

Государственное образовательное автономное учреждение
Ярославской области «Институт развития образования»

Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях

Практическое пособие

Ярославль

2012

1

ББК 74.04я2

Об4

Печатается по решению
экспертной комиссии
ГООУ ЯО ИРО

Профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных учреждениях:
практическое пособие – Ярославль: ГООУ ЯО ИРО, 2012. – 78 с.

Авторы - составители:

Бугрова О.Е. – врач-инфекционист, ГУЗ ЯО «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»;

Иерусалимцева О.В. – педагог-психолог, главный специалист центра содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса ГООУ ЯО ИРО;

Рощина Г. О. – к.п.н., руководитель центра содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса ГООУ ЯО ИРО;

Камакина О.Ю. – к.п.н., заместитель директора МОУ ГЦПМСС, старший преподаватель центра содействия укреплению и сохранению здоровья участников образовательного процесса ГООУ ЯО ИРО.

Дувакина О. В. - педагог-психолог ЦПМСС детей г.Ростова Ярославской области.

Карцева С.С.- социальный педагог ЦПМСС детей г.Ростова Ярославской области.

Рецензенты:

Антипова Н.П. – главный врач ГУЗ ЯО «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», заслуженный врач РФ, главный специалист департамента здравоохранения и фармации Ярославской области по проблемам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;

Назарова И.Г. – к.п.н, профессор, заведующая кафедрой общей педагогики и психологии ГООУ ЯО ИРО.

Пособие предназначается в помощь педагогам образовательных учреждений, воспитателям и методистам, всем, кому не безразлично будущее детей, молодежи и страны в целом.

© ГООУ ЯО ИРО, 2012

Содержание		Стр.
Введение.....		4
Глава 1	Эпидемия ВИЧ/СПИДа: основы знаний педагога	5
	1.1. Теория возникновения ВИЧ/СПИДа.....	5
	1.2. Стадии ВИЧ-инфекции.....	7
	1.3. Пути передачи, очаги распространения.....	9
Глава 2	Основные тенденции эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции на федеральном и региональном уровне в РФ.....	13
	2.1. Ситуация в Российской Федерации.....	13
	2.2. Ситуация в Ярославской области и мероприятия по обеспечению эффективной профилактической работы.....	18
	2.3. Профилактические мероприятия в Ярославской области: охват, формы, содержание, ресурсное обеспечение.....	22
	2.4. Формы и методы профилактических мероприятий в ОУ.....	27
Глава 3	Информационно-просветительские занятия по профилактике ВИЧ/СПИДа.....	35
	3.1. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе биологии на тему: «Физиологические защитные системы организма. Иммунитет. Развитие приобретенного иммунодефицита».....	35
	3.2. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе биологии на тему: «Механизмы, пути передачи ВИЧ и их профилактика».....	36
	3.3. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе биологии на тему: «Структура и репликация ВИЧ в клетках-мишенях».....	37
	3.4. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе математики на тему: «Числовые последовательности; использование приемов математической статистики для оценки и прогноза эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции».....	39
	3.5. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе географии на тему: «Социально-экономические последствия эпидемии ВИЧ-инфекции».....	43
	3.6. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе литературы на тему: «Психологические и нравственные аспекты, связанные с тяжелыми или смертельными болезнями персонажей художественной литературы».....	46
	3.7. Информационно-просветительское занятие, посвященное Всемирному дню борьбы со СПИДом	53
	3.8. Курс тренинговых занятий для старшеклассников «Мы разные, но мы вместе»	54
Заключение.....		60
Список литературы.....		60
Приложение 1. Правила работы на занятиях.....		62
Приложение 2. Этика специалиста профилактической деятельности.....		63
Приложение 3. Порталы и сайты российских организаций.....		64
Приложение 4. Глоссарий		68

Введение

В настоящее время эпидемия ВИЧ/СПИДа представляет собой угрозу стабильности развития современного общества в большинстве стран мира, включая РФ. К настоящему времени ВИЧ-инфекция зарегистрирована на всех административных территориях РФ. Общеизвестно, что в современной России эпидемия ВИЧ/СПИДа представляет собой социо-медико-биологическое явление, отличающееся динамичностью, нарастающим негативным эффектом, и сочетает в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Данная ситуация требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия.

В России эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции можно признать «стабильно ухудшающейся». В среднем в 2010—2011 гг. регистрировалось 160 новых случаев ВИЧ-инфекции в день (по сравнению со 150 в 2008-2009 гг.), сохраняется тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ при отсутствии признаков стабилизации эпидемии среди наркопотребителей, возросли как пораженность населения ВИЧ, так и количество смертей ВИЧ-инфицированных лиц. Таким образом, к началу 2012 г. общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в РФ, составило более 650 тысяч человек, при этом за 12 месяцев 2011 года выявлено более 62 тысяч новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РФ. Число умерших ВИЧ-инфицированных в России за весь период наблюдений превысило 102 тысячи человек. В 2011 году в возрастных группах 15-19 лет и 20-24 года было отмечено превышение числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин по сравнению с мужчинами. Феминизация эпидемии ВИЧ/СПИДа ведет к росту числа *детей*, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Женщины в России преимущественно инфицируются ВИЧ при половых контактах (62,4% новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в 2011 г.), тогда как мужчины — при внутривенном введении наркотиков (74,5%) [14].

Все большее число больных в стране выявляется на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, а значит, эти люди были заражены ВИЧ в более молодом возрасте, но диагноз им не был поставлен своевременно. При сохранении темпов развития эпидемии к концу 2015 г. число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличится до 940 000 человек. В 2015 г. будет нуждаться в лечении более 350 000 инфицированных ВИЧ, и закупка антиретровирусных препаратов для их лечения обойдется стране в 63 млрд. рублей (в ценах 2011 г.) [6].

Таким образом, для снижения социально-экономической напряженности, связанной с ухудшением эпидемиологической ситуации среди населения страны по заболеванию ВИЧ/СПИДом, возникает необходимость в усилении профилактической работы в образовательных учреждениях, имеющих огромное влияние на формирование и развитие личности учащихся, а также доступность к семье через воздействие на семейную ситуацию.

Глава 1. Эпидемия ВИЧ/СПИДа: основы знаний педагога

В настоящее время распространение ВИЧ-инфекции не ограничивается только маргинальными группами населения, такими как потребители инъекционных наркотиков или представители рынка проституции, но распространяется среди широких слоев населения и прежде всего в молодежной среде. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, половина случаев ВИЧ/СПИДа фиксируется среди людей возрастной группы моложе 25 лет. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в России, повторяя в своем развитии общемировые тенденции, в то же время имеет ряд особенностей, касающихся процессов феминизации и омоложения ВИЧ-инфицированных. ВИЧ-инфекция выходит за пределы традиционных групп риска[2].

Многочисленные исследования особенностей распространения эпидемии показывают, что молодежь особенно уязвима к ВИЧ-инфекции в силу рискованного сексуального поведения, употребления психоактивных веществ, из-за отсутствия доступа к информации о профилактике ВИЧ-инфекции, а также по целому ряду других психологических, социальных и экономических причин. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, снизить темпы развития эпидемии возможно в первую очередь за счет просвещения людей с целью изменения их поведения. Принимая во внимание международный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и опыт, накопленный в России, можно предположить, что начало профилактической работы должно быть как можно более ранним, поскольку эффективной в направлении профилактики ВИЧ-инфекции может считаться не столько информационно-просветительская работа, сколько постоянная целенаправленная деятельность по формированию ценности и навыков ведения здорового, безопасного образа жизни, что требует достаточно длительного времени[8].

1.1. Теории возникновения ВИЧ/СПИДа

СПИД (Синдром Приобретенного Иммунного Дефицита) – неизлечимое заболевание, вызываемое Вирусом Иммунодефицита Человека (ВИЧ). Синдром - это набор определенных проявлений болезни (симптомов). Так как в каждом случае СПИДа отмечалось глубокое поражение иммунной системы, а именно ее недостаточность, в название включили определение “иммунный дефицит”. Поскольку он возникал в какой-то момент жизни, а не при рождении, его назвали “приобретенным” (в отличие от «врожденного»). Термин «СПИД», по определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), относится или к особой клинической единице – синдрому приобретенного иммунодефицита, или же ко всему спектру расстройств, связанных с ВИЧ-инфекцией. СПИД рассматривают как комплекс всех заболеваний, которые развиваются вследствие инфицирования ВИЧ-инфекцией. СПИД развивается у людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией, и является последней стадией этой болезни[31].

Термин «СПИД» впервые появился в Ежегодном Отчете о Заболеваемости и Смертности Центра по Контролю Заболеваний (ЦКЗ) в 1982 году, чтобы описать «...заболевание, предполагающее о дефекте клеточного звена иммунитета,

встречающееся без известных причин для уменьшения резистентности к болезням...»[23]

Итак, термин СПИД расшифровывается как синдром приобретенного иммунодефицита, но приобретенных иммунодефицитов много, а СПИД - один. Поэтому сегодня правильнее сказать так: СПИД - это приобретенный иммунодефицит, который отличается от других наличием определенного комплекса свойств и специфического возбудителя, такого как ВИЧ.

ВИЧ-инфицированный человек и больной СПИДом - не одно и то же. С момента заражения ВИЧ до развития СПИДа может пройти до 15-20 лет. Пока болезнь не перешла в стадию СПИДа, инфицированный человек может чувствовать себя хорошо, выглядеть здоровым и даже не подозревать, что заражен.

Существует несколько гипотез возникновения ВИЧ-инфекции, которые имеют под собой научное обоснование:

1. Во всем виноваты обезьяны;
2. Вирус, вызвавший СПИД, намного старше, чем считалось ранее;
3. ВИЧ появился из-за ошибки ученых;
4. ВИЧ был искусственно получен в лабораториях Пентагона.

Во всем виноваты обезьяны. Самая первая и, быть может, самая правдоподобная гипотеза о природе ВИЧ связана с обезьянами; более 20 лет назад ее высказал доктор Бетт Корбер из национальной исследовательской лаборатории Лос-Аламоса (Нью-Мексико, США). Согласно этой гипотезе, предшественник ВИЧ попал в кровь человека от шимпанзе; случилось это в тридцатых годах ушедшего столетия. Произойти это могло довольно просто — от укуса или при разделывании туши убитого животного. Свое смертоносное нашествие вирус начал из Западной и Экваториальной Африки. (Кстати, как раз в тридцатые годы в Африке происходило массовое истребление шимпанзе.)

Однако шимпанзе являются только носителями смертоносного вируса, который у них самих болезни не вызывает. Почему так происходит — пока загадка. Если удастся понять, каким образом обезьяны научились справляться с инфекцией, создание эффективного лекарства против чумы XX века станет реальностью.

Вирус, вызывающий СПИД, намного старше, чем считалось ранее. В середине 90-х г.г. в замороженных тканях пятнадцатилетнего чернокожего подростка из гомосексуальной среды, умершего 30 лет назад в госпитале Сент-Луиса от «неизвестной болезни» обнаружили ВИЧ. Вирус образца 1968 года всесторонне изучили и выяснили очень интересный факт: оказалось, что он практически не изменился и необычно похож на современные образцы ВИЧ. Это поставило под сомнение теорию происхождения ВИЧ от африканских обезьян. Профессор Роберт Гэрри сделал доклад, в котором заявил, что сравнительные исследования вируса 30-ней давности и нынешних видов позволяют судить о скорости мутации ВИЧ: она значительно ниже, чем предполагалось. При такой скорости вирус «африканского» типа (ВИЧ-2) не мог за время, прошедшее с его появления в Африке, превратиться в форму, выделенную в Европе и США (ВИЧ-1). По мнению ученого, вирус мутировал в организме человека задолго до вспышки заболевания в Африке — возможно, в течение веков. Другими словами, СПИДу может быть и 100, и даже 1000 лет. Об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что саркома Капоши, которая описана в начале XX века венгерским врачом Капоши как редкая форма злокачественного

новообразования, на самом деле уже тогда указывала на наличие у больных вируса иммунодефицита.

