

«Основные направления профилактики туберкулеза, ВИЧ-инфекции и социально значимых заболеваний в образовательной среде»

В наше время, несмотря на все успехи вакцинации и химиотерапии, почти треть населения нашей планеты инфицирована возбудителями туберкулеза. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает около 9 миллионов человек, 3-4 млн. человек ежегодно умирают от туберкулёза, что составляет около 6% от всех смертных случаев во всём мире.

Наиболее распространен туберкулез в странах с низким качеством медицинского обслуживания. Самые большие показатели заболеваемости в Африке (южнее Сахары) — 356 новых случаев ежегодно на сто тысяч жителей. Частота появления больных туберкулезом резко отличается для мегаполисов и сельской местности. Например, в Лондоне регистрируется 40 случаев на 100 тысяч человек, а на аграрном юго-западе Англии — менее 5 случаев. Туберкулез остается в первую очередь болезнью скученно живущих горожан.

Распространению туберкулеза способствует волна иммигрантов в Россию, которые гораздо более подвержены заболеванию, чем постоянно проживающие на ее территории граждане. Кроме того, быстро растет число бездомных, которые более уязвимы для инфицирования, чем другие слои населения. В исправительно-трудовых колониях находится более миллиона человек, среди которых 10% от числа всех заключенных больны открытой формой туберкулеза.

Возбудитель туберкулеза — **микобактерия туберкулеза (МБТ)** — вероятно, существовал до появления современного человека: он был обнаружен в останках бизона возрастом 17000 лет. Исследователи полагают, что этот микроб человечество получило в период одомашнивания скота. Самый древний из известных науке больных туберкулезом был мумифицирован в Древнем Египте задолго до нашей эры. Туберкулез был самой распространенной и смертоносной из эпидемических болезней Средневековья, соответствующий, вероятно, «изнурению» или «*languor*», о котором упоминает множество текстов того времени (Жак ле Гофф, «Цивилизация средневекового Запада»).

Первые догадки об инфекционной природе болезни появились в XVII веке, когда туберкулез называли «капитаном смертоносных болезней». В 1699 году в одном из городов Италии был выпущен эдикт, обязывающий сообщать о смертях от туберкулеза специальным служащим, которые должны были заниматься дезинфекцией вещей, оставшихся после покойного. Чихотка развивалась, в том числе, благодаря моде. Модно было быть «слабогрудым», страдать недомоганием. На многих портретах того времени придворные портретисты добавляли к создаваемому образу «чихоточный румянец». Корсет создавал идеальные условия для развития туберкулеза - из-за сдавливания грудной клетки вентиляция легких была неполной.

В 1815 году туберкулез был причиной каждой четвертой смерти в Англии. В конце 19 века была зафиксирована пандемия туберкулеза. Первые антибиотики были открыты в 1930-е годы и представлялись панацеей против

инфекционных болезней, но оказались неэффективны против микобактерий туберкулеза.

Туберкулез нанес беспрецедентный удар по человеческой культуре. Среди его жертв писатели (Кафка, Мопассан, Чехов, Платонов, Леся Украинка, Бальзак, Стивенсон, Байрон, Вальтер Скотт), художники (Модильяни, Кустодиев), политические деятели (Симон Боливар, Людовик XIII, Карл IX), ученые (Белл, Френель, Цельсий, Спиноза).

Туберкулёз – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулёза и характеризующееся развитием клеточной аллергии, специфических образований в различных органах и тканях, разнообразной клинической картиной. Болезнь получила название в честь туберкул — характерных бугорков или узелков в тканях, образующихся в организме в месте внедрения микобактерий. Болезнь начинается, когда микобактерия туберкулеза (палочка Коха) попадает в альвеолы легких, образуется первичный очаг инфекции, откуда микобактерия туберкулеза с лимфой и кровью распространяется по организму. Далее может развиваться поражение лёгких, лимфатической системы, мочеполовых органов, кожи, глаз, нервной системы. При отсутствии лечения болезнь прогрессирует и заканчивается фатально.

Симптомы туберкулеза: боль в груди, не прекращающийся более трех недель кашель, откашливание крови, жар (температура тела 37.0, обычно в вечернее время), ночная потливость, потеря аппетита и веса, бледность, быстрая утомляемость. При наличии вышеперечисленных симптомов для диагностики необходимы общий осмотр, рентгенография грудной клетки, серологические тесты, бактериальный посев и туберкулиновый кожный тест

Mycobacterium tuberculosis (микобактерия туберкулеза, МБТ) размножается чрезвычайно медленно: одно деление за 16–20 часов, (для сравнения, кишечная палочка делится каждые 20 минут). Эта бактерия может в течение нескольких недель сохранять жизнеспособность в сухом состоянии. МБТ устойчива к «мягким» дезинфицирующим агентам, а такой «жесткий» агент, как хлорамин, гарантированно убивает МБТ только через нескольких часов.

