклеты должны привлекать внимание читателя. Особую важность поэтому приобретает оформление обложки. Существует 3 основных элемента оформления, которые используются для того, чтобы привлечь внимание читателя: 1) графика, 2) интересный заголовок, 3) элементы, облегчающие восприятие текста (подзаголовки, резюме разделов).

Желательно, чтобы в определении содержания фактического материала, разработке и оценке буклета принимали участие несколько человек. Среди них должны быть представители целевой группы. Прежде чем издавать буклет большим тиражом, необходимо провести оценку качества его подготовки «в поле».

При подготовке буклета также важно отделять информацию, которую «необходимо знать», от той, которую «хорошо бы знать». Первая — это те сведения, которые представители целевой группы должны понять и усвоить, прочитав сообщение. Буклет начинается и заканчивается основным сообщением, а наиболее важные моменты повторяются три раза. В буклете необходимо привести список ресурсов или адресов, где читатель может получить дополнительную информацию, причем эти списки надо самим предварительно проверить.

Если планируется выпустить несколько буклетов одной серией, то все они должны быть оформлены одинаково. Несмотря на то что содержания отдельных буклетов серии будут различаться, многие их структурные элементы должны быть одинаковыми (логотип, художественное оформление, формат). Это позволит читателю понять, что все буклеты относятся к одной и той же серии. Если читателям понравится один из буклетов серии, то вероятность, что они прочитают другие буклеты этой серии, резко повышается.

Распространение флайерсов и постеров. Флайерсы и постеры относительно легко разрабатывать, так как они занимают всего одну страни-

цу. Обычно флайерсы и постеры привлекают внимание людей только на несколько секунд. Поэтому основное сообщение располагается на них так, чтобы оно было четко видно на некотором расстоянии. Флайерсы и постеры предоставляют, в основном, графическую информацию. Тем не менее в них должны содержаться все необходимые для аудитории сведения, т.е. ответы на вопросы: кто, что, где, как и когда.

Флайерсы (листочки) используются для того, чтобы предоставить информацию о каких-либо событиях, мероприятиях или услугах. Так как флайерсы воспринимаются издалека, важно, чтобы они имели большой по размеру и понятный по содержанию заголовок. Он должен привлекать внимание, чтобы у людей возникало желание подойти ближе и получить побольше информации. Упор на графику в оформлении флайерса делается для того, чтобы представители целевой аудитории могли выделить их среди других флайерсов. При этом необходимо помнить, что есть только один шанс произвести необходимое впечатление с помощью флайерса. Флайерсы размещаются на стенах домов, на киосках, информационных досках, а также раздаются людям.

К постерам применимы практически все требования, которые относятся к флайерсам. Основное отличие постеров заключается в том, что они рассчитаны на воздействие в течение более длительного времени. Большие постеры — это рекламные щиты. Они весьма дорогостоящи, поэтому при их разработке особую важность приобретает четкое определение характеристик целевой группы.

Другие печатные материалы. Поскольку информацию о здоровье можно размещать практически везде, выбор наиболее подходящего носителя следует осуществлять по результатам исследования характеристик и потребностей целевой группы. В зависимости от того, кто, где, когда и как должен будет получать информацию, ее носителями могут стать закладки для книг, календари, салфетки в ресторанах, стикеры.

Компьютерные технологии

Компьютерные технологии используются для образования в сфере здоровья по следующим направлениям.

- Повышение результативности образовательного воздействия на фоне снижения затрат. Компьютерные технологии сегодня позволяют специалисту в сфере здоровья выполнять объем работы в 2–3 раза больший,

чем ранее. Благодаря компьютерным технологиям значительно облегчается процесс поиска финансирования деятельности в сфере здоровья.

- Обеспечение высокоэффективного воздействия на массы. В 1970–х–80–х гг. основными подходами к обсуждению проблем сохранения и укрепления здоровья были «один на один» и «один со многими». В рамках второго из названных подходов рассмотрение проблем сохранения здоровья проходило, в основном, в классе, а также посредством телевидения, радио и газет. Сейчас же компьютерные технологии используются для усиления воздействия коалиций из представителей общности на политиков и законодательный процесс.

- Получение новой информации. В современном мире новые знания появляются гораздо чаще и в большем объеме, чем раньше. Специалисту в сфере общественного здоровья для успешной работы необходимо получать свежую информацию, включающую в себя статистические данные, описание теоретических моделей и подходов, результаты эмпирических исследований здоровья.