ВИЧ появился из-за ошибки ученых. В 2000 году мир облетела сенсация: английский исследователь Эдвард Хупеор написал в своей книге «Река» о том, что ВИЧ получил распространение благодаря ошибке американских и бельгийских ученых, которые в начале 50-х годов работали над созданием вакцины от полиомиелита. Для производства вакцины использовались клетки печени шимпанзе, предположительно содержащие вирус SIV (аналог ВИЧ). Вакцину испытывали как раз в тех трех районах Африки, где сегодня самый высокий процент инфицированных вирусом иммунодефицита. И примерно в те годы, когда произошли первые заражения.

ВИЧ был искусственно получен в лабораториях Пентагона. Согласно одной из версий, которая не доказана, но и не опровергнута. ВИЧ был получен в 70-х годах в лабораториях Пентагона в результате генно-инженерных манипуляций по скрещиванию вируса, поражающего мозг овцы, и вируса, повреждающего иммунную систему человека. Впервые об этом говорили в период «перестройки» в некоторых СМИ, но на эти публикации не обратили внимания либо посчитали очередной «уткой». Однако некоторые из сообщений опирались на серьезные научные исследования, которые однозначно или с высокой степенью достоверности указывали на то, что вирус СПИДа был создан искусственным путем. В 1987 году швейцарская газета «Вокенцайтунг», ссылаясь на анализ ряда американских документов, опубликовала материал с характерным названием «Следы ведут в генную лабораторию». Документы свидетельствуют, что еще в 1969 году один из сотрудников Министерства обороны США заявил в бюджетной комиссии Конгресса, что его ведомство наметило разработку нового боевого биологического вещества, способного подавить иммунную систему человека. В сенсационном заявлении были названы и конкретные сроки выполнения работ — от 5 до 10 лет.

Синдром приобретенного иммунодефицита является одной из главных общественной и медицинской проблемой конца XX и начала XXI века. Болезнь распространена на всех материках, кроме Антарктиды. Миллионы людей являются носителями инфекции, из-за которой развивается СПИД, и миллионы подвержены этому риску. Распространение ВИЧ-инфекции признается одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья населения всех стран.

1.2. Стадии ВИЧ-инфекции

В течение ВИЧ-инфекции можно выделить несколько периодов: инкубационный; период ранних клинических проявлений; латентный; период развития вторичных заболеваний и терминальный. Следует обратить внимание, что инфицированный человек заразен на всех стадиях развития болезни.

Как и при любой другой инфекции, после заражения ВИЧ следует инкубационный период: от заражения до появления клинических признаков заболевания. Он может колебаться в широких пределах: от 2–4 недель до года, в среднем - 3 месяца. Инкубационный период при классическом течении ВИЧ-инфекции завершается острой первичной инфекцией[27].

Длительность ранних клинических проявлений «острой ВИЧ-инфекции» у 50–70% больных составляет 1–2 недели и выражается симптомами, схожими с острой

респираторной вирусной инфекцией: увеличением лимфатических узлов, лихорадкой, сонливостью, недомоганием, головной болью, болью в глазницах, светобоязнью, различными видами сыпи, кашлем, насморком. Это болезненное состояние спустя 2–4 недели проходит без какого-либо лечения (самопроизвольно), после чего наступает так называемый латентный период ВИЧ-инфекции. Часто стадия первичных проявлений проходит бессимптомно, либо на симптомы не обращают внимания[16].

После стихания первичных проявлений в большинстве случаев наступает период стабилизации. Этот латентный период обычно длится долгие годы. Среднюю продолжительность жизни инфицированного человека оценивают сейчас в 12 лет (10–15 лет). Вместе с тем описаны случаи смерти от СПИДа уже через 7 месяцев с момента заражения. Единственным типичным клиническим проявлением ВИЧ-инфекции в этой стадии может быть увеличение нескольких групп лимфатических узлов[29].

Следующая стадия - период вторичных заболеваний, который характеризуется развитием иммунного дефицита, клинически проявляющегося появлением оппортунистических заболеваний (инфекций, которые при здоровой иммунной системе не приносят вреда организму, но на фоне иммунодефицита вызывают серьезные последствия). Появление тех или иных оппортунистических заболеваний связано с уровнем CD4-лимфоцитов, чем он ниже, тем сильнее прогрессируют эти болезни. Собственно СПИД является наиболее тяжелой формой болезни. Эта последняя стадия ВИЧ-инфекции продолжается от 6 месяцев до 2-х лет. Она может протекать в различных формах, среди которых наиболее распространены легочная, кишечная, поражение центральной нервной системы, кожи, слизистых оболочек. Во всех этих случаях механизм один и тот же: воспользовавшись тем, что ВИЧ-инфекция разрушила защитные силы организма — его иммунную систему — активизируются возбудители других заболеваний (бактерии, вирусы, грибы, простейшие), то есть возникает вторичная инфекция, от которой больной СПИДом в итоге и погибает[16].

Наиболее часто СПИД протекает в легочной форме (у 50–80% больных), что проявляется чаще всего в развитии туберкулеза. В 15–20% случаях СПИД протекает в виде вторичной инфекции, поражающей центральную нервную систему (менингит, энцефалит, абсцессы головного мозга и др.), еще в 2–3% случаях возникает опухоль головного мозга. У больных повышается температура тела, появляется головная боль, снижается память, интеллект, они становятся вялыми и заторможенными. Размножение вируса в клетках мозга и спинномозговой жидкости вызывает атрофию мозга. Последствия — распад личности, слабоумие, прогрессирующая потеря памяти, эпилептические припадки. Способность поражать человеческий мозг придает вирусу совершенно новое качество. По мнению французского ученого Люка Монтаньи, вторжение вируса в мозг означает, что те 5–10 миллионов вирусоносителей, которые пока не подозревают о своем заболевании, в конечном счете, пострадают от атрофии мозга даже в том случае, если лекарство от ВИЧ-инфекции будет найдено[16].

В настоящее время существует более тридцати препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, которые снижают скорость размножения вируса в организме инфицированного человека. Но, к сожалению, данные препараты не излечивают полностью.

1.3. Пути передачи ВИЧ-инфекции

Эпидемиологические исследования, проводимые в мире, выявили три пути передачи ВИЧ-инфекции[29]:



Половой



*Парентеральный
(от крови)*



*Вертикальный
(от матери к ребенку)*

Во всех странах в настоящее время имеет место реализация всех трех путей передачи вируса. Однако, как правило, всегда имеется один путь передачи, наиболее значимый в период активного распространения ВИЧ-инфекции на территории конкретной страны или региона, а также группа населения, наиболее уязвимая при реализации ведущего пути передачи. Обычно это люди, которые ведут определенный образ жизни или практикуют опасные формы поведения. Так, для США ведущим путем передачи в начале эпидемии был половой, а наиболее уязвимой группой - гомосексуалисты. В странах Юго-Восточной Азии (Таиланд, Сингапур, Индия и др.) наиболее пораженными оказались работницы коммерческого секса, среди которых уровень инфицирования достиг в некоторых городах 60-80%. Для стран Центральной Европы, СНГ ведущим путем передачи был половой. Начиная с июня 1996 года, и до настоящего времени лидирует парентеральный путь через инъекционное введение наркотиков. Наряду с парентеральным путем в нашей стране реализуются половой и вертикальный пути, которые, исходя из мирового опыта, в дальнейшем, могут стать ведущими.

Несмотря на то, что переливание крови является наиболее опасным: однократное переливание инфицированной ВИЧ крови приводит к заражению в 100 % случаев, этот способ заражения имеет наименьший удельный вес в структуре причин инфицирования. Это происходит потому, что количество доноров и реципиентов (потребителей) крови в мире очень невелико. Кроме того, в настоящее время вся донорская кровь в большинстве стран мира тестируется на ВИЧ, и вероятность переливания инфицированной крови, а значит и эпидемическая значимость данного пути передачи вируса, очень мала.

Совместное введение наркотиков также представляет высокую опасность заражения ВИЧ. И хотя инъекционные наркоманы - это небольшая часть всего населения, инфицированность среди них зачастую очень высока.

Половой контакт, гетеросексуальный или гомосексуальный, является главным способом передачи ВИЧ-инфекции. Хотя вероятность передачи вируса от инфицированного полового партнера здоровому невелика (около 0,1% при однократном половом контакте), на этот путь приходится около 70% всех случаев заражения, ведь основная часть населения в мире находится в сексуально активном возрасте, и частота вступления в половые отношения достаточно высока[29].

Половой путь. При любой форме незащищенного полового контакта с ВИЧ-инфицированным или больным СПИДом существует большой риск передачи ВИЧ-инфекции. Инфицирование происходит за счет контакта жидкостей организма, содержащих достаточное количество вируса с микротравмами и трещинами слизистой оболочки здорового человека. Каждый контакт без предохранения (без презерватива) с

лицом, инфицированным ВИЧ, подвергает неинфицированного партнера опасности заражения. Степень риска зависит от ряда факторов, таких как[18]:

-принадлежность полового партнера к уязвимой группе, т.е. вероятность того, что половой партнер инфицирован;

- пол и возраст неинфицированного партнера;

- стадия заболевания инфицированного партнера;

- наличие других инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Принадлежность полового партнера к уязвимой группе. Распространенность ВИЧ-инфекции неодинакова в различных группах населения и в разных регионах. Риск инфицирования половым путем возрастает, если половой партнер является инъекционным наркоманом, имеет множество половых партнеров, практикует гомо- или бисексуальные отношения.

Пол и возраст неинфицированного партнера. Передача вируса от мужчины женщине примерно в два раза вероятнее, чем от женщины мужчине. Обычно женщины более уязвимы для ВИЧ-инфекции. Возраст также является фактором уязвимости женщин, делая их более восприимчивыми к ВИЧ-инфекции в период до 20 и вновь после 45 лет[27].

Стадия заболевания инфицированного партнера. ВИЧ-инфицированные люди более заразны для окружающих на самых ранних этапах - до появления в крови антител, и в более поздние сроки болезни, когда имеются клинические проявления СПИДа. В эти периоды содержание вируса в крови и других биологических средах намного выше, чем в другое время[34].

Исследования показывают, что *наличие инфекций, передающихся половым путем* (язвенного или не язвенного характера), повышает риск инфицирования многократно. При воспалительном процессе, который возникает в организме при попадании возбудителя ИППП, к месту очагов воспаления, устремляются для обуздания инфекции Т-лимфоциты и клетки-макрофаги. У ВИЧ-инфицированного человека некоторые из этих клеток будут нести в себе вирус, что увеличивает риск его передачи неинфицированному партнеру[26].

Парентеральный путь — заражение ВИЧ-инфекцией через кровь. Это может произойти при попадании в организм инфицированной крови непосредственно в кровоток, при нарушении кожных покровов и слизистой, при контакте с кровью, другими жидкостями организма, которые могут содержать кровь (рвотные массы, слюна с видимыми следами крови), тканями и органами другого человека[34].