Высокая устойчивость МБТ за пределами человеческого организма и преимущественное поражение органов дыхания определили главный путь распространения инфекции — **воздушно-капельный**. Заражение может произойти через нестерилизованную посуду и столовые приборы, которыми пользовался больной туберкулезом.

Первый шаг к лечению туберкулеза сделал в XIX веке страдающий от этой болезни студент из Силезии Герман Бремер (Hermann Brehmer, 1826–1889). Врачи посоветовали ему сменить климат на более «здоровый», Бремер отправился в путешествие по Гималаям и вернулся выздоровевшим. После этого он в 1854 году представил диссертацию с сенсационным на то время названием: «Туберкулез — излечимая болезнь». Найденный в XIX веке способ улучшения состояния больных туберкулезом сейчас имеет научное объяснение: избыток кислорода и солнечные лучи вредны для МБТ, а сбалансированное питание и «правильный» образ жизни улучшают работу иммунной системы.

В 1865 году французский врач Антуан Вильмен (Jean Antoine Villemin, 1827–1892) доказал инфекционную природу болезни. В 1882 году великий микробиолог Роберт Кох (Heinrich Hermann Robert Koch, 1843–1910) изобрел способ окрашивания, который позволил ему увидеть, идентифицировать и описать возбудителя болезни — палочку Коха, за что в 1905 году Кох получил Нобелевскую премию.

Весть о том, что Роберт Кох открыл туберкулезный микроб, пронеслась по всему миру, к ученому устремились микробиологи всех стран (М.С. Шойфет, "Сто великих врачей"). Австриец Клеменс Пирке (1874–1929) обнаружил, что при повторном контакте больного с туберкулезным антигеном (то есть туберкулином) проявляется аллергическая реакция. Пирке предложил наносить туберкулин на кожу для диагностики туберкулеза (реакция Пирке), а чуть позже французский врач Шарль Манту (1877–1947) стал вводить туберкулин внутрикожно — так был изобретен широко применяемый до сих пор туберкулиновый кожный тест, который часто называют реакцией Манту.

Далее, используя специальные питательные среды, снижающие вирулентность возбудителя туберкулеза, микробиолог Леон Кальмет (Calmette, 1863–1933) совместно с Камилем Гереном (Guerin, 1872–1961), вывел непатогенный штамм под названием BCG (Bacillus Calmette — Guerin), который до сих пор применяется для профилактической вакцинации (вакцина БЦЖ).

Открывший стрептомицин, американский ученый Сельман Ваксман в 1952 году получил Нобелевскую премию. Во фтизиатрии (отрасль медицины, занимающаяся туберкулезом) началась эра химиотерапии, продолжающаяся до настоящего времени. Через 2400 лет после первого научного описания болезни Гиппократом стало возможным эффективное лечение туберкулеза даже на поздних стадиях (в дополнение к малоэффективному общеукрепляющему «оздоравливанию» в санаториях). Теперь всех пациентов с впервые выявленным туберкулёзом можно вылечить. Лечение должно быть непрерывным и обязательно должно проводиться одновременно несколькими противотуберкулёзными препаратами.

Профилактика туберкулеза делится на три вида: специфическую, санитарную, социальную.

Специфическая профилактика состоит из вакцинации и химиопрофилактики.

Вакцинация на территории бывшего СССР проводится с 20-х годов XX века. В 1961 году зарегистрирована сухая вакцина БЦЖ (Bacillus Calmette — Guerin) и с этого времени проводится поголовная вакцинация детей уже в роддоме (на 5-7 день рождения). Далее, когда мать с ребенком выписывают домой, идет процесс формирования иммунитета. Иммунитет сохраняется на протяжении 5 лет, поэтому, для того чтобы защитить ребенка на более длительный срок, в нашей стране ревакцинация проводится трехкратно. Первая ревакцинация проводится в 7 лет, вторую и третью ревакцинацию проводят в 5 и 10 классе.

При подозрении на туберкулез делается проба Манту - при размере папулы более 17 мм нужно обследовать ребенка в диспансере. Если реакция в пределах 5-7 мм, то можно сказать что туберкулеза нет.

В период с 17 до 30 лет ревакцинация проводится только по показаниям, например, контакт молодого человека с больным туберкулезом (семьи где один член семьи болеет, и есть лица до 30 лет).

В возрасте после 30 лет ревакцинацию не проводят, так как считается, что человек уже инфицирован.

Химиопрофилактика подразумевает использование лекарственных препаратов.

Санитарная профилактика складывается из следующих моментов:

изоляция больных туберкулезом;

правильная и систематическая **дезинфекция** мест нахождения больного;

санитарная пропаганда.

Дезинфекция помещений, где находится больной туберкулезом, проводится хлорамином, хлорной известью (используют большие концентрации).

