

Всемирная Организация Здравоохранения

Навыки, Необходимые для Здоровья

Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков (ООЗОПЖН), - важный компонент доброжелательной к ребенку/укрепляющей здоровье школы

**ВОЗ с благодарностью отмечает великодушный финансовый вклад в оформление и публикацию данного документа следующих организаций:
Отдел здоровья подростков и школьников,
Национальный центр профилактики хронических заболеваний и укрепления здоровья,
Центр по контролю и борьбе с заболеваниями, Атланта, Джорджия, США.**

Принципы и политика каждого из приведенных выше агентств основаны на важных решениях их органов управления. Каждое агентство проводит меры вмешательства, описанные в данном документе, в соответствии с этими принципами и политикой, а также в рамках своего мандата.

Данный документ был подготовлен при технической поддержке Карле Олдингер и Черил Вин-Витман, Программа развития здоровья и человеческого развития (ЗЧР) в Центре развития образования (ЦРО). ЗЧР/ЦРО является центром, сотрудничающим с ВОЗ, по укреплению здоровья через школу и сообщество.

Амайя Гиллеси из Отдела по образованию ЮНИСЕФ и Джек Т. Джоунс из Отдела профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья в ШК/ВОЗ осуществляли общее руководство при написании данного документа.

При написании данной публикации использовались различные источники и научная литература, а также проводились консультации с экспертами предыдущей публикации «Подход на основе жизненных навыков к здоровому развитию детей и подростков» (Л. Мангрулкар, Ч. Винс-Витман и М. Познер в журнале Панамериканской организации здравоохранения, 2001). Кроме того, использовались вопросники исследования, представленные многим международным агентствам на глобальном, региональном и национальном уровнях, а также материалы, разработанные ЮНИСЕФ и ВОЗ. Черновой вариант данного документа был предоставлен организациям ЮНЕЙДС, осуществлявшим совместное финансирование, и другим партнерам.

Неоценимый вклад в создание и публикацию данного документа также внесли:

Дейвид Кларк, Департамент по международному развитию, Лондон, Великобритания;

Дон Банди и Сьюнг Ли, Всемирный банк, Вашингтон, О.К., США;

Силия Майер, Партнерство во имя развития ребенка, Лондон, Великобритания;

Нейл МакКи и Антье Бекер и коллеги, Университет Джона Хопкинса, Балтимор, МД, США;

Изольде Бердтистл, Сара Гудьянга, Дайан Виддус, Маргарета Кимзеке;

Питер Букланд, Элейн Фурнисс, Ноала Скиннер, Андре Гурреро, Астер Харегот, Онно Купманс, Элейн Кинг, Нурпер Улкер, Анна Обура, Чангу Маннатоко, Пол Вафер, Штаб-квартира ЮНИСЕФ, региональные и страновые офисы;

Франсиска Инфанте, ПАХО, Вашингтон, О.К., США;

Сесилия Мойя, Кент Клиндера «Защитники молодежи», Вашингтон, О.К., США;

Брад Стрикланд и Джоан Вудс, ЮСАИД, Вашингтон, О.К., США;

В. Чандра-Моули «Здоровье детей и подростков», ШК/ВОЗ, Женева, Швейцария;

Чарльз Голлмар, СиДиСи, Атланта, Джорджия, США;

Делиа Барселона, ШК/ЮНФПА, Нью-Йорк, США;

Анна Мария Хоффман, ЮНЕСКО, Париж, Франция.

ПРЕДИСЛОВИЕ

На начало XXI столетия образовательный потенциал значительного числа детей и молодежи в каждой стране мира оказался слабым. Голод, недостаточность питания, дефицит питательных микроэлементов, паразитарные инфекции, злоупотребление наркотиками и алкоголем, насилие и травматизм, ранняя и нежелательная беременность, заражение ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем, представляют собой серьезную угрозу здоровью и жизни детей и молодежи (ЮНЕСКО, 2001). И все-таки данную ситуацию можно и нужно изменить к лучшему. Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков, как показывает практика, вносит свой вклад в здоровое развитие детей и подростков, а также положительно сказывается на дальнейшем поведении детей и подростков, что имеет большое значение для здоровья.

На соответствующих уровнях развития - начиная с дошкольного возраста и на протяжении всего периода раннего детства - дети могут участвовать в процессе познания, который поможет им избежать болезней и травм, что, в свою очередь, будет стимулировать здоровые взаимоотношения. Они могут приобрести необходимые им знания и навыки, например, практические навыки соблюдения личной гигиены и санитарии; навыки ведения переговоров и умение сделать выбор в пользу правильного сексуального поведения и репродуктивного здоровья, а также умение слушать и эффективно общаться в процессе формирования взаимоотношений. По мере взросления молодые люди могут стать лидерами создания здоровой среды, возглавив, например, движение за школу и сообщество, свободные от табакокурения.

Школы также должны играть важную роль в обеспечении детей знаниями, умениями и навыками, необходимыми для защиты собственного здоровья. Образование в области здоровья на основе приобретенных навыков - это часть рамки ФРЕШ (Направление ресурсов на обеспечение эффективной охраны здоровья в школе), предложенной и поддерживаемой ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, ЮНФПА и Всемирным банком. Данный документ, опубликованный совместными усилиями агентств, поддерживающих инициативу ФРЕШ, делает акцент на роли школ, однако он будет полезным и для внешкольных учреждений. Его целью является активизация усилий по внедрению качественного образования в области здоровья на основе навыков в национальном масштабе во всех странах мира.

Пекка Пуска,
Отдел неинфекционных заболеваний,
Профилактики и укрепления здоровья,
Директор,
ВОЗ/ШК, Женева.

Рут Каджия,
Отдел сети образования и
человеческого развития,
Директор,
Всемирный банк, Вашингтон, О.К.

Крим Райт,
Сектор образования,
Руководитель,
ЮНИСЕФ, Нью-Йорк.

Мари Симонен,
Отдел технической помощи,
ЮНФПА, Нью-Йорк.

Черил Винс-Витман,
Сотрудничающий центр ВОЗ по
Пропаганде здоровья через школу и
Сообщество,
Директор,
Корпорация Центр развития образования.

Мери Джой Пигоцци,
Отдел поддержки
качественного образования,
Директор,
ЮНЕСКО.

1. ВВЕДЕНИЕ

Цель: дать обоснование и описать аудиторию, для которой предназначен данный документ; дать определение ключевых понятий и объяснить, каким образом санитарное просвещение на основе полученных навыков, включая и жизненные навыки, отвечает более широкому контексту того, что может сделать школа для улучшения качества образования и здоровья.

Важнейшей частью системы образования является обеспечение здоровья детей и полноценной возможности учиться. Как показывают различные исследования, образование и здоровье неотделимы. Статус питания ребенка оказывает существенное влияние на умственные способности ребенка и влияет на показатели тестирования; длительное отсутствие в школе, пропуски занятий по причине заболеваний, вызванных паразитарными инфекциями, ведут к плохой успеваемости и отсеву (Винс Витман и др., 2001). Структура и условия учебной среды играют такую же важную роль, как и человеческий фактор: качество водоснабжения и плохие санитарные условия в школе могут сказаться на посещаемости девочек; дети не могут посещать школу, не могут концентрировать внимание на учебе, когда они расстроены или боятся насилия, и т.д. С другой стороны, у детей, посещающих школу без пропусков на протяжении ряда лет, состояние здоровья лучше, у них больше возможностей полноценно реализовать в жизни. Получение знаний, умений и навыков на основе образования подобно вакцинации против болезней, угрожающих здоровью. Образование с целью обеспечения здоровья - важный компонент любого образования, равно как и программы общественного здравоохранения. Такое образование защищает молодых людей как от поведенческих, так и экологических угроз, дополняет и поддерживает политику, услуги и изменения в состоянии окружающей среды.

На протяжении десятилетий санитарное просвещение людей являлось важной стратегией профилактики заболеваний и травматизма. Этот подход в значительной мере основан на практике общественного здравоохранения, социальной науке, коммуникации и образовании. В своем раннем опыте образование в основном строилось на предоставлении информации и фактов. Постепенно образовательные подходы стали больше ориентироваться на развитие жизненных навыков, включая все аспекты здорового образа жизни: физическое, социальное, эмоциональное и психическое благополучие. В процессе воспитания детей и подростков уже с раннего возраста им необходимо прививать навыки здорового образа жизни, что поможет предотвратить риск нежелательных последствий и преждевременную смерть. Для охвата детей и молодежи такого рода образовательными услугами важно использовать не только школу, но и внешкольные учреждения, однако в данном документе акцент делается только на школьной деятельности. Образование во имя здоровья является важным и существенным компонентом эффективной программы школьного санитарного просвещения, его эффективность увеличится еще больше, если оно будет дополнено политикой и услугами в области охраны здоровья, а также здоровой средой.

1.1. МЕЖДУНАРОДНАЯ ПОДДЕРЖКА ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ

На Всемирном форуме по образованию, проходившем в Дакаре (Сенегал) в апреле 2000 года, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО и Всемирный банк пришли к соглашению о сотрудничестве в целях внедрения эффективной программы санитарного просвещения в общеобразовательные школы. Их рамка, названная ФРЕШ «Направление ресурсов на обеспечение эффективной охраны здоровья в школе», призывает к одновременному осуществлению четырех ключевых компонентов во всех школах:

- Школьная политика в области охраны здоровья
- Обеспечение школ качественной питьевой водой и средствами санитарии и гигиены - важные шаги в обеспечении здоровой учебной среды
- Санитарное просвещение на основе привития навыков
- Услуги по охране здоровья и обеспечению полноценного питания в школе.

Эти компоненты следует поддерживать и осуществлять на основе эффективного партнерства между учителями и работниками здравоохранения, а также между сектором образования и здравоохранения; на основе эффективного партнерства сообществ; на основе информирования учащихся и их непосредственного участия в процессе образования (ЮНЕСКО/ЮНИСЕФ, Всемирный банк, 2000).

1.2. ПОЧЕМУ БЫЛ ПОДГОТОВЛЕН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

Данный документ может использоваться вместе с дополнительными Краткими инструкциями, в целях лучшей ориентации работников образования и медицинских работников на улучшение здоровья молодежи посредством санитарного просвещения на основе навыков, включая жизненные навыки. Данный документ предлагается для внедрения ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирным банком и ЮНФПА, он дополняет другие документы, которые можно найти на веб-сайтах:

<http://www/unicef/org/program/lifeskills/>,
<http:www.who.int/school-youth-health/>,
<http:www.dschoolsandhealth.org>, <http:www.unfpa.org>.

ЮНИСЕФ, ВОЗ, Всемирный банк и ЮНФПА совместно работали над подготовкой данного документа с целью стимулировать большее число учащихся и сообществ к использованию санитарного просвещения на основе навыков, включая жизненные навыки, в качестве метода улучшения здоровья и образования. Все эти агентства привержены делу продвижения школьных программ здоровья, которые будут осуществлять санитарное просвещение на основе жизненных навыков наряду со школьной политикой по охране здоровья, обеспечения здоровой и поддерживающей среды, а также предоставления услуг здравоохранения во всех школах.

Все агентства разделяют приверженность образования в области здоровья в школе на основе привития навыков в качестве важной предпосылки здоровья для каждого ребенка. Они и их партнеры по ФРЕШ считают, что санитарное

просвещение в школе на основе выработки жизненных навыков является важным компонентом программы санитарного просвещения в школах.

ФРЕШ поддерживает инициативу «Образование для всех» (ОДВ). Начало данной инициативе было положено в Джомтьене (Таиланд), где в марте 1990 года лидеры стран мира собрались на свою первую Всемирную конференцию по ОДВ, положившую начало обновленной всемирной инициативе, направленной на удовлетворение базовых образовательных потребностей всех детей, молодежи и взрослого населения планеты. Эта приверженность была вновь подтверждена на Всемирном форуме по образованию в Дакаре (Сенегал) в апреле 2000 года. В принятых на этом форуме Дакарских рамках действий (2000) делается ссылка на воспитание жизненных навыков в цели 3 и в цели 6 («улучшение всех аспектов качественного образования, обеспечение отличного качества образования для всех учащихся, чтобы признанные и оцениваемые результаты обучения были достигнуты всеми, особенно в области грамотности, счета и жизненных навыков»), а также в стратегии 8.

Как видно из рисунка 1, стратегия 8 Дакарских рамок призывает страны к созданию безопасной, здоровой, инклюзивной и в равной степени обеспеченной ресурсами образовательной среды. Такая образовательная среда основана на четырех ключевых принципах ФРЕШ. Дакарские рамки действий (2000) включают следующие компоненты:

- адекватное водоснабжение и санитария;
- доступ или связь по вопросам охраны здоровья и питания поддерживаются школами, содействующими укреплению здоровья, и школами доброжелательного отношения к ребенку, а также связанной с ними сетью во всем мире.

Раздел 5.2.2 главы 5 содержит описание школ, содействующих укреплению здоровья. Характеристика школ доброжелательного отношения к ребенку дается в разделе 5.2.3.

1.3. ДЛЯ КОГО ПОДГОТОВЛЕН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

Данный документ разработан для людей, заинтересованных в пропаганде, инициировании и укреплении санитарного просвещения на основе приобретенных навыков, включая жизненные навыки, в качестве их подхода к санитарному просвещению:

(а) для людей, разрабатывающих национальную политику и принимающих решения, для тех, кто разрабатывает программы и координирует их исполнение на местном, районном, областном и национальном уровнях, особенно для представителей министерств образования, здравоохранения, органов по делам женщин и молодежи, сообществ, для людей, отвечающих за политику в области народонаселения, религии и социального обеспечения;

(б) для членов неправительственных и других организаций, которые отвечают за планирование и осуществление программ, описанных в данном документе, включая персонал, а также местных и международных консультантов по вопросам здравоохранения, образования, занятых в данных программах, агентств по развитию, заинтересованных в укреплении здоровья через школы;

(в) для лидеров сообществ и других членов сообщества, таких как местные жители, религиозные лидеры, представители средств массовой информации, медицинские работники, социальные работники, психотерапевты, специалисты в области развития, члены организованных групп, например, молодежные группы, женские группы, заинтересованные в улучшении здоровья, образования и благополучия в школах и сообществах;

(г) членов школьных сообществ, включая учителей и представительские организации, консультантов, учащихся, администрации, персонал, родителей и работников сферы обслуживания в школах.

1.4. ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НА ОСНОВЕ НАВЫКОВ И ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ

Образование в области здоровья, основанное на привитии навыков, представляет собой подход к созданию или внедрению здорового образа жизни и условий на основе знаний, отношений и *навыков* с использованием познавательного опыта с акцентом на методике совместного участия.

Жизненные навыки представляют собой способность к адаптации и практике положительного поведения, что позволяет людям эффективно решать проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни (определение ВОЗ). В частности, жизненные навыки включают в себя группу психосоциальных компетенций и навыки межличностного общения, помогающие людям принимать информированное решение, решать проблемы, мыслить критически и творчески, эффективно общаться, строить здоровые взаимоотношения, сопереживать, справляться с жизненными проблемами и вести здоровый и продуктивный образ жизни. Жизненные навыки могут быть направлены на личные действия или действия в отношении других людей, а также на действия по изменению окружающей среды с тем, чтобы сделать ее благоприятной и безопасной для здоровья.

Здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия (определение ВОЗ).

На протяжении многих десятилетий рекомендации в отношении охраны здоровья и здорового поведения рассматривались как «санитарное просвещение». Однако в рамках этого широкого термина санитарное просвещение может иметь самые разные формы. Санитарное просвещение определялось как «любое сочетание образовательного опыта, призванного обеспечить добровольную практику благоприятного для здоровья поведения» (Грин и др., 1980). В школе такое просвещение может быть включено в хорошо спланированный, последовательный учебный план для детей и молодежи, осуществляемый подготовленными педагогами и направленный на получение знаний *и навыков* в области охраны здоровья и создание положительного отношения к своему здоровью и благополучию. Образование в области здоровья охватывает широкий круг вопросов: эмоциональное и психическое здоровье, питание, злоупотребление алкоголем, табакокурение и потребление наркотических средств; репродуктивное и сексуальное здоровье; травмы и

другие вопросы, с учетом прав человека и гендерного равенства как межсекторальных или основополагающих принципов. Обучение различным навыкам всегда включалось в санитарное образование. Психосоциальные и межличностные навыки являются главными, поскольку они включают в себя и общение, и принятие решений, и решения и преодоление проблем, самоуправление, а также умение избегать вредного для здоровья поведения. Одновременный учет знаний, отношений и навыков (с акцентом на навыки) является важной особенностью, отличающей образование на основе навыков от других методов образования по вопросам здоровья.

По мере развития образования в области здоровья за последнее десятилетие значительно возросли роль и значение психосоциальных навыков и навыков межличностного общения в развитии молодых людей, начиная с ранних лет, в детском, подростковом и юношеском возрасте. Полученные навыки в этой области влияют на способности и умение молодых людей защитить себя от угрозы собственному здоровью, создать компетенции для положительной поведенческой практики и для формирования здоровых взаимоотношений. Жизненные навыки увязывались с конкретным поведенческим выбором в отношении охраны здоровья, например, отказ от табакокурения, выбор здоровой диеты или информированный выбор в отношении безопасных взаимоотношений. В зависимости от цели и темы акцент может быть сделан на разных жизненных навыках. Например, навыки критического мышления и принятия решений важны для анализа, умения противостоять влиянию сверстников или средств массовой информации в отношении табакокурения; навыки межличностного общения необходимы при обсуждении альтернатив сексуальному поведенческому риску. Молодые люди имеют возможность также приобрести знания в области защиты собственных интересов, с помощью которых они могут оказывать влияние на более широкую аудиторию и окружение, влияющие на их здоровье. Их усилия могут привести к созданию зон, свободных от табака и оружия, обеспечению школ качественной питьевой водой и благоустроенными туалетами, помогут правильно выстраивать свое поведение в сфере репродуктивного и сексуального здоровья, в том числе использовать презервативы для профилактики ВИЧ-инфицирования.

Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков, можно включать в школьный учебный план по-разному. Иногда оно может включаться в качестве обязательного предмета в расширенный учебный план. Иногда оно рассматривается в контексте вопросов, связанных с охраной здоровья и социальными аспектами, в рамках основных, скажем, гуманитарных дисциплин. Или оно может вводиться в качестве внеклассной программы (см. раздел 5.3.). Однако, независимо от того, где оно будет проводиться, все учителя и другой школьный персонал должны принимать активное участие в рамках своих предметов в санитарном образовании школьников на основе привития навыков с тем, чтобы закрепить этот процесс в школьной среде.

Примечание по поводу образования на основе выработки жизненных навыков и навыков зарабатывать средства для жизни

Термины «образование на основе жизненных навыков» и «санитарное образование в области здоровья на основе жизненных навыков»

взаимозаменяемы. Различие между двумя подходами заключается только в содержании или в охватываемых вопросах. Образование на основе навыков делает акцент на вопросах здоровья. Образование в области здоровья на основе жизненных навыков может включать более глобальные вопросы - мир, права человека, гражданственность и другие социальные проблемы, включая охрану здоровья. Оба подхода рассматривают применение важных знаний, отношений и навыков в реальной жизни и применяют интерактивные методы преподавания и обучения.

Термин «навыки зарабатывать средства для жизни» относится к способностям, ресурсам и возможностям достижения индивидуальных и семейных экономических целей (Совет населения, Кения); другими словами, он означает получение дохода. Навыки зарабатывать средства для жизни включают в себя технические и профессиональные способности (плотницкое дело, шитье, компьютерное программирование и т.д.); навыки поиска работы - стратегию проведения интервью, управление бизнесом, предпринимательство и навыки управления денежными средствами.

Хотя навыки зарабатывания средств для жизни являются важными для выживания, охраны здоровья и развития, главное внимание в данном документе уделено другому аспекту.

1.5. НА ЧТО НАПРАВЛЕНО ГЛАВНОЕ ВНИМАНИЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА

В данном документе главное внимание уделяется вопросам образования в области здоровья, основанном на привитии жизненных навыков с целью обучения детей и подростков тому, как вести и поддерживать здоровый образ жизни. В нем рассматриваются знания, отношения, навыки и поддержка, необходимые для того, чтобы практиковать здоровое поведение, иметь здоровые взаимоотношения и создавать здоровую среду.

В частности, данный документ:

- дает определение санитарного просвещения на основе навыков, включая жизненные навыки;
- описывает теоретические основы;
- анализирует образовательные подходы санитарного просвещения на основе жизненных навыков;
- содержит доказательство на основе оценки и практического опыта, достаточные для того, чтобы внедрять образование на основе жизненных навыков в качестве части эффективной школьной программы санитарного просвещения;
- анализирует критерии эффективных программ и подготовки тех, кто проводит такие программы;
- дает описание имеющихся ресурсов.

Школьная среда. Образование в области здоровья на основе навыков и жизненные навыки могут быть и были внедрены во многие учреждения для широкого круга целевого населения. В данном документе делается акцент на школьные программы. Реформа в образовании дает возможность включить санитарное просвещение на основе навыков в учебный план и в различную

внеклассную работу. Специальные программы для учащихся и родителей, а также программы консультирования, программы для школы/сообщества предлагают возможности для учащихся применять на практике все, что они узнают.

Участие учащихся в активном процессе обучения может укрепить взаимоотношения ученика и учителя, улучшить климат в классе, позволит применять различные стили обучения и обеспечить альтернативные способы обучения. Образование в области здоровья на основе жизненных навыков может и должно использоваться для решения проблем здоровья, с которыми могут столкнуться дети и молодые люди в школьной среде, включая употребление алкоголя, табака и наркотических средств; кишечные и другие глистные инфекции; питание; репродуктивное и сексуальное здоровье, а также профилактику насилия и ВИЧ/СПИДа.

Рисунок 1. Связь между ОДВ, ФРЕШ, школами укрепления здоровья (ШУЗ), школами доброжелательного отношения к ребенку (ШДОР), санитарным просвещением на основе навыков (СПОН) и жизненными навыками (ЖН).



2. ПОНИМАНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ НАВЫКОВ И ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ

Цель: определить содержание и методы санитарного образования на основе навыков и привести примеры.

Образование в области здоровья на основе привития жизненных навыков само по себе представляет образование хорошего качества и качественное санитарное образование, в частности. Оно основано на важном и эффективном содержании и широком участии или методах интерактивного¹ преподавания и обучения.

При планировании образования в области здоровья на основе навыков важно рассмотреть сначала цели и задачи, а затем содержание и методы (см. рисунок 2). Цели образования в области здоровья на основе навыков дают *общее* описание вопросов здоровья или связанных с ним социальных вопросов, на которые необходимо повлиять каким-то определенным образом. Задачи дают *конкретное* описание поведения или условий (см. рисунки 3 и 4), которые при положительном решении окажут благоприятное воздействие на цели. На поведение и условия оказывают влияние многие факторы, и санитарное образование на основе навыков является одним из них.

Содержание образования в области здоровья на основе навыков является четким отражением конкретных знаний, отношений и навыков, включая жизненные навыки, в овладении которыми молодым людям необходимо помочь, чтобы они практиковали такое поведение или создавали условия, описанные в задачах. После определения содержания делается выбор методов, которые наилучшим образом подходят для данного содержания. Например, *лекции* являются подходящим методом с целью помочь учащимся приобрести точные знания; *обсуждения/дискуссия* подходят для оказания влияния на отношения; а *ролевые игры* можно эффективно использовать для развития навыков. Можно и нужно использовать широкий круг методов преподавания и обучения, чтобы помочь учащимся приобрести знания, сформировать отношения и закрепить навыки (смотри пример в рамке).

Пример

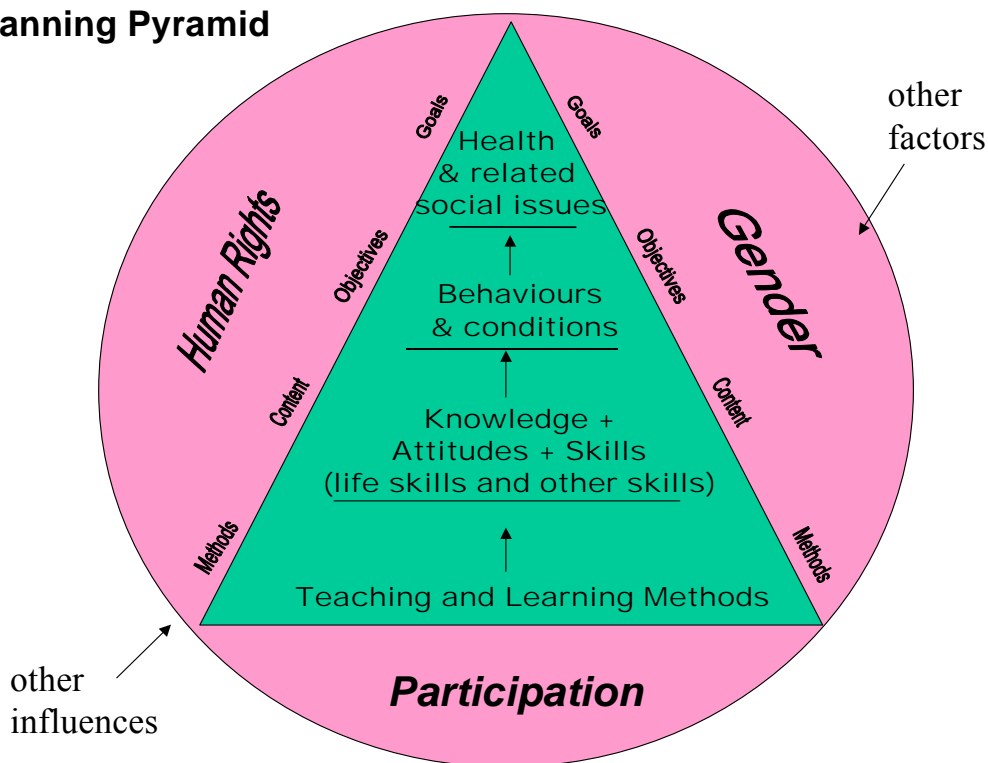
Цели и задачи определяют содержание и методы санитарного просвещения на основе навыков. Давайте предположим, что целью является профилактика проблем здоровья, обусловленных табакокурением. Задачи данной цели могут включать в себя снижение уровня потребления табачных изделий молодыми людьми и изменение условий, которые могут повлиять на потребление табака, как, например, число мест, свободных от курения, а также стоимость и доступность сигарет. Таким образом, содержание может быть направлено на (1) знание о вреде табакокурения для здоровья; (2) знание хитрой тактики, которую использует табачная промышленность, чтобы убедить молодых людей в использовании табака и сделать их зависимыми от него; (3) отношения,

¹ Слова «широкое участие» и «интерактивный» используются взаимозаменяемо в данном материале. Они относятся к методу обучения, активно вовлекающему учащихся в процесс обучения.

которые позволяют защитить от причинения вреда собственному здоровью и здоровью других людей; (4) навыки критического мышления и принятия решений, помогающие отказаться от табакокурения; навыки общения и отказа, помогающие противостоять давлению со стороны сверстников, а также навыки пропаганды и поддержания среды, свободной от курения. Методы преподавания в этой области могут включать в себя (1) презентацию, которая ясно и убедительно объяснит вред табакокурения, и то, как компании используют маркетинг, чтобы сделать табак привлекательным; (2) дискуссии и работу малыми группами с использованием аудио-визуальных материалов для демонстрации опасности табакокурения; (3) упражнение для исследования стратегий, используемых табачной промышленностью, для привлечения молодежи с целью пополнения армии курильщиков; (4) ролевые игры для тренировки навыков отказа; (5) общешкольные мероприятия в поддержку школьной среды, свободной от курения. Как показывает практика, санитарное просвещение на основе навыков помогло многим молодым людям избежать такого риска для здоровья, как табакокурение. Однако во многих сообществах социальная и экономическая политика и практика не дают возможности достичь цели санитарного просвещения на основе навыков или восхваляют рискованное поведение. Необходимы национальные и местные стратегии, не допускающие влияния такой политики и практики, для получения полноценной пользы от санитарного просвещения на основе навыков.

Рисунок 2. Пирамида для планирования образования в области здоровья на основе навыков

Planning Pyramid



2.1. СОДЕРЖАНИЕ

Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков, по своему содержанию относится к конкретному знанию и отношению к самому себе и к другим, а также к навыкам, необходимым для оказания влияния на поведение и условия, касающиеся определенных вопросов здоровья. Оно должно помочь молодому человеку применить знания и выработать определенное отношение и конкретные навыки, необходимые для принятия положительного решения и действий для пропаганды и поддержки собственного здоровья, а также здоровья других людей.

Знание относится к широкому кругу информации и ее пониманию. Для передачи этих знаний учителя могут сочетать инструкции в отношении фактов с объяснением того, как эти факты соотносятся друг с другом (Грин и Симонс-Мортон, 1984). Например, учитель может рассказать, как передается ВИЧ-инфекция, а затем объяснить, что сексуальные отношения с потребителями инъекционных наркотиков повышают риск ВИЧ-инфицирования.

Отношения - есть личные предрассудки, предпочтения и субъективные оценки, которые предрасполагают человека к действию или к реакции предсказуемым образом. Отношения ведут к тому, что людям что-то нравится или не нравится, или они находят что-то хорошим, а что-то - плохим, важным или неважным, заслуживающим внимания или нет. Например, гендерная чувствительность, уважение к другим или уважение к собственному телу и понимание необходимости заботиться о нем - это все отношения, важные для сохранения здоровья и хорошего функционирования (Грин и Симонс-Мортон, 1984). Для целей данного документа область отношений предполагает широкий круг идей, включая ценности, убеждения, социальные нормы, права, намерения и интересы.

Навыки сгруппированы в данном документе в жизненные (определение приводится ниже) и другие навыки. Вообще, навыки - это способности, которые дают возможность людям практиковать определенное поведение. Фраза «другие навыки» относится к практическим навыкам охраны здоровья или компетентности, например, в оказании первой помощи (наложение повязки, реанимация, стерилизация инструментов и других принадлежностей и т.д.), в гигиене (мытье рук, чистка зубов, подготовка оральных регидратационных растворов) или в области сексуального здоровья (правильное использование контрацептивов).

Жизненные навыки - это способность к адаптивному и положительному поведению, которое дает возможность человеку эффективно справляться с потребностями и трудностями повседневной жизни (определение ВОЗ). В частности, жизненные навыки - это психосоциальные компетенции и навыки межличностного общения, которые помогают людям принимать информированные решения, решать проблемы, мыслить критически и творчески, эффективно общаться, строить здоровые взаимоотношения, сопереживать другим людям, организовывать свою жизнь здоровым и продуктивным образом. Жизненные навыки могут быть направлены на личные действия или действия в отношении других людей, или могут применяться к

действиям, которые меняют окружающую среду с тем, чтобы сделать ее благоприятной для здоровья.

Различные организации здравоохранения и образования, молодежные организации и исследователи подросткового населения давали различные определения и распределяли ключевые навыки по разным категориям. Несмотря на эти различия, эксперты и практики согласились с тем, что термин «жизненные навыки» обычно включает навыки, перечисленные в предшествующем определении. К этому мы еще добавили навыки защиты и пропаганды, поскольку они важны для личных и коллективных усилий по формированию поведения и созданию условий, благоприятных для здоровья. (Конкретную ситуацию по развитию навыков пропаганды и поддержки см. в разделе 2.2.)

Процесс распределения различных жизненных навыков по категориям может навести на мысль о различии между ними (см. рисунок 3). Однако многие жизненные навыки взаимосвязаны, а некоторые из них можно прививать одновременно в процессе обучения.