- Организация дискуссий (дискуссионных групп) и форумов, направленных на обсуждение проблем здоровья. Чтобы работать более эффективно, необходимо постоянно обмениваться опытом с коллегами. Развитие компьютерных технологий позволяет специалистам в сфере общественного здоровья общаться друг с другом даже в том случае, если они территориально разобщены.

- Доказательность эффективности реализуемых программ. Для того, чтобы получить финансирование на реализацию мероприятий в сфере здоровья, специалист должен доказать, что данные мероприятия оказывают существенное влияние на ситуацию. Необходимые исследования по оценке эффективности, которые способны подтвердить успешность реализуемых мероприятий, требуют применения компьютерных технологий.

- Предоставление людям эффективных способов изменения поведения. В настоящее время для воздействия на поведение людей используются СМИ и печатные образовательные материалы, проводятся семинары и рабочие группы, осуществляется воздействие на законодательный процесс, создаются объединения на уровне общности. Тем не менее эти действия не всегда оказывают влияние на поведение людей, особенно людей, практикующих негативные поведенческие практики, и тех, которые особенно нуждаются в помощи. Компьютерные технологии позволяют охватить представителей целевой аудитории, которые больше всего нуждаются в помощи [Bensley, 2001].

Использование Интернета. Интернет позволяет специалистам в сфере общественного здоровья создать информационный ресурс, разработав собственный сайт и разместив там ссылки на другие сайты. Кроме того, Интернет дает возможность получить доступ к актуальной информации (пресс-релизы, призывы к действию, видеоролики), а также к материалам, которые можно использовать в своей собственной деятельности (газетные статьи, методика и т.д.). С помощью Интернета можно связаться с фондами и грантодающими организациями.

Использование электронной почты. Электронная почта применяется для того, чтобы поделиться с коллегами или грантодателями своими результатами, связаться с труднодоступными людьми, принять участие в работе дискуссионных групп и форумов по проблемам здоровья. Благодаря электронной почте можно подписаться и получать рассылки, содержащие информацию по различным вопросам здоровья, создать местную дискуссионную группу, где с помощью электронной почты будет проводиться обсуждение, пересылать документы.

Использование программ для создания текстов и образов. Существует несколько компьютерных программ, которые позволяют легко формировать текст и графические образы. С помощью программ можно создавать газеты и другие печатные материалы по проблемам здоровья. Имеются программы, позволяющие использовать графику при подготовке буклетов и других материалов даже людьми, которые не являются профессиональными дизайнерами.

Подготовка презентаций. Некоторые компьютерные программы (например Power Point) позволяют использовать текст, картинки из сети Интернет, графики, а также создавать короткие фильмы, необходимые для презентаций.

Организация дистанционного обучения. В настоящее время существует возможность проведения видеоконференций, позволяющих одновременно общаться людям, находящимся в разных странах мира. Такие видеоконференции можно использовать как для повышения квалификации специалистов в сфере общественного здравоохранения, так и для общения специалистов с представителями целевой группы.

Использование программ для анализа полученных данных. Наиболее распространенными в системе общественного здравоохранения программами для анализа данных являются SPSS и SAS. Кроме того, имеется программа Epi Info (<http://www.cdc.gov/eo/epi/epiinfo.htm>), которую можно использовать для анализа первичных данных об эпидемиологической ситуации и при подготовке отчетов по проектам, направленным на оценку и улучшение состояние здоровья в общности. Существуют и специализированные программы, предназначенные для использования на стадиях оценки ситуации, планирования, воздействия и оценки эффективности воздействия. Примером такой программы является EMPOWER, основанная на модели PRECEDE/PROCEED.