При изоляции больного проводится заключительная дезинфекция силами дезстанциями города - обрабатывается все помещение, вещи и одежда отправляется в дезкамеру. Желательно чтобы в помещении, где находится больной, не было ковров, потому что на них оседают микобактерии.

Меры социальной профилактики регламентированы Федеральным законом от 18.06.2001 N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»:

каждый больной туберкулезом имеет право на отдельную жилую площадь;

право на больничный лист в течение 10-12 месяцев;

все больные туберкулезом имеют право на отпуск только в летний период;

все больные туберкулезом на производстве имеют право на бесплатное диетическое питание;

каждый больной, переболевший и его родственники имеют право на бесплатное санаторное лечение в течение 2-3 месяцев.

Согласно Федеральному Закону для больных туберкулезом существует запрет на некоторые профессии:

все профессии, связанные с контактом с детьми - воспитатели, учителя и др.

все профессии, связанные с коммунальным обслуживанием

профессии связанные с транспортом (проводники, стюардессы и др.).

всего около 20 профессий.

Проведение санитарной пропаганды подразумевает информирование населения о распространении туберкулеза и мерах по профилактике в СМИ.

Из санитарно-эпидемиологических правил «Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03», утвержденных Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 18 апреля 2003г. следует:

1. В целях раннего выявления туберкулеза у взрослого населения профилактическим медицинским осмотрам подлежат граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства (далее - население).

2. Профилактические медицинские осмотры населения проводят в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в лечебно-профилактических организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях в порядке, утверждаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3. При профилактических медицинских осмотрах населения используют методы, методики и технологии проведения медицинского обследования, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4. Население проходит профилактические медицинские осмотры не реже 1 раза в 2 года.

5. По эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 2 раза в год:

военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;

работники родильных домов (отделений);

лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;

лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет после снятия с учета;

лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;

ВИЧ-инфицированные;

пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, - в течение первых 2 лет после освобождения;

подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

6. По эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 1 раз в год:

больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;

больные сахарным диабетом;

лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

лица без определенного места жительства;

мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;

лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;

работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков;

работники лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.

7. Для выявления возможных источников распространения туберкулезной инфекции устанавливают лиц, контактировавших с заболевшим в семье, квартире, доме, уточняют место фактического проживания и возможность его проживания по другим адресам, сведения о месте работы (обучения) больного туберкулезом, в том числе по совместительству, уточняют профессию больного.

8. Медицинские организации, граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы осуществляют взаимный обмен информацией о выявленных больных туберкулезом и лицах, находящихся в контакте с больным.

9. В очагах туберкулеза с целью его локализации и предупреждения распространения заболевания специалисты лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждений (отделений, кабинетов) проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

разработку планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

госпитализацию и лечение больного туберкулезом;

заказ и организацию заключительной дезинфекции, организацию текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;

первичное обследование лиц, контактировавших с больным в течение 14 дней с момента выявления больного;

наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование;

обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;

заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых в очаге мероприятий.

Согласно Федеральному Закону от 18.06.2001 N77-ФЗ «**О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации**» (Глава IV. Права и обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом и больных туберкулезом. Статья 13), лица находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом обязаны проводить назначенные медицинскими работниками лечебно-оздоровительные мероприятия.

Основные виды превентивных мероприятий по профилактике туберкулеза в образовательных учреждениях – это флюорографическое обследование, которое необходимо проходить раз в год, здоровый образ жизни, полноценный отдых и сбалансированное питание. Человек обладает очень сильным иммунитетом: одно вдыхание микобактерий к туберкулезу не приводит, но может привести к инфицированию. В организме 90% инфицированных людей действует бессимптомная скрытая инфекция. Это особый вид жизни микроба в человеческом организме. Вероятность того, что инфицированный человек в течение жизни заболеет, не превышает 0,1% (для больных СПИДом - 50%). Инфицирование может произойти при пользовании одной посудой, предметами гигиены с человеком, который болен открытой формой туберкулеза, употреблении в пищу некипяченого молока и непроваренного мяса животных, больных туберкулезом. Третья часть населения мира инфицирована микобактерией туберкулёза.

У инфицированного микобактерий туберкулеза человека будет положительная реакция Манту. Но для того, чтобы это превратилось в болезнь, надо годами интенсивно истощать, не поддерживать собственный иммунитет. Безусловно, курение и алкоголизм, особенно в подростковом возрасте, активно снижают иммунитет и способствуют заболеванию туберкулезом.