Рисунок 3. Жизненные навыки для санитарного просвещения на основе навыков

КОММУНИКАЦИЯ И НАВЫКИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ	НАВЫКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ	НАВЫКИ САМОУПРАВЛЕНИЯ И РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ
<ul style="list-style-type: none"> • Навыки межличностного общения <ul style="list-style-type: none"> - Вербальная/невербальная коммуникация - Активное слушание - Выражение чувств: получение и предоставление (без обвинений) и получение отклика. • Навыки ведения переговоров/отказа <ul style="list-style-type: none"> - Переговоры и разрешение конфликтов - Навыки настойчивости - Навыки отказа. • Формирование сопереживания/эмпатии <ul style="list-style-type: none"> - Способность слушать, понимать потребности других людей, понимать обстоятельства и выражать это понимание. • Сотрудничество и коллективная/групповая работа <ul style="list-style-type: none"> - Проявление уважения к тому, что делают другие люди, и к другому стилю - Оценка собственных возможностей и вклад в коллектив/ группу. • Навыки пропаганды/ 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки принятия решения/решения проблем <ul style="list-style-type: none"> - Навыки сбора информации - Оценка будущих последствий совершаемых действий для самого себя и для других – определение альтернативных решений проблем - Навыки анализа влияния ценностей и отношений, касающихся себя лично и других, на мотивацию. • Навыки критического мышления <ul style="list-style-type: none"> - Анализ влияния сверстников и средств массовой информации - Анализ отношений, ценностей, социальных норм, убеждений и факторов, влияющих на них - Определение существенной информации и источников информации. 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки увеличения самоуверенности и способностей самоконтроля, принятия ответственности, изменения или достижения изменений <ul style="list-style-type: none"> - Формирование чувства собственного достоинства/ самоуверенности - Формирование навыков самоанализа, включение осознание прав, влияния, ценностей, отношений, прав, сильных и слабых сторон - Определение целей - Навыки самооценки, самоконтроля. • Навыки управления чувствами/эмоциями <ul style="list-style-type: none"> - Управление чувством гнева - Чувством горя и тревоги - Чувствами, обусловленными потерей, насилием и травмой. • Навыки управления стрессом <ul style="list-style-type: none"> - Контроль времени - Положительное мышление

<p>защиты интересов</p> <ul style="list-style-type: none"> - Влияние на навыки и убеждения. - Навыки создания сети и мотивации. 		<p>- Методика релаксации.</p>
--	--	-------------------------------

В стремлении достичь конкретных поведенческих результатов программы, направленной на развитие жизненных навыков молодых людей вне определенного контекста, например, поведения, имеющего значение для здоровья или условий, оказываются менее эффективными, чем программы, которые акцентируют внимание на применении жизненных навыков по конкретным вопросам, таким как наиболее распространенные проблемы здоровья. Нельзя забывать также и о значении развития жизненных навыков, направленных на то, чтобы подготовить молодых людей и к другим аспектам их развития, например, к поддержанию положительных межличностных отношений с учителями, учащимися и членами семьи.

Рисунок 4 показывает, как учащиеся могут применять один или несколько жизненных навыков, практикуя выбор положительного поведения, и создание здоровых условий в случае появления какой-либо обеспокоенности по поводу здоровья.

Рисунок 4. Конкретные жизненные навыки для основных проблем здоровья

ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ	НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ И МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ	НАВЫКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ	НАВЫКИ САМОКОНТРОЛЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ
<p>АЛКОГОЛЬ, ТАБАК И НАРКОТИКИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки коммуникации Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - информирования других об отрицательных и социальных последствиях и личных причинах отказа от алкоголя, табака и наркотиков; - обращения с просьбой к родителям не курить в машине, когда они едут вместе. 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки принятия решений Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - собирать информацию в отношении последствий потребления алкоголя и табака; - Оценивать последствия в сравнении с причинами, которые молодые обычно приводят 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки управления стрессами Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - анализировать, что способствует стрессу; - уменьшать стресс с помощью физических упражнений, медитации и управления временем;

	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки сопереживания Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - слушать и показать понимание причин, по которым друг может принять решение использовать наркотики; - предложить альтернативы привлекательным и убедительным образом. • Навыки пропаганды и защиты Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - убеждать руководителя принять и ввести в силу политику школы, свободной от табака; - обеспечить поддержку на местном уровне школам и общественным зданиям, свободным от табакокурения. • Навыки ведения переговоров/ навыки отказа Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - противостоять неоднократным просьбам друзей пожевать или покурить табак, 	<p>в защиту потребления алкоголя или табака;</p> <ul style="list-style-type: none"> - привести собственные доводы отказа от алкоголя или других наркотиков и дать объяснение этих причин другим людям; - предложить пить безалкогольные напитки на вечеринке, где подается алкоголь; - принять и придерживаться решения прекратить потребление табака или других наркотиков, и обратиться за помощью к другим людям с этой целью. <ul style="list-style-type: none"> • Навыки критического мышления Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - анализировать рекламу, целью которой является приобщение молодых людей к потреблению табака, и посмотреть, как она играет на желании выглядеть «хладнокровным», 	<ul style="list-style-type: none"> - заводить дружбу с людьми, которые оказывают поддержку и помогают расслабиться
--	---	--	---

	<p>таким образом, чтобы не потерять престиж или друзей.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыки межличностного общения <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - поддержать людей, которые пытаются остановить потребление табака или других наркотиков; - выразить конструктивную позитивную нетерпимость к тому, что друг потребляет вредные вещества. <p>«Нехорошо, что ты делаешь это...»</p>	<p>привлекательным для девушек или юношей;</p> <ul style="list-style-type: none"> - давать контринформацию, которая включает стоимость покупки сигарет и то, как еще можно использовать эти средства; - Оценить, как потребление табака сказывается на бедных людях; - проанализировать, что может подтолкнуть их к потреблению вредных веществ, и направить их на поиски здоровой альтернативы. 	
--	--	---	--

ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ	НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ И МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ	НАВЫКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ	НАВЫКИ САМОКОНТРОЛЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ
ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ	<p>Навыки коммуникации</p> <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - убедить родителей и друзей готовить и выбирать здоровую пищу. <ul style="list-style-type: none"> • Навыки отказа <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - противостоять социальному 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки принятия решений <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выбирать пищу и закуски с большими питательными свойствами; - убедительно демонстрировать понимание последствий 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки самоанализа и самоконтроля <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - распознать связь между нарушением питания и психологическими и эмоциональными факторами;

	<p>давлению в пользу нездоровой практики питания.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыки пропаганды и защиты <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - давать информацию о здоровом питании другим людям через плакаты, рекламу, представления и презентации; - заручиться поддержкой влиятельных взрослых, например, руководителей, учителей, местных врачей с тем, чтобы обеспечивать школу здоровой пищей. 	<p>несбалансированного питания (заболевания, обусловленные дефицитом).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыки критического мышления <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать питательные свойства рекламируемых продуктов и новости, касающиеся питания. 	<ul style="list-style-type: none"> - определять личные предпочтения среди всех питательных продуктов и закусок; - создать здоровый имидж тела.
<p>СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДа</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки коммуникации <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - эффективно выражать нежелание иметь сексуальные контакты; - оказывать влияние на других с тем, чтобы они либо воздерживались от сексуальных контактов, либо практиковали безопасный секс с использованием презерватива, если они не поддаются убеждению воздерживаться от сексуальных контактов; - демонстрировать 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки принятия решений <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - искать и находить надежные источники информации по анатомии человека; половому созреванию, зачатию и беременности; ИППП, ВИЧ/СПИДа, местному уровню их распространенности; имеющимся методам контрацепции; 	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки управления стрессами <p>Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - искать службы оказания помощи в области репродуктивного и сексуального здоровья, например, контрацептивы, презервативы для профилактики ВИЧ-инфицирования или нежелательно

	<p>поддержку предупреждению дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыки пропаганды и защиты Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - аргументировать свою возможность доступа к сексуальному и репродуктивному здоровью, услугам и консультированию молодых людей. • Навыки ведения переговоров/ навыки отказа Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - отказаться от сексуального контакта или обговорить использование презерватива. 	<ul style="list-style-type: none"> - анализировать разнообразие потенциальных ситуаций для сексуальных контактов и определять разнообразные возможные действия, а также последствия таких действий. • Навыки критического мышления: Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - анализировать различные слухи и неверные представления о ВИЧ/СПИДе, противозачаточных средствах, гендерных ролях и образе человеческого тела, создаваемого в средствах массовой информации. 	<p>й беременности, в случае сексуального насилия, эксплуатации, дискриминации (на основе пола), насилия или другой эмоциональной травмы.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Навыки увеличения личной уверенности и способность контролировать, нести ответственность, производить или обуславливать перемены Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы: <ul style="list-style-type: none"> - отстаивать личные ценности в случае давления со стороны сверстников и других людей.
--	--	--	--

ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ	НАВЫКИ КОММУНИКАЦИИ И МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ	НАВЫКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ И КРИТИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ	НАВЫКИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ПРОБЛЕМ И САМОКОНТРОЛЯ
СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ	<ul style="list-style-type: none"> • Навыки межличностного общения Учащиеся могут 	<ul style="list-style-type: none"> - Анализировать социально-культурное влияние в 	

ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДа	наблюдать и практиковать способы: - проявлять интерес и активно слушать других людей; - проявлять заботу и сочувствие, в том числе и при общении с ВИЧ-инфицированными людьми.	отношении сексуального поведения.	
СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕЛЬМИНТОЗА (ГЛИСТНОЙ ИНФЕКЦИИ)	<p>Навыки коммуникации Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - предоставлять информацию в отношении глистных инфекций семье, сверстникам и членам сообщества; - стимулировать сверстников, братьев и сестер, а также других членов семьи к тому, чтобы проводить меры по дегельминтизации и избегать повторных инфекций. <p>• Навыки пропаганды и защиты Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - пропагандировать такую среду и поведение, которые будут неблагоприятными для распространения глистной инфекции; - обмениваться положительными результатами мер по дегельминтизации. 	<p>• Навыки принятия решений/решения проблем Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять и избегать поведения и окружения, которые могут вызвать инфекцию, например, прием пищи с пола или контакты продуктов питания с загрязненной землей, практиковать поведение, которое может предотвратить инфекцию, например, воздерживаться от загрязнения почвы или поверхности воды фекалиями; - потреблять безопасную воду и незагрязненную пищу. 	<p>• Навыки самомониторинга Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - практиковать поведение, необходимое для профилактики гельминтоза и заражения глистной инфекцией, например, не пить грязную воду.
ПРЕДУПРЕЖ	Навыки	• Навыки	• Навыки

<p>ДЕНИЕ ЖЕСТОКОСТ И ИЛИ ОБУЧЕНИЕ МИРУ</p>	<p>коммуникации Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - излагать свою позицию четко и спокойно, без обвинения; - выслушивать мнение друг друга; - сообщать положительную информацию; - использовать «Я» заявления и не обвинять других. <p>• Навыки ведения переговоров Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - вмешиваться и предостерегать других от конфликтов прежде, чем они обострятся. <p>• Навыки пропаганды и защиты Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - участвовать в мероприятиях сообщества, которые пропагандируют ненасильственное поведение; - присоединяться, поддерживать и информировать других в отношении ненасильственных действий и организаций; - отстаивать программы выкупа 	<p>принятия решений/ решения проблем Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - понимать роли агрессора, жертвы и стороннего наблюдателя. <p>• Навыки критического мышления Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - распознавать и избегать конфликтных ситуаций; - оценивать насильственные и ненасильственные решения, которые представляются успешными в средствах массовой информации; - анализировать собственные стереотипы, убеждения и представления, поддерживающие насилие; - помочь уменьшить число предрассудков и увеличить терпимость в отношении различий. 	<p>управления стрессами Учащиеся могут наблюдать и практиковать способы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - находить и внедрять мирные способы разрешения конфликтов; - противостоять давлению со стороны сверстников и взрослых в отношении участия в насильственных действиях.
--	---	---	---

	<p>оружия или создания зон, свободных от оружия;</p> <p>- рекомендовать отказ от просмотра фильмов и от видеоигр, пропагандирующих насилие.</p>		
--	---	--	--

В оптимальном варианте санитарное образование на основе навыков должно проводиться в различных областях. Руководство по некоторым из этих содержательных областей можно найти в Информационной серии ВОЗ по санитарному образованию в школе (см. Приложение 1).

Образование в области здоровья на основе привития жизненных навыков и права человека

Образование в области здоровья на основе жизненных навыков способствует соблюдению основных прав человека, включенных в Конвенцию о правах ребенка (КПР), в особенности тех, которые касаются права ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24) и права на образование в целях развития детей, реализации их способностей в самом полном объеме (статья 28 и 29). Дети имеют всеобщие и неотъемлемые права, включая право на выживание; защиту от вредного влияния, насилия и эксплуатации; на полное участие в семейной, культурной и социальной жизни. Дети имеют право на получение информации, образования и услуг; право на наиболее совершенное физическое и психическое здоровье, а также на формальное и неформальное просвещение в вопросах народонаселения и здоровья, включая вопросы сексуального и репродуктивного здоровья (Международная конференция по народонаселению и развитию, 1999). Государства-участники обязаны обеспечивать уважение, защиту и соблюдение прав детей. Образование должно отвечать наилучшим интересам и целям непрерывного развития ребенка в целом, без дискриминации, с уважением к его взглядам и с его активным участием. Образование в области здоровья на основе навыков является одним из средств достижения этих целей.

2.2. МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ НАВЫКОВ

Для достижения образовательных целей и задач образования в области здоровья на основе жизненных навыков необходимы соответствующие эффективные методы преподавания и обучения. Эффективное обучение жизненным навыкам повторяет естественные процессы, опираясь на которые дети учатся вести себя в обществе. Это включает в себя моделирование, наблюдение и социальное взаимодействие. Интерактивные методы

преподавания и обучения или методы на основе широкого участия являются важной частью санитарного просвещения на основе навыков.

Навыки усваиваются лучше всего в процессе наблюдения и использования приобретаемых знаний, когда учащиеся имеют возможность активно практиковать их. Простое перечисление навыков учителем и лекции, которые слушают учащиеся, не всегда приводят к тому, что учащиеся овладевают ими. Необходимо учиться на практике. Учителя должны использовать такие методы в классе, которые дают возможность молодым людям наблюдать эти навыки на практике, а затем использовать их в жизни. Ученые считают, что если учащиеся могут практически применять эти навыки в классе, скорее всего, они смогут использовать их и вне школы.

Роль учителя, осуществляющего образование в области здоровья на основе привития навыков, заключается в том, чтобы обеспечить обучение и активное участие самих обучаемых (то есть естественный процесс обучения), помимо чтения лекций или использования других приемлемых и эффективных методов достижения учебных задач. Обучение на основе активного участия опирается на опыт, мнения и знания членов учебной группы; оно создает творческий контекст для исследования и развития возможностей и вариантов, а также является источником взаимного комфорта и безопасности, которые способствуют процессу обучения и принятия решений (КАРИКОМ и ЮНИСЕФ, 1999).

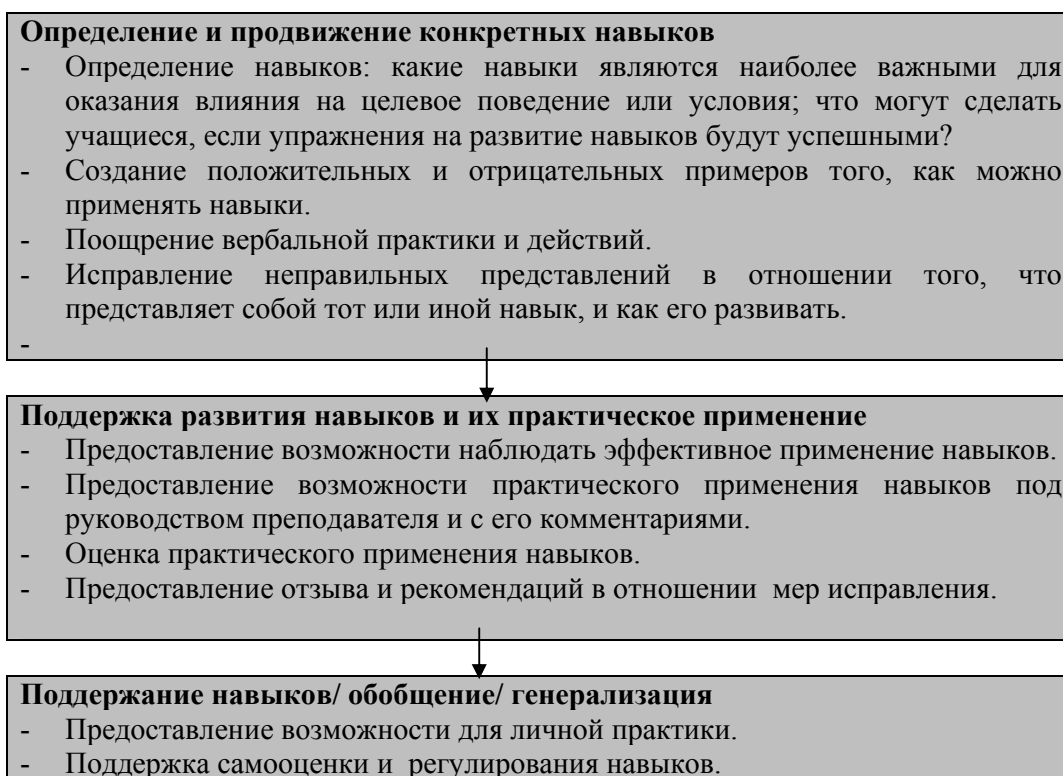
Теория социального познания дает некоторое теоретическое представление о том, почему методика преподавания на основе активного участия наиболее эффективна. Исследования Бандуры показывают, что люди учатся тому, что надо делать и как делать, наблюдая за другими. Положительное поведение усиливается положительными или отрицательными результатами, наблюдаемыми или получаемыми непосредственно самими обучаемыми. Поведение лучше закрепляется тогда, когда люди в уме или в реальности повторяют какие-либо поведенческие модели (Бандура, 1977).

Конструктивистская теория дает другое обоснование. Л. Выготский считает, что социальное взаимодействие и активное участие ребенка в решении проблем вместе со своими сверстниками и взрослыми является основой развития умственных способностей (Выготский, 1978). Многие программы рассчитывают на способность сверстников влиять на социальные нормы и индивидуальное поведение. Взрослые и молодые люди стремятся действовать таким образом, чтобы их считали нормальными, или такими, как все люди их возраста. Если подростки (правильно или неправильно) считают, что большинство молодых людей решают проблемы только через драку, тогда драка становится нормой или типичным способом разрешения споров, который они признают. Если, с другой стороны, учащиеся почувствуют, что нормой является обсуждение проблемы, а прохожие будут активно вмешиваться, чтобы остановить драку, вместо того чтобы поощрять ее, тогда большинство молодых людей будут склоняться к этой норме поведения. В сотрудничестве со сверстниками, продвигающими просоциальное поведение, представление о нормах меняется у сверстников в сторону поддержки здорового и позитивного поведения; оно также может повлиять и на некоторых сверстников,

практикующих рискованное поведение, таким образом, что они станут склоняться к нормам просоциального поведения (Водарский и Фейт, 1997). Установить позитивные стандарты поведения в школьной среде очень важно: если учащиеся будут знать об этих стандартах и рассматривать их в качестве образца, тогда многие из них сформируют и закрепят для себя поведение, способствующее укреплению здоровья (Мангрулкар и другие, 2001, с. 27).

На рисунке 5 приводится описание модели развития навыков, которые могут служить в качестве руководства для организации занятий в классе.

Рисунок 5. Цикл развития навыков



(Текст на рис. 5 адаптирован из Мангрулкар и др., 2001, страница 27.)

Исследования подходов к санитарному просвещению показали, что активные обучающие действия на основе широкого участия в них учащихся являются наиболее эффективным методом *одновременного* развития знаний, отношений и навыков, опираясь на которые учащиеся могут делать выбор в пользу здорового образа жизни (например, Вилсон и др., 1992; Тоблер, 1998).

Конкретные преимущества методов преподавания и обучения на основе активного участия, а также работы в группах включают следующие компоненты:

- Усиление восприятия себя и других участников
- Поддержка сотрудничества, а не конкуренции
- Обеспечение возможности для членов группы и их тренеров/учителей признавать и ценить навыки и усиливать чувство собственного достоинства

- Дать возможность участникам лучше узнать друг друга и продлить отношения
- Продвигать навыки слушания и коммуникации
- Облегчать работу с чувствительными вопросами
- Продвигать толерантность и понимание отдельных людей и их потребностей
- Поощрять новаторство и творчество.

(КАРИКОМ, 2000; КАРИКОМ и ЮНИСЕФ, 1999.)

Методы преподавания на основе участия, используемые для развития навыков и воздействия на отношения, включают в себя следующие моменты:

- Обсуждения в классе
- Метод "мозговой атаки"
- Демонстрация и практика под руководством инструктора
- Ролевая игра
- Работа в маленьких группах
- Учебные игры и имитация/моделирование
- Конкретные ситуации
- Рассказы
- Дебаты
- Практическая отработка жизненных навыков, характерных для конкретного контекста, с другими участниками
- Аудиовизуальные виды работ, например, искусство, музыка, театр, танцы
- Вычерчивание карты решений и дерева проблем.

Эффективные программы наиболее полно и сбалансированно сочетают методы на основе широкого и активного участия с информацией и отношениями, касающимися контекста (Кирби и др., 1994). На рисунке 6 дается описание содержания, преимуществ и процессов, отвечающих на вопрос «как», применяемых в некоторых основных методах преподавания на основе активного участия. В приводимой ниже конкретной ситуации молодые люди использовали навыки пропаганды и поддержки, а также умения действовать для изменения условий окружающей среды в целях укрепления здоровья.

Конкретная ситуация

Учащиеся начальной школы в Гиббинге, Миннесота, Соединенные Штаты Америки, участвовали в программе *Навыки, необходимые для роста*, разработанной Лайонз-Квестом, инициативой Лайонз клуб интернейшнл/Фонда Лайонз клубз интернейшнл для обучения молодежи жизненным навыкам. Учащиеся решили, что палочку жевательной резинки «Хей Ман Кул» с красным кончиком, производящую облачка сахарного «дыма», можно легко принять за настоящую сигарету, и что в данном случае производитель рекламировал курение. Они добились того, что два местных кондитерских магазина убрали эти сладости со своих полок, а затем предъявили претензии производителю – «Чуинг гам корпорейшн» из Филадельфии. Компания согласилась изменить упаковку, убрать красный кончик и изменить форму жевательной резинки. Вдохновленный этим успехом, учитель сказал, чтобы учащиеся теперь взяли за компанию по производству вяленой говядины, чей продукт напоминает жевательный табак.

(Из: <http://www.quest.edu/content/OurPrograms/EvaluationReport/evalreport.html>)

Рисунок 6. Методы преподавания на основе широкого участия

Каждый из методов преподавания, приведенных на рис. 6, можно использовать для обучения жизненным навыкам.

МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ	ОПИСАНИЕ	ДОСТОИНСТВА	ПРОЦЕСС
ОБСУЖДЕНИЕ В КЛАССЕ (в маленьких или больших группах)	Класс изучает интересную проблему или тему с целью лучше понять вопрос или навык, найти наилучшее решение или разработать новые идеи и направления для группы.	Дает учащимся возможность учиться друг у друга и практиковать обращение друг к другу при решении проблем. Дает учащимся возможность углубить свое понимание темы и персонифицировать свою связь с ней. Помогает развивать навыки слушания, уверенности в себе и сопереживания.	<ul style="list-style-type: none"> Решите, как организовать места для проведения обсуждения. Определите цель обсуждения и понятно изложите ее. Задавайте значимые, открытые вопросы. Отслеживайте прогресс обсуждения.
МОЗГОВАЯ АТАКА	Учащиеся активно выдвигают самые разнообразные идеи в отношении определенной темы или вопроса за определенный, часто короткий промежуток времени. Количество идей – основная задача данного упражнения. Оценка или обсуждение идей проводится позже.	Дает возможность учащимся очень быстро и спонтанно выдвигать идеи. Помогает учащимся использовать свое воображение, отходить от установленных форм реакции. Является хорошим началом для обсуждения, поскольку класс может творчески выдвигать идеи. Важно оценивать все «за» и «против» каждой идеи или ранжировать идеи в соответствии с определенными критериями.	<ul style="list-style-type: none"> Определите лидера и протоколиста. Изложите вопрос или проблему и попросите дать идеи. Учащиеся могут предлагать любые идеи, которые приходят на ум. Не обсуждайте идеи сразу после того, как они будут предложены. Записывайте идеи там, где

			<p>они будут видны всем.</p> <ul style="list-style-type: none"> • После мозговой атаки проанализируйте идеи, сделайте добавления, уберите, что считаете нужным, распределите по категориям.
РОЛЕВАЯ ИГРА	<p>Ролевая игра представляет собой неформальную инсценировку, в ходе которой люди разыгрывают предлагаемую ситуацию.</p>	<p>Представляет собой отличную возможность для практической отработки навыков; дает представление о том, как можно разрешить потенциальную ситуацию в реальной жизни; увеличивает сопереживание с другими людьми, с их точкой зрения и дает возможность лучше понять собственные чувства.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Опишите ситуацию, которую предстоит инсценировать. • Выберите актеров. • Дайте необходимые инструкции актерам. • Начинайте ролевую игру. • Обсудите, что произошло.
МАЛАЯ ГРУППА/ «БЗ-3-3» ГРУППА	<p>Для работы в малых группах большой класс делится на маленькие группы по шесть или менее человек, учитывая ограниченное время для выполнения задания, выполнения действий или обсуждения конкретной темы, проблем или вопросов.</p>	<p>Полезно проводить, если группы большие, а время ограничено. Максимально увеличивает вклад учащихся. Дает возможность учащимся лучше узнать друг друга и увеличивает вероятность того, что они будут учитывать мнение других людей. Помогает учащимся услышать и получить знания от своих сверстников.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Сообщите о цели обсуждения и времени, которое отводится на него. • Сформируйте небольшие группы. • Расставьте стулья таким образом, чтобы члены группы могли хорошо слышать друг друга. • Попросите

			<p>группу выбрать протоколиста.</p> <ul style="list-style-type: none"> В конце попросите протоколистов рассказать, как проходило обсуждение в группе.
ИГРЫ И ИМИТАЦИЯ	<p>Учащиеся играют в такие игры, которые могут быть использованы для обучающего контекста, критического мышления, решения проблем, принятия решения, а также для анализа и закрепления. Имитационные игры спланированы таким образом, чтобы создать у учащихся ощущение реального опыта.</p>	<p>Игры и имитационные упражнения вызывает веселье, способствуют активному обучению и обогащают обучение в классе, так как участники очень стараются подтвердить свои очки или заработать их. Они требуют комплексного применения знаний, отношений и навыков и позволяют учащимся апробировать свои предположения и способности в относительно безопасной обстановке.</p>	<p>Игры:</p> <ul style="list-style-type: none"> Напомните учащимся, что это упражнение должно быть в удовольствие для них, поэтому не важно, кто будет победителем. <p>Имитация:</p> <ul style="list-style-type: none"> Это упражнение бывает эффективнее всего, когда оно короткое и обсуждается сразу. <p>Учащихся просят представить себя в какой-то ситуации или они должны играть в соответствующим образом организованную игру, или проводить такое действие, чтобы у них возникло чувство, которое может возникнуть и в другой ситуации.</p>
СИТУАЦИОННЫЙ	<p>Упражнения по ситуационному анализу</p>	<p>Ситуационный анализ позволяет учащимся</p>	<ul style="list-style-type: none"> Наводящие вопросы

<p>АНАЛИЗ И КОНКРЕТНЫЕ СИТУАЦИИ</p>	<p>позволяют учащимся подумать, проанализировать и обсудить ситуации, с которыми они могут столкнуться. Конкретные ситуации – это реальные жизненные истории, которые детально описывают, что случилось в общине, семье, школе или в жизни конкретного человека.</p>	<p>исследовать проблемы и дилеммы, а также безопасно апробировать решения; он дает возможность работать вместе, обмениваться идеями, а также узнать, что люди иногда видят вещи по-другому. Конкретные ситуации являются мощными катализаторами мышления и обсуждения. Учащиеся рассматривают силы, которые сходятся в одной точке, чтобы заставить человека или группу действовать так или иначе, а затем оценить последствия. Участвуя в таком мыслительном процессе, учащиеся могут улучшить собственные навыки принятия решений. Классные занятия могут быть привязаны к конкретной деятельности для того, чтобы помочь учащимся принять правильное решение до того, как они столкнутся с риском для здоровья в реальной жизни.</p>	<p>бывают полезными для стимулирования мышления и обсуждения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Фасилитатор/ведущий должен уметь получить ключевые моменты от учащихся, отступить и поставить «более широкие» вопросы. • Ситуационный анализ и конкретные ситуации требуют адекватного времени для развития и творческого мышления. • Учитель должен выступать как ведущий и как наставник, а не как единственный источник «ответов» и знаний.
<p>ДЕБАТЫ²</p>	<p>В дебатах определенная проблема или вопрос представляется классу, и учащиеся должны</p>	<p>Дает возможность рассмотреть определенный вопрос детально и творчески.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Позвольте учащимся выбрать позицию по

² Источник: Л. Микс и П. Хайт (1992). *Санитарное просвещение в общеобразовательной школе*. О. Блаклик: Микс Хайт паблишинг.

	<p>занять определенную позицию в отношении решения проблемы или вопроса. Класс может участвовать в дебатах в целом или в маленьких группах.</p>	<p>Вопросы охраны здоровья хорошо подходят для этой цели: учащиеся могут проводить дебаты, например, в отношении того, следует ли запрещать курение в общественных местах в сообществе. Дает возможность учащимся защищать значимую для них позицию. Дает возможность практики навыков мышления более высокого порядка.</p>	<p>собственному усмотрению. Если слишком много учащихся занимают одну и ту же позицию, попросите добровольцев придерживаться противоположной точки зрения.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дайте учащимся достаточно времени, чтобы изучить тему. • Не допускайте доминирования одних учащихся за счет других, желающих высказаться. • Обеспечьте условия для того, чтобы учащиеся проявляли уважение к мнению и мыслям других участников дебатов. • Контролируйте класс и следите, чтобы дебаты не выходили за рамки заданной темы.
--	---	---	---

РАССКАЗЫ ³	Учитель или учащиеся рассказывают или читают рассказ группе. Рассказ можно иллюстрировать рисунками, комиксами и слайдами. Учащихся просят подумать и обсудить важные (касающиеся здоровья) моменты или методы, приведенные в рассказе.	Могут помочь учащимся думать о местных проблемах и развить навыки критического мышления. Учащиеся могут использовать свои собственные творческие навыки, помогая составить рассказы, или группа может работать в интерактивном режиме во время рассказа. Рассказ позволяет провести аналогию или сравнения, помогает людям найти здоровые решения.	<ul style="list-style-type: none"> • Рассказ должен быть простым и понятным, содержать один или два основных момента. • Необходимо, чтобы рассказ (и рисунки, если они включены) касался жизни учащихся. • Рассказ должен быть достаточно драматичным, чтобы вызвать интерес. Постарайтесь включить в него примеры проявления счастья, печали, возбуждения, смелости, серьезных мыслей, решений и способы разрешения проблем.
-----------------------	---	--	--

Источник: Обучение жизненным навыкам в обучении по вопросам здоровья и семьи, Барбадос, март/апрель 2001, разработано ННД/EDC, Ньютон, Массачуссетс.

³ Источник: Д.Вернер и Б. Боуэр (1982). *Помогая учиться медицинским работникам*. Пало Алто, СА: Hesperian Foundation

3. ТЕОРИИ И ПРИНЦИПЫ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ОБУЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ ПРИВИТИЯ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ⁴

Цель: обобщить основополагающие теории и принципы обучения в области здоровья на основе жизненных навыков и осветить их применение.

Обоснование преимуществ применения образования в области здоровья на основе жизненных навыков содержится в многочисленных теоретических и научных публикациях. В данном разделе приводятся отдельные теории с краткими аннотациями, указывающими на их значение для планирования обучения в области здоровья на основе жизненных навыков. Эти теории содержат много общих положений, и все они внесли свой вклад в разработку санитарного образования на основе жизненных навыков.

Поведенческая наука и дисциплины, касающиеся образования и развития ребенка в контексте принципов прав человека, представляют собой главный источник этих основополагающих теорий и принципов. Те, кто работает с этими дисциплинами, внесли свой вклад, основанный на опыте, накопленном в ходе десятилетий научных исследований и практической работы, в понимание того, как происходит процесс роста и познания людей, в частности, детей и подростков; как они приобретают знания, формируют отношения, вырабатывают навыки, как ведут себя в обществе. Научные исследования и опыт также помогли определить те многочисленные факторы, которые влияют на рост и развитие детей и подростков в различном окружении, начиная с семьи и групп сверстников и заканчивая школой и общиной.

Большинство теорий, рассматриваемых ниже, основаны на работах западных и североамериканских ученых - специалистов в области общественных наук, и они могут иметь, а могут и не иметь определенного значения для другой культуры и практики. Поэтому авторы программ совместно с местными специалистами в области общественных и поведенческих наук, педиатрами, антропологами, педагогами и другими специалистами, изучающими развитие детей и подростков, возможно, пожелают рассмотреть значение этих идей, а также собственные культурные представления в процессе разработки проектов.

