



NATIONAL INSTITUTE
FOR HEALTH AND WELFARE
FINLAND

с҃еллит
Региональная общественная организация
социальных проектов в сфере
благополучия населения



КРДМОО ЮЛА



SOCIAL
AIDS
COMMITTEE

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ, В ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ

Научно-методическое пособие



Эта брошюра была разработана при финансовой поддержке Европейского Союза. За содержание этой брошюры отвечают исключительно авторы, ни при каких обстоятельствах нельзя считать, что она отражает позицию Европейского Союза.

Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит»

Национальный институт здоровья и благополучия Финляндии

Калининградская региональная детско-молодежная общественная организация «Юная лидерская армия» (ЮЛА)

Общественный Комитет по СПИДу

Балтийская Ассоциация по вопросам ВИЧ-инфекции

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ, В ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ

Научно-методическое пособие

Авторский коллектив: канд. психол. наук О.И. Колпакова, В.А. Одиноква, А.И. Любимова, К.Ю. Ерицян, В.Е. Осипенко, Е.В. Пачкова, Т. Малкушевски, П. Силаковски, А. Сконечна, О. Карвонен, С. Вайттинен, А. Кивите, Е. Шалагаева, канд. социол. наук М.М. Русакова.

Корректор: Н.В. Ермолаева

Дизайн: Р.А. Захаров

Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения: Научно-методическое пособие/ О.И. Колпакова, В.А. Одиноква, А.И. Любимова и др. – Иновроцлав: Изд-во «ЛЕГРО Спудка», 2015. – 93 с.

Научно-методическое пособие «Профилактика ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения» подготовлено в рамках проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе “Северного измерения”» (www.ndphs.org/?database=view,project,1467), финансирование которого осуществлялось Европейским Союзом.

Проект был реализован в период с 1 сентября 2013 года по 31 августа 2015 года Консорциумом организаций под руководством Секретариата Партнерства стран «Северного измерения» в сфере общественного здоровья и социального благополучия. Партнеры проекта: Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит», Национальный институт здоровья и благополучия Финляндии, Калининградская региональная детско-молодежная общественная организация «Юная лидерская армия» (ЮЛА), Общественный Комитет по СПИДу, Балтийская Ассоциация по вопросам ВИЧ-инфекции.

Методическое пособие содержит обзор теорий, которые можно использовать при разработке программ профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний, направленных на подростков и молодежь, в высокой степени подверженных риску заражения, а также теории, которые могут использоваться для оценки этих программ. В пособии также представлены результаты оценки потребностей в профилактических программах подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения. Приводится обзор профилактических программ, реализованных в России, Латвии, Польше, Финляндии и Германии, которые могут быть рекомендованы к распространению в других странах «Северного измерения». Описаны примеры методик, которые могут использоваться в работе по профилактике ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения.

Пособие предназначено для представителей органов государственной власти, государственных, общественных и международных организаций, специалистов в области общественного здоровья и других специалистов, задействованных в профилактике ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи.

Пособие можно скачать по ссылке: http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015102715_069. Другие методические материалы, разработанные в рамках проекта, можно по ссылке: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/about-us/organisation/departments-and-units/administration-and-development/planning/international-affairs-unit/projects>.

ОГЛАВЛЕНИЕ

БЛАГОДАРНОСТИ	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ	8
ГЛАВА I. НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ	9
1. Теоретические основы профилактических программ	9
Теории поведения в сфере здоровья: основные конструкты	9
Модель убеждений в отношении здоровья	11
Модель, предсказывающая ранний возраст вступления в половые контакты	12
Модель снижения риска заболевания СПИДом	13
Модель диффузии инноваций	14
2. Подходы к оценке профилактических программ	15
Подход с позиций доказательной профилактики	16
Подход с позиций методологии оценки и управления качеством	18
Экономический подход	19
ГЛАВА II. АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, В ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИИ, ЛАТВИИ И ПОЛЬШЕ	20
1. Методика	20
Кабинетное исследование. Обзор статистики	20
Поведенческое исследование	21
Фокус-группы с экспертами	22
2. Анализ данных	22
Анализ поведенческих данных	22
Анализ фокус-групп	22
3. Результаты исследования	23
Результаты обзора статистики	23
Результаты опроса подростков и молодых взрослых 15 – 24 лет	36
Результаты фокус-групп	47
ГЛАВА III. ПРИМЕРЫ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ	54
1. Российская Федерация	54
Дети улицы Санкт-Петербурга	54
Помощь ВИЧ-инфицированным уличным детям и подросткам	55
Профилактика ВИЧ-инфекции среди детей и подростков в Санкт-Петербурге	56
Содействие государственным организациям, работающим с подростками и молодежью, в организации систематической работы по профилактике ВИЧ-инфекции	57
Проект по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов «Восток-Запад»	58
Профилактика ВИЧ/СПИД среди уязвимых групп населения	58
Социальная интеграция трудящихся мигрантов и членов их семей в Санкт-Петербурге	59
Программа по профилактике поведения высокой степени риска «Pro Здоровый выбор»	60
2. Польша	61
Программа «STREETOPCJA»	61
Программа «Сетевое взаимодействие»	61
Программа «Оказание социальной помощи работникам уличной секс-индустрии»	62
Программа «Мобильные школы»	63
Программа «SKASTREET»	63
Программа «Baw się bezpiecznie» («Зажигай, да меру знай»)	64
Программа «Ulica»	64
3. Германия	65
Программа «PÄNZ UP!» (воспитание детей, защита прав детей)	65
Программа «Subway»	66

Программа « <i>Prävention mit Jugendlichen und jungen. Erwachsenen. Fünf-Säulen-Konzept</i> » (Концепция пяти уровней)	67
4. Финляндия	68
Программа работы с девушками, подвергшимися сексуальному насилию	68
Просвещение в сфере здравоохранения как составная часть общенационального обязательного курса базового образования	69
Просвещение в сфере здравоохранения как составная часть общенационального обязательного курса для школ высшей ступени	71
5. Латвия	72
Программа «Пропаганда здоровья среди молодых заключенных»	72
Программа «Тренинги для работников уголовной юстиции по вопросам, связанным со снижением вреда»	73
Программа «Взаимное обучение среди сверстников по вопросам ВИЧ/СПИД и репродуктивного здоровья»	74
ГЛАВА IV. ПРИМЕРЫ УПРАЖНЕНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ В РАБОТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	76
1. Повышение информированности о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, устранение неправильных представлений и мифов о передаче ВИЧ	77
«Анкетирование»	77
«Калейдоскоп»	79
«Небольшая лекция о ВИЧ/СПИДе»	80
Лекция на тему «Меры предохранения от инфекций, передающихся половым путем»	81
2. Формирование реалистичной оценки собственного риска инфицирования ВИЧ	82
«Почему мы говорим о ВИЧ-инфекции?»	82
«Градуслик риска (ранжирование карточек по степени риска заражения ВИЧ-инфекцией)»	83
«Обсуждение результатов исследования распространения ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи»	84
3. Формирование положительной установки к способам избегания рискованного поведения	85
Дискуссия и «мозговой штурм» на тему: «Дружба, влюбленность, любовь»	85
«Идеальное свидание»	85
«Плюсы и минусы»	86
«Почему люди вступают в сексуальные отношения?»	86
«4 угла»	87
4. Формирование толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям	88
«Просмотр и обсуждение фильма "Выше неба"»	88
«Горячий стул»	89
5. Развитие навыков, необходимых для избегания рискованных ситуаций	89
«Ролевая игра "Василина и Егор"»	89
«Социальные роли»	91
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	93

БЛАГОДАРНОСТИ

Партнеры проекта выражают глубокую благодарность Европейскому Союзу, благодаря финансовой поддержке которого стала возможной реализация проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе “Северного измерения”».

Оценка потребностей подростков и молодежи в профилактических программах, обзор лучших профилактических программ, которые могут быть рекомендованы к распространению в других странах региона «Северного измерения», пилотирование методик профилактической работы стали возможными благодаря поддержке многих экспертов и организаций из России, Латвии, Польши, Финляндии, Германии и других стран. Партнеры проекта выражают сердечную благодарность всем этим экспертам и организациям и лично Кристине Ханниле, Катрине Билдюшкин, Татьяне Олеговне Орловой, Любове Алексеевне Быковой, Евгению Владимировичу Ипатову, Звиади Шакроевичу Джгмадзе, Марине Георгиевне Школьник, Наталье Анатольевне Ачкасовой, Татьяне Александровне Серовой, Раисе Егоровне Капустиной, Валентине Ивановне Горайновой, Александру Дмитриевичу Смирнову, Berliner Aids-Hilfe e.V. (Германия), LOOKS e.V. (Cologne) (Германия), Subway HILFE-FÜR-JUNGS e.V. (Berlin) (Германия), Санкт-Петербургскому Государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Лицей сервиса и индустриальных технологий» (Россия, Санкт-Петербург), Санкт-Петербургскому Государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Колледж отраслевых технологий “Краснодеревец”» (Россия, Санкт-Петербург), Государственному автономному учреждению Калининградской области «Колледж предпринимательства» (Россия, Калининград), Государственному бюджетному учреждению социального обслуживания «Центр социальной реабилитации для наркозависимых граждан “Большая поляна”» (Россия, Калининград).

Мы также хотим поблагодарить всех подростков и молодых людей из Санкт-Петербурга, Калининграда, Риги и Варшавы, принимавших участие в проекте. Они помогли нам лучше понять, какие факторы усиливают риск заражения ВИЧ-инфекцией и ассоциированными заболеваниями и как более эффективно проводить профилактическую работу.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АИ – ассоциированные инфекции

ГУМВД РФ – Главное управление Министерства внутренних дел Российской Федерации

ЗПР – задержка психического развития

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

КВД – кожно-венерологический диспансер

КСЭ – коммерческая сексуальная эксплуатация

КСЭД – коммерческая сексуальная эксплуатация детей

ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ-инфекцией

ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/ СПИДом

МОМ – Международная организация по миграции

НКО – некоммерческая организация

ПАВ – психоактивные вещества

РФ – Российская Федерация

СЗФО – Северо-Западный Федеральный округ Российской Федерации

СНГ – Содружество независимых государств

ФЛГ – флюорография органов грудной клетки

ФМС РФ – Федеральная миграционная служба Российской Федерации

ВВЕДЕНИЕ

М.М. Русакова, В.А. Одиноква

Более трех десятилетий ученые и практики во всем мире борются с распространением ВИЧ-инфекции. Несмотря на серьезные достижения в сфере изучения ВИЧ, все еще не существует медицинских методов для того, чтобы предотвратить заражение или уничтожить вирус, живущий в организме человека. Это означает, что одним из ведущих методов предотвращения распространения ВИЧ является изменение поведения людей, ведущего к инфицированию. В последние десятилетия в профилактике ВИЧ все большее значение придается достижениям социальных наук и исследованиям.

В регионе «Северного измерения» ВИЧ и ассоциированные инфекции (АИ) являются значительной угрозой для молодых людей. В зоне риска в первую очередь – молодые люди, практикующие рискованное сексуальное поведение и экспериментирующие с различными опьяняющими веществами. Реализация программ профилактики все чаще становится обязанностью специалистов учреждений образования, социальной защиты, молодежной политики и других государственных структур. Большой объем профилактических программ реализуют общественные организации.

В своих попытках предотвратить распространение ВИЧ и АИ среди молодежи, то есть изменить поведение людей в направлении более безопасного, большая часть практиков основывается на здравом смысле и доступных методах работы с молодежью, таких как лекции и массовые мероприятия. Эти методы имеют свои преимущества, но часто оказываются малоэффективными, поскольку игнорируют сложную детерминацию поведения в сфере здоровья.

В проекте «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе Северного измерения» мы ставили своей целью идентифицировать лучшие практики по профилактике ВИЧ и АИ, направленные на подростков и молодежь, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ и АИ, которые могут быть рекомендованы к широкому распространению в регионе «Северного измерения». Для этого мы изучили ситуацию в странах-участницах проекта в сфере ВИЧ и АИ, оценили потребности подростков и молодежи в профилактике ВИЧ и АИ, идентифицировали лучшие практики по профилактике ВИЧ и АИ, провели пилотирование отдельных элементов эффективных программ профилактики ВИЧ и ассоциированных инфекций в Санкт-Петербурге и Калининграде, для того, чтобы понять, насколько они пригодны для профилактической работы с подростками и молодежью, в высокой степени подверженными риску заражения ВИЧ и АИ.

Проект «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе Северного измерения» был реализован в период с 1 сентября 2013 года по 31 августа 2015 года при финансовой поддержке Европейского Союза. Координатор проекта – Секретариат Партнерства стран Северного измерения в сфере общественного здоровья и социального благополучия (Швеция), методический лидер проекта – Региональная общественная организация социальных проектов в сфере благополучия населения «Стеллит» (Россия). Партнеры проекта: Национальный институт по вопросам здоровья и социального благополучия (Финляндия), Калининградская региональная общественная молодежная организация «ЮЛА» (Россия), Общественный Комитет по СПИДу (Польша), Балтийская Ассоциация по вопросам ВИЧ-инфекции (Латвия).

В этом пособии мы делимся опытом и наработками проекта в сфере организации профилактической работы с подростками и молодежью, в высокой степени подверженными риску заражения ВИЧ и АИ, для того, чтобы эта работа была научно обоснованной, а значит, более качественной, эффективной и экономичной. Авторы надеются, что пособие и методические материалы будут полезны всем специалистам, занятым в планировании, реализации и оценке эффективности профилактических программ для подростков и молодежи.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

М.М. Русакова, В.А. Одиноква

В I главе мы рассматриваем наиболее популярные теории, применимые к задачам планирования профилактики ВИЧ и АИ среди подростков и молодежи, в наибольшей степени подверженных риску этих заболеваний. В их числе Модель убеждений в отношении здоровья, Модель, предсказывающая ранний возраст вступления в половые контакты, Модель снижения риска заболевания СПИДом, Модель диффузии инновации. В этой же главе мы рассматриваем современные подходы к оценке профилактических программ, в том числе подход с позиций доказательной профилактики, подход с позиций методологии оценки и управления качеством, экономический подход.

Во II главе мы рассматриваем методы и результаты оценки потребностей в профилактических мероприятиях молодых людей 15 – 24 лет, которые подвержены риску заражения ВИЧ и АИ в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации (Санкт-Петербург и Калининград), Польше, Латвии. В главе обсуждаются результаты оценки потребностей подростков и молодых людей в профилактических мероприятиях. Оценка показала, что в регионе наблюдается значительный охват подростков и молодых людей профилактикой. Сами подростки и молодые люди оценивают свои знания о ВИЧ как высокие. В то же время объективная оценка их знаний показала, что среди молодежи распространены неправильные представления и мифы о ВИЧ и АИ. Риски ВИЧ-инфицирования связаны с незащищённым сексом и низким контролем молодых людей в ситуации сексуального контакта. Одной из основных причин того, что подростки и молодые люди мало способны защититься от ВИЧ, является формальный, скучный для участников формат проведения профилактических мероприятий, недостаточная ориентация содержания мероприятий на актуальный опыт и потребности молодёжи.

В III главе приведён обзор программ профилактики ВИЧ-инфекции и АИ у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения, которые мы идентифицировали в странах-участницах проекта. Эти программы представляют собой лучшие практики, которые могут быть распространены на другие территории региона "Северного измерения".

В IV главе мы рассматриваем отдельные профилактические упражнения, из которых может быть скомплектована профилактическая программа для подростков и молодёжи, с учетом их потребностей в профилактике. В главу вошли упражнения, которые позволяют продвинуться к достижению, по крайней мере, одной из целей, на которую должна быть направлена работа по профилактике ВИЧ у подростков и молодежи, практикующих рискованное поведение; интересны и комфортны для подростков и молодых людей-участников; подростки и молодые люди могут влиять на содержание и процесс проведения упражнения; специалисты чувствуют себя уверенно, проводя эти упражнения. В соответствии с целями, в разделе содержатся упражнения, направленные на повышение информированности о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, устранение неправильных представлений и мифов о передаче ВИЧ, упражнения, направленные на формирование реалистичной оценки собственного риска инфицирования ВИЧ, упражнения, направленные на формирование положительной установки к способам избегания рискованного поведения, упражнения, направленные на формирование толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям, и упражнения, направленные на формирование навыков, необходимых для избегания рискованных ситуаций.

Ссылки на все методические материалы проекта, включая формы для анализа статистической информации, путеводители опроса подростков и молодежи, путеводители фокус-групп, формы оценки профилактических упражнений, доступны на по ссылке: <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/about-us/organisation/departments-and-units/administration-and-development/planning/international-affairs-unit/projects>.

ГЛАВА I. НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЙ ПОДХОД К РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

К.Ю. Ерицян, М.М. Русакова

1. Теоретические основы профилактических программ

Традиционно профилактика различных заболеваний являлась прерогативой медицины. В случае эпидемии ВИЧ-инфекции, когда медицинские средства профилактики, например, вакцина, на настоящий момент отсутствуют, отказ от рискованных видов поведения и формирование безопасных поведенческих паттернов становятся основной возможностью предотвратить дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции.

Изменение поведения человека – пожалуй, одна из самых серьезных, нетривиальных и интересных задач, которую могут поставить перед собой наука и практика. Изменение же сексуального поведения, профилактика и устранение аддикций – основных факторов риска инфицирования – это поистине задачи повышенной сложности. Ведь данные виды поведения имеют сильную культурную и биологическую обусловленность и зачастую высоко стигматизированы.

«Нет ничего более практичного, чем хорошая теория», – высказывание, приписываемое известному психологу Курту Левину, которое приобрело уже статус афоризма. Тем не менее в своих попытках предотвратить распространение различных заболеваний, а значит, в большинстве случаев – серьезным образом изменить поведение человека, значительная часть практиков основывается не на теоретическом знании, а на своих обыденных представлениях.

В настоящее время насчитывается более шестидесяти различных психологических теорий, объясняющих поведение в сфере здоровья, возможности его формирования и изменения.

Условно их можно разделить на те, что:

- предсказывают естественное формирование какого-либо поведения (*объяснительные теории, проблемно-ориентированные, explanatory*). В контексте профилактики ВИЧ-инфекции эти теории могут быть использованы для первичной профилактики наркотизации и алкоголизации, промискуитетного поведения;
- описывают возможности для намеренного формирования поведения или изменения уже сформированного поведения (*теории изменения, теории действия*). Модели данного типа могут помочь распространению протективных поведенческих практик, например использования презерватива или стерильного инъекционного инструментария, обращения за тестированием на ВИЧ и ИППП и т.д.

Также различные теории, объясняющие поведение в сфере здоровья, или помогающие его изменить, разработаны для различных уровней вмешательства: личности, группы или большой территориальной общности (района, города, страны).

Зачем нужны эти теории? Теории, объясняющие поведение в сфере здоровья, возможности его формирования и изменения, помогают:

- спланировать обоснованную оценку потребностей подростков и молодёжи в сфере профилактики;
- идентифицировать «мишени» для профилактических мероприятий;
- повысить качество и эффективность профилактики с точки зрения ее цели (изменение поведения);
- повысить экономическую эффективность профилактики (с точки зрения соотношения затрат и результатов).

Ниже мы рассмотрим основные элементы и некоторые примеры теоретических моделей, которые могут быть использованы для разработки программ профилактики ВИЧ и АИ среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ и АИ.

Теории поведения в сфере здоровья: основные конструкторы¹

Несмотря на значительное число теоретических моделей, можно выделить несколько элементов, или ключевых конструкторов, которые заслужили особую популярность и встречаются во многих из них.

¹ Адаптировано из: Witte, Kim. Theory based interventions and evaluations of outreach efforts. Seattle, WA: National Network of Libraries of Medicine (1998).

1. *Угроза*. Некий внешний фактор (например, эпидемия ВИЧ-инфекции), действие которого может привести к негативным последствиям для отдельного человека или сообщества. У угрозы принято выделять два измерения:

- тяжесть: если данная угроза (например, заражение ВИЧ-инфекцией) действительно произойдет – насколько велики будут негативные последствия?
- уязвимость: какова вероятность, что я заражусь ВИЧ-инфекцией?

Следует отметить, что для этих вопросов есть объективные ответы, основанные на научных данных или прогностических расчетах. Однако на практике значительно более важным оказывается то, как данная угроза воспринимается людьми – не недооценивают ли они свою уязвимость или тяжесть возможных последствий?

2. *Страх*. Высокий уровень эмоционального возбуждения, вызванный восприятием угрозы. Важно понимать, что далеко не всегда, осознавая угрозу, мы тем не менее испытываем сильные негативные эмоции. Например, длительная поездка на автомобиле, статистически сопряженная с риском попасть в аварию, как правило, обычно не сопровождается таким же уровнем страха, как полет на самолете, объективно представляющий меньшую угрозу. Страх может оказывать значительное влияние на поведение, однако в зависимости от обстоятельств это влияние может быть как позитивным (например, приводить к минимизации поведения риска), так и негативным (например, приводить к употреблению психоактивных веществ для снятия негативных эмоциональных реакций).

3. *Эффективность*. Даже если существует научная и эмпирически верифицированная оценка того, что конкретные профилактические меры действительно эффективны, в действительности каждый член целевой группы проводит их собственную оценку по двум параметрам:

- эффективность ответа: действительно ли, если я это буду делать, то угроза меня минует? Например, действительно ли я не заражусь ВИЧ-инфекцией, если буду постоянно использовать презервативы при половых контактах? В расширительном смысле данный вид эффективности часто называют *выгодами* (benefits): что хорошего со мной произойдет, если я буду постоянно использовать презервативы? Помимо защиты от ВИЧ-инфекции, данный вид поведения имеет целый ряд выгод, например, профилактика нежелательной беременности и ИППП, отсутствие тревоги за последствия, сопровождающие незащищенные половые контакты, дополнительные возможности получения сексуального удовольствия при использовании презервативов с необычной поверхностью/запахами и пр.;
- самоэффективность: смогу ли я следовать данным профилактическим рекомендациям? Смогу ли я настоять на использовании презерватива, если мой партнер будет против? Смогу ли я решиться самостоятельно купить презервативы в аптеке?

4. *Барьеры*. Понятие барьеров говорит о том, что может препятствовать распространению конкретной превентивной технологии. Размышляя об изменении поведения, человек будет давать оценку: «Чего мне это будет стоить?». В примере с использованием презервативов таких воспринимаемых барьеров может быть крайне много: это и цена, и нежелание партнера его использовать, отсутствие навыков использования презерватива, отказ от презерватива якобы из-за снижения интенсивности ощущений и т.п.

5. *Воспринимаемая норма* (нормативное верование). В определенной степени все люди ориентируются в своем поведении на мнение окружающих. Понятие воспринимаемой нормы говорит нам о том, насколько, по мнению индивида, велико социальное давление, поощряющее или не поощряющее конкретное поведение. Существенным в данном термине также является понятие «воспринимаемая норма» - на самом деле люди стремятся следовать не реальным нормам, существующим в их референтной группе, а своим представлениям о данной норме. Например, школьники часто переоценивают количество своих одноклассников, имеющих опыт употребления алкоголя или опыт половой жизни. Такие субъективно воспринимаемые нормы в свою очередь могут подтолкнуть подростков начать практиковать данные виды поведения.

6. *Ключи к действию*. Существуют внешние (например, телевизионная социальная реклама, напоминания друзей) и внутренние (например, воспринимаемые симптомы болезни) стимулы, которые являются триггерами совершения желаемого действия.

Все выше перечисленные компоненты могут являться факторами формирования или изменения поведения. Вообще понимание того, что именно изменение поведения должно

являться ключевым исходом профилактических воздействий, пришло к ученым и практикам далеко не сразу. Пожалуй, все мы, и как профессионалы, и как простые обыватели, сталкивались с профилактическими программами, чьей целью было предоставить какую-либо информацию о заболевании или профилактике. Подспудно предполагалось, что данное знание каким-либо образом приведет к изменению поведения. На самом деле все совсем не так просто. Изменению поведения обычно предшествует формирование или изменение:

- установок или отношения к какой-либо проблеме и возможным ее решениям,
- мотивации на изменение поведения,
- намерения изменить поведение,

и все они могут привести, а могут и не привести к реальным действиям. Чтобы еще больше усложнить данную картину, можно добавить, что изменение поведения – это лишь первый шаг. В большинстве случаев желаемым исходом профилактических воздействий является регулярное совершение человеком тех или иных действий, или, напротив, отказ от них. Совершения человеком кратковременного или разового действия (например, однократного тестирования на ВИЧ-инфекцию) добиться значительно легче, чем существенного изменения привычного образа жизни (например, сокращения числа половых партнеров или отказа от употребления наркотиков).

Ниже мы рассмотрим несколько наиболее популярных теорий поведения в сфере здоровья. Мы отобрали их для данной книги, основываясь на двух основных факторах: пригодность для разработки программ профилактики ВИЧ-инфекции их разнородность, то есть представление совершенно различных подходов к проблематике.

Модель убеждений в отношении здоровья – классическая психологическая теория, описывающая основные (преимущественно когнитивные) факторы, которые могут привести человека к использованию тех или иных профилактических приемов.

Модель, предсказывающая ранний возраст вступления в половые контакты, – это модель предсказания конкретного вида поведения, основанная на анализе уже существующих исследований и теоретических разработок. Использование данного подхода позволило фактически одновременно с разработкой модели проверить ее пригодность.

Модель снижения риска заболевания СПИДом – одна из первых моделей, специально разработанных применительно к тематике ВИЧ-инфекции. Она построена по совершенно другому принципу: описания стадий изменения поведения.

Модель диффузии инноваций – это модель, фокусирующаяся не на индивидуально-личностных факторах, а непосредственно на свойствах конкретной профилактической технологии. Она предсказывает не то, изменил ли конкретный индивид свое поведение, а то, получит ли свой успех конкретная профилактическая технология, станет ли она популярной в конкретном обществе.

Модель убеждений в отношении здоровья (Health Belief Model - HBM; Rosenstock, 1969)

Эта модель (рис.1) является одной из самых первых комплексных моделей объяснения индивидуального поведения людей в сфере здоровья. Она включает в себя большинство описанных выше теоретических конструктов. В тезисном виде она может быть представлена следующим образом. Человек с большей вероятностью будет следовать каким-либо профилактическим мерам, если:

- он считает, что существует реальная угроза его здоровью, то есть если у него высока вероятность заболеть («уязвимость»), и эта болезнь для него представляется достаточно серьезной и/или неприятной («тяжесть»);
- предлагаемое профилактическое действие считается им достаточно эффективным («выгоды») и не требует значительных усилий. Либо, по его мнению, выгоды от данного поведения значительно превышают связанные с ним затраты («барьеры»);
- в целом человек уверен в том, что ему под силу совершить указанное действие или, при необходимости, совершать его регулярно («самоэффективность»);
- кто-то или что-то регулярно напоминает ему о необходимости совершать данную профилактическую активность («ключи к действию»).

Данные факторы и их соотношения могут иметь различный вес в зависимости от базовых личностных и социодемографических характеристик индивида и его социального окружения.

В целом модель крайне популярна, еще и потому, что она достаточно проста для использования в различных информационных кампаниях.

В то же время некоторые влиятельные исследователи утверждают, что, используя ее для профилактики среди подростков и молодежи, следует учесть некоторые особенности данной целевой группы, не вполне отраженные в модели: познавательная незрелость, борьба за психологическую автономию и влияние на их сверстников (Brown, DiClemente, Reynolds, 1991).

Модель, предсказывающая ранний возраст вступления в половые контакты

Известно, что ранний возраст вовлечения в сексуальные контакты – это фактор высокого риска. Исследования показали, что лица, рано начавшие вести половую жизнь, значительно более вероятно будут подвергаться поведению, связанному с риском ВИЧ-инфицирования (большое число партнеров, незащищенные контакты и пр.), а также иметь больше шансов столкнуться с негативными последствиями для здоровья. В подростковом возрасте откладывание первого полового контакта, - пожалуй, одна из наиболее потенциально эффективных профилактических стратегий.

Eric R. Buhi и Patricia Goodson (2006), проанализировав значительный объем научных данных, выделили следующие теоретические предикторы начала половой жизни:

1. Намерение или наличие мотивации на начало половой жизни.
2. Навыки переговоров, межличностной коммуникации, отказа.
3. Окружающей среда: взаимоотношения с родителями, правила и ограничения, устанавливаемые родителями или иными значимыми другими, контроль со стороны родителей.
4. Воспринимаемые нормы: представления подростков о распространенности сексуальных контактов среди их сверстников, об их установках (одобрение или неодобрение) относительно сексуальных контактов и соответствующих установках родителей.
5. Самоэффективность.
6. Стандарты: представления об идеальном поведении/идеальных нормах.

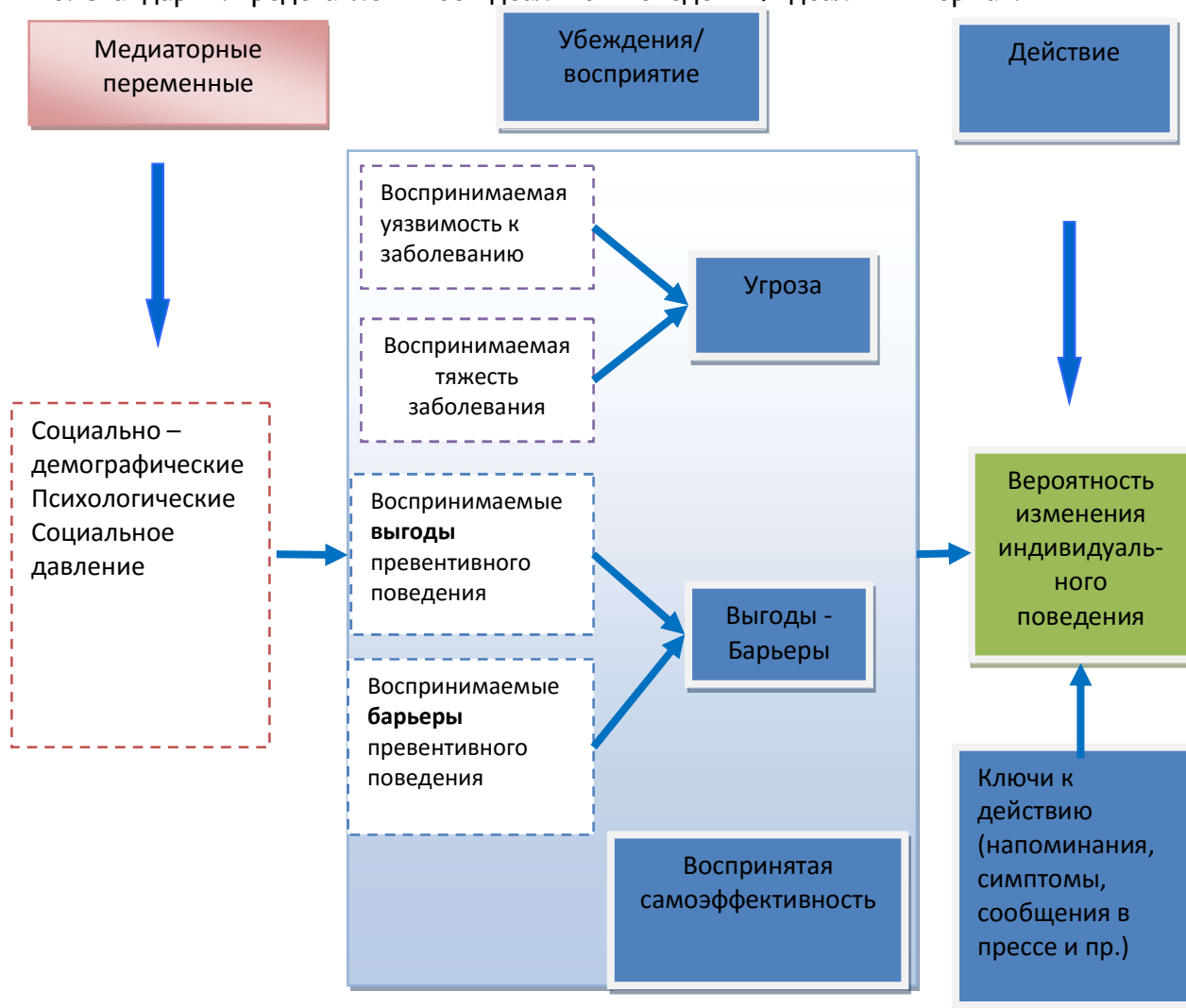


Рис. 1. Модель убеждений в сфере здоровья.

7. Эмоциональная окраска представлений о сексе и абстиненции.

8. Убеждения/установки относительно сексуального поведения и абстиненции.

Анализ имеющихся эмпирических исследований показал, что существуют убедительные данные о влиянии лишь трех из гипотетизируемых восьми классов факторов. Раннее начало половой жизни действительно связано с намерениями (1), воспринимаемыми нормами (4) и лишь некоторыми из ограничений окружающей среды (3), в частности длительным временем нахождения подростков одних дома.

Модель снижения риска заболевания СПИДом (The AIDS Risk Reduction Model (ARRM)) (Catania, Kegeles and Coates, 1990)

Данная модель является хорошим примером стадийных моделей изменения поведения. В отличие от рассмотренных выше теорий, подобные модели отличаются тем, что выделяют различные стадии в изменении поведения, их иерархически систематизируют и обычно выделяют существующие факторы и барьеры, обуславливающие переход со стадии на стадию. Наиболее широко признанной моделью данного типа является транстеоретическая модель, или модель стадий изменения поведения (The Transtheoretical model (TTM) or The stages of change (SOC); J.O. Prochaska, R. DiClemente et al.), в которой выделяются пять стадий изменения поведения и десять процессов изменений, помогающих переходу со стадии на стадию².

Модель ARRM, предложенная в 1990 году, также является одним из примеров стадийной модели, однако включает в себя и компоненты других теорий, в частности модели убеждений в отношении здоровья, теории самоэффективности и межличностных процессов. Следует отметить, что данная модель в первую очередь предложена для описания возможностей снижения вреда от сексуального поведения. То есть она подходит только для сексуально - активной молодежи.

Первая стадия: распознавание и оценка своего поведения как связанного с высоким риском. Предполагается, что осознает человек ли свое поведение как высоко рискованное в отношении возможности инфицирования, связано с несколькими факторами:

- знанием о том, что данный вид сексуальной активности связан с вероятностью инфицирования ВИЧ;
- представлением о том, что он лично может быть уязвим к данному заболеванию;
- существующими социальными нормами и социальным окружением.

Вторая стадия: принятие обязательств по сокращению риска (снижение или исключение сексуальной активности, связанной с высоким риском, в том числе за счет расширения видов сексуальной активности, связанных с низким уровнем риска). Влияют на принятие решения на этой стадии следующие факторы:

- соотношение затрат (барьеров) и выгод от таких изменений;
- изменение в получаемом удовлетворении (удовольствии от сексуальных контактов);
- представление об эффективности ответа (насколько данные меры смогут защитить от ВИЧ);
- уровень самоэффективности.

На перечисленные выше факторы в свою очередь влияют знания о здоровье и возможностях получения сексуального удовлетворения и социальные факторы, такие как групповые нормы и социальная поддержка.

Третья стадия: это собственно действие. Она может быть также разбита на три составляющих: поиск информации о том, как и что нужно делать, принятие решений о конкретных шагах и собственно действия. В каждом конкретном случае данные фазы проходить могут последовательно или одновременно, а некоторые фазы могут быть просто пропущены. На данном этапе важны следующие факторы:

- социальные сети, в которые включен человек, и возможности для решения проблем (например, возможность формально или неформально попросить о помощи);
- предыдущий опыт решения проблем;
- ресурсы, необходимые для получения помощи;
- уровень самооценки;

² Более подробно см., например: Прохоров А. В., Велисер У. Ф., Прочаска Д. О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение //Вопр. психол.1994 №. 2 С. 113-122.

- способности и навыки вербальной коммуникации с сексуальным партнером;
- представления и поведение сексуального партнера (партнеров).

Как и другие теоретические модели, представленный подход имеет свои ограничения. Например, в отличие от транстеоретической модели, описание стадий заканчивается на совершении действия. Тогда как изменение сексуального поведения - это длительный процесс, и всегда есть вероятность того, что после нескольких попыток человек решил вернуться назад: на первую или вторую стадию.

Модель диффузии инноваций / *Diffusion of innovations* (Rogers E., 1995)

Распространение эффективных превентивных практик является большой проблемой для общественного здоровья. Каждая новая профилактическая инновация, будь то промышленные продукты, технологии, идеи или поведенческие нормы, либо получит своих приверженцев и рано или поздно станет популярной, либо фактически будет «похоронена».

Диффузия инновации – это процесс распространения новшеств в обществе среди потенциальных потребителей (пользователей) с момента их появления. Свое название модель получила по аналогии с диффузией в физике – процессом взаимного проникновения (перемешивания) молекул одного вещества и молекул другого. Первоначально модель была широко распространена в маркетинге, а в последнее время все более часто используется и в области общественного здоровья.

В профилактике ВИЧ-инфекции различные инновации появляются фактически каждый год. Примером тому могут служить, например, женские презервативы, обрезание *pre-exposure prophylaxis* (PrEP) и специальные приложения для смартфонов³. Когда-нибудь такой инновацией будет и профилактическая ВИЧ-вакцина. Какая-либо идея, например «воздержание от секса до брака», также вполне может считаться инновацией в отдельных обществах в конкретный исторический период.

Итак, некая инновация разработана, известно, что она эффективна, но как сделать так, чтобы наша целевая группа стала ею пользоваться?

По данным авторов модели, в общей популяции людей можно выделить 5 подгрупп, различающихся по степени «открытости» новому опыту: новаторы (*innovators*), ранние последователи (*early adopters*), раннее большинство (*early majority*), позднее большинство (*late majority*), опоздавшие (*laggards*).

Наиболее сильно различаются полярные группы – новаторы, то есть те, кто в первую очередь усваивает новое и стремится к этому (их меньшинство, 2,5%), и консерваторы – активно сопротивляющиеся всему новому и непривычному (их значительно больше, порядка 16%). Большинство людей в популяции находятся в промежуточном состоянии. В идеальном случае процесс диффузии инноваций в обществе начинается с новаторов, затем захватывает большинство, в конце концов, принимается консерваторами, когда, по сути дела, инновация перестает быть таковой и становится нормой. Новаторы, а также члены общества, пользующиеся большим авторитетом и влиянием (лидеры общественного мнения), играют важную роль в скорейшем распространении любых новшеств, будь то рискованные формы поведения, либо, напротив, здоровьесберегающие. Если на этой стадии инновация не прижилась, то вряд ли ее распространение будет успешным.

S-образная кривая (рис. 2) отражает три фазы внедрения новых продуктов: первая – вовлечение первых потребителей (медленный рост), вторая – резкий рост, третья – насыщение (замедление роста).

Скорость течения этого процесса, по Э. Роджерсу, зависит от пяти основных характеристик инновации (нового продукта), естественно в большинстве случаев речь идет не об абсолютных характеристиках, а о том, как именно они воспринимаются пользователями:

1. Относительные преимущества (*Relative advantage*) - степень превосходства, которой располагает инновация перед другими (часто аналогичными) видами продукции; зачастую выражается в экономических, социальных, поведенческих категориях (прибыльность, экономичность, повышение социального статуса и т.п.).

³ См. Подробнее: *Muessig K. E. et al. Mobile phone applications for the care and prevention of HIV and other sexually transmitted diseases: a review //Journal of medical Internet research 2013 Vol. 15 N 1.*

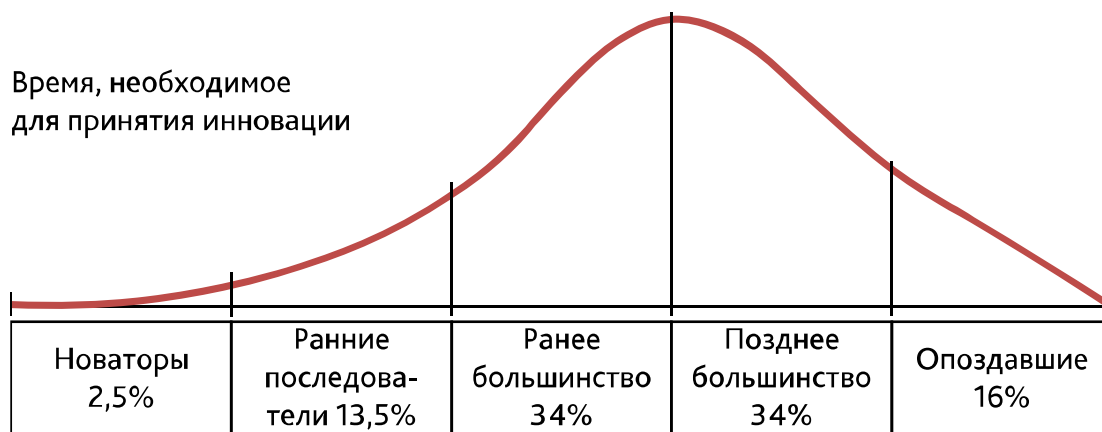


Рис. 2. Кривая диффузии инноваций.

2. Совместимость (Compatibility) - степень соответствия инновации существующей системе ценностей (определяется культурными нормами, прошлым опытом и пр.), техническому развитию общества. Например, если человек изначально не ориентирован на вступление в брак и моногамный союз в ближайшей перспективе, то предложение воздержаться от секса до брака будет несовместимо с его системой убеждений. Другой пример - профилактическая информация, распространяемая посредством Интернета, будет не совместима для тех представителей целевой группы, которые не имеют доступа в Интернет.

3. Сложность (Complexity) - степень простоты и легкости восприятия, удобства использования или приспособления к инновации; предполагается, что сложность инновации негативно связана с ее диффузией. Например, если схема приема лекарств проста, то приверженность медикаментозной терапии произойдет быстрее.

4. Возможность апробации/модификации (Trialability) - степень апробации инновации в ограниченных масштабах или ее модификации. Иногда эту характеристику инновации отождествляют с этапностью, делимостью инновации (divisibility) на отдельные части. Бесплатные образцы продукции (например, презервативов), возможность не участвовать в полном спектре профилактических мероприятий, а выбрать отдельные интересующие части, возможно менять настройки и персонализировать мобильное приложение – вот хорошие примеры, иллюстрирующие данное качество.

5. Видимость (Observability) – степень, в которой результаты инновации «видимы» для других людей. «Видимость» инновации провоцирует обсуждение с представителями целевой группы, способствуя диффузии инновации. Поэтому, например, популяризация использования презервативов, в рамках данной модели, потенциально будет иметь затруднения, поскольку, планирует ли человек откладывать начало половой жизни или, например, склонен постоянно использовать презервативы, достаточно сложно понять в рамках повседневного общения. А, например, курение сигарет – напротив, крайне заметная практика. Именно поэтому могут быть так важны какие-либо опознавательные знаки у приверженцев отдельной идеи или технологии, например фирменные браслеты, футболки с определенными слоганами, специальный формат аватарок в социальных сетях и пр.