Профилактика распространения ВИЧ-инфекции среди несовершеннолетних

ВИЧ-инфекция — заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Были доказаны инфекционная природа этого заболевания и основные пути ее передачи: «горизонтальные» (через кровь, через слизистые при сексуальных контактах) и «вертикальные» (от матери к плоду). С середины 1981г. это заболевание приняло характер глобальной эпидемии (пандемии), а в 1982г. оно получило название «Синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД) — сочетание опасных для организма человека инфекций, развитие которых вызывается вирусом иммунодефицита человека. В настоящее время описано 2 серотипа вируса (ВИЧ-1 и ВИЧ-2), структурно похожих друг на друга и обладающих близкими биологическими свойствами. Это сходство позволяет предположить наличие у них общего предка. Распространение ВИЧ-2 более интенсивно происходит в Африке, тогда как в Америке и Европе чаще встречается ВИЧ. Принято считать, что ВИЧ перешел на человеческую популяцию от африканских зеленых мартышек, у которых в 1985г. был обнаружен вирус, родственник ВИЧ — STLV-III. Ареал этого вида обезьян включает почти всю Экваториальную Африку.

Вслед за этим вирусом в Западной Африке была открыта группа ретровирусов — промежуточных между STLV-III и ВИЧ форм, вызывающих иммунный дефицит. По гипотезе Галло, вирус, попав в организм человека (возможно, при укусе обезьяны) подвергся мутации, и через промежуточные формы образовался патогенный для человека вирус HIV, вызывающий СПИД.

Считают, что до начала 70-х гг. вирус имел узкую локализацию, затем распространился по всей Центральной Африке, а в середине 70-х гг. — из Африки на Гаити и в США, затем в Европу и другие части света. Уже в 1985 г. было установлено, что ВИЧ передается от человека к человеку через жидкие среды тела — кровь, сперму, материнское молоко. В этом же году был разработан первый тест на ВИЧ. Через год кровь на ВИЧ стали обследовать в США, Японии и большинстве европейских стран.

В 1987 г. была учреждена первая Глобальная программа ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) по СПИДу. В 1988 г. 1 Декабря было объявлено Всемирным днем борьбы со СПИДом.

Новые тенденции распространения ВИЧ/СПИДа в нашей стране заставляют пересмотреть всю стратегию профилактической образовательной деятельности. Доминирующим естественным механизмом передачи возбудителя является контактный механизм, реализуемый половым путем.

Считается, что на долю полового пути передачи вируса приходится 86% всех случаев заражения.

В настоящее время заражение ВИЧ/СПИДом перестало ограничиваться только традиционными маргинальными группами, а стало распространяться среди широких слоев населения, главным образом среди молодежи. Очевидной стала и еще одна новая тенденция — повышение частоты распространения ВИЧ-инфекции среди молодых женщин и резкий рост частоты передачи вируса от матери к ребенку, что уже привело к увеличению числа ВИЧ-инфицированных детей как в семьях, так и в образовательных учреждениях. Россия, где число потребителей инъекционных наркотиков превышает 3 млн человек, остается одной из наиболее уязвимых в отношении распространения пандемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Азии стран. Изучение факторов, способствующих заражению ВИЧ-инфекцией, позволило констатировать, что, в основном, заражение обусловлено «рискованным» поведением (злоупотребление наркотическими средствами, рискованное сексуальное поведение и др.), способствующим реализации ведущих путей передачи вируса от человека человеку — через кровь и половые контакты. Многолетний опыт изучения особенностей распространения эпидемии показывает, что *молодежь особенно уязвима к ВИЧ* в силу рискованного сексуального поведения, употребления психоактивных веществ, из-за отсутствия доступа к информации о ВИЧ-инфекции и службам профилактики, а также по целому ряду других социальных и экономических причин.

В большинстве регионов России в 72% случаев ВИЧ-инфицирование явилось результатом внутривенного употребления наркотиков. Мировые достижения в области профилактического образования, а также анализ сферы охвата образовательной среды первичным уровнем профилактики ВИЧ/СПИДа позволили выделить и определить основные направления и целевые группы профилактической деятельности в условиях образовательных учреждений:

- здоровые несовершеннолетние,
- несовершеннолетние групп риска,
- ВИЧ-инфицированные несовершеннолетние,

лица, контактирующие с ВИЧ-инфицированными.

Наиболее многочисленная и обширная целевая группа профилактической работы — это группа здоровых детей и подростков. Профилактика в этой группе основывается преимущественно на формировании и развитии «защитных факторов», препятствующих ВИЧ-инфицированию. Поэтому ведущими методами в этой группе являются многочисленные и разнообразные программы формирования здорового образа жизни детей и подростков, прежде всего нравственно здоровых навыков жизни, а также подготовки к сложным жизненным обстоятельствам и выбору социально безопасной модели поведения. Особое значение для здоровых несовершеннолетних имеет информационно-образовательная работа по половому воспитанию, а также информация о сущности ВИЧ-инфекции и путях ее предупреждения. Эта работа должна проводиться в строгом соответствии с нравственно-этическими нормами и возрастными психологическими особенностями детей и подростков.