3.1. ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА И ПОДРОСТКА

Понимание комплексных биологических, социальных и познавательных изменений, гендерного осознания и нравственного развития, происходящих в детстве и подростковом возрасте, лежит в основе большинства теорий человеческого развития.

Начало полового созревания лежит в основе биологических изменений, происходящих в детстве и раннем подростковом возрасте. Важным компонентом социального познания при переходе из подросткового периода

⁴ Большая часть главы представляет собой обобщение главы II - Теоретические основы подхода на основе жизненных навыков, Л. Мангрулкар, К. Винс Витмана и М.Познера (2001). *Подход к здоровому человеческому развитию детей и подростков на основе жизненных навыков*. Вашингтон, О.К. Панамериканская организация здравоохранения.

во взрослое состояние является процесс осознания себя и других людей и понимание взаимоотношений в человеческой среде. Способность понимать причинно-следственные отношения формируется в раннем подростковом периоде, когда процесс решения проблем становится более сложным. Подросток становится способен осмысливать одновременно несколько переменных, может мыслить абстрактно и выработать правила решения проблем (Пьяже, 1972). В это время социальные взаимоотношения становятся более сложными. Подростки проводят больше времени со своими сверстниками; более интенсивными становятся их взаимоотношения со сверстниками противоположного пола; они проводят меньше времени дома, с членами своей семьи. Нравственное развитие также происходит в этот период; подростки начинают давать рационалистическое объяснение различным мнениям и информации, получаемой из различных источников, начинают формировать собственные ценности и правила уравнивания собственных интересов, конфликтующих с интересами других людей.

→ **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Возраст позднего детства и раннего подросткового периода (6-15 лет) в школьной среде представляет собой критический период и одновременно дает возможность для развития навыков и положительных привычек. В этот период дети развивают способность мыслить абстрактно, понимать последствия, общаться со своими сверстниками по-другому и решать проблемы, поскольку в этот период они становятся более независимы от родителей, приобретают больше навыков, чтобы контролировать собственную жизнь.
- (2) Более широкий социальный контекст раннего и среднего подросткового периодов предоставляет разнообразные ситуации, в которых дети могут практически отрабатывать новые навыки и формировать положительные привычки общения со сверстниками и другими людьми за пределами семейного круга.
- (3) Развитие отношений, ценностей, навыков и компетенций считается критически важным для того, чтобы у ребенка появилось осознание собственного «Я», самостоятельной личности, а также важно для всего процесса обучения в школе.
- (4) В этот промежуток времени привычки молодых людей одного возраста или разных возрастов могут сильно меняться. Поэтому деятельность, в которой они принимают участие, должна соответствовать их возрастному развитию.

3.2. РАЗНООБРАЗНЫЕ СПОСОБНОСТИ

В соответствии с теорией, разработанной Говардом Гарднером (1993), существует восемь человеческих способностей, которые основываются на широком разнообразии человеческих возможностей. Они включают в себя лингвистические, логические/математические, музыкальные,

пространственные, материальные/кинестетические, натуралистические, межличностные и внутриличностные способности, но они неодинаково проявляются у разных людей, и в процессе развития навыков или решения проблем люди используют свои способности по-разному.

—> **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Более широкое видение человеческих способностей указывает на необходимость использования разнообразных учебных методов, чтобы вовлечь различные стили обучения и сильные стороны учащихся.
- (2) Способность управлять эмоциями и умение понимать собственные чувства, а также чувства других людей очень важны для человеческого развития, и подростки могут научиться этим способностям так же, как они учатся читать и считать.
- (3) Учащиеся практически не имеют возможностей участвовать в процессе преподавания и обучения социальным навыкам за пределами школы. Поэтому важно использовать школьную среду для обучения тому, что выходит за рамки традиционных школьных предметов.

3.3. СОЦИАЛЬНАЯ ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ, ИЛИ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ТЕОРИЯ

Данная теория в основном базируется на трудах Альберта Бандуры (1977), который на основе исследования пришел к выводу, что дети учатся поведенческому аспекту через формальный процесс обучения и через наблюдение. Формальный процесс обучения включает в себя то, как родители, учителя и другие авторитетные люди и ролевые модели учат детей вести себя; наблюдение включает в себя то, что видят молодые люди, наблюдая за поведением взрослых и сверстников. Поведение детей закрепляется или модифицируется последствиями их действий, а также откликами других на их поведение.

—> **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Обучение навыкам должно отражать естественные процессы, на основе которых дети учатся вести себя в обществе: моделирование, наблюдение и социальное взаимодействие.
- (2) Закрепление/усиление - важный момент в процессе обучения и формирования поведения. Положительное закрепление применяется в случае правильной демонстрации поведения и навыков; отрицательное или корректирующее закрепление применяется в отношении такого поведения и навыков, которые необходимо исправить для обеспечения более положительных действий.
- (3) Учителя и другие взрослые являются важными ролевыми моделями - людьми, устанавливающими стандарты, и источниками воздействия.

3.4. ТЕОРИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПРОБЛЕМЫ

- (1) Джессор и Джессор (1977) признают, что поведение подростка (включая поведенческий риск) является продуктом сложных взаимоотношений между людьми и их окружением. Теория поведенческой проблемы касается взаимоотношений между тремя категориями психосоциальных переменных. Первая категория - система личности - включает ценности, ожидания, убеждения и отношения к самому себе и к обществу. Вторая категория - воспринимаемая окружающая система - включает восприятие отношения друзей и родителей к поведению и физическим явлениям (тело) в окружающей среде, как, например, психотропные вещества и оружие. Третья категория - поведенческая система - включает социально приемлемое и неприемлемое поведение. Некоторые люди характеризуются тем, что имеют более одной поведенческой проблемы, например, сочетанием потребления алкоголя и табакокурения или потреблением других наркотических веществ и наличием болезней, передающейся половым путем.

→ Значение для образования в области здоровья на основе навыков:

- (1) На поведение человека оказывают влияние его ценности, убеждения и отношения, а также восприятие этого поведения друзьями и семьей. Поэтому навыки критического мышления (включая способность к самооценке и оценке социального окружения), эффективной коммуникации и переговоров - важные аспекты санитарного просвещения на основе навыков и жизненных навыков. Использование этих видов взаимодействия в процессе деятельности, при наличии практической возможности применения этих навыков, является важной частью процесса обучения.
- (2) Многие вопросы здоровья и социальные вопросы, а также их основополагающие факторы взаимосвязаны. Меры вмешательства в связи с одной проблемой могут оказаться взаимосвязанными и окажутся полезными в связи с другой.
- (3) Меры вмешательства должны быть направлены одновременно на системы, касающиеся личности, среды и поведения.

3.5. ТЕОРИЯ СОЦИАЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ И ТЕОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ИНОКУЛЯЦИИ

Эти две теории тесно взаимосвязаны. Теория социального влияния основана на трудах Бандуры (смотри выше) и на теории социальной инокуляции МакГира (1964, 1968) и впервые была применена в программе профилактики табакокурения Ивансом (1976; и другие, 1978). Теория социального влияния считает, что дети и подростки испытывают давление в отношении поведенческого риска, например, табакокурения, преждевременных или нежелательных половых контактов. Программы, посвященные социальному влиянию или инокуляции, учитывают такое давление, поэтому они заранее

информируют молодых людей и одновременно учат их, как противостоять такому давлению. Обычно такие программы направлены на конкретный тип риска, привязывая навыки противостоять давлению со стороны сверстников к определенному поведенческому риску и знаниям. Обучение детей навыкам сопротивления давлению общества обычно является центральным компонентом программ обучения социальным навыкам и жизненным навыкам.

—► **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Можно снизить социальное давление и влияние со стороны сверстников в отношении практики нездорового поведения, проводя меры в этом отношении *до того*, как ребенок или подросток окажутся под таким давлением, акцентируя, таким образом, внимание на раннем предупреждении, нежели на позднем вмешательстве.
- (2) Заблаговременное информирование молодежи в отношении такого рода давления дает им возможность понять заранее, в какой ситуации они могут оказаться.
- (3) Обучение детей *навыкам сопротивления давлению общества* является более эффективным способом уменьшения поведенческой проблемы, нежели простое предоставление информации или запугивание в отношении результатов их поведения.

3.6. КОГНИТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ

Эта модель формирования компетенций, направленных на раннюю профилактику или предупреждение, основывается на том, что обучение детей навыкам социально-когнитивного решения проблем в раннем возрасте может улучшить межличностные взаимоотношения и управление импульсивными порывами, способствовать достижению сверстниками взаимовыгодных и обеспечивающих самозащиту решений, а также уменьшить или предупредить отрицательное, «компрометирующее» поведение в отношении собственного здоровья. Плохие навыки решения проблем обусловлены плохим социальным поведением, указывая, тем самым, на необходимость включения этих навыков в программу обучения.

3.7. ТЕОРИЯ УСТОЙЧИВОСТИ (ГИБКОСТИ)

Данная теория объясняет процесс, почему люди склонны заниматься укреплением здоровья, нежели ставить его под угрозу. Она рассматривает взаимодействие факторов в жизни молодого человека, включая условия в семье, школе, сообществе, и обеспечивают возможность положительной адаптации молодых людей в обществе. Значение данной теории в том, что она делает акцент на необходимости модифицировать и продвигать механизмы защиты здорового развития детей. Согласно теории устойчивости, существуют внутренние, защитные, и внешние факторы, взаимодействующие между собой и дающие людям возможность избежать неприятностей. Внутренние защитные

факторы включают в себя самоуважение и самоуверенность, внутренний фокус контроля и чувство жизненной цели. Внешние факторы - это прежде всего социальная поддержка со стороны семьи и сообщества. Они включают в себя заботливую семью, которая определяет доброжелательные отношения и положительное поведение; отсутствие злоупотребления алкоголем и насилия в доме; крепкая связь и привязанность к школьному сообществу; успехи в учебе; отношения со сверстниками, характеризующиеся положительным поведением (Кирби, 2001; Инфанте, 2001; Лютар, 2000; Кирби, 1999; Касс, 1998; Блум и Рейнхард, 1997; Лютар и Зейглер, 1991; Рутгер, 1987). Согласно Бернарду (1991), характеристики, по которым молодые люди отличаются друг от друга, включают в себя социальную компетенцию, навыки положительного решения проблем, независимость и чувство цели. Сегодня, похоже, нет единого мнения в отношении тех факторов, которые должны присутствовать в гибком поведении. В исследованиях акцент делается на определении типов взаимодействия между этими факторами, предполагающими гибкую адаптацию, несмотря на неблагоприятные условия.

—> **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Социально-познавательные навыки, социальная компетенция и навыки решения проблем могут служить в качестве *медиаторов* для поведения.
- (2) Специфические навыки, на которые направлено санитарное образование на основе навыков, и образование на основе жизненных навыков в других образовательных областях составляют часть внутренних факторов, которые помогают молодым людям адекватно реагировать на неблагоприятные обстоятельства, и они же являются особенностями, характеризующими гибких молодых людей.
- (3) Важно, чтобы и учителя, и родители учились тем же самым навыкам и обеспечивали ребенку заботливую семью и школьную среду, моделируя то, что молодежь, согласно их ожиданиям, сможет сделать.
- (4) В соответствии с принципом гибкости акцент делается на ребенке, семье и сообществе, что дает возможность учителю или воспитателю быть направляющим данного процесса формирования гибкости.

Хотя выработанные и закрепленные навыки помогают молодежи во многих жизненных ситуациях, существуют и другие факторы окружения, не менее значимые, которым также необходимо уделять достаточное внимание, если ставится задача добиться здорового поведения.

3.8. ТЕОРИЯ РАЗУМНЫХ ДЕЙСТВИЙ И МОДЕЛЬ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ

Теория разумных действий и модель представления о здоровье содержит аналогичные концепции. Основанная на исследованиях Фишбайна и Айзена (1975), теория разумных действий рассматривает намерение индивидуума в отношении определенного поведения как сочетание его отношения к практике такого поведения и субъективных представлений о норме поведения, о том, какого поведения другие, по его мнению, ожидают от него. Модель представления о здоровье, впервые разработанная Розенстоком вместе с другими авторами (1988), Шиханом и Абрахамом (1996), признает, что восприятие, а не действительные факты важны для определения положительных факторов и барьеров, влияющих на здоровье, наряду с предполагаемой восприимчивостью и тяжестью угрозы для здоровья или его последствиями. Факторы модификации включают в себя демографические переменные и сигналы к действиям, которые можно ожидать от людей, политики и благоприятной среды.

—> **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Если человек считает, что результат какого-то поведения положительный, у него сложится положительное отношение к практике такого поведения. Обратное может иметь место, когда поведение считается отрицательным.
- (2) Если другие люди, имеющие значение для данного человека (например, родители, учителя, сверстники), рассматривают его поведение как положительное, а этот человек заинтересован в том, чтобы оправдать их ожидания, тогда можно ожидать положительного поведения от этого человека. Формула работает также при отрицательных поведенческих нормах.

3.9. ТЕОРИЯ СТУПЕНЧАТОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ИЛИ ТРАНСТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Данная теория основана на модели, разработанной ПрочаскА (1979) и ДиКлеме (1982). Она описывает определенные этапы, которые определяют, где человек рассматривает возможность изменения своего поведения. Эти шесть основных этапов включают: **предварительное размышление** (нет желания изменить поведение), **раздумье** (намерение изменить поведение), **подготовку** (намерение изменить поведение в ближайшем месяце), **действие** (изменение поведения в промежутке от 0 до 6 месяцев), **поддержание** (сохранение поведенческого изменения по истечении 6 месяцев и до нескольких лет) и **прекращение** (желаемое поведение как постоянная практика).

—> **Значение для образования в области здоровья на основе навыков:**

- (1) Важно определить и понять этапы, когда учащиеся находятся в реальном мире, с точки зрения их знаний, отношений, мотивации и опыта, и соответствующим образом подстраивать к ним их деятельность и ожидания.

- (2) Меры, направленные на коррекцию того этапа, который не является существенным для учащегося, вряд ли будут успешными. Например, программа по отказу от табакокурения для людей, которые преимущественно не курят, или которые курят, но не имеют желания менять свои привычки, скорее всего, не приведет к желаемому результату. Соответствие стадийности предпринимаемых мер по коррекции поведения и стадийности поведения субъекта обеспечит успех вмешательства.

Дополнительную информацию смотри в главе II - *Подход к здоровому развитию детей и подростков на основе развития жизненных навыков*, в труде Л. Мангрулара, К. Винса Витмана и М. Познера, опубликованном Панамериканской организацией здравоохранения в 2001 году. Материал можно также найти на сайте: <http://www.paho.org/English/HPF/ADOL/Lifeskills.pdf>

4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ И ПОЛУЧЕННЫЕ УРОКИ

Цель: дать представление о сущности исследования и накопленном опыте в области обучения здоровому образу жизни на основе навыков.

4.1. ГЛАВНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НА ОСНОВЕ НАВЫКОВ⁵

Образование молодых людей в целях обеспечения их здоровья называют обучением в области здоровья, обучением в области здоровья на основе навыков и подходом на основе жизненных навыков. Оценочное исследование, проведенное за последнее десятилетие, выявило много информации в отношении стратегий достижения желаемых знаний, отношений, навыков и поведенческих результатов, которые снижают поведенческий риск и улучшают здоровье. Три результата этих исследований особенно важны для людей, разрабатывающих политику и осуществляющих планирование программ:

- (1) Образование в области здоровья на основе навыков, которое концентрирует внимание на развитии навыков и умений делать здоровый выбор в жизни, *помимо* передачи знаний из области здоровья, отношений, ценностей, услуг и поддержки, скорее всего, даст желаемый результат.
- (2) Развитие навыков, вероятнее всего, приведет к желаемому здоровому поведению, если практика этих навыков будет привязана к содержанию специфического поведения или решению, касающемуся здоровья.
- (3) Наиболее эффективный метод развития навыков - обучение на основе практики, вовлечение людей в активные обучающие действия, упражнения.

(ЮНЕСКО/ЮНИСЕФ/ВОЗ/Всемирный банк, 2000; Тоблер, 1998, Предварительный вариант; ВОЗ, 1997; ВОЗ/ЮНФПА/ЮНИСЕФ, 1995; Берг, 1998; Винс-Витман и другие, 2001.)

Исследования показывают, что санитарное просвещение на основе выработки положительных жизненных навыков способствует развитию здорового образа жизни и снижает поведенческий риск. Мета-анализ 207 программ по профилактике наркомании в школе разделил профилактические подходы на девять категорий: только знания; только эмоции; знания и эмоции; решения; ценности и отношения; обучение общим навыкам; социальные воздействия; всесторонние жизненные навыки; другие программы и санитарное просвещение К-12.

Автор пришел к выводу, что в «наиболее эффективных программах ведется обучение всесторонним жизненным навыкам» (в соответствии с определением,

⁵ Часть данной главы позаимствована из публикации К. Винса-Витмана, К. Алдингера, Б. Левингера и И. Бердтигла (2000). *Оценка достижения Образования для всех, 2000. Тематические исследования: Вопросы здоровья и питания в школе.* Париж: ЮНЕСКО.

данным в разделах 1.4. и 2.1. данного документа). Программы были также сгруппированы в соответствии с тем, использовали они или нет интерактивные методы. В результате исследования был сделан вывод, что «наиболее успешными из интерактивных программ являются образовательные программы на основе развития всесторонних жизненных навыков, которые включают в себя навыки отказа, предложенные в программах, посвященных социальному влиянию, а также развитие дополнительных навыков, например, уверенности в себе, владения собой, навыки коммуникации и т.д.» (Тоблер, 1992). Мета-анализ Кирби (1997, 1999, 2001) подтвердил тот факт, что методы активного обучения, наряду с другими факторами, оказались эффективными по отношению к учащимся и привели к положительным поведенческим результатам. Исследования в развивающихся странах также подтвердили эффективность интерактивных методов санитарного просвещения на базе навыков и методов на основе широкого участия (например, Вилсон и др., 1992). Взятые вместе, эти результаты дают определенное основание для того, чтобы акцентировать внимание на данном подходе к санитарному просвещению.

Исследования показали, что образование в области здоровья на основе навыков:

- Уменьшает возможности участия молодых людей в правонарушениях (Элиас, 1991), снижает уровень насильственного поведения в отношении друг друга (Толан и Гуерра, 1994), а также уровень преступного поведения (Англандер-Голдерн и др., 1989).
- Отодвигает наступление возраста, в котором молодые люди начинают потреблять алкоголь, табак и другие наркотические вещества (Гриффин и Свендсен, 1992; Каплан и другие, 1992; Вернер 1991, Эррекарт и другие, 1991; Хансен, Джонсон, Флей, Грехэм и Собель, 1988; Ботвин и другие, 1984, 1980).

Примеры:

- Австралия, Чили, Норвегия и Швейцария сотрудничали в рамках пилотного проекта по изучению эффективности подхода социальных влияний в антиалкогольном просвещении в школе. Полученные данные показали, что образование, получаемое сверстниками, представляется более эффективным в снижении уровня потребления алкоголя в различных ситуациях и различных культурах (Перри и Грант, 1991).
- В Южной Африке программа по снижению уровня табакокурения, основанная на социальной когнитивной теории, была осуществлена в школах районов, расположенных вокруг Кейптауна. Во время проведения данной программы у детей возросла самоуверенность и снизился уровень потребления табака по сравнению с контрольными школами. Проведенная оценка послужила основанием для рекомендаций департаменту образования и обучения сделать эту программу частью формального школьного учебного плана (Хантер и другие, 1991).
- В Соединенных Штатах была проведена программа обучения жизненным навыкам (ОЖН) на основе интерактивной модели «личность – среда», которая предполагает, что существует много путей, ведущих к

табакокурению, потреблению алкоголя и наркотиков. Данное исследование охватило 6.000 учащихся из 56 школ. Результаты трехлетней работы показали, что ОЖН оказывает значительное влияние на снижение уровня потребления сигарет, марихуаны и алкоголя. А результаты шестилетнего последующего наблюдения свидетельствуют, что эффект от этой программы сохранялся до конца двенадцатилетнего срока обучения (12 класс) в школе (СиДиСи, 1999).

- Уменьшение высокого риска сексуальной активности, которая может привести к нежелательной беременности, ЗППП или ВИЧ-инфицированию, отмечается многими авторами (Кирби, 1997 и 1994; Пострадо и Николон, 1992; Библейский союз, Забин и другие, 1986; Шинке, Блит и Гилчрест, 1981).

Примеры:

- В Уганде программа по профилактике ВИЧ/СПИДа в начальных школах делала акцент на улучшение доступа к информации, образованию по принципу равный равному, на качестве существующей школьной системы санитарного просвещения. Через два года после начала работы программы процент учащихся, которые, по их признанию, вели активную половую жизнь, снизился с 42,9% до 11,1%. Методы социального взаимодействия оказались эффективными. Учащиеся в группах, где проводились мероприятия по программе, стали чаще разговаривать со сверстниками и учителями по сексуальным вопросам. Причины воздержания от сексуальных контактов связывались, скорее, с моделью рационального принятия решений, нежели с моделью наказания (Шуе и другие, 1999).
- Кирби и ДиКлементе (1994) пришли к выводу, что навыки ведения переговоров улучшают способность учащихся откладывать сексуальные контакты на более поздние сроки или пользоваться презервативом. Вильсон и коллеги (1992) сделали вывод, что методы интерактивного обучения «лучше, нежели лекции о необходимости пользоваться презервативом», что, в свою очередь, привело и к уменьшению числа сексуальных партнеров. Их оценка сводится к тому, что женщины-учителя в Зимбабве, принимавшие участие в мероприятиях по борьбе со СПИДом на основе навыков, знали больше о презервативах и их правильном использовании, имели более высокое чувство самоэффективности, меньше барьеров и меньше сексуальных партнеров четыре месяца спустя после проведения этой программы, нежели их коллеги, которые только слушали лекции.
- Предупреждение отвержения сверстниками (Майз и Ладд, 1990) и запугиваний (Олевьюс, 1990).
- Обучение сдерживанию гнева (Деффенбахер, Ойттинг, Хафф и Твайтс, 1995; Деффенбахер, Линч, Ойттинг и Кемпер, 1996; Файндлер и другие, 1986).
- Поддержка позитивной социальной адаптации (Элиас, Гара, Шульер, Брандон-Мюллер и Сайетт, 1991) и снижение эмоциональных расстройств (МакКонаги, Кей и Фитцджеральд, 1998).

- Улучшение поведения, имеющего значение для здоровья и самооценки (Янг, Келли и Денни, 1997).
- Улучшение академической успеваемости (Элиас, Гара, Шульер, Брандон-Мюллер и Сайетт, 1991).

Матрица оценочных исследований в приложении 3 обобщает результаты. В матрице перечисляются избранные исследования санитарного просвещения на основе навыков и достигнутые изменения знаний, отношений, навыков или поведения. Исследования, которые показывают влияние на поведение, как правило, включают в себя более широкое вмешательство в процесс, идущее дальше санитарного просвещения на основе навыков. В следующем разделе дается описание ключевых факторов успеха школьных программ, а также перечень барьеров на пути успеха по категориям.

4.2. КАКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ

Образование в области здоровья на основе навыков будет наиболее эффективно влиять на поведение, если оно применяется как часть всестороннего, многоэтапного подхода, обеспечивающего со временем последовательную информацию. Стратегии необходимо подстраивать под отдельные поведенческие аспекты и этапы. Ограниченный акцент на санитарном просвещении на основе навыков вряд ли обеспечит устойчивые поведенческие изменения в долгосрочном периоде. Более эффективные и устойчивые результаты, как правило, достигаются тогда, когда образование в области здоровья на основе навыков координируется с политикой, услугами, семьей и сообществом, средствами массовой информации и другими стратегиями. Например, исследование показывает, что учебный план в сочетании с общинными молодежными службами снижает поведенческий риск (драки, ранняя половая жизнь, потребление наркотиков) более эффективно, чем только один учебный план (О'Доннелл и другие, 1998).

Действительно, инициатива ФРЕШ (Направление ресурсов на обеспечение эффективной охраны здоровья в школе) возникла в ответ на необходимость иметь более всесторонние программы, нежели единичные акции, ожидания в отношении которых представляются необоснованно завышенными. Более подробную информацию в отношении ФРЕШ смотри в разделах 1.1. и 5.12. Факторы успеха, описанные на рисунке 7, основаны на исследовании и опыте развивающихся и более развитых стран. Глава 5 данного документа дает представление о способах преобразования этих результатов оценки в эффективные программы.

Рисунок 7. Критические факторы успеха в школьных подходах

Получение обязательства
<i>Необходимы интенсивная защита интересов и поддержка, начиная с самых ранних этапов планирования, чтобы повлиять на ключевое руководство страны; мобилизовать сообщество, чтобы санитарное просвещение на основе навыков стояло на повестке дня; чтобы сообщество отчитывалось за выполнение национальных и международных соглашений. Такая пропаганда и поддержка на</i>

основе точных и своевременных данных может убедить национальных лидеров и сообщества в том, что профилактика важна с самых ранних лет. Она также может помочь направить программы на реальные потребности по охране здоровья, на опыт, мотивацию и сильные стороны целевого населения, а не на предполагаемые кем-то проблемы^{6,7}. Информирование о фактах, выслушивание и реакция на обеспокоенность сообщества, а также учет мнения сообщества могут помочь заручиться обязательством, а эффективная мобилизация ресурсов только закрепит успех таких усилий^{8,9}. На школьном уровне эффективные программы санитарного просвещения на основе навыков полагаются на более широкое видение вопроса укрепления здоровья, которое включает вопросы здоровья в образовательную реформу. Они также полагаются на то, какую степень приоритетности сама школа придает укреплению здоровья, то есть увязывает ли она свою собственную политику и услуги с санитарным просвещением на основе навыков и обеспечивает ли здоровую психологическую и физическую школьную среду.

Теоретическое обоснование

«Эффективные программы основываются на теоретических подходах, которые доказали свою эффективность в отношении изменения поведенческого риска, имеющего значение для здоровья»¹⁰ (смотри примеры в главе 3). Общие элементы существуют во всех теориях, включая важность персонификации информации и вероятность риска, увеличение мотивации и готовности к переменам/действиям, понимание и влияние на сверстников и социальные нормы, расширение индивидуальных навыков и отношений, а также способность предпринимать действия и создание благоприятной среды на основе проведения политики поддержки и оказания услуг¹¹. Теория социального познания предполагает, что на поведение будет оказывать влияние понимание того, что необходимо сделать (знание), и уверенность в пользе (мотивация), убежденность в том, что определенные навыки будут эффективными (ожидание результата), а также уверенность в том, что конкретные навыки можно эффективно использовать (самоэффективность)¹².

⁶ ЮНИСЕФ (2000). *Вовлечение людей, Развивающееся поведение*. Редакция Н. МакКи, И. Манонкурта, К. Сайк Юна и Р. Карнеги.

⁷ Д. Вебб и Л. Эллиот в сотрудничестве с Департаментом по международному развитию Великобритании и ЮНЕЙДС. (2000). *Учиться жить, Мониторинг и оценка программ по ВИЧ/СПИДу для молодых людей*. Фонд «Спасите детей».

⁸ ЮНЕСКО, ПРОАП, Региональная расчетная палата по образованию населения и коммуникации, ЮНФПА (2001). *Стратегии коммуникации, пропаганды и поддержки: Репродуктивное и сексуальное здоровье подростков: Брошюра 3, Извлеченные уроки и руководство*. Бангкок, Таиланд: ЮНЕСКО, ЮНФПА.

⁹ Министерство здравоохранения и Министерство образования Южной Африки. (1998). *Отчет о Проекте по Программе жизненных навыков, 1997/98*.

¹⁰ Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы: Результаты исследований по программам снижения уровня беременности среди подростков*. Вашингтон, О.К.: Национальная кампания по снижению уровня беременности среди подростков.

¹¹ ЮНИСЕФ (2000). *Вовлечение людей, Эволюция поведения*. Редакция Н. МакКи, Е. Манонкурт, К. Сайк Юн и Р. Карнеги.

¹² Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы: Результаты исследований по программам снижения уровня беременности среди подростков*. Вашингтон, О.К.: Национальная кампания по снижению уровня беременности среди подростков (с. 29).

Содержание программ

Информация, отношения и навыки, которые составляют содержание программы, должны отбираться на основе их значимости для конкретного риска, касающегося здоровья, а также для защиты; например, умение противостоять давлению со стороны сверстников в отношении табакокурения или использования наркотиков, отсрочка начала сексуальных контактов или использование противозачаточных средств, или умение найти взрослого, которому можно было бы довериться и получить у него поддержку в период депрессии. Программы, направленные на достижение адекватного соотношения знаний, отношений и навыков, например, навыки общения, ведения переговоров и навыки отказа, оказались самыми успешными в плане изменения поведения. Программы, в которых большой акцент делался на (биологическую) информацию, имеет меньший эффект в плане улучшения отношений и навыков и уменьшения поведенческого риска¹³. Эффективные программы уделяют главное внимание небольшому числу конкретных поведенческих целей и содержат ясную содержательную информацию в отношении защиты здоровья, постоянно усиливая положительную установку на укрепление здоровья в рамках этих целей¹⁴. Общие программы и те, которые делали попытки охватить широкий спектр вопросов, ценностей и навыков, не увязывая их друг с другом, обычно не рекомендуются в тех случаях, где целью ставится профилактика специфического поведенческого риска¹⁵.

Методы

Эффективные программы используют разнообразие методов преподавания на основе широкого участия, решают вопросы социального давления и моделирования навыков, а также обеспечивают необходимую и точную информацию. Эффективные методы преподавания на основе широкого участия вовлекают учащихся и направлены на определенные вопросы здоровья¹⁶. (Примеры методики преподавания на основе широкого участия см. в разделе 2.2 данного документа.) Программы, делающие особый акцент на информации, могут улучшить знания, но, как правило, являются неэффективными в отношении улучшения отношения, навыков или самого поведения¹⁷. Однако эффективные программы должны обеспечивать необходимую, точную информацию, которую учащиеся могут использовать для оценки рисков и для

¹³ Д. Вилсон, А. Мапарадзи и Е. Лавелль (1992). Экспериментальное сравнение двух программ профилактики СПИДа среди молодежи Зимбабве. *Журнал Социальная психология*, 132(3), 415-417.

¹⁴ Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы*.

¹⁵ Л. Канн, Дж. Коллинз, Б. Патерман, М. Смолл, Дж. Росс и Л. Колбе (1995). Исследование школьной политики и программ в области охраны здоровья (ИШППОЗ): Обоснование национального отчета о состоянии охраны здоровья в школе. *Журнал Охрана здоровья в школе*, 65, 291-294.

¹⁶ Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы*.

¹⁷ Д. Вилсон, А. Мапарадзи и Е. Лавелль (1992). Экспериментальное сравнение двух программ профилактики СПИДа среди молодежи Зимбабве. *Журнал Социальная психология*, 132(3), 415-417.

¹⁸ Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы: Результаты исследований по программам снижения уровня беременности среди подростков*. Вашингтон, О.К.: Национальная кампания по снижению уровня беременности среди подростков (с. 30).

того, чтобы избежать поведенческого риска¹⁸.

Определение времени и последовательность

Эффективные образовательные программы интенсивные, они начинаются до возникновения поведенческого риска^{19,20}. В качестве руководства потребуется, по крайней мере, 8 часов интенсивного обучения или, по меньшей мере, 15 часов аудиторных занятий в год для того, чтобы обеспечить учащимся адекватную для приобретения навыков информацию и практику. Необходимо также провести занятия для закрепления полученных результатов^{21,22,23,24}. Рекомендуется иметь учебный план, последовательно спланированный для начальной и средней школы. При этом необходимо учитывать возраст и уровень учащихся. Предлагаемая информация должна развиваться последовательно, от простого к сложному, при этом на каждом последующем занятии необходимо закреплять пройденное и отталкиваться от него. Образовательные и другие профилактические усилия должны носить постоянный характер, чтобы последующее поколение детей и молодых людей было защищено.

Многоплановость для достижения максимальных результатов

Со временем программы должны быть согласованы с другими последовательными стратегиями, например, политикой, охраной здоровья и услугами, развитием сообществ и средствами массовой информации. Координация внутри и между донорскими агентствами с региональными и национальными программами также важна. Учитывая, что факторы, определяющие поведение, разнообразны и сложны, а охват любой программой (например, в школах) ограничен, узкая направленность вряд ли обеспечит устойчивое воздействие на поведение в долгосрочном периоде. Только согласованные подходы на основе нескольких стратегий могут обеспечить интенсивность усилий, необходимую для устойчивого изменения поведения в

¹⁹ Д. Кирби и Р. ДиКлементе (1994). Школьные мероприятия для профилактики незащищенных сексуальных отношений и ВИЧ-инфекции среди подростков. Р. ДиКлементе и Дж. Петерсон (Ред.), *Профилактика СПИДа: Теории и методы поведенческих намерений* (с. 117-139). Нью-Йорк: Пленум Пресс.