В заключение данного раздела заметим, что многочисленные исследования эффективности профилактических программ показывают, что наличие теоретической модели в основе программы статистически значительно повышает вероятность ее эффективности (Nation et al., 2003). На практике в профилактических программах не обязательно ограничивать свой выбор какой-либо одной моделью, напротив, можно и даже нужно использовать положения различных теоретических подходов.

2. Подходы к оценке профилактических программ⁴

Конечно, начало любой деятельности стоит предварять поиском информации, и профилактика – не исключение.

⁴ При разработке данного параграфа были использованы материалы Методология разработки профилактических проектов в сфере здоровья: учеб. пособие/ Л. А. Цветкова, Н. А. Антонова, К. Ю. Ерицян. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2013.

На первом этапе это должен быть поиск информации об актуальной ситуации в целевой группе (распространенность ВИЧ-инфекции и ИППП, распространенные среди молодежи знания, установки и поведенческие паттерны), а также о том, какие теоретические модели могут помочь решить поставленную перед практиками задачу.

На втором этапе будет полезным осуществить поиск имеющихся профилактических программ по данной проблематике, проанализировать их и принять решение, какую из них можно было бы использовать и требуется ли внесение в нее каких-либо изменений или дополнений.

С начала времени активной профилактической работы по ВИЧ-инфекции в каждой стране были разработаны десятки и сотни профилактических программ и проектов, значительно отличающихся по своему подходу, используемым методам, требуемым ресурсам и, конечно, своей эффективности.

Каким же образом можно отличить хорошую профилактическую программу от потенциально менее эффективной?

Предлагаем рассмотреть три подхода.

Подход с позиций доказательной профилактики

Концепция «доказательной профилактики» (профилактики, основанной на доказательствах) / evidence-based prevention была сформирована по аналогии с доказательной медициной (evidence-based medicine). Принципы доказательной медицины отражают добросовестное, явное и разумное использование современных научных данных в принятии решений, касающихся ухода за отдельными пациентами, создание научно обоснованных стандартов оказания медицинской помощи и объективное исследование эффективности новых методов лечения и медико-социальной реабилитации. Проще говоря, назначение каких-либо вмешательств должно быть основано на научных данных о том, что эти вмешательства действительно эффективны.

Доказательная профилактика должна:

- быть основана на данных исследований, проведенных с соблюдением всех принятых в научном сообществе стандартов;
- обязательно предполагать серьезное исследование по оценке эффективности;
- использовать принципы, стратегии и программы, которые теоретически обоснованы, качественно реализованы и, по данным оценки эффективности, оказывают влияние именно на те поведенческие паттерны, на изменение которых они направлены, или на факторы, влияющие на это поведение (Prevention by design, 2006).

Какие методы обычно используются авторами для того, чтобы подтвердить, что их программа работает? Перечислим их в порядке повышения степени доказательности.

1. *Оценка удовлетворенности.* Показатель субъективной удовлетворенности участников профилактической программы отдельными ее сторонами используется в оценке эффективности достаточно часто. Такой пассаж, как «95% участников программы оценили ее на 5 баллов по 5-балльной шкале и выразили желание и в дальнейшем принимать участие в подобных мероприятиях», часто красуется в различных отчетах. Однако он может восприниматься лишь как дополнительный, но не основной параметр эффективности, поскольку не позволяет нам понять, действительно ли такие цели проекта достигнуты. Фактически это показатель приемлемости и привлекательности для целевой группы тех или иных превентивных технологий, но никак не ее эффективности.

2. *Оценка после (самооценка изменений).* Показатель «самооценка изменений» отражает субъективное изменение у респондента его знаний, установок, поведения в результате участия в профилактической программе: «95% студентов сообщили, что участие в семинаре повысило их уровень информированности о ВИЧ-инфекции». Однако на самом деле данный показатель не позволяет нам статистически доказать изменение целевых показателей, кроме того, он очень высоко подвержен явлению социальной желательности.

3. *Оценка до - после без контрольной группы.* Для того чтобы повысить доказательность оценки программы, необходимо в самом начале проекта (до) произвести замер целевых показателей, на которые будет направлено наше профилактическое воздействие, для последующего сравнения (после). Информация о таких базовых индикаторах может быть получена из ранее реализованных исследований или опубликованных статистических данных, или на основе собственного исследования (base-line research), реализованного в рамках нашего профилактического проекта на начальной стадии. Данный метод позволит нам оценить,

действительно ли есть какие-либо статистически значимые различия между ситуацией до и после вмешательства: «Число студентов, информированных о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, возросло с 15% до 35%, и это различие статистически значимо на уровне $p \leq 0,001$ ». Действительно, увидев такое доказательство, можно предположить, что программа эффективна, по крайней мере, в отношении повышения информированности. Однако данные изменения вполне могут быть связаны и с чем-то другим: какой-либо прошедшей по телевидению передачей или телевизионным фильмом, в котором освещалась данная тематика, другими воздействиями или просто общим взрослением целевой группы. В подростковом возрасте, когда интерес к темам сексуальности и всего связанного с ней велик, молодые люди узнают много нового, самостоятельно ища информацию по теме или через общение с друзьями. Чтобы узнать, действительно ли подобный эффект дала программа, нужна контрольная группа – люди, не подвергшиеся ее воздействию.

4. *Оценка до - после с контрольной группой.* Данное исследование осуществляется по типу «случай-контроль», когда сравнивают участников профилактической программы с людьми из той же популяции, которые не принимали участие в программе, чтобы выявить связи между профилактическим исходом и непосредственным воздействием профилактической программы. Вот каким может быть исход такого дизайна: «Число лиц, информированных о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, возросло среди участников программы с 15% до 35% ($p \leq 0,001$), тогда как среди контрольной группы с 10% до 15% ($p \leq 0,05$)». Теперь мы наверняка знаем, что у участников профилактической программы за данный период произошло значительно большее увеличение информированности по сравнению с теми, кто в ней не участвовал. Однако и исходные параметры оказались различны. Может быть, дело не в самой профилактической программе, а в том, что изначально в нее попали более информированные, и, возможно, более интересующиеся данной темой лица по сравнению с контрольной группой? Мы не сможем полностью исключить данные опасения, оценивая программы, использовавшие подобный дизайн оценки эффективности.

5. *Оценка до - после с контрольной группой + рандомизация.* Данная оценка осуществляется также по типу «случай-контроль», но с применением процедуры рандомизации, которая означает, что распределение участников программы в основную и контрольную группы происходит случайным образом, при этом каждый из участников имеет известные и равные шансы оказаться в одной из них. Одним из эффективных способов рандомизации является генерация случайных чисел с помощью соответствующих компьютерных программ. Можно резюмировать, что при наличии культурально релевантных программ, показавших свою эффективность с использованием данной методологии оценки, именно они должны быть первым выбором для лиц, принимающих решения⁵.

Однако список требований к профилактическим программам далеко не ограничивается наличием и скрупулезным дизайном оценки ее эффективности. Разные организации обычно выдвигают свои критерии, более или менее жесткие, однако общий подход достаточно схож. Приведенные ниже критерии были выделены на основе подхода к оценкам профилактических программ нескольких авторитетных международных организаций⁶:

⁵ Следует отметить, что в доказательной медицине эталонным дизайном (так называемый «золотой стандарт») клинических исследований являются рандомизированные контролируемые двойные слепые исследования. Исследование, в котором пациент не знает, а исследователь знает, какое лечение получает пациент, называется простым слепым. Если о назначенном лечении не знают ни пациент, ни исследователь, такое исследование называется двойным слепым. Слепые исследования позволяют свести к минимуму возможность преднамеренных искажений, а непреднамеренные — распределить между группами в равной пропорции (то есть минимизировать влияние субъективных факторов). Кроме того, существует эффект плацебо, который следует принимать во внимание. То есть назначенный пациенту курс лечения может оказывать эффект вне зависимости от того, получает он активный препарат или нет. Плацебо-контроль означает, что пациентам в контрольной группе дают плацебо — продукт, не содержащий активного начала, который по форме, цвету, вкусу, запаху полностью имитирует исследуемый препарат. Учитывая тот факт, что при оценке эффективности профилактической программы плацебо-контроль зачастую нерелевантен, применяют активный контроль, то есть изучаемые методы профилактического воздействия сравниваются с уже известными и широко применяемыми на сегодняшний день.

⁶ Более подробно с критериями, выдвинутыми каждой из организаций, можно ознакомиться по ссылкам:

- FRIENDS National Resource Center for Community-Based Child Abuse Prevention (CBCAP) Evidence-Based and Evidence-Informed Programs: Prevention program descriptions classified by CBCAP evidence-based and evidence-informed categories. 2009: http://friendsnrc.org/direct-download-menuitem/doc_download/48-click-here-to-open-the-document-inpdf-format

- 1) наличие четкого описания интервенции;
- 2) наличие в какой-либо форме теоретической модели, ясная логическая или концептуальная модель программы;
- 3) наличие экспериментального (с контрольной группой, рандомизацией участников и оценкой до-после) или квази-экспериментального (то же, только без рандомизации) дизайна исследования. В случае использования квази-экспериментального дизайна на этапе «до» группы должны показывать сходный уровень целевых показателей либо различия должны быть учтены при статистической обработке. Следует отметить, что под «после» обычно понимается какой-либо довольно длительный период (например, не менее трех месяцев после окончания профилактического воздействия);
- 4) наличие статистически зафиксированного (обычно на уровне значимости не менее $p \leq 0,05$) позитивного эффекта программы хотя бы на один из ключевых показателей. При этом под ключевыми показателями обычно понимается либо какой-то вид поведения, либо собственно уровень распространенности заболевания;
- 5) отсутствие каких-либо негативных эффектов программы (также оценивается статистическими методами);
- 6) культуральная релевантность (данная характеристика должна быть оценена представителями местного сообщества перед внедрением программы на другой территории или группе).

Соблюдение всех этих требований - не просто сложная задача, она требует и серьезных затрат. Неудивительно, что программ, отвечающих всем этим требованиям, крайне мало. Для того чтобы программа считалась обладающей не отличной, а хотя бы какой-то степенью доказательности, ее дизайн может быть несколько более простым. Однако статистически подтвержденные наличие позитивного и отсутствие негативного эффектов должны сохраняться.

Дополнительным критерием анализа эффективности интервенции в сфере здоровья является *оценка ее экономической эффективности*. Одно вмешательство будет более эффективным по сравнению с другим, если:

а) оно требует меньших денежных средств, но при этом, по меньшей мере, является таким же эффективным;

б) является более эффективным, но и более дорогим, при этом его дополнительные преимущества оправдывают дополнительные затраты;

в) является менее эффективным, но и менее дорогим, при этом дополнительные затраты конкурирующего вмешательства не оправдывают дополнительных затрат.

Подход с позиций методологии оценки и управления качеством

Этот подход является несколько более мягким, со значительным упором на качественные, в противовес количественным, инструменты анализа⁷. Особое внимание уделено каждому из этапов проекта:

- оценке ситуации и потребностей;
- привлечению целевой группы к участию в программе;
- постановке целей и задач;
- выбору методов;

-
- Центры по контролю и профилактике заболеваний: снижение риска ВИЧ-инфекции HIV Risk Reduction (RR) Efficacy Review: Efficacy Criteria: <http://www.cdc.gov/hiv/dhap/prb/prs/efficacy/rr/criteria/index.html>
 - Европейский центр по мониторингу ПАВ (EMCDDA). Специальный портал Лучших практик: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels>
 - Департамент США по здравоохранению и социальному обеспечению. Национальный регистр научно обоснованных программ и практик (The National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP)): <http://www.nrepp.samhsa.gov/ReviewSubmission.aspx>
 - Center for Substance Abuse Prevention. Identifying and Selecting Evidence-Based Interventions Revised Guidance Document for the Strategic Prevention Framework State Incentive Grant Program. HHS Pub. No. (SMA) 09-4205. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009: <https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA09-4205/SMA09-4205.pdf>

⁷ Более подробно ознакомиться с примерами такого подхода можно, используя данные источники:

- проект Quality action. Improving HIV prevention in Europe: <http://www.qualityaction.eu/tools.php>;
- портал лучших практик EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>.

- планированию проекта;
- разработке и оценке качества материалов;
- подбору и обучению персонала;
- реализации проекта;
- оценке его эффективности.

Также учитываются все возможные программные аспекты профилактического вмешательства: соблюдение этических принципов, финансовая прозрачность, привлечение стейкхолдеров к участию в программе, адаптация проекта при его репликации к конкретным условиям и пр.

В данном подходе, как мы видим, фокус несколько смещен с результата на процесс. В приведенных источниках можно видеть, что аспектов данного процесса великое множество. Данный подход в большей степени применим для того, чтобы сами специалисты в области профилактики (или их доноры) могли оценить качество планирования и реализации проекта. В то же время данный подход не отменяет необходимости качественно оценивать степень доказательности эффективности вмешательств.

Экономический подход

Даже если программа действительно работает, то стоит ли она своих денег? С позиций гуманитарного знания данный подход может показаться кощунственным, однако, действительно, в условиях ограниченных ресурсов необходимо думать о том, каким образом можно использовать их наиболее эффективно. Одно вмешательство будет более эффективным по сравнению с другим, если:

- а) требует меньших денежных средств, но при этом, по меньшей мере, является таким же эффективным;
- б) является более эффективным, но и более дорогим, при этом его дополнительные преимущества оправдывают дополнительные затраты;
- в) является менее эффективным, но и менее дорогим, при этом дополнительные затраты конкурирующего вмешательства не оправдывают дополнительных затрат.

По аналогии с оценкой медицинских вмешательств можно говорить о нескольких научных подходах к такой оценке. Это:

- анализ затрат-выгод ("cost benefit analysis") – измеряет совокупные затраты и выгоды каждой альтернативы проекта, используя одну единицу измерения, как правило, представленную в денежном выражении. Позволяет ответить на вопрос: «Стоит ли данный проект затрат на него?» или «Какой вариант имеет наибольший коэффициент отношения выгод к затратам?» Не учитывает временные, этические, эстетические составляющие;
- анализ эффективности затрат ("cost effectiveness analysis") – шире анализа затрат-выгод. Позволяет оценить соотношение затрат на проект и его результатов (эффективности). Выигрыш от проекта и затраты на него могут быть выражены через набор благ, таких как пространство, время, опыт, увеличение посещаемости клиники, повышение качества жизни и т. д. Например, метод позволяет сравнивать экономическую эффективность двух методов лечения по так называемому анализу «прироста» (incremental analysis), в результате которого можно установить, какую дополнительную сумму денег надо заплатить для получения преимуществ, предоставляемых более дорогостоящим методом лечения;
- стоимостно-утилитарный анализ ("cost utility analysis") - позволяет в денежном эквиваленте оценить влияние вмешательства на показатель продолжительности жизни, соотнесенной с ее качеством (quality adjusted life years - QALY). Ключевым моментом метода является выбор утилитарных показателей, которые в количественной форме отражают обусловленное состоянием здоровья качество жизни (Гиляревский с соавт., 2002).

ГЛАВА II. АНАЛИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, В ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ПОДВЕРЖЕННЫХ РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, В РОССИИ, ЛАТВИИ И ПОЛЬШЕ

А.И. Любимова, В.А. Одинокова, М.М. Русакова

В рамках проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе "Северного измерения"» проводилась оценка потребностей в профилактических мероприятиях молодых людей 15-24 лет, которые подвержены риску заражения ВИЧ-инфекцией в Северо-Западном Федеральном округе Российской Федерации (Санкт-Петербург и Калининград), Польше, Латвии. Весь цикл (разработка инструментария, сбор данных, обработка и первичный анализ данных) длился с марта 2014 г. по март 2015 г. В ходе оценки изучались потребности подростков и молодых людей (15-24 лет) в профилактических воздействиях, посвященных ВИЧ и ассоциированным с ним инфекциям. В данной целевой группе были также выделены подгруппы: 1) индивиды, которые начали употреблять различные психоактивные вещества (инъекционно и инъекционно); 2) молодые мигранты; 3) индивиды, вовлеченные в коммерческую сексуальную эксплуатацию (как клиенты, так и лица, предоставляющие сексуальные услуги).

Основные задачи оценки следующие:

1. Оценить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ и ассоциированным инфекциям в целом и относительно целевой группы. Основной фокус оценки заключался в выявлении существующих пробелов в знаниях и официальной статистике для понимания развития эпидемии ВИЧ в целевой группе.
2. Изучить факторы, влияющие на распространение ВИЧ и ассоциированных инфекций среди молодежи (поведенческие риски, установки, знания, доступ к тестированию, охват превентивными мероприятиями). Факторы выявлялись по результатам опроса среди молодых людей 15-24 лет и фокус-групп с экспертами и специалистами, работающими с молодежью.

1. Методика

Исследовательский инструментарий разрабатывался с учётом опыта участников проекта в сфере профилактики ВИЧ и ассоциированных инфекций. Участники проекта обсуждали инструментарий в процессе разработки, при этом также учитывалась текущая эпидемическая ситуация в странах – участницах проекта. Исследовательская стратегия включала в себя три направления: обзор статистики, поведенческое исследование среди молодежи, фокус-группы с экспертами. Данная стратегия позволила наиболее полно оценить ситуацию в стране.

Кабинетное исследование. Обзор статистики

Исследовательские группы собирали данные с использованием унифицированной стратегии. Для описания ситуации в регионе была разработана специальная форма с использованием MS Excel. В данной форме фиксировались доступные статистические и исследовательские данные. Данная форма была разработана для того, чтобы учесть период с 2010 по 2013 год, также исследовательские группы могли включать доступные им данные за 2014 год. Для всех индикаторов была предусмотрена как общая статистика по стране, так и статистика по целевой группе. Форма включала следующие блоки:

1. ВИЧ, АИ и туберкулез. Пораженность на 100 тыс. популяции, заболеваемость на 100 тыс. популяции, пути передачи в долях от вновь зарегистрированных случаев.
2. Миграция. Общее количество мигрантов, учитывая типы миграции (трудовая, беженцы, переезд на постоянное место жительства, и т.п.), статистика по странам выбытия, оценки количества нелегальных мигрантов, статистика по ВИЧ среди мигрантов, статистика по странам выбытия ВИЧ-позитивных мигрантов, количество эмигрантов.
3. Алкоголь и употребление наркотиков. Официальная статистика по распространенности алкоголизма и злоупотребления наркотиками, а также данные по их ежегодному приросту. Данные о типах употребляемых наркотиков, возраст первой пробы алкоголя и наркотиков; особенности употребления и т.п.
4. КСЭД. Данные по количеству сексуальных преступлений относительно детей, вовлечению детей в проституцию и порнографию, траффик детей. Исследовательские данные по различным формам КСЭД (проституция, порнография, траффик, секс-туризм). Также (по возможности) существующие оценки экспертов о количестве молодых людей до 24 лет, подвергшихся сексуальной эксплуатации. Количество детей в приютах, патронажных

семьях, и т.п. Количество семей, находящихся в социально-опасной ситуации (дети проживают в неблагополучной семье или в семье, где один или оба родителя страдают от алкогольной или наркотической зависимости).

Поведенческое исследование

Целевой группой исследования являлась выборка подростков и молодых взрослых 15-24 лет, характеризующихся рискованным поведением в отношении заражения ВИЧ и АИ либо находящихся в неблагоприятных социальных условиях, которые опосредованно могут влиять на повышение риска заражения ВИЧ и АИ.

Был применен метод двухступенчатого формирования выборки. На первом этапе в каждом из городов, в которых собирались данные, были отобраны «типичные» образовательные институты, то есть институты, которые отражают ситуацию в подобных учреждениях во всем городе. Отбор производился на основании экспертных оценок специалистов из сферы образования (Министерство образования, Комитет по образованию и т.п.), здравоохранения (Министерство здравоохранения, Комитет по здравоохранению т.п.), межведомственных комиссий по борьбе с распространением наркотиков, комиссий по делам молодежи, представителей НКО, работающих в сфере профилактики распространения ВИЧ и наркомании. На втором этапе в выбранных учебных заведениях в день опроса отбирались все доступные респонденты.

Критериями включения респондентов были: соответствие по возрасту, добровольное согласие (в процессе прохождения процедуры информированного согласия). Критериями исключения были: психические расстройства, препятствующие полному осознанию рисков и выгод участия в исследовании.

Процедура исследования. Опрос проводился в классных комнатах (Россия, Латвия), в Польше - в отдельном помещении, без присутствия посторонних. Респонденты сидели за отдельными столами, вопросники для самозаполнения раздавались группе учащихся после получения от них добровольного информированного согласия. Каждый участник получал вопросник и карандаш. В России и Латвии опрос проводился в учебное время.

Вопросники содержали информацию, относящуюся к употреблению ПАВ и сексуальным отношениям. Исследовательская группа приняла решение раздавать профилактические материалы по этим вопросам после заполнения анкеты. Также в материалах содержались контакты организаций, в которые можно обратиться по вопросам тестирования и профилактики ВИЧ. Ввод данных производился параллельно со сбором данных с использованием базы данных в MS Excel.

Вопросник. Заполнение вопросника занимало 45 минут. В каждой стране вопросник заполнялся на родном языке, в Латвии респонденту предоставлялись латвийский и русский варианты опросника на выбор. Анкета состояла из нескольких блоков вопросов с несколькими вариантами ответов:

- 1) социодемографический блок (включая статус мигранта);
- 2) употребление психоактивных веществ и зависимость (курение табака, частота и другие характеристики употребления алкоголя, употребление большого количества алкоголя за раз (биндж – в соответствии с рекомендациями ВОЗ по оценке), зависимость от алкоголя (тест CAGE), опыт употребления наркотиков, обстоятельства первой пробы наркотика, включая инъекционное потребление, наркозависимость (тест DAST – 10 вопросов);
- 3) сексуальное поведение: опыт и риски, с ним связанные (возраст первого полового контакта, количество партнеров, использование презервативов при первом половом контакте и текущее использование презервативов (с различными типами партнеров), причины неиспользования презервативов, опыт вовлечения в коммерческий секс (покупка или продажа), сексуальное насилие, опыт сексуальных контактов под воздействием алкоголя и ПАВ (сам респондент, партнер респондента), беременность и ИППП);
- 4) знания о ВИЧ, АИ, и местах лечения: знания о местах тестирования на ВИЧ, опыт тестирования на ВИЧ, оценка собственных рисков заражения ВИЧ, знания о ВИЧ, о гепатитах и туберкулезе, о местах получения помощи при зависимости от алкоголя и наркотиков;
- 5) характеристики социального окружения (пьянство и употребление наркотиков среди родственников и друзей, среди тех, с кем респондент учится и/или проживает);

- 6) охват профилактическими мероприятиями (предпочитаемые источники профилактической информации, потенциал мобильных и интернет – приложений для донесения профилактической информации).

Фокус-группы с экспертами

Фокус-группы с экспертами были призваны раскрыть информацию о том, какие группы молодёжи наиболее уязвимы для ВИЧ и АИ (наиболее стигматизируемые и скрытые группы молодёжи). Несмотря на то, что значительная часть информации, необходимой для формирования релевантных профилактических воздействий, была получена в ходе опроса молодых людей 15 – 24 лет, фокус-группы с экспертами позволили рассмотреть вопрос с перспективы специалистов, а также получить более обобщённую практическую информацию. Каждая группа включала в себя от 8 до 10 экспертов. Все фокус-группы были записаны на аудио (после процедуры прохождения информированного согласия). Каждая фокус-группа длилась 60 – 80 минут. Все группы велись профессионально подготовленным модератором. Каждый эксперт получил вознаграждение за участие в размере 25 евро.

Для обеспечения полноты информации эксперты были поделены на две группы: работающие с молодыми мигрантами и работающие с жертвами КСЭД. Гайды для фокус-групп двух типов различались.

Топик-гайд для группы экспертов по мигрантам содержал в себе следующие тематические блоки: программы, доступные для мигрантов в регионе (их содержание, эффективность, потенциал улучшения и изменения этих программ); проблемы со здоровьем у мигрантов (наиболее распространенные проблемы со здоровьем, возможность их разрешения в рамках существующего законодательства, вопросы тестирования на ВИЧ и АИ); туберкулез, порядок работы с мигрантами, у которых выявлены ВИЧ, АИ и туберкулез; сексуальное поведение риска у мигрантов.

Фокус-группа с экспертами, работающими с подростками и молодыми взрослыми, которые находятся в ситуации риска вовлечения в коммерческую сексуальную эксплуатацию, была сформирована с учетом предположения о том, что она включает в себя детей и молодых людей, которые воспитываются в детских домах, находятся в приютах и реабилитационных центрах. Также к этой группе могут относиться молодые люди, чьи родители имеют наркотическую и алкогольную зависимость, и те, кто живут в экономически и социально неблагополучных семьях.

Топик-гайд для группы экспертов по КСЭД включал в себя следующие блоки вопросов: формы коммерческой сексуальной эксплуатации в регионах; характеристики детей и молодых людей, вовлеченных в коммерческую сексуальную эксплуатацию (пол, возраст, и т.п.); характеристики организаторов коммерческой сексуальной эксплуатации; опыт употребления алкоголя и наркотиков среди детей и жертв коммерческой сексуальной эксплуатации; организации, оказывающие помощь жертвам, содержание услуг этих организаций; профилактические программы по противодействию коммерческой сексуальной эксплуатации, их представленность в регионе, доступ к превентивным программам по ВИЧ и АИ для жертв сексуальной эксплуатации, подход к формированию данных программ; потенциальные организационные и политические барьеры.

2. Анализ данных

Анализ поведенческих данных

РОО СПСБН «Стеллит» сформировало общую базу по всем городам-участникам. Статистик проверил базу на наличие ошибок и подготовил ее для использования в статистическом пакете SPSS.16.0. Статистический анализ в связи с исследовательскими целями был сфокусирован на определении: распространенности поведения риска, рисков в семейном и более широком социальном окружении, самооценки рисков респондентами, их знания о ВИЧ и АИ, участия в тестировании и программах профилактики, предпочитаемых источниках профилактической информации. В предварительном анализе были изучены частотные распределения по переменным во всех городах сбора данных и по выборке в целом. Также был использован тест хи-квадрат Пирсона (или t-тест Стьюдента) для анализа различий в социодемографических и других характеристиках респондентов между странами (и городами), где проводилось исследование.

Анализ фокус-групп

Все протоколы и транскрипты фокус-групп были закодированы апостериорным кодированием с использованием тематических кодов, разработанных на базе блоков

вопросников, а также тем, наиболее обсуждаемых в ходе самих групп. Анализ был направлен на выявление условий и смыслового содержания профилактических программ по ВИЧ, туберкулезу и АИ, которые могут быть потенциально успешными для молодежи, мигрантов и жертв КСЭ.

3. Результаты исследования

Результаты обзора статистики

Распространенность ВИЧ-инфекции в России. Согласно данным ФНМЦ СПИД, пораженность ВИЧ неуклонно росла с 2010 по 2014 годы. Так, в 2010 количество зараженных ВИЧ на 100 тыс. человек составляло 345,8⁸, в 2011 – 370,7, в 2012 – 416,4, в 2013 – 468,8⁹, а в 2014 году эта цифра достигла 494,6 человек на 100 тыс.¹⁰ Кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РФ (с 1987 по 31 декабря 2014 года) достигло 907 607¹¹. Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 000 населения РФ (исключая детей с неустановленным диагнозом) составило в 2010 – 40,9; 2011 – 43,6; 2012 – 49,4; 2013 – 55,6¹².

Среди вновь выявленных случаев с установленными путями заражения в 2014 г. 50,7% приходилось на употребление наркотиков нестерильным инструментарием, а 40,3% на гетеросексуальные контакты¹³. У 59,4% ВИЧ-позитивных, выявленных в 2012 г., основным фактором риска заражения было указано употребление наркотиков нестерильным инструментарием (2011 г. – 55,9%, 2010 г. – 57,2%, 2008 г. – 58,8%)¹⁴. За весь период наблюдения этот фактор риска заражения был указан у 269,6 тыс. ВИЧ-инфицированных. Гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения были указаны у 38,9% впервые выявленных ВИЧ-позитивных за 2012 г. среди лиц с известными причинами заражения (в 2011 г. – 41,6%, в 2010 г. – 40,4%, 2008 г. – 38,1%)¹⁵. Следует отметить, что для более чем половины ВИЧ-инфицированных пациентов (54,6%), по состоянию на конец 2013 года не был установлен путь передачи ВИЧ, и данная ситуация является типичной для всех годов регистрации.

В Российской Федерации ВИЧ-инфекция поражает преимущественно молодое население: за весь период наблюдения у 59,6% пациентов эта инфекция была диагностирована в возрасте до 30 лет. Вместе с тем наблюдается тенденция уменьшения доли молодежи среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ, как и в показателях пораженности (рис. 3,а и 3,б).

При этом в целевых группах не происходит значительного прироста зараженных вследствие внутривенного употребления наркотиков, также снижается и доля этих групп в общей структуре ЛЖВС, заразившихся при внутривенном употреблении наркотиков (2010 год: группа 15 – 19 лет 13,6%, 20 – 30 лет 61,1%; 2011 год: группа 15 – 19 лет 12,6%, 20 – 30 лет 59,4%; 2012 год: группа 15 – 19 лет 11,7%, 20–30 лет 57,5%; 2013 год: группа 15–19 лет 10,8%, 20 –30 лет 55,3%).

Распространенность ассоциированных инфекций в России. За январь – декабрь 2014 г. по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. в Российской Федерации зарегистрировано снижение заболеваемости острым гепатитом В на 4,5%, активными формами туберкулеза – на 6,6%, сифилисом, впервые выявленным, – на 12,3%.

1. Туберкулез. В 2014 году по сравнению с 2013 годом показатель общей заболеваемости туберкулезом снизился на 5,6% (с 63,0 до 59,5 на 100 000 населения), а с 2008 года, когда отмечался пик показателя (85,1 на 100 000 населения), снижение составило 30,1%.

Заболевают туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18 – 44 лет (2014 год – 62,3%).

⁸ Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. // ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 38 / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Москва, 2013.

⁹ Покровский В.В., Ладная Н.Н., Тушина О.И., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. // ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 39 / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Москва, 2014.

¹⁰ Последние эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (по состоянию на 31.12.2014 г.)/ Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Москва, 2015. URL: <http://www.hivrussia.ru/stat/index.shtml> (дата обращения: 01.04.2015).

¹¹ Последние эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации.

¹² Там же.

¹³ Последние эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (по состоянию на 31.12.2014 г.). URL: <http://www.hivrussia.ru/stat/index.shtml>

¹⁴ Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. // ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 38 / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Москва, 2013.

¹⁵ Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2012 г. / Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Москва, 2013. URL: <http://www.hivrussia.org/stat/2012-3.shtml> (дата обращения: 02.02.2015)

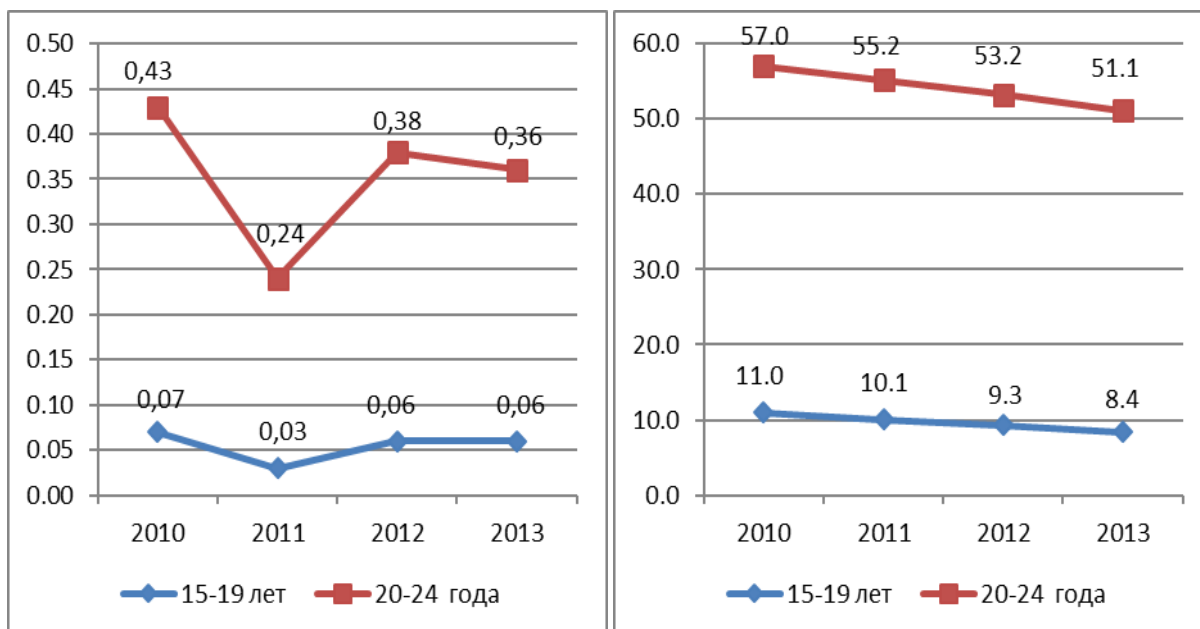


Рис. 3,а. Доля ЛЖВС в возрастной группе (в %).

Рис. 3,б. Доля ЛЖВС данной возрастной группы в общей структуре ЛЖВС (в %).

Пик заболеваемости туберкулезом приходится на возраст 25 лет – 34 года среди женщин и 35 лет – 44 года среди мужчин. Мужчины составили 68,2% впервые заболевших туберкулезом. Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения снизился на 5,1% (с 53,4 до 50,7 на 100 000 населения), вставших на учет – на 5,1% (с 51,1 до 48,5 на 100 000 населения).

Среди постоянных жителей, вставших на учет, 15,1% больных имели ВИЧ-инфекцию (2013 год – 12,5%). Растет показатель заболеваемости туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения России: 2009 год – 4,4; 2013 год – 6,5; 2014 год – 7,4 на 100 000 населения.

Показатель заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 15 – 17 лет также уменьшился в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 12,6% (с 31,8 до 27,8 на 100 000 детей). В 2014 году по сравнению с 2013 годом показатель общей распространенности туберкулеза (на окончание года) снизился на 6,9% (с 147,5 до 137,3 на 100 000 населения)^{16,17}.

2. Вирусные гепатиты, сифилис и другие АИ. Количество вновь выявленных случаев вирусных гепатитов снижалось с 2010 по 2014 г. Так, количество вновь выявленных случаев гепатита С составило в 2010 г. – 2,1 на 100 тыс., в 2011 г. – 1,8 на 100 тыс., в 2012 г. – 1,5 на 100 тыс., в 2013 – 1,47 на 100 тыс., в 2014 – 1,55 на 100 тыс.. Количество вновь выявленных случаев гепатита В: в 2010 г. – 2,2 на 100 тыс, в 2011 г. – 1,7 на 100 тыс., в 2012 г. – 1,4 на 100 тыс., в 2013 г. – 1,33 на 100 тыс., в 2014 г. – 1,27 на 100 тыс. Для детей до 17 лет этот показатель оставался относительно стабильным (для гепатита С в 2013 г. – 0,31 на 100 тыс., в 2014 – 0,30 на 100 тыс.; для гепатита В: в 2013 г. – 0,08 на 100 тыс., в 2014 г. – 0,09 на 100 тыс.) .

3. Сифилис. Количество вновь выявленных случаев, а также распространенность сифилиса неуклонно снижались по годам (рис. 5).

4. Прочие АИ. По Российской Федерации доступны данные о гонококковой инфекции. По ней также наблюдается снижение заболеваемости по годам (рис. 6).

Распространенность ВИЧ-инфекции в Северо-Западном Федеральном округе. Этот округ стабильно характеризуется высокой пораженностью населения ВИЧ. По состоянию на конец 2013 г., в СЗФО было 85 448 ЛЖВС.

¹⁶ Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2012 – 2013 гг.//Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы/ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Москва, 2014. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/otraslevie_pokazateli_2012_2013.pdf (дата обращения: 01.05.2015).

¹⁷ Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России // Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза/ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Москва, 2015. URL: http://www.mednet.ru/images/stories/files/CMT/tub_epidsituaciya.pdf (дата обращения: 01.05.2015).

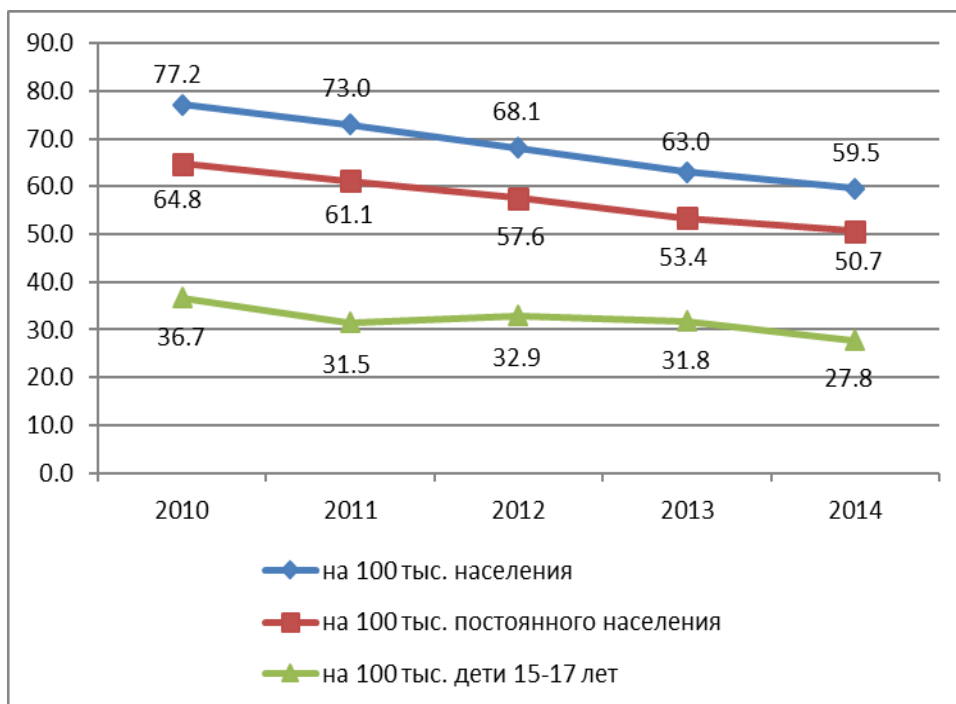


Рис. 4. Заболеваемость туберкулезом (РФ).

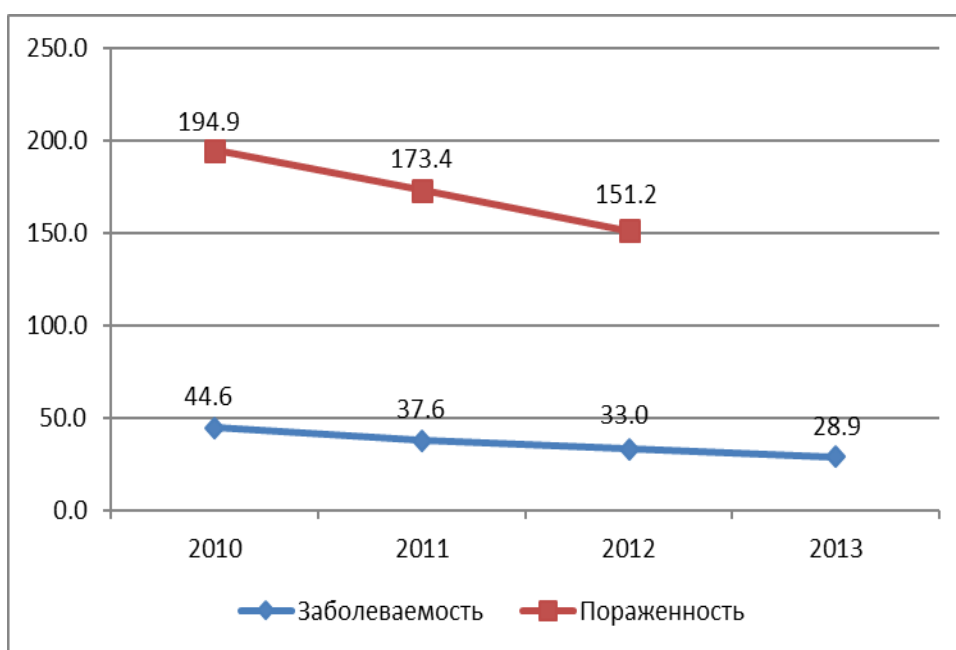


Рис. 5. Заболеваемость и пораженность сифилисом (на 100 тыс. населения)¹⁸.

Несмотря на то, что в 2012 – 2013 гг. показатель пораженности относительно стабилизировался, он значительно вырос с 2010 г., а именно: 2010 год - 553,4/100 тыс. чел., 2011 год – 586,6/100 тыс. чел., 2012 год – 619,0/100 тыс. чел., 2013 год – 619,2/100 тыс. чел. Заболеваемость остается относительно стабильной, а именно: 2010 год – 6225 случаев (46,4/100 тыс.), 2011 год – 6491 случай (47,3/100 тыс.), 2012 год – 6019 (43,9/100 тыс.), 2013 – 6119 (44,5/100 тыс.). В течение всего периода наблюдалось снижение количества тестируемых потребителей инъекционных наркотиков, и, как следствие, количество выявленных случаев ВИЧ по коду 102: 2010 г. – 843, 2011 г. – 720, 2012 г. – 606. Количество тестируемых по коду 103 (МСМ) оставалось стабильно низким, информация недостаточна.

¹⁸ Российский статистический ежегодник, 2014 / Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2014. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения: 01.02.2015).

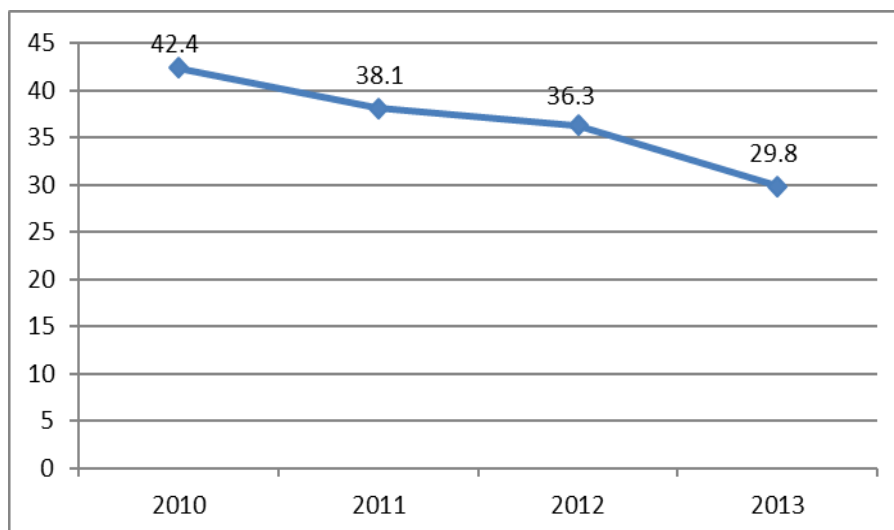


Рис. 6. Заболеваемость гонококковой инфекцией по годам (на 100 тыс. населения).