Использование приложений для управления проектами. Ряд программ позволяет создавать письма, отчеты, флайеры, факсы и другие документы. Наиболее распространенными из них являются Word и WordPerfect. Работать с цифрами, составлять сметы и планы (шкалы событий) позволяют такие программы, как, например, Excel, Lotus 1–2–3, а разрабатывать проекты и управлять ими, например, программа Microsoft Project.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Amik B.S. III, Jevine S., Tarbov A.R., Walsh D.Ch.* Society and Health. Vol. XIV. New Jersey: Oxford University Press, 1995.
2. *Bek L.J.* Community Empowerment// Community health education methods: A practical guide/ Ed. by R.J. Bensley and J. Brokinins–Fisher. Boston; Toronto; London; Singapore: Jones and Bartlett publishers, 2001. P. 73–90.
3. *Bensley R.J.* Using technology// Ibid. P. 223–244.
4. *Beverly A.R.* Media advocacy// Ibid. P. 127–143.
5. *Blumenthal D.S., Juncey E.* Community–Based Research: An Introduction// Community–Based Health Research: Issues and Methods/ Ed. by D.S. Blumenthal, R.J. Di Clemente. New Jersey: Springer Publishing Co, 2004. P. 3–24.
6. *DiClemente R.J., Crosby R.A., Sionean C., Holtgrave D.* Community Intervention Trials: Theoretical and Methodological Considerations// Ibid. P. 171–197.
7. *Egger G., Spark R., Zawsom J., Donovan R.* Health promotion strategies and methods. Sydney: Mc Graw–Hill, 1999.
8. *Elifson K.W., Sterk C.E.* HIV/ AIDS Prevention: A case Study in Qualitative Research// Community–Based Health Research: Issues and Methods/ Ed. by D.S. Blumenthal, R.J. Di Clemente. New Jersey: Springer Publishing Co, 2004. P. 153–170.
9. *Ewles L., Simnett I.* Promoting Health: A practical guide. 5th ed. N.Y.: Bailliere Tindall, 2003.

10. *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. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. San Francisco: Wiley Imprint, 2002. P. 409–436.*
11. *Glasgow R.E. Evaluation of theory–based interventions: The RE–AIM Model// Ibid. P. 530–544.*
12. *Gustas M.T., Clark L.E.J. Media and advocacy tools// Community health education methods. A practical guide/ Ed. by R.J. Bensley and J. Brokinins–Fisher. Boston; Toronto; London; Singapore: Jones and Bartlett publishers, 2001. P. 163–181.*
13. *Kottke Th.E. Disease and risk factor clustering in the United States: in Implications for Public Health Policy// Integration of Risk Factor Interventions: Two Reports to the Office of Disease Prevention and Health Promotion. US Department of Health and Human Services. November 1986. Vol. IV. P. 1–62.*
14. *Kreuter M.W., Leziu N.A., Kreuter M.W., Green Z.W. Community Health Ideas that Work. Vol. XIX. 2–nd ed. Sudbery, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2003.*
15. *Maibach E.W., Rothschild M.L., Novelli W.D. Social marketing// Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 3rd ed./ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. San Francisco: Wiley Imprint, 2002. P. 437–461.*
16. *Michelle B. Legislative involvement and action// Community health education methods: A practical guide/ Ed. by R.J. Bensley and J. Brokinins–Fisher. Boston; Toronto; London; Singapore: Jones and Bartlett publishers, 2001. P. 145–162.*
17. *Nelson J.O. Community health assessment and improvement// Ibid. P. 1–18.*
18. *Prout J.M. Facilitaiting Meetings// Ibid. P. 57–73.*
19. *Ruserford L.R. Conducting focus groups// Ibid. P. 39–57.*
20. *Sallis J.F., Owen N. Ecological models of health behavior// Health behavior and health education: theory, research, practice/ Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. New Jersey: A Willy Imprint, 2002. P. 463–484.*
21. *Shelly E., Lisa R. Marketing and Public Relations// Community health education methods: A practical guide/ Ed. by R.J. Bensley and J. Brokinins–Fisher. Boston; Toronto; London; Singapore: Jones and Bartlett publishers, 2001. P. 111–125.*
22. *Sikora S. Printed educational materials// Ibid. P. 183–202.*
23. *Whitt M.D. Building coalitions// Ibid. P. 19–39.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние научного знания в сфере разработки и реализации программ здорового образа жизни характеризуется достаточно детальной разработкой как теоретических основ этого вида социальной деятельности, так и прикладных аспектов обеспечения ее успешности. Однако в плане практического применения изложенного материала к формированию здорового образа жизни современного российского студенчества возникает ряд проблем, которые не нашли пока удовлетворительного решения.

Первая из них — соответствие описанных теоретических моделей социокультурным характеристикам молодежной части российского населения. Анализ осуществляемых в российских вузах немногочисленных профилактических программ не позволил сколько-нибудь однозначно ответить на этот вопрос. Хотя авторы этих программ, безусловно, в той или иной мере учитывают зарубежный опыт, что и продемонстрировал анализ, исследования по оценке эффективности программ носят единичный характер и не сопоставляются с результатами аналогичных исследований, выполненных в ином социокультурном окружении.