Наиболее высокий риск заражения при попадании вируса непосредственно в кровоток. Такие ситуации могут возникнуть при переливании инфицированной донорской крови и препаратов из нее, а также пересадке тканей и органов инфицированного человека. Несмотря на тщательную проверку доноров крови и органов, повлиять на существование периода «серологического окна» (период отсутствия возможности точной лабораторной диагностики заражения человека, который в среднем продолжается около трех месяцев) медицина не в состоянии. Поэтому забота о своем здоровье, профилактика травм и аварийных ситуаций, соблюдение правил техники безопасности также представляет собой профилактику заражения ВИЧ парентеральным путем.

Высокий риск заражения ВИЧ при использовании общих инструментов (шприцев, игл, фильтров, раствора) при внутривенном введении наркотических

средств. Заражение возможно через остатки инфицированной крови на общих инструментах, в растворе и т. д. Профилактика распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков заключается в стратегии снижения вреда. Опасны косметические процедуры (пирсинг, татуаж, маникюр, педикюр, бритье) с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек общими или не стерильными инструментами, которые перед этим кем-то использовались. На не продезинфицированных инструментах могут остаться следы крови, содержащей вирус. Нельзя использовать нестерильные инструменты как медицинского, так и немедицинского назначения для процедур, сопровождаемых нарушением целостности кожи или слизистой. Необходимо пользоваться личными или одноразовыми инструментами и по всем медицинским и косметическим проблемам обращаться в специализированные учреждения, где соблюдаются все нормы и требования санитарно-эпидемиологического режима[16].

Незначительный риск заражения возможен также в случае травматических и аварийных ситуаций, когда происходит вынужденный контакт с кровью, другими жидкостями организма, которые могут содержать кровь (рвотные массы, слюна с видимыми следами крови), тканями и органами другого человека (случайные или умышленные уколы, порезы, драки, автомобильные аварии, оказание медицинской помощи и т. д.). Это так называемый гемоконтактный путь — инфицированная кровь может попасть через ранки, ссадины, порезы или слизистую оболочку здорового человека и вызвать заражение ВИЧ-инфекцией. Вероятность заражения ВИЧ в таких ситуациях оценивается специалистами как незначительная (0,03–0,3%), но она существует[29].

Вертикальный путь - передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. В последние два десятилетия отмечено существенное увеличение числа ВИЧ-инфицированных детей, что связано с повсеместным ростом распространения ВИЧ-инфекции среди женщин детородного возраста. И хотя в нашей стране ВИЧ-инфицированных женщин меньше, чем мужчин, однако количество детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, постоянно растет. У детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, ВИЧ прогрессирует значительно быстрее, чем у взрослых. Последние данные свидетельствуют о том, что у 50% детей, рожденных с ВИЧ-инфекцией, серьезные СПИД-обусловленные инфекции развиваются к 3–6 годам жизни[34].

Существует три периода, во время которых инфицированная мать может передать вирус своему ребенку[29]:

1. **Пренатальный** (во время беременности или до рождения): Во время беременности мать может передать вирус из своего кровотока через плаценту плоду. Плацента - это орган, соединяющий мать и плод во время беременности. Плацента позволяет питательным веществам поступать из организма матери в организм плода и в норме защищает плод от инфекционных агентов, таких как ВИЧ, находящихся в материнской крови. Однако, если мембрана плаценты воспалена или повреждена, она уже не так эффективно защищает от проникновения вирусов. Имеются данные, что воспаление плацентарной мембраны может послужить причиной проникновения ВИЧ или ВИЧ-инфицированных клеток от ВИЧ-инфицированной беременной женщины ее плоду.

2.Родовый (в процессе родов): Во время прохождения через родовые пути младенец контактирует с кровью и вагинальным секретом инфицированной матери. Любые повреждения нежных кожных покровов ребенка (например, при применении акушерских щипцов), а также определенные условия родов (раннее отделение плаценты из материнской матки) увеличивают риск инфицирования ВИЧ.

3.Послеродовый (после рождения): После родов мать может передать вирус своему ребенку при кормлении грудью. Случаи, когда ребенок был инфицирован таким образом, зафиксированы. Ребенок поглощает грудное молоко — основное питание новорожденного, которое достаточно богато материнскими белыми кровяными клетками (включая CD4 клетки, основную мишень для ВИЧ). Кроме того, во время кормления грудью ребенок может инфицироваться через кровь, если у матери имеются повреждения кожи вокруг соска.

Исследования показали, что ВИЧ может быть передан плоду даже на ранних сроках беременности (I триместр). Однако исследователи уверены, что в основном передача вируса происходит на поздних сроках беременности. Эта уверенность частично основана на том факте, что некоторые инфицированные младенцы не имели признаков ВИЧ-инфекции при рождении, что позволило предположить, что они были инфицированы прямо перед рождением или во время процесса родов. Вся перинатальная передача ВИЧ происходит через мать. Для того чтобы произошло инфицирование плода, ВИЧ-инфекцией должна быть заражена мать. При зачатии, даже если отец инфицирован и его сперма содержит в больших концентрациях вирус, опасность заражения существует только для женщины (половым путем через инфицированную сперму). В эмбрион же попадает не сама зараженная сперма, а только ее половые клетки — сперматозоиды, в которые, по всем исследованиям, ВИЧ проникнуть и заразить не может[16].

Многое с начала развития пандемии ВИЧ-инфекции изменилось в перинатальной профилактике. Считалось, что вероятность рождения инфицированного ребенка составляет 50% в развивающихся странах и 25% — в развитых. Хотя некоторые дети заражаются на довольно раннем сроке беременности, большинство инфицируется в процессе родов. Врачи-инфекционисты совместно с акушерами-гинекологами предложили родоразрешение через кесарево сечение. Действительно, это сыграло позитивную роль, так как плод не контактирует с выделениями родовых путей, содержащими в достаточно высокой концентрации ВИЧ. Но этот способ не может предотвратить внутриутробное заражение и, кроме того, дает высокий уровень послеоперационных осложнений[16].

Ситуация значительно изменилась в лучшую сторону с появлением антиретровирусных препаратов. Их назначают с 14-28 недели беременности. Как правило, они не оказывают влияния на плод, при этом количество копий вируса иммунодефицита человека в крови у матери снижается. В таких условиях материнский организм со стабильным функционированием иммунной системы может противостоять различным заболеваниям, обеспечивая безопасность для развивающегося плода[16].

Прием современных препаратов позволяет значительно снизить (до 2-3%) риск инфицирования ребенка от ВИЧ-положительной матери.

Принимая во внимание что, не все знают вышесказанное, люди боятся инфицироваться ВИЧ при обычном бытовом контакте. На самом деле эти страхи необоснованны. Все пути передачи ВИЧ хорошо исследованы и научно доказаны.

ВИЧ не передается: во время поцелуев; во время кожных прикосновений или контактов, таких как объятия, подача руки, поглаживание и ласки; через белье и одежду; при кашле и чихании; через пот или слезы; при укусах насекомых; при совместном использовании бассейна, бани и туалета; при совместном использовании посуды.

Риск заражения ИППП можно снизить, если иметь одного неинфицированного полового партнера; при любых случайных половых контактах всегда использовать презервативы; использовать химические средства профилактики ВИЧ; соблюдать все правила личной гигиены.

Риск заражения ВИЧ можно снизить, если кроме вышеуказанного: использовать только индивидуальные шприцы и иглы; использовать только проверенную на ВИЧ донорскую кровь или другие препараты крови.

Глава 2. Основные тенденции эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции на федеральном и региональном уровне в РФ.

2.1. Ситуация в Российской Федерации

Главный государственный врач РФ, Г.Г.Онищенко, проанализировав эпидемиологическую обстановку по ВИЧ-инфекции в РФ, порядок организации, объем и эффективность противоэпидемических мероприятий, направленных на противодействие распространению данной инфекции, установил, что сохраняющийся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, не снижающиеся темпы прироста новых случаев заражения, увеличение общего числа ВИЧ-инфицированных и активизация выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию свидетельствуют о том, что организационные и профилактические мероприятия, направленные на борьбу с этой инфекционной болезнью, осуществляются на недостаточном уровне и не позволяют добиться ощутимых результатов в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ. Особенно неблагоприятная ситуация сложилась в Кемеровской, Самарской, Новосибирской, Оренбургской, Ленинградской, Ульяновской, Иркутской, Тверской, Челябинской областях, Ханты-Мансийском автономном округе, Пермском и Алтайском краях.

В РФ, по предварительным данным на 31.12.2011, нарастающим итогом зарегистрировано 650 231 ВИЧ-инфицированных граждан страны, что составляет 0,4% от всего населения, из них

5 844 детей в возрасте до 15 лет, а среди возрастной группы 15-49 лет инфицированы ВИЧ 0,7% населения. Ситуация имеет стойкую тенденцию к ухудшению, распространенность ВИЧ-инфекции увеличивается. Так, на конец 2010 года россияне, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составляли 0,340%, а в 2011 - 0,387 % от числа всего населения страны.

За 12 месяцев 2011 года выявлено более 62 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, среди которых отмечается значительное увеличение числа новых выявленных случаев в возрастной группе 30-40 лет. Тенденция увеличения случаев инфицирования в

данной возрастной группе прослеживается с 2000 года, когда было зарегистрировано 9% людей, живущих с ВИЧ, в 2010 году их доля составила 36,9%, в 2011 - 42,1%, что свидетельствует об активном вовлечении лиц этого возраста в модели рискованного поведения.

Наибольшее распространение вирус иммунодефицита человека получил среди мужчин 30-35 лет, где удельный вес инфицированных ВИЧ от общего числа населения составил 2,2% и среди женщин в возрасте 25-34 лет - 1%.

По данным мониторинга, в РФ умерло по разным причинам: 102 742 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. за 2011 год 18 414, что на 17,5% больше, чем в позапрошлом году. Вместе с тем необходимо отметить, что вследствие развития собственно ВИЧ-инфекции умерли 5568 человек (30,2%), остальные умершие погибли от причин, не связанных с ВИЧ (передозировки наркотиков, насильственная смерть, суициды, заболевания, не связанные с ВИЧ, и др.).

Неудовлетворительно организованная и недостаточно эффективная работа по профилактике и борьбе с наркоманией приводит к тому, что в большинстве субъектов РФ на протяжении ряда лет основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в России продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием, составляя к настоящему времени 57,6% от всех новых случаев заражения.

До настоящего времени отсутствует единый набор индикаторов раннего предупреждения развития резистентности ВИЧ, не унифицированы способы сбора, накопления, обработки, анализа и передачи информации. Не разработаны нормативные документы по профилактике распространения резистентности ВИЧ к антиретровирусной терапии, отсутствует стратегия предупреждения распространения резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам.

В целях обеспечения охраны здоровья населения, повышения эффективности принимаемых мер по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДом Г.Г.Онищенко постановил¹:

1. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовать:

1.1. Внести в программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом в субъектах РФ коррективы с учетом изменения эпидемиологической обстановки, обратив особое внимание на организацию и проведение профилактических мероприятий среди молодежи и населения возрастной группы от 25 до 45 лет, потребителей инъекционных наркотиков и лиц, предоставляющих сексуальные услуги за плату.

1.2. Включить в план работы Комиссий по социальным вопросам отчет руководителей предприятий о выполнении профилактики социально значимых заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и наркомании².