Количество тестируемых иностранных граждан растет по годам, так, в 2010 г. было протестировано 148 990 сывороток крови иностранных граждан – было выявлено 418 ЛЖВ (280,6/100 тыс.), в 2011 было протестировано 231 024 сыворотки – выявлено 395 ЛЖВ (171,0/100 тыс.), в 2012 было протестировано 299 224 сыворотки – выявлено 508 ЛЖВ (169,8/100 тыс.), в 2013 было протестировано 373 382 сыворотки – было выявлено 615 случаев ВИЧ (164,7/100 тыс.).

Распространенность ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербург является одним из самых пораженных ВИЧ субъектов СЗФО. По этому показателю он уступает только Ленинградской области. Всего в Петербурге, по состоянию на конец 2013 г., было 48 303 ЛЖВС. Показатель пораженности с 2010 по 2013 г. изменялся следующим образом: 2010 год – 959,6/ 100 тыс., 2011 год – 950,8/100 тыс., 2012 год – 988,5/100 тыс., 2013 год – 941,2. Заболеваемость по Петербургу имеет тенденцию к снижению: 2010 – 63,9/100 тыс., 2011 – 60,6/100 тыс., 2012 – 53,5/100 тыс., 2013 – 52,1/100 тыс. В течение этого периода наблюдалось снижение количества тестируемых потребителей инъекционных наркотиков и, как следствие, количество выявленных случаев ВИЧ по коду 102: 2010 – 502, 2011 – 378, 2012 – 347, 2011 – 251. По данным СЗЦС процент заражения при гомосексуальных контактах между мужчинами постоянно нарастает и составил в 2013 г. 3,8% (в 2010 г. – 1,3%, в 2011 г. – 2,4%, в 2012 г. – 3,7%).

Количество тестируемых иностранных граждан растет по годам, наибольшее число тестируемых по СЗФО приходится на Санкт-Петербург. Так, в 2010 г. было протестировано 105 060 сывороток крови иностранных граждан – выявлено 352 ЛЖВ (335,0/100 тыс.), в 2011 было протестировано 185 523 сыворотки – выявлено 325 ЛЖВ (175,2/100 тыс.), в 2012 было протестировано 242 535 сывороток – выявлено 426 ЛЖВ (175,6/100 тыс.), в 2013 было протестировано 317 499 сывороток – выявлено 506 случаев ВИЧ (159,4/100 тыс.).

Распространенность ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекций в Калининграде.

Согласно данным Калининградского Центра СПИД, пораженность ВИЧ на 100 тыс. населения росла с 2010 по 2013 г. (521,2 на 100 тыс. населения; 541,5 на 100 тыс. населения, 570,0 на 100 тыс. населения и 590,8 на 100 тыс. населения соответственно). При этом для Калининградской области характерного уменьшение общего числа больных, зараженных ВИЧ через использование нестерильного инъекционного инструментария (с 30,4% до 20,0%) и увеличение числа больных, зараженных при гетеросексуальном половом пути передачи (с 67,1% в 2010 до 75,3% в 2013, при снижении в 2011 до 65,8%, в 2012 до 66,9%). Также зарегистрировано увеличение числа зараженных ВИЧ при гомосексуальных половых контактах с 0,8% до 2,08%. Данные по общей распространенности ВИЧ возрастной группе 15 – 24 лет были недоступны исследовательской группе. При этом статистика по новым случаям ВИЧ-инфекции не столь однозначна. Количество вновь выявленных случаев ВИЧ с 2010 по 2013 г. оставалось относительно стабильным (2010 – 43,0; 2011 – 46,0; 2012 – 46,8; 2013 – 44,6). По вновь выявленным случаям для возрастных групп 15 – 19 лет и 20 – 29 лет доступны данные за 2011 – 2013 год. Наибольшее количество выявленных заражений в общем числе приходится на группу 20

– 29 лет. Так, в 2011 году в группе 15 – 19 лет их было выявлено 1,86 на 100 тыс. населения, а в группе 20 – 29 лет – 35,73 на 100 тыс. населения, в 2012 – 2,1/100 тыс. и 34,0/100 тыс., в 2013 – 0,7/100 тыс. и 30,5/100 тыс. соответственно.

Количество тестируемых иностранных граждан растет по годам, вторая по величине тестируемых по СЗФО приходится на Калининград. Так, в 2010 г. было протестировано 12 587 сывороток крови иностранных граждан – выявлено 16 ЛЖВ (127,1/100 тыс.), в 2011 году было протестировано 12 686 сывороток – выявлено 13 ЛЖВ (102,5/100 тыс.), в 2012 году было протестировано 16 969 сыворотки – выявлено 22 ЛЖВ (129,6/100 тыс.), в 2013 году было протестировано 18 084 сывороток – выявлено 28 случаев ВИЧ (154,8/100 тыс.).

Пораженность туберкулезом среди населения снижается с 175,3 в 2010 до 126,2 в 2013¹⁹. При этом количество вновь выявленных случаев на 100 тыс. населения для туберкулеза составило: 2010 г. – 93,6; 2011 г. – 79,6²⁰; 2012 г. – 70,8; 2013 г. – 64,5²¹. Данные по возрастной группе 15 – 24 лет недоступны исследовательской группе.

Данные по общей распространенности гепатита С, гепатита В и сифилиса по годам не были доступны исследовательской группе. При этом количество вновь выявленных случаев на 100 тыс. населения для гепатита С составило: 2010 г. – 56,4; 2011 г. – 55,2²²; 2012 г. – 64,0; 2013 г. – 59,46²³. количество вновь выявленных случаев на 100 тыс. населения для гепатита В составило: 2010 г. – 11,4; 2011 г. – 16,2²⁴; 2012 г. – 14,36; 2013 г. – 11,62²⁵. Данные по возрастной группе 15 – 24 лет были недоступны исследовательской группе.

Количество вновь выявленных случаев на 100 тыс. населения для сифилиса составило: 2010 г. – 51,4; 2011 г. – 50,4²⁶; 2012 г. – 42,3; 2013 г. – 33,06²⁷. Данные за 2010 год для группы 15 – 24 лет недоступны, однако, за 2011 – 2013 годы среди группы 15 – 17 лет было выявлено 27,1 случая на 100 тыс., среди группы 18 – 29 лет – 107,2/100 тыс.; в 2012 г. – 40,0 и 70,7, а в 2013 г. – 15,4 и 66,2 соответственно²⁸.

Из других ассоциированных инфекций исследовательской группе были доступны данные по хламидии. Так в 2010 году было зарегистрировано 57,8/100 тыс.²⁹; в 2011 г. – 67,9/100 тыс.; в 2012 г. – 55,2/100 тыс.; а в 2013 г. – 49,7/100 тыс.³⁰. Данные по группе 15 – 24 лет недоступны.

Распространенность ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекций в Латвии.

1. ВИЧ-инфекция. По данным Центра по контролю и противодействию заболеваниям Латвии, кумулятивное число и количество вновь диагностированных случаев ВИЧ растет по годам³¹. Так в 2010 г. было диагностировано 247 случаев ВИЧ, в 2011 – 299, в 2012 – 339, в 2013 г. – 340, в 2014 г. – 347. Кумулятивное число больных к концу 2014 года достигло 6 214 человек.

2. Туберкулез. На данный момент сложно сделать заключение о распространенности туберкулеза среди населения. Однако следует отметить, что в 2012 году было зафиксировано наибольшее число вновь выявленных больных за период – 880 (рис. 7).

3. Вирусные гепатиты В и С. Ситуация с вирусными гепатитами в Латвии нестабильна, однако ее можно характеризовать как стабильный рост (рис. 8).

4. Сифилис и другие АИ. Выявление новых случаев сифилиса и гонококковой инфекции оставалось относительно стабильным по годам, однако заболеваемость такой АИ как хламидия, напротив, стремительно растет (рис. 9).

¹⁹ State report "On the state sanitary and epidemiological welfare of the population in the Kaliningrad region in 2013".

²⁰ Health Kaliningrad region in figures in 2010 – 2011.

²¹ State report "On the state sanitary and epidemiological welfare of the population in the Kaliningrad region in 2013".

²² Health Kaliningrad region in figures in 2010 – 2011.

²³ State report "On the state sanitary and epidemiological welfare of the population in the Kaliningrad region in 2013".

²⁴ Health Kaliningrad region in figures in 2010 – 2011.

²⁵ State report "On the state sanitary and epidemiological welfare of the population in the Kaliningrad region in 2013".

²⁶ Health Kaliningrad region in figures in 2010 – 2011.

²⁷ State report "On the state sanitary and epidemiological welfare of the population in the Kaliningrad region in 2013".

²⁸ Там же.

²⁹ www.epinorth.org

³⁰ State report "On the state sanitary and epidemiological welfare of the population in the Kaliningrad region in 2013".

³¹ Statistics, January 1, 2015 // HIV/AIDS in the Baltic States / BaltHIV. 2015. URL: <http://balthiv.com/hivaidis/statistics-january-1-2015> (дата обращения: 01.08.2015).

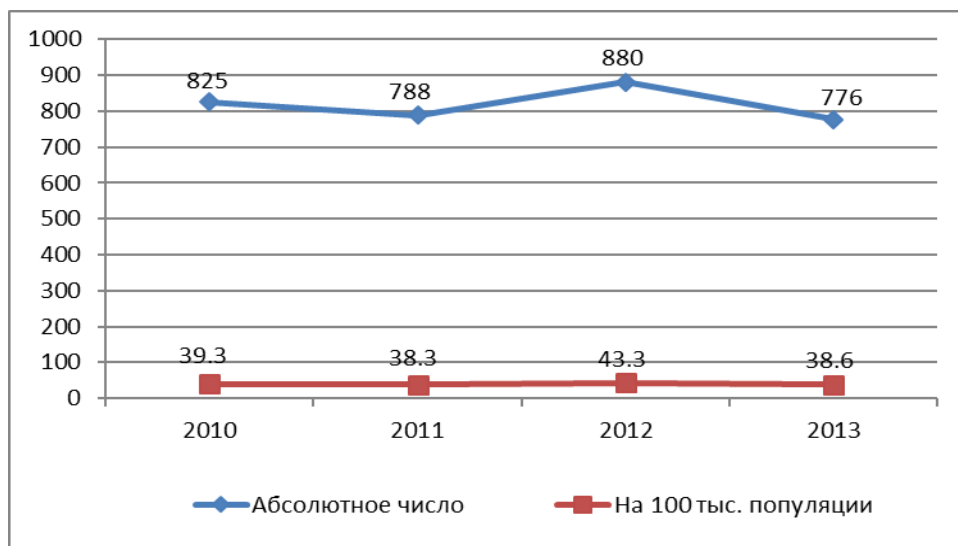


Рис. 7. Заболеваемость туберкулезом в Латвии. Все формы.

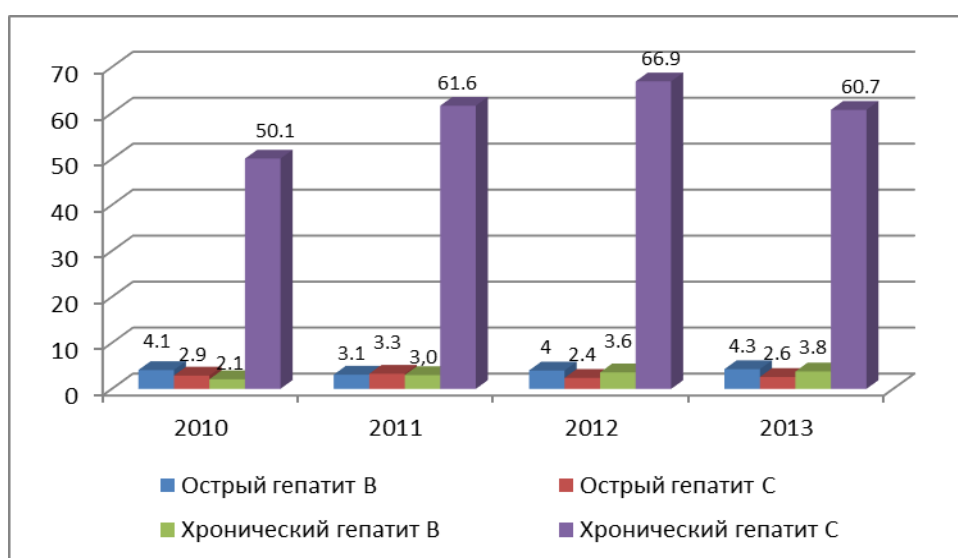


Рис. 8. Распространенность вирусных гепатитов в Латвии (на 100 тыс. населения).

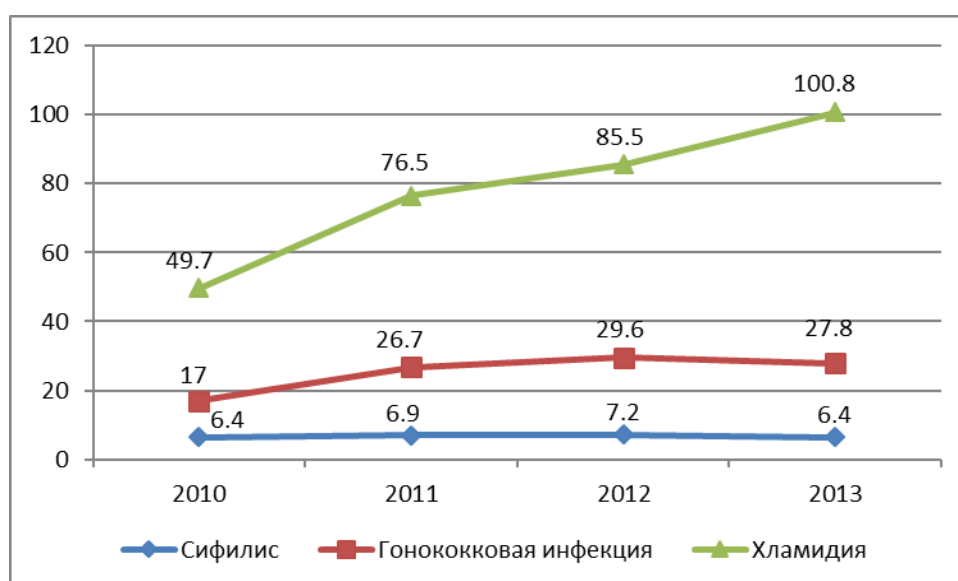


Рис. 9. Заболеваемость сифилисом и другими АИ в Латвии (на 100 тыс. населения).

Распространенность ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекций в Польше.

1. ВИЧ-инфекция. По данным Национального Института Общественного Здоровья и Национального Института Гигиены, в Польше наблюдается увеличение общего числа случаев ВИЧ. Так, к концу 2010 г. за всю историю регистрации эпидемии было выявлено 13 917 случаев ВИЧ, к концу 2013 г. эта цифра составляла уже 17 565 случаев. На инъекционный путь заражения в 2010 г. приходился 41,1% всех зарегистрированных случаев ВИЧ, в 2011 г. – 38,7%, в 2012 г. – 36,5%, в 2013 г. – 34,3%. При этом на половой путь распространения приходилось: гетеросексуальный – 2010 г. – 5,7%, 2011 г. – 6,6%, 2012 г. – 6,7%, 2013 г. – 7,0%; на гомосексуальный – 2010 г. – 6,5%, 2011 г. – 8,4%, 2012 г. – 9,8%, 2013 г. – 11,2%. Общая статистика по ВИЧ в группе 15 – 24 лет отсутствует.

Количество вновь выявленных случаев по годам в Польше также растет: в 2010 г. – 765, в 2011 г. – 1193, в 2012 г. – 1135, 2013 г. – 1258. При этом в большинстве случаев путь заражения не установлен, однако для инъекционного потребления доля от общего числа новых случаев составляла в 2010 г. – 4,7%, 2011 г. – 4,9%, 2012 г. – 3,5%, 2013 г. – 3,5%, для гетеросексуального пути передачи: в 2010 г. – 11,8%, 2011 г. – 6,6%, 2012 г. – 8,1%, 2013 – 7,5%. При этом на группу 15 – 19 лет в 2010 г. пришлось 1,4% случаев, группу 20 – 29 лет – 45,6%, в 2011 г. на группу 15 – 19 лет пришлось 1,0%, группу 20 – 29 лет – 35,7%, в 2012 г. на группу 15 – 19 лет пришлось 1,4%, на группу 20 – 29 лет – 29,3%, в 2013 г. на группу 15 – 19 лет – 1,0%; группу 20 – 29 – 35,0%.

2. Туберкулез. С 1950 года в Польше зарегистрировано около 512 тыс. случаев туберкулеза. Данных по распространенности в группе 15 – 24 лет нет. В 2010 году было зарегистрировано 7 509 новых случаев, в 2011 г. – 8478 случаев, в 2012 г. – 7542 случая. Для возрастной группы 15 – 24 лет данных нет.

3. Вирусные гепатиты. В 1997 по конец 2013 года в Польше выявлено 751 209 случаев гепатита С, и 324 706 случаев гепатита В. Данные по общему количеству случаев гепатитов в группе 15 – 24 лет отсутствуют. С 2010 по 2013 г. наблюдается значительный рост вновь зарегистрированных случаев гепатита С, от 1986 случаев в 2010 г., до 2 642 случаев в 2013 г., однако в группе молодежи данная тенденция не превалирует: 2010 г. – 207 случаев, 2011 г. – 215 случаев, 2012 г. – 196 случаев, 2013 г. – нет данных. Наблюдается снижение количества вновь выявленных случаев гепатита В по годам: 2010 г. – 1633, 2011 г. – 1583, 2012 г. – 1583, 2013 г. – 1540. При этом среди молодежи наблюдается та же тенденция: 412 в 2010 году, 367 в 2011 году, 309 в 2012 году, 2013 год – нет данных.

4. Сифилис и другие АИ. С 2004 года в Польше зарегистрировано 5 875 случаев сифилиса. Информация по группе 15 – 24 лет отсутствует. Количество вновь выявленных случаев сифилиса по годам растет: в 2010 г. – 914 случаев, в 2011 г. – 941 случай, в 2012 г. – 961 случай, в 2013 г. – 1274 случая. По возрастной группе 15 – 24 лет данных нет.

Данных по общему количеству зарегистрированных прочих АИ нет, однако в 2010 году было выявлено 2 776 новых случаев хламидии, в 2011 году – 2226 случаев, в 2012 году – 2431, в 2013 году – 759. Данных по группе 15 – 24 лет нет.

Миграция в России. Наблюдается устойчивый прирост всех показателей миграции иностранных граждан. Следует отметить стремительный рост выданных патентов. Таким образом, все больше иностранных граждан устраиваются на работу в компании, которые централизованно нанимают работников из-за рубежа (рис. 10)^{32,33,34}.

На август 2015 года на территории Российской Федерации среди граждан иностранных государств преобладали: граждане Украины (2 631 638, из них до 17 лет – 387 054, 18 – 29 лет – 712 197); Узбекистана (2 125 193, из них до 17 лет – 141 742, 18 – 29 лет – 990 385); Казахстана

³² Сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2012 года // Основные показатели деятельности ФМС России/ ФМС России. Москва, 2013. URL: <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/details/53595/> (дата обращения: 05.03.2015).

³³ Сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2013 года // Основные показатели деятельности ФМС России/ ФМС России. Москва, 2014. URL: <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/details/81106/> (дата обращения: 05.03.2015).

³⁴ Сведения по миграционной ситуации в Российской Федерации за 12 месяцев 2014 года // Основные показатели деятельности ФМС России/ ФМС России. Москва, 2015. URL: <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/details/110975/> (дата обращения: 05.03.2015).

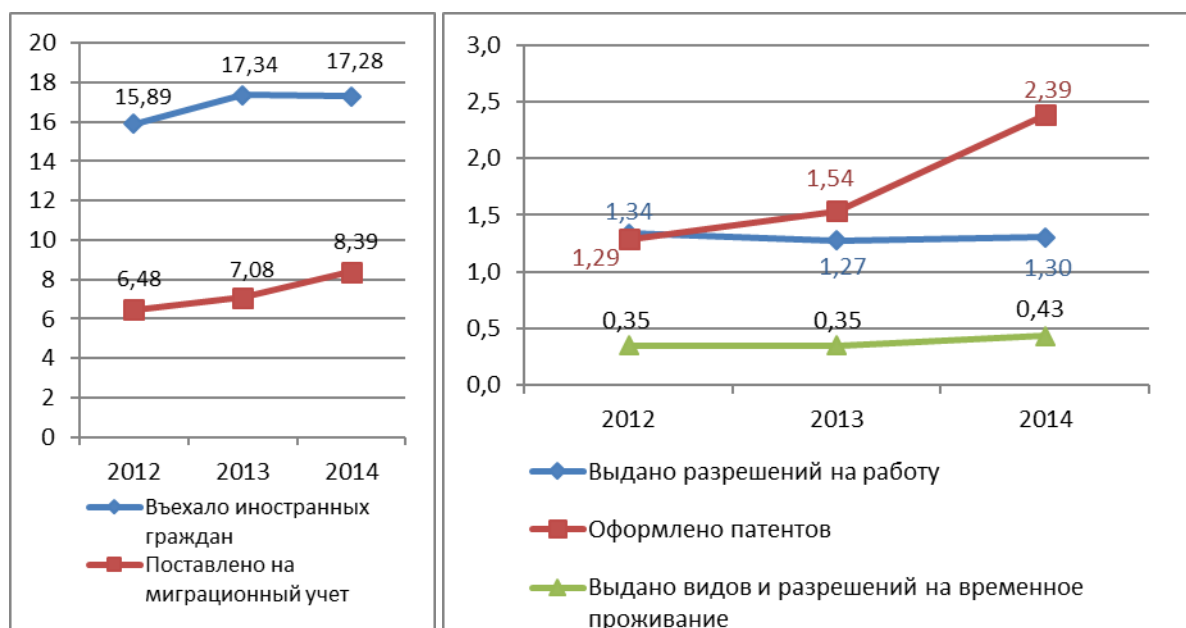


Рис. 10. Иммиграция в РФ, 2012 – 2014 (в млн., абс. ч.).

(701 133, из них – до 17 лет – 115 216, 18 – 29 лет – 177 570); Беларуси (592 451, из них до 17 лет – 73 460, 18 – 29 лет – 190 762), Азербайджана (554 346, из них до 17 лет – 76 015, 18 – 29 лет – 167 976), Молдовы (535 163, из них до 17 лет – 46 265, 18 – 29 лет – 196 991), Армении (535 135, из них до 17 лет – 63 083, 18 – 29 лет – 160 114), Киргизии (518 993, из них до 17 лет – 92 769, 18 – 29 лет – 241 160)³⁵.

Миграция в СЗФО и Санкт-Петербурге. Значительная часть разрешений и видов на жительство, выданных иностранным гражданам, приходится на долю СЗФО. Преимущественное число таких разрешений выдается в Санкт-Петербурге (рис. 11)^{36,37}. Наблюдается общая тенденция прироста миграционных потоков по годам по всему СЗФО.

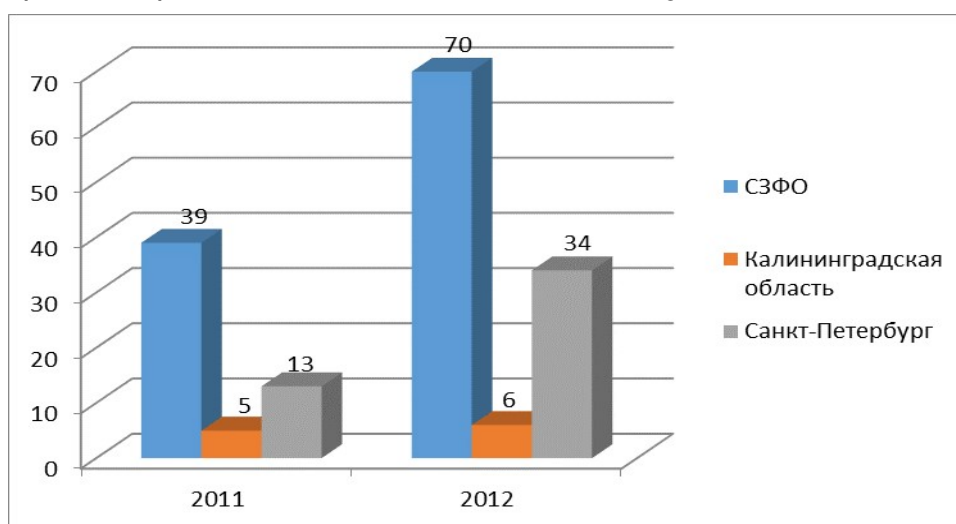


Рис. 11. Количество видов на жительство и разрешений на временное проживание, 2011 – 2012 гг. (тыс., абс. ч.).

³⁵ Сведения в отношении иностранных граждан, находящихся на территории Российской Федерации, в половозрастном разрезе (по странам гражданства) // Основные показатели деятельности ФМС России // ФМС России. Москва, 2015. URL: <http://www.fms.gov.ru/about/statistics/data/details/54892/> (дата обращения: 06.08.2015).

³⁶ Демографический ежегодник России - 2012 год / Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2013. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B12_16/Main.htm (дата обращения: 01.03.2015).

³⁷ Демографический ежегодник России - 2013 год / Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2014. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B13_16/Main.htm (дата обращения: 01.03.2015).

Миграция в Калининграде. Согласно аналитическим справкам по работе УФМС в Калининградской области, количество зарегистрированных иммигрантов, а также выданных трудовых разрешений, разрешений на временное проживание, а также гражданство РФ значительно разнится по годам. Так, в 2011 году общее количество зарегистрированных иммигрантов составляло 43 865 человек, из них 3647 по программе добровольного переселения «Соотечественники», количество разрешений на работу составило 6018 (и 937 учебных), 2679 человек получили разрешение на временное проживание, а 5060 - гражданство РФ. В 2012 году общее количество зарегистрированных иммигрантов составляло 35 546 человек, из них 5 536 по программе добровольного переселения «Соотечественники», количество разрешений на работу составило 8025 (и 1438 учебных), патентных разрешений на работу – 7831, 5582 человека получили разрешение на временное проживание, а 3859 - гражданство РФ. Наибольшее количество иммигрантов было из Казахстана, Киргизстана, Узбекистана, Украины и Армении. В 2013 году общее количество зарегистрированных иммигрантов составляло 48 152 человека, из них 5536 по программе добровольного переселения «Соотечественники», количество разрешений на работу составило 8573 (и 2138 учебных), патентных разрешений на работу – 9938, 7132 человека получили разрешение на временное проживание, а 6746 - гражданство РФ. Наибольшее количество иммигрантов было из Казахстана, Киргизстана, Узбекистана, Украины и Армении.

Миграция в Латвии. На 1 января 2013 года в Латвии было 352 046, иммигрантов, в них входят, те, кому предоставлено разрешение на пребывание в стране и временное разрешение, статус беженца и альтернативный статус. 4%, или 15 517 из всех были в возрасте от 15 до 24 лет. Большинство принадлежащих третьей стране в возрасте от 15 до 24 лет - из России, Украины, Белоруссии, Азербайджана, Грузии. Для периода 2011 – 2014 годы 2012 год оказался пиковым по миграционной активности: в страну на долгосрочной основе въехали 13 303 человека, из них 30,5% составляли русские.

Миграция в Польше. В 2010 и 2011 годах по данным Центрального Статистического Офиса, в Польшу прибыло 40 097 и 57 500 мигрантов соответственно. По данным Министерства Труда и Социальной политике, в 2010 году для работы в страну иммигрировали 36 622 человек, в 2011 г. – 42 268 человек, в 2012 г. – 39 144, в 2013 г. – 39 078 человек (количество снижается). Растет число прибывающих для обучения: в 2010 г. – 17 000, в 2011 г. – 20 934, в 2012 г. – 24 253, в 2013 г. – 29 172. Помимо этого, по данным Офиса по Иностранцам, значительно число беженцев – 6534 в 2010 г. (4795 человек из Чечни), 6887 в 2011 г. (4305 из Чечни), 10 753 в 2012 г. (6084 из Чечни), 14 996 в 2013 г. (12 666 из Чечни). Основными странами выезда в Польшу были Болгария, Российская Федерация (Чечня, Дагестан, Ингушетия), Украина, Белоруссия. Данных по молодым мигрантам нет. При этом страну покинули в 2010 г. – 2 млн. человек, в 2011 г. – 2 млн. 60 тыс. человек, в 2012 г. – 21 млн. 130 тыс. человек, в 2013 г. – 3 млн. 600 тыс. В основном граждане выезжали в США, Англию, Германию, Норвегию.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками в России.

1. Употребление алкоголя. Численность вновь выявленных граждан с алкоголизмом и алкогольными психозами снижается по годам (рис. 12)³⁸.

2. Наркомания. Снижается количество вновь выявленных граждан с диагнозом наркомания. Помимо этого, снижается и количество больных наркоманией на диспансерном наблюдении (рис. 13)³⁹.

В группе 15 – 17-летних в 2010 – 2012 гг. наблюдалось снижение заболеваемости, однако в 2013 наметилась новая тенденция роста показателя (рис. 14)⁴⁰.

³⁸ Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами (данные Минздрава России, расчет Росстата) / Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2014. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения: 01.02.2015).

³⁹ Заболеваемость населения наркоманией (данные Минздрава России, расчет Росстата). / Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2014. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения: 01.02.2015).

⁴⁰ Российский статистический ежегодник, 2014 / Федеральная служба государственной статистики. Москва, 2014. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения: 01.02.2015).



Рис. 12. Алкоголизм и алкогольные психозы (на 100 тыс.).

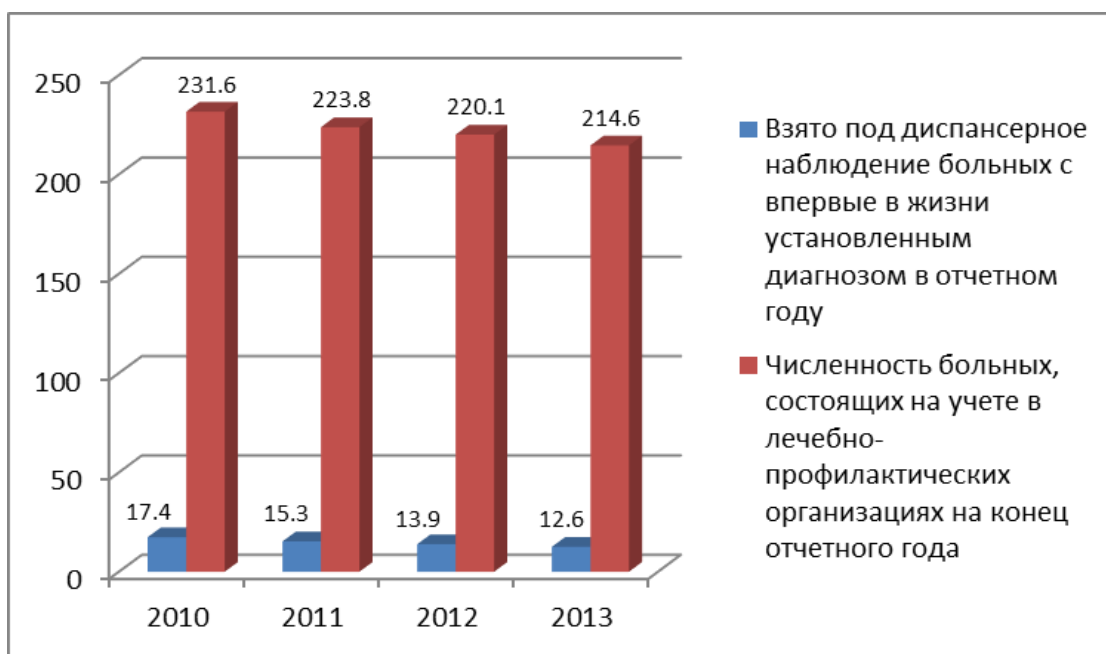


Рис. 13. Наркомания (на 100 тыс.).

Злоупотребление алкоголем и наркотиками в Санкт-Петербурге. В 2013 году общий уровень зарегистрированной государственными наркологическими учреждениями распространенности среди населения Санкт-Петербурга наркологического заболевания, диагностируемого как «Употребление наркотических веществ с вредными последствиями», составил 14,0 на 100 тыс. населения (в 2012 году – 12,68 на 100 тыс. населения). Под наблюдением с указанным диагнозом состояли 686 больных (580 – в 2012 году), из которых 184 несовершеннолетних (148 в 2012 году)⁴¹. Таким образом, по Петербургу наблюдается тенденция роста показателей по наркологическим заболеваниям.

⁴¹ Положение детей и семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге // Аналитические материалы о положении детей и семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге / Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья». Санкт-Петербург, 2013. URL: <http://www.homekid.ru/analiticheskie-materialyi-o-polozenii-detej-i-semej-v-sankt-peterburge.html> (дата обращения: 01.08.2015).



Рис. 14. Наркомания, возраст 15 – 17 лет (на 100 тыс.).

Злоупотребление алкоголем и наркотиками в Калининграде.

1. Употребление алкоголя. Пораженность злоупотребления алкоголем снижалась с 2010 по 2012 г. с 1225,2 до 1142,1 человек на 100 тыс. населения. При этом в 2012 году зарегистрирован всплеск злоупотребления алкоголем среди группы 18 – 19 лет, а именно 309,9 случаев на 100 тыс. (в 2010 г. – 126,9, в 2011 г. – 94,9). При этом для возрастной группы 15 - 17 лет данная цифра оставалась достаточно стабильной (2010 г. – 40,7; 2011 г. – 38,3; 2012 г. – 25,5).

2. Наркомания. По данным государственной службы по Правам потребителей (доступны 2010 - 2012 гг.), пораженность злоупотребления наркотиками на 100 тыс. населения снижалась по годам с 183,7 до 167,7 человек.

При этом, часть, приходящаяся на инъекционное потребление, оставалась стабильной – 98,7 - 98,0%, при незначительной доле неинъекционного употребления наркотиков 1,3% - 2,0%. Данные по общей распространенности среди группы 15 - 24 отсутствуют. Также снижалось количество вновь выявленных случаев злоупотребления наркотиками (2010 г. – 9,5/100 тыс. населения, 2011 г. – 5,3 / 100 тыс., 2012 г. – 3,7 / 100 тыс.). При этом для группы 15 – 17-летних вновь выявленные случаи составили в 2010 году – 3,4/100 тыс., в 2011 году – 0,0/100 тыс., в 2012 году – 3,6 /100 тыс., а для группы 18 – 19-летних выявленные случаи составили в 2010 году – 7,5/100 тыс., в 2011 году – 7,0/100 тыс., в 2012 году – 9,0 /100 тыс.

Злоупотребление алкоголем и наркотиками в Латвии. По числу вновь выявленных случаев алкоголизма и наркомании в Латвии наблюдается относительно стабильная ситуация (рис. 15). При рассмотрении вновь установленных диагнозов «алкоголизм» по возрастным группам в разрезе пола следует отметить, что в группе 0 – 19 лет в 2013 году заболеваемость мужчин составляла 4,5 на 100 тыс. данной группы, у женщин – 0,0, в группе 20 – 29 лет эти цифры были 88,3 и 20,7 соответственно⁴².

Злоупотребление алкоголем и наркотиками в Польше.

1. Употребление алкоголя. По данным исследования среди молодежи Национального Бюро по противодействию наркотикам, 49 % из группы 15 – 16-летних имели передозировку алкоголем хотя бы раз в жизни. Более подробной статистики по алкоголю нет.

2. Наркомания. По оценке Национального Бюро по противодействию наркотикам, в стране может быть от 57 тыс. до 103 тыс. случаев злоупотребления наркотиками. При этом на инъекционное потребление приходится 20 000 – 27 000 случаев.

⁴² The Statistical Yearbook of Health Care in Latvia, 15th Edition / Centre for Disease Prevention and Control of Latvia. Riga, 2014. URL: <http://www.spkc.gov.lv/statistics/> (дата обращения: 01.12.2014).

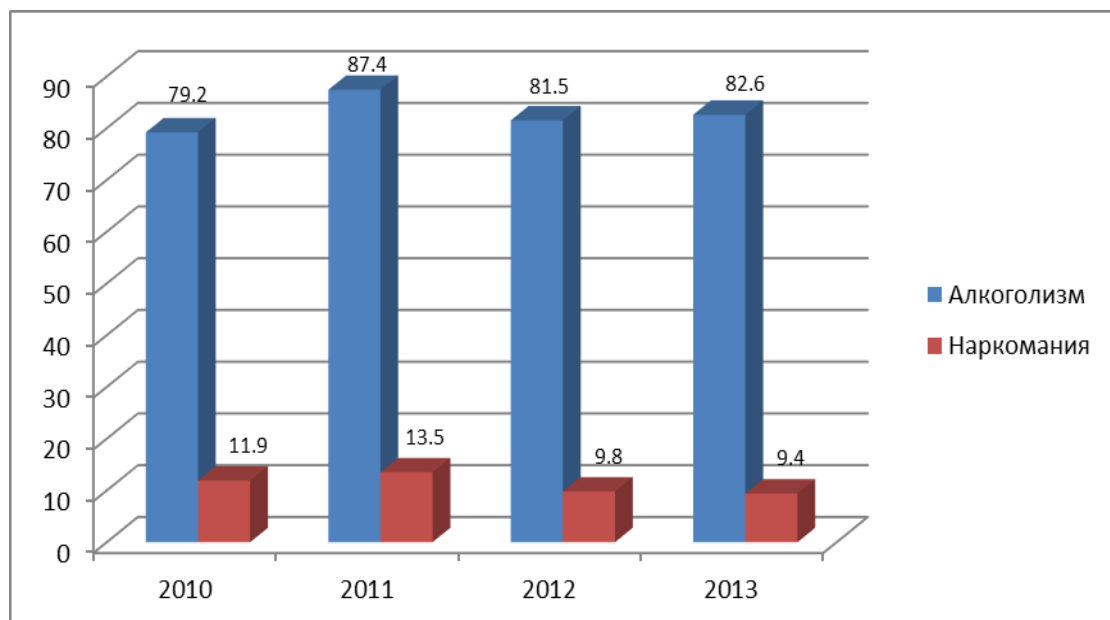


Рис. 15. Заболеваемость алкоголизмом и наркоманией в Латвии (на 100 тыс. населения).

По исследовательским данным, в 2011 году 29,1% группы 15 – 24-летних имели опыт употребления каннабиоидов. В 2011 году наиболее популярными наркотиками были каннабиоды: 15 – 16-летние – 24,3% , 17 – 18-летние – 37,3%; амфетамины: 15 – 16-летние – 4,6% , 17 – 18 летние – 8,3%, а также легальные вещества («dopalacze»): 15 – 16-летние - 10,5% , 17 – 18 летние – 15,8%. В 2012 году в течение последних 12 месяцев 88% из группы употребляли каннабиоды и 10% - амфетамины.

Коммерческая сексуальная эксплуатация детей в России. Согласно официальной статистике в течение 2010 - 2013 количество сексуальных преступлений против несовершеннолетних варьировалось следующим образом: 9524 – в 2010, 10624 в 2011, 8825 в 2012, 8490 в 2013⁴³.

Коммерческая сексуальная эксплуатация в Санкт-Петербурге. ГУ МВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской области проинформировало, что за 2013 год по Санкт-Петербургу и Ленинградской области число зарегистрированных преступлений, совершенных в отношении детей и подростков, составило 1167 (-71) проявлений, более 75% из них – насильственного характера. Были распространены преступления, направленные против половой свободы и половой неприкосновенности детей (ст. 131, 132, 134 и 135 УК РФ – 218; +43). Зачастую насилие происходило в семье ребенка, близкими ему людьми, пусть даже не являющимися родственниками. При этом наблюдается тенденция роста насильственных преступлений сексуального характера по годам (рис.16)⁴⁴.

Коммерческая сексуальная эксплуатация детей в Латвии. По Латвии были доступны данные по такому виду преступлений в отношении несовершеннолетних, как изнасилования. Так, в 2010 году эта цифра составила 19, в 2011 – 20 , в 2012 – 23, в 2013 – 16.

Коммерческая сексуальная эксплуатация детей в Польше. По оценкам Центрального звена по противодействию трэффику Криминального Бюро Управления полиции, в 2010 году жертвами трэффика стали 24 ребенка, в 2011 – 17 детей, в 2012 – 16 детей⁴⁵.

⁴³ Основные статистические данные по вопросам защиты прав и интересов детей / Уполномоченный при Президенте РФ по правам ребенка. Москва,. 2014. URL: <http://www.rfdeti.ru/files/StatData-2014-aug.pdf> (дата обращения: 01.08.2015).

⁴⁴ Положение детей и семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге // Аналитические материалы о положении детей и семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге / Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья». Санкт-Петербург, 2013. URL: <http://www.homekid.ru/analiticheskie-materialyi-o-polozhenii-detej-i-semej-v-sankt-peterburge.html> (дата обращения: 01.08.2015).

⁴⁵ Statistics /Handelludzmi. [29.07.2013]. URL: <http://www.handelludzmi.eu/hle/database/statistics/6181,Statistics.html> (дата обращения: 01.08.2015).

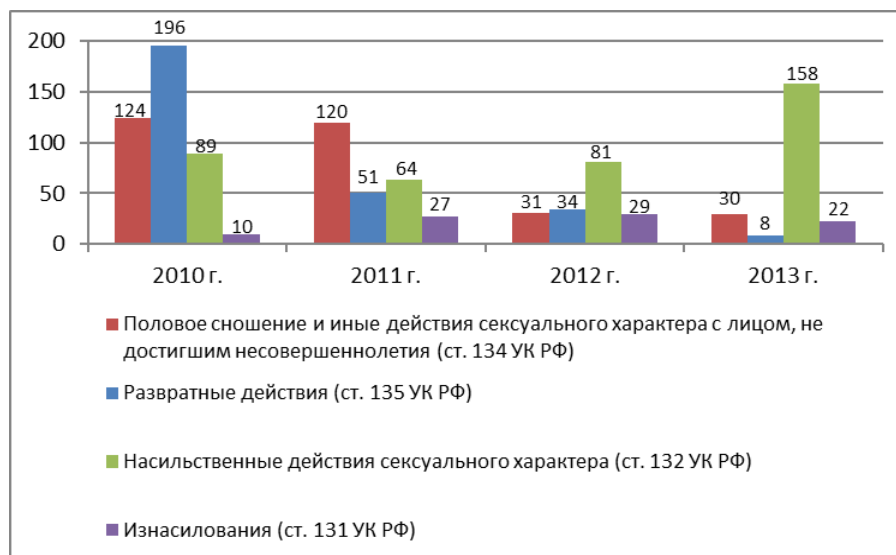


Рис. 16. Преступления против несовершеннолетних, Санкт-Петербург, 2010 – 2013 гг. (абс.ч.).