Вторая проблема — ориентация при разработке и реализации программ на специфику целевого контингента, т.е. студенчества. Анализ реально осуществляемых программ показал, что их авторы стремятся учесть особенности студенчества как особой социальной группы, но, в основном, на интуитивном уровне. Крайне редко разработке программы предшествует исследовательский этап, позволяющий определить цели и задачи так, чтобы она дала максимальный эффект в отношении сохранения и укрепления здоровья студентов. Отсюда большинство программ планируется, исходя скорее из доступных методов реализации (акции, физическая активность и т.п.) и в расчете на их общеоздоровительный эффект, а не для достижения конкретного желаемого результата (например снижения доли курящих студентов выпускного курса на 10 %).

Третьей серьезной проблемой практической деятельности в рассматриваемой сфере является социальная и территориальная неоднородность российского студенчества в аспектах повреждающих здоровье факторов: заболеваемости и распространенности тех или иных видов поведения риска. Немногочисленность исследований в этой области не позволяет даже приблизительно оценить степень этой неод-

нородности¹. Отсюда прямо вытекает проблематичность разработки типовых профилактических программ или хотя бы отдельных их блоков, предназначенных для реализации во всех российских вузах.

В целом, превентивная деятельность в сфере здоровья среди студенчества не очень отличается по своему охвату и уровню осуществления от деятельности, направленной на другие контингенты населения. Соответственно, и значительного совершенствования здесь можно ожидать лишь по мере развития в стране системы общественного здравоохранения в его современном и отвечающем потребностям общества варианте.

В свою очередь, развитие общественного здравоохранения требует прежде всего соответствующего научно-исследовательского обеспечения. Без такого обеспечения даже использование в стране зарубежных достижений не станет сколько-нибудь продуктивным. Помимо того, и для научного обеспечения, и для успешной практической деятельности необходимо наличие большого числа профессионалов в области социологии и психологии общественного здоровья, способных квалифицированно решать проблемы сохранения и укрепления здоровья населения в сложившихся в стране условиях².

Конечно, сформулированные здесь цели требуют для своего достижения достаточно длительного времени, тогда как задача сохранения и укрепления здоровья населения, включая и студенчество, носит неотложный характер, и решать ее необходимо всеми доступными силами и средствами. Если настоящее пособие расширит арсенал средств, имеющихся у практических работников сферы общественного здравоохранения, авторы будут считать свою задачу выполненной.

¹ См., напр.: Гурвич И.Н., Цветкова Л.А., Щур Н.В. Наркопотребление в студенческой среде: Поведенческие особенности// Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. ТУ11. № 1(25). С. 103–125.

² Подготовка профессиональных работников в сфере социологии и психологии общественного здоровья начинается в Санкт-Петербургском государственном университете в рамках магистерской программы, осуществляемой совместно со Школами общественного здравоохранения ведущих американских и западноевропейских университетов под руководством проректора Университета проф. И.В. Мурина.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. Детерминация поведения, связанного со здоровьем	8
1.1. Уровень личности	9
1.2. Уровень группы	21
1.3. Уровень общности	33
Литература	38
Глава 2. Применение современных теоретических моделей в программах формирования здорового образа жизни, реализуемых в российских ВУЗах	40
Литература	64
Глава 3. Современные подходы к планированию потенциально эффективных программ	66
3.1. Теоретические основы программ вмешательства	66
3.1.1. Программы вмешательства, основанные на нескольких теоретических моделях, отобранных самим исследователем.	
Проект вмешательства в сфере здоровья	66
3.1.2. Концептуальные подходы, объединяющие теоретические модели нескольких уровней	67
3.2. Современные подходы к планированию вмешательств	76
3.3. Стратегии вмешательства	93
3.4. Методы реализации программ	95
3.4.1. Методы вмешательства на уровне личности	96
3.4.2. Методы вмешательства на уровне группы	103
3.4.3. Методы вмешательства на уровне общности	112
3.4.4. Методы изменения общественного мнения и законодательства	119
3.4.5. Методы, усиливающие эффект вмешательства	134
Литература	143
Заключение	145
Оглавление	147

Учебное издание

Технологии разработки и совершенствования
молодежных социальных проектов и программ
по формированию здорового образа жизни в студенческой среде

Методическое пособие

Печатается без издательского редактирования.

Компьютерная верстка
А.Е. Итс

Лицензия ИД №05679 от 24.08.2001

Подписано в печать 28.12.2004. Формат 60x84 / 16. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 8,6. Уч.–изд. л. 9,5. Тираж 250 экз. Заказ

Типография Издательства СПбГУ.
199061, С.–Петербург, Средний пр., 41.