1.3. Обеспечить поддержку неправительственных организаций и объединений, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, шире привлекать их для реализации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции, и изыскать возможность финансирования их деятельности из средств, выделяемых в рамках субсидий

¹ Постановление от 13 февраля 2012г. №6 г.Москва «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в РФ»

²ст. 4.8 "Генерального Соглашения между общероссийским объединением профсоюзов, общероссийским объединением работодателей и Правительством РФ на 2011-2013 гг."

федерального бюджета на реализацию программ поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций³, а также из средств местных бюджетов.

1.4. Рассмотреть вопрос о выделении в текущем году ассигнований для финансирования программ первичной профилактики ВИЧ и наркомании, а также программ оказания помощи людям, затронутым ВИЧ/СПИДом, профилактики девиантного поведения и реабилитации наркозависимых.

1.5. Оказать помощь органам исполнительной власти субъектов РФ области охраны здоровья граждан, в укреплении материально-технической базы и кадрового состава центров по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями в целях повышения эффективности их деятельности по противодействию распространению ВИЧ-инфекции.

1.6. Принять меры по обеспечению в необходимых объемах ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих грудных детей, молочными смесями для искусственного вскармливания в целях недопущения инфицирования детей вирусом иммунодефицита человека при грудном вскармливании.

1.7. Обеспечить активное привлечение средств массовой информации для проведения разъяснительной работы среди населения о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании, реализации законодательства РФ в области предупреждения распространения этих социальных заболеваний.

1.8. Рассмотреть вопрос о включении в межведомственные советы по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИДом представителей Русской православной церкви и других религиозных конфессий в целях координации деятельности и расширения сотрудничества государственных органов, неправительственных и общественных организаций, работающих в данной сфере, для повышения эффективности проводимых организационных и практических мероприятий.

1.9. Провести анализ эффективности деятельности по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих и являющиеся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФи реализации принятых решений о нежелательности пребывания на территории субъектов РФ.

2. Органам исполнительной власти субъектов РФв области охраны здоровья граждан рекомендовать:

2.1. Принять дополнительные меры по сокращению необоснованных обследований на антитела к ВИЧ и расширению охвата групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией.

2.2. Обеспечить оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в соответствии с требованиями действующих стандартов, обратив особое внимание на своевременность и объем таких лабораторных обследований, как вирусная нагрузка и иммунный статус, необходимых для обеспечения контроля за состоянием здоровья ВИЧ-инфицированных, назначения им антиретровирусной терапии и мониторинга ее эффективности.

³ Постановление Правительства РФ от 23.08.2011 N 713 "О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям"

2.3. Рассмотреть на коллегиях органов управления здравоохранением субъектов РФ вопросы о ходе реализации мероприятий по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в регионе и внести необходимые коррективы с учетом конкретной эпидемиологической ситуации.

2.4. Принять меры по решению вопроса о выделении ассигнований на приобретение антиретровирусных препаратов для проведения профилактики профессионального инфицирования ВИЧ у медицинских работников в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции"⁴.

2.5. Разработать и принять порядок оказания помощи и проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции в случае аварийной ситуации в ЛПУ в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826-10.

3. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ совместно с органами исполнительной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан:

3.1. Провести анализ хода реализации программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в субъектах РФ, внести предложения в органы исполнительной власти по корректировке этих программ в соответствии с изменениями эпидемиологической обстановки.

3.2. Обеспечить координацию деятельности и расширение сотрудничества учреждений здравоохранения и прежде всего центров по профилактике и борьбе со СПИДом, территориальных управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в целях повышения эффективности организационных и практических мероприятий, направленных на противодействие распространения этой инфекции.

3.3. Провести анализ эпидемиологической ситуации и принять меры по недопущению внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях родовспоможения, в т.ч. перинатальных центрах, центрах экстракорпорального оплодотворения и других лечебно-профилактических организациях.

3.4. Обеспечить осуществление контроля за своевременностью и полнотой диспансеризации детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, своевременностью постановки диагноза ВИЧ-инфекции и снятия с учета детей с перинатальным контактом по ВИЧ.

3.5. Систематически проводить плановые выборочные (дозорные) серологические и поведенческие обследования среди групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией и трудно идентифицируемых контингентов населения (потребителей инъекционных наркотиков - ПИН, мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, - MSM, коммерческими сексработниками-КСР) и использовать полученные данные для усовершенствования профилактических мероприятий и повышения их эффективности.

3.6. Продолжить практику использования пилотных площадок проекта "Поддержка системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в группах высокого риска в РФ" (Саратов, Иркутск, Екатеринбург) в целях разработки и апробации унифицированных методик проведения эпиднадзора второго поколения в

⁴Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 г. N 1, зарегистрированы в Минюсте России 24.03.2011, регистрационный N 20263

группах высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией и трудно идентифицируемых контингентах населения: ПИН, КСР, МСМ.

4. Просить Министерство здравоохранения и социального развития РФ:

4.1. Включить в Стандарт медицинской помощи, оказываемой в реабилитационных центрах для наркозависимых, антиретровирусную терапию для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков и проведение лабораторного мониторинга эффективности лечения антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении.

4.2. При разработке порядка оказания медицинской помощи в медико-реабилитационных центрах для наркозависимых включить раздел об обеспечении антиретровирусными препаратами за счет средств приоритетного национального проекта ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении, независимо от места их фактической регистрации.

4.3. Включить в перечень профилактических мероприятий, финансирование которых предусматривается в рамках приоритетного национального проекта на 2012 г., ценностно-ориентированные программы первичной профилактики ВИЧ и наркомании, программы оказания помощи людям, затронутым ВИЧ/СПИДом, профилактики девиантного поведения и реабилитации наркозависимых, а также паллиативной помощи силами православных сестричеств милосердия и другими общественными и религиозными организациями.

5. Просить Федеральную службу РФ по контролю за оборотом наркотиков:

5.1. Включить в план мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики поддержку неправительственных и общественных организаций, осуществляющих программы низкопороговой доступности для групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией.

5.2. Оказать поддержку в распространении в регионах ценностно-ориентированных программ первичной профилактики ВИЧ и наркомании, разработанных в рамках проекта "Поддержка инициатив религиозных организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, наркомании и паллиативному уходу в РФ", включающих в себя первичную профилактику наркомании и ВИЧ-инфекции, укрепление навыков здорового образа жизни, оказание помощи людям, затронутым ВИЧ/СПИДом, профилактику девиантного поведения и реабилитацию наркозависимых.

6. Просить Федеральную службу РФ по контролю за оборотом наркотиков, Министерство внутренних дел РФ дать указание подведомственным органам и учреждениям оказывать помощь и поддержку органам и учреждениям Роспотребнадзора и здравоохранения, а также неправительственным и религиозным организациям, осуществляющим проведение программ по профилактике ВИЧ/СПИД среди наркопотребителей и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

7. Контроль выполнения настоящего постановления оставляю за собой.

Таким образом, анализируя вышесказанное, можно сделать вывод, что только комплексный и сбалансированный подход, учитывающий необходимость использования, как морально нравственных аспектов, так и специальных мероприятий, предназначенных непосредственно и целенаправленно для представителей наиболее уязвимых групп населения, приносит результаты.

Позитивный опыт организации и осуществления профилактической работы имеется в Астраханской, Воронежской, Псковской, Липецкой, Калужской, Пензенской, Нижегородской, Томской областях.

В РФ Ярославская область относится к регионам со средним уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. В Ярославской области проводится целенаправленная межведомственная работа по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, что позволяет сдерживать эпидемический процесс в стадии концентрированной эпидемии и предотвращать возникновение случаев групповой заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди молодежи.

2.2. Ситуация в Ярославской области и мероприятия по обеспечению эффективной профилактической работы

В регионе на 31.12.2011г., начиная с 1994 года, выявлено 2070 случаев ВИЧ-инфекции, из них у жителей региона – 1649, в т.ч. у 12 детей до 14 лет (11 детей - рожденные от ВИЧ-положительных матерей и 1 ребенок (13 лет), заразившийся при употреблении наркотиков).

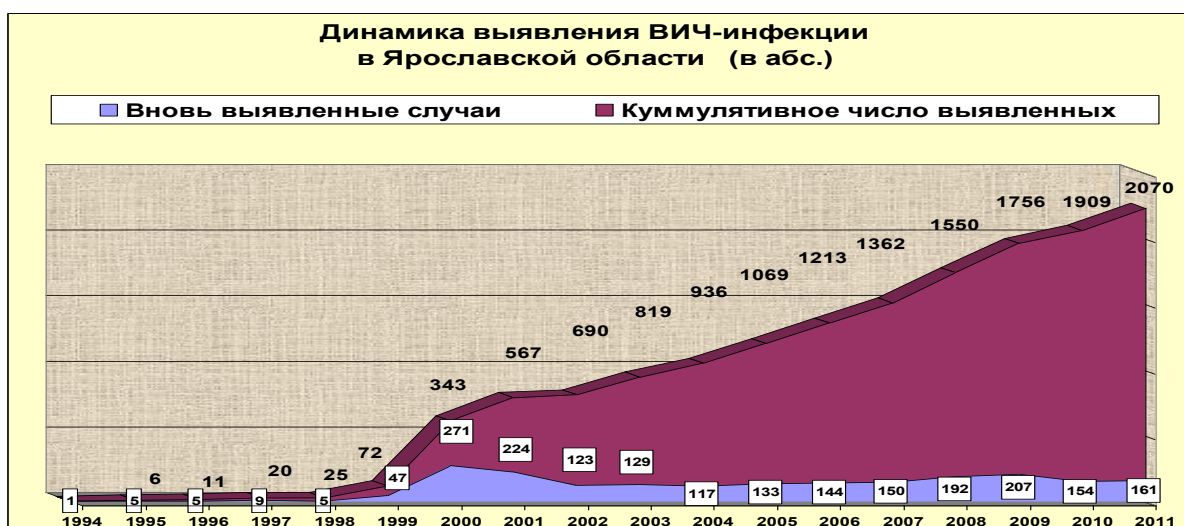


Рис.1 Динамика выявления ВИЧ-инфекции в Ярославской области

В близлежащих к ЯО территориях (Московская, Костромская, Тверская, Ивановская, Владимирская) уровень пораженности ВИЧ-инфекцией значительно выше, чем в нашем регионе. Это создает предпосылки заноса данной инфекции, ее распространению и ухудшению эпидемической ситуации в Ярославской области.

Пораженность ВИЧ-инфекцией в ЯО в 2011 г. составила 106,4 на 100 тыс. населения, заболеваемость - 9,8. К наиболее пораженным территориям Ярославской области относятся: г.Ярославль, Переславский, Большесельский, Первомайский, Пошехонский муниципальные районы.

Особенности эпидпроцесса по ВИЧ-инфекции

- В настоящее время доля жителей Ярославской области с установленным диагнозом ВИЧ составляет 0,11 % населения региона (в РФ - 0,37%).
- Уменьшилась доля молодежи (до 29 лет) среди впервые выявленных инфицированных ВИЧ в 2011г. – 41,1 % (в 2006г. – 64,8%).