Выводы по обзору статистики.

1. ВИЧ-инфекция и АИ. В России происходит стабильное развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, при этом основными путями заражения являются инъекционный и гетеросексуальный пути. Однако для значительного числа случаев не выявлено путей заражения. Несмотря на то что количество молодых ЛЖВС снижается, оно по-прежнему остается значительным. Вследствие этого профилактические мероприятия по ВИЧ с включением компонентов по противодействию наркомании и рискованным сексуальным практикам являются актуальными.

Количество случаев туберкулеза снижается, однако эпидемическая обстановка, в том числе и в группе 15 – 17-летних, остается неблагоприятной. Также обращает на себя внимание значительное количество сочетанных форм туберкулеза и ВИЧ. В связи с этим включение информации о путях заражения туберкулезом и пропаганда ежегодных флюорографических обследований представляются перспективным направлением профилактики. Обращает на себя внимание снижение случаев официальной регистрации прочих АИ: гепатитов, сифилиса и гонококковой инфекции.

В Латвии также наблюдается прирост новых случаев ВИЧ. Помимо этого, прирост показателей такого АИ, как хламидия, говорит о необходимости профилактики передачи ВИЧ при сексуальных контактах.

Количество случаев ВИЧ в Польше также растет, при незначительном снижении распространенности АИ. Таким образом, программы по профилактике ВИЧ остаются по-прежнему актуальными.

2. Миграция. По вопросу миграции между странами наблюдаются значительные различия. Так, в Россию ежегодно пребывает все большее количество иностранных граждан для работы, также растет количество разрешений на временное проживание. Среди мигрантов преобладают граждане СНГ, значительна доля молодежи. В Латвии миграционные потоки не столь значительны. Число молодых мигрантов невелико. Для Польши характерно снижение количества трудовых мигрантов и увеличение молодых людей, приехавших в страну с целью получения образования. Таким образом, программы профилактики ВИЧ для молодых мигрантов наиболее актуальны для России и Польши, однако, вследствие различия состава миграционного потока, они должны иметь различную направленность и содержание.

3. Злоупотребление алкоголем и наркотиками. Несмотря на общее снижение регистрации случаев наркомании и алкоголизма, обращает на себя внимание рост показателя регистрации наркомании в Петербурге, а также повышение этого показателя в возрастной группе 15 - 17 лет по РФ. В Латвии не наблюдается тенденции роста данных показателей, однако обращает на себя внимание значительное различие между группами мужчин и женщин. Данные по Польше являются недостаточными.

4. Коммерческая сексуальная эксплуатация детей. Во всех странах наблюдается недостаточная регистрация показателей, которые могут прямо или косвенно указывать на распространенность КСЭД. Однако в России наблюдается тенденция снижения количества детей, находящихся в детских домах. В Санкт-Петербурге обращает на себя внимание тенденция увеличения количества сексуальных преступлений против несовершеннолетних. По Латвии и Польше данных недостаточно.

Результаты опроса подростков и молодых взрослых 15 – 24 лет

В России и Латвии респонденты были рекрутированы в учреждения начального и среднего профессионального образования. Студенты данных учреждений, как правило, представляют наиболее социально уязвимые слои населения. В Польше респонденты были рекрутированы в специальных центрах и учреждениях, работающих с молодежью с поведенческими и социальными проблемами, в клиниках по лечению зависимостей, в семейных и молодежных центрах, расположенных в неблагополучных районах. Перед принятием решения о включении учреждений в опрос исследовательская группа консультировалась как минимум с тремя экспертами из региона. Общая выборка составила 1596 человек, Количество респондентов в каждой локации отражено в Таблице 1.

Таблица 1. Пункты сбора данных и количество респондентов

Территория	Респонденты	Количество учреждений	Количество респондентов	Возраст, среднее и медианное значение	Пол, мужчины, %
Калининград, Россия	Студенты колледжей в возрасте 15 -24 лет	5	365	M=16,8 Me=17	74,8%
Санкт-Петербург, Россия	Студенты профессиональных училищ в возрасте 15 – 24 лет	5	431	M=17,6 Me=17	62,4%
Рига, Латвия	Студенты профессиональных училищ в возрасте 18 – 24 лет	6	400	M=18,8 Me=19	56,8%
Варшава, Польша	Молодежь с поведенческими и социальными проблемами в возрасте 15 – 24 лет	8	400	M=18,4 Me=18	56,5%
Общее количество респондентов			1596		

Социально-демографические характеристики. При обработке данных с использованием хи-квадрата стало очевидно, что между странами (городами) сбора данных существуют статистически значимые половые и возрастные различия. Участники опроса из России были младше ($p \leq 0,001$), среди них было больше респондентов мужского пола ($p \leq 0,001$) чем среди респондентов из Латвии и Польши (Таблица 2). Несмотря на принадлежность к относительно неблагополучным группам, по самоотчету 87% - 95% всех респондентов во всех местах сбора данных оценили свое благосостояние как среднее или выше среднего ($p \leq 0,001$). Во всех странах большинство опрошенных представляли титульную национальность страны (меньше всего в Латвии – 83,5%, больше всего в Польше – 98,5%).

Таблица 2. Социально-демографические характеристики

	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	p
Пол						0.001
Женский, кол-во	92	173	160	173	598	
	25,2%	43,3%	37,1%	43,3%	37,5%	
Мужской, кол-во	273	227	269	226	995	
	74,8%	56,8%	62,4%	56,5%	62,3%	
Возраст	M=16,8 Me=17	M=17,6 Me=17	M=18,8 Me=19	M=18,4 Me=18	M=17,9 Me=18	0.001
Образование						0.001
Средняя школа	6 (1,6%)	15 (3,8%)	7 (1,6%)	84 (21,0%)	112 (7,0%)	
Начальное профессиональное (лицей)	17 (4,7%)	157 (39,3%)	114 (26,5%)	226 (56,5%)	514 (32,2%)	
Колледж	321 (87,9%)	215 (53,8%)	301 (69,8%)	54 (13,5%)	891 (55,8%)	
Университет	5 (1,4%)	2 (0,5%)	3 (0,7%)	36 (9,0%)	46 (2,9%)	
Другое	5 (1,4%)	9 (2,3%)	3 (0,7%)	0 (0,0%)	17 (1,1%)	

	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	<i>p</i>
Нет ответа	11 (3,0%)	2 (0,5%)	3 (0,7%)	0 (0,0%)	16 (1,0%)	
<i>Работает на любой оплачиваемой работе</i>	70 (19,2%)	100 (25,0%)	56 (13,0%)	93 (23,3%)	319 (20,0%)	0.001
<i>Мигранты (не проживали в регионе опроса с рождения)</i>	65 (17,8%)	7 (1,8%)	27 (6,3%)	3 (0,8%)	102 (6,4%)	0.001

Употребление ПАВ.

1. Распространенность среди респондентов курения. По всей выборке активные курильщики (40,5%) и те, кто курили в прошлом (18,0%), составили более половины опрошенных. Наименьшее количество активных курильщиков в Калининграде – наибольшее в Петербурге, что говорит о необходимости различия подхода к профилактике курения в этих российских городах.

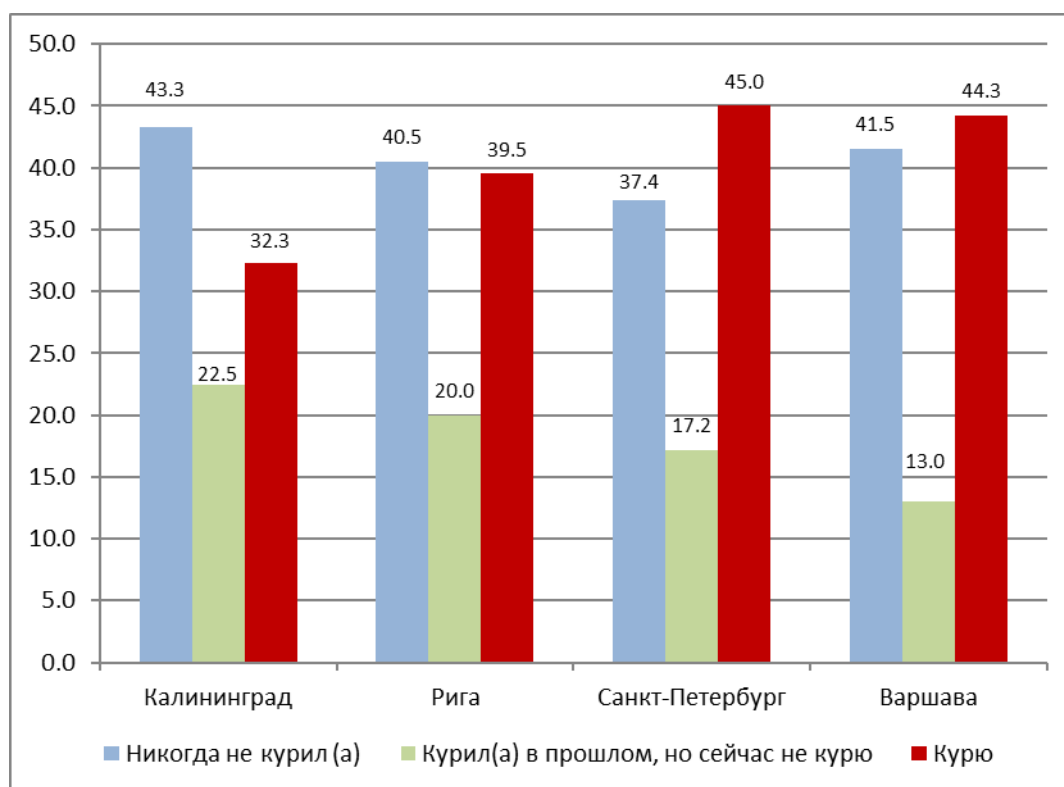


Рис. 17. Курение (в %, $p \leq 0,001$).

2. Употребление респондентами алкоголя. Когда-либо употребляли алкоголь 81,4% респондентов. Половина респондентов употребила алкоголь впервые до достижения возраста 14 лет. Следует отметить, что при значительных различиях среднего возраста первой пробы алкоголя медианный возраст являлся одинаковым для всей выборки (14 лет). Помимо этого, следует отметить, что наиболее распространено употребление алкоголя среди латвийских респондентов, наименее – среди калининградских. Также количество респондентов, имеющих признаки алкоголизма, является наиболее высоким для Латвии и Польши (Таблица 3).

При сравнении результатов самооценки собственной зависимости от алкоголя с результатами шкалы CAGE становится очевидным нереалистичность самооценки молодых людей. Так, во всех городах, и в целом по выборке, молодые люди занизили свою зависимость от алкоголя (рис. 18).

3. Употребление респондентами наркотиков. Когда-либо употребляли наркотики 37,7% респондентов, при этом в Санкт-Петербурге 19,5%, Калининграде 25,5%, Риге 47,3%, Варшаве 59,0% ($p \leq 0,001$). Большинство опрошенных попробовали наркотики задолго до проведения настоящего исследования. Так, медианный возраст первой пробы составил 16 лет, с небольшой вариацией по городам. Когда-либо наркотики инъекционно употребляли малая часть респондентов, при этом наиболее часто такой опыт был у молодежи из Петербурга.

Таблица 3. Употребление алкоголя

	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	P
Употребляли когда-либо в жизни	266 (72,9%)	388 (97,0%)	285 (66,1%)	360 (90,0%)	1299 (81,4%)	
Возраст первой пробы	M=17,8 Me=14	M=15,9 Me=14	M=19,3 Me=14	M=14,9 Me=14	M=16,8 Me=14	0.01
Пили 5 и более порций алкоголя в неделю в течение последних 12 месяцев	12 (3,3%)	34 (8,5%)	23 (5,3%)	63 (15,8%)	132 (8,3%)	0.001
Демонстрируют признаки алкогольной зависимости по шкале CAGE	19 (5,2%)	42 (10,5%)	27 (6,3%)	43 (10,8%)	131 (8,2%)	0.01

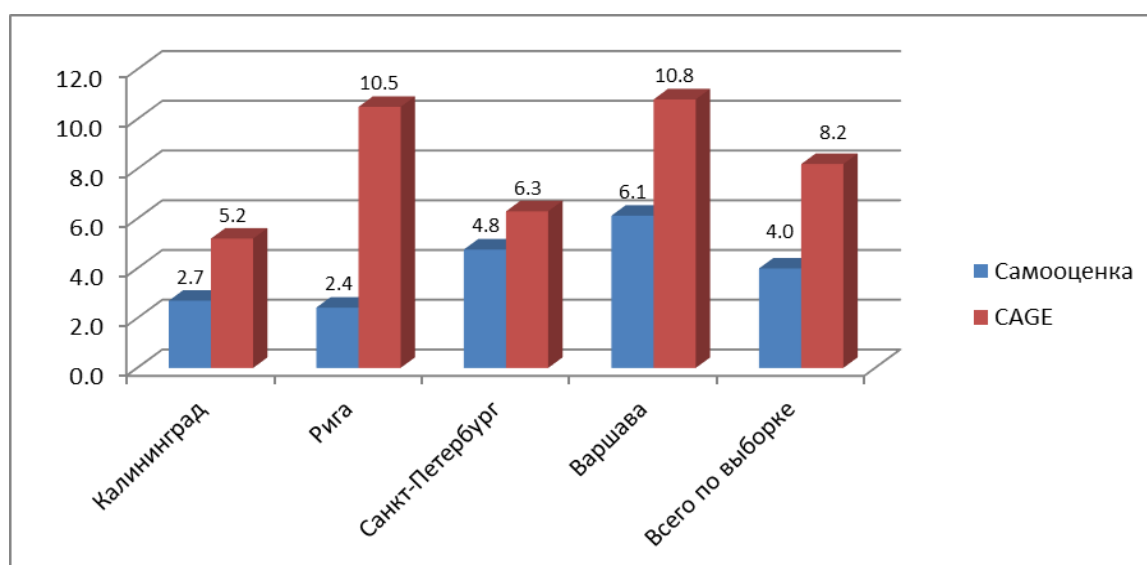


Рис. 18. Результаты оценки зависимости по шкале CAGE (более двух ответов «Да») (в %, ($p \leq 0,01$)) и результаты самооценки (считают, что злоупотребляют алкоголем) (в %, ($p \leq 0,001$)).

Таблица 4. Употребление наркотиков

	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	P
Возраст первой пробы	M=14,9 Me=15,0	M=13,3 Me=16,0	M=15,5 Me=16,0	M=14,9 Me=15,0	M=15,4 Me=16,0	0,01
Употребляли наркотик впервые в течение последних 12 месяцев	40 (11,0%)	21 (5,3%)	24 (5,6%)	173 (43,3%)	258 (16,2%)	0,001
Когда-либо употребляли наркотики инъекционно*	0 (0,0%)	1 (0,5%)	6 (7,1%)	12 (5,1%)	19 (3,2%)	0,001
Употребляли наркотики инъекционно в течение последних 12 месяцев*	0 (0,0%)	1 (0,5%)	3 (3,6%)	9 (3,8%)	13 (2,2%)	0,001
Впервые попробовали наркотики по причине того, что другие из близкого круга общения употребляют*	5 (5,4%)	27 (14,3%)	4 (4,8%)	51 (21,6%)	87 (14,5%)	0,001

* - среди тех, кто употребляли наркотики.

Признаки зависимости от наркотиков демонстрируют 4,5% выборки. В Варшаве самый высокий показатель – 12%, в Калининграде самый низкий – 0,8%. В отличие от алкогольной, свою зависимость от наркотиков молодые люди из российских городов оценивают сильнее, чем демонстрирует шкала DAST. Однако для респондентов из Риги и Варшавы присутствует тенденция, схожая с оценкой алкогольной зависимости.

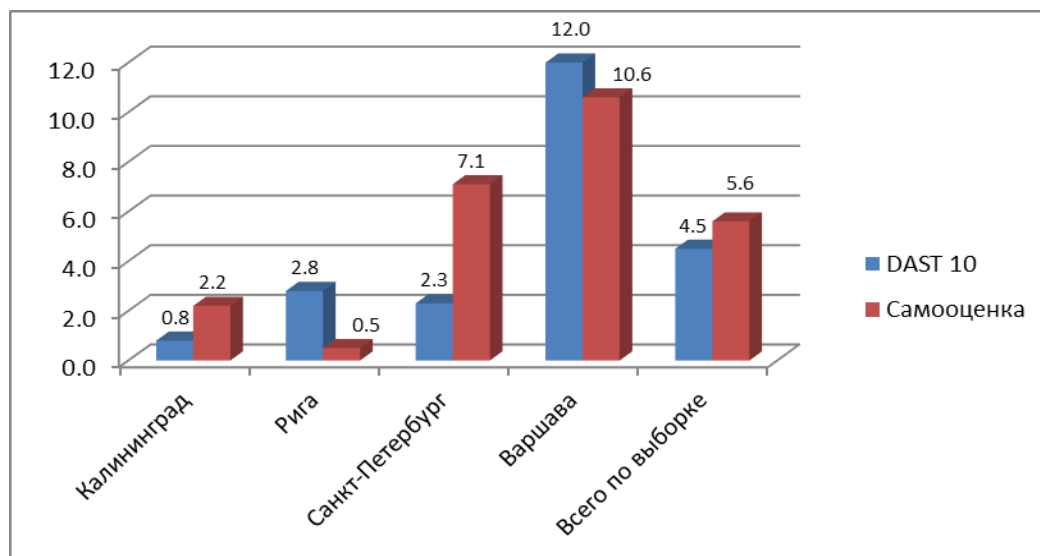


Рис. 19. Результаты оценки признаков зависимости от наркотиков по шкале DAST 10 (6+ баллов) (в %, $p \leq 0,001$) и самооценки зависимости (в %, $p \leq 0,001$) (среди тех, кто употребляли наркотики).

4. Употребление алкоголя и наркотиков представителями социального окружения респондентов. Респонденты отвечали на вопрос о том, кто из их социального окружения, по их мнению, имеет проблемы с алкоголем. Кто-то из ближайшего окружения имеет проблемы с алкоголем у четверти опрошенных из Калининграда (15,9% среди родственников), более половины (54,3%) опрошенных из Риги (39,4% среди родственников), 37,4% опрошенных из Санкт-Петербурга (26,8% среди родственников), 59,0% из Варшавы (37,8% среди родственников) ($p \leq 0,001$). По всей выборке на наличие проблем с алкоголем у кого-то из ближайшего окружения указали 44,3% респондентов, а у родственников – 30,3%. Это относится к таким людям из ближайшего социального окружения, как отец ($p \leq 0,001$), мать ($p \leq 0,001$), дедушка (бабушка) ($p \leq 0,001$), близкий друг ($p \leq 0,001$), сосед по общежитию (сняемому жилью) ($p \leq 0,001$). Также значимы и различия для респондентов, у кого в окружении нет таких людей ($p \leq 0,001$).

Помимо этого, в социальном окружении респондентов присутствует достаточно много друзей и студентов учебных учреждений, которые употребляют алкоголь три раза в неделю и чаще (рис. 20).

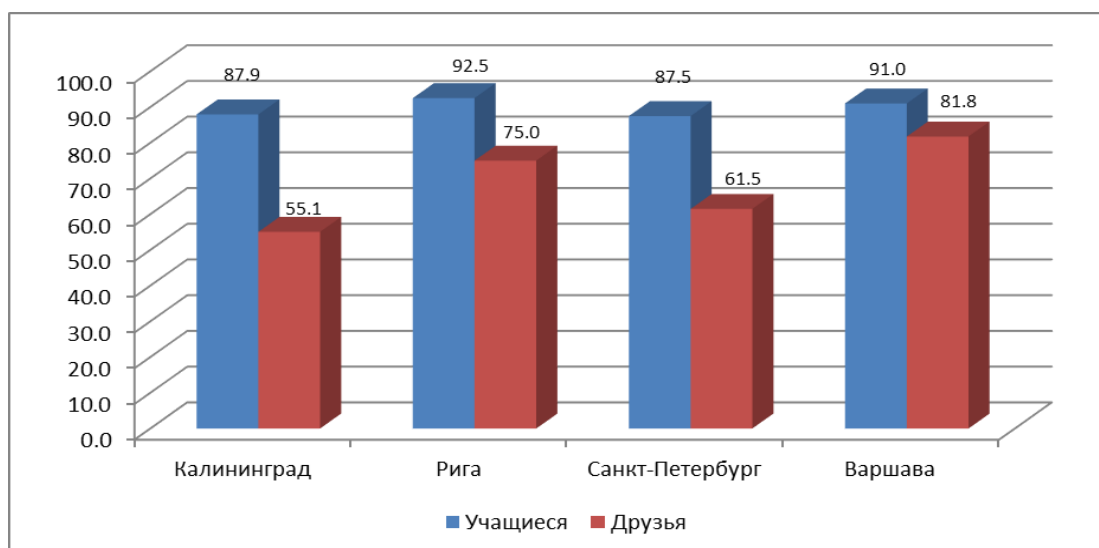


Рис. 20. В окружении есть учащиеся и/или близкие друзья, которые употребляют алкоголь три раза в неделю и чаще (в %, $p \leq 0,001$).

Респонденты отвечали на вопрос о том, кто из их социального окружения, как им известно, употреблял или употребляет наркотики. Кто-то из ближайшего окружения имеет, употреблял (употребляет) наркотики у 27,7% опрошенных из Калининграда (у 3,4% кто-то из родственников), более половины (52,3%) опрошенных из Риги (у 5,9% кто-то из родственников), одной пятой опрошенных из Санкт-Петербурга (у 4,8% из родственников), 71,0% из Варшавы (16,8% из родственников) ($p \leq 0,001$). По всей выборке на употребление наркотиков у кого-то из ближайшего окружения указали 42,6% (7,8% из родственников). Это относится к таким людям из ближайшего социального окружения, как отец ($p \leq 0,001$), мать ($p \leq 0,001$), брат (сестра) ($p \leq 0,001$), дедушка (бабушка) ($p \leq 0,01$), близкий друг ($p \leq 0,001$), мужу (жене) ($p \leq 0,01$), постоянному партнеру, который не является мужем или женой ($p \leq 0,001$), сосед по общежитию (снимаемому жилью) ($p \leq 0,001$). Также значимы и различия для респондентов, у кого в окружении нет таких людей ($p \leq 0,001$).

Кроме того, в социальном окружении респондентов присутствует довольно много друзей и студентов учебных учреждений, которые употребляли или употребляют наркотики (рис. 21).

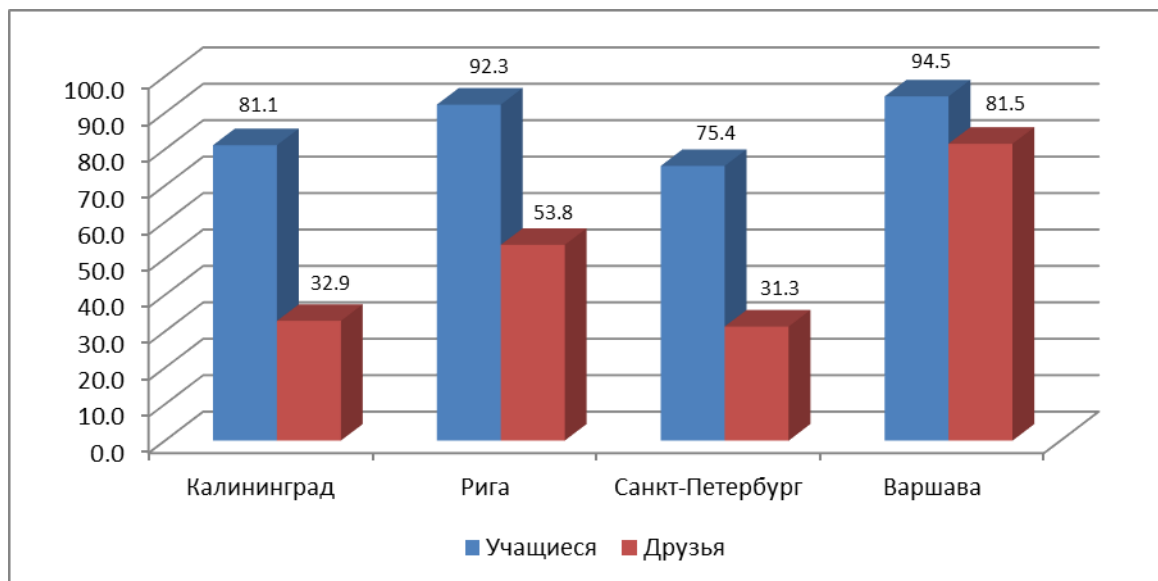


Рис. 21. В окружении есть учащиеся и/или близкие друзья, которые употребляли или употребляют наркотики (в %, $p \leq 0,001$).

Сексуальные отношения. В сексуальные отношения когда-либо в жизни вступали более половины опрошенных респондентов как мужского, так и женского пола (Таблица 5). Респонденты мужского пола значительно раньше вступали в первые половые отношения. Более одной пятой респондентов женского и мужского пола не использовали презерватив при первом половом контакте. Также значительно число мужчин, вступивших в первый половой контакт в состоянии алкогольного опьянения. Особенно это актуально для респондентов из Санкт-Петербурга и Варшавы. Когда-либо были диагностированы ЗППП у 2,8% мужчин и 4,5% женщин. Также обращает на себя внимание то, что более трети женщин не использовали презерватив при последнем половом контакте хотя бы с одним типом половых партнеров.

Таблица 5. Характеристики сексуального поведения среди сексуально активной молодежи

Характеристики выборки		Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	P
Когда-либо вступали в половые контакты, %	Мужчины	48,0%	52,0%	72,2%	64,2%	58,3%	$p \leq 0,001$
	Женщины	52,2%	56,9%	85,5%	51,4%	62,9%	$p \leq 0,001$
Возраст первого сексуального контакта, М	Мужчины	14,5	14,7	16,0	15,4	15,2	$p \leq 0,001$
	Женщины	16,2	16,2	16,3	16,1	16,2	н./зн.
Возраст первого сексуального контакта <15, %	Мужчины	19,4%	22,3%	7,9%	19,5%	17,6%	$p \leq 0,001$
	Женщины	4,3%	7,5%	9,8%	9,2%	8,2%	н./зн.
Не использовали презерватив при первом половом контакте*, %	Мужчины	25,2%	25,4%	13,2%	20,8%	20,7%	$p \leq 0,05$
	Женщины	29,3%	27,3%	23,8%	15,1%	23,2%	н./зн.
Первый половой контакт под влиянием алкоголя*, %	Мужчины	15,9%	14,6%	29,4%	32,4%	23,6%	$p \leq 0,001$
	Женщины	18,2%	15,1%	30,1%	22,5%	23,2%	н./зн.

Характеристики выборки		Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	P
Когда - либо были диагностированы ЗППП*, %	Мужчины	2,3%	2,1%	1,8%	4,8%	2,8%	н./зн.
	Женщины	4,2%	6,6%	4,1%	2,2%	4,3%	н./зн.
Количество партнеров за последние 12 месяцев*, М	Мужчины	3,0	3,1	2,1	3,5	2,9	$p \leq 0,05$
	Женщины	1,6	1,6	1,6	1,9	1,7	$p \leq 0,05$
Не использовали презерватив при последнем половом контакте, по крайней мере, с одним типом партнеров (регулярным, случайным)*, %	Мужчины	9,1%	19,1%	14,6%	26,9%	17,7%	$p \leq 0,001$
	Женщины	25,6%	38,9%	33,1%	23,9%	31,5%	н./зн.

* - среди тех, кто когда-либо вступал в половые отношения.

ВИЧ/СПИД и АИ. Большинство респондентов осведомлены о том, что существует такое заболевание, как ВИЧ. Однако верно ответили на все пять вопросов индикаторов только 20,7% всех участвовавших в опросе. Наиболее осведомлены о ВИЧ респонденты из Польши, наименее - российская молодежь (рис. 22, 23).

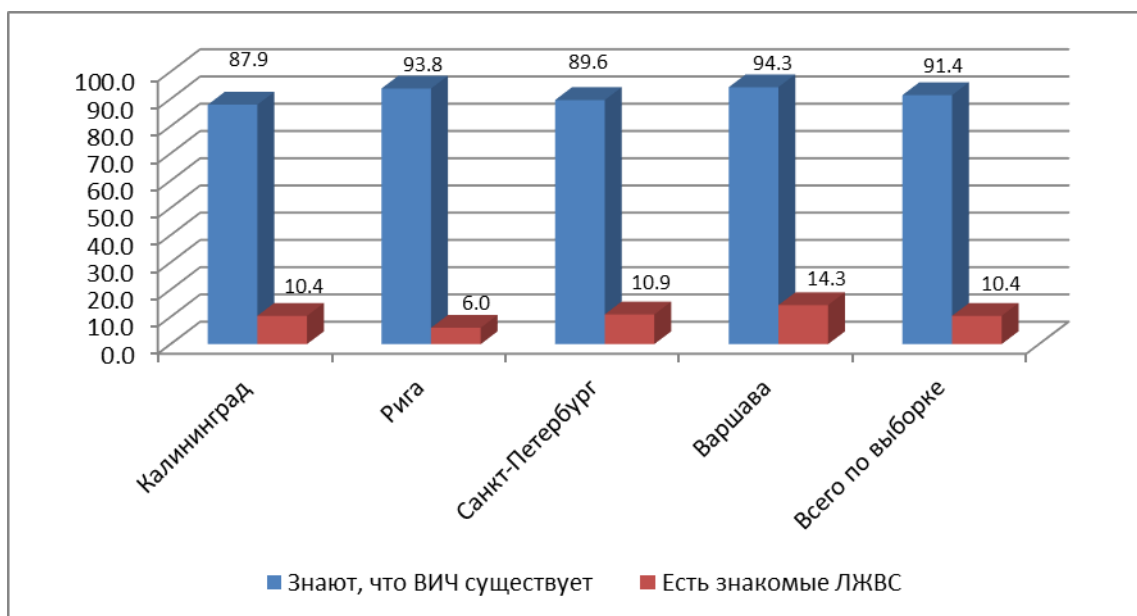


Рис. 22. Осведомленность респондентов о существовании ВИЧ (в %, $p \leq 0,001$).

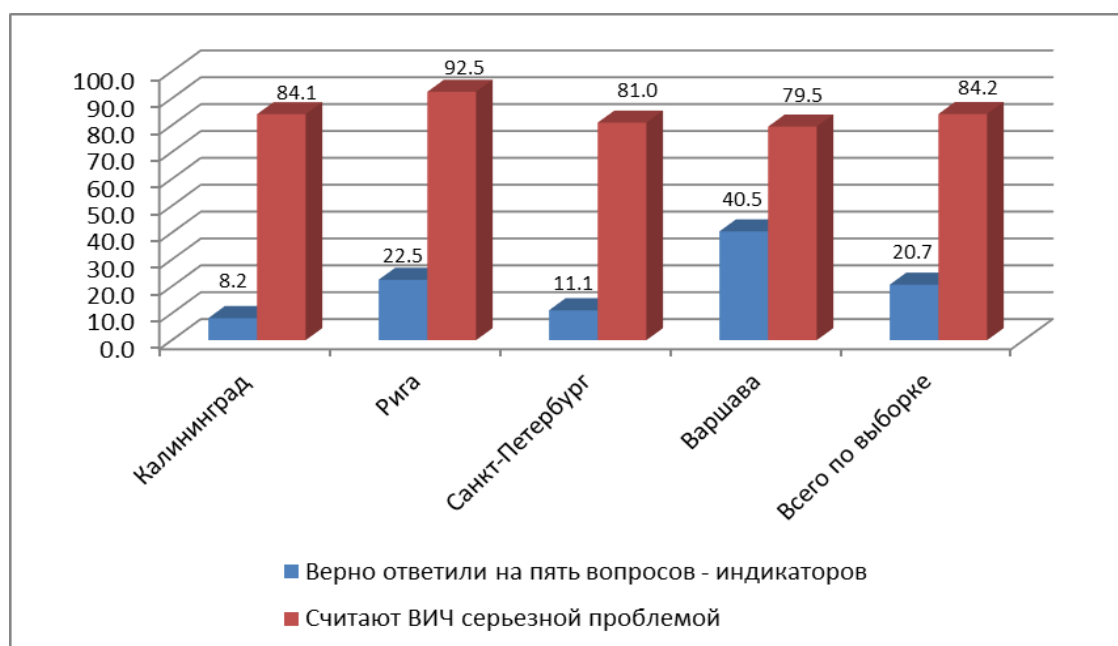


Рис. 23. Индекс знаний по ВИЧ (в %, $p \leq 0,001$).

Респонденты очень высоко оценивают свой риск заражения ВИЧ ($p \leq 0,001$). Тем не менее тестировалась в течение последних 12 месяцев и знала свой результат лишь малая часть опрошенных (н./зн.) (рис. 24).



Рис. 24. Считают собственный риск заражения ВИЧ как средний и выше среднего в сравнении с проходившими тестирование в течение последних 12 месяцев (в %).

Туберкулез. Довольно мало респондентов имеют знакомых, которые болели или больны туберкулезом (Таблица 6). Меньше половины респондентов согласны с тем, что туберкулез передается воздушно-капельным путем, и это утверждение является верным. Также менее половины респондентов осведомлены о том, что существует медикаментозное лечение туберкулеза.

Таблица 6. Знания о туберкулезе

	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	P
Знают людей, которые больны или болели туберкулезом	2 (0,5%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)	2 (0,5%)	5 (0,3%)	0,001
Туберкулез передается от человека к человеку через воздух - при разговоре, кашле, чихании	226 (61,9%)	177 (44,5%)	209 (48,5%)	136 (34,0%)	748 (46,9%)	0,001
Есть ли лекарства, которые могут вылечить туберкулез	160 (43,8%)	186 (46,7%)	193 (44,8%)	171 (42,8%)	710 (44,5%)	0,001

Гепатит. Две трети респондентов осведомлены о том, что существуют вирусные гепатиты В и С. У одной десятой опрошенных есть знакомые, которые живут с гепатитом или умерли от него. Наиболее осведомлены о гепатите латвийские респонденты (рис. 25).

О том, что существует вакцина от гепатита В, осведомлено менее одной пятой опрошенных, при этом российские учащиеся знают об этом значительно меньше респондентов из Латвии и Польши (Таблица 7). Больше респондентов согласны с верным утверждением о том, что внешне здоровый человек может быть инфицирован вирусным гепатитом (36,5%).

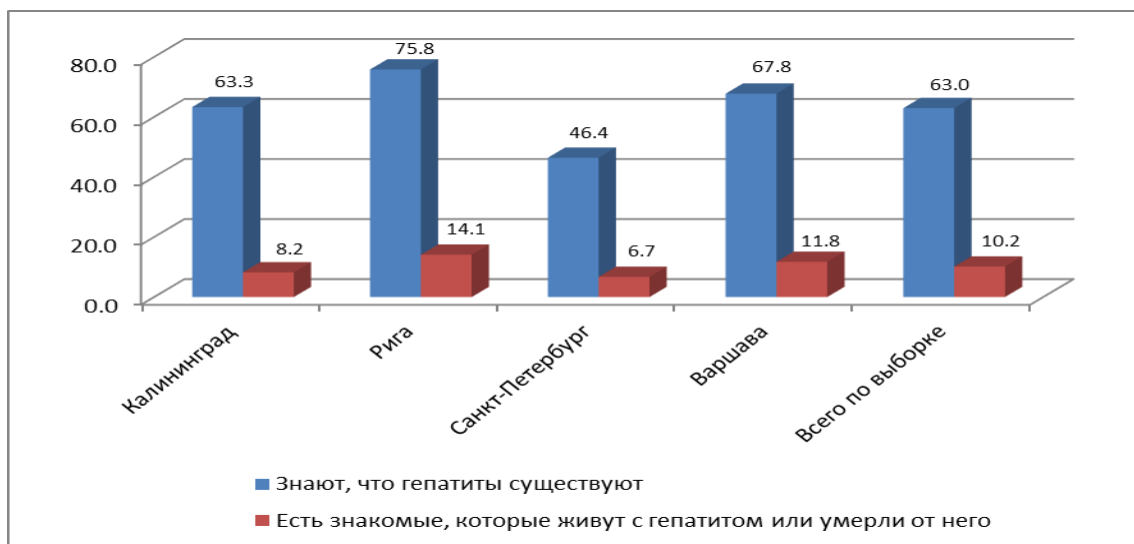


Рис. 25. Осведомленность респондентов о существовании вирусных гепатитов (в %, $p \leq 0,001$).

Таблица 7. Знания о гепатитах

	Калинин-град	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	<i>P</i>
Существует вакцина, которая помогает предотвращать заражение гепатитом В	22 (6,0%)	116 (29,1%)	16 (14,2%)	112 (28,0%)	311 (19,5%)	0,001
Гепатиты В и С намного более заразны, чем ВИЧ	42 (11,5%)	90 (22,7%)	52 (12,1%)	63 (15,8%)	247 (15,5%)	0,001
Внешне здоровый человек быть инфицирован гепатитами В или С	115 (31,5%)	167 (42,1%)	141 (32,7%)	158 (39,5%)	581 (36,5%)	0,001

Охват и потребность в превентивных мероприятиях.

1. Знания о том, куда обратиться за помощью. Респонденты в целом невысоко оценивают свои знания о том, куда обратиться за помощью в случае проблем с алкоголем, наркотиками или сексуальным насилием (во всех случаях это примерно треть респондентов (Таблица 8)). Наиболее часто положительно респонденты оценивают свои знания о том, как обезопасить себя от ИППП, однако таких опрошенных было чуть более половины. Наиболее информированы по этим вопросам, как и ранее, оказались молодые люди из Латвии и Польши.

Таблица 8. Самооценка знаний (ответ: «Знаю довольно хорошо или очень хорошо»)

Вопросы респондентов	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	<i>P</i>
Что такое алкогольная зависимость и как предотвратить ее развитие?	179 (49,1%)	320 (80,8%)	214 (49,7%)	285 (71,3%)	998 (62,7%)	0,001
Куда в вашем городе можно обратиться за помощью, если возникли проблемы из-за употребления алкоголя?	104 (28,5%)	140 (35,4%)	133 (30,8%)	173 (43,3%)	613 (34,5%)	0,001
Что такое зависимость от наркотиков и как предотвратить ее развитие?	129 (35,3%)	255 (64,7%)	173 (40,1%)	263 (65,8%)	820 (51,5%)	0,001
Куда в вашем городе можно обратиться за помощью, если возникли проблемы из-за употребления наркотиков?	88 (24,1%)	115 (29,1%)	125 (29,0%)	155 (38,8%)	483 (30,3%)	0,001

Вопросы респондентов	Калининград	Рига	Санкт-Петербург	Варшава	Всего	P
Как обезопасить себя от насилия и принуждения в сексуальной сфере?	162 (44,4%)	233 (59,2%)	184 (42,7%)	194 (48,6%)	771 (48,5%)	0,001
Куда в вашем городе можно обратиться за помощью, в случае принуждения к вступлению в сексуальные контакты?	115 (31,5%)	130 (33,0%)	147 (34,1%)	107 (26,8%)	499 (30,4%)	0,001
Как обезопасить себя от заражения инфекциями, передающимися половым путем?	162 (34,4%)	229 (58,0%)	211 (49,1%)	243 (60,8%)	845 (53,1%)	0,001

2. Охват превентивными мероприятиями. Всего по выборке за последние 12 месяцев охват по различным программам составил: по ИППП – 14,9%, по гепатитам – 7,0%, по туберкулезу – 8,2%, по наркопотреблению – 20,2% по алкопотреблению – 20,2%, по курению – 19,7%, по ВИЧ – 15,7%. Наиболее охвачены программы польские респонденты, наименее – латвийские. Следует отметить, что в целом охват тем или иным превентивным воздействием не превышает 37,0% ни по одной из категорий (рис. 26).

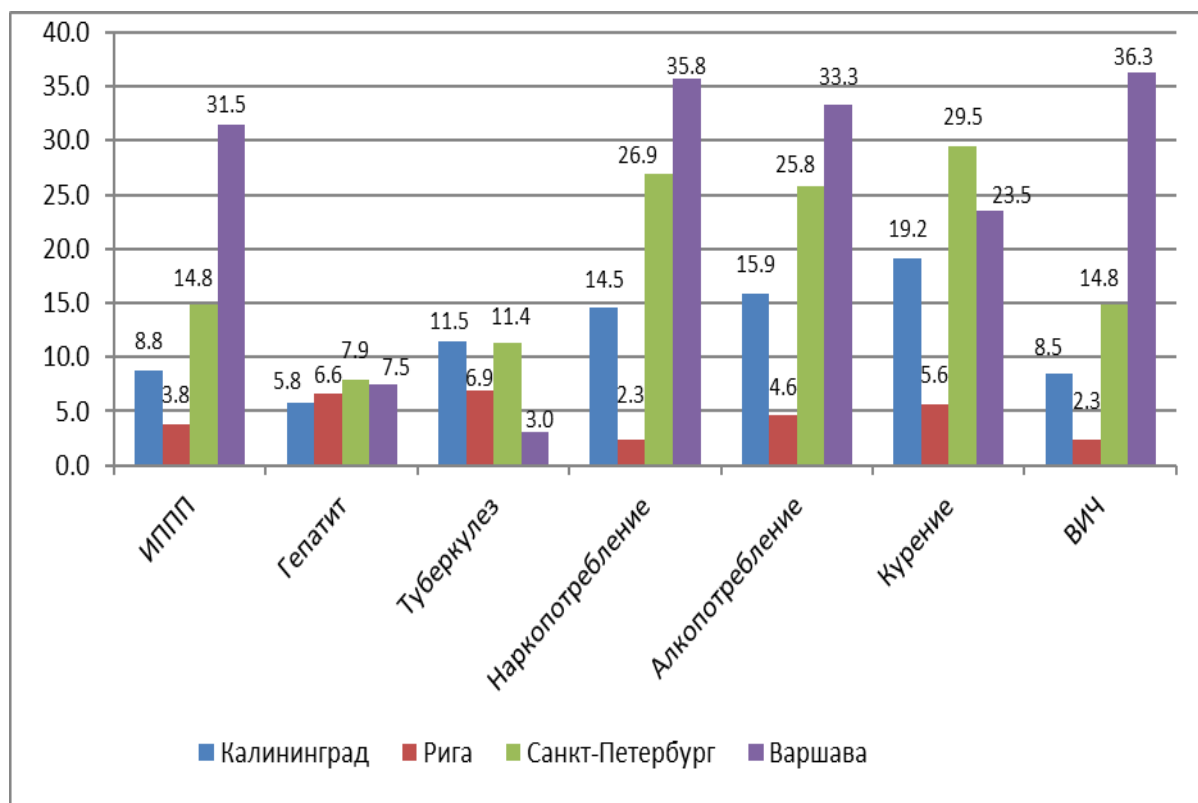


Рис. 26. Охват превентивными мероприятиями (в %, $p \leq 0,001$).