²⁰ Дж. Ботвин (2001). Обучение жизненным навыкам: Информация для программ. Доступна на сайте: <http://www/lifeskillstraining/com/facts/html>

²¹ Дж. Джеммотт, Л. Джеммотт и Г. Фонг (1992). Снижение ВИЧ-ассоциированного риска сексуального поведения среди чернокожего мужского подросткового населения: Результаты мер по профилактике СПИДа. *Американский журнал Общественное здравоохранение*, 82(3), 372-377.

²² Д. Кирби и Р. ДиКлементе (1994). Школьные мероприятия для профилактики незащищенных сексуальных отношений и ВИЧ-инфекции среди подростков.

²³ Д. Вилсон, А. Мапарадзи и Е. Лавелль (1992). Экспериментальное сравнение двух программ профилактики СПИДа среди молодежи Зимбабве. *Журнал Социальная психология*, 132(3), 415 - 417.

²⁴ Дж. Ботвин (2001). Обучение жизненным навыкам: Информация для программ. Доступна на сайте: <http://www/lifeskillstraining/com/facts/html>

²⁵ ЮНЕСКО, ПРОАП Региональные Программы образования населения и коммуникации, ЮНФПА, (2001). *Стратегия коммуникаций и пропаганды: репродуктивное и сексуальное здоровье подростков: Буклет 3, Полученные уроки и Руководство*, Бангкок, Таиланд: ЮНЕСКО, ЮНФПА.

²⁶ Министерство здравоохранения и Министерство образования Южной Африки. (1998). *Отчет о Проекте по Программе жизненных навыков, 1997/98*.

долгосрочном периоде^{25,26}.

Подготовка учителей и профессиональное развитие

Учителя или сверстники - лидеры эффективных программ - верят в программу и получают адекватную подготовку. В ходе обучения учителя и сверстники должны получить информацию о программе, а также практику применения стратегий преподавания в рамках учебного плана²⁷. Исследования показывают, что подготовка учителей для осуществления всестороннего учебного плана санитарного просвещения положительно сказывается как на готовности учителей к проведению санитарного просвещения на основе навыков, так и на выполнении учебного плана и на достижениях учащихся^{28,29}.

Соответствие

Программы должны соответствовать реальности и уровню развития молодых людей, быть направлены на устранение рисков, угрожающих личности и обществу. Вопросы, привлекающие внимание средств массовой информации и вызывающие озабоченность общественности, могут и не быть самыми распространенными или пагубными. Гендерные вопросы и проблемы насилия должны быть интегрированы наряду с другими сопутствующими факторами в жизни молодых людей. Противопоставление ценностей поведенческому риску, укрепление индивидуальных ценностей и групповых норм должны быть центральными в программах профилактики. Цели программ, методика преподавания и материалы должны соответствовать возрасту, опыту и культуре детей и молодых людей, а также сообществ, в которых они живут. Они также должны признавать то, что учащиеся уже знают, чувствуют и могут делать³⁰.

Участие

Необходимо разработать механизмы, которые давали бы возможность вовлечь учащихся, родителей и более широкую общественность в программы на всех уровнях. Подход на основе сотрудничества может укрепить желательное поведение через создание благоприятной среды для школьных программ. Участие учащихся, родителей, работников сообщества, учителей и других людей в разработке и осуществлении школьных программ санитарного просвещения может способствовать удовлетворению потребностей и решению вопросов, вызывающих всеобщую обеспокоенность, приемлемым с культурной и социальной точек зрения способом. Участники данного процесса, чьи проблемы в данном случае решаются, скорее всего, продемонстрируют

²⁷ Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы: Результаты исследований по программам снижения уровня беременности среди подростков*. Вашингтон, О.К.: Национальная кампания по снижению уровня беременности среди подростков.

²⁸ Л. Канн, Дж. Коллинз, Б. Патерман, М. Смалл, Дж. Росс и Д. Колбе (1995). Исследование школьной политики и программ в области охраны здоровья (ИШППОЗ): Обоснование национального отчета о состоянии охраны здоровья в школе. *Журнал Охрана здоровья в школе*, 65, 291-294.

²⁹ Дж. Росс, Р. Люпкер, Г. Нелсон, П. Сааведра и Б. Хьюббард (1991). Модули санитарного просвещения подростков: Влияние подготовки учителей на осуществление и результаты учащихся. *Журнал Охрана здоровья в школе*, 61(1), 31-34.

³⁰ Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы:*

приверженность данной программе и чувство собственности на нее, что, в свою очередь, усилит устойчивость и эффективность программ^{31,32}.

Более подробную информацию в отношении эффективных программ можно найти на сайте ЮНИСЕФ: <http://www/unicef/org/programme/lifeskills/index/html>; и ВОЗ: <http://www.who.int/school-youth-health/>; и Центра обучения жизненным навыкам: <http://www.lifeskillstraining.org>.

4.3. ФАКТОРЫ, СОЗДАЮЩИЕ ПРЕПЯТСТВИЯ ОБУЧЕНИЮ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ НАВЫКОВ

Очень важно правильно использовать факторы успеха эффективных программ, но также полезно знать и пытаться избежать барьеров на пути эффективного образования в области здоровья на основе навыков.

Барьеры в *области содержания* программы могут включать следующие факторы:

- Введение вопросов охраны здоровья в широкий круг предметов без создания солидной основы в рамках одного предмета, где знания, отношения и навыки должны быть взаимосвязанными и развиваться на основе последовательной и закрепляющей стратегии.
- Неадекватная ориентация и обучение административных работников, учителей и другого вспомогательного персонала.
- Общие программы, которые в меньшей степени направлены на конкретный контекст или поведенческий риск. Например, такие программы могут использовать модель, в которой присутствуют общие шаги процесса принятия решений, но не применяются к какому-то конкретному контексту или применяются в контексте целого ряда проблем, не обязательно связанных между собой.
- Усилия охватить широкий круг тем, ценностей и навыков, когда не удается уделить достаточное внимание конкретным фактам, ценностям, нормам и навыкам, которые нужны учащимся для того, чтобы снизить риск и поддержать определенное поведение. Например, программа может охватывать физиологию репродуктивного здоровья и ценности позитивных личностных взаимоотношений, но при этом упускаются из виду такие важные вопросы, как выполнение решения избегать незащищенных половых контактов, формирование навыков и умений избегать рискованных ситуаций, вести переговоры с партнером о воздержании от половых контактов, использование презерватива или умение противостоять давлению со стороны сверстников в отношении потребления алкоголя и наркотиков.

³¹ЮНИСЕФ (2001). Права на участие подростков: Стратегический подход. Подготовлено Р. Раджани.

³²Дж. Джеммотт, Л. Джеммотт и Г. Фонг (1998). Воздержание и безопасный секс. Меры по снижению риска ВИЧ-инфицирования для афроамериканских подростков: Рандомизированное контролируемое исследование. *ЛМА* 279(19) (20 мая, 1998), 1529-1536.

- Презентации, перегруженные информацией, в особенности из области физиологии, в которых очень мало или вообще не уделяется внимания чувствам, отношениям, навыкам и конкретным ситуациям.
- Очень мало целенаправленного времени на учебные задания.

Барьеры в области *координации и содержательности* включают следующие моменты:

- Слабое руководство, отсутствие истинной приверженности и координации со стороны министерств здравоохранения и образования, а также со стороны руководителей школ. Например, отсутствие хорошо разработанной национальной стратегии продвижения, поддержки, координации и управления школьными программами, недостаток квалифицированного персонала в министерствах образования и здравоохранения, отвечающих за усиление программ санитарного просвещения на основе навыков и формирования жизненных навыков.
- Слабая инфраструктура для подготовки учителей.
- Отсутствие учебных материалов хорошего качества, а также методов, основанных на широком участии.
- Недостаточная координация в плане определения временных рамок и планов, что приводит к созданию изолированных и вертикальных программ.
- Конкуренция с другими вопросами охраны здоровья или программами в школе или непоследовательная информация и образовательная практика.

Барьеры *интенсивности и масштаба* включают в себя следующее:

- Отсутствие планов расширения программы или продолжения после пилотного этапа.
- Неадекватное финансирование.
- Неадекватное внимание к смежным стратегиям, которые могли бы максимально увеличить успех, например, эффективно осуществленную политику, доступ к соответствующим услугам здравоохранения и связь с сообществом и другими секторами. Например, эффективные школьные стратегии борьбы со злоупотреблением алкогольными напитками можно было бы увязать с политикой на уровне сообщества, которая ограничивает доступность алкогольных напитков для несовершеннолетних, а также с деятельностью партнерства «сообщество – школа», что поможет увеличить эффективность таких стратегий.
- Неадекватные механизмы курирования, мониторинга и оценки программ, включая отсутствие подробной документации.

(Приведенные выше материалы о барьерах и трудностях эффективного санитарного образования на основе навыков представляют собой адаптированную часть из работы Мангрукера и др., 2001, страница 41, и из Межведомственной рабочей группы ЮНЕЙДС, 2001.)

Применение успешных методов и использование имеющихся руководств и механизмов, например, *Информационной серии публикаций ВОЗ по охране здоровья в школе*, приведенной в приложении 1, может помочь в решении многих проблем.

5. ПРИОРИТЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И РАСШИРЕНИЯ

Цель: акцентировать внимание на ряде ключевых действий, которые могут существенным образом улучшить качество и масштаб программ санитарного просвещения на основе навыков.

Существуют весьма убедительные доказательства преимуществ санитарного просвещения на основе навыков. Однако слишком мало школ проводят качественные программы, и очень мало программ проводится в национальном масштабе.

Приведенная ниже таблица содержит приоритетные действия, рекомендуемые для переключения усилий с неэффективных стратегий на подходы, акцент и интенсивность которых характерны для успешных программ. (Исследования, на основе которых разработаны данные рекомендации, рассматриваются в главе 4 данного документа.)

<p>От... 1. небольших пилотных проектов...</p>	<p>К... расширению масштаба</p> <ul style="list-style-type: none"> • Программы национального масштаба
<p>От... 2. образовательных программ, разработанных и осуществляемых изолированно от усилий в области охраны здоровья.</p>	<p>К... всестороннему подходу</p> <ul style="list-style-type: none"> • Всесторонние и эффективные школьные программы по охране здоровья, сочетающие санитарное просвещение на основе навыков с политикой поддержки в школе и/или на национальном уровне, с обеспечением школ чистой питьевой водой и средствами санитарии и гигиены в качестве первого шага к здоровой среде, соответствующих услуг по охране здоровья и партнерства «школа – сообщество».
<p>От ... 3. попыток ввести некоторые вопросы здоровья в разные предметы...</p>	<p>К... эффективному введению в учебный план</p> <ul style="list-style-type: none"> • Направление усилий на решение ограниченного числа высокоприоритетных вопросов здоровья и обучение необходимым навыкам и отношениям одновременно, в рамках одного предмета (иногда называемого предметом-носителем), но в контексте других смежных вопросов и процессов.
<p>От...</p>	<p>К...более эффективному</p>

4. Разработки совершенно новых (с нуля) материалов для преподавания и обучения	<p>использованию существующих материалов</p> <p>Лучшему распределению и адаптации многочисленных качественных материалов, эффективность которых доказана на основе исследований и оценки.</p>
<p>От...</p> <p>5. общих программ на основе жизненных навыков, не привязанных к конкретным задачам и целям.</p>	<p>К... обеспечению связи содержания с поведенческими задачами и изменениями условий, касающихся здоровья</p> <ul style="list-style-type: none"> • Применение методики преподавания и обучения на основе навыков для формирования знаний, отношений и навыков, необходимых для достижения задач в области поведения и условий, ведущих к достижению целей здоровья и связанных с ним социальных целей.
<p>От...</p> <p>6. преподавания неподготовленными взрослыми людьми...</p>	<p>К... последовательному, непрерывному профессиональному развитию учителей и вспомогательных групп</p> <ul style="list-style-type: none"> • Использование ключевых кадровых подразделений в министерствах, школах и сообществах, приверженных непрерывной подготовке учителей, поддержка ее проведению; наличие стратегии сотрудничества, например, в форме партнерства с молодежью.

5.1. РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБА

«Расширение масштаба» означает проведение мероприятий на территории всей страны. Это предполагает учет разнообразия моделей расширения и агентств с целью охвата как можно большего числа школ и учащихся. Эти моменты следует учитывать с самого начала планирования процесса, если есть понимание важности и выполнимости образования в области здоровья на основе навыков. В таком случае расширение качественных программ на национальном и местном уровнях становится приоритетной задачей. Поскольку есть достаточно подтверждений эффективности санитарного просвещения на основе навыков, дальнейшее проведение пилотных проектов представляется менее актуальным, нежели охват всей страны таким просвещением, в ходе проведения которого можно осуществлять координацию нескольких моделей, руководителей проектов и агентств.

Образовательные агентства, которые хотели бы перейти к расширению, могут адаптировать некоторые из уже проводимых мер, расширяя, таким образом, программы для молодежи на уровне сообществ. Смит и Колвин (2000) различают четыре основных подхода к расширению программ для взрослых молодых людей. (1) Плановое расширение означает неуклонный процесс расширения числа мест и молодых людей, обслуживаемых определенной программой после ее пилотной апробации. (2) Ассоциация состоит из расширения масштабов программы и охвата посредством сети организаций. (3) Добавление означает дополнение существующих программ новыми инициативами. (4) Взрыв означает внезапное осуществление молодежных программ в большом масштабе.

Следующие уроки были получены на основе расширения программ для взрослых молодых людей по репродуктивному здоровью:

- **Программы должны готовиться к расширению, акцентируя внимание на институционализации.** Для институционализации необходима поддержка в виде учебного плана для подготовки специалистов, персонала, обученных и приверженных своему делу людей для оказания услуг. Возможно, потребуются внести изменения в программу подготовки и повышения квалификации в колледжах и университетах.
- **Политика определяет программу развития.** Политические структуры могут поддержать усилия программы. Однако предпосылки для расширения можно создать даже и в отсутствие благоприятной политической среды, особенно, когда вопросы становятся очевидными благодаря действиям партнерских групп. Вовлеченность политического уровня необходима одним программам больше, чем другим, и пилотные проекты могут стимулировать разработку политики, но ведь даже государственные программы могут оказаться уязвимыми в негативной политической среде.
- **Активисты и авторы программ должны использовать существующие институты и инфраструктуру** при расширении. НПО, которые обычно первыми иницируют программы по репродуктивному здоровью для молодых людей, могут дополнять и усиливать программы, проводимые правительством. Программы могут эффективно использовать существующую инфраструктуру, формируя и углубляя сотрудничество с партнерскими организациями. Программы, имеющие крепкие связи на местном уровне, лучше переносят изменения, поэтому иметь социальную маркетинговую структуру важно для создания и сохранения заинтересованных людей в сообществе.
- **Необходимо также иметь приверженных лидеров** для поддержки, направления и оказания спонсорской помощи процессу расширения. Для успеха усилий по расширению программ лидеры, а также официальные правительственные структуры должны взять на себя обязательство уделять определенное время и прилагать усилия для этой цели.
- **Процесс расширения должен быть основан на широком участии и на гибкости.** Для того чтобы программы, направленные на молодых людей, были успешными, последние должны вносить свой посильный вклад.
- **Предвидение трудностей и проблем.** Среда, в которой развиваются программы, и наличие ресурсов могут повлиять на ее форму и на усилия по расширению. Авторы программ и сторонники проводимой политики

должны быть чувствительны к таким вопросам. Предвидение также предполагает разработку долгосрочной стратегии финансирования.

- **Системы сбора данных, мониторинга и оценки критически важны** для расширения эффективных программ. Данные исследований особенно важны для разработки программ, их расширения, пропаганды и поддержки, а также для того, чтобы обеспечить признание этих программ.

(Эти рекомендации адаптированы из публикации Смита и Колвина, 2000, а также из раздела «Этап пятый: расширение», <http://eric-web.tc.columba.edu/families/TWC/stg5idx.html>, 18 декабря, 2001 г.)

Расширение и создание устойчивых изменений в практике санитарного просвещения на основе жизненных навыков описано в приводимом ниже примере.

Пример: Мероприятия на уровне системы и обеспечения устойчивости педагогической практики

Оценка профессионального образования показала, что после начальной подготовки необходимо продолжать тренировку и оказывать техническую помощь, чтобы оказать воздействие на учителей. Отсутствие административной поддержки на уровне школы и класса, наряду с отсутствием постоянной поддержки со стороны опытных учителей по существенным вопросам, иногда мешает достижению устойчивых перемен.

Опыт проекта ЮНИСЕФ Меконг в Восточной Азии показал, что следующие моменты важны для достижения устойчивых перемен преподавания в классе.

- С самого начала планируйте расширение, не ограничивайтесь маленькими пилотными проектами.
- Планируйте серию взаимосвязанных учебных семинаров; избегайте единичных, не связанных между собой учебных мероприятий.
- Моделируйте интерактивные методы во всех аспектах обучения, но предусматривайте для учителей возможность практического закрепления новых навыков во время обучения и после него.
- Поощряйте создание профессиональных групп поддержки и практической тренировки из числа коллег-преподавателей для наставничества среди учителей.
- Обеспечьте постоянную, долгосрочную поддержку процессу проведения перемен со стороны экспертов и опытных учителей.
- Работайте с администраторами и школьными сообществами для поддержки учителей и эффективного внедрения ими новых методов.

(ЮНИСЕФ/EAPRO, 1998)

5.2. ОБУЧЕНИЕ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ, ОСНОВАННОЕ НА ПРИВИТИИ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ, - КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПРОЦЕССА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ

Санитарное просвещение на основе навыков более эффективно, когда оно проводится как часть всестороннего подхода к охране здоровья в школе, нежели изолированно. Рамки ФРЕШ и школы, содействующей укреплению здоровья (см. рисунок 1), предлагают подходы для проведения санитарного просвещения на основе навыков в качестве составной части эффективных школьных программ в области охраны здоровья.

5.2.1 СТРУКТУРА ФРЕШ

Направление ресурсов на обеспечение эффективной охраны здоровья в школе (ФРЕШ) представляет собой определенный план действий, разработанный совместно ВОЗ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и Всемирным банком в 2000 году, он включает в себя четыре основных компонента для разработки эффективной школьной программы по охране здоровья как части более широких усилий по созданию школ доброжелательного отношения к ребенку, поддерживающих его здоровье. Если бы все школы взяли на себя обязательство внедрять эти четыре компонента, это принесло бы значительную, мгновенную пользу для здоровья учащихся и персонала и послужило бы основой для будущих ожиданий. Цель заключается в том, чтобы акцентировать усилия на реальных, осуществимых мерах.

Четыре компонента ФРЕШ, приведенные ниже, должны присутствовать одновременно во всех школах:

- **Школьная политика в области охраны здоровья.** Политика в области охраны здоровья в школах может обеспечить безопасную и надежную физическую и психологическую среду; может помочь в решении таких проблем, как насилие в отношении учащихся, сексуальные домогательства и насилие в школе; может обеспечить продолжение образования беременных учащихся и молодых матерей, а также укрепить санитарное просвещение учителей и учащихся.
- **Обеспечение качественной питьевой водой и средствами санитарии - важные первые шаги в направлении здоровой среды обучения.** В большинстве стран представляется вполне реальным обеспечение чистой питьевой водой и санитарными условиями во всех школах. Тем самым школы смогут расширить информацию в отношении укрепления здоровья и гигиены и будут служить примером как для самих учащихся, так и для более широких слоев общественности. Отдельные санитарные условия, (удобства для девочек, особенно девочек-подростков) могли бы способствовать значительному сокращению процента отсева.
- **Образование в области здоровья на основе навыков.** Данный подход к охране здоровья, гигиене и питанию через образование акцентирует внимание на знаниях, отношениях, ценностях и жизненных навыках, которые необходимы молодым людям для того, чтобы принять наиболее подходящее положительное решение, касающееся здоровья. Здоровье в этом контексте выходит за рамки физического здоровья и включает психосоциальные и экологические вопросы. Люди, обладающие этими навыками, скорее всего, будут поддерживать здоровый образ жизни на протяжении школьных лет и всей последующей жизни.
- **Образование в области здоровья в школе и услуги в области питания.** Услуги по охране здоровья и питанию могут эффективно оказываться

школой или через школу при условии, что эти услуги простые, безопасные, знакомые, и они касаются вопросов, наиболее распространенных и признанных сообществом как важные. Например, проблему дефицита питательных микроэлементов и глистных инфекций можно эффективно решать посредством регулярной оральной терапии; проблему непродолжительного голода, который является важным препятствием для обучения, можно решить, изменив время приема пищи, или предоставив легкие завтраки. Если школы не могут предоставить услуги в самой школе, то они могут обратиться за соответствующими услугами в ближайшие службы в сообществе.

Некоторые стратегии могут поддержать осуществление четырех компонентов ФРЕШ:

- Эффективное партнерство между учителями и медицинскими работниками, а также между сектором образования и здравоохранения.
- Эффективное партнерство сообществ.
- Информированность и участие учащихся.

(Обобщение материалов ЮНЕСКО/ЮНИСЕФ/ВОЗ/Всемирный банк, 2000, брошюра, изданная на трех языках и объясняющая суть ФРЕШ.)

5.2.2 ШКОЛЫ, СОДЕЙСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Санитарное просвещение на основе навыков является важным компонентом школ, содействующих укреплению здоровья. ВОЗ через свою глобальную инициативу улучшения здоровья через школу поощряет создание школ, содействующих укреплению здоровья, во всем мире, концепции, которая полностью поддерживается ЮНИСЕФ и другими международными агентствами. Такие школы стимулируют охрану здоровья и образование всеми доступными мерами, вовлекая руководящих работников здравоохранения и образования, учителей, учащихся, родителей, работников здравоохранения и лидеров сообществ в усилия, направленные на улучшение здоровья учащихся, школьного персонала, семей и членов сообществ. Школы, содействующие укреплению здоровья, стремятся сочетать здоровую среду, санитарное просвещение на основе навыков и школьных служб охраны здоровья с проектами на уровне школы/сообщества и социальными программами, программами укрепления здоровья для персонала, программами по питанию и безопасности продуктов питания, физической культуре и отдыху, репродуктивному и сексуальному здоровью, поддержке психического здоровья с возможностями консультирования и оказания социальной помощи (ВОЗ, 1998).

5.2.3 ШКОЛЫ ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ

Существует три способа эффективного обучения здоровому образу жизни на основе привития навыков в школах:

- **Обязательный для изучения в школе предмет образование в области здоровья** – обучение здоровому образу жизни на основе навыков может стать обязательным (или отдельным) предметом более широкого школьного учебного плана.

- **Предмет-носитель** – санитарное просвещение на основе навыков иногда проводится в контексте смежных вопросов охраны здоровья и социальных вопросов в рамках уже существующих так называемых предметов-курьеров, которые важны для таких вопросов, как естественные науки, гражданственность, социальные исследования или исследования народонаселения.
- **Включение различных вопросов по здоровому образу жизни в учебные предметы** – обычные учителя, проводящие занятия в классе, могут включать вопросы, касающиеся здоровья, в курс преподаваемых предметов.

На рисунке 8 отражены преимущества и недостатки всех трех вариантов, хотя в различных регионах могут быть свои подходы в решении данного вопроса.

Рисунок 8. «За» и «против» способов введения санитарного просвещения на основе навыков в учебный план

1. **Обязательный для изучения предмет по здоровью:** образование в области здоровья на основе навыков (например, обучение здоровому образу жизни или обучение вопросам семейной жизни) преподается в качестве главного предмета, направленного на решение этих важных вопросов. Это хороший долгосрочный вариант, требующий сильной приверженности со временем.

ЗА	ПРОТИВ
<ul style="list-style-type: none"> - Скорее всего, будет преподаваться учителями, которые специализируются на вопросах здоровья, и, скорее всего, будут специально обучены тому, как проводить санитарное просвещение и обучать жизненным навыкам. - Скорее всего, даст возможность обеспечить согласованность между содержанием и методами обучения. - Большая вероятность обеспечить внимание учащихся и учителей, нежели тогда, когда преподавание будет вестись как приложение к другому курсу лекций. - Скорее всего, получит большую поддержку учителей благодаря особому вниманию к вопросам здоровья и профессиональному чувству ответственности учителей в отношении санитарного просвещения и развития жизненных навыков. - Дает возможность равномерно распределить вопросы здоровья, начиная с начальных уровней, и 	<ul style="list-style-type: none"> - Возможно, что этому предмету придаётся очень низкий статус, и он рассматривается как неважный. - Трудно найти адекватное время в учебном плане для этого предмета.

<p>включая средний уровень, с тем чтобы усилить предыдущий опыт обучения и подвести к новому обучению.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Специальное выделение времени вопросам здоровья и смежным с ним вопросам дает возможность эффективного планирования, осуществления и оценки санитарного просвещения на основе навыков. - Преподавание может включать навыки и учебные материалы из других предметов, обуславливая, таким образом, поддержку и участие других учителей. - В таком случае легче оценивать предмет, нежели тогда, когда он интегрирован в другой предмет. Поэтому учителя, скорее всего, будут заинтересованы в качественном преподавании. 	
--	--

2. Предмет-носитель: санитарное просвещение на основе навыков проводится в рамках существующего предмета, предназначенного для других целей, но имеющих отношение к данному вопросу, например, гражданское/социальное обучение или образование населения. Это хорошее краткосрочное решение.

ЗА	ПРОТИВ
<ul style="list-style-type: none"> - Отношение учителей к этому предмету лучше, чем к проведению образование в области здоровья в рамках всех предметов. - Учителя предметов-курьеров, скорее всего, будут связывать важность этой темы с другими предметами. - Подготовка учителей будет проходить быстрее и дешевле, чем в случае введения темы в другие предметы. - Дешевле и быстрее интегрировать санитарное просвещение на основе навыков в материалы одного основного предмета, нежели распределять по всем предметам. - Предмет-курьер может быть усилен проведением через другие предметы. 	<ul style="list-style-type: none"> - Выбор предмета-курьера (носителя) может оказаться неудачным; например, биология не может быть подходящим носителем, если в ее рамках нельзя будет рассматривать социальные и личностные вопросы. - Учителя могут иметь, а могут и не иметь достаточных знаний или чувствовать себя достаточно компетентными в отношении содержания, касающегося охраны здоровья. - Темы, касающиеся здоровья, могут получить меньше времени, чем это необходимо, если тема предмета-курьера будет затмевать их.

3. Включение вопросов здоровья в разные учебные предметы: учителя в классе интегрируют аспекты санитарного просвещения на основе навыков со многими существующими предметами. Этот подход не рекомендуется, так как сам по себе не дает хороших результатов.

ЗА	ПРОТИВ
<ul style="list-style-type: none"> - Можно использовать с охватом всей школы. - В усилии внедрить санитарное просвещение на основе навыков участвуют многие учителя, даже те, кто обычно не участвует. - Есть потенциал для усиления. 	<ul style="list-style-type: none"> - Эти вопросы могут затеряться среди элементов других предметов более высокого статуса. - Слишком мало времени уделяется содержанию здоровья и развитию навыков. - Учителя могут включать в содержание и методы его изложения содержательную информационную предвзятость, как это происходит со многими предметами. - Учителя обычно не имеют соответствующей подготовки. - Задача оценки всех преподавателей и включение вопросов здоровья во все тексты занимает много времени и требует больших затрат. - Некоторые учителя не видят важности этого вопроса для своего предмета. - Потенциал для усиления редко реализуется из-за наличия других барьеров.

6. Сочетание подходов. Еще один вариант - комбинированное непродолжительное использование предмета-носителя с вариантом отдельного предмета в конечном итоге.

Этот вариант рассчитан на продолжительный период.

ЗА	ПРОТИВ
<ul style="list-style-type: none"> - Подготовленные учителя могут решать вопросы обучения и перемен всесторонним образом через предмет-носитель, их также можно усиливать и в других предметных областях. - Можно получить более интенсивный подход и результаты. - Дает учащимся, нуждающимся в знаниях и навыках, возможность приобрести их в то время, пока разрабатывается отдельный 	<ul style="list-style-type: none"> - Приходится достигать слишком многого сразу; данный подход необходимо тщательно планировать. - Может потребовать дополнительного времени.

Какой бы вариант не был выбран, важно понимать, что усилия повлиять на поведение и условия, связанные с вопросами здоровья, образования и развития в школе, - это долгосрочное и важное обязательство. Санитарное просвещение на основе навыков более эффективно влияет на поведение там, где есть стратегия усиления. Необходимо приложить все усилия для того, чтобы объединить санитарное просвещение на основе навыков, с дополнительными стратегиями, например, с разработкой политики в этой области, услугами по охране здоровья и благоприятной психосоциальной средой. Учитывая факторы, требующие внимания молодых людей, не следует думать, что только одна положительная стратегия может превалировать над другими, направленными на оказание влияния. Очень важно оказание помощи в моделировании учителями берегающего здоровье поведения и в создании такой среды, которая поддерживала бы это поведение. Санитарное просвещение на основе навыков необходимо рассматривать как один из четырех основных компонентов ФРЕШ эффективной школьной программы, а такие программы сами по себе являются наиболее эффективными, если они дополняются общественными, национальными и международными стратегиями для поддержки их целей в области охраны здоровья, образования и развития.

АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ ВЛИВАНИЯ/ДОПОЛНЕНИЯ

- Опыт с «подмешиванием» санитарного просвещения на основе навыков в Соединенных Штатах показал, что когда учителя проводят общие программы обучения жизненным навыкам, они зачастую не охватывают глубоко специфические вопросы здоровья, с которыми сталкиваются подростки. Оценка программ в Соединенных Штатах, которые делают акцент на общих навыках принятия решений, общих навыках коммуникации и самоутверждения, показала, что они не оказали влияния на здоровье подростков, в особенности на сексуальное поведение (Канн и др., 1995).
- Исследование Центра по борьбе и контролю за заболеваниями (СиДиСи) в Соединенных Штатах (Канн и др., 1995) показало, что, в отличие от «учителей, проводящих санитарное просвещение», «учителя, подмешивающие только отдельные вопросы здоровья» в рамках обучения профилактике ВИЧ/СПИДа, как правило, менее подготовлены или подготовлены по меньшему числу важных тем; они в меньшей степени охватывают необходимые темы, особенно чувствительные и важные темы профилактики; они, скорее, рассматривали научные и биологические аспекты ВИЧ/СПИДа, нежели вопросы профилактики; и были менее склонны включать компоненты семьи и сообщества в свои программы. Они тратили меньше времени на предмет и в меньшей степени использовали рекомендуемые ресурсы (включая формальный учебный план), меньше использовали интерактивные методологии и охватывали меньше навыков, предлагали меньше практического закрепления навыков, нежели «учителя, специализирующиеся на вопросах здоровья».
- Более специфичный для развивающихся стран обзор ВИЧ/СПИД

профилактических программ, проведенный при поддержке ЮНИСЕФ в Восточной и Юго-Восточной Африке (Гачухи, 1999), показал, что подход на основе «подмешивания», как правило, не давал желаемого результата, потому что учителя обычно не были достаточно хорошо подготовлены и не выполняли программу соответствующим образом. В особенности учителя упускали «деликатные» вопросы и реальные ситуации, персонифицировавшие риск, с которым молодежь сталкивалась. Отсутствие специального места в расписании для вопросов здоровья также служило барьером для эффективного проведения санитарного просвещения.

- Уганда и Мозамбик в настоящее время отказываются от подхода по принципу «вливания» в пользу более специфических подходов, например, предмета-носителя, придя к выводу, что подход по принципу «вливания» не оказал влияния на сексуальное поведение и навыки подростков по многим из тех причин, которые были обозначены выше (ЮНИСЕФ, 2000, личное общение).
- Обзор, проведенный в Зимбабве, ставит под вопрос интеграционный подход. Подготовка учителей оказалась недостаточной, в результате пострадало качество осуществления (Ндлову и Кайм, 1999; Кайм и другие, 1997).

НЕФОРМАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ

Во многих странах время формального учебного плана перегружено, поэтому были разработаны альтернативные подходы, которые не полагаются на его время, например, неформальные или внешкольные программы. На основе этих программ можно охватить и школьников, и другое население. Мероприятия по данным программам можно проводить в школе, и поблизости от школ, или вообще отдельно от школ. Проведение этих программ не возлагается исключительно на учителей, их могут проводить члены неправительственных организаций, сверстники-педагоги, общественные группы, молодежные (например, герлгайды и бойскауты) и религиозные организации. Министерство образования зачастую несет ответственность за формальные и неформальные механизмы охвата детей и молодых людей с тем, чтобы эти механизмы можно было координировать для достижения максимального качества и охвата. Конкретная ситуация, приведенная ниже, являет собой пример успешной программы обучения жизненным навыкам в качестве части неформального школьного предмета.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

ШЕЙП - неформальный школьный предмет в Мьянмаре, который преподается во 2 и 9 классах, использует методы преподавания и обучения, ориентированные на учащихся с их широким участием. Эти методы стимулируют учащихся на практическое применение того, что они узнали в классе, дома и в сообществе. ШЕЙП призван вооружить молодых людей знаниями, отношением и навыками, которые необходимы им для продвижения

здорового образа жизни на основе активного участия и вовлечения учителей, учащихся, директоров школ, руководителей образования, родителей и других членов сообщества. Содержание программы сфокусировано на целом ряде социальных и здоровьесберегающих вопросов, важных для детей и молодых людей, включая личное здоровье и гигиену, рост и развитие, питание, алкоголь и наркотики, а также ВИЧ/СПИД. По меньшей мере, половина содержания предмета посвящена деятельности, призванной развивать жизненные навыки, например, коммуникации/общения, сотрудничества, преодоления эмоциональных и стрессовых состояний, решения проблем и консультирования, с последующим их применением конкретным образом в отношении вопросов охраны здоровья и социальных вопросов. Другими важными стратегиями ШЕЙП являются образование по принципу «равный равному», передача информации от детей к родителям и сотрудничество школ и сообществ.

Данная программа успешно стимулировала детей к тому, чтобы они делились знаниями, полученными в школе, со своими родителями и другими членами семьи, и улучшали условия для здоровья в своих сообществах. Например, в одной маленькой деревне дети рассказали своим семьям, что они узнали о необходимости употребления в пищу йодированной соли. Впечатленные родители собрались вместе и потребовали, чтобы хозяин магазина заменил тип продаваемой им соли. Таким образом, все сообщество получило пользу от наличия и потребления йодированной соли. В другом поселке дети рассказали родителям, что они узнали в школе о важности использования чистой питьевой воды и гигиеничных туалетов. После того, как эта информация распространилась в сообществе, семьи и члены сообщества собрались вместе и построили достаточное количество туалетов, что значительно улучшило качество санитарного состояния в их общине.

(Эта конкретная ситуация основана на информации, предоставленной Тин Мар Унгом, ЮНИСЕФ, Мьянмар).

5.4. БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМЕЮЩИХСЯ МАТЕРИАЛОВ

Часто бывает более удобным работать с имеющимися ресурсами, вместо того чтобы начинать заново создавать необходимые материалы для привития навыков.

Следующие вопросы можно было бы учесть, отбирая из существующих материалов.

- Имеют ли материалы цели, которые дают четкое представление о том, как необходимо повлиять на здоровье и связанные с ним социальные вопросы определенным образом? Содержат ли задачи четкое описание поведения или условий, на которые можно было бы воздействовать, с целью существенным образом повлиять на цели? Являются ли они существенными для удовлетворения потребностей наших учащихся?
- Кто представляет целевую аудиторию?
- Сколько времени следует уделить этому (число и продолжительность занятий)?
- Подходят ли материалы для существующей ситуации?

- Является ли используемый язык наиболее подходящим для целевой группы/пользователей материалов? Каковы доказательства эффективности? Каково соответствие «испытанной программы» предполагаемой аудитории и культурной среде?
- Насколько существенны знания для тех вопросов здоровья, на которые они направлены? Понятна ли информация? Обеспечивает ли она точные, современные знания по вопросам здоровья?
- Насколько существенны отношения для вопросов здоровья, на которые они направлены? Насколько существенны навыки для вопросов здоровья, на которые предполагается оказать влияние?
- Насколько существенны методы для достижения образовательных задач (например, расширение знаний, воспитание заботливого отношения к здоровью, развитие навыков)?
- Являются ли материалы гендерно чувствительными по своему содержанию, методам и языку?
- Насколько легко будет учителям, родителям и учащимся адаптировать и изучать материалы?
- Включают ли материалы достаточную образовательную практику для достижения задач? Существующие материалы можно получить в местных или региональных агентствах ООН, например, в ЮНИСЕФ или ВОЗ, а также в правительственных и неправительственных агентствах, учебных заведениях, образовательных учреждениях и частном секторе. Многие материалы этих агентств можно найти в Интернете, например, www.who.int, www.unicef.org, www.unesco.org, www.ei-ie.org, www.cdc.gov, www.unfpa.org, и www.edc.org.

5.5. СВЯЗЬ СОДЕРЖАНИЯ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ

Программы, направленные на оказание помощи молодым людям в развитии навыков вне определенного контекста, менее эффективны в достижении конкретных поведенческих результатов. Важно, чтобы люди, планирующие программы, ставили задачи и выбирали содержание на основе того, что наиболее существенно для оказания влияния на поведение и условия, связанные с приоритетными вопросами здоровья (смотри рисунок II в главе 2).

Что: Ключевым вопросом является, какое поведение или условия необходимо сохранить или изменить для того, чтобы повлиять на вопросы, касающиеся здоровья. Затем, какие знания, отношения и навыки будет наиболее полезным развивать, учитывая то поведение и условия, которые необходимо изменить? Ответы на эти вопросы будут затем использованы для разработки задач программы. Постановка задач для профилактики или уменьшения поведенческого риска и рискованных условий, а также для продвижения защитного поведения и условий очень важна. Такие задачи необходимы для четкого определения содержания программы, включая знания, отношения и навыки, которые важны для достижения поведенческих и условных задач. Необходимо изучить физические, психические, эмоциональные и социальные параметры знаний, отношений и навыков для того, чтобы принять информированное решение, благоприятное для здоровья. Необходимо также учитывать местные факторы и условия, влияющие на способность отдельных людей предпринимать действия. Например, правильное использование

презерватива может не быть осуществимой защитной практикой, если презервативы недоступны из-за их отсутствия.

Информация, полученная в результате оценки ситуации, должна вскрыть наиболее существенные вопросы для здоровья и развития молодых людей, которые будут участвовать в программе. Использование этой информации для определения прямых и косвенных факторов, влияющих на заболеваемость (и в меньшей степени смертность), может быть особенно полезным в процессе определения приоритетов. Проблемы детей школьного возраста и молодых людей во всем мире - это проблемы семьи, молодежь и межличностное насилие, конфликты, установление мира, алкоголь и табакокурение, а также потребление других наркотических средств, непреднамеренные травмы, депрессия и психические заболевания, нежелательная беременность, ВИЧ/СПИД и малярия. Степень значимости аспектов этих вопросов меняется в зависимости от возраста молодых людей.

Когда: Потребности и способности развития молодых людей меняются с возрастом, и программы должны учитывать это. Как правило, в таком случае их называют «программами, учитывающими развитие». Например, концепции в школьном учебном плане должны быть распределены последовательно и равномерно, начиная с начального уровня, включая средний уровень, с целью закрепления предыдущего опыта обучения и проведения связи с новыми знаниями; данный процесс иногда называют «спиралевидным учебным планом». Образование в области таких чувствительных вопросов, как ВИЧ/СПИД, сексуальное и репродуктивное здоровье, должно начинаться по мере проявления к ним интереса, но *до того*, как целевая группа окажется вовлеченной в поведенческий риск. Строительные блоки для решения таких чувствительных вопросов должны быть уже в самом начале образования детей. Такие блоки включают в себя самоуважение, положительные ценности сотрудничества и групповой работы, защиту и укрепление здоровья, а также просоциальное поведение. Однако для того, чтобы помочь молодым людям сформировать положительное поведение и избежать риска, эти темы следует преподносить так, чтобы они были все больше и больше специфичными для реальных жизненных ситуаций.

На рисунке 9 представлены задачи в отношении важных знаний, отношений и навыков, необходимых в связи с ВИЧ/СПИДом и другими вопросами здоровья, на трех этапах развития: раннее детство, предподростковый и подростковый возраст. Данный обзор представляет собой лишь иллюстрацию. Разрабатывая программу, необходимо всегда учитывать местные условия и факторы. Аналогичную информацию в отношении других вопросов здоровья и социальных вопросов можно найти в материалах ВОЗ, приведенных в приложении 1.

Рисунок 9. Примеры задач санитарного просвещения на основе навыков

РАННЕЕ ДЕТСТВО		
ЗНАНИЯ	ОТНОШЕНИЯ	НАВЫКИ
Участники должны знать:	<ul style="list-style-type: none"> Участники должны продемонстрировать 	<ul style="list-style-type: none"> Участники смогут: Продемонстрировать

<ul style="list-style-type: none"> • Докуривать сигареты после кого-либо может быть опасным • Преимущества потребления разнообразных по калорийности продуктов питания (или сбалансированной диеты), и где найти такие продукты поблизости • Насильственному поведению можно научиться, но можно и отучиться • Как передается ВИЧ и как не передается 	<p>уважение к себе и другим</p> <ul style="list-style-type: none"> • Понимание гендерных ролей и сексуальных различий • Веру в положительное будущее • Сопереживание другим • Понимание обязанности в отношении себя и других • Желание исследовать отношения, ценности и убеждения • Понимание поведения, приемлемого в контексте социальных и культурных норм • Поддержка равенства, уважение прав человека и честности. 	<p>практические и позитивные методы преодоления эмоциональных и стрессовых состояний</p> <ul style="list-style-type: none"> • Продемонстрировать фундаментальные навыки здорового межличностного общения
---	---	---

ПРЕДПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ		
ЗНАНИЯ	ОТНОШЕНИЯ	НАВЫКИ
<p>Участники узнают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Об изменениях, которые имеют место у человека во время полового созревания, о том, что эти изменения естественные и здоровые явления в жизни людей. • О том, как предотвратить глистные и другие 	<p>Участники должны продемонстрировать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Приверженность определению этических, моральных и поведенческих норм для себя. • Собственный позитивный имидж на основе определения позитивных личных качеств и позитивного восприятия изменений тела, имеющих место во время полового созревания. • Восприятие 	<p>Участники смогут:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Передавать информацию семье, сверстникам и членам сообщества в отношении ВИЧ профилактики, здорового питания и борьбы с табакокурением. • Активно обращаться за информацией и услугами по поводу сексуальности, потребления вредных веществ или в связи с другими вопросами. • Распознавать и

<p>инфекции, потребляя безопасную питьевую воду и принимая меры предосторожности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Влияние табака, алкоголя и других наркотических веществ на организм человека. • Где найти питательные продукты поблизости 	<p>человеческой сексуальности как здоровой и нормальной части его жизни.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Решительность в отношении отказа от нездоровых привычек. • Готовность нести ответственность за собственное поведение. • Понимание собственных ценностей и норм • Обеспокоенность по поводу социальных вопросов и их значимости для социальных, культурных, семейных и личных идеалов. • Чувство заботы и социальной поддержки в отношении тех людей в общине или стране, которые нуждаются в помощи. • Уважение к знаниям, отношениям, убеждениям и ценностям своего общества, культуре, семье и сверстникам. 	<p>справляться с социальным воздействием и влиянием сверстников на систему личных ценностей.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Использовать навыки критического мышления для анализа комплексных ситуаций и разнообразия альтернатив. • Использовать навыки решения проблем для определения круга решений и их последствий в отношении вопросов здоровья, которые испытывают молодые люди. • Обсуждать с уверенностью и положительным самоуважением сексуальное поведение и другие личные вопросы с ответственными взрослыми и сверстниками. • Использовать навыки ведения переговоров для противостояния давлению со стороны сверстников в отношении потребления алкоголя, табака или наркотиков или в отношении сексуальной активности.
--	---	--

ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ		
ЗНАНИЯ	ОТНОШЕНИЯ	НАВЫКИ
<p>Участники узнают:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Какое поведение ставит отдельных людей в положение повышенного риска заражения ВИЧ или малярией. 	<p>Участники должны продемонстрировать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Понимание различий моральных кодексов в обществе. • Реалистическое 	<p>Участники смогут:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценивать риск и вести переговоры в отношении менее рискованных альтернатив.

<ul style="list-style-type: none"> • Какие профилактические меры могут уменьшить риск заражения ВИЧ, ЗППП, глистной или малярийной инфекцией, а также риск нежелательной беременности. • Как пройти тестирование и консультирование для определения ВИЧ/СПИД статуса, а также получить помощь в отношении нарушений питания и проблем питья. • Как приготовить сбалансированную еду. • Какова роль агрессора, жертвы и стороннего наблюдателя. 	<p>восприятие риска</p> <ul style="list-style-type: none"> • Положительное отношение к альтернативе половым контактам. • Ответственность за личное здоровье, здоровье семьи и сообщества. • Поддержку школьных и общинных ресурсов, которые обеспечивают информацией, и услуги в отношении мер по предупреждению риска. • Поощрение других к изменению нездоровых привычек. 	<ul style="list-style-type: none"> • Правильно потреблять здоровые продукты питания. • Искать и выявлять источники помощи в отношении проблемы потребления вредных веществ, включая источники чистых игл или замены шприцев. • пропагандировать школы, свободные от табака и наркотиков, и обеспечивать местную поддержку.
--	---	---

(Предыдущие задачи в области санитарного просвещения на основе навыков адаптированы из материалов ВОЗ - Информационная серия по охране здоровья в школе).

5.6. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ УЧИТЕЛЕЙ И ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ³³

Для успешного осуществления таких программ люди, которые участвуют в обучении в области здоровья на основе привития навыков, должны иметь достаточную квалификацию. Вероятность у обученных в этой области учителей осуществить программы так, как это задумано, то есть охватить весь необходимый объем содержания и использовать эффективные, качественные методы преподавания и обучения, больше, нежели у необученных (Канн и другие, 1995). Учителя, осуществляющие санитарное просвещение на основе навыков, должны обладать сочетанием профессиональных и личностных качеств. Некоторые люди начинают работу, обладая такими качествами, другие должны учиться, чтобы приобрести их. При соответствующей подготовке сами учащиеся (сверстники), сотрудники общественных организаций, наставники или консультанты, социальные работники и психологи или медицинские работники, а также учителя могут способствовать эффективному распространению знаний в области здорового образа жизни на основе навыков.

³³ Части данного раздела адаптированы из главы 3. «Провайдеры (поставщики) программ и обучение» в Л. Мангрулкар, С. Винс-Витман и М. Познер (2001): *Подход к здоровому человеческому развитию детей и подростков на основе жизненных навыков*. Вашингтон, О.К. Панамериканская организация здравоохранения.

Далее следует обзор отношений и характерных качеств, профессиональных навыков и компетенций, которыми должны обладать учителя, чтобы проводить санитарное просвещение на основе навыков наряду с некоторыми предложениями в отношении плана обучения с учетом этих требований.

5.6.1 ОТНОШЕНИЯ И ХАРАКТЕРНЫЕ КАЧЕСТВА

Следующие признаки отличают наилучших ведущих (тренеров) программ.

- Рольевые модели здорового поведения
- Пользующиеся доверием и уважением
- Опытные и компетентные
- Способные заручиться ресурсами, руководством и институциональной поддержкой.

5.6.2 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НАВЫКИ И КОМПЕТЕНЦИИ

Учителя и другие люди, проводящие санитарное просвещение на основе навыков, должны применять интерактивные методы преподавания. По этой причине они должны иметь или развивать следующие характеристики:

- Способность играть различные роли - поддерживать, акцентировать внимание или задавать группе нужное направление (Тоблер, 1992).
- Способность выступать в роли ведущего, но не доминировать над группой (Тоблер, 1992).
- Уважение к подросткам, к его или ее свободе выбора и индивидуальному самоопределению (Тоблер, 1992).
- Теплота, поддержка и энтузиазм (Ладд и Майз, 1983).
- Способность решать деликатные вопросы, например, личная гигиена, сексуальное и репродуктивное здоровье, профилактика ВИЧ/СПИДа, свидания, дружба, злоупотребление вредными веществами (наркотики, психотропные вещества), принятие трудных решений в отношении будущего. Это те темы, которые учитель или тренер должны быть готовы обсуждать либо отвечая на вопросы, либо зная, где можно получить дополнительную информацию. Для этого необходимо провести обучение с охватом таких вопросов, как этапы развития подростков, имидж тела, сексуальность, а также иметь общественные ресурсы.
- Соответствующие личные и профессиональные отношения и практика. Учителям и тренерам часто приходится работать с подростками над развитием у них навыков, которыми они сами могут не обладать, например, уверенность в себе, умение справляться со стрессом и решение проблем. Более того, учителям и тренерам может потребоваться помощь в решении собственных проблем сексуального здоровья, в борьбе с ВИЧ/СПИДом, решении проблем злоупотребления вредными веществами или насилием в доме. Изучение программ укрепления здоровья для учителей показало, что обучение может принести конкретную пользу для здоровья тех людей, которые проводят программы, а также улучшить посещаемость, моральное состояние и качество обучения (Дж. Аллегрант, 1998). Некоторые меры, направленные на родителей, включали этот вопрос, помогая родителям (как людям, осуществляющим программы) развивать навыки у своих детей (Шур и Спивак, 1979), также помогая родителям улучшить их собственные

навыки решения проблем, навыки родительского ухода и преодоления стрессовых ситуаций.

- Закрепляйте практически то, чему вы учите. Учителя и другие тренеры должны иметь возможность практически отработать методы обучения учащихся на основе их активного участия, например, открытая дискуссия, ролевые игры и групповая работа. Они также должны моделировать поведение, на которое направлено обучение.
- Хорошее знание, персональная комфортность в отношении широкого круга рассматриваемых вопросов; способность обращаться к другим источникам специальных знаний, когда это необходимо.

Чтобы стать эффективными провайдерами (учителя/тренеры) программ, многим взрослым необходимо избавляться от авторитарного подхода к обучению. Конкретная ситуация, приведенная после следующего раздела, описывает положительное влияние подобных программ на учителей и учащихся 85 школ Соединенных Штатов.

5.6.3 ПЛАН ОБУЧЕНИЯ

Доступ к обучению хорошего качества и поддержка важны для развития характеристик, описанных в предыдущем разделе.

Учителя и другие тренеры в идеале должны получить качественную подготовку, как в преддипломном, так и последипломном контексте. В процессе подготовки учителя должны иметь возможность набирать опыт работы с методикой преподавания и обучения на основе широкого участия, при административной поддержке на школьном уровне, получать постоянную поддержку от экспертов для того, чтобы осваивать и поддерживать методы преподавания и обучения на основе широкого участия. Образование в области здоровья на основе навыков должно отражать принципы преподавания и обучения программ, которые предстоит осуществлять. Обучение должно включать методику активного преподавания и обучения, принимая во внимание все, что известно в отношении стилей обучения. На самом деле, учителя во многих странах не получают качественного преддипломного обучения, не имеют возможности посещать курсы повышения квалификации, им практически не оказывается помощь в рассмотрении деликатных и сложных тем, требующих специфических навыков.

Независимо от того, имели или нет учителя качественную подготовку в прошлом, качественное обучение может поддержать процесс развития положительных отношений и существенным образом улучшить компетенции, необходимые для преподавания на основе навыков. Стратегии, используемые для преподавания на основе навыков, созвучны традиционному обучению, существовавшему на протяжении поколений в местных культурах. Эти традиции включают обучение в группах, передачу знаний из поколения в поколение через женские группы, группы сверстников, на основе общения мальчиков и девочек друг с другом. Такими путями информация и культура передавались на протяжении всей истории.

Ключевыми элементами эффективной подготовки учителей и других тренеров являются:

- Создание адекватной базы знаний в отношении рассматриваемых вопросов и сети экспертов в качестве источника будущей информации.
- Создание эффективной, безопасной и поддерживающей среды для обучения и программ.
- Обеспечение широкого участия и подлинного взаимодействия.
- Применение методов преподавания на основе широкого участия; например, формирование компетенций в отношении групповых процессов, ролевых игр, инсценировок, дебатов, работа в малых группах и открытые дискуссии.
- Моделирование навыков, включенных в учебный план.
- Акцент на ребенке или подростке в целом, а не, например, воздействии на определенную проблему здоровья.
- Анализ восприятия подростков и подросткового возраста взрослыми, стереотипы и домыслы взрослых, уточнение ценностей, которые взрослые придают вопросам, актуальным для молодых людей.
- Формирование навыков в связи с предоставляемой информацией.
- Рассмотрение чувствительных для подростков вопросов.
- Конструктивная критика и позитивная поддержка и отклик.
- Доступ и оценка качественных ресурсов преподавания и обучения.
- Доступ и оценка систем, куда можно было бы направить за поддержкой и получить ее, связи между сообществами и продвижение местного участия.
- Адаптация обучения к уровню навыков учителей/тренеров (Джингисс, 1992).
- Обеспечение достаточных возможностей для обучаемых продемонстрировать и практически отработать новые навыки, обеспечение постоянного наставничества, включая непрерывную подготовку и сессии повышения знаний и навыков (Хансен, 1992; Ботвин, 1986).
- Предоставление возможностей для обучаемых участвовать в принятии решений в отношении осуществления программ.
- Подбор опытных тренеров/учителей санитарного просвещения на основе навыков для новых обучающихся (Дусенбери и Фалко, 1995).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

Авторы Учебных модулей для обучения здоровому образу жизни на основе навыков, которые легли в основу учебного плана санитарного просвещения на основе навыков в США, - это эффективно подготовленные тренеры/учителя программ в следующих областях:

- создание среды для программы, где придается большое значение открытому общению и положительному взаимодействию сверстников, где происходит конструктивное решение проблем;
- использование методик преподавания на основе широкого участия;
- моделирование навыков и их применение к определенному типу поведения, например, как поощрить и похвалить, чтобы усилить позитивные социальные нормы (О'Донелл, 1998);
- обучение сложным социальным навыкам;
- предоставление ресурсов для получения информации, касающейся здоровья, и направления;
- рассмотрение и решение чувствительных/деликатных вопросов (Бладер, 1999).

Исследование, проведенное в 85 школах, показало, что предварительное обучение УМСПП положительно сказалось на подготовленности учителей по преподаванию УМСПП и на результатах учащихся. Обученные учителя выполняли учебный план с большей точностью, нежели необученные. Обучение учителей также положительно отразилось на результатах учащихся. Показатели знаний и отношений учащихся были значительно выше в тех классах, где обучение велось подготовленными учителями, нежели там, где обучение проводили необученные педагоги. В старших классах средней школы, согласно сообщениям самих учащихся, благодаря подготовленным учителям удалось обуздать нелегальное потребление наркотиков (Росс и другие, 1991).

6. ПЛАНИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ, ОСНОВАННОЕ НА ПРИВИТИИ ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ

Цель: определить ключевые шаги для эффективного планирования и пропаганды санитарного просвещения на основе навыков, а также уточнить элементы плана и оценки.

Документ, опубликованный недавно Всемирной Организацией Здравоохранения под названием «Действия на местном уровне: создание школ, содействующих укреплению здоровья», содержит механизмы, которые могут служить руководством для санитарного просвещения при планировании шагов, описанных в данной главе.

6.1. СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ

Ситуационный анализ проводится для обеспечения значимости проводимых мер для местных условий и культур. Он состоит из сбора данных и оценки нужд и ресурсов, проводимых до планирования мероприятий и их осуществления. Оценка нужд включает в себя сбор точных текущих данных,

которые дают представление о вопросах здоровья и поведении в сообществе. Оценка ресурсов дает знания о наличии возможностей и ресурсов в школах и сообществе.

Возможно, потребуется следующая информация:

- статус здоровья, включая данные общественного здравоохранения на местном уровне в отношении заболеваемости и смертности
- приоритеты детей и подростков в области здоровья
- поведение и состояние здоровья, которые определяют приоритетность вопросов здоровья
- знания, отношения, убеждения, ценности, навыки и услуги, имеющие отношение к приоритетности вопросов здоровья молодых людей, а также к соответствующему поведению и условиям
- существенные стратегии
- имеющиеся человеческие, финансовые и материальные ресурсы, а также существующие программы, направленные на социальные и медицинские вопросы.

Сбор данных из заслуживающих доверия источников, которые могут дать ценную информацию в отношении того, что молодые люди знают, о чем думают, что чувствуют и делают, и какие у них проблемы здоровья. В данном процессе можно использовать разные источники информации, включая следующее:

- Фокус группы или подробное интервью с целевой аудиторией или аналогичными группами обучаемых.
- Соответствующая литература и исследования.
- Результаты исследований.
- Профессиональная экспертная оценка.
- Родители, воспитатели и общественные группы.
- Эпидемиологические данные департаментов здравоохранения и местных клиник.

Необходимо провести обмен мнениями между участниками этого процесса и совместно рассмотреть их, а в конечном итоге прийти к общему соглашению. Там, где соглашения трудно достичь, при проведении дискуссий того, что следует включать, необходимо ориентироваться на интересы обучаемых.

Дополнительную информацию можно найти в приложении 2.

6.2. УЧАСТИЕ И ЧУВСТВО СОБСТВЕННОСТИ ВСЕХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

В процесс планирования целей и задач для проведения мероприятий в школе можно вовлекать членов школы и сообщества. Такое вовлечение может помочь в обеспечении целевой направленности мер на потребности обучаемых и их продолжения со временем.

В школьные группы могут входить директора школ, учителя, учащиеся, провайдеры услуг в школах, например, медицинские сестры или консультанты,

родители и вспомогательный персонал. Члены школьных групп должны отражать разнообразие людей и точек зрения, они должны быть привержены идее укрепления здоровья, быть заинтересованными в санитарном просвещении на основе навыков, хорошо работать в команде, а также иметь возможности и желание выделить для этого определенное время. Члены группы работают вместе для поддержания и укрепления здоровья всех людей, которые работают и учатся в школе, а также для планирования санитарного просвещения на основе навыков.

Советники общин могут дополнить школьную группу и постоянно давать советы и оказывать поддержку со стороны сообщества. Партнерами на местном уровне могут быть представители правительства, религиозные лидеры, представители средств массовой информации и молодежные организации, провайдеры медицинских и социальных услуг, а также представители неправительственных организаций.

Вместе школьные группы и общественные консультанты оценивают потребности и разрабатывают цели и задачи программы, они могут работать вместе над проведением и оценкой действий.

6.3. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

При наличии результатов ситуационного анализа, особенно когда потребности и ресурсы определены, школьные группы учащихся, учителей и семей при поддержке консультантов других сообществ могут играть активную роль в определении целей и задач программы.

Цель в общих словах описывает то, что планируется достичь в конечном итоге в результате предпринимаемых мер. В достаточно большой заявленной цели акцент делается на изменении в статусе здоровья, например, сокращении числа самоубийств среди подростков или уровня нежелательной беременности в подростковом возрасте. Для достижения результатов на этом уровне нужно иметь много стратегий.

Задачи конечного результата/исхода направлены на поведенческий риск или условия, имеющие отношение к поставленной цели. Например, если целью является снижение уровня самоубийств или нежелательной беременности среди подростков, тогда целевым поведением или условием должна стать отсрочка начала половой жизни и рост числа учителей, которые являются заслуживающими доверие взрослыми, к кому учащиеся могут обратиться в случае депрессии.

Подзадачи (задачи процесса) определяют в специфичном, измеряемом и достижимом отношении что необходимо сделать, чтобы выполнить задачи конечного результата/исхода. Относительно вопросов обучения в области здоровья это означает описание тех мер и вмешательств, которые необходимо осуществить за определенный период времени для оказания влияния на знания, отношения, навыки и другие факторы, связанные с задачами конечного результата, а в конечном итоге, и с целью. Например, подцели могут включать увеличение знаний о том, какие факторы способствуют депрессии, или

развитие навыков ведения переговоров в отношении альтернатив сексуальным отношениям.

Рисунок 10. Результаты в отношении ожиданий по трем уровням программы

УРОВЕНЬ	ЦЕЛЬ	ПРИМЕРЫ СТРАТЕГИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ
<p>ЦЕЛЬ Необходимо иметь много стратегий, чтобы достичь результатов на этом уровне</p>	<p>Изменить результаты здоровья или статус здоровья: Сокращение уровня ВИЧ, ЗППП и подростковой беременности, уменьшение числа самоубийств среди подростков, уменьшение числа дорожных аварий, обусловленных управлением автомашиной в нетрезвом состоянии, увеличение числа подростков, питание которых соответствует национальным руководствам по питанию, и т.д.</p>	<p>Санитарное просвещение на основе навыков плюс... Государственная политика и школьная политика, нормативы и правовые стимулы, кампании в средствах массовой информации, доступ к доброжелательным услугам и необходимому оснащению. Партнерство школ и сообществ и т.д.</p>
<p>ЗАДАЧА Необходимо иметь несколько стратегий для достижения этих более сложных и более широких результатов.</p>	<p>Снижение поведенческого риска: отсрочка начала сексуальных контактов; увеличение уровня использования контрацептивов; уменьшение потребления алкоголя, табака и других наркотических средств молодыми людьми; увеличение числа людей, потребляющих сбалансированное питание; уменьшение хулиганства в школе и т.д.</p>	<p>Санитарное просвещение на основе навыков плюс... Школьные стратегии, связи с медицинскими и социальными услугами, школьная среда, поддерживающая здоровье, партнерство школ и сообществ и т.д.</p>
<p>ПОДЗАДАЧА</p>	<p>Увеличение знаний,</p>	<p>Санитарное</p>

<p>Необходимы образовательные стратегии для достижения этих, относительно специфичных, ближайших результатов</p>	<p>отношений и навыков: увеличение знаний в отношении передачи и профилактики ВИЧ; мирные средства разрешения конфликтов, компоненты здорового питания; влияние алкоголя, табака и других наркотических средств. Улучшение отношения к собственному имиджу и снижение уровня стигматизации. Улучшение навыков, продемонстрированных в классной работе, способностей, связанных с утверждением, переговорами, принятием решений, а также уточнение ценностей, применяемых к определенным вопросам, например, ВИЧ/СПИД, насилие или алкоголь, табакокурение и потребление наркотиков.</p>	<p>просвещение на основе навыков*, проводимое хорошо подготовленными и доброжелательными учителями и тренерами</p> <p>* Хотя возможно достичь подзадачи только с санитарным просвещением на основе навыков, рекомендуется усиливать его другими стратегиями для достижения максимального результата – поддерживающей школьной стратегией, школьными услугами в области охраны здоровья и созданием благоприятной среды.</p>
--	--	--

6.4. ВЫСТУПАЯ В ПОДДЕРЖКУ ВАШЕЙ ПРОГРАММЫ

Первым шагом практического осуществления программы является обеспечение поддержки и ресурсов. Для достижения поддержки, возможно, придется пропагандировать и защищать интересы вашей программы.

Людам, определяющим политику, нужны весомые аргументы для поддержки любых усилий в области здоровья или образования. Они должны суметь оправдать свои решения. Пропаганда и защита взглядов – это искусство оказывать влияние на других людей, чтобы они поддержали идею, принципы или программу.

Защитник и пропагандист здорового образа жизни на основе навыков должен убедить тех людей, которые определяют политику и принимают решения в школе и сообществе, в том, что школьные усилия в его поддержку адекватные и выполнимые, и что эти усилия могут помочь в достижении целей в отношении молодежи, которые поддерживаются всеми. Цель заключается в том, чтобы убедить людей, принимающих решение, предпринять действия, которые вносят вклад и укрепляют школьные программы. Аргументы в пользу

важности и эффективности санитарного просвещения на основе навыков можно использовать в качестве части этих пропагандистских усилий (см. главу 4 и данный раздел).

Задача убеждения людей может стать легче, если предварительно ответить на два вопроса: что заставляет одного человека сказать «да» другому, и какие методы дают такой результат? Хотя мы не можем заставить людей думать и действовать определенным образом, наши идеи и знания могут формировать среду их мышления.

Например, следующие шесть принципов убеждения могут заставить одного человека захотеть сказать «да» другому:

- *Обязательство и соответствие*: даже небольшие действия могут привести к обязательству, а когда люди берут на себя обязательство, они ведут себя в соответствии с этими обязательствами.
- *Социальное доказательство*: люди часто используют информацию в отношении того, как другие люди ведут себя, для принятия решения в отношении того, что делать.
- *Ограниченность*: люди, скорее всего, будут действовать, если есть единственная возможность сделать это, а если при этом они не будут действовать, то это повлечет за собой потерю.
- *Реципрокность/взаимность*: люди обычно стараются таким же образом отплатить за то, что дал другой человек.
- *Власть/авторитет*: титулованные люди и те, кто обладает значительными знаниями, могут оказать большое влияние.
- *Приязнь*: люди предпочитают говорить «да» на просьбы тех, кого они знают или любят (Циалдини, 1993).