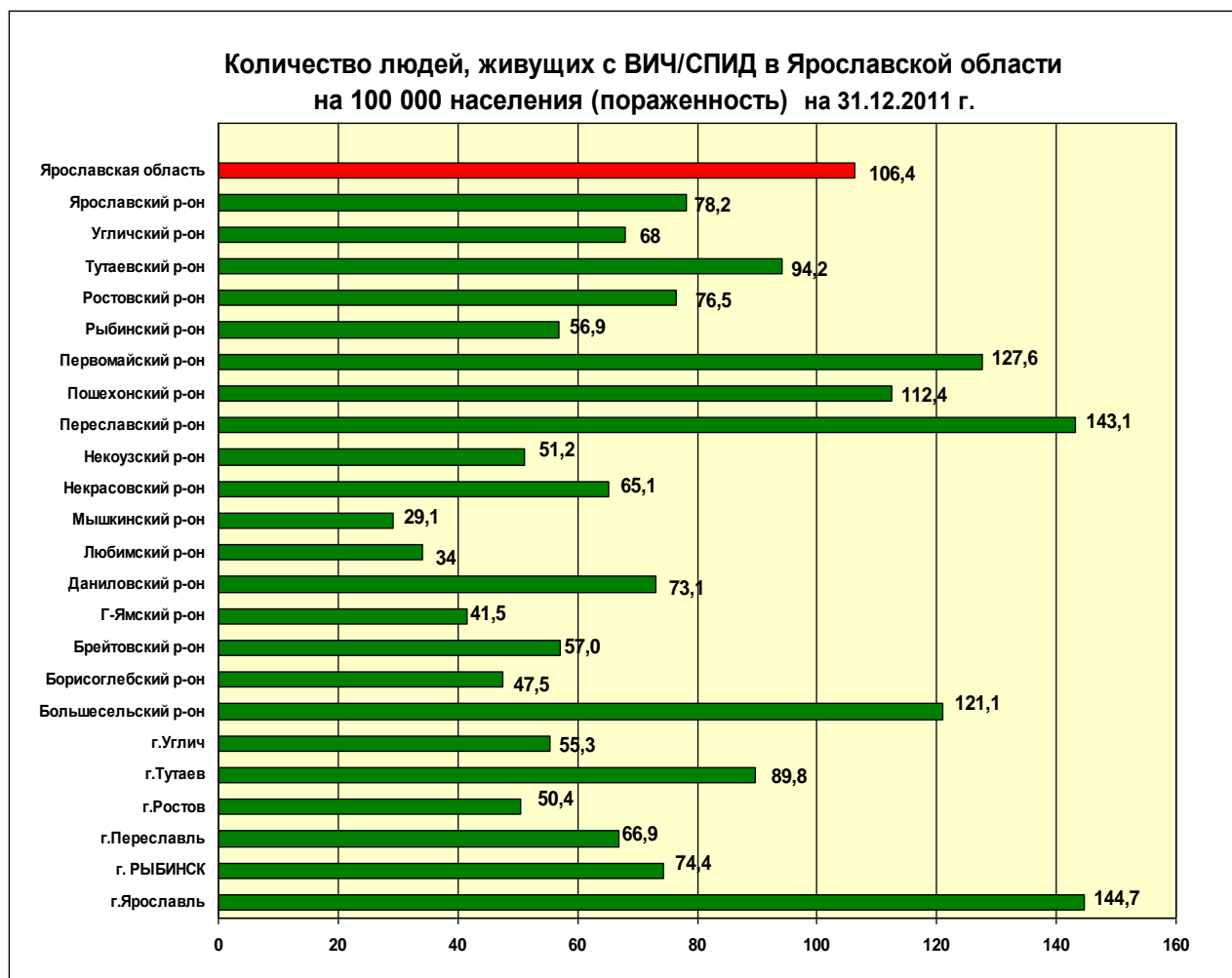


Рис.2. Показатели пораженности ВИЧ-инфекции в муниципальных округах Ярославской области.

- Увеличился удельный вес лиц с ВИЧ-инфекцией в возрасте старше 40 лет среди впервые выявленных в 2011г. - 19,4% (в 2006г.- 9,3%).
- Сохраняется высокий удельный вес женщин среди впервые выявленных в 2011 г. – 41,9%.

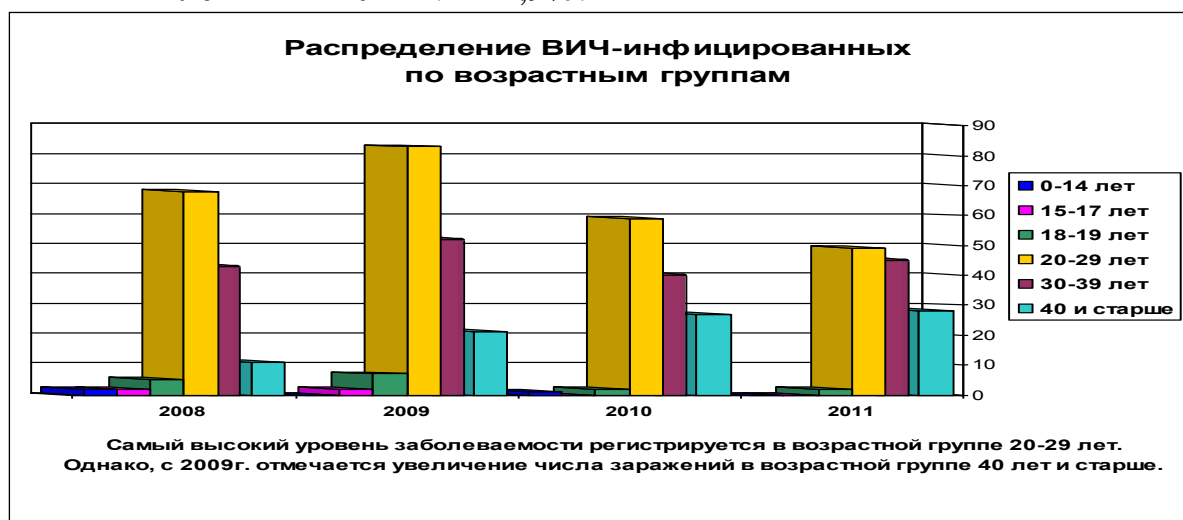


Рис. 3. Динамика возрастной структуры ВИЧ-инфицированных.

- Увеличилось число случаев выявления ВИЧ-инфекции среди социально-адаптированных контингентов: рабочие и служащие (2011г.- 33,4% , 2006г. – 26%); медицинские работники (2011г.- 1,7% , 2006 г. – 1%).

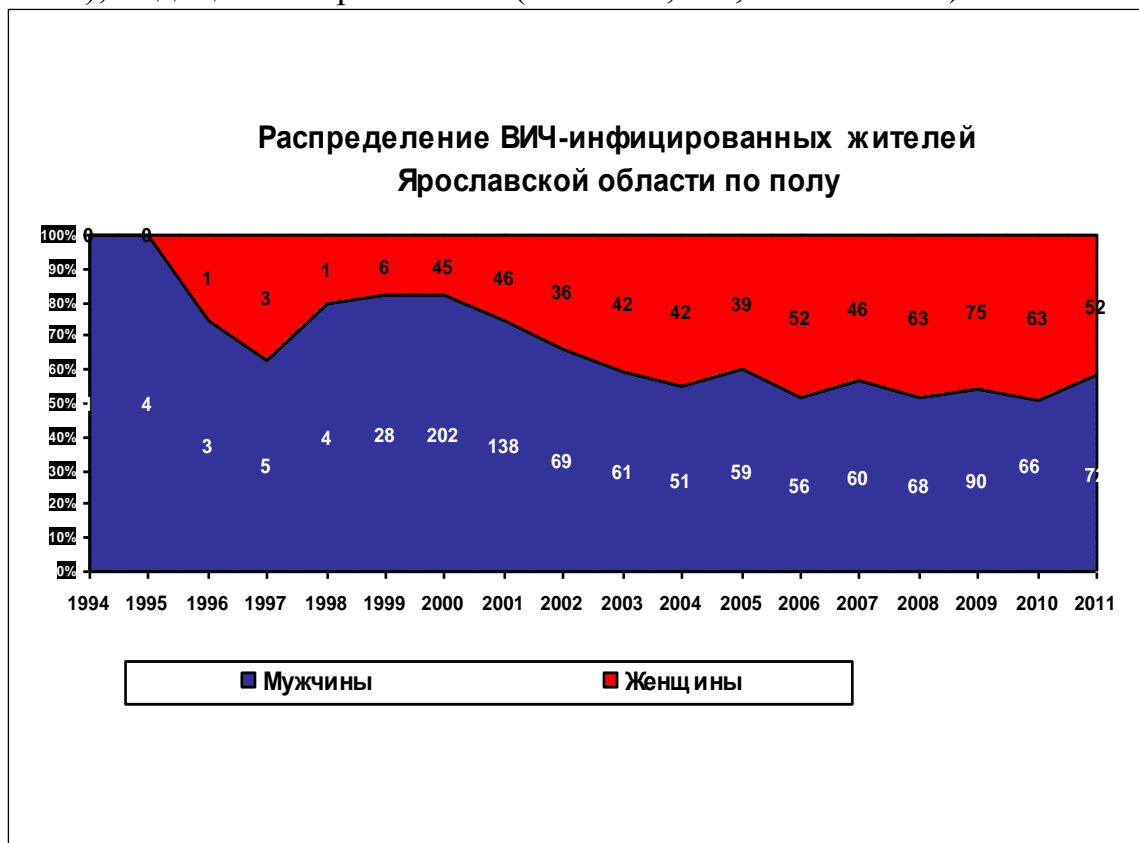


Рис. 3. Динамика ВИЧ-инфицированных по половой принадлежности

- Увеличилось число обращающихся в ГУЗ ЯО Центр СПИД медицинских работников с целью профилактики профессионального заражения ВИЧ-инфекцией. В 2010 году обратилось 9 медицинских работников, в т.ч. 1 врач и 8 медицинских сестер, в 2011 году – 13, в т.ч. 4 врача и 9 средних медицинских работников.
- Имеет место рост удельного веса полового пути передачи ВИЧ-инфекции в структуре причин заражения – 72.3% (в 2006г. – 59,6%).

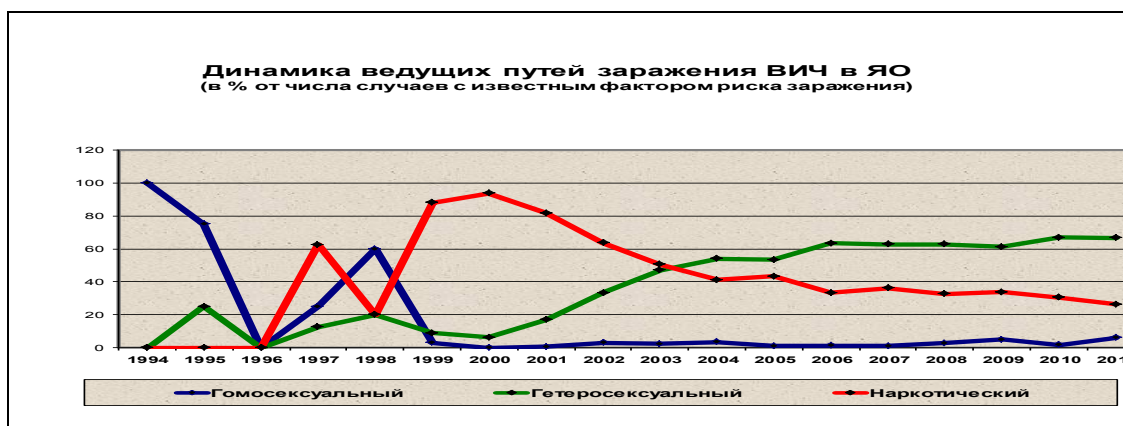


Рис. 4 Динамика ведущих путей заражения ВИЧ-инфекцией

Скрининговые исследования на антитела к ВИЧ-инфекции в ЯО проводятся с 1997 года, ежегодно обследуется 13-14% населения. В 2011 году обследовано всего 179290 человек, из них 171812 граждане РФ. Обследование проводится среди доноров (28% от числа обследованных), по клиническим показаниям (27,5%) по беременности (19,4%). Низкие показатели обследования на ВИЧ отмечаются в Брейтовском (5,3%), Некрасовском (5,3%), Мышкинском (5,8%), Рыбинском (5,9%) районах. В 2011 году не обследованы лица из групп риска (наркопотребители и ИППП) в Мышкинском, Брейтовском, Большесельском, Любимском, Некрасовском, Некоузском, Гаврилов-Ямском, Даниловском районах.