3. Каналы превентивных воздействий:

- личная коммуникация: при личном разговоре профилактическую информацию респонденты наиболее расположены получать от специалистов (рис. 27), лишь в Риге учащиеся больше доверяют сверстникам. Меньше всего в целом респонденты доверяют родителям (рис. 27);
- публичные мероприятия: наиболее предпочтительными публичными мероприятиями для респондентов являются лекции и рассказ реальной истории от человека с болезнью (рис. 28). Меньше всего респондентов привлекают активные формы участия – тематические игры и панельные дискуссии;

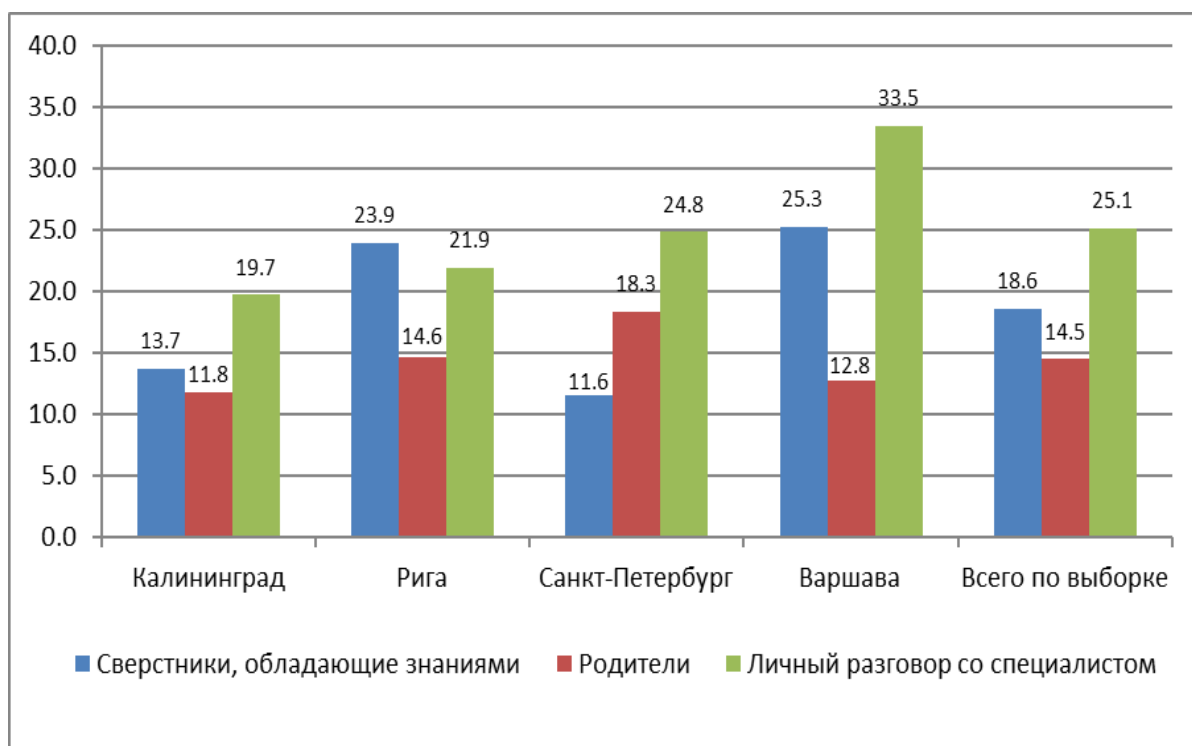


Рис. 27. Предпочитаемые каналы превентивных воздействий по ВИЧ – личная коммуникация (в %, $p \leq 0,001$).

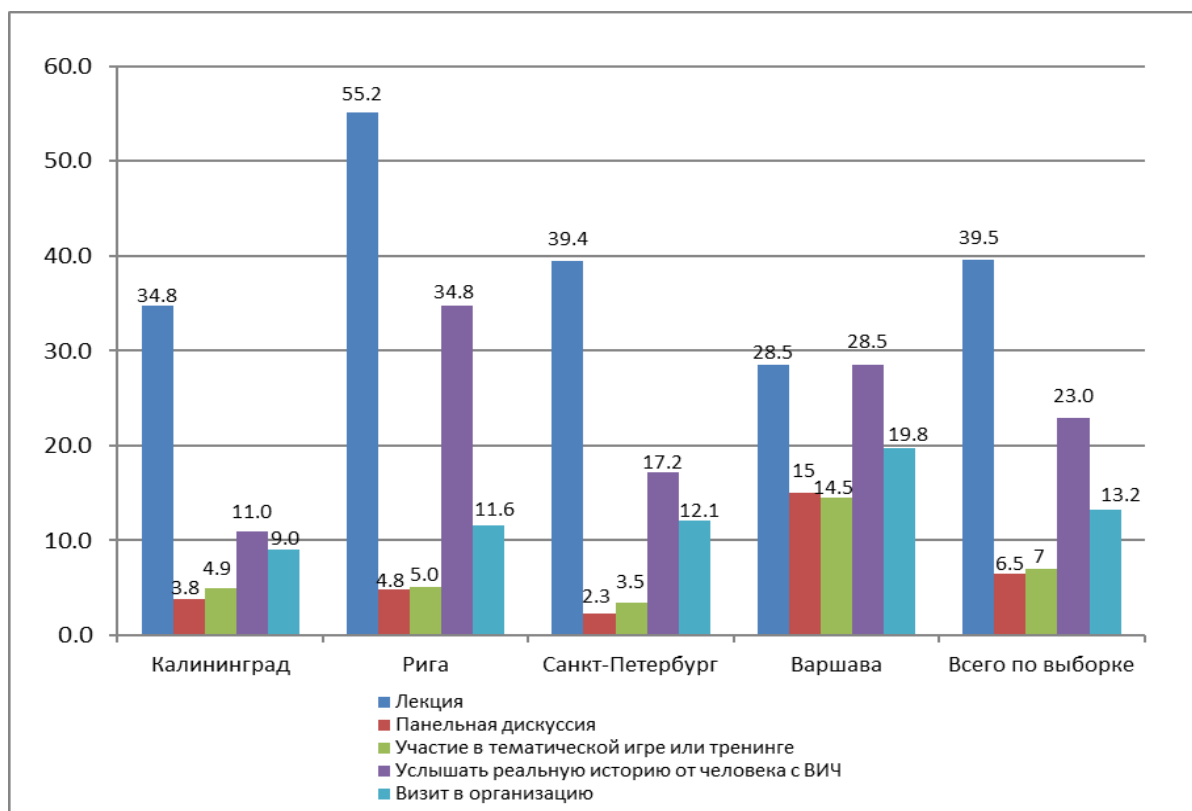


Рис. 28. Предпочитаемые каналы превентивных воздействий по ВИЧ – лекции и публичные дискуссии (в %, $p \leq 0,001$).

- самостоятельный поиск: знакомиться самостоятельно с информацией о ВИЧ респонденты предпочитают на интернет-сайтах, менее всего популярна литература. Следует отметить, что в этой категории различия между источниками наименее выражены (рис. 29).

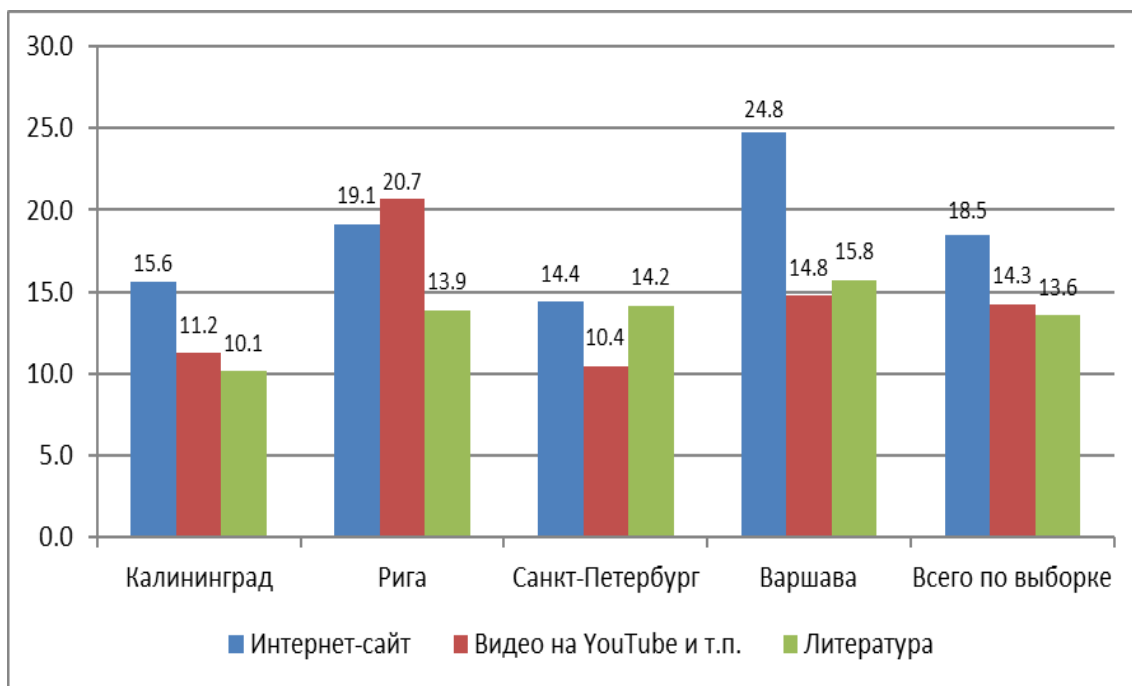


Рис. 29. Предпочитаемые каналы превентивных воздействий по ВИЧ – самостоятельный поиск (в %, $p \leq 0,001$).

4. Перспективы использования современных технологий в профилактической работе. Три четверти респондентов используют Интернет каждый день (рис. 30). Смартфоны имеются у более чем половины опрошенных респондентов, также значительно число тех, кто использует планшеты. Наибольшую заинтересованность в приложении о здоровье выразили респонденты из Калининграда. В целом заинтересованность в приложении выразили менее одной пятой опрошенных.

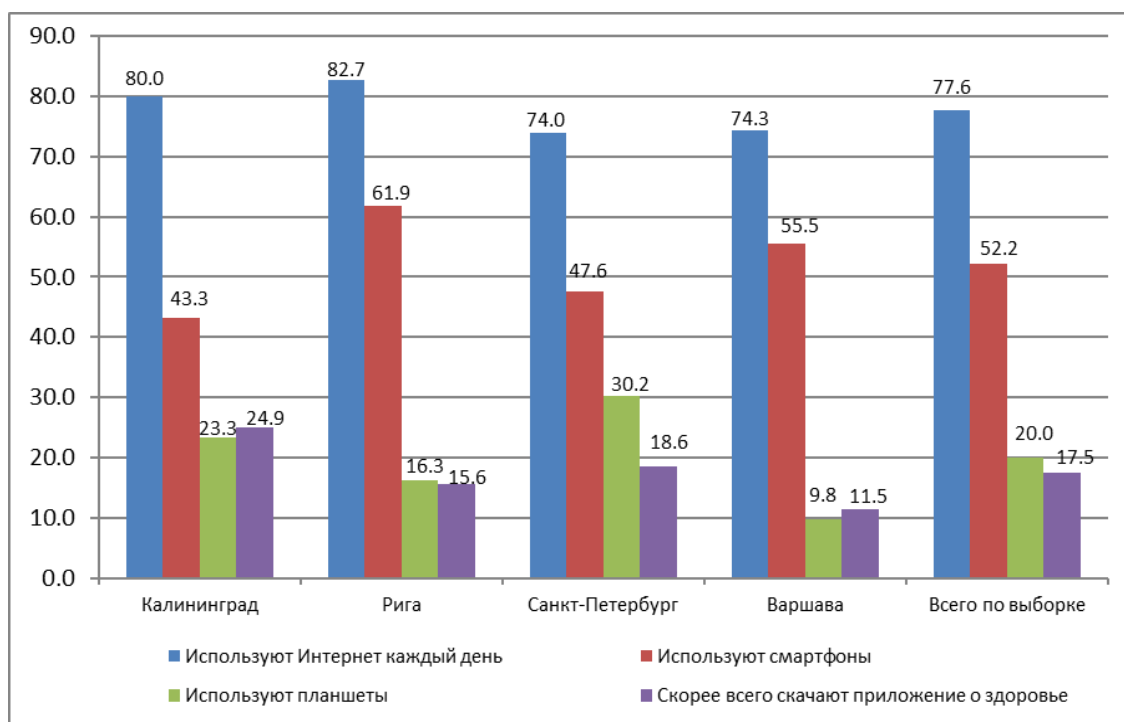


Рис. 30. Перспективы для превентивных вмешательств с помощью современных технологий (в %, $p \leq 0,001$).

Выводы по поведенческому исследованию. Употребление ПАВ распространено среди опрошенных. Более половины опрошенных курили или курят, большинство респондентов уже употребляли алкоголь и начали употреблять его в достаточно раннем возрасте. Во всех городах, и в целом по выборке, молодые люди снизили свою зависимость от алкоголя. Когда-либо употребляли наркотики более трети респондентов. Молодые люди из российских городов

оценивают свою зависимость сильнее, чем демонстрирует шкала DAST. Однако для респондентов из Риги и Варшавы присутствует тенденция, схожая с оценкой алкогольной зависимости. Таким образом, в программы по профилактике ВИЧ, необходимо включать компоненты по профилактике рискованного поведения под действием ПАВ, а также по-прежнему актуальны программы по противодействию курению, употреблению алкоголя и наркотиков.

Кроме того, в социальном окружении респондентов присутствует довольно много родственников, друзей и студентов учебных учреждений, которые употребляют алкоголь три раза в неделю и чаще, а также тех, которые употребляли или употребляют наркотики. Таким образом, необходимо работать и с социальным окружением молодых людей, а также включить компонент по повышению уровня ассертивности и противодействия неблагоприятным групповым нормам.

Среди респондентов широко распространено сексуальное поведение риска, что говорит о необходимости и актуальности программ профилактики ВИЧ. Незащищенные сексуальные контакты часто происходят в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Наиболее низкий уровень осведомленности о ВИЧ в городах с наибольшей пораженностью ВИЧ (Санкт-Петербург, Калининград). Недостаточный процент молодых людей охвачен программами профилактики. Гепатит и туберкулез являются непопулярными темами.

Наиболее предпочтительные источники профилактической информации – специалисты (лекции, личная беседа) и реальные истории из жизни. Высокий уровень использования Интернета и мобильных телефонов – возможные пути для профилактических воздействий. Однако использовать приложения в сфере здоровья готова незначительная доля респондентов.

Результаты фокус-групп

Фокус группа с экспертами по мигрантам в Санкт-Петербурге. Фокус-группа была проведена 4 апреля 2014 года.

Состав группы – 9 человек: 2 специалиста из приютов; 1 представитель социальной службы; 2 специалиста из профессиональных училищ (работают с детьми-сиротами); 1 инспектор по опеке и попечительству; 1 специалист по социальной работе из Центра СПИД; 1 представитель РГПУ им. Герцена; 1 специалист из НКО.

По мнению специалистов, наблюдается приток мигрантов, относящихся как к группе несовершеннолетних, так и молодых взрослых. В специализированных приютах наблюдается увеличение количества детей из Узбекистана и Таджикистана. По оценкам специалистов, треть мигрантов из этих стран приезжают с семьями. Данная группа мигрантов относится к трудовым мигрантам.

Специалисты также отмечают, что в отдельную группу необходимо выделить мигрантов, приезжающих в Санкт-Петербург для обучения, так как на данный момент увеличивается их количество, в том числе и не из стран СНГ. Также в отдельную группу выделяются девушки из Африки, которые приезжают в Петербург для секс-работы (либо попадают в коммерческую сексуальную эксплуатацию). Эксперты также отмечают, что в Петербурге с такой же целью появляются девушки из Таджикистана, Узбекистана, которые работают в «борделях для своих». Среди них могут быть несовершеннолетние, однако специалисты не сталкивались с ними в своей практике.

По мнению специалистов, высока потребность мигрантов в юридических услугах – оформлении документов, статуса беженца. На данный момент существует юридическая помощь мигрантам в их национальных диаспорах. Однако, по информации специалистов, эта помощь зачастую является лишь формально бесплатной и существует возможность того, что мигранты могут попасть в коммерческую эксплуатацию.

По мнению экспертов, на данный момент в Петербурге нет организаций, специализирующихся на работе с мигрантами из мусульманских стран, которые занимаются профилактикой ВИЧ-инфекции. Данная потребность существует, так как зачастую мигранты из этих стран не признают барьерные методы контрацепции. К тому же они практически не информированы о ВИЧ и ИППП.

Мигранты, как правило, не имеют страховок, поэтому, как правило, им доступно только лечение экстренных острых состояний, а также абациллирование от туберкулеза перед депортацией. Эксперты отмечают, что по большей части в страну мигранты приезжают с туберкулезом. Также туберкулез присутствует и у детей, въезжающих в страну.

Помимо этого, следует учитывать вопрос маятниковой миграции, когда мигранты из данных стран возвращаются в страну выезда, где могут распространять инфекции, полученные без применения методов защиты от ВИЧ и ИППП. Учитывая низкий уровень консультирования

при тестировании, а также боязнь депортации, в Санкт-Петербурге может существовать большая скрытая популяция нелегальных мигрантов.

Специалисты подчеркивают, что воздействие может быть наиболее эффективно через лидеров общественного мнения: старших по возрасту, религиозных деятелей, влиятельных членов диаспор. Также одним из эффективных каналов воздействия являются стойки с брошюрами профилактики ВИЧ на таджикском, узбекском, киргизском и русском языках в медицинском центре и в центре, где мигранты получают документы. Специалисты отмечают, что такой канал профилактического воздействия, как смс-информирование, может быть неэффективен вследствие того, что мигранты часто меняют номера телефонов.

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: мигранты и дети мигрантов; трудовые мигранты и мигранты, приехавшие с целью обучения; мигранты – жертвы траффика с целью сексуальной или трудовой эксплуатации; мигранты из стран: Таджикистан, Узбекистан, Китай, Вьетнам, Украина, Молдавия, Киргизия, Беларусь, Нигерия, Конго, Сирия. Нужно работать как с нелегальными, так и легальными мигрантами.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы с мигрантами: профилактика ВИЧ и ИППП, алкогольной зависимости, улучшение доступа к медицинской помощи у мигрантов, консультирование по юридическим вопросам (трудовое законодательство, вопросы легального пребывания в стране).

Фокус-группа с экспертами по проблеме коммерческой сексуальной эксплуатации детей в Санкт-Петербурге. Фокус-группа была проведена 4 апреля 2014 года.

Состав группы – 10 участников: 2 представителя социальной службы; 1 представитель приюта; 1 специалист из профессионального училища (работает с детьми-сиротами); 1 инспектор по опеке и попечительству; 1 специалист по социальной работе из Центра СПИД, 3 специалиста из НКО, 1 представитель национальной диаспоры (редактор информационных материалов для соотечественников).

В ходе дискуссии эксперты указали, что на данный момент в приютах временного пребывания более чем в половине случаев, находятся дети и подростки из стран СНГ. Жертвами КСЭД в Петербурге могут являться девушки из СНГ, которых продают их семьи (Украина, Молдавия). Данные девушки могут содержаться на квартирах с инвалидами, которые эксплуатируются для попрошайничества.

Дети могут вовлекаться в КСЭД обманным путем, чему способствуют психологические особенности их возраста, а также слабая информированность. Вовлечению в КСЭД подвержены и дети с нарушениями развития и психическими расстройствами.

КСЭД (и насилию) наиболее подвержены дети из неблагополучных семей, где и дети, и родители могут иметь низкий уровень образования. Зачастую такими детьми движет экономический мотив. Также эти дети могли подвергаться сексуальному насилию и другим формам насилия в семье.

Организаторами и помощниками организаторов могут быть и сами дети: как мальчики, так и девочки. Однако чаще в КСЭД детей вовлекают знакомые женщины, так как они вызывают меньше подозрений и жертвы легче начинают им доверять.

Специалисты указывают на широкую распространенность ИППП и меньшую распространенность ВИЧ и гепатитов на настоящий момент. Однако это не имеет отношения к наркозависимым, которых на данный момент также встречается не так много.

По мнению специалистов, лишь небольшое количество несовершеннолетних способно сообщить взрослым о том, что они вовлечены в КСЭД или подверглись насилию. Специалисты могут заметить это по косвенным психологическим и поведенческим проявлениям.

При расследовании случаев КСЭ несовершеннолетние и молодые взрослые подвергаются психологически травматическим следственным действиям. Кроме того возникают проблемы с реинтеграцией детей (подвергшихся КСЭД) из других стран. Это связано с тем, что семьи могут отказываться принимать таких детей в силу социальных и религиозных установок.

В Санкт-Петербурге жертвам КСЭД и насилия оказывается помощь в нескольких организациях, однако существует нехватка как квалифицированных специалистов, так и финансовых ресурсов. Программы по противодействию КСЭД и насилию должны преподаваться в школах в рамках таких предметов, как ОБЖ. Школьные психологи должны быть готовы к тому,

чтобы адекватно реагировать на такие проблемы. Помимо этого, следует вести информирование среди родителей. По мнению специалистов ранее выявление в поликлиниках и работа с населением могут усилить эффект специализированных программ.

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: молодые люди мужского и женского пола; дети, начиная с раннего возраста (5 лет), преимущественно из семей с низким уровнем дохода и неблагополучных семей, с родителями, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками, либо дети-сироты; молодые люди с низким уровнем образования (до 9 классов школы); подростки и дети с признаками сексуализированного поведения, задержками развития, зависимостями.
2. На данный момент существуют программы: профилактики ВИЧ и КСЭД среди «детей улиц», детей с рискованным поведением и детей из неблагополучных семей (программы с малым охватом).
3. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы в рамках превенции КСЭД: включение специального компонента по информированию про рекрутирование (виды рекрутеров – дети, знакомые), включения компонента профилактики ВИЧ и АИ, жизнь с ВИЧ, профилактика нарко- и алкопотребления и их лечение. Программы следует реализовывать на базе лечебных учреждений (поликлиник, Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями), НКО, социальных служб, приютов и детских домов, школ и профессиональных училищ.

Фокус-группа с экспертами по мигрантам в Калининграде. Состав группы – 9 человек: 3 специалиста из НКО; 3 врача (нарколог, фтизиатр, инфекционист); 1 представитель ФМС; 1 представитель Роспотребнадзора; 1 адвокат.

По оценкам экспертов, службы фиксируют только трудовых мигрантов, при этом около трети прибывающих в Калининградскую область остаются неучтенными, среди которых могут быть и мигранты, которые после получения положительных результатов на ВИЧ или ФЛГ начинают скрываться, избегая депортации. Калининградская область также является участником Федеральной Программы «Соотечественники», участники которой находятся в более благоприятных условиях в плане доступа к помощи.

В сфере ВИЧ и АИ существует проблема, связанная с «патентными» работниками. По законодательству те мигранты, которые работают по патентам, не проходят обязательное медицинское обследование. Только некоторые предприятия по собственной инициативе организуют обследование своих работников, нанятых по патентам. Специалисты отметили, что наиболее разумным будет включить обязательное обследование и для этого типа мигрантов.

По оценкам экспертов, на данный момент среди трудовых мигрантов довольно много молодых взрослых. Зачастую они не знают русский язык, что затрудняет коммуникацию. Они, как правило, обладают «нулевым» уровнем знаний как по вопросам ВИЧ и АИ, так и здоровьесбережения.

По оценке специалистов, наиболее туберкулез и ВИЧ распространены среди приезжих из Узбекистана, Таджикистана (только туберкулез), Казахстана.

Как эффективную меру воздействия специалисты рассматривают профилактические материалы на узбекском, таджикском, русском языках по ВИЧ-инфекции, туберкулезу, вирусным гепатитам и заболеваниям, передающимся половым путем. Эти материалы можно будет раздавать при прохождении тестирования (СПИД Центр), в тубдиспансере, КВД.

Позитивную роль смогла бы сыграть и региональная программа адаптации и интеграции мигрантов и их семей. Необходимо урегулировать вопросы со страхованием, так как в Калининградской области, как и в Петербурге, мигранты имеют возможность получить только экстренную помощь.

Учитывая, что многие мигранты начинают скрываться от депортации после постановки им диагноза, специалисты предложили необходимость дополнительной работы с мигрантами в «не репрессивной форме», разделяя лечение и депортацию

Специалисты отмечают, что мигранты создают в России гражданские браки, а также пользуются услугами секс-работниц, что также может способствовать распространению ВИЧ и АИ.

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: мигранты и дети мигрантов; трудовые мигранты и мигранты, приехавшие с целью обучения; «патентные» работники; участники Программы «Соотечественники»; мигранты из стран: Таджикистан, Узбекистан, Казахстан, Украина, Молдавия. Нужно работать как с нелегальными, так и легальными мигрантами.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы с мигрантами: профилактика ВИЧ и ЗППП, профилактика алкогольной зависимости, улучшение доступа к медицинской помощи у мигрантов, консультирование по юридическим вопросам, консультирование и распространение материалов на родном языке мигрантов.

Фокус-группа с экспертами по проблеме коммерческой сексуальной эксплуатации детей в Калининграде. Состав группы – 9 участников: 3 специалиста из НКО; 4 представителя социальной службы, 1 представитель инфекционной больницы, 1 врач-психиатр.

По мнению экспертов, подростки и молодежь могут давать свое согласие на участие в КСЭД, не осознавая того, что с ними происходит. Это могут быть дети из интернатов, дети с ЗПР, другими ограниченными возможностями. Также это могут быть девушки из неустроенных семей, которые вынуждены зарабатывать проституцией.

В КСЭД могут вовлекать сверстники. Главную роль играет экономический мотив. По опыту экспертов «продавцами детей» выступали и родители.

Специалисты обратили внимание на давление других сверстников, например, в вопросе начала сексуальных отношений. Употребление алкоголя и наркотиков специалисты связывают с желанием молодых людей расслабиться и уйти от проблем.

Длительный бюрократический механизм замедляет процесс межведомственного взаимодействия, что может привести к тому, что ребенок, находящийся в ситуации риска, в итоге станет жертвой. Помощь детям и молодежи оказывают: Центры доверия – центры для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Центр помощи семье и детям, Отделение опеки и попечительства, Комиссия по делам несовершеннолетних, послеинтернатная адаптация, Калининградский региональный общественный фонд «Открытый мир», фонд «АННА». Все эти Центры также и противодействуют КСЭД, потому что занимаются профилактикой ВИЧ, отклоняющегося поведения, наркозависимости и алкоголизма. Высоко специалисты оценивают программу «Ладья».

Необходимо введение дополнительных информационных программ или их компонентов по вопросам профилактики насилия, сексуального и психологического. Об этом нужно информировать не только детей, но и взрослых (в том числе специалистов и родителей).

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: молодые люди мужского и женского пола; дети, начиная с раннего возраста (5 лет), преимущественно из семей с низким уровнем дохода и неблагополучных семей, с родителями, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками, либо дети-сироты; молодые люди с низким уровнем образования, подростки с задержками развития, зависимостями. Необходимо работать со специалистами и родителями.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы в рамках превенции КСЭД: включения компонента профилактики ВИЧ и АИ, жизнь с ВИЧ, профилактика нарко- и алкопотребления и их лечение. Программы следует реализовывать на базе НКО, социальных служб, приютов и детских домов, школ и профессиональных училищ.

Фокус группа с экспертами по мигрантам в Латвии. Состав участников – 10 участников: 1 представитель Международной организации, 3 представителя НКО, 2 представителя Министерств, 4 представителя служб по миграции и пограничному контролю.

На 1 января 2014 г. было примерно 66 тысяч иммигрантов, которые живут в Латвии Это зарегистрированные, законные иностранцы. О нелегальных мигрантах данных нет, но эксперты считают это неактуальной проблемой. В Латвии имеются центры пребывания для ищущих убежище. В них зачастую находятся граждане Грузии, африканских стран, Сирии. По мнению экспертов, многие из них молодые одинокие мужчины.

С нелегальными мигрантами работает офис MOM. По статистике MOM, 84% – мужчины, 16% – женщины. Преимущественно их клиенты молодые люди. Чаще всего из Грузии. MOM помогает с возвращением этих людей на родину и с их реинтеграцией.

Также МОМ ведет проект по интеграции женщин, приехавших из стран бывшего СССР. Возраст этих женщин преимущественно 30 – 50 лет.

Помощь в Центрах во многом осуществляется на основании проектной деятельности при финансировании Международных фондов. Данное финансирование актуально в первую очередь для решения вопросов со здоровьем, так как зачастую у приехавших в поисках убежища может отсутствовать даже вакцинация. Среди них также встречаются и наркопотребители.

Те, кто получают разрешение на временное пребывание, сдают анализы только на туберкулез. Однако специалисты считают, что для этой группы стоит ввести экспресс-тесты на ВИЧ. В первую очередь необходимость экспресс-тестирования специалисты видят для людей, пребывающих в Центрах. Мигранты, ищущие убежища, могут скрывать свои заболевания и не говорить о том, что им необходимо лечиться.

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: мигранты, ищущие убежища; выходцы из Грузии, Африки и арабских стран; молодые мужчины, женщины из республик бывшего СССР.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы с мигрантами: профилактика ВИЧ и ЗППП, тестирование на инфекционные заболевания, профилактика наркотической зависимости, улучшение доступа к медицинской помощи, как у мигрантов, так и специалистов Центров.

Фокус-группа с экспертами по проблеме коммерческой сексуальной эксплуатации детей в Латвии. Состав группы – 10 человек: 2 представителя Социальной службы, 1 представитель Инспекции по правам защиты детей, 4 представителя молодежных и детских центров, 2 представителя НКО, 1 представитель полиции.

Специалисты уверенно выделяют вовлечение и эксплуатацию детей с помощью сети Интернет как распространенный вид КСЭД, актуальный для Латвии. Кроме того, молодые люди могут быть эксплуатируемы для съемок порнографии. Для Латвии актуально и участие молодых женщин в секс-работе, вследствие материального неблагополучия и необходимости заботы о детях. В уличную проституцию могут быть вовлечены дети, у которых нет стабильной функциональной социальной поддержки, дети из сиротских учреждений, у которых нет родителей, подростки из неблагополучных семей, семей с насилием. Жертвы насилия могут начать воспринимать насилие, в том числе и сексуальное, как норму. Такие подростки воспринимают эксплуатацию как способ заработать. Также подростки могут быть вовлечены в эксплуатацию обманом, либо по причине собственной наивности. Специалисты отметили, что молодые люди из Латвии могут вовлекаться в эксплуатацию в других странах Европы

Алкоголь и наркотики данные подростки могут использовать для избегания проблем, ухода от них. Среди неблагополучных подростков распространено употребление наркотиков, преимущественно “Spice”.

Есть государственные профилактические программы по безопасности для детей. Эксперты высоко оценивают программу «Джимба» и считают, что при наличии финансирования необходимо было бы разработать ее модуль для подростков, так как профилактика необходима и для этой группы. Существуют также организации и представители, работающие со специалистами из интернатов по профилактике насилия и КСЭД.

В Латвии, кроме того, есть Центр «Марта», в рамках которого осуществляется работа с женщинами, вовлеченными в проституцию. На уровне государства противодействие КСЭД включено в стратегию развития.

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: молодые люди мужского и женского пола; дети, начиная с раннего возраста (5 лет), преимущественно из семей с низким уровнем дохода и неблагополучных семей, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками, либо дети-сироты; молодые женщины – матери-одиночки. Необходимо работать со специалистами.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы в рамках превенции КСЭД: информирование о путях вовлечения в КСЭД и его формах, профилактика нарко- и алкопотребления и их лечение. Программы следует реализовывать на базе приютов и детских домов, школ и профессиональных училищ.

Фокус-группа с экспертами по мигрантам в Польше. Состав группы – 9 человек: все представляют НКО (правозащитные, услуг для мигрантов, профилактики ВИЧ).

В Польше достаточно сложно получить информацию о миграционных потоках, а также о ситуации в группах мигрантов. Мало данных и о поведенческих особенностях той или иной группы. Необходимо отличать принудительных мигрантов, то есть беженцев, от иммигрантов добровольных, то есть студентов, и всех видов трудовых мигрантов, которые приезжают добровольно. Украинцы составляют большинство добровольных мигрантов. Что касается беженцев, то с 90-х годов – это чеченцы, которые составляют более 80%, обращающихся за присвоением статуса беженца.

В Польше представлены различные типы мигрантов: начиная с сезонных рабочих и ищущих убежище и заканчивая людьми, приехавшими на ПМЖ, и иностранными студентами. Для всех этих групп нужны свои методы и каналы превентивной информации.

Для мигрантов могут работать программы профилактики ВИЧ для общего населения, однако наиболее успешными будут программы, учитывающие культурный бэкграунд, язык мигранта и место, где на данный момент находится человек, с которым специалист планирует работать. Например, в случае ищущих убежище – они находятся в специальных центрах, и, таким образом, их легко идентифицировать. В противовес им – часть трудовых мигрантов идентифицировать значительно сложнее.

Значительную часть мигрантов составляет молодежь, которая в новых условиях может подвергнуться повышенному риску заражения вследствие изменения поведения.

В данный момент в Польше не существует систематической помощи мигрантам. Все услуги предоставляются НКО на средства проектов, которые финансируются государством. Однако специфика проектной работы не дает уверенности в непрерывности и стабильности этой деятельности.

Основные выводы по результатам фокус-группы.

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: мигранты, молодые мигранты; беженцы, мигранты стран: России (Чечня, Дагестан), Грузии. Нужно работать как с нелегальными, так и легальными мигрантами.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы с мигрантами: профилактика ВИЧ и ИППП, консультирование по юридическим вопросам, консультирование и распространение материалов на родном языке мигрантов, организация стабильного финансирования профилактических мероприятий.

Фокус группа с экспертами по проблеме коммерческой сексуальной эксплуатации детей в Польше. Состав участников – 10 специалистов: все специалисты – представители НКО (сервисных (аутрич-работа), правозащитных).

В целом достаточно сложно оценить распространенность коммерческой сексуальной работы в подгруппе 15 – 18-летних, так как это нелегальная практика. Те специалисты, которые работали в школах, сталкивались лишь с несколькими случаями среди учащихся женского пола. Для подгруппы 18 – 24 лет ситуация другая. Несмотря на то, что количественных исследований по проблеме на настоящий момент нет, специалисты считают, что женщины оказывают услуги преимущественно на улицах и в борделях, в то время как мужчины продают секс преимущественно в гей-клубах.

Нельзя выделить уровень образования, характерный для тех, кто продает сексуальные услуги. Зачастую коммерческая секс-работа связана с эмоциональными проблемами и психологическими травмами в детстве. Помимо этого, низкая финансовая обеспеченность родителей также может оказывать влияние на рискованное поведение. Однако это характерно для «уличных» секс-работников.

Дети из благополучных семей могут подвергаться КСЭД через Интернет, также они могут быть вовлечены обманом в такие формы эксплуатации, как производство порнографии. Это же относится и к детям из неблагополучных семей.

На данный момент в Польше существует группа специалистов, которые имеют релевантный опыт и возможность проводить мероприятия по профилактике ВИЧ. В то же время по разным причинам, таким как политика, установки и финансирование, их работа лимитирована проектным финансированием, а иногда делается и на волонтерских началах. Профилактическая работа ведется преимущественно в крупных городах, где есть НКО, специализирующиеся на такой работе. На данный момент в Польше нет организационных возможностей и решений для

организации системы профилактики для молодежи в школах, так же как и для уличных секс-работников.

Основные выводы по результатам фокус-группы:

1. На основании дискуссии можно выделить следующие «мишени» для превентивных воздействий: молодые люди мужского и женского пола; дети, начиная с раннего возраста (5 лет), преимущественно из семей с низким уровнем дохода и неблагополучных семей, с родителями, злоупотребляющими алкоголем и наркотиками, либо дети-сироты.
2. По результатам дискуссии можно выделить следующие направления работы в рамках превенции КСЭД: включение специального компонента по информированию про риски вовлечения в эксплуатацию через Интернет, включения компонента профилактики ВИЧ и АИ, профилактика нарко- и алкопотребления и их лечение. Следует создать организационные и финансовые возможности для реализации программ.

По результатам проведенной оценки потребностей подростков и молодых людей в сфере профилактики ВИЧ и АИ, мы выделили следующие «мишени для профилактики».

1. Повышение информированности подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и АИ, о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, устранение неправильных представлений и мифов о передаче ВИЧ.
2. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и АИ, реалистичной оценки собственного риска инфицирования ВИЧ.
3. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и АИ, положительной установки к способам избегания рискованного поведения, в том числе:
 - к верности и воздержанию от ранних сексуальных контактов;
 - к 100% использованию презерватива во всех сексуальных контактах;
 - к обсуждению ВИЧ и ИППП с половым партнером до вступления в половой контакт;
 - к избеганию случайных половых связей;
 - к избеганию ситуаций вступления в сексуальные контакты в состоянии опьянения;
 - к избеганию ситуаций вступления в сексуальные контакты под давлением/принуждением;
 - к избеганию пробы инъекционных наркотиков;
 - к обращению в медицинские учреждения для консультирования и тестирования на ВИЧ.
4. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и АИ, толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям.
5. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и АИ, навыков, необходимых для избегания рискованных ситуаций (навыки коммуникации, навыки отказа, навыки противостояния социальному давлению сверстников и т.п.).

ГЛАВА III. ПРИМЕРЫ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, М.М. Русакова

В этой главе представлены программы профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения, реализуемые в России, Польше, Финляндии, Германии и Латвии. Программы были идентифицированы партнерами проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе “Северного измерения”».

Изначально планировалось, что программы профилактики, которые будут опубликованы в пособии, будут соответствовать следующим основным критериям, принятым в международном научном сообществе:

- фокус на профилактике ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения;
- профилактическое воздействие осуществляется на индивидуальном уровне/ на уровне группы/ на уровне общности;
- результаты реализации программы опубликованы в научном реферируемом журнале или в другом реферируемом научном издании;
- программа реализована в одной из стран региона «Северного измерения»;
- проведена оценка эффективности программы, в результате которой доказано, что программа эффективна.

В ходе реализации проекта выяснилось, что в странах «Северного измерения» практически отсутствуют программы, соответствующие всем этим критериям. Поэтому Рабочей группой проекта было принято решение включить в пособие признанные программы профилактики ВИЧ и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения.

Программы, представленные в пособии, соответствуют следующим основным критериям:

- программа направлена исключительно на профилактику ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний или на решение более широкого круга проблем в сфере здоровья и включает профилактику ВИЧ-инфекции как один из компонентов;
- программа направлена исключительно на подростков и молодежь, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ и ассоциированными заболеваниями, или направлена на более широкую целевую группу, которая в том числе включает подростков и молодежь, подверженных высокому риску заражения;
- профилактическое воздействие осуществляется на индивидуальном уровне/ на уровне группы/ на уровне общности;
- программа реализована в одной из стран региона «Северного измерения»;
- проведена оценка эффективности программы, в результате которой доказано, что программа эффективна или на основании имеющихся данных о программе она признана потенциально эффективной Рабочей группой проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе “Северного измерения”».

Все программы описаны по следующей схеме: название, автор, целевые группы, цель, теоретическая основа программы, основные результаты предварительного исследования, основные мероприятия и ресурсы, методы и результаты оценки эффективности, источники, где можно найти дополнительную информацию о программе, контакты авторов. По каждому разделу представлена основная доступная информация.

1. Российская Федерация

О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, Е.Г. Шалагаева, М.М. Русакова

Дети улицы Санкт-Петербурга

Автор программы: Санкт-Петербургский благотворительный Общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие».

Целевая группа: беспризорные и безнадзорные дети и подростки, а также члены их семей.

Цель программы. Программа направлена на профилактику ВИЧ-инфекции и иных социально значимых заболеваний среди «уличных» детей и подростков, обеспечение их доступа к медицинским услугам, социальной, психологической и правовой помощи.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа. В основе программы лежит мультидисциплинарный подход к оказанию помощи уличным детям. Он предполагает совместные согласованные действия специалистов различного профиля – медицинских и социальных работников, психологов, юристов, педагогов, а также волонтеров программы.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. В 2004 году в Центре помощи уличным детям проводилось тестирование 199 уличных детей на ВИЧ-инфекцию, сифилис, вирусные гепатиты В и С. Результаты тестирования: ВИЧ-инфекция была обнаружена у 5,9% обследованных детей, сифилис – у 5,9% обследованных детей, антитела к гепатиту В и С – у 16,8% и у 28,6% детей соответственно.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Основные компоненты программы: информирование, обучение, комплексная медицинская, психологическая и социальная помощь с целью изменения отношения к собственному здоровью и изменения поведения; обеспечение медикаментами, питанием и ночлегом; добровольное, анонимное и бесплатное тестирование крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты В и С, сифилис, сопровождаемое пред- и послетестовым консультированием; распространение информационных буклетов. За 11 лет работы программы «Дети улицы Санкт-Петербурга» комплексную медико-социальную и психологическую помощь получили 6000 детей.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Нет информации.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе представлена в пособии: «Методические рекомендации по работе с уличными детьми» (URL: <http://haf-spb.org/biblioteka/spisok-publikatsiy/Metodicheskie-rekomendacii-po-rabote-s-lichnymi-detmi.pdf>).

Контактное лицо: Санкт-Петербургский благотворительный Общественный фонд медико-социальных программ «Гуманитарное действие», эл. адрес: office@haf-spb.org.

Помощь ВИЧ-инфицированным уличным детям и подросткам

Автор программы: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям».

Целевая группа: уличные подростки (безнадзорные и беспризорные дети до 18 лет).