Другая фокус-группа профилактической работы в образовательной среде — это группа риска инфицирования ВИЧ/СПИДом. В профилактической работе в этой группе наряду с методиками, основанными на формировании защитных факторов, приоритет приобретают методы определения и раннего выявления факторов риска и последующей психологической и педагогической коррекции несовершеннолетних групп риска для снижения возможности заражения и предупреждения ВИЧ/СПИДа.

Следующая целевая группа профилактических усилий в образовательной среде представлена ВИЧ-инфицированными несовершеннолетними. Уже сейчас значительное число ВИЧ-инфицированных находится непосредственно в образовательных учреждениях — домах ребенка, детских домах, реабилитационных и коррекционных центрах и др., в том числе и в общеобразовательных школах и высших учебных заведениях. В отношении этой группы наиболее адекватными представляются методы «вторичной» и «третичной» профилактики, направленные на предупреждение дальнейшего распространения заболевания, улучшение качества жизни лиц с ВИЧ-инфекцией.

Профилактика употребления психоактивных веществ и распространения социально значимых заболеваний как социальная технология

Поскольку, в каждом конкретном случае методология предупреждения наркотизма должна быть разработана с учётом реальных существующих местных условий, и, одновременно отвечать условиям универсальности — то конечной целью разработки подобной методологии является социальная технология профилактики наркотизма, приводящая к улучшению наркотической ситуации *(в стране или конкретном регионе)*.

Потребность в социальных технологиях возникает тогда, когда появляется необходимость управлять социальными процессами (латентным процессом распространения наркотизма, управлять профилактическими

программами), а также выбирать и использовать наиболее рациональные с точки зрения эффективности действия.

Социальная технология это стандартизация массовой деятельности, дающая возможность оптимизировать соотношение «ресурсы — эффект». Социальная технология представляет собой совокупность средств, позволяющих диагностировать социальный процесс или явление (в нашем случае это мониторинг распространения наркотизма среди молодёжи), скорректировать поведение социального объекта, выработать механизмы разрешения существующих противоречий, определить алгоритм решения социальной задачи. Социальная технология позволяет расчленить процесс на элементарные процедуры и операции с последующей их координацией и синхронизацией. Исходным этапом является социальное проектирование — это формирование образа будущего объекта и вычисление принципиальной возможности его достижения. Социальная технология определяет способы его достижения, а социально-инженерная деятельность трансформирует социально-научное знание непосредственно в практическую, преобразующую деятельность. Объектом такой деятельности являются те состояния общественных явлений и процессов, которые планируется достичь.

По направленности деятельности, характеру воздействия на социальные системы, обычно выделяют четыре типа социальных технологий.

1. Технологии формирования социальных систем (формирующие технологии).

2. Функциональные технологии, направленные на поддержание стабильности социальных систем и процессов, задающие определённые границы социальных процессов (сдерживающие технологии).

3. Технологии, направленные на преобразование и развитие социальных систем (стимулирующие технологии).

4. Технологии социальной борьбы как средство защиты социальных систем, подавления нежелательных явлений, направленные на подрыв и устранение негативных процессов (деструктивные технологии).

Актуальной задачей для решения нашей проблемы является разработка социальной технологии 3 и 4 типа, а именно социальной технологии профилактики наркотизма, с целью оптимизации существующей системы профилактики наркотизма, а также ограничения его эпидемического распространения.

Социальная технология, как любая форма научно организованной деятельности, имеет свою внутреннюю структуру [16], включающую в себя: смысл социальной технологии; её цель; содержание и организацию технологической деятельности; средства и методы достижения цели; уровень квалификации, определяющий кто именно будет осуществлять реализацию технологии; методы оценки результатов применения социальной технологии, а также оценки её валидности и надёжности.

Смысл социальной технологии обычно задаётся проблемной ситуацией. Именно проблемная ситуация отвечает на вопрос, зачем разрабатывается и внедряется конкретная социальная технология. В данном случае проблемная

ситуация, задающая смысл нашей социальной технологии профилактики наркотизма, заключается в эпидемическом распространении наркотизма среди молодёжи в Харьковском регионе и неизбежном негативном характере его социальных последствий.

Интерпретация профилактики как социальной технологии позволяет нам предложить четыре этапа деятельности.

Первый этап охватывает процедуры оценки существующей наркотической ситуации, в т. ч. определение круга социальных показателей наркотизма, маркетинг профилактической программы (определение целевых групп профилактики, определение потребности населения в профилактике, приоритетных каналов информации для её проведения, социальных институтов которые необходимо с этой целью задействовать), определение ресурсов, которые могут быть задействованы в профилактической программе, целевое ориентирование превентивной программы и начало «сквозного» мониторинга наркотической ситуации, продолжающегося на всех этапах технологии.

Второй этап включает процедуры коррекции ситуации, деятельность агентов профилактики направлена как на снижение спроса, так и на снижение предложения. Разрабатываются, осуществляются конкретные программы профилактики.