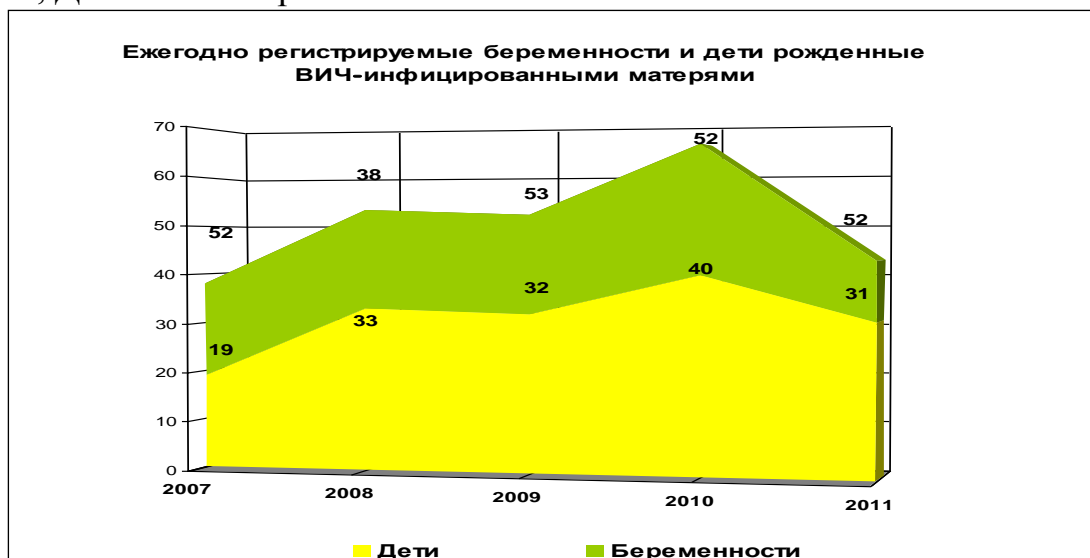


Рис.5 Динамика беременностей и родов у ВИЧ-позитивных женщин

Мероприятия по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. В ЯО, начиная с 1997 года, зарегистрировано 269 детей по перинатальному контакту (255 детей родились на территории ЯО и 14 – прибыли из других регионов).

В целях профилактики передачи вируса ВИЧ от матери ребенку в 2011 году получили АРВ-препараты 93,5% инфицированных беременных женщин, завершивших беременность родами. Охват новорожденных химиопрофилактикой составил 96,8%. По трехэтапной схеме химиопрофилактика проведена 97,4% ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и новорожденным.



Рис.6 Динамика наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированных

Проведение АРВ-терапии. За последние годы в ГУЗ ЯО Центр СПИД значительно увеличилось число больных, получающих АРВ-терапию (с 56 человек в 2007г. до 384 чел. в 2011г.), данные пациенты получали специфическое лечение за счет Приоритетного Национального Проекта по разделу «Здоровье».

Анализ эффективности лечения свидетельствует об увеличении продолжительности жизни ВИЧ-позитивных и стагнации заболевания в латентной стадии, что связано с доступностью АРВ-терапии для всех нуждающихся пациентов.

На территории Ярославской области всего зарегистрировано 322 летальных исхода ВИЧ-инфицированных, в том числе в стадии СПИД – 110.

Первоочередной задачей противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции является обеспечение межведомственной работы по профилактике ВИЧ-инфекции, особенно среди женщин, молодежи и уязвимых групп населения. Для реализации данной задачи необходимо:

- поддержание и развитие постоянно действующей системы просвещения населения о мерах личной и общественной профилактики;
- проведение профилактической работы не только с молодежью до 29 лет, но и лицами более старших возрастов;
- активизация работы с лечебно-профилактическими учреждениями ЯО по раннему выявлению ВИЧ-инфекции и профилактике профессиональных рисков;
- увеличение продолжительности жизни, снижение преждевременной смертности и инвалидности ВИЧ-инфицированных с помощью постоянно проводимых лечебных мероприятий.

Таким образом, анализируя вышесказанное, можно сделать следующие выводы:

1. Эпидемия ВИЧ-инфекции в Ярославской области находится в стадии концентрации в уязвимых группах и продолжает развиваться;
2. Отмечается смещение эпицентра эпидемии в старшие возрастные группы, целевая группа населения от 30 до 50 лет становится основной для проведения профилактических мероприятий;
3. Отсутствуют признаки стабилизации эпидемии среди наркопотребителей;
4. Сохраняется тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ-инфекции;
5. Нарастает количество ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в антиретровирусной терапии;
6. Увеличивается количество беременных ВИЧ-позитивных женщин, подлежащих проведению профилактики вертикального пути передачи;
7. Увеличивается количество ВИЧ-инфицированных женщин и детей, рожденных от позитивных матерей.

2.3. Профилактические мероприятия в Ярославской области: охват, формы, содержание, ресурсное обеспечение.

В Ярославской области имеется инновационный опыт межведомственного взаимодействия по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании, как одного из источников ее распространения. На территории ЯО работают следующие учреждения, занимающиеся профилактической деятельностью:

- Ярославская областная клиническая наркологическая больница, расположенная по адресу: г.Ярославль, ул.Кудрявцева,10, тел. (4852) 72-14-22 (www.yaoknb.ru) ;
- Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, расположенный по адресу: г.Ярославль, ул. Максимова,8, тел.(4852) 32-88-63, (e-mail: spid@yareoslavl.ru);
- Центры психолого-медико-социального сопровождения Ярославской области:
 - Городской центр психолого-медико-социального сопровождения, диагностики и консультирования школьников, расположенный по адресу: г.Ярославль, ул.Б.Октябрьская, 122, тел. (4852) 21-71-93;
 - Центр психолого-медико-социального сопровождения (приют) г.Ярославля с отделением реабилитации и коррекции для детей с зависимостью от ПАВ и наркотиков, расположенном по адресу: г.Ярославль, ул.А.Невского, 7-а, тел. (4852) 55-36-83; и т.д.

В связи с нарастающей угрозой ВИЧ-инфекции и наркозависимости в РФ, Правительство ЯО постановило об утверждении Концепции профилактики заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) в ЯО на 2011-2015 г.г. Концепция разработана с учетом основополагающих документов РФ: «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г.», «Стратегии национальной безопасности РФ до 2020 г.», «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.», «Стратегии государственной антинаркотической политики РФ на период до 2025 г.», Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой Генеральной Ассамблеей ООН, Методических рекомендаций ФНМЦ по профилактике и борьбе со СПИД, документов ЯО, в которых профилактика ВИЧ-инфекции включена в качестве важного элемента стратегии противодействия эпидемии.

За более чем 20-летний период развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России сформирована определенная система профилактических мер, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции. Предпринимаемые усилия позволили сдержать эпидемию ВИЧ-инфекции. В связи с широким внедрением антиретровирусной терапии с 2009 года отмечается тенденция снижения количества смертей от СПИДа в группе больных, получающих терапию и уменьшение числа случаев его развития.

Возрастающая социальная мобильность, массовая миграция выдвигают новые приоритеты по сдерживанию эпидемии.

Наряду с задачами повышения эффективности лечения ВИЧ-инфицированных больных на первый план выдвигается стратегия действенной системной и долгосрочной профилактики ВИЧ-инфекции в общенациональном масштабе. В настоящее время ключевое значение приобретают антиинерционные и инновационные подходы, опирающиеся на общероссийский и региональный позитивный опыт борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции и направленные на мобилизацию имеющихся и создание новых ресурсов профилактики и противодействия ВИЧ-инфекции.

Целью Концепции является создание условий для защиты здоровья жителей Ярославской области путем реализации мер, направленных как на снижение риска заражения ВИЧ-инфекцией, так и на обеспечение всеобщего доступа к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки.

Достижение данной цели означает формирование общества, в котором:

- граждане будут эффективно защищены от угрозы инфицирования ВИЧ;
- система действенных мер защиты, профилактики и лечения обеспечит контроль над эпидемической ситуацией;
- будут существенно снижены потери репродуктивного здоровья населения, производительности труда, а также финансово-экономических и ресурсных затрат, направляемых на массовое лечение тяжелых заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией.

Итогом реализации Концепции является создание объективных условий для устойчивого снижения численности новых случаев инфицирования ВИЧ, в первую очередь среди молодежи и, соответственно, снижения общих показателей заболеваемости и смертности обусловленных ВИЧ-инфекцией.

В качестве целевых ориентиров при реализации мероприятий по профилактике заражения ВИЧ-инфекцией на среднесрочную перспективу к 2015 году должны стать:

- существенное замедление темпов распространения ВИЧ-инфекции на территории Ярославской области за счет сокращения новых случаев ВИЧ-инфекции и достижение ежегодного снижения темпов роста заболеваемости;
- обеспечение всеобщего доступа к мерам профилактики, лечения ВИЧ/СПИДа, а также ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных;
- снижение риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку до 3 процентов;
- расширение охвата населения тестированием на наличие ВИЧ-инфекции;
- обеспечение межведомственной работы по профилактике ВИЧ-инфекции, особенно среди женщин, молодежи и уязвимых групп населения;
- формирование в общественном мнении установок на приоритет семейных ценностей, нравственности, отказа от моделей рискованного в отношении заражения ВИЧ поведения;
- формирование в обществе негативного отношения к немедицинскому потреблению наркотиков;
- повышение осведомленности населения о рисках для здоровья, связанных с ВИЧ-инфекцией и охват профилактическими мероприятиями и информированием не менее 80 процентов взрослого населения.

Реализация Концепции основывается на следующих основных принципах:

- соблюдение прав граждан на обладание высоким уровнем здоровья, признание права граждан на свободный доступ к информации, профилактике, лечению, уходу и поддержке;
- комплексность, инновационность, системность профилактических мер;
- взаимодействие органов государственной власти, институтов гражданского общества, бизнеса, партийных и профсоюзных организаций в рамках медицинских, социальных, экономических, правовых и иных программ профилактики ВИЧ/СПИДа;
- непрерывность и последовательность в реализации мероприятий, направленных на снижение показателей заболеваемости и смертности от болезней, связанных с ВИЧ/СПИД.