Цель программы – обеспечение ВИЧ-инфицированным уличным подросткам доступа к различным видам помощи, а также предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции среди уличных детей и подростков.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа: комплексная модель преемственной помощи уличным подросткам и молодежи, включающая в себя социально-психологическую поддержку и обеспечение доступа к медицинской помощи для ВИЧ-инфицированных подростков, первичную профилактику распространения ВИЧ-инфекции и изменение рискованного поведения среди ВИЧ-отрицательных подростков.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. В 2006 г. организация «Врачи Детям» совместно с Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) и Санкт-Петербургским городским Центром профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями провела исследование распространенности ВИЧ-инфекции среди уличных подростков и молодежи Санкт-Петербурга в возрасте 15 – 18 лет. По результатам этого исследования, распространенность ВИЧ-инфекции среди уличных подростков и молодежи составляла 37,4%. Многие из них не знали о своем статусе и не обращались за помощью. Почти половина опрошенных имели опыт употребления инъекционных наркотиков, большинство подростков практиковали рискованные формы сексуального поведения.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Основные компоненты программы: 1) оказание медицинской помощи (экспресс-тестирование на ВИЧ в мобильной лаборатории, направление и сопровождение в Центр СПИДа и другие лечебные учреждения, содействие в госпитализации, формирование приверженности к антиретровирусной терапии); 2) оказание психологической помощи (до-тестовое и после-тестовое консультирование; кризисное консультирование; консультирование по проблемам зависимости; семейное консультирование; профориентационное консультирование); 3) оказание социальной помощи (информирование, направление и сопровождение подростков в государственные Центры социально-психологической помощи, ведение случая совместно со

специалистами Центров социально-психологической помощи, социально-юридическое консультирование, помощь в оформлении документов и пособий, материальная помощь); 4) организация межведомственного взаимодействия с целью оказания квалифицированной помощи целевой группе между государственными учреждениями здравоохранения, социальными центрами оказания помощи, НКО.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Повторное исследование распространенности ВИЧ-инфекции среди уличных подростков, проведенное в 2012 году, показало значительное снижение уровня инфицированности ВИЧ среди этой целевой группы.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна в публикации Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам./Под ред. Р.В. Иорика. 2-е изд. – СПб.: Врачи детям, 2009. – 134 с. и в разделе «Помощь ВИЧ-инфицированным уличным детям и подросткам» на официальном сайте организации «Врачи детям» (URL: http://www.vd-spb.ru/projects/zavershennie_proekty/422/).

Контактная информация: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», адрес: 190031, Санкт-Петербург, Набережная реки Фонтанки, д. 89, литера А, тел./факс: +7 (812) 380 30 92; эл. адрес: info@vd-spb.ru, сайт в Интернете: врачидетям.рф.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди детей и подростков в Санкт-Петербурге

Автор программы: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям».

Целевая группа: подростки и молодежь в возрасте от 14 до 21 года, находящиеся в трудной жизненной ситуации и демонстрирующие рискованные формы поведения в повседневной жизни.

Цель программы – профилактика ВИЧ, уменьшение рисков и развитие ответственного поведения в области здоровья у детей, подростков и молодежи.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа. Методология профилактического тренинга «Ступени» базируется на когнитивно-поведенческом подходе.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. В 2006 – 2009 гг. организация «Врачи детям» совместно с Санкт-Петербургским городским Центром профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями оказывали помощь и поддержку уличным подросткам, среди которых были инфицированные ВИЧ. В 2006 г. уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди уличных подростков и молодежи 15 – 18 лет составил 37,4%.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Оказание помощи базировалось на принципах преемственности и ведения случая клиента. Одним из главных направлений оказания помощи стала профилактика распространения ВИЧ среди неинфицированных подростков, а также вторичная и третичная профилактика. Профилактический тренинг «Ступени» состоит из 10 занятий и включает в себя три компонента: информационный, мотивационный и компонент по формированию поведенческих навыков. Участники программы должны быть мотивированы. Для привлечения участников используется ступенчатая система материальных поощрений (после каждого занятия участники получают горячий обед, в случае посещения 5 занятий подряд участники получают предмет одежды с символикой организации, в случае посещения всех 10 занятий участники получают плеер и кроссовки). Для проведения занятий необходима аудитория на 8 – 15 человек, флип-чарт, наборы для кофе-брейка.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Оценку эффективности программы проводил независимый эксперт. В ней приняли участие 132 подростка, которые прошли программу «Ступени». Методы оценки эффективности: структурированное интервью, фокус-группы и наблюдение за практическими навыками до и после участия в тренинге. Среди прочего, оценка эффективности показала, что у участников программы статистически значимо повысилась информированность о проблеме ВИЧ-инфекции (со средних 8,10 до 10,46 баллов из 15 возможных).

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна в следующих источниках:

- раздел «Профилактика ВИЧ-инфекции среди детей и подростков Санкт-Петербурга» на сайте организации «Врачи детям» (URL: <http://www.vd-spb.ru/projects/profilaktika/>);

- Руководство по профилактике ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-положительным уличным подросткам/ Под ред. Р.В. Йорика. 2-е изд. – СПб.: Врачи детям, 2009. – 134 с.;
- Программа профилактического тренинга для подростков «СТУПЕНИ». Руководство для тренера/ Под ред. Р.В.Йорика и А.В.Шаболтас – СПб.: Врачи детям, 2009. – 92 с.

Контактная информация: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», адрес: 190031, Санкт-Петербург, Набережная реки Фонтанки, д. 89, литера А, тел./факс: +7 (812) 380 30 92; эл. адрес: info@vvd-spb.ru, сайт в Интернете: врачидетям.рф.

Содействие государственным организациям, работающим с подростками и молодежью, в организации систематической работы по профилактике ВИЧ-инфекции

Автор программы: коллектив сотрудников РОО «Стеллит».

Целевая группа. Учащиеся школ, профессиональных лицеев и колледжей, воспитанники социально-реабилитационных центров и приютов. Сотрудники этих учреждений.

Цель программы – содействие государственным организациям, работающим с подростками и молодежью, в организации систематической работы по профилактике ВИЧ-инфекции.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа: модель убеждений о здоровье, модель PRECEDE-PROCEED.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Программа была апробирована на базе различных учреждений, работающих с подростками и молодежью. Каждый раз проводился первичный опрос учащихся (воспитанников) и сотрудников организаций, участвующих в апробации программы. Во всех случаях опрос показывал, что среди учащихся (воспитанников) высоко распространены виды поведения, связанного с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией, учащиеся (воспитанники) не воспринимают сотрудников образовательных учреждений как надежный источник информации о здоровье, учащиеся (воспитанники) и сотрудники организаций недостаточно хорошо информированы о ВИЧ-инфекции и недостаточно толерантно относятся к ЛЖВС, сотрудники не владеют методами проведения профилактической работы.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Основные компоненты программы: 1) предварительная оценка ситуации (оценка организационных возможностей учреждения для развития работы по профилактике ВИЧ-инфекции, оценка информированности, мнений, установок сотрудников, оценка информированности, мнений и поведения учащихся); 2) подготовка программ профилактики ВИЧ-инфекции (формирование «Советов здоровья», теоретическая и методическая подготовка участников «Советов здоровья», планирование профилактических мероприятий); 3) реализация профилактических мероприятий; 4) оценка эффективности профилактических мероприятий, уточнение содержания профилактических программ с учетом оценки эффективности. Весь цикл занимает один учебный год. В реализации программы в одном учреждении участвуют 4 сотрудника и 3 – 4 активных учащихся (воспитанников), в течение учебного года «Совет здоровья» поддерживает внешний психолог или специалист по вопросам общественного здоровья (в нашем случае – сотрудник РОО «Стеллит»).

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Оценка проводилась по методу «до – после» с контрольной группой. Основные результаты оценки эффективности: статистически значимо изменилась информированность учащихся (воспитанников) о проблеме ВИЧ-инфекции, повысилась толерантность к ЛЖВС, доверие к сотрудникам учреждения как к агентам профилактического воздействия. Программа не привела к повышению распространенности рискованного поведения. У сотрудников статистически значимо повысилась информированность о проблеме ВИЧ-инфекции, повысилась толерантность к ЛЖВС. Во всех организациях продолжается работа по профилактике ВИЧ-инфекции после официального окончания проектов.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна в пособии: Планирование, осуществление и оценка эффективности программ профилактики ВИЧ-инфицирования среди учащихся учреждений системы начального и среднего профессионального образования. Научно-методическое пособие/ Под. Ред. И.Н. Гурвича – СПб.: Изд-во, 2008. – 178 с.

Контактная информация: директор РОО «Стеллит», канд. социол. наук Майя Михайловна Русакова: rusakova.maia@yandex.ru; руководитель направления «Профилактические программы» РОО «Стеллит», канд. психол. наук Ольга Игоревна Колпакова:

kolpakova@ngostellit.ru. Адрес: 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 3, лит. А, оф. 521-В; тел./факс: +7 (812) 493 52 38; эл. адрес: info@ngostellit.ru, сайт в Интернете: www.ngostellit.ru.

Проект по профилактике ВИЧ-инфекции среди мигрантов «Восток-Запад»

Автор программы: Региональная общественная организация «Взгляд в будущее».

Целевая группа: трудовые мигранты, прибывающие на временную работу в Санкт-Петербург из государств Центральной Азии.

Цель программы – создание условий для снижения заболеваемости социально-значимыми инфекциями среди трудовых мигрантов, прибывающих на временную работу в Санкт-Петербург из государств Центральной Азии.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа: принцип «равный – равному».

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Сотрудниками РОО «Взгляд в будущее» было проведено исследование «Трудовые мигранты из Центральной Азии: проблемы и риски здоровья».

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Среди трудовых мигрантов распространяются информационно-образовательные материалы (в частности, в местах массового нахождения мигрантов и на рабочих местах создаются информационные точки). Проводится обучение лидеров общественного мнения из среды мигранты, а затем они привлекаются к проведению профилактической работы со своими соотечественниками. Работает телефонная «горячая» линия, где мигранты могут получить дополнительную информацию о проблеме ВИЧ-инфекции и об услугах. К работе с целевой группой привлекаются профильные сервисные организации, мигрантов направляют к необходимым им специалистам.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Нет данных.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна на сайте Региональной общественной организации «Взгляд в будущее» (URL: <http://www.vvb.spb.ru/projects/current-projects/vostok-zapad>).

Контактная информация: Глеб Панфилов, эл. адрес: gleb60@mail.ru

Профилактика ВИЧ/СПИД среди уязвимых групп населения

Автор программы: сотрудники российской некоммерческой организации «Открытый Институт Здоровья»: А.В. Бобрик, К.М. Ерошина и Е.А. Михель.

Целевая группа: иностранные граждане из стран СНГ и других стран, работающие на территории Российской Федерации.

Цель программы – противодействие распространению ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, и вирусных гепатитов В и С среди трудовых мигрантов.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа: принцип «Равный – Равному».

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Результаты оценки ситуации среди мигрантов, проведенной Открытым Институтом Здоровья в 2007 году в пяти городах РФ, подтвердили высокую уязвимость данной целевой группы к ВИЧ-инфекции в силу крайне низкой осведомленности иностранных рабочих о путях ее передачи и методах профилактики, а также высокой распространенности рискованных поведенческих практик. Например, 41% опрошенных трудовых мигрантов полагали, что ВИЧ передается через укус комара, 34% считали, что ВИЧ можно заразиться через использование общей посуды. Также было выявлено, что большое количество сексуально активных респондентов не использовали презервативы за последние 30 дней (их доля в различных регионах варьировала от 10% до 36%). Были идентифицированы два основных направления профилактики ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов России – повышение осведомленности о ВИЧ/СПИДе и пропаганда использования презерватива как надежного средства профилактики от ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Программа включает в себя следующие основные компоненты: 1) распространение среди мигрантов достоверной информации по вопросам сохранения здоровья и снижения риска инфицирования; 2) распространение средств профилактики ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем; 3) подготовка добровольцев и их привлечение к проведению консультирования по принципу «Равный - Равному»; 4) аутрич-работа; 5) обеспечение

тестирования на ВИЧ-инфекцию с до- и после- тестовым консультированием; 6) облегчение доступа к медицинской помощи для диагностики и лечения инфекций, передающихся половым путем, и туберкулеза; 7) облегчение доступа рабочих мигрантов к получению социальной, психологической, юридической помощи; 8) мониторинг и оценка проекта. Примерная штатная структура типового проекта: руководитель проекта, два сотрудника, прошедших подготовку по межкультурной коммуникации, волонтеры и равные консультанты из обученных и мотивированных представителей целевой группы, консультанты (психолог, юрист, дерматовенеролог), бухгалтер.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Оценка эффективности программы предполагала, в частности, оценку изменения уровня знаний мигрантов в отношении путей передачи и профилактики ВИЧ, оценку уровня распространенности рискованного поведения среди мигрантов. Результаты оценки эффективности не доступны.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна в публикации «Организация комплексной профилактики ВИЧ-инфекции, ИППП и вирусных гепатитов среди трудовых мигрантов. Москва, 2009. 32 с.».

Контактная информация: российская некоммерческая организация «Открытый Институт Здоровья», эл. адрес: ohi@ohi.ru

Социальная интеграция трудящихся мигрантов и членов их семей в Санкт-Петербурге

Автор программы: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям» при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга.

Целевая группа: члены семей мигрантов, преимущественно из стран Средней Азии, проживающие в Санкт-Петербурге.

Цель программы – повышение толерантности общества к мигрантам и членам их семей в Санкт-Петербурге. Информирование мигрантов об основных положениях законодательства Российской Федерации, регулирующих вопросы постановки на регистрационный учет, оформления разрешения на работу и получение патента. Разработка программы социальной интеграции членов семей трудовых мигрантов. Один из компонентов программы направлен на профилактику ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди мигрантов, проживающих в Санкт-Петербурге.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа: разработка профилактических материалов и организация консультирования мигрантов и членов их семей. Подготовка волонтеров из числа мигрантов для консультирования и распространения информационных материалов среди соотечественников. Повышение толерантности в обществе посредством обучения журналистов методам предоставления объективной информации по вопросам миграции в России

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Центр миграционных исследований по заказу организации «Женщины ООН» провел исследование «Возможности и проблемы социальной интеграции трудовых мигрантов из стран Центральной Азии в России». Было показано, что информированность мигрантов и членов их семей по вопросам ВИЧ/СПИД и туберкулеза остается крайне низкой. Мигранты и члены их семей часто живут в условиях, не отвечающих гигиеническим требованиям, что создает дополнительные условия для инфицированности социально-значимыми инфекциями, в первую очередь, туберкулезом.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Для информирования трудовых мигрантов и членов их семей о социально значимых заболеваниях и методах профилактики были напечатаны брошюры на иностранных языках (узбекском, таджикском и киргизском). Наряду с этим, были разработаны и изданы информационные материалы на национальных языках по законодательству Российской Федерации в части постановки на учет, оформлении разрешения на работу или патента. Информационные материалы для трудовых мигрантов одобрены ФМС РФ по СПб и ЛО и Комитетом по вопросам законности, правопорядка и безопасности Санкт-Петербурга. Брошюры распространялись в центральном бюро регистрации мигрантов, в аэропорту, доходных домах, в молельных комнатах Санкт-Петербурга. Компонент программы по профилактике ВИЧ-инфекции и туберкулеза включает работу с представителями национальных диаспор, обучение волонтеров из числа мигрантов (в том числе мигрантов-студентов колледжей) и их привлечение к проведению консультирования в диаспорах по медицинским и социальным вопросам; распространение информационных брошюр на национальных языках.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. За 2012 – 2013 гг. 14 волонтеров из числа мигрантов прошли подготовку в «Школе волонтера» для дальнейшего распространения полученных знаний в национальных сообществах; 19000 трудовых мигрантов и членов их семей получили консультации специалистов и информационные материалы по вопросам миграционного законодательства, а также профилактики ВИЧ-инфекции; 53 специалиста учреждений социального обслуживания Санкт-Петербурга прошли обучение по программе повышения квалификации «Особенности социального обслуживания семей, имеющих в своем составе иностранных граждан», разработанной организацией «Врачи Детям» совместно с государственным учебно-методическим центром «Семья». С января 2014 года 300 иностранных граждан получили услуги по сопровождению в специализированных службах центров социальной помощи в Пушкинском и Калининском районах.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна на сайте организации «Врачи детям» (URL: http://www.vd-spb.ru/projects/sotsialnaya_integratsiya_trudovyyh_migrantov_v_sank/).

Контактная информация: Санкт-Петербургская общественная организация «Врачи детям», адрес: 190031, Санкт-Петербург, Набережная реки Фонтанки, д. 89, литера А, тел./факс: +7 (812) 380 30 92; эл. адрес: info@vd-spb.ru, сайт в Интернете: [врачидетям.рф](http://vrachidetyam.spb.ru).

Программа по профилактике поведения высокой степени риска «Pro Здоровый выбор»

Автор программы: Региональная общественная организация «Взгляд в будущее».

Целевая группа: молодежь в возрасте 15 – 17 лет, взрослая аудитория.

Цели программы. Профилактика ВИЧ/СПИДа, наркомании, инфекций, передаваемых половым путем, алкоголизма, нежелательной беременности, табакокурения, насилия. Также программа затрагивает вопросы конфликтологии, половой анатомии и физиологии, общей психологии, общественной деятельности.

Теоретическая основа или модель, на которой основана профилактическая программа. В основе программы лежит комплексный подход, как к рассмотрению проблем, так и к реализации методов профилактической работы. Основой программы «PRO Здоровый выбор» является модель изменения поведения «Знаю-Могу-Хочу-Буду» и вся методология основана на игровом, интерактивном, ассоциативном подходах, принципе «Равный – Равному».

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Информация не доступна.

Механизмы реализации профилактической программы (основные мероприятия, необходимые ресурсы). Программа предполагает рассмотрение следующих основных вопросов: строение тела; ВИЧ/СПИД; инфекции, передаваемые половым путем; репродуктивное здоровье; рискованное поведение и его последствия; причины и последствия курения, употребления алкоголя и наркотиков; стигматизация, дискриминация, толерантность; поведение в кризисных и конфликтных ситуациях; контроль над эмоциями; профилактика насилия. Авторами разработано более 300 интерактивных приемов обсуждения всех этих вопросов с подростками, которые можно использовать при работе в небольших группах и при проведении массовых мероприятий. Для того чтобы получить возможность проводить программу, специалисты должны пройти 40 часовой курс подготовки, на котором они получают необходимые навыки и комментарии к приемам, изложенным в методических пособиях, после этого пройти стажировку в молодежной или специальной группе. По результатам прохождения обучения и стажировки выносится решение о вручении сертификата на право использования программы.

Методы оценки эффективности программы и основные результаты. Информация не доступна.

Дополнительные источники информации о программе. Дополнительная информация о программе доступна на сайте общественной организации «Взгляд в будущее» (<http://www.vvb.spb.ru/products/uchebnik-po-profilaktike>). Программа подробно описана в трех методических пособиях: «Система PRO», «PROведение» и «PROпаганда».

Контактная информация: Глеб Панфилов, эл. адрес: gleb60@mail.ru

2. Польша

О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, Т. Малкушевски, П. Силаковски, А. Сконечна

Программа «STREETOPCJA» – проект по работе с подростками и молодежью, проводящими время или живущими на улице

Автор программы: Ассоциация программ STACJA.

Целевая группа/целевые группы. Подростки и молодежь в возрасте 15 – 26 лет, проводящие время или живущие на улице, в том числе молодые люди в кризисной жизненной ситуации, без семьи или иного рода поддержки, с неустойчивыми жилищными условиями, безработные молодые люди без образования, не находящиеся на попечении соответствующих учреждений, молодые люди с алкогольными проблемами, жертвы или виновники насилия, молодые люди, вовлеченные в проституцию.

Цели программы. Данная программа направлена на оказание помощи и поддержки молодым людям, переживающим кризисные жизненные ситуации, в том числе путем расширения их доступа к психологической помощи, просвещению и оказываемым услугам, а также сокращения риска ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекций, мотивируя их изменить свое поведение, чтобы не подвергать себя риску и соблюдать правила безопасности.

Теоретическая основа программы. Снижение вреда.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось. Программа была разработана на основе теоретических знаний и опыта работы сотрудников проекта.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Программа включает 2 основных направления работы: 1) информационно-разъяснительная работа и 2) организация совместных мероприятий, позволяющих волонтерам программы и молодым людям, переживающим кризисную жизненную ситуацию, вместе проводить время. Информационно-разъяснительная работа проводится на улице (в обычной для клиентов обстановке). Эта работа включает просвещение и информирование с учетом нужд конкретного клиента, раздачу презервативов и профилактических брошюр, распространение проверенной доказательной информации о рискованном поведении и доступных услугах/видах оказания помощи, мотивирование клиентов изменить поведение, чтобы не подвергать себя риску и соблюдать правила безопасности. Совместные мероприятия проводятся бесплатно для молодежи, которая в них участвует. Клиенты вместе с волонтерами программы могут играть в бильярд, боулинг, ходить в кино, готовить что-нибудь вкусное и т.д. В ходе проводимых мероприятий волонтеры делятся своими знаниями о сексуальном здоровье, ВИЧ/СПИДе, бесплатно раздают профилактические брошюры и другие профилактические материалы, а также презервативы. Проект осуществляется четырьмя сотрудниками, работающими на улице на добровольной основе, и предусматривает 10 часов информационно-разъяснительной работы в неделю. Социальные работники обладают необходимой квалификацией для ведения информационно-разъяснительной работы на улице и специализируются на профилактике ВИЧ/употребления наркотиков и снижении вреда. Нередко к работе на улице привлекаются также молодые педагоги или студенты педагогических учебных заведений.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Несмотря на это, сотрудники программы отметили, что клиенты приобрели навыки и знания по социальным, психологическим и практическим вопросам для использования на долгосрочной основе.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе: E. Bielecka, M. Siuchta. Ulica i co dalej? Praktyka oddziaływań profilaktyczno-resocjalizacyjnych w środowisku otwartym// Probacja i resocjalizacja instytucjonalna – wybrane problemy teorii i praktyki. Red. H. Kupiec, Wyd. Uniwersytet Szczeciński. Szczecin. 2010.

Контактная информация об авторе: Катажина Жанек, член Совета Ассоциации программ STACJA, эл. адрес: pozytywna.ja@gmail.com

Программа «Сетевое взаимодействие – проект по использованию чата на эротические и социальные темы в качестве воспитательно-профилактического метода»

Автор программы: Ассоциация программ STACJA.

Целевая группа/целевые группы. Подростки и молодежь в возрасте 15 – 26 лет, общающиеся в чате на эротические и социальные темы и подвергающиеся различным рискам

(молодые люди с алкогольными проблемами и другими вредными привычками; жертвы или виновники насилия; молодые люди, характеризующиеся рискованным поведением).

Цели программы. Данная программа направлена на оказание помощи и поддержки молодым людям, переживающим кризисную жизненную ситуацию, в том числе путем расширения их доступа к психологической помощи, образованию и оказываемым услугам, а также сокращения риска ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекций, мотивируя их изменить свое поведение, чтобы не подвергать себя риску и соблюдать правила безопасности.

Теоретическая основа программы. Снижение вреда.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось. Программа была разработана на основе теоретических знаний и опыта работы сотрудников проекта.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В ходе общения в чате сетевые работники распространяют проверенную доказательную информацию о рискованном поведении, отвечают на вопросы пользователей Сети, разъясняют конкретные вопросы и дают консультации. Проект осуществляется семью сетевыми сотрудниками, работа в чате занимает от 4 до 12 часов в неделю.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Получение сведений об изменении поведения клиентов было затруднено в связи с конфиденциальным характером контактов.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе: K. Ržanek, M. Grotecka. Networking jako forma edukacji i profilaktyki w cyberprzestrzeni – Ej, a dlaczego masz taki dziwny znaczek przy nicku? [w:] Zagrożona młodość. Innowacyjne formy interwencji społecznej. Red. E. Bielecka. Pedagogika Społeczna, 2/2010.

Контактная информация об авторе. Катажина Жанек, член Совета Ассоциации программ STACJA, эл. адрес: pozytywna.ja@gmail.com

Программа «Оказание социальной помощи работникам уличной секс-индустрии»

Автор программы: Ассоциация программ STACJA.

Целевая группа/целевые группы. Работники уличной секс-индустрии или лица, подверженные риску уличной проституции, которые могут оказаться в рискованной ситуации (в том числе молодые люди с алкогольными проблемами; жертвы или виновники насилия); люди, не охваченные попечительской системой соответствующих учреждений и подверженные риску социальной изоляции.

Цели программы. Данная программа направлена на оказание помощи и поддержки молодым людям, переживающим кризисную жизненную ситуацию, в том числе путем расширения их доступа к психологической помощи, образованию и оказываемым услугам, а также сокращения риска ВИЧ-инфекции и ассоциированных инфекций, мотивируя их изменить свое поведение, чтобы не подвергать себя риску и соблюдать правила безопасности.

Теоретическая основа программы. Снижение вреда.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось. Программа была разработана на основе теоретических знаний и опыта работы сотрудников проекта.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Социальные работники раздают на улице презервативы и профилактические брошюры в целевой группе, распространяют в этой группе проверенную доказательную информацию о рискованном поведении, корректируют ход общения с учетом нужд клиентов. Проект осуществляется восемью социальными работниками, работающими на добровольной основе. На информационно-разъяснительную работу отводится 6 часов в неделю; за неделю распространяется 300 презервативов. Социальные работники обладают необходимой квалификацией для ведения информационно-разъяснительной работы на улице и являются специалистами по профилактике ВИЧ или употребления наркотиков и по снижению вреда. Нередко к работе на улице привлекаются также молодые педагоги или студенты педагогических учебных заведений.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Получение сведений об изменении поведения клиентов было затруднено в связи с конфиденциальным характером контактов.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе: E. Bielecka. Galerianki – badania i refleksje [w:] Zagrożona młodość. Innowacyjne formy interwencji społecznej. Red. E. Bielecka. Pedagogika Społeczna, 2/2010.

Контактная информация об авторе. Катажина Жанек, член Совета Ассоциации программ STACJA, эл. адрес: pozytywna.ja@gmail.com

Программа «Мобильные школы»

Автор программы. Программа «Мобильные школы» проводится в Польше организацией GPAS Прага: Grupa Pedagogiki i Animacji Społecznej Praga Polnoc.

Автор программы: Анджей Орловски.

Целевая группа/целевые группы. Неблагополучные дети и подростки в возрасте от 8 до 18 лет, проводящие основную часть времени на улице, в том числе убежавшие из дома и школы или исключенные из юношеских клубов за несоблюдение установленных в таких местах правил поведения (запрет на курение, нецензурную брань и т.д.).

Цели программы. Программа направлена на то, чтобы вернуть детей и подростков с улицы к занятиям учебой и спортом, укрепить их чувство собственного достоинства, расширить их знания о гигиене, здоровье, негативных сторонах наркомании и алкоголизма, ВИЧ/СПИДе, не допускать их участия в совершении преступлений.

Теоретическая основа программы. Педагогические технологии с использованием игровой творческой терапии.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование было проведено, но информации о его результатах нет.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Штатные и социальные работники и волонтеры занимаются просветительской и профилактической работой в ходе игр на улице, где проводят время их клиенты. Все мероприятия проходят в непринужденной и неформальной атмосфере.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Несмотря на это, по отзывам сотрудников программы, число охваченных программой детей возросло. Дети были направлены к специалистам и в соответствующие организации для получения необходимой помощи.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Дополнительную информацию о программе можно получить на следующих сайтах: <http://www.gpaspraga.org.pl/english.php> и <http://www.mobileschool.org/en>. Дополнительную информацию о предварительном исследовании можно получить на сайте: <http://www.mobileschool.org/en/results/facts-figures>

Контактная информация об авторе. Анджей Орловски, тел.: +48 880 860 220; Томаш Шепански, тел.: +48 507 842 799. Адрес: ул. Шимановского, 6/61, почтовый код 03-477, Варшава, Польша; эл. адрес: gpas@wp.pl

Программа «SKASTREET»

Авторы программы: Томаш Малкушевски, Изабела Паздан, Цезарий Фидор и Артур Лутаревич.

Целевая группа/целевые группы. Молодые люди в возрасте 18 – 30 лет, вовлеченные в проституцию, в том числе молодые гомосексуальные мужчины, продающие сексуальные услуги; молодые люди, подверженные повышенному риску вовлечения в проституцию, в том числе бездомная молодежь, мигранты, молодежь, проводящая много времени на улице, и те, кто ищет «спонсора» или «клиента»; молодые гомосексуальные мужчины, поведение которых связано с повышенным риском заражения ВИЧ и заболеваниями, передающимися половым путем.

Цели программы. Программа направлена на профилактику ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем, среди молодежи, на создание альтернативы времяпрепровождению на улице, на расширение доступности медицинских и других услуг, требующихся молодежи.

Теоретическая основа программы. Снижение вреда.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В рамках программы проводится информационно-разъяснительная работа: 2 участника групп

смешанного полового состава посещают места продажи сексуальных услуг (улицы, эскорт-агентства), вступают в контакт с молодыми клиентами, распространяют среди них информацию о профилактике ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем, об оказываемых услугах по охране здоровья и других формах помощи/поддержки, предлагают им альтернативы времяпрепровождению на улице. Необходимые ресурсы: работники, обладающие необходимой квалификацией для проведения информационно-разъяснительной работы (специалисты с опытом просветительской работы по ВИЧ с молодежью), презервативы, информационные листки, амбулаторный центр анонимной помощи.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Одна из причин того, что оценка эффективности программы затруднительна, связана с тем, что все услуги в рамках программы оказываются анонимно. Одним из показателей признания программы местным сообществом служит то, что к сотрудникам программы SKA часто обращаются по телефону эскорт-агентства или девушки, продающие сексуальные услуги, и приглашают их посетить их на рабочем месте; в некоторых случаях представители эскорт-агентств и занимающиеся проституцией девушки сами приходят в офис SKA, чтобы получить презервативы и другие профилактические материалы.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Более подробную информацию о программе можно получить на следующих сайтах: <http://www.skaid.org> и <http://www.skaid.org/pl/ska-street>

Контактная информация об авторе: Томаш Малкушевски, эл. адрес: t.malkuszewski@gmail.com

Программа «*Baw się bezpiecznie* («Зажигай, да меру знай») – проект, направленный на снижение вреда для молодежи, периодически употребляющей наркотики на тусовках

Автор программы: Ассоциация программ STACJA.

Целевая группа/целевые группы. Молодые люди, проводящие время в ночных клубах и ведущих рискованную половую жизнь, злоупотребляющих алкоголем и (или) иными психоактивными веществами.

Цели программы. Программа направлена на повышение информированности молодежи о негативных последствиях употребления алкоголя, наркотиков и рискованной половой жизни для здоровья (включая риск заражения ВИЧ и заболеваниями, передающимися половым путем), на уменьшение числа случаев рискованного поведения, связанного с злоупотреблением наркотиками и алкоголем, среди молодежи.

Теоретическая основа программы. Снижение вреда.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось. Программа была разработана на основе теоретических знаний и опыта работы сотрудников проекта.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В ходе реализации программы социальные работники посещают ночные клубы и раздают клиентам презервативы и профилактические брошюры, распространяют среди них проверенную фактическую информацию о поведении, связанном с повышенным риском, корректируя ход беседы с учетом нужд клиента. Проект осуществляется восемью социальными работниками, в неделю, на посещение клубов отводится 12 часов рабочего времени, в среднем за неделю раздается 300 презервативов.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Получение сведений об изменении поведения клиентов было затруднено в связи с конфиденциальным характером контактов.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. К. Жанек, М. Гротецка. Partyworking w doświadczeniach Programu STACJA [w:] Zagrożona młodość. Innowacyjne formy interwencji społecznej. Red. E. Bielecka. Pedagogika Społeczna, 2/2010.

Контактная информация об авторе. Катажина Жанек, член Совета Ассоциации программ STACJA, эл. адрес: pozytywna.ja@gmail.com

Программа «*Ulica*»

Автор программы: Анджей Скорупски.

Целевая группа/целевые группы. Молодые мужчины и женщины с уголовным прошлым или из неблагополучных семей, оказавшиеся без присмотра взрослых, из маргинальных, стигматизированных или социально отвергнутых групп населения. Весьма значительная их часть

исключена из системы образования в связи с трудностями, которые они испытывают в школе, ограниченным кругозором, халатностью родителей и т.д. Некоторые из них живут ниже черты бедности. По возрасту они относятся к группам от 12 до 15 и от 16 до 20 лет.

Цели программы. Программа направлена на повышение информированности молодежи о рисках, связанных с ВИЧ/ИППП и употреблением психоактивных веществ; на обеспечение доступа к учреждениям, предоставляющим социальную поддержку; на демонстрацию альтернативных форм развлечения для молодежи и на то, чтобы при любой возможности помочь молодым людям вернуться в официальную систему образования или найти работу.

Теоретическая основа программы. Снижение вреда.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Перед началом проекта был проведен анализ условий окружающей среды, за которым последовала оценка нужд наиболее уязвимых молодых людей и их семей.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В рамках программы регулярно проводится информационно-разъяснительная работа в местах встреч между представителями целевых групп. Регулярность очень важна для налаживания доверительных отношений с молодыми людьми. Социальные работники оценивают нужды каждого клиента, оказывают им поддержку и помогают советами, направляют их в сеть социальных учреждений с учетом нужд каждого клиента. К участию в программе привлекаются молодые позитивно настроенные лидеры с целью пропаганды положительных ценностей и сплочения групп молодежи для занятий безопасной и полезной для здоровья деятельностью. К основным принципам программы относятся соблюдение конфиденциальности клиентов, уважение их прав и личного пространства. Распорядок рабочего времени сотрудников программы скорректирован таким образом, чтобы учитывать привычки реципиентов услуг.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. По наблюдениям сотрудников программы, многие клиенты успешно вернулись в официальную систему образования или нашли работу, прекратили распространять наркотики, стали избегать конфликтов с законом, расширяют свои знания о рисках, связанных с ВИЧ и употреблением наркотиков.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Gdańskie Centrum Profilaktyki Uzależnień (<http://www.gcpu.pl>).

Контактная информация об авторе: Анджей Скорупски, тел.: +48669 979 202; эл. почта: a.skorupski@gcpu.pl

3. Германия

О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, С. Вайттинен

Программа «PÄNZ UP!» (воспитание детей, защита прав детей)

Автор программы: LOOKS e.V. Köln.

Целевая группа/целевые группы. Юноши в возрасте 12 – 18 лет, живущие в трудных социальных условиях, в том числе юноши, которые подверглись сексуальным домогательствам, а также выходцы из семей мигрантов. Взрослые, работающие с молодежью, в том числе школьные учителя и социальные работники. Родители.

Цели программы. Программа направлена на половое воспитание, профилактику развратных действий, в том числе развитие навыков распознавания признаков сексуальных домогательств и способов противодействия им, на развитие защищенности юношей и молодых людей и защиту их прав. Программа также включает в себя информацию о ВИЧ/СПИДе.

Теоретическая основа программы. Модель поведенческого вмешательства была позаимствована из предварительного исследования, проведенного Научно-исследовательским институтом профилактики и психологического здоровья (IPG, Свободный университет Берлина).

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Программа основана на результатах предварительного исследования вопроса о сексуальных домогательствах в отношении подростков в общественных и частично общественных местах, проведенного Научно-исследовательским институтом профилактики и психологического здоровья в Берлине в 2004 г. Основным итог состоял в том, что почти каждый 4-й или 6-й юноша подвергался сексуальным домогательствам. Многие юноши, вовлеченные в проституцию, имели педосексуальный опыт в детстве и юношестве. Это стало основной причиной для запуска программы «PÄNZ UP!» LOOKS e.V. Köln.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Программа осуществляется социальным работником совместно с работниками школы. Используется индивидуальный подход к каждому ребенку. Программа включает следующие формы работы с детьми: индивидуальная работа, анонимное консультирование, семинары, информационно-разъяснительная работа и профилактические мероприятия в школах, подростковых центрах, барах и других местах, в которых дети проводят много времени, консультирование в Интернете с использованием веб-приложения «Colja» (код/символ, используемые детьми для собственной идентификации). В программе отсутствует отдельный компонент по профилактике ВИЧ/СПИДа, но при возникновении необходимости предоставляется информация по этому и другим связанным со здоровьем вопросам. Программа охватывает порядка 250 юношей в год. Помимо проведения семинаров для работников школ (социальных работников, учителей), привлекаются работники спортивных клубов и церковных организаций, а также распространяется информация среди родителей. В год программа охватывает 50 представителей заинтересованных в участии лиц. Ресурсы, необходимые для реализации программы: один обученный социальный работник (50% рабочего времени: семинары и другие учебно-образовательные мероприятия занимают около 8 – 12 часов в неделю, не более 60 часов в месяц), удобные офисные помещения.

Методы и результаты оценки эффективности. С целью обеспечения хорошего качества программы непрерывно ведется оценка семинаров и других учебно-образовательных мероприятий. Основным фактором успеха программы является ее способность привлечь внимание общественности к вопросам, связанным с сексуальной эксплуатацией.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. С информационной брошюрой о содержании проекта (на немецком языке) можно ознакомиться на сайте http://www.paenzup.de/data/paenzup_broschuere.pdf, листок с информацией о том, как распознавать признаки и проявления сексуальных домогательств (на немецком языке) можно найти на сайте <http://www.paenzup.de/data/schwimmbad.pdf>, отчет с описанием концепции программы «PÄNZ UP!» (на немецком языке) см. на сайте <http://www.paenzup.de/>, веб-приложение «Colja» (на немецком языке) можно найти на сайте http://www.paenzup.de/co_zone.html.

Контактная информация об авторе. LOOKS e.V. Köln, эл. адрес: info@looks-ev.de, сайт в Интернете: www.looks-ev.de

Программа «Subway»

Автор программы: HILFE-FÜR-JUNGS e.V.

Целевая группа/целевые группы. Мужчины-работники секс-индустрии, в том числе клиенты амбулаторного центра анонимной помощи (в основном юноши и молодые мужчины до 28 лет, также среди клиентов центра есть юноши младше 18 лет) и клиенты с улицы (как молодые, так и пожилые работники секс-индустрии и транссексуалы).

Цели программы. Программа направлена на то, чтобы повысить информированность представителей целевых групп о том, как сохранить здоровье, а также предложить им альтернативы на тот случай, если они решат прекратить занятия проституцией.

Теоретическая основа программы. Программа основана на модели, разработанной центром HILFE-FÜR-JUNGS e.V. совместно с 7 другими организациями – членами Рабочей группы немецкоязычных социальных организаций для мужчин, работающих в секс-индустрии на улице (AKSD). В начале 90-х годов многие молодые мужчины, занятые в секс-индустрии, работали на улицах наиболее крупных городов Германии. Многие из них принимали наркотики, приобретение которых требовало денег; другие использовали предоставление сексуальных услуг в качестве (трудного и опасного) способа проявления своей гомосексуальности. Существовала большая необходимость в распространении среди них информации о способах повышения безопасности занятий сексом и заболеваниях, передающихся половым путем. Необходимо было проводить среди них информационно-разъяснительную работу, а также найти для них пристанище, в котором они могли бы удовлетворять свои повседневные нужды (питание, душ, стирка и т.д.).

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось, при разработке программы был использован опыт информационно-разъяснительной работы, которую с 1994 г. проводят Луц Фолькуайн и Вольфганг Вернер (социальные педагоги «Subway», HILFE-FÜR-JUNGS e.V.).

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Программа охватывает порядка 2 тысяч юношей и молодых людей в год. Она включает несколько

основных компонентов: амбулаторный центр анонимной помощи, в котором клиентам предоставляются различные услуги (например, одежда, медицинская помощь один раз в неделю, душ, питание и т.д.), информационно-разъяснительная работа на улицах, в барах и других местах, организация рекреационных мероприятий для представителей целевых групп, анонимное индивидуальное консультирование (в том числе по электронной почте и в чате), направление в другие организации и индивидуальная поддержка с посещением других представителей заинтересованных организаций (в соответствии с нуждами клиента), распространение информационных листов, презервативов и смазок. Для реализации программы необходимы следующие ресурсы: 5 обученных социальных работников, 2 тренера-инструктора для содействия в проведении ежедневных мероприятий проекта, врач для оказания медицинской помощи, удобные помещения на двух этажах (офис, кухня, комната отдыха, Интернет, помещение с кроватями для сна, душ, стиральная машина, продукты питания, одежда и т.д.). Услуги амбулаторного центра анонимной помощи предоставляются 4 раза в неделю (16 часов), медицинская помощь в амбулаторном центре предоставляется в дневное время по 28 часов в неделю. На информационно-разъяснительную работу отводится 12 часов в неделю, мобильные медицинские услуги предоставляются по 3 часа в неделю, рекреационные мероприятия организуются раз в 2 недели.

Методы и результаты оценки эффективности. Исследование оценки эффективности программы не проводилось. Одним из свидетельств того, что программу ценят представители целевых групп, является то обстоятельство, что многие бывшие клиенты по-прежнему поддерживают связь с персоналом центра и делятся ценной информацией о своем нынешнем альтернативном образе жизни. По отзывам бывших клиентов, многие из них приобрели основную часть знаний о ВИЧ и ассоциированных инфекциях благодаря настоящей программе, так как сотрудники программы – это единственные люди, с которыми они могут свободно говорить о своих проблемах.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Описание модели Рабочей группы немецкоязычных социальных организаций для мужчин, работающих в секс-индустрии на улице (AKSD) (на немецком языке), можно найти на сайте <http://www.aksd.eu/start.html>; с дополнительной информацией о программе можно ознакомиться в публикации Fink K., Werner W. Stricher: Ein sozialpädagogisches Handbuch zur mann-männlichen Prostitution. Lengerich, Pabst. 2005 (URL: http://www.aksd.eu/download/AKSD-Handbuch_2013_1_Version.pdf).

Контактная информация: Стефан Шрёдер, HILFE-FÜR-JUNGS e.V. («Subway»); адрес: Ноллендорф Штрассе 31, 10777 Берлин, Германия; тел.: +49 30 2155759; эл. адрес: stefan.schroeder@subway-berlin.de

Программа «Prävention mit Jugendlichen und jungen. Erwachsenen. Fünf-Säulen-Konzept» (Профилактическая работа с подростками и молодежью. Работа с молодежью. Концепция пяти уровней)

Автор программы: Berliner AIDS-Hilfe e.V.

Целевая группа/целевые группы. Различные группы молодежи в возрасте от 14 до 26 лет, в том числе население в целом (в основном школьная молодежь), молодые люди, помещенные в исправительные учреждения для молодежи (в возрасте от 16 до 21 года), молодые беженцы и мигранты, мужчины, практикующие секс с мужчинами (MSM). Взрослые, работающие с молодежью, в том числе работники школ.

Цели программы. Программа направлена на мотивацию и развитие защищенности молодых людей, укрепление чувства собственного достоинства, пробуждение интереса к другому образу жизни, оказание молодежи поддержки при преодолении социальных стереотипов, формирование атмосферы солидарности, поощрение стремления брать на себя ответственность за собственные действия и половую жизнь, а также на то, чтобы заставить молодых людей усомниться в своем нынешнем образе жизни и изменить его и свое отношение к безопасному сексу, профилактике ВИЧ, заболеваниям, передающимся половым путем, и ассоциированным инфекциям.