Третий этап сводится к координации профилактических воздействий осуществляемой двояко: с одной стороны централизованное государственное управление, с другой стороны общественные инициативы. По нашему мнению, наиболее целесообразно осуществлять координацию превентивной деятельности в рамках единого регионального координационного центра по профилактике наркотизма.

Четвертый этап выполняет контрольную функцию по отношению к эффективности самой технологии профилактики наркотизма.

Программы профилактики возникновения зависимости от употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних

Коррекционная работа с несовершеннолетними группы риска направлена на коррекцию и нивелирование личностных деструктов, способных обуславливать приобщение к наркотическим веществам. Она предполагает работу:

- с личностными проблемами;
- с эмоциональными проблемами;
- с коммуникативными проблемами.

При коррекционной работе с подростками, имеющими личностные и эмоциональные проблемы, следует опираться на аффективное (эмоциональное) обучение. Этот подход к профилактической работе концентрируется на ощущениях и переживаниях индивида, его навыках распознавать их и управлять ими. Аффективное обучение базируется на учете того, что зависимость от наркотиков чаще развивается у личностей, имеющих трудности

в определении и выражении эмоций, выявляющих интраперсональные факторы риска - низкую самооценку, слабо развитые навыки принятия решений.

В рамках этой работы можно выделить следующие цели:

повышение самооценки;

определение значимых личностных ценностей;

развитие навыков распознавания и выражения эмоций, навыков принятия решений;

формирование способности справляться со стрессом.

При оказании помощи несовершеннолетним, испытывающим трудности социальной адаптации, в психолого-педагогической работе ставятся следующие задачи: развитие у учащихся коммуникативных навыков, приемов противостояния негативному социальному давлению, внутриличностных регуляционных механизмов, а также организацию условий для их успешной адаптации в школьном коллективе.

Основными формами реализации этой части профилактической работы являются индивидуальные консультации педагогов-психологов для учащихся, психолого-педагогический контроль, тренинги, ролевые игры.

Образовательные профилактические программы (антиалкогольные, антинаркотические и антитабачные) являются самыми распространёнными в настоящее время и имеющими довольно длительную историю. Основным местом их реализации является школа (или другое учебное заведение), поэтому и агентами образовательной профилактики являются учителя, школьные психологи, сами ученики и их родители, также вовлечённые в процесс обучения своих детей.

Богатый опыт их реализации (более столетия) показал, что их эффективность зависит от того, как подаётся информация и какими методами. Так, программы акцентирующие внимание на негативных последствиях наркотизма оказались малоэффективными, а программы делающие акцент на обучении «адаптивному стилю жизни, навыкам общения, критическому мышлению, умению принимать решения и противостоять в ситуациях предложения аддиктивных веществ и др.» показали свою эффективность.

Существует две основных модели обучающих программ первичной профилактики — программа достижения социально-психологической компетентности (основная цель выработать навыки эффективного общения) и программа обучения жизненным навыкам (основная цель выработать навыки ответственного принятия решений). Эти модели в различных культурных условиях и различных странах принимают разные формы и зачастую смешиваются. Этих превентивные модели имеют сходные задачи, ими являются развитие социальной и личностной компетентности, выработка навыков самозащиты, предупреждение возникновения проблем.

Целевой группой для образовательных превентивных программ является учащаяся в школах, колледжах, институтах и других образовательных учреждениях, молодёжь. Наибольшую эффективность в учреждениях образования показали поведенческие программы, построенные по принципу *формирования жизненных навыков (Life Skills Training)*. Их основными

принципами являются всесторонность — ориентация на «целостного человека на протяжении определённого времени»; участие родителей в превентивной работе; тренинг учителей для освоения новых методов антинаркотического преподавания; сотрудничество различных ведомств и организаций; культурная релевантность (адекватность); оценка эффективности; связь программы с обществом; непрерывность обучения, т. к. эффективность программ прямо коррелирует с их продолжительностью, последовательностью и содержанием, качественные программы предусматривают от 45 до 100 уроков или последовательные курсы на протяжении нескольких лет.

Тренинг жизненных, социально-психологических навыков (навыки социальной компетентности) является одним из основных компонентов профилактики наркотизма (*Life Skills Training*). Программы *формирования жизненно важных навыков* обязательно включают обучение эффективному общению, уверенности в себе, умению управлять своими чувствами, выбору друзей и построению позитивных отношений со сверстниками, укреплению связей с семьёй и другими значимыми взрослыми, решению проблем, критическому мышлению, принятию решений, осознания негативных влияний и давления со стороны сверстников и сопротивлению им, постановке целей, оказанию помощи окружающим. Участие детей в общественной жизни предоставляет учащимся позитивные ролевые модели. Дети должны приобрести оптимум знаний, чтобы самостоятельно мыслить и строить своё поведение.