Применение этих принципов в пропаганде санитарного просвещения на основе навыков предполагает, что ведущий программы должен представить информацию вниманию аудитории. Эффективный ведущий должен быть человеком, заслуживающим доверия, уверенным, понятным и внимательным к потребностям аудитории. Важно узнать, понимает ли аудитория проблему, и на каком уровне, и могут ли они что-либо сделать в этом плане. Эффективная информация для аудитории обладает определенными общими качествами: информация должна быть простой, доступной для понимания, подчеркивающей три ключевых момента и действия, которые ведущий хотел бы четко изложить. Факты сбалансировано дополняются эмоциями и человеческими историями. При изложении материала следует избегать жаргона и сложных данных, но можно включать конкретные примеры, аналогии, метафоры, яркий язык и образы, которые аудиторией воспринимаются легко (Винс-Витман, 2001).

Приложение 2 содержит ссылки на справочники, которые могут быть полезны при планировании пропагандистских мероприятий.

При пропаганде санитарного просвещения на основе навыков и жизненных навыков не всегда очевидно, какие аргументы или подходы оказываются эффективнее всего и в отношении какой аудитории. То, что кажется очевидным

или привлекает внимание специалистов, планирующих образование и здравоохранение, может быть неубедительным для другой аудитории. Например, шеф полиции студенческого городка одного из колледжей в Соединенных Штатах сообщил, что президент колледжа и члены попечительского совета не были убеждены в необходимости принятия действий, когда им представили статистические данные в отношении высокого уровня потребления алкоголя студентами, вандализма, изнасилований и автомобильных аварий, связанных с таким поведением. Совсем другая реакция была, когда из отчета шефа стало ясно, что из-за проблем, обусловленных потреблением алкоголя, имел место большой отсев, что создавало экономическую проблему для университета (Мангулкар и другие, 2001).

Практический опыт

Проводимое санитарное просвещение на основе навыков и программы развития жизненных навыков в Латинской Америке и странах Карибского бассейна позволили извлечь следующие ключевые уроки в области защиты интересов, которые могут стать полезным руководством для новых инициатив:

- Эффективная пропаганда требует ясных аргументов и ясного понимания подхода на основе жизненных навыков, адаптированного для конкретной аудитории и среды.
- Данные относительно местных потребностей, а также данные о положении детей и подростков (например, из медико-демографического исследования), могут стать мощной основой для пропаганды и критическими для определения задач программы.
- Участие и вовлеченность исполнителей местных программ с начального этапа оценки потребностей являются ключом к эффективности и устойчивости программы.
- Сами исполнители программ (учителя/тренеры) имеют потребности в области здоровья, которые необходимо принимать во внимание в ходе проведения программы, и могут потенциально решаться через программы развития жизненных навыков.
- Санитарное просвещение на основе навыков может служить объединяющей рамкой для многих конкурирующих и дублирующих друг друга программ охраны здоровья подростков в определенной среде.
- Поддержка и техническая помощь в разработке учебного плана, которая может потребовать либо адаптации отдельных разделов существующего учебного плана, либо разработки оригинального учебного плана необходимы на региональном и страновом уровнях.
- Планирование всех этапов, начиная с оценки потребностей и включая институционализацию программ, является ключом к устойчивости.

6.5. ОЦЕНКА ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ ПРИВИТИЯ НАВЫКОВ

Оценку необходимо продумывать с самого начала и проводить ее на протяжении всей программы. Когда вы проводите оценку нужд в самом начале (проведение ситуационного анализа), определяете цели, планируете действия (разработка плана действий), вы закладываете основу для оценки. В то же

самое время вам необходим формальный план оценки для отслеживания прогресса, при этом вы должны быть уверенными, что ваш план оценки выполним.

Всесторонняя оценка включает в себя оценку процесса и оценку результатов. Оценка процесса проводится в ходе выполнения программы и обеспечивает мониторинг ее выполнения и обратную связь с тем, чтобы вы могли внести изменения и скорректировать программу, где это необходимо. Оценка результатов включает в себя оценку последствий проведенных действий и определяет, насколько эти действия были эффективными в плане достижения желаемых результатов. Затем цикл начинается снова с вопроса о том, какие дальнейшие изменения или сохранение чего является желательным в качестве новой цели.

6.5.1 ОЦЕНКА ПРОЦЕССА ВЫПОЛНЕНИЯ

Оценка процесса дает ответы на вопрос, как была проведена программа, какие результаты были достигнуты, одновременно представляя собой своеобразный мониторинг осуществления программы в соответствии с планом. Оценка предполагает два важных аспекта: охват и качество программы. Охват оценивает степень реального достижения целевой аудитории. Качество относится к адекватности обучения и удовлетворенности всех участников процесса обучением и проведением программы, однако обеспечение качества должно быть шире. Оценка процесса может включать в себя формативную оценку преподавания, учебных материалов и уроков. Это может дать представление о том, как улучшить программу и ее результаты. Оценка процесса может также оценивать изменения в промежуточных факторах, например, в форме коммуникации, в отношениях, источниках информации, социальных нормах или нормах установившихся среди сверстников, изменения тех, кто осуществляет программы, а также изменения, касающиеся сообщества, семьи, родителей или школы.

Процесс оценки важен для того, чтобы выполнение программы было одинаковым везде, где она проводится, и, что еще важнее, для получения подтверждения того, что наблюдаемые результаты действительно связаны с проводимыми действиями, а не с какими-то другими факторами влияния.

Рисунок 11 содержит примеры индикаторов процесса на уровне программы.

Рисунок 11. Примеры вопросов, которые могут подниматься во время оценки процесса

<p>Охват: Охвачена ли целевая аудитория? Кто не охвачен?</p> <p>а) проводится ли программа во всех запланированных местах? Например, в школах?</p> <ul style="list-style-type: none">- процент школ, включенных в программу, формальных и неформальных; <p>б) достигает ли программа целевой аудитории учителей/тренеров?</p> <ul style="list-style-type: none">- процент всех обученных учителей/тренеров; <p>в) достигает ли программа целевой аудитории детей и молодых людей?</p> <ul style="list-style-type: none">- процент девочек/мальчиков (сельские/городские; этнические группы, другое).

Качество: Выполняют ли учителя/тренеры программу в соответствии со стандартами качества?

Возможные стандарты качества программы

- Охватывает ли программа важные вопросы здоровья и социальные проблемы?
- Ставит ли данная программа своей целью повлиять на поведение?
- Существует ли комплекс знаний, отношений и навыков?
- Используются ли методы преподавания и обучения на основе широкого участия?
- Ориентирована ли программа на участника и является ли она гендерно чувствительной?
- Имеется ли стратегия поддержки программы (например, подготовка учителей, повышение квалификации и постоянная поддержка)?
- Доступны ли соответствующие услуги поддержки аудитории/участникам?
- Проводятся ли консультации для участников программы? Вовлечены ли они в нее?
- Обучены ли учителя/тренеры выполнению этой задачи?
- Оказывается ли поддержка учителям/тренерам на этапе выполнения программы?
- Удовлетворены ли учителя/тренеры осуществлением программы?
- Удовлетворены ли участники осуществлением программы?
- Достаточен ли срок программы для достижения желаемых задач?
- Используются ли существенные для данной программы учебные материалы (точные, гендерно чувствительные, соответствующие возрасту, доступные, приемлемые с точки зрения языка, долговременные и т.д.)?
- Основана ли программа на существенной, текущей, точной информации и методах?
- Проводится ли мониторинг и оценка результатов и процесса осуществления программы?
- Какова стоимость программы?

Рекомендуется сохранить оценку процесса и мониторинга определенного уровня на протяжении всей реализации программы, даже после того, как основное направление ее будет стабильным, с тем, чтобы можно было оценивать, работает она в том же направлении, или нет, и сохраняется ли ее качество со временем.

6.5.2 ОЦЕНКА КОНЕЧНОГО РЕЗУЛЬТАТА/ИСХОДА³⁴

Оценка конечного результата призвана определить, достигнуты или нет задачи программы, привели ли действия программы к изменениям, особенно в отношении целевого поведения и условий, а также знаний, отношений и навыков, повлиять на которые планировалось в ходе выполнения данной программы. Заключительная оценка результатов проводится для определения

³⁴ Термины «воздействие» и «исход» иногда подразумевают краткосрочные и долгосрочные результаты, соответственно. В данном документе «результат» включает оба эти понятия.

любого воздействия или изменений, происшедших за период проведения мер вмешательства. Первые шаги в этом направлении начинаются до проведения этих мер, включая определение некоторого базового уровня или точки отсчета для сравнения, и продолжаются после осуществления программы.

Такого рода оценка должна быть достаточно детальной, строгой и научной. Она должна оценить размах влияния или изменений с целью «доказать», что применяемые стратегии действительно являются эффективными. Программы, доказавшие свою эффективность в достижении желаемых навыков или поведения, не требуют детальной оценки результатов каждый раз после их достижения. Если таких ресурсов, как время, персонал и бюджет недостаточно, то более реально и целесообразно ограничиться оценкой хода реализации программы, нежели ее результатов. Очень часто программы торопятся провести изучение своего влияния на молодежь, не имея полного понимания, выполнены ли планируемые действия, и насколько хорошо они выполнены. Однако достичь эффективности важно до начала расширения программы, и информация, полученная в ходе реализации программы, может оказаться чрезвычайно полезной при определении возможных барьеров для тиражирования этих мер где-либо еще или повторения программы в более широком масштабе.

Вопросы для проведения заключительной оценки включают следующие:

- В какой степени достигнуты поставленные задачи?
- В какой мере было оказано влияние на знания, отношения, навыки и поведение учащихся и персонала?

Показатели результатов, отбираемые для проекта, зависят от заявленных целей программы. Следует ожидать, что хорошо проведенное санитарное просвещение на основе навыков изменит поведение, условия и соответствующие знания, убеждения и навыки учащихся.

Влияние санитарного просвещения на основе навыков можно оценить на различных уровнях, и важно, чтобы ожидания от этой программы соответствовали применяемой стратегии. Если обучение в области здоровья на основе навыков проводится изолированно, то, скорее всего, результаты будут достигнуты на первом уровне (ближайшие); однако, если применять более скоординированную стратегию, то можно ожидать результатов на 2-м (среднесрочные) и 3-м уровне (долгосрочные). Эти три уровня выглядят следующим образом:

1. Ближайшие результаты: развитие знаний, отношений и навыков. Этот уровень представляет наибольший интерес для тренеров или учителей, работающих в классе, хотя они также заинтересованы в среднесрочных результатах, касающихся ожидаемого воздействия на поведение и условия.
2. Среднесрочные результаты: изменение или сохранение желаемого поведения или условий, которые должны оказать влияние на цели. Данный уровень представляет основной интерес для координаторов или менеджеров программ санитарного просвещения на основе навыков, хотя они также будут заинтересованы и ближайших результатах.
3. Долгосрочные результаты: достижение целей программы, изменение в статусе здоровья или социальных результатов. Данный уровень

представляет собой основной интерес для правительственных чиновников, разрабатывающих политику и принимающих решения, хотя они будут также заинтересованы в среднесрочных и ближайших результатах.

Рисунок 12 содержит примеры вопросов для этих трех уровней.

Рисунок 12. Примеры вопросов для трех уровней результатов в области профилактики ВИЧ/СПИД/ИППП

УРОВЕНЬ ОЦЕНКИ	РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Уровень 1. Ближайшие результаты: знания, отношения и навыки (уровень урока или уровень класса)</p> <p>- Оцениваются тренером/учителем после завершения образовательных мероприятий или вскоре после этого.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Термин «отношения», используемый здесь, включает в себя широкий круг убеждений; чувств в отношении себя (например, уверенность) и другие (например, дискриминация); ценности; мысли; и социальные, религиозные и культурные принципы, нравы и этику. 	<p>Результаты обучения – знания:</p> <p>Узнали ли учащиеся, что...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ - это вирус, приобретенный некоторыми людьми? • ВИЧ трудно заразиться, он не передается в результате случайного контакта? • Люди могут оставаться ВИЧ-инфицированными многие годы, не проявляя симптомов этой инфекции? <p>Узнали ли они...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Как ВИЧ передается и как не передается? • Об отличии ВИЧ от СПИДа? • Какое поведение людей обуславливает повышенный риск заражения ВИЧ? • Какие профилактические меры могут уменьшить риск ВИЧ, ИППП или нежелательной беременности? • Как пройти тестирование, консультирование для определения ВИЧ-статуса? <p>Отношения:*</p> <p>Демонстрируют ли учащиеся...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Приятие, а не страх людей с ВИЧ и СПИДом? • Понимание гендерных ролей и сексуальных различий? • Сопереживание другим людям? • Понимание долга по отношению к самому себе и другим? • Обязательство установить этические, моральные и поведенческие нормы для себя? • Собственный позитивный имидж, определяя положительные личные качества и положительно воспринимая изменения тела, которое происходит во время полового созревания?

	<ul style="list-style-type: none"> • Желание нести ответственность за собственное поведение? • Понимание того, как семейные ценности поддерживают такое поведение или убеждения, которые могут предотвратить ВИЧ-инфекцию? • Обеспокоенность по поводу социальных вопросов и их значимости для социальных, культурных и личных идеалов? • Понимание противоречий в моральном кодексе их обществ? • Реалистическое восприятие риска? • Поощрение сверстников, сестер и братьев, а также членов семьи к тому, чтобы принять участие в мерах профилактики ВИЧ? <p>Навыки*: Уверены ли учащиеся, что они смогут...</p> <ul style="list-style-type: none"> • приобрести практические и положительные методы преодоления эмоциональных и стрессовых ситуаций? • активно искать информацию и услуги, связанные со злоупотреблением вредными веществами, а также репродуктивным и сексуальным здоровьем, важными для здоровья и благополучия. • использовать навыки критического мышления для анализа сложных ситуаций, которые требуют решения на основе разнообразия альтернатив? • использовать навыки решения проблем для определения целого ряда решений и их последствий для проблем здоровья, которые имеются у молодых людей? • обсуждать сексуальное поведение и другие личные проблемы с уверенностью и положительным самоуважением? • сообщить понятно и эффективно желание отсрочить начало сексуальных контактов (например, переговоры, уверенность в себе)? • оценивать риск и вести переговоры в целях выбора менее рискованных альтернатив? • правильно использовать продукцию, имеющую отношение к здоровью
--	---

* Термин «навыки» используется здесь в отношении жизненных навыков, психосоциальных и межличностных навыков, которые можно применять к профилактике СПИДа и связанных с ним проблем. Эти навыки важны потому, что они могут способствовать и могут привести к изменению поведения, если их поддерживать всесторонне и регулярно.

	(например, презерватив)? (Примеры в данном разделе адаптированы из материалов ВОЗ, 1999, с. 19-21.)
<p>Уровень 2. Среднесрочные результаты: поведенческий уровень</p> <ul style="list-style-type: none"> - Оценивается вскоре после проведения мероприятия - Предполагается, что достижение результатов Уровня 1 приведет к достижениям на данном уровне 	<p>Поведенческие результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Использовался ли презерватив во время последнего полового контакта? • Уменьшилось ли число половых партнеров? • Увеличился ли возраст начала половых контактов? (Представляет ли партнер небольшой риск? Какова разница в возрасте половых партнеров?) • Снижается ли уровень потребления внутривенных наркотиков? • Увеличилось ли число потребителей внутривенных наркотиков, которые используют чистые иглы? • Уменьшилось ли число потребителей внутривенных наркотиков, которые используют общие шприцы? • Одинаково ли хорошо относятся к участникам (и другим) с ВИЧ/СПИДом, как и к прочим участникам? • Увеличилось ли число беременных молодых женщин в риске, которые проходят антенатальное тестирование и лечение?
УРОВЕНЬ ОЦЕНКИ	РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Уровень 3.</p> <p>Долгосрочные результаты: Эпидемиологический уровень социального здоровья Долгосрочные результаты для здоровья и социальные результаты</p>	<p>Результат для здоровья и социальные результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижается ли уровень ИППП? (Уменьшается ли средняя продолжительность ИППП? Увеличился ли доступ к медицинским услугам/стало ли обращение более ранним?) • Увеличился ли возраст наступления первой беременности? • Снижается ли уровень ВИЧ-инфицирования? • Улучшилось ли состояние людей с ВИЧ/СПИДом? Увеличилась ли их продолжительность жизни? • Улучшилось ли психическое здоровье (например, самоуважение, самоуверенность, мировоззрение, связь/чувство общности)? • Растет ли уровень наркозависимости? • Больше ли детей с ВИЧ/СПИДом сейчас

остаются в школе?

Приведенная ниже конкретная ситуация указывает на общую практику и недостатки моделей оценки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

В двенадцати школьных оценочных исследованиях здоровья в Европе оценка результатов включала в себя оценку поведения, знания и отношений. В последние годы все больше исследований включают в себя оценку нормативных убеждений (социальное влияние), ожиданий в отношении самооэффективности и ожиданий в отношении будущих успехов (намерение). В большинстве оценок использовались данные, сообщаемые самими участниками (вопросники). Физическое обследование и биомедицинские меры использовались в качестве проверки достоверности сообщенных данных. Большинство из мер, в отношении которых проводилась оценка, было направлено на учащихся средней школы, и все они проводились в форме классных упражнений, иногда дополнялись участием родителей или мероприятиями на уровне общины. Рассматриваемые вопросы здоровья включали табакокурение, потребление наркотических средств, ожирение, дентальное здоровье, СПИД и общее здоровье. Большинство программ добились изменения в знаниях, а также имели некоторый поведенческий эффект, но долгосрочный эффект не рассматривался, или он не был замечен в большинстве исследований. Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что оценку можно было бы улучшить путем разработки более строгой ее модели; путем увеличения числа субъектов в исследовании; включения механизмов оценки долгосрочных результатов, например, поведенческой оценки; разработки четких процедур оценки; включения оценки хода реализации, например, мониторинг факторов на уровне класса и оценки выполнения программы в соответствии с первоначальными намерениями.

(Л. Питерс и Т. Паулуссен, 1994 *Охрана здоровья в школе – анализ эффективности санитарного просвещения и укрепления здоровья*. Утрехт: Голландский центр укрепления здоровья и санитарного просвещения. В цитате Дж. Хабли, 2000 *Укрепление здоровья в школах в развивающихся странах: Обзор литературы*. Лидс, Великобритания: Джон Хабли.)

Дополнительную информацию по структуре оценки можно найти в приложении 2.

6.5.3 ОЦЕНКА ОБУЧЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ, ОСНОВАННАЯ НА ПРИВИИ НАВЫКОВ И ЖИЗНЕННЫХ НАВЫКОВ, В КЛАССЕ

Данный раздел показывает, что санитарное просвещение на основе навыков может быть нормальной частью того, что делают системы образования, и что жизненные навыки можно развивать и в классе.

В предыдущем разделе акцент был сделан на измерении поведенческих результатов в качестве исхода или результата программы со временем. Широкомасштабные исследования могут быть полезными для оценки среднесрочных результатов в школе, регионе или стране, другие же уровни

оценки могут быть более детальными. В школьной среде оценка является обычной частью системы слежения за успеваемостью учащегося в процессе его нахождения в системе образования, а многие из методик, применяемых на классном уровне, могут дополнить широкомасштабные исследования. Точно так же как, скажем, навыки прыжков в высоту на занятиях по физической культуре или навыки наложения повязки на уроке по оказанию первой помощи могут оценивать на основе каких-то критериев и жизненные навыки, например, навыки утверждения, ведения переговоров или сотрудничества также могут оцениваться. Кроме того, соотнося детальный отзыв об уровне знаний, отношений и навыков с данными о манере поведения, можно получить лучшее понимание того, какие аспекты программы работают хорошо, а какие могут быть улучшены.

Классная комната является идеальным местом для проведения санитарного просвещения на основе навыков, включая жизненные навыки. Она обеспечивает относительно безопасную среду, в которой можно апробировать, наблюдать и оценить практическое применение полученной информации, а также проводить развитие отношений и навыков, используя ролевые игры, дискуссии, имитацию и другие упражнения.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ РАБОТЫ С БУМАГОЙ И КАРАНДАШОМ

Уровень знаний, отношений и навыков можно подвергнуть самооценке (сверстниками или учащимися) или их могут оценить учителя, тренеры, родители и другие члены сообщества. Задания для работы с бумагой и карандашом содержат упражнения, тесты, контрольные вопросы и домашние задания. Они включают упражнения, где необходимо сделать **выбор**, например:

- Множественный выбор
- Подбор подходящей пары
- Альтернативный выбор
- Выбор ответа верно - неверно
- Множественные ответы
- Заполнение пропусков
- Шкала.

(Из ЮНИСЕФ/КАРИКОМ, 2001)

Ранжированные вопросы или вынужденный выбор требует, чтобы учащийся ранжировал или выбирал положения в соответствии с привлекательностью или какой-то другой приоритетностью. Заданием может быть простое ранжирование от высокого к низкому (например, насколько важно, по-твоему, иметь свободную от наркотиков среду в школе?). В шкале учащийся должен выбрать точку на шкале, которая соответствует его ответу на вопрос. Учащемуся может быть предложено ответить «да» или «нет» на вопрос (двухбалльная шкала) или указать степень согласия (пятибалльная шкала). (Из Аннетт Вилтшир *Для семинара по подготовке тренеров по Программе тренеров*, Проект CARICOM HFLE, май, 2000).

Формализованные задания для работы с бумагой и карандашом включают рейтинговую систему социальных навыков (SSRS) (Грешэм и Эллиот, 1990), которая является одной из множества различных рейтинговых шкал, использовавшихся для оценки социальных навыков учащихся, включая сотрудничество, утверждение, сопереживание и самоконтроль на основе самоотчета, а также при помощи учителей и родителей. Социальные и эмоциональные изменения можно измерить при помощи множества различных шкал, включая Исследование адаптационных задач в средней школе (Элиас и другие, 1992). В этом исследовании задается вопрос учителям, родителям и учащимся в отношении изменений/корректировки в средней школе (обычно это дети от 10 до 14 лет в Соединенных Штатах). Другой масштаб - это Профиль самовосприятия для детей, который оценивает восприятие детьми личной компетенции (Хартер, 1985). В области профилактики насилия на основе вопросников оцениваются знания подростков и их отношение к насилию. Например, вопросник *Убеждения, поддерживающие агрессию* (Слаби и Гуэрра, 1988), оценивает нормативные положения в отношении агрессии, а *Отношение к конфликту* (Лам, 1989) дает оценку тому, что молодые люди чувствуют по поводу различных методов разрешения конфликтов.

Помимо оценки на основе выбора правильного ответа, письменная оценка может также включать эссе или короткие письменные ответы. Через эссе учащиеся излагают то, что они знают о содержании и демонстрируют свою способность думать и рассуждать, аргументируя, делая выводы или решая проблемы. Эссе также полезны для оценки достоинств и четкости письменных навыков коммуникации. Краткие письменные ответы подобны мини-эссе, в которых учащиеся отвечают на задания, например: «Одним или двумя предложениями опишите...» или: «Кратко ответьте на следующее...». Ответы используются для оценки понимания учащимися содержания и до определенной степени дают представление о навыках мышления и рассуждения (ЮНИСЕФ/КАРИКОМ, 2001).

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Письменные методы не всегда полезны в оценке эмоциональной области, например, чувств, отношений, убеждений, ценностей или навыков, подобных уверенности в себе, навыков отказа, принятие решений и решение проблем. Творческие подходы к оценке навыков включают целый ряд методов сотрудничества, например, отзывы сверстников об успеваемости, групповая оценка демонстрации или ролевой игры на основе ряда заранее определенных критериев или проекты на уровне общины или интернатура.

В некоторых случаях может быть уместна многоаспектная система оценки, состоящая из разнообразия методов оценки, в особенности для оценки навыков, которые, в соответствии с определением, лучше всего воспринимаются на основе демонстрации. Многоаспектная оценка может включать следующее:

- Выставки
- Лабораторные работы
- Эссе
- Журналы
- Тесты с краткими ответами

- Тесты с выбором правильного ответа
- Проекты
- Портфели
- Интервью
- Доклады
- Разработка концепции
- Систематическое наблюдение
- Долгосрочное исследование
- Навыки манипуляции.

(Вермонтский институт естественных наук, математики и технологии, цитата в ЮНИСЕФ/КАРИКОМ, 2001.)

Некоторые альтернативные методы оценки сложных образовательных результатов, раскрывающих знания, отношения и навыки, коротко описываются ниже.

Наблюдение. Учителя непосредственно наблюдают своих учащихся каждый день в различных ситуациях и в различных условиях. Наблюдение дает возможность сразу, на месте, оценить поведение, например, сотрудничество. Ежедневные наблюдения (например, журнал учителя) на протяжении длительного периода времени дают больше непосредственной и более надежной информации в отношении типов поведения, нежели данные одноразового применения какого-либо письменного инструмента. Однако это требует много времени. Наблюдение обеспечивает наиболее последовательную оценку, если оно дополняется стандартными или основанными на критериях оценки вопросниками или формами отзыва.

Интервью. Неформальное интервью представляет собой разновидность наблюдений учителя. Учитель задает учащемуся ряд проверочных вопросов для оценки знаний и понимания учащегося, определения, что учащийся чувствует и как он ведет себя в отношении важных вопросов здоровья. Для такого диалога «лицом к лицу» учитель должен иметь тщательно продуманные вопросы и задавать их в структурированном или неструктурированном формате.

Опыт показывает, что в случае деликатного содержания беседы (например, сексуальное поведение, потребление наркотиков и т.п.), представляющего определенный риск для здоровья учащегося, не обычный учитель, а кто-то другой, предпочтительно человек не из школы, может провести такое интервью более эффективно. Интервьюер должен обеспечить конфиденциальность ответов.

Наблюдения сверстников. Учащиеся могут научиться наблюдать и давать отзыв (обратная связь) своим товарищам, когда те делают презентации или участвуют в ролевых играх или дискуссиях. Наблюдающие сверстники должны знать, что ожидается от них, как от наблюдателей, и что ожидается от учащихся, за которыми они наблюдают.

Самооценка учащихся. Такую оценку проводит непосредственно сам учащийся. В процессе самооценки учащиеся размышляют над своей работой и разрабатывают новые познавательные цели.

Устная презентация и сообщения. На основе устной презентации учащиеся могут организовать то, что они знают о содержании, и продемонстрировать свою способность думать и рассуждать. Такой формат также дает учащемуся возможность продемонстрировать различные аспекты навыков коммуникации. В какой-то степени игры, пародирование, ролевые игры, выступления и дебаты можно рассматривать как вариации устных презентаций и докладов.

Портфолио. Портфолио – это собрание или выставка примеров наилучших работ школьника в определенной области. Портфели имеют то преимущество, что они содержат студенческие работы (продукцию), собранные за определенный период времени, и их размышления (процесс) о выполнении данной работы. Портфели могут содержать свидетельство возросшего объема знаний учащихся и их навыки, могут документировать их прогресс в обучении.

Ненавязчивая методика. Этот термин относится к методике наблюдения, которая может включать в себя анализ школьных журналов, библиотечных записей о выдаче или получении литературы, журналов посещаемости, тетрадей учащихся и физических факторов, например, произвольное расположение мест или добровольный выбор места. Это требует изобретательности и творчества от учителя.

(Из ЮНИСЕФ/КАРИКОМ, 2001, из Аннетт Вилтшир *Для семинара по Программе подготовки тренеров*, Проект CARICOM HFLE, май, 2000).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: МАТЕРИАЛЫ ИНФОРМАЦИОННОЙ СЕРИИ ВОЗ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ В ШКОЛЕ

Приведенные ниже документы можно заказать во Всемирной Организации Здравоохранения, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья, 20 Авеню Аппия, 1211, Женева, 27, Швейцария, телефон +41-22-791-2582 или 3581; или найти в Интернете по адресу: <http://www.who.int/school-youth-health/>

Действия на местном уровне. Создание школ, содействующих укреплению здоровья, ВОЗ/ШКОЛА/98.7, опубликовано в 2000 году совместно ВОЗ, ЮНЕСКО и EDC, в помощь людям, работающим на местном уровне и занимающимся планированием, осуществлением и оценкой усилий, направленных на улучшение здоровья через школы. Данный материал представляет собой практическое руководство, содержит механизмы и идеи, собранные в школах разных стран мира. Руководство предлагает варианты совместной работы школьных администраторов, учителей, учащихся, родителей и членов сообщества над осуществлением четырех компонентов эффективной программы охраны здоровья в школе: (1) школьная политика в области здоровья; (2) чистая вода и санитарные условия в качестве первых шагов по созданию здоровой школьной среды, (3) санитарное просвещение на основе навыков и (4) службы охраны здоровья и питания в школе, как они называются ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО и Всемирным банком в совместной

инициативе Направление ресурсов на обеспечение эффективной охраны здоровья в школе (ФРЕШ).

Профилактика ВИЧ/СПИД/ИППП и связанной с ними дискриминации - важная обязанность школы, укрепляющей здоровье. ВОЗ/ШКОЛА/98.6, опубликовано в 1999 году совместно ВОЗ, ЮНЕСКО, ЮНЕЙДС и Эдьюкейшн интернешнл в помощь людям, пропагандирующим и осуществляющим профилактику ВИЧ/СПИД/ИППП через школу. Данный материал дает убедительное обоснование необходимости профилактики ВИЧ/СПИД/ИППП через школу; содержит концепцию и особенности школы, содействующей укреплению здоровья, а также дает представление о конкретных путях использования всех организационных возможностей школы для профилактики ВИЧ-инфекции. В этой публикации также дается описание того, как можно использовать каждый из четырех компонентов ФРЕШ для профилактики ВИЧ/СПИД/ИППП.

Профилактика табакокурения - важная обязанность школы, содействующей укреплению здоровья. ВОЗ/ШКОЛА/98.5, опубликовано в 1999 году совместно ВОЗ, ЮНЕСКО, ЮНЕЙДС и Эдьюкейшн интернешнл в помощь людям, пропагандирующим и осуществляющим профилактику табакокурения через школу. Данный материал дает убедительное обоснование необходимости профилактики табакокурения через школу; содержит концепцию и особенности школы, содействующей укреплению здоровья, а также дает представление о конкретных путях использования всех организационных возможностей школы для профилактики табакокурения. В этой публикации также содержится описание того, как можно использовать каждый из четырех компонентов ФРЕШ для профилактики табакокурения.

Профилактика насилия - важный элемент школы, содействующей укреплению здоровья. ВОЗ/ШКОЛА/98.3, опубликовано в 1999 году совместно ВОЗ, ЮНЕСКО и Эдьюкейшн интернешнл в помощь людям, пропагандирующим и осуществляющим профилактику насилия через школу. Данный материал дает убедительное обоснование необходимости усилий по профилактике насилия через школу; содержит концепцию и особенности школы, содействующей укреплению здоровья, а также дает представление о конкретных путях использования школой всех своих организационных возможностей для профилактики насилия.

Здоровое питание - важный элемент школы, содействующей укреплению здоровья. ВОЗ/ШКОЛА/98.4, опубликовано в 1998 году совместно ВОЗ, ФАО и Эдьюкейшн интернешнл в помощь людям, пропагандирующим и осуществляющим меры по пропаганде и защите здорового питания через школу. Данный материал дает убедительное обоснование необходимости усилий по обеспечению здорового питания и здоровой практики питания в школах; содержит концепцию и особенности школы, содействующей укреплению здоровья, а также дает представление о конкретных путях использования школой всех своих организационных возможностей для улучшения питания молодых людей, персонала школы и их семей. В этой публикации также дается описание того, как можно использовать каждый из четырех компонентов ФРЕШ для улучшения практики питания.

Расширение мер по снижению уровня гельминтоза - предпосылки для развития школ, содействующих укреплению здоровья. ВОЗ/ШКОЛА/96.1, опубликовано в 1996 году ВОЗ в помощь министерствам здравоохранения и образования при разработке политики, введении санитарного просвещения на основе навыков, создания здоровой среды, а также обеспечения услуг по охране здоровья в школе, которые способствовали бы снижению уровня глистных инфекций у школьников, их семей и сообщества в целом. В этой публикации дается описание того, как можно использовать каждый из четырех компонентов ФРЕШ для профилактики глистных инфекций.