Теоретическая основа программы. Структурная модель профилактики, основанная на Оттавской хартии ВОЗ 1986 г. Подход, основанный на взаимном обучении среди сверстников.

Основные результаты предварительного исследования, использованного при разработке программы. Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения Германии (BZgA) один раз в 2 – 3 года проводит репрезентативные исследования среди подростков и молодежи в возрасте 14 – 17 и 18 – 20 лет, а кроме того, проводит исследования среди молодых MSM, мигрантов и других уязвимых групп, а также опросы молодежи, содержащейся в исправительных заведениях.

Результаты этих исследований использовались при планировании семинаров. Эпидемиологические данные, такие как увеличение случаев заболевания ВИЧ-инфекций и сифилисом среди мужчин, практикующими секс с мужчинами (МСМ), были использованы при разработке аутрич-программы, которая реализуется в гей-клубах.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В основу программы заложена концепция пяти уровней, разработанная Berliner Aids-Hilfe. Центральным элементом концепции является то, что профилактическая работа строится на основе результатов последних научных исследований. Уровень I: семинары для учеников средних школ, для молодежи, содержащейся в исправительных учреждениях; для молодых MSM, беженцев и мигрантов. Уровень II: мероприятия и акции (например, Дни молодежного кино, Всемирный день борьбы со СПИДом, гей-парады, ярмарки для молодежи); профилактическая информационно-разъяснительная работа в местах, популярных среди молодежи. Уровень III: взаимное обучение среди сверстников для молодых волонтеров и журналистов. Уровень IV: обучение работников школ и просветительские мероприятия для различных взрослых организаторов. Уровень V: Секс в городе! Игра «Геокейшн» с применением спутниковых навигационных систем для школьников и других групп молодежи. Для реализации программы необходимы следующие ресурсы: 1 социальный работник, ответственный за подготовку мероприятий и координацию всей программы, помощник координатора, группа из 20 обученных волонтеров. Финансовые ресурсы: гранты от различных организаций-доноров, например косметической компании MAC, Федеральное министерство образования и научных исследований, частные доноры.

Методы и результаты оценки эффективности. Методы и показатели эффективности зависят от того, что необходимо выяснить, и от стадии реализации проекта. Периодически после мероприятий проводятся опросы участников, например школьников после семинаров. При этом измеряется уровень удовлетворенности, знаний и участия учеников школ. Проводится оценка квалификации руководителей семинаров и методов обучения. Как показывают результаты опроса участников до и после мероприятий уровня I программы, уровень знаний участников улучшился. Результаты опроса, проведенного после игры «Геокейшн» (уровень V), свидетельствуют о широком признании программы. Оценки мероприятий (уровень II) показали, что в некоторых местах при работе с молодежью помимо информационных стендов о ВИЧ целесообразно также использовать мобильные группы информирования. Недавние опросы учителей (уровень IV) показали, что почти все респонденты удовлетворены семинарами, причем большинство из них проявляют интерес к методам обучения (и возможности бесплатного получения материалов) для последующего проведения занятий.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Дополнительную информацию о результатах исследований, которые использовались при разработке программы, можно найти в следующих источниках:

- Результаты предварительного исследования – на сайте Федерального центра просвещения в сфере здравоохранения Германии (BZgA): <http://www.bzga.de/home/>;
- результаты исследования среди молодых мужчин, практикующих секс с мужчинами, исследований среди молодых мигрантов и представителей других уязвимых групп – в публикации *Bochow, Lenuweit, Sekuler, Schmidt. Schwule Männer und HIV/AIDS. Lebensstile, Sex Schutz- und Risikoverhalten*, 2011 (URL: www.aidshilfe.de);
- результаты исследования среди молодежи, находящейся в исправительных центрах – в публикации «Man gewöhnt sich an alles...» (на немецком языке) (URL: http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/berliner_jugendarreststudie_2012_0.pdf).

Контактная информация об авторе. Луиза Ириг, Berliner Aids-Hilfe e.V., эл. адрес: luise.ihrig@berlin-aidshilfe.de, веб-сайт: www.berlin-aidshilfe.de

4. Финляндия

О.И. Колпакова, В.А. Одиноква, О. Карвонен

Программа работы с девушками, подвергшимися сексуальному насилию

Автор программы: Girls' House (Центр реабилитации для женщин, подвергшихся сексуальному насилию).

Целевая группа/целевые группы. Девушки и женщины в возрасте 13 – 28 лет, подвергшиеся сексуальному насилию (в том числе, нежеланные прикосновения, изнасилование, домогательство, предложения денег, товаров или интоксикантов за секс, физическое воздействие, сексуальные домогательства путем направления писем или видеообращений по Интернету).

Цели программы. Программа направлена на профилактику социальной изоляции девушек, подвергшихся сексуальному насилию, развитие их защищенности, укрепление чувства собственного достоинства, развитие навыков, необходимых в повседневной жизни, профилактику повторного травмирования, умственных расстройств, снижение злоупотреблений психоактивными веществами, оказание им поддержки при определении границ сексуальных и иных контактов.

Теоретическая основа программы. Программа основана на модели PLISSIT (от англ. P: Permission (разрешение); LI: Limited information (ограниченная информация); SS: Specific suggestions (конкретные рекомендации); IT: Intensive therapy (интенсивная терапия)).

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование не проводилось.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В работе с каждой девушкой используется индивидуальный подход. Программа включает следующие компоненты: индивидуальные беседы с работником Girls' House (эти беседы включают информацию о ВИЧ и сексуально передающихся инфекциях, тестирование, лечение и т.д., они имеют терапевтическую направленность), обсуждения в группе сверстников под руководством двух штатных работников Girls' House, сетевое взаимодействие с юристом, полицией, учреждениями здравоохранения и социальной защиты, родителями, учителями. Для реализации программы необходимы следующие ресурсы: один обученный сотрудник для проведения индивидуальных бесед; два сотрудника, прошедшие обучение для проведения обсуждений в группе; удобные помещения; один сотрудник, выступающий в суде для оказания поддержки клиенту.

Методы и результаты оценки эффективности. Ежегодно проводится опрос всех клиентов Girls' House. В 2012 г. 91% респондентов в ходе опроса клиентов согласились с утверждением: «Мне оказана поддержка по некоторым из следующих вопросов: уверенность в себе, чувство собственного достоинства, социальные отношения, отношения в семье, родительские чувства, эмоции, учеба и работа, навыки самостоятельности, расширение кругозора, надежды на будущее, половая жизнь, пережитое сексуальное насилие, пределы собственных возможностей, девичьи качества, женские качества». Как показывают результаты собеседований с клиентами, молодые женщины, подвергшиеся сексуальному насилию, которым поддержка в Girls' House оказывалась в течение не менее полугода, ощущают, что качество их жизни улучшилось. Они сталкивались с трудностями после прекращения этой поддержки, особенно если поддержка была сокращена, минуя тщательно разработанную подготовительную стадию.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Дополнительную информацию о программе можно найти в следующей публикации: Vornanen M. Nuorten naisten kokemuksia Tyttöjen Talon seksuaaliväkivallan tuesta. Haastattelututkimus. Aino&Ilmari-hanke. 2013 (в отчет входит описание мероприятий для девушек и женщин, подвергшихся сексуальному насилию, и анализ собеседований с 5-ю молодыми клиентками), отчет за 2012 год Молодежной ассоциации «Каллиола» (на финском языке) (URL: <http://www.kalliola.fi/vuosikertomukset/>). С более подробным описанием модели PLISSIT можно ознакомиться в следующих публикациях: Annon J.S. The PLISSIT Model: A proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems// Journal of Sex Education and Therapy (Аннон Дж.С. Модель PLISSIT: Предлагаемая концептуальная схема поведенческого лечения сексуальных проблем// Журнал сексуального образования и терапии). 1976, Vol. 2. Issue 1. P. 1–15; Taylor B., Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. Nursing standard. (Тейлор Б., Дэйвис С. Использование расширенной модели PLISSIT при коррекции сексуального здоровья. Стандарт ухода.) 21(11). (2006). P. 35–40.

Контактная информация: Кристина Ханнила, Girls' House, Хельсинки, эл. адрес: kristiina.hannila@tyttojentalo.fi, website: www.tyttojentalo.fi.

Просвещение в сфере здравоохранения как составная часть общенационального обязательного курса базового образования

Автор программы. Программа координируется Национальным советом по вопросам образования Финляндии.

Целевая группа/целевые группы. Ученики школ обязательной системы образования, 7 - 9-е классы (возрастная группа 13 – 16 лет).

Цели программы. Программа направлена на расширение кругозора учеников по вопросам охраны здоровья, здорового образа жизни и правил безопасности, включая познания о

профилактике инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ. Задача состоит в том, чтобы развить познавательные, социальные, адаптивные и этические способности учеников, а также их умение управлять своими эмоциями.

Теоретическая основа программы. Комплексный подход. Рекомендации ВОЗ.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование в плановом порядке не проводится. Половое просвещение в Финляндии было предметом исследований и последующих опросов дважды – в 1996 и 2006 гг. При этом изучалось преподавание данной темы учителями биологии и учителями, специализирующимися на темах охраны здоровья. Познавания подростков в сексуальной сфере измерялись дважды в ходе национальных викторин, посвященных вопросам сексуального здоровья, – в 2000 и 2006 гг. За период с 2000 по 2006 гг. знания о сексуальном здоровье повысились. Хотя знания о ИППП и СПИДе также увеличились, это все же оставалось вопросом, над которым нужно было работать больше, чем над другими темами полового просвещения. Стало также ясно, что у юношей познания гораздо хуже, чем у девушек, и что в ходе полового просвещения необходимо уделять больше внимания половым вопросам, которые особенно интересуют юношей.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В программу входят следующие компоненты: школьные уроки (проводимые с использованием интерактивных методов, в том числе просмотр и обсуждение видеороликов о мерах профилактики), распространение информационных листов и презервативов. Темы сексуального здоровья включают, например, отношения между людьми, половую жизнь, поведение и связанные с этим ценности и нормы; наиболее распространенные инфекционные заболевания, распознавание их признаков, обращение за медицинской помощью, основные услуги здравоохранения и в сфере социального обеспечения, права детей и молодежи. В школьных учебниках рассказывается о наиболее распространенных ИППП и ВИЧ – способы передачи, симптомы, заболеваемость в Финляндии, возможные вредные последствия и лечение. Для реализации программы требуются следующие ресурсы: учителя с высшим образованием в области санитарного просвещения; школьные медсестры, обладающие необходимой подготовкой для обсуждения с подростками вопросов половой жизни. Половое просвещение учеников 7 – 9-х классов занимает не менее 3 часов в год.

Методы и результаты оценки эффективности. Раз в 2 года проводится исследование эффективности просвещения по вопросам охраны здоровья среди подростков и молодежи в возрасте от 14 до 20 лет, в ходе которого опрашивается около 180 тыс. респондентов: ученики 8 – 9-х классов средней школы, ученики 1 – 2-х классов школы старшей ступени, учащиеся 1 – 2-х курсов профессионально-технических училищ. Последнее исследование было проведено в 2013 г. Результаты опроса учеников 8 – 9-х классов средней школы показали, что, по сравнению с 2010 г., число молодых людей, не использовавших противозачаточное средство во время последнего полового контакта, сократилось на 2%; число молодых людей, использовавших презерватив и гормональное противозачаточное средство во время последнего полового контакта, увеличилось на 1%; число молодых людей, у которых были половые контакты, выросло на 0,3%. В 2013 г. число молодых людей, подвергшихся сексуальному насилию однократно или повторно, составляло 14,2%. В конце 90-х годов XX века, количество беременностей и абортов среди подростков Финляндии возросло, а в 2002 г. – снизилось. Результаты опроса учителей показывают, что среднее количество часов, выделяемых на половое просвещение, почти удвоилось в период с 1996 по 2006 гг.: с 9,3 часа до 17,3 часа за учебный год. Если сравнить результаты 2006 и 1996 гг., становится ясно, что темы полового контакта, противозачаточных средств, ИППП и ВИЧ, а также социальных аспектов половой жизни перешли из 9-го класса в 8-й, а вопросы, касающиеся деторождения, – из 9-го класса в 7-й. В 8-м классе повышенное внимание уделяется следующим темам: сексуальное домогательство, секс в СМИ, сексуальные меньшинства, половой контакт и детская сексуальность.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Дополнительную информацию о программе можно найти: в разделе «Базовое образование» на сайте Национального совета по вопросам образования Финляндии (URL: http://www.oph.fi/english/curricula_and_qualifications/basic_education); в публикации: Mitä pojat todella haluavat tietää seksistä/ O. Kontula. Väestöliitto. Helsinki, 2012; в публикации *Конттула О.* Эволюция полового просвещения и знания учащихся о сексе в Финляндии в начале XXI в.// The Population Research Institute. The Family Federation of Finland. Sex education. Vol. 10, № 4. Nov., 2010. P. 373-386. (URL:

<http://www.vaestoliitto.fi/@Bin /1351199/Sex+ Education+2010.pdf>). Статистические данные о сексуальном здоровье юношества можно найти в публикации: Raskaudenkeskeytykset, 2012. Aborter, 2012. Искусственное прерывание беременности 2012 (URL: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110210/Tr18_13.pdf?sequence=5).

Контактная информация: Катрина Бильдюшкин, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения (THL), эл. адрес: katriina.bildjuschkin@thl.fi

Просвещение в сфере здравоохранения как составная часть общенационального обязательного курса для школ высшей ступени

Программа координируется Национальным советом по вопросам образования Финляндии.

Целевая группа/целевые группы. Ученики школ высшей ступени, 1-3 классы (возрастная группа 17 – 19 лет).

Цели программы. Просвещение по вопросам охраны здоровья является предметом, преподавание которого строится на междисциплинарном фундаменте и направлено на развитие познаний учеников о здоровье, безопасности и здоровом образе жизни. В задачи полового воспитания входит также расширение знаний о профилактике инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ.

Теоретическая основа программы. Комплексный подход, рекомендации ВОЗ.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование в целевой группе не проводилось.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В рамках программы проводятся школьные уроки (для их проведения рекомендуется использовать интерактивные методы). Обязательный курс охватывает такие темы, как сексуальное здоровье, взаимоотношения в паре, наиболее распространенные заразные заболевания, в том числе соответствующие факторы риска и защиты, а также меры по воздействию на них, методы поиска информации о здоровье и критическое восприятие сообщений, рекламы и маркетинговой информации, касающихся здоровья; пользование услугами здравоохранения и системы социального обеспечения. Факультативные курсы содержат более подробную информацию о сексуальном здоровье и его укреплении, а также о базовых принципах проводимых исследований. Основным ресурсом, необходимым для просвещения по вопросам охраны здоровья, являются учителя, имеющие высшее образование в области санитарного просвещения. Продолжительность обязательного курса просвещения по вопросам охраны здоровья для учеников 1-3 классов школы высшей ступени составляет 38 часов, из которых не менее 3 часов необходимо отвести на половое воспитание. Кроме того, ученики вправе выбрать еще 2 курса по просвещению по вопросам охраны здоровья (факультативно, по 38 часов каждый, в каждом из курсов не менее 1 часа отводится на половое воспитание).

Методы и результаты оценки эффективности. Раз в 2 года проводится исследование эффективности просвещения по вопросам охраны здоровья среди подростков и молодежи в возрасте от 14 до 20 лет, в котором опрашивается около 180 тыс. респондентов: ученики 8-9 классов средней школы, ученики 1-2 классов школы старшей ступени, учащиеся 1-2 курсов профессионально-технических училищ. Последнее исследование было проведено в 2013 г. Результаты опроса учеников 1-2 классов школы старшей ступени показало, что по сравнению с 2010 г. число молодых людей, не использовавших противозачаточное средство во время последнего полового контакта сократилось на 0,5%; число молодых людей, использовавших презерватив и гормональное противозачаточное средство во время последнего полового контакта увеличилось на 0,4%; число молодых людей, у которых были половые контакты, уменьшилось на 0,1%. Число молодых людей, подвергшихся сексуальному насилию однократно или повторно, составляло 15,7%.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Дополнительную информацию о программе можно найти в разделе «Общее среднее образование школы высшей ступени» на сайте Национального совета по вопросам образования Финляндии (URL: http://www.oph.fi/english/curricula_and_qualifications/general_upper_secondary_education) и в публикации Контула О. Эволюция полового просвещения и знания учащихся о сексе в Финляндии в начале XXI в. // The Population Research Institute, The Family Federation of Finland. Sex education, том 10, № 4. Ноябрь 2010. стр. 373-386. (URL: <http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/1351199/Sex+ Education+2010.pdf>).

Контактная информация: Катрина Бильдюшкин, Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения (THL), эл. адрес: katriina.bildjuschkin@thl.fi

5. Латвия

А. Кивите, О.И. Колпакова, В.А. Одинокова

Программа «Пропаганда здоровья среди молодых заключенных»

Авторы программы. Программа была разработана в рамках проекта, поддержка которого осуществлялась несколькими организациями Европейской Комиссии. Ведущим партнером по проекту был Институт Медицинской ассоциации врачей Германии (WIAD). В Латвии координатором программы являлась Негосударственная организация Papardes Zieds (Латвийская ассоциация планирования семьи и сексуального здоровья).

Целевая группа/целевые группы. Целевой группой проекта являлся тюремный персонал, конечными бенефициарами были подростки и молодые люди в возрасте от 14 лет до 21 года.

Цели программы. Проект был направлен на пропаганду здоровья среди уязвимых молодых людей, содержащихся в местах заключения. В частности, в задачи проекта входили разработка и распространение в местах заключения методического пособия для тюремного персонала по пропаганде здоровья среди молодых заключенных. В пособии были освещены следующие вопросы: инфекционные заболевания, сексуальное здоровье, психическое здоровье, а также профилактика и лечение наркотической зависимости.

Теоретическая основа программы. Подход на основе совместного участия: в методическом пособии по пропаганде здоровья были учтены взгляды и потребности уязвимых молодых людей, содержащихся в местах заключения (количественное исследование с применением стандартных вопросников; обсуждения в фокус-группах), а также тюремного персонала и представителей НГО (углубленные интервью), выступающих в качестве потенциальных проводников здоровья в условиях заключения. Во всех охваченных странах в проекте принял участие 571 молодой заключенный из 38 мест заключения, в которых проводился опрос; 223 из них приняли участие в 24 фокус-группах. Кроме того, были проведены беседы один на один с 228 работниками тюрем и представителями НГО с использованием открытых вопросов.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. В основу программы были положены результаты двух исследований. Одно из них показало, что молодые люди, находящиеся в местах заключения, подвергаются повышенному риску инфицирования ВИЧ или АИ по сравнению с молодежной популяцией в целом. Результаты другого исследования подтвердили, что в рамках профилактических мероприятий, которые проводятся в местах заключения, необходимо освещать темы, касающиеся половой жизни и употребления наркотиков (и связанные с ними темы, в том числе ВИЧ и АИ). Была выявлена необходимость в использовании интерактивного подхода при реализации данных мероприятий. На основе результатов этих исследований в методическое пособие было включено описание интерактивных мероприятий по вопросам, связанным со сферой здоровья (в том числе профилактика ВИЧ и АИ), а также были разработаны информационные материалы и рабочие журналы, которые могут использоваться тренером в ходе интерактивных занятий с молодежью.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. В число основных мероприятий программы входили следующие: 1) оценка потребностей; 2) разработка методического пособия; 3) пилотирование пособия, организация обучения тренеров; 4) распространение методического пособия. В пособии содержатся практические материалы для индивидуальной работы, работы в парах, групповой работы, ролевых игр и т.д. по различным вопросам, связанным со сферой здоровья (в том числе ВИЧ). Программа была проведена во всех 12 тюрьмах Латвии. Обучение тренеров было проведено в Риге для всех тюрем централизованно, методическое пособие было распространено во всех латвийских тюрьмах (не менее 2 экземпляров на каждую тюрьму) и в других основных учреждениях и организациях Латвии. Обученные работники тюрем проводили мероприятия по профилактической работе с молодыми заключенными. Ресурсы, необходимые для проведения этих мероприятий, зависели от применяемых интерактивных методов профилактической работы, избранных тренером, и могли включать бумагу, маркеры, самоклеющиеся листочки, звуковоспроизводящую аппаратуру и т.д.

Методы и результаты оценки эффективности. Оценка изменения уровня знаний, поведения или отношения целевой группы (тюремного персонала) и конечных бенефициаров (заключенных) не проводилась. Были лишь в сокращенном объеме измерены результаты обучения тренеров: при получении информации о мнении участников по поводу обучения и при сборе положительных и отрицательных отзывов об обучении использовались интерактивные методы.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. С результатами предварительного исследования ситуации можно ознакомиться в следующих публикациях: Себре

C. и др. Atkarību izraisīto vielu lietošanas problemātika specifiskās bērnu grupās, 2008 (Addictive substance use problems among specific groups of children – Проблемы использования наркотикосодержащих веществ среди детей особых групп); *Karnite A National Research Report (КарнитеА. Отчет об общенациональном исследовании)*. Latvia. HPYP, 2011. Методическое пособие, разработанное в рамках проекта: Rokasgrāmata. Veselības veicināšana jauniešiem ieslodzījumu vietās. Nodarbību materiāli ieslodzījumu vietu darbiniekiem (Health Promotion for Young Prisoners. Toolkit – Пропаганда здоровья среди молодых заключенных. Методическое пособие).

Контактная информация об авторе. Негосударственная организация Papardes Zieds (Латвийская ассоциация планирования семьи и сексуального здоровья), эл. адрес: info@papardeszieds.lv, сайт: <http://papardeszieds.lv/en/index.php>; WIAD (Германия): д-р Карен Вайландт (Caren Weilandt), эл. адрес: caren.weilandt@wiad.de

Программа «Тренинги для работников уголовной юстиции по вопросам, связанным со снижением вреда»

Авторы программы. Тренинг был разработан группой экспертов в рамках проекта, поддержка которому была оказана Европейской Комиссией: Карен Виганд, Карен Вайландт, Мораг Макдональд, Иван Попов, Байба Пурвице, Линда Павловска, Эмануэль Параусану, Сорин Доброта.

Целевая группа/целевые группы. Непосредственной целевой группой проекта являлся тюремный персонал; конечными благополучателями были заключенные всех возрастов (в том числе молодые заключенные).

Цели программы. Проект направлен на пропаганду подхода снижения вреда в латвийских тюрьмах (в том числе, снижение вреда среди молодых заключенных) на основе разработки и совершенствования системы обучения работников уголовной юстиции (включая работу с молодыми заключенными) и расширения их знаний о наркотических веществах, злоупотреблении наркотиками и вреде, связанном с потреблением наркотиков, включая заражение ВИЧ и АИ, что должно способствовать проведению ими профилактических мероприятий для заключенных.

Теоретическая основа программы. Подход на основе совместного участия: при разработке методического пособия были учтены взгляды и потребности уязвимых молодых людей, содержащихся в местах заключения (обсуждения в фокус-группах), а также тюремного персонала и представителей НГО (углубленные интервью), выступающих в качестве потенциальных проводников здоровья в условиях заключения. 18 заключенных в 2 тюрьмах приняли участие в опросе, проведенном в Латвии. Кроме того, были проведены беседы один на один с 12 работниками тюрем и представителями НГО.

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. При разработке программы использовались результаты четырех исследований, три из которых были проведены командой проекта, а одно – другой группой исследователей еще до начала проекта. Одно исследование показало, что молодые люди, находящиеся в местах заключения, подвергаются повышенному риску инфицирования ВИЧ или АИ по сравнению с молодежной популяцией в целом. Результаты 3 других исследований показали, что необходимо повышать уровень знаний и навыков сотрудников полиции и тюремного персонала о наркотиках и снижении вреда (в том числе вреда от ВИЧ и АИ) с тем, чтобы они могли дальше распространять эту информацию среди правонарушителей (включая молодых правонарушителей), с которыми они проводят работу. С учетом этого, в методическое пособие было включено описание конкретных интерактивных мероприятий по вопросам, связанным с употреблением наркотиков (в том числе профилактика ВИЧ и АИ).

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Для разработки методического пособия и совершенствования профилактической работы были проведены кабинетное исследование и оценка нужд и потребностей. Было разработано интерактивное методическое пособие для работников тюрем, а также курс обучения для тренеров. Было организовано обучение тренеров. Были обучены работники тюрем и другие профессионалы с мотивацией для работы в тюрьмах (специалисты системы здравоохранения, психологи, работники социальных служб и т.д.). После этого они начали проводить мероприятия по снижению вреда среди заключенных. Выбор ресурсов для проведения мероприятий по снижению вреда зависел от интерактивных методов, используемых тренером и мог включать бумагу, маркеры, самоклеющиеся листочки и т.д.).

Методы и результаты оценки эффективности. Оценка изменения уровня знаний, поведения или отношения целевой группы (тюремного персонала) или конечных бенефициаров

(заключенных) не проводилась. Была лишь проведена в сокращенном объеме оценка результатов обучения тренеров: при сборе положительных и отрицательных отзывов участников тренингов об их содержании и выяснении мнений участников по поводу обучения использовались интерактивные методы.

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. С результатами предварительного анализа ситуации можно ознакомиться в публикациях: *Karnite A. Literature review* (Карните А. Обзор литературы). Latvia. TCJP, 2009; *Karnite A. In-depth interviews* (Карните А. Углубленные интервью). Latvia. TCJP, 2009; *Karnite A. Focus group discussions* (Карните А. Обсуждения в фокус группах). Latvia. TCJP, 2009; *Себре С. и др. Atkarību izraisīto vielu lietošanas problēmātika specifiskās bērnu grupās*, 2008 (Addictive substance use problems among specific groups of children – Проблемы использования наркотикосодержащих веществ среди особых групп детей). В рамках проекта было разработано методическое пособие: *Wiegand C., Weilandt C., MacDonald M., Popov I., Purvlice B., Pavlovskā L., Parausan E., Dobrota S. Prison staff and harm reduction. A training manual* (Виганд К., Вайландт К., Макдональд М., Попов И., Пурвлище Б., Павловска Л., Параусану Э., Карен Виганд, Карен Вайландт, Мораг Макдональд, Иван Попов, Байба Пурвлище, Линда Павловска, Эмануэль Параусану, Доброта С. Тюремный персонал и снижение вреда. Методическое пособие. (URL: [http://www.drugsandalcohol.ie/14160/1/Training manual.pdf](http://www.drugsandalcohol.ie/14160/1/Training%20manual.pdf)).

Контактная информация об авторе. Негосударственная организация *Papardes Zieds* (Латвийская ассоциация планирования семьи и сексуального здоровья), Б. Пурвлище (B. Purvlice) эл. адрес: baiba.purvlice@gmail.com; Линда Павловска (Linda Pavlovskā), e-mail: macos@papardeszieds.lv. WIAD (Германия): д-р Карен Вайландт (координатор проекта «Обучение работников уголовной юстиции для проведения мероприятий по снижению вреда»), эл. адрес: caren.weilandt@wiad.de; научный сотрудник Карен Виганд (Caren Wiegand), эл. адрес: caren.wiegand@wiad.de

Программа «Взаимное обучение среди сверстников по вопросам ВИЧ/СПИД и репродуктивного здоровья»

Авторы программы: Гита Ганге (Gita Gange), Эдите Канепайя-Ванага (Edite Kanepāja-Vanaga), Райнис Упениекс (Reinis Upenieks).

Целевая группа/целевые группы. В первую очередь, программа была предназначена для молодежи, обучающейся в средних школах или на первых двух курсах профессионально-технических училищ (в возрасте 16 – 18 лет); в некоторых случаях программа также охватывала школьников, обучающихся в последних классах начальной школы (в возрасте 14 – 15 лет).

Цели программы. Расширение знаний и информированности молодежи по вопросам, связанным со здоровыми отношениями и половой жизнью, являющимися естественной и важной составной частью личности, по вопросам ответственности при вступлении в половые отношения, безопасного секса (профилактика нежелательной беременности, ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем) с целью формирования у молодых людей навыков, помогающих в жизни и делающих ее интересной и привлекательной.

Теоретическая основа программы. Подход, основанный на взаимном обучении среди сверстников: основной принцип заключается в том, что мероприятия по обучению молодых людей проводятся не взрослыми/учителями школ, а специально обученными сверстниками учащихся, с которыми молодым чувствуют себя проще при обсуждении деликатных вопросов, касающихся половой жизни, употребления наркотиков и прочих тем (например, ВИЧ и АИ).

Основные результаты предварительного исследования, которые использовались при разработке программы. Предварительное исследование подтвердило, что учащиеся профессионально-технических училищ и ученики сельских школ подвержены повышенному риску заражения ВИЧ-инфекцией или АИ по сравнению с популяцией учащихся в целом.

Основные мероприятия программы; ресурсы, необходимые для реализации программы. Основные компоненты программы: 1) проведение обучения тренеров из числа сверстников учащихся (в роли тренеров выступают активные подростки, мотивированные проводить профилактические мероприятия среди сверстников) 2) проведение обученными подростками профилактических мероприятий со своими сверстниками. Для обучения подростков и оказания им содействия при проведении профилактических мероприятий используется методическое пособие "Rokasgrāmata vienaudžu izglītotājiem. HIV/AIDS un reprodūktīvā veselība" (Train the trainer, peer-to-peer approach) (Тренинг для тренера, подход «равный-равному»). Пособие было разработано в Латвии в 2003 году при финансовой и методической поддержке Программы развития ООН и до сих пор используется при проведении профилактической работы по всей

стране. Пособие содержит описание различных интерактивных приемов и методов, которые можно использовать в профилактической работе с молодежью по вопросам репродуктивного здоровья, ВИЧ и АИ и т.д.

Методы и результаты оценки эффективности. Проводится сокращенная оценка удовлетворенности представителей целевой группы проведенными профилактическими мероприятиями (обычно программа получает высокую оценку). Апробированное средство оценки отсутствует. Каждая негосударственная организация, проводящая данную программу, разрабатывает краткий вопросник, который раздается учащимся после занятия. Данный вопросник содержит, в основном, вопросы по занятию (но не направленные на проверку знаний или отношения учащихся к данной теме). Например, в 2013 г. учащимся задавались следующие вопросы: оцените актуальность занятия (по шкале от 1 до 10); был ли понятным и интересным способ подачи информации (по шкале от 1 до 10); что следует изменить при проведении подобных занятий (свободный ответ).

Ресурсы для получения дополнительной информации о программе. Более подробную информацию о подходе «равный-равному» можно найти на сайте: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc291-peereduc_en_0.pdf. Более подробную информацию о результатах предварительного исследования можно найти в публикации: UNDP, Jauniešiem draudzīgi veselības pakalpojumi – pieejamība un vērtējums (Youth-friendly health services – access and rating) (Программа развития ООН, Клиники, дружественные к молодежи – доступность и рейтинг), 2002. Пособие на русском языке: Г. Ганьге, Э. Канепян-Ванага, Р. Упениекс. Справочник для тренеров по системе обучения равный-равному. ВИЧ/СПИД и репродуктивное здоровье. Латвия, 2003 г. – 224с. Информация о мероприятиях по профилактике ВИЧ и АИ, проводимых в Латвии на основе подхода «равный-равному», на регулярной основе публикуется на следующих сайтах: www.spkc.gov.lv; www.papardeszieds.lv; www.redcross.lv, www.ljsk.lv.

Контактная информация об авторах. Латвийский центр профилактики и контроля заболеваний, эл. адрес: info@spkc.gov.lv, сайт: <http://www.spkc.gov.lv/about-SPKC/>; Негосударственная организация Papardes Zieds (Латвийская ассоциация планирования семьи и сексуального здоровья): эл. адрес: info@papardeszieds.lv, сайт: <http://papardeszieds.lv/en/index.php>; Общество Красного Креста Латвии: эл. адрес: secretariat@redcross.lv, сайт: <http://www.redcross.lv/en/about-us/secretariat/>

ГЛАВА IV. ПРИМЕРЫ УПРАЖНЕНИЙ, КОТОРЫЕ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ В РАБОТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.И. Колпакова, В.А. Одинокова, В. Осипенко, Е.В. Пачкова, М.М. Русакова

Анализ потребностей подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и ассоциированными заболеваниями, показал, что основными «мишенями» программ профилактики, направленных на эту группу подростков и молодежи, должны стать следующие:

1. Повышение информированности подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и ассоциированными заболеваниями, о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, устранение неправильных представлений и мифов о передаче ВИЧ.
2. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией, реалистичной оценки собственного риска инфицирования ВИЧ.
3. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и ассоциированными заболеваниями, положительной установки к следующим способам избегания рискованного поведения:
 - к верности одному партнеру и воздержанию от ранних сексуальных контактов;
 - к сто процентному использованию презерватива во всех сексуальных контактах;
 - к обсуждению ВИЧ и ИППП с половым партнером до вступления в половой контакт;
 - к избеганию случайных половых связей;
 - к избеганию ситуаций вступления в сексуальные контакты в состоянии опьянения;
 - к избеганию ситуаций вступления в сексуальные контакты под давлением/принуждением;
 - к избеганию пробы инъекционных наркотиков;
 - к обращению в медицинские учреждения для консультирования и тестирования на ВИЧ.
4. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией и ассоциированными заболеваниями, толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям.
5. Формирование у подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией, навыков, необходимых для избегания рискованных ситуаций: навыки коммуникации, навыки отказа, навыки противостояния социальному давлению сверстников и т.п.

В данной главе для каждой из выделенных «мишеней», на которые должна быть направлена работа по профилактике ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения, приводятся примеры профилактических упражнений.

Многие из этих упражнений и ранее использовались сотрудниками государственных и общественных организаций при проведении работы по профилактике ВИЧ-инфекции у подростков. Тем не менее далеко не всегда эти упражнения применялись в работе с подростками и молодежью, практикующими рискованное поведение. В рамках проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе «Северного измерения», они были адаптированы к потребностям этой целевой группы.

Все упражнения, представленные в данном методическом пособии, прошли апробацию на базе трех государственных организаций, работающих с подростками и молодежью, практикующими рискованное поведение:

- 1) общежития Калининградского областного колледжа предпринимательства (г. Гурьевск, Калининградская область, Россия),
- 2) Санкт-Петербургского государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Лицей сервиса и индустриальных технологий» (Санкт-Петербург, Россия);
- 3) Санкт-Петербургского государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Колледж отраслевых технологий "Краснодеревец"» (Санкт-Петербург, Россия).

В Калининградской области адаптация и апробация упражнений проводились психологами Центра психолого-педагогической помощи «Доверие» под методическим руководством Общественной организации «ЮЛА». В Санкт-Петербурге это делали сотрудники «Лицея сервиса и индустриальных технологий» и Колледжа отраслевых технологий «Краснодеревец» под методическим руководством РОО «Стеллит». Все специалисты, задействованные в апробации упражнений, предварительно прошли тренинг по вопросам организации и проведения работы по профилактике ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди подростков и молодежи, в высокой степени подверженных риску заражения. Адаптация и апробация упражнений и в Калининградской области, и в Санкт-Петербурге осуществлялись в период с ноября 2014 года по июнь 2015 года.

Специалисты, которые участвовали в апробации, оценивали эффективность каждого упражнения. Для этого они заполняли оценочную форму, в которой, в частности, отмечали уровень мотивации и активности участников, степень, в которой упражнение позволяет достичь каждую из целей профилактической работы, давали развернутые комментарии о том, как прошло упражнение (пришлось ли модифицировать содержание, насколько комфортно и уверенно они себя чувствовали при проведении упражнения, что им больше и меньше всего понравилось при проведении упражнения, приобрели ли они благодаря этому упражнению новые навыки в работе по профилактике ВИЧ с молодежью группы «риска»), и заинтересованы ли они применять это упражнение в дальнейшей работе. Специалистов также просили описать, как они хотели бы изменить упражнение, чтобы повысить его эффективность, и что они могли бы порекомендовать своим коллегам, которые будут проводить это упражнение.

В пособие вошли упражнения, которые соответствуют следующим основным критериям:

- упражнение позволяет в большой степени продвинуться к достижению, по крайней мере, одной из целей, на которую должна быть направлена работа по профилактике ВИЧ у подростков и молодежи, практикующих рискованное поведение;
- во время проведения упражнения специалист чувствует себя уверенно и комфортно;
- в ходе проведения упражнения подростки и молодые люди активны и заинтересованы;
- подростки и молодые люди могут влиять на содержание и процесс проведения упражнения;
- специалист планирует применять упражнение в дальнейшей профилактической работе.

1. Повышение информированности о путях передачи и способах профилактики ВИЧ-инфекции, устранение неправильных представлений и мифов о передаче ВИЧ

«Анкетирование»

Описание. Ведущий предлагает участникам заполнить анкеты, направленные на определение уровня их информированности о проблеме ВИЧ/СПИДа. После этого в свободной форме обсуждаются вопросы, возникшие у участников. Ведущий проговаривает основные пути передачи ВИЧ-инфекции и способы защиты от ВИЧ-инфекции (с акцентом на приоритет воздержания). Обсуждается взаимосвязь между понятиями «здоровье», «счастье», «успех», «достижения в жизни». В конце занятия ведущий резюмирует: «Вряд ли люди, которые инфицированы ВИЧ, думали, что это случится именно с ними. Почему же это произошло? На этот вопрос нет однозначного ответа. Очевидно одно: каждый человек может сделать очень многое для того, чтобы защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией».

Примеры вопросов, которые могут входить в анкету:

1. Выберите правильный вариант ответа:
 - а) СПИД – это начало ВИЧ-инфекции.
 - б) СПИД – это результат развития ВИЧ-инфекции в организме человека.
 - в) ВИЧ-инфекция и СПИД – это одно и то же.
2. Человек, инфицированный ВИЧ,...
 - а) сразу чувствует это.
 - б) может долгое время не знать о том, что он заражен.
3. Продолжительность жизни человека с момента заражения ВИЧ (при условии заботы о поддержании своего здоровья) может достигать:
 - а) 2-х лет.
 - б) 5 лет.
 - в) 20-25 лет.

4. ВИЧ-инфекция передается через:

- а) кровь.
- б) сперму и влагалищные выделения.
- в) грудное молоко от матери к ребенку.
- г) все ответы верны.

5. Выберите те варианты ответов, в которых указаны возможные пути передачи ВИЧ-инфекции:

- а) использование нестерильных шприцев и игл.
- б) укусы насекомых.
- в) совместное использование посуды с ВИЧ-инфицированным.
- г) пользование общим туалетом с ВИЧ-инфицированным.
- д) рукопожатия или объятия с ВИЧ-инфицированным.
- е) незащищенный секс с инфицированным партнером.
- ж) все ответы верны.

6. Период «окна», то есть время с момента заражения ВИЧ до того момента, когда его можно будет определить с помощью анализов, составляет:

- а) 2 – 3 дня.
- б) 2 – 3 месяца.
- в) 2 – 3 года.

7. Вирус иммунодефицита человека гибнет при... (возможно несколько правильных вариантов):

- а) кипячении.
- б) замораживании.
- в) обработке этиловым спиртом.
- г) все ответы верны.

8. ВИЧ-инфекция сегодня:

- а) полностью излечима.
- б) может быть замедлена в своем развитии с помощью терапии.
- в) не поддается никаким медицинским вмешательствам.

Правильные ответы: 1б; 2б; 3в; 4г (а,б,в); 5а, е; 6б; 7а, в; 8б.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 9 до 15 человек. Возраст: не младше 16 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о проблеме ВИЧ-инфекции и навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить подготовленный волонтер, квалифицированный психолог, педагог, социальный работник, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Распечатанные анкеты, ручки или карандаши по количеству участников. Информация о путях передачи ВИЧ-инфекции может предоставляться в виде презентации, подготовленной в программе Power Point (в этом случае понадобятся компьютер или ноутбук, проектор, экран).

Продолжительность: 20 минут.

Рекомендации по проведению.

1. Упражнение позволяет ведущему оценить уровень информированности участников о проблеме ВИЧ-инфекции, уровень их заинтересованности в работе по этой проблеме, выделить темы, наиболее актуальные для участников. Упражнение рекомендуется проводить в начале программы и использовать полученную информацию для уточнения содержания профилактической программы.
2. После проведения анкетирования нужно обязательно обсудить с участниками программы его результаты, предоставить правильные ответы на каждый вопрос анкеты. Обсуждение результатов анкетирования может перейти в небольшую лекцию о проблеме ВИЧ-инфекции, поэтому ведущий должен быть готов дать развернутое пояснение по каждому вопросу анкеты.

3. Рекомендуется убедиться, что все участники программы понимают вопросы анкеты. Если кто-то из участников программы не понял вопрос, необходимо подойти к нему и пояснить, что имелось в виду.
4. Всем участникам программы рекомендуется дать достаточно времени на заполнение анкеты (некоторые ребята могут заполнять ее медленнее, чем остальные участники группы).

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение входит в Программу первичной профилактики ВИЧ/ СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева.

«Калейдоскоп»

Описание. Участники садятся в круг. Ведущий кладет в центр круга три листа бумаги формата А4, на каждом из которых написано одно из следующих утверждений: «Я согласен», «Я не согласен» и «Я не знаю». Ведущий раздает участникам заранее напечатанные утверждения о проблеме ВИЧ-инфекции (каждый участник получает 2 – 3 утверждения). Участники по очереди зачитывают утверждения, которые им достались, и кладут листок с утверждением о проблеме ВИЧ-инфекции под соответствующим листом формата А4 в центре круга. Участник может обосновать свой выбор. Допускается групповая дискуссия, ход которой ведущий должен регулировать. В случае, если участник ответил неверно и остальные подростки с ним согласны, ведущий должен дать правильный ответ на вопрос и аргументировать свою позицию.

Примеры утверждений, которые могут использоваться при проведении упражнения:

- ВИЧ и СПИД – это одно и то же.
- Рisku заражения ВИЧ подвержены только люди, которые употребляют наркотики и ведут беспорядочную половую жизнь.
- Есть средства, которые на 100% защищают от заражения ВИЧ.
- Можно быть зараженным ВИЧ и не знать об этом.
- Люди, заразившиеся ВИЧ, сами в этом виноваты.
- Можно быть больным СПИДом и при этом выглядеть здоровым.
- ВИЧ-инфицированная мать может родить здорового ребенка.
- Женщине, зараженной ВИЧ, следует запретить иметь детей.
- ВИЧ передается насекомыми.
- Есть риск заражения ВИЧ-инфекцией в маникюрном кабинете.
- При СПИДе снижается сопротивляемость организма инфекциям.
- При интимной связи с наркопотребителем очень высок риск заражения ВИЧ.
- ВИЧ передается через кровь.
- Проблема ВИЧ/СПИДа не актуальна для жителей нашего города.
- Принудительное обследование на ВИЧ – единственный способ остановить распространение инфекции.
- Люди без симптомов болезни могут быть источником заражения ВИЧ.
- ВИЧ быстро погибает вне организма.
- Существует высокоэффективная терапия ВИЧ/ СПИДа.
- Женщины заражаются ВИЧ-инфекцией чаще, чем мужчины.
- Достаточно одного незащищенного полового акта с носителем вируса, чтобы заразиться ВИЧ-инфекцией.
- Только взрослые болеют ВИЧ.
- Я знаю, что такое период «окна».
- Следует избегать контакта с человеком, имеющим ВИЧ.
- Если человек знал, что у него ВИЧ-инфекция, и заразил другого человека, он совершил преступление и должен быть наказан лишением свободы.
- Можно вылечиться от СПИДа, если начать лечение на ранней стадии.
- Есть таблетки, которые предохраняют от ВИЧ.
- Результаты обследования на ВИЧ (диагноз) являются врачебной тайной.