Программы формирования жизненных навыков показали свою эффективность, и более 30 стран мира внедрили их в своих школах. Они нашли широкое распространение в области профилактики курения в школе. Однако среди их недостатков упоминают ориентацию программы на отдельную личность, игнорирование социокультурных причин наркотизма и исключение из поля зрения уже имеющих опыт аддиктивного поведения детей (по нашим данным около 50% молодёжи имеют такой опыт), что приводит к существенному снижению её эффективности.

Кроме программ формирования жизненных навыков, в системе образования активно используются различные *программы обучения здоровому образу жизни*. Осуществляются они путём введения в учебные планы таких дисциплин, как «Основы безопасности жизнедеятельности», «Биология». Существует несколько стратегических моделей реализации программ формирования жизненных навыков ведения здорового образа жизни.

Медицинская модель. Эта модель часто называется профилактической, она полностью построена на информировании школьников о вреде аддиктивного поведения и является когнитивной. Эффективность подобных программ оценивается невысоко, но здесь большую роль играет способ подачи информации, т. к. традиционное запугивание показало свою слабую эффективность.

Образовательная модель. Она сходна с медицинской, но базируется на положении, что решение должно быть принято на основе достоверной информации лично подростком. Здесь акцент делается на обучении навыкам

принятия решений, но они базируются больше на личностных и социальных аспектах (отношение к поведению и нормативные представления), чем на факторах связанных с возможной болезнью.

Радикально-политическая модель. Она включает в себя образовательную модель, но добавляет внешнее содействие становлению здорового образа жизни. Упор делается на усилении такого качества как уверенность в себе, чтобы отказаться от предложений «попробовать», здесь используются методы, вытекающие из теории социального научения.

Модель самоусиления. В её рамках объединены достоверная информация медицинской (профилактической) модели, навыки принятия решений, развиваемые в рамках образовательной модели, а также дающие психологическую поддержку и стимулирующие здоровый образ жизни социального окружения усилия, которые обеспечивает радикально-политическая модель. Эта модель наиболее эффективна, т. к. носит комплексный характер.

Программы функциональных эквивалентов направлены в основном на организацию досуга молодёжи. Основная их задача заключается в разработке альтернатив для потенциально опасного аддиктивного поведения. В соответствии с этой программой необходимо проводить такие превентивные мероприятия, которые в развитии несовершеннолетних становятся функциональным эквивалентом потребления наркотиков. В рамках этих программ проводятся акции, затрагивавшие жизнь всех слоёв общества — радио и телепередачи, выставки, кино и музыкальные проекты. Пассивному потреблению наркотиков противопоставляется активное проведение свободного времени. Спортивные, развлекательные и воспитательные мероприятия по идее должны заменять аддиктивное поведение, и удерживать молодёжь от соблазна употребления наркотиков. Но за организацией подобных мероприятий скрывается неясность в отношении вопроса воздержания от употребления наркотиков — в то время как одни проекты целенаправленно объединяют потребителей наркотиков, в большинстве других проектов, воздержание от их употребления является основным условием участия в них. Это приводит к тому, что именно те несовершеннолетние, которые находятся под угрозой наркомании, отстраняются от участия в превентивных мероприятиях. Как следствие, под сомнение попадает сам принцип функциональной эквивалентности.

Семейные профилактические программы тесно связаны со школьными программами профилактики наркотизма. Их агентами выступают семьи, поскольку целевой группой для семейных профилактических программ являются семьи целиком — родители и дети. Семейные профилактические программы предназначены как для детей, так и для их родителей. Они включают образовательный компонент с информацией о наркотиках (согласованной с той, которую получают их дети в школе). Подобные программы рассчитаны на семьи, имеющие детей в возрасте от детского сада до окончания школы, и направлены на усиление защитных факторов. Кроме всего

прочего, такие программы обеспечивают доступность консультативных служб для семей, принадлежащих к группе риска.

Информационная кампания в образовательной организации как одна из форм профилактической работы по предупреждению аддиктивного поведения и распространению социально значимых заболеваний

Профилактическую деятельность в школе можно осуществлять, исходя из основных принципов организации информационной кампании.

Информационная кампания (ИК) – это комплексная система мер воздействия на определенные целевые группы (в данном случае учащихся общеобразовательных учреждений и их родителей) с помощью различных средств и каналов массового и индивидуального информирования и обучения с целью побуждения к принятию новых, полезных для них самих и для общества, моделей поведения в определенной сфере жизни.

Разработка информационной кампании базируется на модели изменения поведения, согласно которой новая информация, полученная человеком, становится стимулом для изменения поведения. Информационная кампания должна побуждать подростков к сохранению и укреплению здоровья, встраивая определенные модели поведения в привлекательный, стильный, престижный образ жизни. Таким образом, информирование целевой группы влияет не только на уровень её осведомленности относительно некоторых фактов, но и на положительное отношение к пропагандируемым нормам поведения.