Концептуальные подходы в профилактике ВИЧ-инфекции включают также выработку и внедрение в практику следующих принципов и подходов:

- принцип выделения целевых групп, заключающийся в разработке целенаправленных адресных программ профилактики с учетом групповых социально-психологических характеристик. Приоритетными целевыми группами следует считать потенциально уязвимые (учащаяся и работающая молодежь, беременные,

медицинские работники, военнослужащие, трудовые мигранты, лица, находящиеся в местах лишения свободы), а также реально уязвимые (потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие секс с мужчинами, лица, практикующие коммерческий секс);

- принцип поощрения социальной ответственности и участия бизнеса и гражданского общества в сфере профилактики ВИЧ-инфекции;
- принцип научной обоснованности и экспертно-аналитического сопровождения программы профилактики ВИЧ-инфекции.

Для создания и реализации системы профилактических мер в целевых группах (потенциально и реально уязвимых группах) необходимы:

- разработка информационно-образовательных и обучающих программ и кампаний по формированию здорового образа жизни среди различных категорий населения, особенно детей, подростков и беременных женщин;

- подготовка работников здравоохранения, образования, социальной сферы, средств массовой информации для участия в профилактических мерах;

- разработка и продвижение проектов, способствующих усилению доступности и действенности профилактических мер, в реально уязвимых целевых группах с использованием потенциала неправительственного сектора и гражданских инициатив в профилактике рискованного поведения, наркомании и ВИЧ-инфекции в этих группах;

- использование инновационных методов и приемов в профилактических мероприятиях в системе образования. Создание интерактивных, медийных информационно-образовательных и обучающих пособий и программ;

- внедрение программ по реализации профилактических мер через малые контактные группы (семья, трудовой, учебный коллектив, устойчивые группы по интересам и т.п.);

- усиление роли православной церкви и других конфессий в деле профилактики распространения ВИЧ-инфекции;

- создание, с целью усиления эффективности, в системе профилактических мер волонтерского движения на базе неправительственных организаций и образовательных учреждений, в том числе с использованием потенциала медицинских училищ, находящихся в ведении уполномоченных органов ЯО;

- разрушение стереотипа вседозволенности и необузданного потребительства как современного и модного атрибута жизни, признание половой распущенности и неверности неприемлемым и губительным для общества поведением;

- воссоздание с использованием новых методов положительного примера супружеской верности и семейных ценностей, а также разъяснение родителями и детям реальной угрозы ВИЧ-инфицирования и его трагических последствий для личности;

- разработка и реализация специальных медиапроектов, направленных на различные группы населения (детей, беременных женщин, работников сферы образования, здравоохранения и культуры), с использованием средств коммуникации (почты, прессы, телевидения, радио, транзитной антирекламы, сети Интернет, открытой консультативной телефонной линии);

- разработка и размещение социальной рекламы, подготовка и издание научно-популярной литературы, направленной на профилактику ВИЧ-инфекции,

распространение их через средства массовой информации, медицинские, образовательные и торговые организации, библиотеки;

- привлечение гражданского общества, деятелей науки, культуры, искусства, к медийным проектам профилактики с целью формирования в общественном мнении позитивных установок на социально ответственное и безопасное поведение;

- создание и продвижение рекламных продуктов по профилактике ВИЧ-инфекции с учетом новейших достижений социальной рекламы в контексте основных направлений, подходов и принципов настоящей Концепции. Широкое использование всего рекламного пространства;

- подготовка обоснованных и проработанных планов и рекомендаций по формированию высокоэффективной системы профилактических мер;

- сопровождение процессов выработки и принятия управленческих решений в области профилактики ВИЧ-инфекции;

- мониторинг динамики результатов профилактических мер;

- организация и проведение социологических обследований для изучения ценностных установок, уровня знаний, уровня приверженности безопасному и социально ответственному поведению различных целевых групп;

- использование инновационных достижений ведущих научных мировых центров США и ЕС, занимающихся вопросами ВИЧ-инфекции;

- укрепление и развитие сотрудничества с зарубежными НПО, методологические подходы и программы которых отвечают направлениям Концепции и не противоречат российскому законодательству.

Результативность системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции является основной целевой функцией и критерием оценки эффективности мероприятий, осуществляемых в рамках данной Концепции.

Для принятия эффективных управленческих решений, направленных на существенное замедление темпов распространения ВИЧ-инфекции на территории области и достижение ежегодного снижения темпов роста заболеваемости, а также обоснования необходимых ресурсов должна быть система оценки эффективности реализации Концепции (далее - система мониторинга).

Система мониторинга позволит оценить позитивную динамику в процессе замедления темпов распространения ВИЧ-инфекции и сокращения численности ВИЧ-инфицированных для внесения соответствующих корректировок в Концепцию и план по ее реализации.

Формирование современной системы мониторинга предусматривает:

установление показателей и индикаторов, включающих данные о распространенности ВИЧ/СПИД в различных целевых группах и эффективности различных мер профилактики в соответствующих группах;

использование экспертных методик при реализации мониторинга качества и результативности программ профилактики.

Для достижения цели Концепции в ходе реализации профилактических мер используется системный подход, который предполагает:

- формирование плана мероприятий по реализации Концепции, выработку действенного механизма и алгоритма по его выполнению;
- эффективное распределение имеющихся ресурсов на достижение значений целевых ориентиров;

- создание механизма мониторинга, оценки, контроля, а также распознавания и минимизации рисков реализации Концепции.

Для осуществления эффективного управления и контроля выполнения плана мероприятий по реализации Концепции в каждой заинтересованной организации должны определяться ответственные должностные лица и соответствующие подразделения.

На региональном уровне управление, координация и контроль за ходом выполнения мероприятий по реализации Концепции осуществляется департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

Финансирование мероприятий по реализации Концепции осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели в федеральном и областном бюджетах, а также за счет спонсорских средств, пожертвований.

2.4 Формы и методы профилактических мероприятий в образовательных учреждениях

Специфика содержания и целей профилактики ВИЧ в школе связана с необходимостью, наряду с такой традиционной формой, как урок, использовать новые формы обучения. Это обусловлено тем, что темы, которые предполагается обсуждать в ходе обучения, носят личностный, подчас интимный характер. Стиль преподавания должен быть точно выверен: недопустимы ни запугивание, ни провоцирование нездорового интереса подростков к изучаемым проблемам. Профилактические мероприятия должны быть направлены на формирование социально приемлемых убеждений в области здорового образа жизни и развитие установки на адаптивное поведение в соответствующих жизненных обстоятельствах.

У современных подростков формируется мировоззрение и поведенческие стереотипы под массивным воздействием рекламы. Продвигая разнообразные товары, производители ориентируются в основном на молодежную аудиторию. При этом эксплуатируются такие свойства подростков, как гиперсексуальность, стремление к острым ощущениям, отсутствие жизненного опыта. С помощью рекламы жевательных конфет в сознание зрителя внедряется идея о том, что для близости с девушкой необходимо всего лишь свежее дыхание. А такие вещи, как безопасный секс и недопустимость интимных отношений с малознакомым человеком, остаются за кадром. Юный адресат этой рекламы усвоит не только тягу к конфетам (прохладительным напиткам, чипсам и прочее), но и убеждение в том, что безответственное поведение в сфере сексуальных отношений вполне приемлемо и даже приветствуется.

Все это усложняет задачу профилактических мероприятий в образовательных учреждениях, так как зачастую придется не только формировать адекватную установку, но и корректировать уже сложившиеся стереотипы неадаптивного поведения. Необходимо также учитывать и подростковый негативизм, недоверие к миру взрослых, стремление оградить от их вмешательства свою личную жизнь. Кроме того, если обычный школьный учебный материал можно объяснить и продемонстрировать с помощью наглядных пособий, опытов, экспериментов, то специфика предлагаемого курса значительно ограничивает такие возможности традиционных методов преподавания.

В России в настоящее время выделяется основная модель профилактических программ – информационно-просветительская[34]:

Модель основывается на формировании мотивации на здоровье, что в свою очередь невозможно без междисциплинарного взаимодействия различных специалистов (педагогов, психологов, врачей и ряда других).

В этой модели выделяется программа жизненных навыков, которая является по своей сути профилактической по отношению к социально обусловленным заболеваниям, в том числе к ВИЧ-инфекции. Этим определяется ее интегративная форма, в большей степени опирающаяся на вторую и третью модели, основанные на тренинговых, интерактивных методах. Такая форма обучения альтернативна информационно-просветительскому подходу, показавшему свою неэффективность в решении профилактических задач. Она конструктивна и направлена на формирование позитивных установок и эффективных поведенческих навыков у всех категорий детей и решает задачи, совпадающие с задачами развития в конкретных возрастах. Отличительный признак этой модели — ее превентивный характер, то есть направленность не на исправление последствий нарушений психосоциального развития, а на их предупреждение.

Моделирование безопасного поведения — это сложный процесс, при котором у подростков необходимо создать, с одной стороны, своеобразную «психологическую прививку» против нездорового любопытства, которое чаще всего и толкает их на рискованные поступки, и с другой — твердую установку на соблюдение правил социально приемлемого поведения. Таким образом, речь идет о формировании адекватной социальной установки.

В ходе профилактической работы по формированию адекватных установок ее ведущий может столкнуться с сопротивлением, нежеланием учащихся менять уже существующие у них стереотипы поведения. М.Ю. Кондратьев и С.Д. Дерябо отмечают, что человек будет восприимчив к попыткам изменить существующую у него систему стратегий и технологий поведения только в двух случаях: если имеющихся стратегий и технологий недостаточно для достижения поставленных целей, или если они становятся неэффективными. Следовательно, чтобы обучать новым стратегиям и технологиям, необходимо убедительно продемонстрировать неэффективность уже имеющихся[29].

Понимание этих нюансов очень важно при выборе форм и методов реализации профилактических мероприятий. В связи с этим также необходимо четко представлять структуру социальной установки. Описывая эту структуру, М.Смит выделил три ее компонента: когнитивный, содержащий знание и представление о социальном объекте; аффективный, отражающий эмоционально-оценочное отношение к объекту; поведенческий, выражающий потенциальную готовность личности реализовать определенное поведение по отношению к объекту.

Воздействие на отдельные компоненты установки предполагает использование самых различных приемов. Если при работе с когнитивным компонентом можно опираться на такие традиционные для школы формы, как урок, то при работе с аффективным и поведенческим не обойтись без тренингов, тренинговых занятий, психологических игр. Следует учесть необходимость использования индивидуальных форм работы, особенно эффективных в силу специфики обсуждаемой темы. Оптимальным видится индивидуальное консультирование, осуществляемое

профессионалом: подготовленным педагогом, психологом, медицинским работником, включая специально приглашенных специалистов. Одним из важнейших факторов работы с установкой является также агент влияния, в данном случае — человек, который проводит занятия. В этой связи нужна специальная подготовка школьных психологов, педагогов или социальных работников к ведению профилактической программы[39].

В настоящее время существуют следующие формы методы профилактических мероприятий[18, 21, 25, 29]:

ИНФОРМАЦИОННО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЕ ЗАНЯТИЕ.

Основная цель проведения занятия— формирование и развитие знаний, умений, навыков. При этом знания рассматриваются как проверенный общественно-исторической практикой и удостоверенный логикой результат процесса познания действительности; адекватное ее отражение в сознании человека в виде представлений, понятий, суждений, теорий. Под умениями подразумеваются освоенные человеком способы выполнения действия, обеспечиваемые совокупностью приобретенных знаний и навыков. Навыки -это действия, в составе которых отдельные операции автоматизированы в результате многократных упражнений.