Создание среды, благоприятной для эмоционального и социального благополучия, - важная обязанность школы, содействующей укреплению здоровья, доброжелательной к детям. Разработана совместно ВОЗ и ЮНИСЕФ в помощь школьному персоналу при проведении оценки того, насколько школьная среда поддерживает эмоциональное и социальное благополучие. Данный документ содержит также вопросники и инструкцию для школьного персонала по определению качества среды, поддерживающей эмоциональное и социальное благополучие учащихся и школьного персонала, на основе системы выставления баллов. Данный материал также поможет школьному персоналу определить, в какой степени эти характеристики присущи их собственной школе.

Защита от солнца - важный элемент школы, содействующей укреплению здоровья. ВОЗ/NPH/02.6. Документ опубликован в 2002 году совместно ВОЗ/РНЕ, ВОЗ/NPH и ЮНЕСКО в помощь школьному персоналу для оценки того, в какой степени учащиеся и персонал в их школе информируются о вреде солнечного воздействия, и как это дает им возможность защищать себя от этого воздействия.

Профилактика злоупотребления алкоголем - важный элемент школы, содействующей укреплению здоровья. Готовится к публикации в 2003 году совместно с ВОЗ/МРН и ВОЗ/NPH в помощь школе по использованию четырех главных компонентов ФРЕШ для профилактики злоупотребления алкоголем среди учащихся.

Активный образ жизни - важный элемент школы, содействующей укреплению здоровья. Готовится к публикации в 2003 году ВОЗ в помощь людям по пропаганде и практике активного образа жизни (физическая активность, занятия спортом и отдых) через школу. Данный материал дает убедительное обоснование необходимости ведения активного образа жизни; содержит концепцию и особенности школы, содействующей укреплению здоровья, а также дает представление о конкретных путях использования всех организационных возможностей школы для пропаганды активного образа жизни среди учащихся и школьного персонала.

Модельная школа борьбы с табакокурением. Готовится к публикации в 2003 году совместно с ВОЗ/NPH и ВОЗ/TFI в помощь школе по осуществлению программ борьбы с табакокурением, противоположных программам табачной промышленности, а также по вовлечению молодежи в глобальные,

национальные и местные действия по профилактике потребления табака. В документе делается особый акцент на тех действиях, которые могут предпринять учащиеся для поддержки Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака.

Создание школьной среды, благоприятной для здоровья, - важная обязанность школы, содействующей укреплению здоровья. Готовится к публикации в 2003 году совместно с ВОЗ/PHE, ВОЗ/NPH в помощь руководителям школ по созданию безопасной и надежной среды для учащихся, а также вовлечению учащихся в процесс обеспечения безопасной и здоровой среды для всех.

Семейная жизнь, репродуктивное здоровье и просвещение населения - важная обязанность школы, содействующей укреплению здоровья. Готовится к публикации в 2003 году совместно с ВОЗ/NPH, ВОЗ/RHR, ЮНЕСКО и EDC в помощь руководителям школ по ликвидации противоречий и проблем, возникающих в школах, в этой области. Данный документ поможет руководителям в их работе с членами сообщества и в выборе наиболее приемлемых путей просвещения учащихся в этих вопросах.

ПРОПАГАНДА И ПОДДЕРЖКА В ЗАЩИТУ ИНТЕРЕСОВ

Стратегия коммуникации и пропаганды: Репродуктивное и сексуальное здоровье подростков. Буклет 2: Программы и стратегии пропаганды и ИОК. Буклет 3: Полученные уроки и Руководство (2001), опубликованы совместно ЮНЕСКО и ЮНФПА, имеются в главном региональном офисе ЮНЕСКО по Азиатско-Тихоокеанскому региону, ПЯ 967, Пост-офис Праканонг, Бангкок, 10110, Таиланд. Буклет 2 включает стратегию по пропаганде и поддержке по обеспечению заинтересованности и обязательств тех, кто принимает решение, поддержку различных секторов в разработке рекомендаций и других документов. Буклет 3 обобщает полученные уроки в области пропаганды, поддержки и коммуникации, а также предлагает обсуждение тех факторов, которые способствуют и препятствуют пропаганде и поддержке.

После Каира: Справочник по пропаганде и поддержке для женщин-лидеров (1994), имеющийся в Центре деятельности в области развития и народонаселения, 1717, Массачусетс, Ав.НВ, Сьют 200, Вашингтон, О.К. 20036, США. Данный справочник содержит информацию о том, как планировать и осуществлять стратегию по пропаганде и поддержке в следующих главах: «Планирование в целях пропаганды и поддержки», «Представление информации общественности», «Приобретение союзников», «Пропаганда в целях получения ресурсов» и «Профили пропаганды».

Пропаганда в связи с ТБ: Практическое руководство (1998), ВОЗ/ТБ/98.239, имеется в Глобальной программе по борьбе с туберкулезом Всемирной организации здравоохранения, Женева, Швейцария. Несмотря на то, что данное руководство охватывает различные темы, оно содержит полезную информацию, необходимую для поэтапного планирования усилий по

пропаганде: документирование условий, формирование сообщений, работа со средствами массовой информации и мобилизация других.

Почему мы должны инвестировать в подростков Марты Берт (1996), опубликованная Панамериканской Организацией Здравоохранения (ПАОЗ, 1998), Вашингтон, О.К. В данном документе (акцентируется внимание на странах Карибского бассейна и Латинской Америки) подчеркивается важность инвестирования ресурсов здравоохранения и других вспомогательных ресурсов в подростков, чтобы укрепить будущие результаты охраны здоровья и производительности. Документ содержит Рамку для работы со взрослым населением, анализирует обстоятельства и потребности молодежи Латинской Америки и стран Карибского бассейна, обсуждает эффективную отдачу от инвестирования в деятельность по укреплению здоровья подростков и предлагает рекомендации по формированию и направлению инвестиций в подростков.

Коммуникационный брифинг: 101 способ повлиять на очень занятых людей (1998), опубликовано Брифингс паблишинг групп, 1101 Кинг стрит, Сьют 110, Александрия, ВА 22314, США. Это практическое руководство о том, как влиять на людей. Оно дает информацию о роли человека, оказывающего влияние, и включает тактику убеждения других, особенно на рабочем месте.

Влияние: Психология убеждения (1993), Роберта Цигалдини, опубликована Уильямом Морроу, Нью-Йорк Сити. Эта книга объясняет шесть психологических принципов, которые руководят нашим импульсом уступить давлению других людей и показать, как мы можем заставить работать принципы в своих интересах и защитить себя от манипулирования собой.

ПЛАНИРОВАНИЕ И ОЦЕНКА

Совершеннолетие: от фактов - к действиям в защиту сексуального и репродуктивного здоровья подростков, ВОЗ/FRH, ADH/97.18, ВОЗ (1997), Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, Швейцария. Данное пособие включает шаги по планированию, проведению и использованию ситуационного анализа, в частности, в отношении сексуального и репродуктивного здоровья. Шаги проведения анализа включают объединение существующей на данный момент коллективной информации и определенных выводов.

Советы по разработке учебного плана для развития жизненных навыков с целью профилактики ВИЧ-инфекции среди африканской молодежи: Обобщение уроков. Технический документ № 115 (2002), опубликован Американским агентством по международному развитию, Африканское бюро, Офис по устойчивому развитию. Информацию или копии материалов можно получить в Информационном центре Африканского бюро, 1331, Пенсильвания Авеню НВ, Сьют 145, Вашингтон О.К. 2004-1703; или по электронной почте: abic@dis.csdie.org. Данный документ представляет собой практическое руководство для людей, осуществляющих планирование, внедрение или совершенствование учебного плана по

санитарному просвещению на основе жизненных и приобретенных навыков среди молодых людей африканских стран, расположенных к югу от Сахары. Раздел I содержит исходную информацию по вопросам подростковой сексуальности и уязвимости, а также о проведении ВИЧ-профилактики среди молодых людей. Раздел II предлагает практические советы по осуществлению программ развития жизненных навыков для молодежи по темам «Советы по планированию» и «Советы для администраторов». Раздел III содержит обновленную библиографию документов, приложение А содержит список успешных учебных планов по развитию жизненных навыков и контактную информацию.

Расширение программ по репродуктивному здоровью для молодого взрослого населения (2000). Документ опубликован **ФОКУС, Молодое взрослое население, 1201, Коннектикут авеню, НВ, Сьют 501, Вашингтон О.К. 20036, США. Телефон 1-202-835-0818; Факс 1-202-835-0282; <http://www.pathfind.org/guides-tools.htm>.** В документе дается описание четырех моделей расширения программ, приводятся четыре конкретных примера из различных стран, а также ключевые идеи и извлеченные уроки. Это дополняется разделом, содержащим практические механизмы, которые включают десять упражнений для оказания помощи менеджерам в расширении программ по репродуктивному здоровью для молодого взрослого населения.

Учиться жить: Мониторинг и оценка ВИЧ/СПИД-программ для молодежи, Д. Вебб и Л. Эллиот в сотрудничестве с Департаментом Великобритании по международному развитию и ЮНЕЙДС. Данное руководство опубликовано фондом «Спасите детей», Великобритания (2000). Можно получить в «Спасите детей», Великобритания, 17, Гроув лейн, Лондон SE5 8 RD, Великобритания; телефон 00 44 20 7703 5400, факс 00 44 20 7793 7626. Это практическое руководство по разработке, мониторингу и оценке программ в области ВИЧ/СПИД для молодежи, основанное на опыте программ в разных странах мира. Разработано с учетом опыта проектов, осуществленных в разных странах мира. Акцент в нем делается на уроках недавно проведенной работы с молодыми людьми в области обучения по принципу равный равному; школьного образования и оказания клинических услуг особенно уязвимым детям и детям с ВИЧ/СПИДом. Содержит примеры положительной практики.

Руководство по мониторингу и оценке программ по репродуктивному здоровью подростков (2000), опубликовано **ФОКУС, Молодое взрослое население, 1201, Коннектикут авеню, НВ, Сьют 501, Вашингтон О.К. 20036. Телефон 1-202-835-0818; Факс 1-202-835-0282; <http://www.pathfind.org/guides-tools.htm>.** Также имеется на испанском языке: **ФОКУС, Молодое взрослое население/Панамериканская организация здравоохранения (2002). Manual de monitoreo y evaluacion, Вашингтон О.К.** Документ можно посмотреть на сайте: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/monitoreo.htm>.

Данный документ из 450 страниц посвящен мониторингу и оценке. В нем дается объяснение, как разрабатывать и проводить мониторинг выполнения плана оценки, а также содержатся индикаторы, программа оценки и выборки, сбора данных и анализа. Кроме того, данное руководство включает 15

различных инструментов и вопросники, которые можно адаптировать для определенных потребностей в области мониторинга и оценки.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА В РАМКАХ ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ НАВЫКОВ

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Подростки, посещающие десять средних школ в двух районах Намибии</p> <p>А.Фитцджеральд, Б.Стантон, НьюТеррей, Х.Шипена, К.Ли, Дж.Кахихута, И.Рикардо, Дж.Галбрайт и А.ДеДжагер (1999).</p> <p>Применение западных мер вмешательства по уменьшению риска ВИЧ-инфицирования среди подростков африканского населения.</p> <p>Журнал Подростковое здоровье 25, 52-61. Ссылка ID:8586</p>	<p>Содержание: программа состояла из 14 двухчасовых занятий, которые проводились в течение семи недель и были посвящены основным фактам, касающимся репродуктивных функций и поведенческого риска, например, злоупотребление алкоголем, наркотиками и насилие.</p> <p>Навыки: Занятия были основаны на теории защитной мотивации и акцентировали значимость навыков коммуникации и принятия решений.</p> <p>Метод на основе участия: Занятия проводились после школы учителем-добровольцем и молодым человеком, не являющимся учеником данной школы (либо студентом педагогического учебного заведения, либо молодым человеком, закончившим 12 классов) в группе из 15 –20 учащихся</p>	<p>Учащихся пригласили принять участие в занятиях на добровольной основе. Выразили желание участвовать 80% учеников; 515 участникам (средний возраст 17 лет; в среднем образование составило 11 классов) предложили заполнить базовые вопросники. Произвольно была сформирована контрольная группа или группа, в отношении которой проводились меры вмешательства. Сразу после проведения этих мер участники получали вопросники для оценки знаний, намерений и поведения, представляющего о риск ВИЧ-инфицирования. После заполнения</p>	<p>Знания групп, в отношении которых проводились меры вмешательства, заметно увеличились по сравнению с контрольной группой молодежи (88% по сравнению с 82%; правильные ответы, $p<0001$). В вопроснике после проведенных мер большее число людей в этой группе, нежели в контрольной группе молодежи, считали, что могут иметь интимность без сексуальных контактов ($p<0.05\%$), могли иметь друга или подругу, обходясь длительное время без половых контактов ($p<0.01$), могли объяснить процесс зачатия ($p<0.05$) знали, как использовать презерватив ($p<0.0001$) и могли попросить презервативы в клинике ($p<0.05$). Меньше молодых</p>

	разного пола.	второго вопросника в отношении контрольной группы проводились меры вмешательства.	людей в первой группе, нежели в контрольной, считали, что если девушка отказывается вступить с парнем в половой контакт, то он может ударить ее ($p < 0.01$), и что презерватив мешает юноше получить удовольствие. Большее число участников в первой группе, по сравнению со второй группой, предполагали использовать презерватив во время половых контактов ($p < 0.05$), и меньше предполагали потреблять алкоголь ($p < 0.05$). И, наконец, после проведенных мер тенденция к использованию презервативов увеличилась (но не существенным образом). Базовые данные содержали значительные гендерные различия, хотя проведенные меры имели одинаковый результат для обоих полов.
--	---------------	--	--

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>80,000 учащихся из 800 средних школ в КваЗулу, Южная Африка</p> <p>Б.Харвей, Дж.Стюарт и Т.Сван (2000). Оценка программы Драма в образовании для повышения информированности в отношении СПИДа в южноафриканских средних школах: рандомизированные испытания мер вмешательства на уровне общины. Межд. Ж. ЗППП СПИД 11, 105-111, Ссылка ID:8726.</p>	<p>Содержание: Профилактика ВИЧ/СПИДа</p> <p>Навыки: Коммуникация и принятие решений.</p> <p>Методы участия: На первом этапе группы, состоящие из квалифицированных учителей/актеров и медицинских сестер представляли пьесу, включающую вопросы, касающиеся ВИЧ/СПИДа. На втором этапе члены группы проводили семинары в школах по использованию драмы, где учителя и учащиеся применяли методику на основе участия, например, ролевую игру. Программа завершилась проведением "дня открытых дверей" школ, где вопросы профилактики ВИЧ, СПИДа представлялись на основе пьес, песен, танцев, чтения стихов и плакатов, в подготовке которых принимали участие все учащиеся.</p>	<p>Две школы, разделенные расстоянием более чем в 10 км в каждом из пяти районов (четыре сельских и один городской) были отобраны для проведения мер вмешательства программы по использованию драмы в образовании) и контрольные школы (получившие буклет на 10 страницах по СПИДу). Учащимся восьмиклассника м одного и того же уровня были розданы вопросники до (n=1080) и спустя 6 месяцев после проведения мер вмешательства (n=699) – средний возраст 18,3 среди 13-25 летних. Вопросник включал разделы, касающиеся знаний о ВИЧ/СПИДе, отношений к личной восприимчивости, непосредственность угроз и предполагаемая ее</p>	<p>Увеличился (p<0.0002) средний показатель, касающийся отношения к ВИЧ/СПИДу; увеличение составило от 38.1 (n=491) до 50.5 (n=305) в школах, где проводились меры по сравнению с контрольными школами (50.0, n=585 до 51.8, n=394). Увеличился также и средний показатель (p<0.0000) отношений в школах, где проводились мероприятия, (38.1, n=491 до и 50.5, n=305 после) по сравнению с контрольными школами (40.5, n=586 и 40.3, (n=392). Поведение сексуально активных учащихся в первой группе несколько изменилось, но увеличение было значительным только в отношении использования презервативов (p<0.01).</p>

		<p>степень, отношения к людям со СПИДом, самооффективнос ть и сообщаемое поведение, включая информацию в отношении того, имели ли место половые контакты, использование презерватива и число половых партнеров.</p>	<p>Доказательств увеличения сексуальной активности в результате образовательной программы не было. Основные недостатки данного исследования, отмеченные авторами, это отсутствие связи между тестом до и после мер (потому что вопросники были анонимными), использование результатов на основе самосообщений, а также потеря учащихся из первоначальной выборки, сделанной до проведения теста. Однако важно отметить, что достижения, оценка которых была проведена, поддерживались в течение шестимесячного периода между предварительным и заключительным тестами, показывая, что проведенные меры достигли большего, чем просто кратковременные улучшения.</p>
ЦЕЛЬ/СТРАНА/	МЕТОДИКА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ

ССЫЛКА	ВМЕШАТЕЛЬСТВА		РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Начальные школы в районе Сороти в Уганде</p> <p>Д.Шуи, Б.Бабишангир, С.Омиат и Х. Багарукайо (1996). Увеличение полового воздержания среди школьников подросткового возраста в результате санитарного просвещения в районе Сороти, Уганда. Исследование санитарного просвещения: Теория и практика 14, 411-419. Ссылка ID:8437.</p>	<p>Содержание: СПИД-профилактика в школьном учебном плане.</p> <p>Навыки: Навыки принятия решений.</p> <p>Методы на основе участия: Создание и мероприятия в школьном клубе здоровья, применение методики санитарного просвещения от ребенка к ребенку (обучение по принципу равный равному), игровая состязательность, эссе, стихотворения и песни на темы, касающиеся здоровья.</p>	<p>В 38 произвольно выбранных школах была сделана выборка десяти учащихся (пять мальчиков/пять девочек) из каждой школ, средний возраст которых 14 лет, заканчивавших начальную школу. Они должны были самостоятельно заполнить вопросник на английском языке (но объяснение вопросов было дано на местном языке). Это вопросник был предложен аналогичной выборке детей спустя два года после проведения мер вмешательства.</p>	<p>Процент учащихся, которые заявили о том, что вели активную половую жизнь, снизился с 42.9% (123 из 287) до 11.1% (31 из 280) в группе, где проводились меры вмешательства ($p < 0.0001$), хотя значительные изменения не были зарегистрированы в контрольной группе. Изменения оставались значительными и тогда, когда они были разбиты по полу, по местности (город/село). Учащиеся в первой группе чаще обсуждали со сверстниками и учителями сексуальные вопросы ($p = 0.34$). Увеличение числа причин, которые учащиеся приводили, объясняя причины воздержания от половых контактов после завершения периода исследования, были связаны с моделью рационального</p>

			принятия решения, а не со страхом наказания. Целью проекта было достичь устойчивости, работая на основе имеющихся структур с привлечением только одной дополнительной штатной единицы.
<p>Учащиеся начальной школы в Египте</p> <p>М.Котб, М.Аль-техеави и Х.Хуссейн (1998). Оценка модели школьного санитарного просвещения по поводу шистосомоза: рандомизированное исследование на уровне общины. Журнал здоровья, Восточное Средиземноморье, 4, 265-275. Ссылка ID:8384.</p>	<p>Содержание: Санитарное просвещение состояло из трех модулей, представленных в течение трех дней с охватом риска от загрязненной воды, жизненного цикла шистосомоза и характера и значения положительного для здоровья поведения.</p> <p>Навыки: Навыки профилактического для здоровья поведения, включая скрининг.</p> <p>Методы участия: Этот метод включал беседы на тему о здоровье, рассказы, истории болезней, ролевые игры и драму.</p>	<p>На уровне общины было проведено рандомизированное исследование в трех пар сопоставимых сельских школ. В одной школе в каждой паре проводилось обследование, лечение и санитарное просвещение, а в других проводилось только обследование и лечение. Было проведено базовое исследование с участием 422 и 378 детей из трех экспериментальных и трех контрольных школ, соответственно. Первое исследование было проведено месяц спустя после выполнения программы санитарного</p>	<p>Исследование показало значительные улучшения в знаниях и отношениях, а также в уменьшении уровня шистосомоза год спустя после проведения программы в 1 и 2 паре экспериментальных школ ($p < 0.05$). Однако улучшения в знаниях в экспериментальной школе 3 не сопровождались существенными улучшениями в отношениях или уровне шистосомоза.</p>

		просвещения с участием 121 детей экспериментальных школ. Второе исследование было проведено год спустя после проведения программных мер с участием 394 и 360 детей в экспериментальной и контрольной группах, соответственно.	
--	--	---	--

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Школьники в Бразилии</p> <p>Дж. Албандар, Й.Буйши, Л. Оливейра и П.Акселссон (1995). Отсутствие эффекта от обучения подростков оральной гигиене на развитие периодонтита у них в течение 3 лет. Журнал Пародонтология 66, 255-260. Ссылка ID:6135.</p>	<p>Содержание: Была проведена оценка двух программ обучения оральной гигиене для борьбы с образованием зубного камня и профилактики воспаления десен у подростков. Первая группа участвовала во всесторонней программе на основе индивидуальных потребностей, которая включала информационные занятия в отношении этиологии и профилактики заболеваний зубов.</p> <p>Навыки: Навыки самодиагностики и гигиены полости рта.</p> <p>Методы участия: Развитие навыков. Кроме того, были</p>	<p>227 бразильских школьников пошли клиническое обследование в начале программы, а потом обследовались ежегодно на протяжении трех лет (1984-1987) для оценки наличия зубного камня и кровоточивости десен. Данные подверглись многоуровневому анализу с вариативным компонентом и были поделены на три группы: контрольные (n=76), тест 1 (n=79), тест 2 (n=72); 4% участников из выборки вышли из программы.</p>	<p>Все дети демонстрировали постоянное улучшение их практики оральной гигиены и состояния десен на протяжении исследования. Улучшения, которые наблюдались во первой группе, были значительно лучше, чем в контрольной группе. Результаты в группе, где программа была не такой всесторонней, как в первой группе, не отличались существенно от полученных результатов в контрольной группе. Более длительное участие в</p>

	<p>проведены информационные занятия для родителей и учителей этих детей.</p>		<p>программе, похоже, дало больше улучшений; дети с более высоким показателем зубного камня и гингивита до начала программы показали менее успешные результаты; результат девочек были лучше, чем мальчиков. Результаты после трех лет программы были лучше, чем после года, что говорит о важности продолжительности. Лучшие результаты были получены у девочек.</p>
<p>Учащиеся начальной школы в Танзании</p> <p>У.Ньяндинди, А.Милен, Т.Палин-Палокас и В.Робисон. Результаты санитарного просвещения в отношении гигиены полости рта среди учащихся начальной школы до и после обучения учителей в Танзании. Хелс промоушн интернешнл</p>	<p>Содержание: Было проведено модифицированное санитарное просвещение и семинары для учителей в одном районе группой стоматологов вместе со школьной администрацией.</p> <p>Навыки: Навыки чистки зубов; выбор диеты.</p> <p>Методы участия: Учащиеся активно изучали концепции и практические навыки выбора питания и чистки зубов.</p>	<p>Влияние времени года оценивалось с точки зрения изменений в знаниях учащихся об уходе за полостью рта, отношениях и практике. Эти рандомизированные выборки по 300 человек в каждой группе, включая обычные группы и модифицированные группы, а также контрольные группы, где не проводилось санитарное просвещение в отношении</p>	<p>Группа, в которой проводилось модифицированное санитарное просвещение, имела лучшие знания гигиены полости рта, ($p < 0.001$), потребление продуктов на основе сахара, по сообщениям самих учащихся, в ней снизилось ($p < 0.01$), а частота чистки зубов увеличилась ($p < 0.001$). Навыки изготовления «мсваки» (жевательные палочки) улучшились</p>

<p>11(3):193-201, 1996. Ссылка ID:4160.</p>		<p>гигиены полости рта, были проинтервьюированы и обследованы.</p>	<p>($p < 0.001$), гигиена полости рта также незначительно улучшилась по сравнению с контрольной группой. Группа, где проводилось обычное санитарное просвещение в отношении гигиены полости рта, имела лучшие знания в этом отношении, однако их практика была не лучше, чем в контрольной группе.</p>
---	--	--	--

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Студентки – учителя в Зимбабве</p> <p>Д.Вилсон, А.Мпарадзи и Е.Лавелль (1992). Экспериментальное сравнение двух СПИД профилактических мер среди молодых людей Зимбабве. Журнал Социальной психологии, 132(3), 415-417.</p>	<p>Меры вмешательства в отношении СПИДа на основе навыков</p> <p>Содержание: ВИЧ/СПИД и сексуальное здоровье.</p> <p>Навыки: Акцент на навыках взаимоотношений и использования презерватива.</p> <p>Методы участия: Одна группа пассивно слушала лекции.</p>	<p>Сравнение знаний и навыков до и после мер вмешательств группы, которая слушала лекции, и группы, которая участвовала в интерактивной работе.</p>	<p>Студентки – учителя, которые принимали участие в мероприятиях на основе навыков по профилактике и борьбе со СПИДом, имели лучшие знания в отношении презервативов и их правильного использования, более высокое чувство самоэффективности, имели меньше препятствий и сообщали о меньшем числе половых партнеров четыре месяца спустя после проведения мер, нежели их коллеги, которые участвовали в лекциях. Исследователи пришли к выводу, что интерактивные методы преподавания «более эффективны по сравнению с лекциями в плане увеличения использования презерватива, уверенности при его использовании, а также в уменьшении</p>

			числа сексуальных партнеров».
<p>6,000 учащихся из 56 школ в Соединенных Штатах</p> <p>Несколько исследований Дж.Ботвина; Смотри: http://www.lifeskillstraining.com/LST1.html и http://www.cdc.gov/nccd/php/dash/rtc/eval6.htm</p> <p>Контактная информация: Национальная ассоциация укрепления здоровья, 141 С.Централ авеню, Сьют 208, Хартсдейл, Н.Ю. 10530; США Тел.+1-914-421-2525 или 1-800-293-4969; факс +1-914-683-6998</p>	<p>Содержание:</p> <p>Программа по профилактике злоупотребления вредными веществами/улучшение знаний, призванная направить усилия, прежде всего, на основные социальные и психологические факторы, способствующие злоупотреблению вредными веществами.</p> <p>Программа состоит из 15 классов, которые можно провести в первый год средней школы. Она также включает десять и пять занятий для закрепления и расширения обучения в последующие два последовательных года, соответственно.</p> <p>Навыки:</p> <p>Сюда входят навыки противостояния социальному (сверстники) давлению с тем, чтобы начать курить, пить и потреблять наркотики; умение справляться с социальными проблемами и гневом. Навыки</p>	<p>Учащиеся были произвольно отобраны либо для Обучения жизненным навыкам (ОЖН) (условия лечения), либо в контрольную группу.</p> <p>Исследование началось, когда учащиеся были в седьмом классе, и затем продолжили ОЖН в восьмом и девятом классах на занятиях по закреплению навыков. До начала проведения программы, в самом начале семестра и в конце его, была проведена оценка потребления табака, алкоголя и других наркотиков, а также прочих факторов, связанных с риском злоупотребления вредными веществами, с помощью вопросников. Были также взяты пробы дыхания для увеличения надежности самоотчета. Мониторинг осуществления</p>	<p>Результаты третьего года исследования мер показали, что ОЖН имело значительное влияние на снижение уровня курения сигарет, марихуаны и потребления алкоголя среди тех учащихся, чьи учителя преподавали, по крайней мере, 60% программы. Результаты последующего шестилетнего наблюдения показали, что эффект от программы сохранялся до конца двенадцатого класса. В частности, в экспериментальных группах ОЖН было на 44% меньше учащихся, чем в контрольной группе, которые потребляли табак, алкоголь и марихуану раз или два в месяц, и на 66% меньше ОЖН учащихся, которые сообщили о потреблении всех трех вредных веществ один или</p>

	<p>принятия решений; навыки коммуникации и социальные навыки.</p> <p>Методы участия: Учебный план основан на модели взаимодействия человека со средой, которая предполагает, что существует множество путей, ведущих к потреблению табаку, алкоголя и наркотиков. Учебный план должен повлиять на социальные факторы риска, включая влияние средств массовой информации, и давление со стороны сверстников, а также личные факторы риска, например, тревога и низкое самоуважение. Он также включает обучение и практическое закрепление навыков, упомянутых выше.</p>	<p>программы проводился персоналом проекта в произвольно отобранных классах, где преподавание вели учителя из экспериментальной группы (где проводились меры вмешательства). На третьем году исследования данные анализировались для определения различия в уровне распространения табакокурения (сигареты), потребления алкоголя и наркотиков между экспериментальной и контрольной группами. Позже данные анализировались для определения долгосрочной эффективности профилактики.</p>	<p>более раз в неделю. Самый сильный эффект профилактики оказался у тех учащихся, которые прошли наиболее полную ОЖН программу, включая два занятия для закрепления навыков. Другие значительные результаты включали следующее: ОЖН помогло снизить потребление вдыхаемых вредных веществ, наркотиков и галлюциногенов. ОЖН увеличило уровень самоуверенности, самообладания, личного контроля и самоудовлетворения.</p>
<p>Учащиеся К-6 класса в Соединенных Штатах</p> <p>http://www.ed.gov/pubs/EPTW/eptw9/eptw9d.html</p> <p>Контактная информация: Американский фонд здоровья, 800 Второе</p>	<p>Содержание: Программа Школы, содействующей укреплению здоровья, Знай свое тело – ЗСТ (Know your body - KYB) состоит из пяти основных компонентов: (1) учебного плана санитарного просвещения на основе навыков; (2)</p>	<p>Несколько проведенных продолжительных оценок показали эффективность программы ЗСТ. В 1995 году Департамент образования США назвал ее одной из «Работающих образовательных программ».</p>	<p>Результаты оценки показали, что программа ЗСТ оказывает значительный положительный эффект на знания учащихся в области здоровья, на их поведение и биомедицинские факторы риска такие как, например,</p>

<p>авеню, Нью-Йорк, НЙ 10017; США Тел. +212-551- 2507 или 551- 2509</p>	<p>обучение учителя/ координатора, (3) биомедицинский скрининг, (4) внеклассные мероприятия и (5) оценка программы. На основе модулей по злоупотреблению вредными веществами, здоровым отношениям и развитию навыков программа может помочь в снижении уровня потребления наркотиков и насилия. В качестве части обучения координаторы программы узнают, как улучшить службу питания в школе, а так же, как достичь школы, свободной от табакокурения, обеспечив, таким образом, благоприятную для обучения среду.</p> <p>Навыки: Программа подчеркивает индивидуальную ответственность за здоровье и обеспечивает основу для укрепления здоровья и решений по предупреждению болезней. Навыки связаны с определенными возрастными результатами, например, как приготовить</p>		<p>уровень холестерина в крови, артериальное давление, сердечно- сосудистая выносливость, табакокурение и режим питания.</p>
--	--	--	---

	<p>здоровый завтрак, выбрать закуски и попросить взрослых не курить в присутствии молодых людей.</p> <p>Методы участия: Модули навыков, соответствующих возрасту, включая книги деятельности учащихся кукольные постановки</p>		
--	---	--	--

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Учащиеся 9 и 10 классов Соединенных Штатов Америки</p> <p>Http://www.ed.gov/pubs/EPTW//eptw9g/html Контактная информация: Стэндфордский центр исследований по профилактике заболеваний, Стэндфордская университетская школа медицины, 1000 Велш Роуд Пало Алто, СА 94304-1885; США, тел.: +1-415-723-1000</p>	<p>Содержание: Стандартный учебный план по Болезням сердца – это многофакторный учебный план по снижению риска/профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у подростков. В центре внимания данного плана находятся факторы, обусловленные образом жизни, например, табакокурение, режим питания, физическая активность, стресс и личное решение проблем.</p> <p>Навыки: В основе учебного плана лежит познавательная социальная теория, и акцент в нем</p>	<p>Данная программа была названа Департаментом образования США в 1995 году одной из «Образовательных программ, которая работает».</p>	<p>Результаты тестов, разработанных программой на основе подтвержденных критериев, показывают, что учащиеся, участвующие в программе, демонстрируют значительное улучшение знаний о факторах риска кардиоваскулярного заболевания; демонстрируют улучшение физиологических/антропометрических результатов в плане улучшения сердечного ритма, толщины кожной складки на трехглавой мышце, а также толщины подлопаточный</p>