Характеристики информационной кампании:

кампания ограничена по времени;

кампания состоит из нескольких элементов, которые связаны одной общей идеей и сообщением кампании;

все информационные элементы кампании (брошюры, плакаты) имеют единое дизайнерское решение, что делает их узнаваемыми и объединенными в одно целое;

идеи кампании должны быть понятны участникам целевых групп;

кампания состоит из комплекса взаимосвязанных мероприятий, которые выполняются в определенной последовательности и усиливают/взаимодополняют друг друга (например, конкурс плакатов, цикл бесед с медицинскими работниками, конференция);

общий настрой и основные послания информационной кампании должны быть сформированы в позитивном ключе, т.е. не должны запугивать и побуждать к конкретным действиям, направленным на сохранение и укрепление здоровья.

Перед началом проведения кампании необходимо четко обозначить целевую группу.

Целевая группа – это группа людей, выделенная по определенным параметрам (например, учащиеся старших классов общеобразовательного учреждения), на которую планируется оказать воздействие посредством ИК.

Сегментация (деление на более мелкие подгруппы) позволяет разработать сообщения, направленные на определенные целевые аудитории. Представители целевой группы должны привлекаться к участию в разработке и реализации информационной кампании, проведении отдельных акций. Мнения участников целевой группы обязательно должны учитываться при разработке послания и слогана кампании, дизайна информационных буклетов, плакатов, выборе информационных каналов. Важно, чтобы информация, данную в материалах кампании, можно было использовать в реальной жизни.

Целевые аудитории принято разделять на первичные и вторичные. Первичную аудиторию составляют люди, на которых мы хотим повлиять в первую очередь (например, старшеклассники). К вторичной целевой аудитории относятся люди, которые имеют влияние на первичную аудиторию (родители обучающихся). Знание психологических особенностей, пристрастий, ценностей целевой группы позволяет правильно построить стратегию кампании: включить в материалы кампании именно ту информацию, которая нужна целевой группе.

Психологические особенности	Действия педагогов, родителей обучающихся образовательных учреждений при проведении ИК (по профилактике употребления алкоголя)
Чувствительность к оценке своей внешности. Желание быть успешными	Мотивировать к сохранению здоровья через стремление быть красивым, интересным в общении, успешным человеком
Реакция эмансипации. Необходимость в самоопределении и независимости от взрослых	Отказаться от воспитательского тона, нотаций, устрашающего, негативного стиля. Предоставлять возможность на основе полученной информации самим принимать решения. Показывать, что забота о своем здоровье и самостоятельное принятие решений – это свойства взрослой личности
Потребность в общении, дружбе. Страх быть отвергнутым компанией ребят	Обращать внимание на то, что здоровые люди, ведущие трезвый образ жизни, более успешны во взаимоотношениях с другими людьми
Склонность к риску, поиску новых ощущений	Показывать возможность получения новых ощущений во время занятий спортом, стремлении к самосовершенствованию, переключая интерес к рискованным формам поведения на социально-приемлемые виды активности
Подверженность влиянию со стороны сверстников	В разработке элементов ИК использовать образы и мнение лидеров, пользующихся авторитетом у данной группы. Применять популярные формы преподнесения информации: предложить ребятам оформить плакаты в стиле комиксов. Приводить

	положительные примеры из жизни сверстников (достижения сверстников или ребят чуть старше в области науки, спорта)
Низкая стрессоустойчивость, повышенная тревожность	Не запугивать. Поддерживать психологически и использовать позитивный стиль подачи информации: акцентировать внимание не на последствиях алкоголизации, но на перспективах, открывающихся людям, ведущим здоровый образ жизни

Как было отмечено, информационная кампания должна состоять из комплекса взаимосвязанных и взаимодополняющих мероприятий, в подготовке которых принимают участие педагоги, учащиеся разных классов, родительский актив. Для этого должны быть сформулированы:

цель кампании (донесение до уязвимой группы подростков информации об опасности употребления алкоголя);

задачи кампании (формирование у подростков мотивации к сохранению собственного здоровья и т.п.);

основная идея кампании («Вести здоровый образ жизни - это престижно!»);

слоган кампании («Забота о своем здоровье - это путь к успеху!»);

план проведения мероприятий (конкурс на лучший логотип/эмблему кампании, цикл профилактических бесед с медицинскими работниками, психологические тренинги, направленные на выработку у ребят уверенности в себе, конкурс информационных буклетов (плакатов), беседы с родителями).

Необходимо, чтобы принятый логотип (эмблема) фигурировал при проведении всех мероприятий ИК. По окончании кампании целесообразно подведение итогов и проведение мониторинга по оценке эффективности мероприятий кампании (анкетирование среди ребят, психологические тренинги, дискуссии).