- Можно дожить до старости, будучи ВИЧ-инфицированным.
- Я не такой человек, чтобы заразиться ВИЧ.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 9 до 15 человек. Возраст: не младше 16 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о проблеме ВИЧ-инфекции и навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить подготовленный волонтер, квалифицированный психолог, педагог, социальный работник, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Листочки бумаги с заранее напечатанными или написанными на них утверждениями о проблеме ВИЧ-инфекции (с расчетом, что каждый участник должен получить 2 – 3 утверждения), листы формата А4 с надписями: «Согласен», «Не согласен», «Я не знаю».

Продолжительность: 20 – 30 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Упражнение позволяет ведущему оценить уровень информированности участников о проблеме ВИЧ-инфекции, уровень их заинтересованности в работе по этой проблеме, выделить темы, наиболее актуальные для участников. Упражнение рекомендуется проводить в начале программы и использовать полученную информацию для уточнения содержания профилактической программы.
2. Упражнение дает участникам возможность общаться с другими участниками, высказывать свое мнение и отстаивать его в дискуссии. Некоторым участникам может быть сложно аргументировать свою позицию – они могут просто сказать, согласны или не согласны они с утверждением. Это позволяет вовлечь всех участников.
3. Во время проведения упражнения ведущий должен следить за временем, чтобы обсуждение отдельных утверждений не затягивалось.
4. Перед проведением упражнения рекомендуется повторить с участниками правила групповой работы («Не перебивать других участников», «Не осуждать других участников», «Говорить по одному», правило «СТОП» и т.д.).
5. Листы формата А4 с утверждениями можно положить не в центр круга, а прикрепить магнитами на маркерную доску. Тогда утверждения о проблеме ВИЧ-инфекции могут быть написаны на стикерах и участники могут приклеивать их на маркерную доску под листом, высказывание на котором отражает их позицию (согласен, не согласен или не обладает информацией).
6. Листы формата А4 с утверждениями можно не класть в центре круга, а повесить в разные углы комнаты. В этом случае ведущий зачитывает одно утверждение о проблеме ВИЧ и просит участников встать в тот угол комнаты, где лежит лист бумаги с обозначением той позиции, которую они разделяют. После этого организуется обсуждение и ведущий просит объяснить свою позицию так, чтобы ответы не повторялись. Во время обсуждения участники могут менять свою позицию и переходить в другие углы комнаты. После того, как обсуждение закончилось, ведущий зачитывает следующее утверждение и т.д.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение входит в Программу первичной профилактики ВИЧ/ СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева.

«Небольшая лекция о ВИЧ/СПИДе»

Описание. Ведущий просит участников записать на листках бумаги вопросы о проблеме ВИЧ/СПИДа, которые они хотели бы для себя прояснить. Каждый вопрос записывается на отдельном листочке. Ведущий собирает листы бумаги с вопросами, складывает их в коробку, перемешивает, а затем достает по одному и отвечает на каждый вопрос. Даже если у участников не возникло вопросов, ведущий в доступной форме рассказывает им о ВИЧ/СПИДе, освещая следующие аспекты: что такое ВИЧ и СПИД, каковы основные стадии заболевания, как передается и как не передается ВИЧ-инфекция, какие группы населения в наибольшей степени подвержены риску заражения, как проводится диагностика и что такое период «окна», что такое антиретровирусная терапия, каковы способы защиты от ВИЧ?

Требования к участникам. Возраст участников и размер группы зависит от уровня знаний и запроса подростковой группы. Рекомендуемое количество участников – до 25 человек, возраст – не младше 15 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о проблеме ВИЧ-инфекции, навыками публичных выступлений. Упражнение могут проводить квалифицированный психолог, подготовленный педагог или социальный работник, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Бумага, ручки (по количеству участников), коробка для перемешивания вопросов. Информация может предоставляться в виде презентации, подготовленной в программе Power Point (в этом случае понадобятся компьютер или ноутбук, проектор, экран).

Продолжительность: 30 – 40 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Важно, чтобы ведущий соблюдал анонимность и не говорил, кто из участников задал вопрос, на который он отвечает. Особенно важно соблюдать это правило в группе, где участники мало знакомы друг с другом.
2. Ведущему рекомендуется четко излагать информацию, соблюдать регламент, быть в постоянном контакте с группой, поддерживать интерес к обсуждаемой проблеме.
3. Для облегчения восприятия информации участниками, помимо слайдов, ведущему рекомендуется использовать рисунки, графики (например, об эпидемиологической ситуации в мире, в стране, области, городе), схемы, короткие видеоролики. Заинтересовать участников можно обсуждением актуальных результатов исследования распространения ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи.
4. Рекомендуется закрепить информацию, предоставленную участникам во время лекции, в ходе других профилактических упражнений.
5. Следует вовлекать участников в обсуждение проблемы. Для этого можно использовать технику «мозгового штурма».

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение входит в Программу первичной профилактики ВИЧ/ СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: *Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева.*

Лекция на тему «Меры предохранения от инфекций, передающихся половым путем»

Описание. Ведущий просит участников записать на листках бумаги вопросы об инфекциях, передающихся половым путем, которые они хотели бы для себя прояснить. Каждый вопрос записывается на отдельном листочке. Ведущий собирает листы бумаги с вопросами, складывает их в коробку, перемешивает, достает листочки с вопросами по одному и отвечает на каждый вопрос.

Дальше ведущий просит участников перечислить все инфекции, передающиеся половым путем, названия которых им знакомы: те, которые обсуждались во время ответов на вопросы, и те, которые еще не были названы. Названия записываются на ватмане. Если список неполный, ведущий дополняет его таким образом, чтобы были перечислены, по крайней мере, следующие инфекции: трихомониаз, уреаплазмоз, хламидиоз, герпес, сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция. Дальше ведущий кратко рассказывает о каждой инфекции по следующей схеме: источник, пути передачи, группы населения, в наибольшей степени подверженные риску заражения данной инфекцией, диагностика, места, где можно получить помощь, профилактика, меры предохранения (при этом важно не повторять ту информацию, которая уже прозвучала в ответах на вопросы).

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 9 до 20 человек. Возраст: не младше 16 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о заболеваниях, передающихся половым путем, а также владеть навыками публичных выступлений, должен уметь работать с подростками. Лучше, чтобы лекцию проводил врач-гинеколог или специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Бумага, ручки (по количеству участников), коробка для перемешивания вопросов, ватман, маркер. Могут понадобиться компьютер или ноутбук, проектор, экран (в том случае, если информация об инфекциях, передающихся половым путем, предоставляется в виде презентации, подготовленной в программе Power Point).

Продолжительность: 40 – 60 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Ведущему рекомендуется четко излагать информацию, по возможности избегать использования сложной терминологии, соблюдать регламент, быть в постоянном контакте с группой, поддерживать интерес к обсуждаемой проблеме, использовать формат «вопрос – ответ».
2. Для облегчения восприятия информации участниками ведущему рекомендуется использовать презентации, рисунки, графики (например, об эпидемиологической ситуации в мире, в стране, области, городе), схемы, короткие видеоролики. Заинтересовать участников можно обсуждением актуальных результатов исследования распространения заболеваний, передающихся половым путем, среди подростков и молодежи.
3. Рекомендуется закрепить информацию, предоставленную участникам во время лекции, в ходе других профилактических упражнений.
4. Необходимо учитывать, что подростки могут смущаться при обсуждении этой проблемы. Рекомендуется проводить занятия в группах, однородных по полу.
5. Ведущий обязан соблюдать анонимность и не озвучивать, кто из участников задал вопрос, на который он отвечает. Особенно рекомендуется соблюдать это правило в группе, где участники мало знакомы друг с другом.
6. После занятия рекомендуется раздать участникам информационные брошюры об инфекциях, передающихся половым путем.

Первоисточник, в котором описано упражнение: «Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем»/ ОО «Гуманитарный проект» Новосибирск 2000; Изд. «Медицина для вас», Москва, 2003. 206 с.

2. Формирование реалистичной оценки собственного риска инфицирования ВИЧ

«Почему мы говорим о ВИЧ-инфекции?»

Описание. Ведущий предлагает участникам разделить на небольшие группы (по 3 - 4 человека) и дает задание придумать как можно больше причин, по которым в наше время людям следует знать и говорить о ВИЧ/СПИДе. Каждая группа записывает список причин на большом листе бумаги и представляет результаты своей работы. Далее ведущий проводит групповую дискуссию, целью которой является осознание участниками важности обсуждаемой проблемы.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 12 до 20 человек. Возраст: не младше 15 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о проблеме ВИЧ-инфекции и навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить подготовленный волонтер, квалифицированный психолог, педагог, социальный работник, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Отдельное помещение, блокнот для флипчарта или большие листы бумаги, маркеры, столы (по количеству небольших групп, в которые объединятся участники, чтобы было удобно составить список причин на большом листе бумаги).

Продолжительность: 30 – 35 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Упражнение рекомендуется использовать для отслеживания того, как меняется отношение участников к проблеме ВИЧ-инфекции (можно проводить его в середине профилактической программы).
2. Наиболее успешно упражнение может проходить в группе, где участники доверяют друг другу.
3. Во время проведения упражнения ведущему рекомендуется наблюдать за работой каждой группы и помогать формулировать причины.

Первоисточник, в котором описано упражнение: Ганьге Г., Канепая-Ванага Э., Упениекс Р. ВИЧ/СПИД и репродуктивное здоровье: Справочник для тренеров по системе обучения «Равный – Равному». Министерство образования и науки Латвийской Республики, 2003.

«Градусник риска (ранжирование карточек по степени риска заражения ВИЧ-инфекцией)»

Описание. Участники садятся в круг. Ведущий кладет в центр круга листы бумаги, на каждом из которых приводится одна ситуация, в которой есть или отсутствует риск заражения ВИЧ-инфекцией. Участникам предлагается совместно обсудить ситуации, представленные на листах бумаги, и разложить все листы бумаги в линию. На одном конце линии должны располагаться листы с ситуациями, в которых полностью отсутствует риск заражения ВИЧ-инфекцией, на другом конце – листы с ситуациями, в которых риск заражения ВИЧ-инфекцией составляет 100%, а между ними – листы с ситуациями с высоким или низким риском заражения ВИЧ-инфекцией. При этом листы с ситуациями, в которых риск заражения ВИЧ-инфекцией высокий, располагаются ближе к концу линии, обозначающему сто процентную вероятность заражения, а листы с ситуациями, в которых риск заражения ВИЧ-инфекцией низкий, – ближе к концу линии, обозначающему отсутствие риска заражения ВИЧ-инфекцией. После этого ведущий обсуждает с участниками результаты выполнения задания и, в случае необходимости, корректирует ошибки участников, перемещая листы с ситуациями.

Примеры ситуаций, которые могут использоваться при проведении упражнения:

- Поцелуй в щеку.
- Инъекция в лечебном учреждении.
- Половая жизнь в браке.
- Переливание крови.
- Пользование чужой зубной щеткой.
- Плавание в бассейне.
- Глубокий поцелуй.
- Уход за больным СПИДом.
- Укус комара.
- Множественные половые связи.
- Прокалывание ушей.
- Проживание в одной комнате с ВИЧ-инфицированным человеком.
- Нанесение татуировки.
- Объятия с больным СПИДом.
- Пользование общественным туалетом.
- Укус постельного клопа.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 9 до 15 человек. Возраст: не младше 16 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о проблеме ВИЧ-инфекции и навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить подготовленный волонтер, квалифицированный психолог, педагог, социальный работник, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Отдельное помещение, листы бумаги с заранее написанными на них ситуациями с высоким или низким риском заражения ВИЧ-инфекцией. Могут понадобиться компьютер или ноутбук, проектор, экран (если во время подведения итогов упражнения ведущий показывает презентацию, подготовленную в программе Power Point, о том как передается и как не передается ВИЧ-инфекция).

Продолжительность: 15 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Перед началом выполнения упражнения необходимо дать участникам четкую инструкцию.
2. При подведении итогов упражнения ведущему рекомендуется может использовать короткую презентацию, подготовленную в программе Power Point, о том, как передается и как не передается ВИЧ-инфекция.
3. Обычно в групповом обсуждении степени риска заражения ВИЧ-инфекцией в каждой из перечисленных ситуаций активно участвуют несколько человек, а остальные участники

группы молча наблюдают. Для того чтобы более активно включить в процесс обсуждения всех участников, ведущему рекомендуется не класть листы бумаги в центр круга, а раздать их участникам, предложить каждому по очереди положить свой лист бумаги на определенное место на «градуснике риска» и объяснить свой выбор.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение входит в Программу первичной профилактики ВИЧ/СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева.

«Обсуждение результатов исследования распространения ВИЧ-инфекции среди подростков и молодежи»

Описание. Ведущий предлагает участникам ответить на вопрос, считают ли они проблему распространения ВИЧ/СПИДа как серьезную, актуальную для того города, в котором они живут, и требующую вмешательства. Далее ведущий кратко приводит статистические данные о распространенности ВИЧ/СПИДа среди подростков и молодежи в том населенном пункте, где реализуется программа. После этого он приводит результаты актуального исследования, проведенного среди подростков и молодежи в этом же населенном пункте. Затрагиваются вопросы о том, что далеко не все подростки и молодежь в возрасте от 16 до 24 лет, по данным исследования, имеют сексуальный опыт. Для тех, кто имеет сексуальный опыт, риски заражения ВИЧ-инфекцией могут быть связаны с тем, что при половом акте или не используется презерватив, или во время полового акта один или оба партнера находятся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, или один из партнеров принуждается к сексу. У 25% подростков и молодежи, имеющих сексуальный опыт, в течение последних 12 месяцев были случайные половые партнеры. Делается вывод, что подростки и молодежь плохо информированы о путях передачи ВИЧ-инфекции. После этого ведущий предлагает участникам выразить свое отношение к результатам исследования и ответить на вопросы о том, относят ли они себя к группе «риска» и были ли в их жизни ситуации, в которых они рисковали заразиться ВИЧ-инфекцией. В ходе дискуссии ведущий отвечает на вопросы о ВИЧ/СПИДе, которые возникают у участников.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: 8 – 12 человек. Возраст: 16 лет – 24 года.

Квалификационные требования к ведущему. Упражнение должен проводить квалифицированный педагог или психолог, имеющий необходимые знания в области профилактики поведения «риска». При подготовке упражнения ведущий должен ознакомиться с последними статистическими данными или данными исследований.

Технические требования. Для проведения упражнения необходимы брошюра или презентация, в которой основные результаты исследования представлены в наглядной форме (графики или инфографика); в случае, если используется презентация, необходимы компьютер или ноутбук, проектор, экран.

Продолжительность: 60 минут.

Рекомендации по проведению:

1. При подготовке к проведению упражнения ведущему рекомендуется найти наиболее актуальные результаты исследований, проведенных среди подростков и молодежи, которые по своим характеристикам (пол, возраст, место обучения и воспитания, место проживания и т.д.) максимально близки к участникам профилактической программы
2. При проведении упражнения рекомендуется избегать сложных терминов, предоставлять результаты исследования в понятной для участников форме.
3. Необходимо предоставить каждому участнику возможность высказать свое мнение и определить свою позицию в отношении проблемы ВИЧ/СПИДа.
4. Рекомендуется проводить упражнение в группе, где участники доверяют друг другу.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение было разработано сотрудниками РОО «Стеллит» и Колледжа отраслевых технологий «Краснодеревец» в 2015 году в рамках Проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе «Северного измерения».

3. Формирование положительной установки к способам избегания рискованного поведения

Дискуссия и «мозговой штурм» на тему: «Дружба, влюбленность, любовь»

Описание. Ведущий организует групповую дискуссию и предлагает участникам ответить на следующие вопросы:

- Что такое дружба?
- Что такое влюбленность?
- Что такое любовь?
- Как понять, что один человек любит другого человека?
- Что такое верность?
- Как связаны любовь и ответственность?
- Какую роль в любви играют сексуальные отношения?

Ведущий записывает высказывания на маркерной доске или на флипчарте, подчеркивая общее и различия в понятиях. По результатам обсуждения участники должны понять, что любовь не сводится только к сексу или приятному проведению времени. Любовь – это, прежде всего, ответственность и верность себе и другому человеку.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 9 до 15 человек. Возраст: 16 – 19 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить подготовленный волонтер, квалифицированный психолог, педагог, социальный работник.

Технические требования. Флипчарт или маркерная доска, маркеры.

Продолжительность: 20 – 30 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Упражнение рекомендуется проводить в 2 этапа. Во 2-ой этап можно включить ролевые игры – проигрывание коротких сценок, в которых могут быть актуализированы проблемные темы (например, «Как отказать другу, если он просит попробовать с ним легкий наркотик»). Темы могут предлагать сами участники – главное, чтобы они отражали три состояния: дружбу, влюбленность, любовь.
2. При подготовке к проведению упражнения ведущему рекомендуется подобрать литературные сюжеты или фрагменты из художественных фильмов, иллюстрирующие понятия «любовь», «влюбленность», «дружба».
3. Рекомендуется проводить упражнение в группах, гомогенных по полу.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение является модификацией упражнения, представленного в Программе первичной профилактики ВИЧ/ СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева.

«Идеальное свидание»

Описание. Группа делится на две подгруппы: в одну входят юноши, в другую – девушки. Каждая группа должна разработать сценку на тему «Идеальное свидание»: придумать сценарий, выбрать исполнителей, автора, который читает текст «за кадром». Сценки проигрываются. Ведущий организует обсуждение в общей группе.

Вопросы для обсуждения:

- в чем отличия сценария девушек от сценария юношей? Есть ли «мужской» и «женский» подход к гендерным отношениям и к «идеальному свиданию»? Что хочет юноша и чего хочет девушка на первом свидании?
- можно ли вступать в сексуальные отношения на первом свидании? Как можно отказать юноше, если он настаивает на интимных отношениях?
- как могут развиваться события, если девушка согласится на интимные отношения/ откажется от них? Какие риски могут быть в данной ситуации?

Во время обсуждения ведущий делает акцент на проблемах принуждения к сексу, на ситуациях, связанных с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 10 до 16 человек; в группе должно быть равное количество юношей и девушек. Возраст: 16 – 19 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить квалифицированный психолог, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Листы для записей, ручки, фломастеры (по количеству участников).

Продолжительность: 40 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Рекомендуется, чтобы упражнение проводили двое ведущих – мужчина и женщина.
2. Лучше проводить упражнение в сплоченной группе, участники которой доверяют друг другу.
3. Ведущим следует помогать участникам в разработке сценариев «Идеального свидания».

Первоисточники, в которых описано упражнение. Данное упражнение является модификацией упражнений, представленных в публикациях:

- 1) Ганьге Г., Канепая-Ванага Э., Упениекс Р. ВИЧ/СПИД и репродуктивное здоровье: Справочник для тренеров по системе обучения «равный – равному». Рига: Министерство образования и науки Латвийской Республики, 2003.
- 2) «Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем»/ ОО «Гуманитарный проект» Новосибирск 2000; Изд. «Медицина для вас», Москва, 2003. 206 с.

«Плюсы и минусы»

Описание. Ведущий делит участников на 4 подгруппы (от 3-х до 5-ти человек). Каждой группе выдается бумага и фломастеры. Каждая группа получает один вопрос, на который в течение 10 минут она должна придумать как можно больше ответов. Вопросы:

- Какие есть плюсы в том, чтобы быть ребенком?
- Какие есть минусы в том, чтобы быть ребенком?
- Какие есть плюсы в том, чтобы быть взрослым?
- Какие есть минусы в том, чтобы быть взрослым?

Каждая группа представляет результаты своей работы другим участникам. Каждый список ответов обсуждается в общей группе и дополняется. Ведущий проводит групповую дискуссии, в ходе которой обсуждаются следующие вопросы:

- Легко ли быть взрослым?
- Что теряет и что приобретает человек, когда становится взрослым?
- Чем подросток отличается от ребенка и от взрослого?
- Как молодые люди выражают свое желание стать взрослыми?
- Могут ли наличие сексуального опыта, употребление алкоголя и наркотиков свидетельствовать о том, что человек стал взрослым?

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 12 до 20 человек. Возраст: 16 – 19 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить подготовленный волонтер, квалифицированный психолог, педагог, социальный работник, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Технические требования. Большие листы бумаги, фломастеры или маркеры, столы или флипчарты (по количеству подгрупп, чтобы делать записи на больших листах бумаги).

Продолжительность: 40 минут.

Рекомендации по проведению: Упражнение рекомендуется проводить в начале профилактической программы, поскольку оно позволяет сплотить участников.

Первоисточник, в котором описано упражнение: Ганьге Г., Канепая-Ванага Э., Упениекс Р. ВИЧ/СПИД и репродуктивное здоровье: Справочник для тренеров по системе обучения «Равный – Равному». Рига: Министерство образования и науки Латвийской Республики, 2003.

«Почему люди вступают в сексуальные отношения?»

Описание. Ведущий предлагает группе подумать и назвать как можно больше причин, по которым люди вступают в сексуальные отношения. Все причины, которые называют участники,

ведущий записывает на блокноте для флипчарта или на маркерной доске. Затем группа под руководством ведущего анализирует каждую из названных причин с точки зрения социальной приемлемости, морально-нравственных ценностей, потенциальной опасности для здоровья и личных приоритетов каждого человека. После этого ведущий спрашивает у участников, отличаются ли причины, по которым подростки вступают в сексуальные отношения, от причин, которые обсуждались в первой части упражнения. Важно, чтобы в результате дискуссии участники поняли, что не стоит торопиться начинать сексуальные отношения, что лучшим мотивом для начала сексуальных отношений является любовь, а не любопытство, кроме того, необходимо помнить о правилах безопасности.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 9 до 20 человек. Возраст: 15 лет и старше.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать навыками проведения групповой дискуссии. Упражнение могут проводить квалифицированный психолог, специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.

Технические требования: маркеры, флипчарт, блокнот для флипчарта или маркерная доска.

Продолжительность: 30 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Упражнение рекомендуется проводить в группе, гомогенной по полу.
2. Ведущий должен быть готов к различным реакциям, которые могут возникать у участников в ходе обсуждения (от отвержения до повышенного интереса). Важно понимать, что эти реакции могут быть обусловлены особенностями воспитания и жизненного опыта подростка, и адекватно на них реагировать.
3. При проведении упражнения рекомендуется ориентироваться на особенности группы. Если группа испытывает затруднения в обсуждении темы сексуальных отношений, можно предложить следующий прием: ведущий раздает участникам листки для записей, просит каждого из них написать на своем листке причины, по которым люди вступают в сексуальные отношения, собирает листки, озвучивает выделенные участниками причины и организует обсуждение причин.
4. Рекомендуется проводить упражнение после того, как участники группы привыкли друг к другу, стали доверять друг другу. Не следует проводить упражнение до того, как участники получают базовую информацию о проблеме ВИЧ/СПИДа.

Первоисточники, в которых описано упражнение:

- Ганьге Г., Канепая-Ванага Э., Упениекс Р. ВИЧ/СПИД и репродуктивное здоровье: Справочник для тренеров по системе обучения «Равный – Равному». Рига: Министерство образования и науки Латвийской Республики, 2003;
- Программа первичной профилактики ВИЧ/ СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева.

«4 угла»

Описание. Ведущий заранее готовит 4 листа бумаги формата А4, на каждом из которых написано одно из следующих утверждений: «Совершенно согласен», «Скорее согласен», «Скорее не согласен», «Совершенно не согласен». Ведущий раскладывает эти листы в 4 угла комнаты (по одному в каждый угол). Далее он зачитывает высказывания об алкоголе и наркотиках и о связи их употребления с риском заражения ВИЧ-инфекцией. После каждого высказывания ведущий просит участников определить свою позицию по отношению к этому высказыванию и пройти в соответствующий угол комнаты. Ведущий подходит к каждой из групп и просит их представителей объяснить свой выбор. В ходе обсуждения участники могут менять свою позицию и переходить в соответствующий угол комнаты. После того как представители всех четырех групп прокомментировали свой выбор, ведущий сообщает свою позицию по отношению к данному высказыванию.

Примеры высказываний, которые могут использоваться при проведении упражнения:

- для сохранения здоровья важно избегать употребления алкоголя;
- для сохранения здоровья важно избегать употребления наркотиков;
- употребление алкоголя и наркотиков может усилить риск заражения ВИЧ-инфекцией.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 10 до 20 человек. Возраст: от 16 лет до 21 года.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовыми знаниями о негативных последствиях употребления алкоголя и наркотиков для здоровья, о том, как употребление алкоголя и наркотиков повышает риск заражения ВИЧ-инфекцией, а также навыками работы с группой. Упражнение могут проводить квалифицированный психолог, педагог, социальный работник.

Технические требования. Листы формата А4 с утверждениями: «Совершенно согласен», «Скорее согласен», «Скорее не согласен», «Совершенно не согласен».

Продолжительность: 30 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Ведущему рекомендуется проводить обсуждение высказываний таким образом, чтобы участники осознали негативные последствия употребления алкоголя и наркотиков для здоровья и связь между употреблением алкоголя и наркотиков и повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией.
2. Ведущему рекомендуется продумать свою аргументацию по каждому утверждению до проведения занятия.
3. Необходимо дать возможность высказаться максимальному количеству участников.
4. Рекомендуется проводить упражнение после того, как участники получают базовую информацию о путях передачи ВИЧ-инфекции.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение было представлено на тренинге, проводившемся в ходе Проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе «Северного измерения».

4. Формирование толерантного отношения к ВИЧ-положительным людям

«Просмотр и обсуждение фильма "Выше неба"»

Описание. Ведущий организует просмотр фильма «Выше неба» (2012 год, Белоруссия, сценарий разработан Андреем Курейчиком, фильм снят Андреем Курейчиком и Дмитрием Марининым по заказу ООН). В фильме представлена история 20-летнего парня, который живет и учится в Минске. Он музыкант, композитор, играет в модной минской группе. Однажды происходит событие, которое переворачивает всю его жизнь, – он узнает, что ВИЧ-инфицирован.

Вопросы, которые можно обсуждать во время дискуссии:

- пути передачи ВИЧ-инфекции;
- необходимость использования презерватива;
- важность отказа от употребления наркотиков;
- принятие решения о начале сексуальных отношений;
- сохранение доверительных отношений с родителями;
- тестирование на ВИЧ и сохранение тайны диагноза;
- необходимость толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 12 до 20 человек. Возраст: от 16 лет и старше.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать толерантным отношением к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, навыками проведения групповой работы. Упражнение могут проводить квалифицированный психолог, педагог, социальный работник.

Технические требования. Ноутбук, проектор, экран, колонки.

Продолжительность: около 3 часов (продолжительность фильма составляет 133 минуты, на обсуждение дается –30 – 45 минут).

Рекомендации по проведению:

1. Для того чтобы сократить время проведения упражнения, ведущему рекомендуется заранее выбрать несколько наиболее «сильных» эпизодов и обсудить с участниками каждый из них.
2. Можно попросить участников заранее посмотреть фильм самостоятельно, а на занятии обсудить его. В этом случае ведущий должен сам хорошо знать содержание фильма, в начале занятия кратко напомнить его участникам, показать наиболее значимые фрагменты.

Это позволит ребятам, которые не смогли посмотреть фильм заранее, полноценно участвовать в обсуждении.

3. Можно разбить просмотр фильма на несколько занятий.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение было разработано в рамках Проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе «Северного измерения».

«Горячий стул»

Описание. Ведущий предлагает участникам принять участие в ролевой игре. Один из участников группы играет роль человека, у которого обнаружена ВИЧ-инфекция, другие участники – роли тех людей, чье мнение для него важно (родственники, друзья, знакомые, педагоги и т.д.). Эти роли выбирает для них участник, играющий ВИЧ-инфицированного, совместно с ведущим. После этого участник, играющий роль человека, у которого недавно обнаружили ВИЧ-инфекцию, садится на стул в центре комнаты. Все остальные участники представляют, что только что узнали о его диагнозе, и по очереди говорят ему то, что сказали бы те люди, в роли которых они выступают (это могут быть слова поддержки, укора, выражение собственных чувств и т.д.). После этого ведущий просит участника, который играл роль ВИЧ-инфицированного, рассказать о чувствах и мыслях, которые вызвали у него слова других участников. Проводится групповая дискуссия о трудностях, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, и о том, что окружающие могут сделать для того, чтобы поддержать этих людей. В ходе дискуссии у участников должна повыситься толерантность к ВИЧ-позитивным людям.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 6 до 10 человек. Возраст: от 16 до 22 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать базовой информацией о ВИЧ/СПИДе, толерантным отношением к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, навыками проведения групповой работы. Упражнение может проводить квалифицированный психолог.

Технические требования. Нет.

Продолжительность: 40 – 90 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Упражнение рекомендуется проводить в группе, в которой участники уже хорошо знакомы и доверяют друг другу.
2. Рекомендуется проводить упражнение после того, как участники получили базовую информацию о путях передачи ВИЧ-инфекции.
3. В начале упражнения ведущий может предложить участникам вспомнить основные пути передачи ВИЧ-инфекции и напомнить им, как ВИЧ-инфекция не передается. В конце упражнения рекомендуется провести психологическое упражнение, направленное на снятие эмоционального напряжения у участников.
4. Рекомендуется включить всех участников в выполнение упражнения – проследить, чтобы никто не остался без роли: если кто-то из участников не хочет играть роль, которую ему предлагают, у него должна быть возможность получить ту роль, которую ему было бы комфортно играть.
5. Если участников заинтересовало упражнение, рекомендуется проиграть его несколько раз для того, чтобы у каждого была возможность попробовать себя в нескольких ролях.

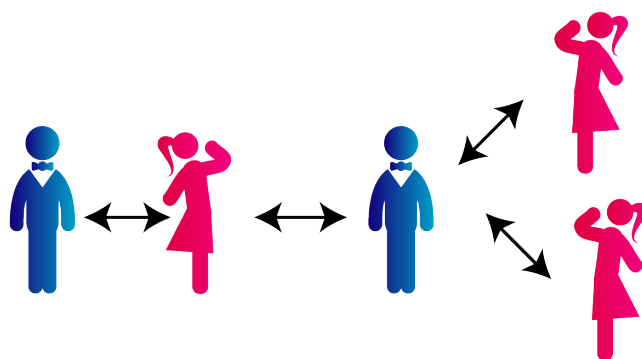
Первоисточник, в котором описано упражнение. Упражнение было разработано в рамках Проекта «Усиление работы в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и ассоциированных заболеваний среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения ВИЧ в регионе «Северного измерения» с использованием упражнений, представленных на тренинге.

5. Развитие навыков, необходимых для избегания рискованных ситуаций

«Ролевая игра "Василина и Егор"»

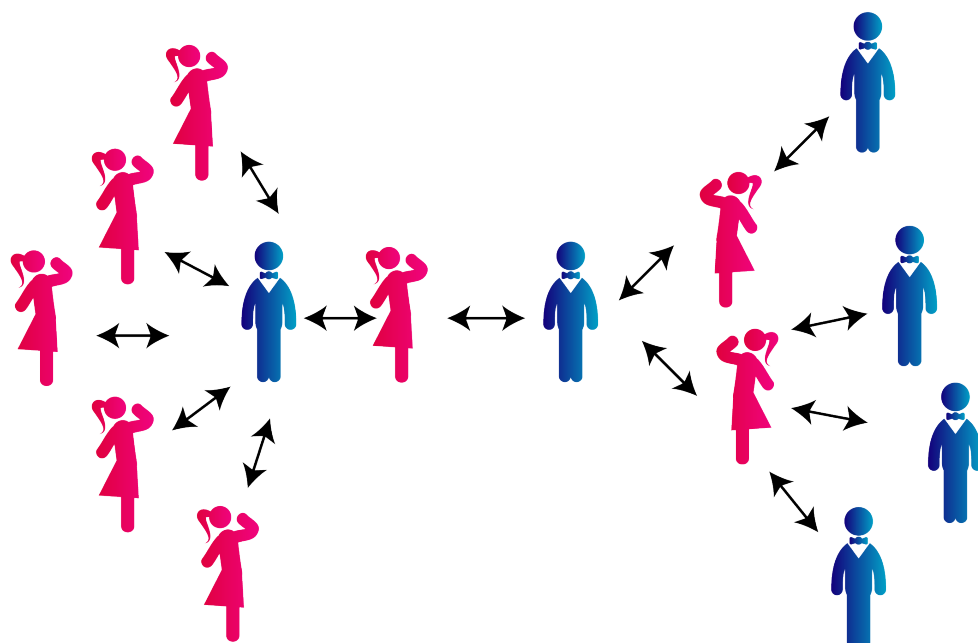
Описание. На первом этапе упражнения ведущий рассказывает и схематично иллюстрирует следующую историю. «Жили-были на свете молодые люди, обозначим их так: Ефросинья и Ануфрий. Однажды они встретились и полюбили друг друга. У них никогда раньше не было таких чистых и доверительных отношений, такой настоящей любви. Все, что было в прошлом у каждого, не имело для них никакого значения. Это были случайные встречи, несерьезные отношения, да и было их совсем

немного. У Ефросиньи был один короткий, летний роман. И у Ануфрия раньше были близкие отношения с двумя девушками.



Но у бывшего друга Ефросиньи было много девушек, он вообще был человек несерьезный. А одна из бывших подруг Ануфрия была легкомысленной, из-за этого они и расстались. Вторая его девушка просто бросила его, уехав в другой город.

И у тех, в общем-то посторонних, людей тоже были какие-то сексуальные отношения в прошлом. Если расширять эту схему дальше, то люди, которых мы изобразим схематично наверняка не знакомы главным героям. Ефросинья и Ануфрий, скорее всего, даже не слышали о них.



А зачем о них вспомнили мы? Потому что, вступая в сексуальные отношения даже с очень любимым и близким человеком, необходимо задуматься о том, какие партнеры были у него в прошлом, могли ли сексуальные отношения, которые были у него в прошлом, привести к заражению ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися половым путем».

Далее ведущий делит участников на подгруппы таким образом, чтобы в каждую из них входили 3 – 5 человек и чтобы общее количество подгрупп было четным. Каждая подгруппа получает свой номер. Ведущий зачитывает следующий текст: «Василина и Егор встречаются уже 6 месяцев. Егору очень хочется интимных отношений, но Василина хочет отложить эти отношения до брака. Каждый раз, когда они встречаются, Егор «давит» на Василину, а она боится потерять Егора». Участникам подгрупп с четными номерами предлагается составить список доводов, которые мог бы использовать Егор для того, чтобы уговорить Василину на интимные отношения, и распределить между собой роли Егора и его друзей (условно все они считают, что Егор прав). Участникам подгрупп с нечетными номерами предлагается составить список доводов, которые могла бы использовать Василина для того, чтобы объяснить Егору, что не стоит торопиться, и распределить между собой роли Василины и ее подруг (условно все они считают, что Василина права). Далее участникам одной подгруппы с четным номером и одной подгруппы с нечетным номером предлагается разыграть сценку, в которой «Егор» с «друзьями» и «Василина» с

«подругами» обсуждают, стоит ли Василине и Егору начинать интимные отношения. Сценка обсуждается. Ведущий говорит о том, что у каждого человека есть право сказать «нет», если он чувствует, что происходящее противоречит его интересам, и о том, что важно выражать свою позицию тактично, но твердо.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 10 до 16 человек. Возраст: от 16 до 19 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Ведущий должен обладать навыками групповой работы, проведения ролевых игр. Упражнение могут проводить квалифицированный психолог, подготовленный для ведения тренинга педагог или социальный работник.

Технические требования. Маркеры, большие листы бумаги, на которых участники записывают доводы, подтверждающие правоту Василины и Егора, флипчарт и блокнот для флипчарта/маркерная доска, на которой ведущий рисует схему, иллюстрирующую опыт отношений Ануфрия и Ефросиньи. Маркеры.

Продолжительность: 40 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Рекомендуется, чтобы при выполнении второго этапа упражнения в каждой подгруппе было не более 5 участников.
2. Если в упражнении участвуют только юноши или только девушки, им может быть сложно составить список доводов от лица человека противоположного пола. В этом случае ведущий должен им помочь.
3. Рекомендуется проводить упражнение после того, как участники группы привыкли друг к другу, стали доверять друг другу. Не следует проводить упражнение до того, как участники получат базовую информацию о проблеме ВИЧ/СПИДа.

Первоисточники, в которых описано упражнение:

- 1) «Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем» / ОО «Гуманитарный проект» Новосибирск 2000; Изд. «Медицина для вас», Москва, 2003. 206 с.;
- 2) Программа первичной профилактики ВИЧ/ СПИДа и рискованного поведения у детей старшего подросткового возраста «Ладья – В ладу с собой». Авторы программы: Н.А. Сирота, Т.В. Воробьева, А.В. Ялтонская, Е.Е. Рыдалевская, С.М. Яцышин, А.В. Микляева, Н.В. Кудрявцева).

«Социальные роли»

Описание. Ведущий предлагает участникам представить ситуацию празднования Дня рождения их сверстника, на котором предлагают различные алкогольные напитки, есть возможность получить «легкие» наркотики, найти случайного партнера для «ни к чему не обязывающих» сексуальных отношений. Участникам предлагается назвать все возможные социальные роли, которые могут быть у тех, кто проводит время в этой компании. Каждая социальная роль, которую назвали участники, записывается на отдельном листе бумаги. Если какая-либо роль не совсем понятна для группы, то ведущий уточняет характеристику данной роли (например: «серый кардинал» - это тот, кто влияет на ситуацию в группе, принятие решений, осуществляет контроль, но незаметно для окружающих). Количество ролей зависит от уровня активности участников группы и может составлять от 15 до 25. При этом важно, чтобы были названы следующие социальные роли: «лидер», «серый кардинал», «шестерка», «изгой», «секс-бомба», «белая ворона», «наблюдатель». Если члены группы не назвали какие-либо из данных ролей, ведущий может их к этому подвести.

После этого ведущий развешивает листы с названиями социальных ролей на стены аудитории. Участникам группы предлагается выбрать ту роль, которую они чаще всего играют в группе или о которой они хотели бы поговорить, и сесть под листом бумаги с названием этой роли. Желательно распределить участников группы таким образом, чтобы они не группировались вокруг одной роли, а выбирали разные роли из тех, которые представлены в помещении. Если кто-то из участников затрудняется с выбором роли, ведущий может предложить ему придумать еще одну социальную роль, которая пока не указана, написать ее название на листе бумаги, повесить лист бумаги на стену и сесть рядом с ним.

После того как все участники выбрали себе роль, им предлагается в течение пяти минут подумать о том, что полезного человек с такой социальной ролью может привнести в группу, и

каким может быть его негативный вклад? Как типичный представитель этой социальной роли мог бы вести себя на праздновании Дня рождения, описанного в упражнении? Употреблял бы он алкоголь, наркотики, вступал бы в сексуальные отношения, предлагал бы другим участникам это делать, создавал бы ситуации, которые могут быть потенциально опасными для его собственного здоровья и здоровья других участников? Или, напротив, не делал бы ничего опасного для собственного здоровья и старался бы снизить риски для окружающих?

Далее ведущий предлагает каждому участнику рассказать об этом группе. Таким образом, разбираются все роли, под которыми сидят участники.

При подведении итогов дискуссии ведущий говорит о том, что, независимо от роли в группе, у каждого человека существует риск быть вовлеченным в поведение риска, и у каждого есть шанс избежать этого.

Требования к участникам. Рекомендуемое количество участников: от 10 до 20 человек. Возраст: 17 – 18 лет.

Квалификационные требования к ведущему. Упражнение может проводить квалифицированный педагог или психолог, имеющий необходимые знания в области профилактики поведения риска.

Технические требования. Листы бумаги формата А4, маркеры, скотч.

Продолжительность: 60 минут.

Рекомендации по проведению:

1. Упражнение рекомендуется проводить в группе, в которой участники уже довольно хорошо знакомы и доверяют друг другу.
2. Вспоминая роли в группе, участники часто называют не конкретные роли, а характеристики личности (например: скромный, вспыльчивый). На бумаге необходимо фиксировать не названные характеристики, а роли, которые будут понятны всем.
3. Ведущему рекомендуется следить за тем, чтобы при анализе ролей участники «не переходили на личности»: во время обсуждения вклада, который может внести в группу представитель определенной социальной роли, участники должны обсуждать характеристики роли, а не особенности личности того человека, который выбрал эту роль в упражнении.

Первоисточник, в котором описано упражнение. Вербовая Н.В., Осипенко В.Е. Тренинг социального действия: Методическое пособие. Калининград, 2006. 80 с.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

М.М. Русакова, В.А. Одиноква

В этом пособии мы рассмотрели цикл реализации профилактической программы по ВИЧ и АИ для подростков и молодежи повышенного риска инфицирования ВИЧ и АИ. Цикл включает в себя предварительную оценку ситуации методами анализа статистики, фокус-групп со специалистами, и опроса самих подростков и молодых людей для идентификации наиболее распространенных поведенческих практик, рискованных в отношении инфицирования ВИЧ и АИ, отбор и реализацию профилактических вмешательств с доказанной эффективностью.

Как говорилось выше, неотъемлемой частью разработки профилактических программ должен стать выбор и использование соответствующей теории, объясняющей поведение в сфере здоровья, или помогающей его изменить, Теории помогают специалистам определить, какие компонент обязательно должны быть включены в программу, идентифицировать возможные показатели оценки профилактической программы. Все это способствует повышению качества профилактических программ.

В то же самое время, большое значение имеет контекст, в котором реализуются профилактические программы. В нашем проекте мы обнаружили, что наиболее распространенной ситуацией риска инфицирования ВИЧ для подростков и молодежи является незащищённый секс, том числе, и под воздействием алкоголя и наркотиков. Также выяснилось, что в странах региона «Северного измерения» практически отсутствуют программы, сфокусированные на профилактике ВИЧ-инфекции и АИ среди молодежи, в высокой степени подверженной риску заражения, с доказанной эффективностью. Это открывает большие перспективы разработки, оценки эффективности и обмена опытом в этой сфере для специалистов и лиц, принимающих решения, в регионе.