	<p>делается на развитии навыков саморегулирования, создании представлений о самоэффективности и обучении сопротивлению социального давления. Каждый модуль дает учащимся информацию о результатах для здоровья, нормативную информацию о распространенности нездорового поведения, а также о познавательных и поведенческих навыках, которые дают им возможность изменить собственное поведение; развить специфические навыки противостояния социальному влиянию перенять плохие привычки; и применить на практике эти навыки для улучшения поведения.</p> <p>Методы участия: Учебный план предусматривает проведение ролевых игр под руководством тренера, вступительную видео-драму, с акцентом на личном выборе и</p>	<p>кожной складки; они, более готовы к выбору здоровой для сердца пищи, нежели учащиеся в контрольной группе. Значительно больший процент тех людей, которые в самом начале программы были зарегистрированы как «не занимающиеся спортом», после двух месяцев занятий по учебному плану стали регулярно заниматься аэробикой. Большее число «экспериментирующих курильщиков» в самом начале программы при последующем наблюдении заявили, что они бросили курить; значительно меньше людей стали регулярными курильщиками, нежели в контрольной группе.</p>
--	---	---

	последствиях, обсуждение и личные дневники учащихся.		
--	--	--	--

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Учащиеся 6-8 классов в США</p> <p>Http://www.projectalert.best.org</p> <p>Контактная информация: Фонд БЕСТ за свободное от наркотиков будущее 725 S улица Фигуэроа, Сьют 970, Лос Анжелес, СА 90017; США Тел. +1-213-623-0580; Факс +1-213-623-0585</p>	<p>Содержание: Двухлетний учебный план по профилактике наркомании для учащихся 6, 7 и 8 классов, называемый Проект Алерт. 14 уроков призваны предотвратить или сдержать начало потребления наркотиков и переход к регулярному их потреблению. Акцент в учебном плане делается на вредных веществах, которые подростки потребляют в первую очередь и достаточно широко: алкоголь, табак, марихуана и вдыхаемые вещества.</p> <p>Навыки: Прежде всего, это навыки отказа, например, противостояние давлению и отказ потреблять наркотики, общение с родителями.</p> <p>Методы участия: Проект Алерт использует активные</p>	<p>Оригинальная программа была апробирована в 30 средних общинных школах в Калифорнии и Орегоне и включала различные географические территории, различные уровни дохода и разную плотность населения, а также разные расовые/этнические группы. Один из ведущих американских исследовательских институтов по вопросам политики в области наркотиков, провел полевое испытание учебного плана Проекта Алерт, а также серьезную научную оценку, включавшую 6,000 учащихся младших классов из 30 средних школ. Проект Алерт был задуман как «Показательная</p>	<p>Проект Алерт оказался очень эффективным в отношении подростков в возрасте от 11 до 14 лет, представлявших широкое разнообразие биографического происхождения и сообществ. Он был успешным в отношении молодых людей из групп низкого и высокого риска, из городских, сельских и окраинных сообществ с разным социально-экономическим уровнем, кавказцев, афро-американцев, латино-американцев и азиатских американцев. Продольная оценка показала, что Проект Алерт:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Уменьшает число начинающих потреблять марихуану и табак на 30% - Снижает

	<p>упражнения и видео для того, чтобы помочь учащимся установить нормы отказа от наркотиков, продумать причины для отказа и противостоять давлению начать потребление наркотиков. Упражнения, направленные на формирование навыков, включают моделирование, практику и стратегию обратной связи. Обсуждения в классе под наблюдением учителя, а также работа в малых группах, стимулируют взаимодействие сверстников и ставят проблемы перед учащимися, а интенсивные ролевые игры дают возможность учащимся практически отработать и улучшить навыки отказа. Домашние задания с участием родителей продлевают познавательный процесс.</p>	<p>программа» Департаментом образования США в 2001 году.</p>	<p>активное курение среди тех, кто начинает экспериментировать с табакокурением на 50 – 60%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Эффективен в отношении учащихся с высоким и низким уровнем риска, включая представителей меньшинств - работает одинаково хорошо в разных социально-экономических условиях.
--	--	--	---

ЦЕЛЬ/СТРАНА/ ССЫЛКА	МЕТОДИКА ВМЕШАТЕЛЬСТВА	МЕТОД ОЦЕНКИ	ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
<p>Дошкольные учреждения через учащихся младших классов средней школы в Соединенных Штатах Америки</p> <p>http://www/cfchil.dren.org/violence.html</p> <p>Контактная информация: Комитет по делам детей, 2203, Эйрпорт Вей Саут, Сьют 500 Сиэтл, ВА 98134, США; Тел: +1-206-343-1223 или 1-800-634-4449, факс +1-206-343-1445</p>	<p>Содержание: Второй шаг – школьный учебный план по развитию социальных навыков, направленный на изменение у детей отношений и поведения, которые могут привести к насилию. Он также включает школу и членов семьи в качестве части всестороннего подхода к снижению насилия.</p> <p>Навыки: Учебный план формирует социальные навыки, необходимые для уменьшения импульсивного и агрессивного поведения у детей и повышения их уровня социальной компетенции. Те же самые навыки развиваются соответствующим возрасту образом на уровне каждого класса: сопереживание, контроль импульсов и подавление гнева.</p>	<p>Одногодичная оценка включала 12 школ, которые были произвольно определены в экспериментальные или контрольные группы. Исследователи изучили влияние программы на агрессивность и положительное социальное поведение среди учащихся начальной школы. Второй этап был назван «Модельной программой» Департаментом образования США в 2001 году.</p>	<p>Наблюдение за поведением показало, что физическая агрессивность снизилась с осени до весны среди учащихся, которые участвовали во втором этапе программы, а в контрольной группе она возросла. Доброжелательное поведение, включая про-социальные и нейтральные взаимодействия, возросло с осени до весны в классах второго этапа. Шесть месяцев спустя, учащиеся, прошедшие программы, сохраняли уровень положительного взаимодействия. Исследователи пришли к выводу, что второй этап ведет к умеренному снижению агрессии и увеличению нейтрального и про-социального поведения в школе. Без учебного плана второго этапа</p>

			поведение учащихся ухудшилось, стало более агрессивным физически и словесно на протяжении всего учебного года. Промежуточные оценки на Втором этапе показали положительные изменения в отношениях учащихся в плане агрессии в средней школе и младших классах средней школы, а также улучшение социальных навыков и знаний в классах до уровня К-9.
<p>Учащиеся в возрасте 10-15 лет в Колумбии</p> <p>Мария Луиза Вазкес Наваретт (1999). Региональное исследование Школ здоровья и питания в Латинской Америке и странах Карибского бассейна. Обучение жизненным навыкам в Колумбии: Конкретная ситуация. Вашингтон, ОК. Всемирный банк/</p>	<p>Содержание: Данная программа осуществлялась НПО Фе и Алегрия от имени Министерства здравоохранения. Акцент в ней был сделан на культурных корнях насилия и нездорового поведения.</p> <p>Навыки: Модули обучения жизненным навыкам включают навыки управления эмоциями, решения проблем и эффективной коммуникации.</p> <p>Методы участия: Методы на основе</p>	<p>Формальная оценка данной программы не проводилась до написания данного документа, но интервью с участниками программы позволили выделить следующие показатели успеха:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Положительные изменения в поведении учащихся • Улучшение навыков решения проблем • Улучшение навыков 	<p>Родители заметили положительные изменения у детей, что в свою очередь сказалось на взаимоотношении в семье. Дети научились останавливать ссоры между своими родителями, используя выражения, которые они узнали на семинаре. Уровень агрессивности в классе понизился. Дети научились говорить в общественных</p>

<p>Панамериканская организация.</p>	<p>участия применяются на каждом этапе; это включает в себя семинары с родителями.</p>	<p>управления эмоциями</p> <ul style="list-style-type: none"> • изменения в отношении учителей и в поведении • спонтанная потребность в обучении жизненным навыкам • улучшение навыков преодоления трудных ситуаций, участие учителей, учащихся, директоров школ, руководящих работников образования, родителей и других членов сообщества (оценка деталей неизвестна). 	<p>местах и выражать свои эмоции. Учителя расширили свои возможности слушать, и стали более чуткими к учащимся. Учащиеся, которые не участвовали в обучении, попросили обучить их жизненным навыкам. После резни семинары по обучению жизненным навыкам помогли справиться с трудной ситуацией.</p>
<p>Учащиеся начальных и средних школ в Мьянмаре</p> <p>Отчет, представленный офисом ЮНИСЕФ в Мьянмаре</p>	<p>Содержание: ШЕЙП (Школьное обучение здоровому образу жизни и профилактике ВИЧ/СПИДа) – это школьный предмет, который дети изучают со 2 класса по 9, используя спирально построенный учебный план, обеспечивающих преемственность. Целью такого учебного плана является вооружить людей знаниями и</p>	<p>Совещания по анализу, по-видимому, с участием учителей, учащихся, директоров школ, руководителей образования, родителей и других членов сообщества (подробности оценки не были предоставлены).</p>	<p>Успех программы ШЕЙП сказался на всем сообществе. В одном случае все сообщество сейчас потребляет йодированную соль в результате того, что учащиеся узнали в школе, а потом поделились со своими родителями, а те, в свою очередь, убедили хозяина магазина поменять сорт</p>

	<p>навыками для продвижения здорового образа жизни и профилактики передачи ВИЧ/СПИДа.</p> <p>Навыки: Развиваются такие жизненные навыки, как коммуникация, преодоление эмоциональных и стрессовых состояний, принятие решений, решение проблем, а также консультирование.</p> <p>Методы участия: ШЕЙП использует методы преподавания и обучения, ориентированные на учащихся, которые стимулируют учащихся практически применять то, чему они научились в классе и дома. Обучение по принципу равный равному, передача информации от детей к родителям и сотрудничество между школами и сообществами – важные стратегии программы ШЕЙП. Анализ собраний, по-видимому, с участием учителей, учащихся, директоров школ, руководителей образования,</p>	<p>соли, которую он продавал. В другом сообществе сирота со СПИДом был признан полноправным членом деревни после того, как учащиеся узнали и поделились истинной информацией в отношении СПИДа. Эти примеры иллюстрируют долгосрочное влияние, которое может иметь ШЕЙП, и показывают, что изменение поведения одним или двумя людьми в результате того, что они узнали, может повлиять на поведение большего числа людей в сообществе со временем. Ближайшая необходимость заключается в том, чтобы понять, какие условия способствуют «положительному отклонению», а затем тиражировать эти условия.</p>
--	--	--

	родителей и других членов сообщества (подробности оценки не были предоставлены).		
--	--	--	--

ЛИТЕРАТУРА

Дж. Аллегранте (1998). Укрепление здоровья персонала через школу. Е. Маркс, С. Вули и Д. Нортроп (Ред.), *Health in academic: A guide to coordinated school health programs*. New York: Teachers College Press.

А. Бандура (1997). Социальная теория обучения. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Б. Бернارد (1991). *Воспитание гибкости в детях: Факторы защиты в семье, школе и сообществе*. Portland, OR: Western Centre Drug-Free Schools and Communities.

С. Блейбер (1999). *Модули санитарного просвещения для подростков: Извлеченные уроки и проблемы*. Представлены на Совещании экспертов по жизненным навыкам Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), Вашингтон, О.К.

Р. Блум и П. Райнхард (1997). Уменьшение риска: Связи, которые меняют жизнь молодежи. Bethesda, MD: Add Health Project. Originally published in *Journal of American Medical Association*, 10 Sept. 1997.

Г. Ботвин (2001). Обучение жизненным навыкам: программа. Можно найти на сайте: <http://www.lifeskillstraining.com/facts.html>

Г. Ботвин (1986). Исследование профилактики злоупотребления вредными веществами; последние достижения и будущие направления. *Journal of School Health*, 56(9). 369-373.

Г. Ботвин, А. Енг и С. Вилльямс (1980). Предупреждение начала табакокурения на основе обучения жизненным навыкам. *Preventive Medicine*, 9, 135-143.

Г. Ботвин, Е. Бейкер, Е. Ботвин, А. Филазолла и Р. Миллман (1984). Профилактика злоупотребления алкоголем на основе развития индивидуальных и социальных компетенций: Пилотное исследование. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 550-552.

Г. Ботвин, Н. Реник, А. Филазолла и Е. Ботвин (1984). Когнитивно-поведенческий подход к профилактике злоупотребления вредными веществами. *Addictive Behaviors*, 9, 137-147.

М. Берт (1998). *Почему мы должны инвестировать в подростков?* Вашингтон, О.К.: Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ), Также можно найти на сайте: http://www.paho.org/english/http/adol_burt.htm.

Карибское сообщество (КАРИКОМ, 2000). Пособие межсекторальной программы для тренеров программ на основе жизненных навыков в формальном и неформальном секторах. Georgetown, Guyana: CARICOM. Цитируется в *Health and Family Life Education (HELE), Life Skills Training, Barbados, March/April 2001*, compiled by NHD/EDC, Newton, Mass.

КАРИКОМ и ЮНИСЕФ (1999). *Санитарное просвещение и вопросы семейной жизни: Расширение возможностей молодых людей на основе навыков здорового образа жизни*. An information package. Bridgetown, Barbados.

М. Каплан, Р. Вайсберг, Дж. Гробер, П. Сиво, К. Гради и С. Джакоби (1992). Развитие социальных компетенций у подростков, живущих в городе и пригороде: Влияние на социальную адаптацию и потребление алкоголя. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 56-63.

Центр по контролю и борьбе с заболеваниями (СиДиСи, 1999). Здоровье подростков и школьников. Можно найти на сайте: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/>.

Р. Циалдини (1993). *Влияние: Психология убеждения*. New York: William Morrow/

Дакарские рамки действий. Образование для всех: выполнение наших коллективных обязательств (2000). Текст принят Всемирным форумом по образованию для всех, Дакар, Сенегал, 26-28 апреля 2000 года. Париж, ЮНЕСКО. Можно найти на сайте: http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/darkfram_eng.shtml

Дж. Деффенбахер, Р. Линч, Е. Эттинг и С. Кемпер (1996). Уменьшение злости у подростков младшего возраста. *Journal of Counselling Psychology*, 41(2), 149-157.

Дж. Деффенбахер, Е. Эттинг, М. Хафф и Дж. Твайтес (1995). Пятнадцатимесячное последующее наблюдение за развитием подходов по уменьшению злости вообще на основе социальных навыков когнитивной релаксации. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 400-405.

Л. Дусенбери и М. Фалко (1995). Одиннадцать компонентов эффективного учебного плана по профилактике злоупотреблений наркотиками. *Journal of School Health*, 65(10), 420-425.

М. Элиас, М. Гара, Т. Шельер, Л. Брандон-Мюллер и М. Сейетт (1991). Развитие социальных компетенций. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(13), 409-417.

М. Элиас (1991). Подход к оценке результатов учебного плана по развитию навыков принятия решений и решения проблем для предупреждения поведенческих нарушений и академической неуспеваемости среди детей на основе исследования действий. *Evaluation and Program Planning*, 14(4).

П. Ингландер-Голдерн, Дж. Джексон, К. Крейн, А. Шварцкопф и П. Лайл (1989). Навыки коммуникации и самоуважения в предупреждении деструктивного поведения. *Adolescence*, 14, 481-501.

- М. Эррекарт, Х. Валберг, Дж. Росс, Р. Голд, Дж. Фидлер и Л. Колбе (1991). Эффективность модулей санитарного просвещения для подростков. *Journal of Social Health*, 61(1), 26-30.
- Р. Иванс и др. (1978). Сдерживание детей в отношении начала курения: Знание промежуточных физиологических результатов и преодоление давления сверстников, средств массовой информации и подражания родителям. *Journal of Applied Social Psychology*, 8.
- Р. Иванс (1976). Табакокурение среди детей: Разработка социальной психологической стратегии сдерживания.
- Е. Фейндлер, Р. Эктон, Д. Кингсли и Д. Даби (1986). Групповое обучение навыкам контроля гнева подростков мужского пола в психиатрических больницах. *Behaviour Therapy*, 17, 109-123.
- М. Фишбейн и И. Айзен (1975). Убеждение, отношение, намерение и поведение: Введение в теорию и исследование. *Reading, MA: Addison-Wisley*.
- Д. Гачухи (1999). Воздействие ВИЧ/СПИДа на образовательную систему в регионе Восточной и Южной Африки и реакция образовательных систем на ВИЧ/СПИД: *Программы развития жизненных навыков*. Подготовлено для ЮНИСЕФ ESARO.
- Х. Гарднер (1993). *Склад мышления: Теория множественных интеллектов*. New York: Basic Books.
- П. Джингисс (1992). Активизация выполнения программ и поддержание на основе многоэтапного подхода к развитию персонала с помощью сверстников. *Journal of School Health*, 62(5), 161-176.
- Л. Грин, М. Крейтер, С. Дидс и К. Партридж (1980). *Планирование санитарного просвещения: Диагностический подход*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing.
- В. Грин и Б. Симонс-Мортон (1984). *Введение в санитарное просвещение*. Prospect Heights, IL: Waveland Press.
- Ф. Грешам и С. Эллиотт (1990). Дефицит социальных навыков – основной недостаток обучения. *Journal of Learning Disabilities*, 22, 120-124.
- Т. Гриффин и Р. Свендсен (1992). *Перспективные стратегии профилактики на 90-е годы*. Piscataway, N.J: New Jersey Alcohol/Drug Abuse Resource Center and Clearinghouse.
- В. Хансен (1992). Профилактика злоупотребления вредными веществами в школе: Современный анализ учебного плана, 1980-1990. *Health Education research*, 7(3), 403-430.

В. Хансен, С. Джонсон, Б. Флей, Дж. Грэхем и Дж. Собел (1988). Эмоциональные и социальные подходы к воздействию с целью профилактики злоупотребления различными вредными веществами среди учащихся седьмых классов: *Results from Project SMART, Preventive Medicine*, (17), 135-188.

С. Хартер (1985). *Пособие по профилю самовосприятия детей*. Неопубликованная рукопись, University of Denver.

Дж. Хабли (2000). Санитарное просвещение в школе в развивающихся странах: Обзор литературы. Лидс, Великобритания: Дж. Хабли. Можно также найти на сайте: <http://www.hubley.co.uk/#leeds>.

С. Хантер, К. Стейн, Д. и Н. Сипамла (1991). Профилактика табакокурения в школах для чернокожих: Техничко-экономическое обоснование. *South African Journal of Education*, 11, 137-141, Цитируется по Хабли, 1998.

Ф. Инфанте (2001). *Пять открытых вопросов к гибкости: Анализ современной литературы*. Подготовлено для Фонда Бернарда ван Лиира.

Р. Джессор и С. Джессор (1977). *Проблемное поведение и психосоциальное развитие: Продольное изучение молодежи*. New York: Academic Press.

Дж. Джеммотт, Л. Джеммотт и Г. Фонг (1992). Уменьшение поведенческого риска, ассоциированного с ВИЧ-инфицированием, среди чернокожего мужского подросткового населения: Эффективность мер по профилактике СПИДа. *American Journal of Public Health*, 82(3), 372-7.

Дж. Джеммотт, Л. Джеммотт и Г. Фонг (1998). Воздержание и меры по обеспечению более безопасных сексуальных отношений среди афро-американских подростков: Рандомизированное контролируемое исследование. *JAMA*, 279(19), 1529-1536.

Б. Кайм (1997). *Проект по репродуктивному здоровью подростков: Отчет о результатах исследования четырех школ в Машоналанд Ист*. Рабочий документ, апрель 1997. Центр поддержки обучения и исследований.

Л. Канн, Дж. Коллинз, Б. Петерман, М. Смолл, Дж. Росс и Л. Колбе (1995). Исследование школьной стратегии и программ в области охраны здоровья (SHPPS): Необходимость национального отчета о статусе здоровья в школах. *Journal of School Health*, 65, 291-294.

Дж. Касс (1998). Список положительных психологических отношений. С. Залакетт и Р. Вуд (Ред.), Стресс оценки. *Ресурсная книга*. Том 2, с. 153-184. Lanham, Md.&London: Scarecrow Press.

Д. Кирби, Л. Шорт, Дж. Коллинз, Д. Рагг и другие (1994). Школьные программы по снижению сексуального поведенческого риска: Анализ эффективности.

Д. Кирби (1994). *Школьные программы по снижению сексуального поведенческого риска: Сексуальность и просвещение в области ВИЧ/СПИД, медицинские клиники и программы обеспечения презервативами*. Презентация, представленная на ежегодном совещании Американской ассоциации общественного здравоохранения, Сан-Диего, Калифорния, 31 октября, 1994.

Д. Кирби (1997). *Нет легких ответов: Результаты исследований программ по снижению уровня подростковой беременности*. Вашингтон, О.К.: Национальная кампания по снижению уровня подростковой беременности.

Д. Кирби (2001). *Возникающие ответы: Новые результаты исследований программ по снижению уровня подростковой беременности*. Вашингтон, О.К.: Национальная кампания по профилактике подростковой беременности. Краткий анализ можно найти на сайте: <http://www.teenpregnancy.org/resources/data/pdf/emerswsum.pdf>

Д. Кирби и Р. ДиКлементе (1994). Меры по предупреждению незащищенных половых контактов и ВИЧ среди подростков в школе. Р. ДиКлементе и Дж. Петерсон (Ред.), *Профилактика СПИДа: Теория и методы поведенческих намерений*, с. 7-139. New York: Plenum Press.

Г. Ладд и Дж. Майз (1983). Когнитивно-социальная образовательная модель формирования социальных навыков. *Psychological Review* 90, 127-157.

Дж. Лам (1989). *Комплекс оценки программ участия школ*. Неопубликованное пособие.

С. Лутар (2000). Составляющие гибкости: Важная оценка и руководство для будущей работы. *Journal of Child Development*, 71(3), 543-558.

С. Лутар и Е. Зиглер (1991). Уязвимость и компетентность: Анализ исследования гибкости в детстве. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(1), 6-22.

Л. Мангруккар, С. Винс Витманн и М. Познер (2001). *Подход к здоровому человеческому развитию ребенка и подростка на основе жизненных навыков*. Вашингтон, О.К.: Панамериканская организация здравоохранения.

С. МакКонаги, П. Кей и М. Фитцджеральд (1998). Исследование профилактики СЭН на основе взаимодействия родителей и учителей и обучения социальным навыкам: Результаты первого года. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6(2).

В. МакГир (1964). Сведения сопротивления к убеждению: Некоторые современные подходы. Л. Беркович (Ред.). *Успехи экспериментальной социальной психологии*. New York: Academic Press.

В. МакГир (1968). Природа отношений и изменение отношений. Г. Линдзи и Е. Аронсон (Ред.), *Справочник по социальной психологии*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Л. Микс и П. Хайт (1992). *Санитарное просвещение в общеобразовательной школе*. Blacklick, OH: Veers Heit Publishing.

Дж. Майз и Г. Ладд (1990). Когнитивно-социальный образовательный подход к формированию социальных навыков у детей с низким статусом дошкольной подготовки. *Developmental Psychology* 26(3), 388-397.

Р. Ндлову и Б. Кайм (1999). Проект по обучению репродуктивному здоровью подростков: Уроки тети Стеллы, образование в области репродуктивного здоровья в средней школе Зимбабве. Часть первая. Министерство образования, спорта и культуры, а также Центр поддержки обучения и научных работ, Гаага, при поддержке посольства Королевства Дании (ДАНИДА).

Л. О'Доннелл, А. Стьюив, А. Сан Довал и другие (1998). Профилактика насилия и участие подростков младшего возраста в молодежной службе сообщества. *Journal of Adolescent Health*, 24(1), 28-37.

Д. Олевиус (1990). *Национальная кампания в Норвегии по снижению уровня хулиганского поведения*. Доклад на двухгодичном совещании Научного общества изучения подростков, Атланта, 10-12 декабря. Приводится в цитате ВОЗ, 1994.

С. Перри и М. Грант (1991). Пилотное исследование Антиалкогольное просвещение и молодые люди, с охватом разных культур. Utrecht: Center for Health Promotion and Health Education. В цитате: Хабли, 2000.

Дж. Пьяже и Т. Паулуссен (1994). Интеллектуальное развитие в период перехода от подросткового возраста к зрелости. *Human Development*, 15, 1-12.

Л. Пострадо и Х.Николсон (1992). Эффективность отсрочки начала половой жизни девочек 12-14 лет: Два компонента Программы профилактики беременности среди девочек-подростков. *Youth and Society*, 23(3).

Дж. Прочаска (1979). *Системы психотерапии: Транстеоретический анализ*. Homewood, IL: Dorsey Press.

Дж. Прочаска и С. ДиКлименте (1982). Транстеоретическая терапия: К более интегрированной модели изменений. *Психотерапия: теория, исследования и практика*, 19(3), 276-288.

И. Розенсток, (1966). Почему люди пользуются услугами здравоохранения? *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-124.

И. Розенсток, В. Стречер и М. Бекер (1988). Теория социального обучения и модель представления о здоровье. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

Дж. Росс, Р. Лепкер, Г. Нелсен, П. Сааведра и Б. Хаббард (1991). Модули санитарного просвещения подростков: значение подготовки учителей для проведения просвещения и для его результатов. *Journal of School Health*, 61(1), 31-34.

М. Рутгер (1987). Психосоциальная гибкость и защитные механизмы.

Д. Вебб и Л. Эллиот в сотрудничестве с Департаментом по международному развитию Великобритании и ЮНЕЙДС (2000). *Учиться жить: Мониторинг и оценка ВИЧ/СПИДа программ для молодых людей*. Великобритания: Фонд «Спасите детей».

С. Щинке, Б. Блит и Л. Гилчрест (1981). Профилактика подростковой беременности на основе познавательного-поведенческого подхода. *Journal of Counselling Psychology*, 28, 451-454.

Библейский Союз. *All the right moves: Жизненные навыки для поколения, свободного от СПИДа: программа от двенадцати до пятнадцати лет*. Rondebosh, South Africa: Scripture Union. В цитате ВОЗ, 1994.

П. Ширан и С. Абрахам (1996). Модель представления о здоровье. М. Коннор и П. Норман (Ред.). *Предсказание поведения с точки зрения здоровья*, с. 23-61. Bristol, PA: Open University Press.

Д. Шуй, Б. Бабишангир, С. Омиат и Х. Багарукайо (1999). Увеличение уровня полового воздержания среди подростков-школьников как результат санитарного просвещения в школе округа Сороти, Уганда. *Health Education Research: Theory and Practice*, 14, 411-429.

Шьюэ и Спивак (1997). Межличностное когнитивное решение проблем и первичная профилактика: Разработка программ для детей в дошкольных учреждениях и детских садах. *Journal of Clinical Child Psychology*, Summer, 1979.

Р. Слаби и Н. Гуэрра (1988). Когнитивные медиаторы агрессии у правонарушителей подростков. *Developmental Psychology*, 24, 580-588.

Дж. Смит и С. Колвин (2000). *Расширение программ по репродуктивному здоровью для молодых взрослых людей. Focus tool series 3*. Washington, DC: FOCUS on Young Adults. Можно познакомиться на сайте: <http://www.pathfind.org/guides-tools.htm>.

Министерство здравоохранения и Министерство образования Южной Африки (1998). *Life skills program project report 1997/98*.

Н. Тоблер (1998). Мета-анализ школьных профилактических программ. Предварительный вариант. 28 августа, 1998. (Автор скончался после завершения предварительного варианта).

Н. Тоблер (1992). Программа профилактики наркомании может работать: Результаты исследования.

П. Толан и Н. Гуэрра (1994). Что эффективно для снижения уровня насилия среди подростков: Эмпирический анализ вопроса. Булдер, Колорадо: Центр исследований и профилактики насилия. Межведомственная рабочая группа

ЮНЕЙДС по ВИЧ/СПИДу, школам и образованию (2001). ВИЧ/СПИД, школы и образование, глобальная стратегическая Рамка. Предварительный вариант, июль, 2001.

ЮНЕСКО/ЮНИСЕФ/ВОЗ/Всемирный банк (2000). Сосредоточение ресурсов на эффективной охране здоровья в школе: ФРЕШ - начало для улучшения качества и равенства образования. Всемирный форум по образованию 2000, Заключительный отчет. Дакар, Сенегал.

ЮНЕСКО/ПРОАП. Региональная расчетная палата по образованию населения и коммуникации, ЮНФПА (2001). *Стратегии коммуникации и пропаганды: Репродуктивное и сексуальное здоровье подростков*. Буклет 3, извлеченные уроки и руководство. Бангкок, Таиланд: ЮНЕСКО, ЮНФПА.

ЮНИСЕФ (2000). МакКи, Е. Маноконтур, С. Сейк Юн и Р. Карнеги (Ред.). Вовлечение людей, развитие поведения. ISBN 983-9054. Пинанг, Малайзия: Southbound and UNICEF.

ЮНИСЕФ/КАРИКОМ (2001). Альтернативная оценка учащихся для HELE. Октябрь 23-26, 2001.

ЮНИСЕФ/EAPRO (1998). Проект Меконг. Пилотный подход к ВИЧ/СПИД-просвещению в школах. Обучение на основе жизненных навыков: Собрание материалов по обучению на основе жизненных навыков и его использование для пропаганды и поддержки здорового образа жизни и ВИЧ/СПИД-профилактики. Можно познакомиться на сайте ЮНИСЕФ/ШК или в региональном офисе ЮНМСЕФ по Восточному и Тихоокеанскому региону или на: <http://www.unicef.org>.

ЮНИСЕФ (2001). Права подростков на участие: Стратегический подход. Подготовлено Р. Раджани. Commissioned paper for UNICEF. Available from UNICEF, or at http://www.unicef.org/programme/youth_day/assets/participation.pdf

С. Винс Витман (2001). Пропаганда укрепления здоровья в школе: Представление убедительного случая тем, кто принимает решения. Wjrkshop presented at the Mega Country Meeting: School Health Component, at IUNPE, Paris, France, 15 July 2001.

С. Винс Витман, С. Алдингер, Б. Левингер и И. Бридтистл (2001). *Образование для всех. Оценка 2000. Тематические исследования: Охрана здоровья в школе и питание*. Париж, ЮНЕСКО.

Л. Выготский (1978). Мнение в обществе. Cambridge, MA: Harvard University Press.

М. Вернер (1991). *Злоупотребление вредными веществами среди подростков: Факторы риска и стратегия и профилактика*. *Maternal and child health technical information bulletin*. Washington, DC: National Center for Education in Maternal and Child Health.

Д. Вернер и Б. Боуэр (1982). Оказание помощи медицинским работникам в обучении. Palo Alto, CA: Hesperian Foundation.

Д. Вилсон, А. Мпарадзи и Е. Лавелль (1992). Экспериментальное сравнение двух мер профилактики ВИЧ/СПИДа среди молодых людей Зимбабве. *Journal of Social Psychology*, 132 (3), 415-417.

Дж. Водарский и М. Фейт (1997). Превентивное здоровье подростков: Парадигма социальных и жизненных групповых навыков. *Family Therapy*. 24(3), 191-208.

Всемирный Банк (1993). Отчет о развитии в мире 1993. Нью Йорк: Oxford University Press.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ, 1997). *Взросление: Некоторая информация к действию в отношении сексуального и репродуктивного здоровья подростков*. Женева: ВОЗ.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ, 1997). *Обучение жизненным навыкам в школе*. WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev.2 Женева: ВОЗ.

Всемирная Организация здравоохранения (ВОЗ, 1998). Глобальная инициатива ВОЗ в школе: Школы, содействующие укреплению здоровья. WHO/HPR/HEP/98.4. Женева: ВОЗ.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ, 1999). Информационная серия ВОЗ по охране здоровья в школе. Профилактика ВИЧ/СПИД/ИППП и связанной с ними дискриминации: Важная обязанность школ, содействующих укреплению здоровья: WHO/HPR/HEP/98.6. Женева: ВОЗ.

ВОЗ/GPA (1994). Образование в области здоровья в школе для профилактики СПИДа и ИППП: *Ресурсный пакет для разработки учебного плана*. Всемирная организация здравоохранения/Глобальная программа по борьбе со СПИДом. Женева. В цитате ВОЗ, 1994.

ВОЗ/ЮНФПА/ЮНИСЕФ (1995). Разработка программы для охраны здоровья подростков. Документ для обсуждения, подготовленный Группой изучения вопросов планирования охраны здоровья подростков. Saillon, Switzerland, 29 ноября – 4 декабря 1995 года.

М. Янг, Р. Келли и Г. Денни (1997). Оценка отдельных модулей по развитию жизненных навыков из современной серии, посвященной вопросам охраны здоровья учащихся 6 классов. Навыки восприятия и моторные навыки. 84, 811-818.

Л. Забин, М. Херч, Е. Смит, Р. Стритт и Дж. Харди (1986). Оценка программ по профилактике беременности среди городских подростков. *Family Planning Perspectives*, 18, 119-126.