Реализация профилактических мероприятий в ОУ может осуществляться в традиционной школьно-урочной системе. Тем более что урок, как правило, лучше других форм освоен школьными учителями. Примером удачной интеграции проблематики профилактической программы в школьные уроки может служить методическое пособие «Профилактика ВИЧ-инфекции у подростков». Однако при организации профилактической работы со школьниками в форме урока следует помнить, что основной акцент в ходе формирования и развития знаний необходимо сделать на представления. В данном случае это не совсем синонимичные понятия. О разнице между ними применительно к профилактическим программам писали М.Ю. Кондратьев и С.Д. Дерябо (2001): «...информация о влиянии, которое оказывает на клетку человека вирус иммунодефицита человека, является собственно знаниями, а информация о том, что этот вирус не передается, например, воздушно-капельным путем, — уже представления. В первом случае открытия ученых фактически никак не повлияли на понимание обычными людьми проблем, связанным с данным заболеванием, и их поведение, оставаясь своего рода «интеллектуальным балластом». А во втором — самым существенным и непосредственным образом: с одной стороны, успокоили тех, кто призывал изолировать чуть ли не в концентрационных лагерях носителей ВИЧ-инфекции, а с другой, убедили остальных в необходимости соответствующих «мер безопасности» в сексуальной жизни». Что же касается умений и навыков, то принципиальным, с точки зрения профилактики социально обусловленных заболеваний, в т.ч. ВИЧ-инфекции, выступает то обстоятельство, что в данном случае речь идет о поведенческих навыках. Это гораздо более сложная конструкция, чем операциональное умение или навык. Если обычные предметные или даже общеучебные навыки учитель может продемонстрировать, а ученики в процессе многократных повторений освоить, причем уровень овладения навыком может быть оценен учителем, то навыки поведенческие никак не укладываются в эту схему. Здесь мы еще раз приближаемся к проблеме формирования, а в ряде случаев коррекции, поведенческой установки.

В этом смысле возможности урока несколько ограничены. В ходе урока можно дать информацию, которая окажет определенное воздействие на когнитивный компонент поведенческой установки. Опытный педагог, используя разнообразные дидактические приемы, способен сформировать у учащихся необходимое отношение к проблеме. Тем самым будет осуществлено воздействие и на аффективный компонент поведенческой установки. Но говорить, что этого будет достаточно для формирования устойчивых поведенческих структур, все же нельзя.

Выработка личной стратегии поведения требует специфических форм тренировки. Классно-урочная форма не всегда позволяет эффективно создать модельные условия для ролевой игры, она не располагает к рефлексии собственного, иногда травматичного, опыта. Устойчивый состав класса, допустимость оценочных суждений, выставление отметок и прочее снижают потенциал традиционного урока как формы реализации программы профилактики ВИЧ-инфекции.

В то же время не стоит рассматривать урок как форму, совершенно не пригодную для ведения профилактической работы в школе, в комплексе с тренинговыми занятиями, ролевыми играми и т.п. урок может стать отправной точкой для работы в данном направлении.

ТРЕНИНГ. Один из наиболее распространенных психолого-педагогических методов воздействия на формирование поведенческой установки — это тренинг. Тренинг позволяет, воздействуя на эмоциональную сферу ребенка, обеспечить его нужной информацией, помогает сформировать необходимые навыки и отработать оптимальную личную стратегию поведения в типичной ситуации.

Существует большое количество значений термина «тренинг». СИ. Макшанов и Н.Ю. Хрящева со ссылкой на источники приводят некоторые из них: «метод развития способностей к обучению», «способ перепрограммирования модели управления поведением и деятельностью», «часть планируемой активности организации, направленной на увеличение профессиональных знаний и умений». При этом авторы выделяют наиболее часто используемый термин «психологическое воздействие», отмечая, что «адекватность этого термина... можно признать лишь отчасти: как понятия, отражающего именно процесс движения информации от одного участника взаимодействия к другому».

Независимо от формы проведения тренинга, с его помощью ведущий должен решить такие задачи, как приобретение участниками новых знаний, формирование умений, навыков, развитие установок, определяющих поведение в общении, перцептивных способностей, коррекция и развитие системы отношений личности. Тренинг часто рассматривают как опыт совместного переживания и проживания проблемной ситуации. Несмотря на некоторые различия в деталях, суть тренингового метода в том, что это способ организации активности участников в пространстве и времени тренинга с целью достижения изменений в их жизни и в них самих.

Цель профилактического тренинга — формирование представлений о сущности здорового образа жизни, его целесообразности, убеждений в ценности физической безопасности своей и других людей, умений распознавать потенциально опасную ситуацию, предвидеть последствия своих и чужих действий, способности избегать или минимизировать риск. Очевидно, что при таком подходе появляется возможность воздействовать на все основные компоненты поведенческой установки.

Тренинг является наиболее эффективной формой реализации профилактических программ. Результаты исследований свидетельствуют, что после проведения профилактических тренингов у школьников не только снижается риск приобретения социально обусловленных заболеваний, но также достоверно уменьшается число прогулов, улучшается успеваемость, повышаются коммуникативные способности.

В последние годы в школах все чаще стали проводиться различные тренинги. Наиболее результативен опыт, когда тренинговые программы проводятся с погружением: в течение нескольких дней школьники посещают только тренинги, «не отвлекаясь» на уроки и другие занятия. Понятно, что организовать такую форму тренинговой работы не просто. Необходимы время, помещение, оборудование, отсутствие отвлекающих стимулов. С этой точки зрения, лучше всего проводить подобные тренинги во время школьных каникул. Школы часто приглашают для такой работы специалистов со стороны, что может повысить эффективность тренинга, так как со школьными педагогами и психологами у детей, как правило, имеются уже устоявшиеся отношения. Иногда это мешает плодотворной работе.

Есть еще ряд трудностей использования тренинговой формы профилактической работы в школе, обусловленных особенностями организации образовательного процесса. Среди них необходимость «привязки» к учебному расписанию; отсутствие (или ограниченность) в расписании времени для специальных занятий; жесткий регламент продолжительности урока и перемен; большая и неоднородная (с точки зрения психолога) наполняемость классов; невозможность соблюдать определенные тренинговые правила, например, конфиденциальность.

Все вышесказанные обстоятельства делают классический тренинг, несмотря на все его преимущества, по сравнению с другими формами, малодоступной для массовой школы формой реализации профилактических программ.

ТРЕНИНГОВЫЕ ЗАНЯТИЯ. Специфика профилактических программ предполагает активные формы обучения. Школьная же практика вносит свои серьезные ограничения при использовании, например, такой исключительно подходящей для реализации целей программы формы, как психологический тренинг. В последнее время в практику школьных психологов вошли так называемые тренинговые занятия. Эта своеобразная форма психологической работы позволяет, с одной стороны, до некоторой степени реализовать задачи классического психотренинга, а с другой — учесть школьную специфику.

Структура тренинговых занятий включает несколько этапов, каждый из которых имеет собственные цели и методы реализации. Вводная часть призвана актуализировать имеющийся у учащегося собственный жизненный опыт и житейские знания. Этот этап занятия призван мотивировать участников на дальнейшую работу, создать деловой настрой, позитивно окрашенный фон настроения. В соответствии с этим выбирается набор применяемых упражнений.

Основная часть занятия в форме тренинга направлена на формирование нового опыта. Участники не только получают новую информацию, но и как бы «примеряют» ее на себя; моделируют новые способы поведения, глядя на других участников группы; ищут наиболее эффективные приемы действия и взаимодействия в типовых жизненных ситуациях. На этом этапе также применяются специфические техники.

Заключительная часть посвящается отработке личной стратегии поведения, осмыслению приобретенного опыта, получению обратной связи от группы.

Обязательный элемент на данном этапе — рефлексия, которая позволяет участникам продемонстрировать личное отношение к происходящему на занятии. Рефлексия — неотъемлемый атрибут тренингового занятия и на других этапах, в случае проведения отдельных упражнений и использования некоторых техник.

В конце каждого занятия по школьной традиции участникам предлагается домашнее задание, которое надо выполнять при участии членов семьи. Вовлечение значимых взрослых в процесс освоения ребенком новых способов поведения представляется тем более важным, что ближайшее окружение во многом определяет привычные жизненные алгоритмы.

Таким образом, тренинговое занятие позволяет в модельных условиях отработать поведенческие стратегии в типовых жизненных ситуациях. В то же время структура занятия и применяемые методы дают возможность воздействовать на когнитивный компонент установки путем предоставления новой информации, на аффективный компонент — при помощи воздействия на эмоциональную сферу в ходе рефлексии упражнений, на интенционный компонент — по мере отработки поведенческих стратегий и в целом на дальнейшее поведение участников.

Тренинговые занятия имеют продолжительность 40-45 минут, что позволяет без труда включить их в школьное расписание. Обычно такие занятия проходят не чаще одного раза в неделю. Для их проведения можно использовать любое школьное помещение: класс, актовый зал, рекреационное помещение. Необходимо соблюдение простых условий: помещение для тренинговых занятий должно быть достаточно просторным, участников ничто не должно отвлекать, проводить занятия желательно в одно и то же время, в одном и том же месте. Общее количество занятий может не превышать 10-12. Как правило, цикл тренинговых занятий завершается двухчасовой психологической игрой.

Понятно, что такая организация работы не может серьезно увеличить нагрузку детей. Более того, никаких записей в ходе занятия можно не делать, а применение занимательных упражнений, ролевых игр и релаксационных техник делает тренинговые занятия весьма привлекательными для школьников.

Представляется, что в настоящее время тренинговые занятия — это наиболее приемлемая форма реализации профилактической программы в школе.

Не следует, однако, ждать от них мгновенного эффекта. Поведение человека — продукт конкретных жизненных обстоятельств, условий жизни, традиций и много другого. Оно формируется на протяжении длительного времени и быстро изменить его невозможно. Однако продуманная кропотливая работа может оказаться в этом смысле эффективной.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИГРА. Как показывают наблюдения, наиболее успешно реализуются профилактические программы, в которых обучение социальным и здоровьесберегающим навыкам осуществляется через игру, через проигрывание и проживание ситуации, а не заучивание сообщенного взрослым «правильного ответа». Игра — это средство, которое изначально входило в арсенал педагогов и только потом — психологов. «Упоминание о приемах и технике обучения в процессе ролевых игр можно найти в трудах А.С. Макаренко, который в начале своей карьеры наблюдал «дворянские игры» в кадетских корпусах. Затем эти приемы и техника получили развитие и теоретическое обоснование у американских психологов в 1940-1960-х гг., в первую очередь, у Альберта Бандуры. Далее они нашли широкое признание в 1980-

1990-х гг. в американской программе под названием «LifeSkills», — писал российский нарколог А.В. Соловов, прошедший обучение у основоположника «LifeSkills» Б. Спрангера.

Игра как деятельность, совершаемая искренне, с азартом и одновременно «не всерьез», обладает очень большим развивающим и обучающим воздействием. Психологические игры чрезвычайно разнообразны по своим целям и содержанию. Однако, кроме этого разнообразия, существует большое количество подходов к пониманию этого явления. М.Р.Битянова (2002) отмечает, что игрой «называют и психотехнический прием, с помощью которого за 1,5-2 минуты можно настроить детей на работу в группе, структурированное действие по правилам (например, «колдунчики» или «колечко»), большое и сложное ролевое действие и многое другое». В соответствии с ее определением «психологическая игра — это целостное, законченное действие, совершенно самостоятельное, имеющее свою внутреннюю систему целей и правил, достаточно продолжительное по времени».

Эрик Берн называл игрой «серией последовательных скрытых трансакций» (условных единиц общения, результат которых можно четко установить и предсказать). Результат психологических игр можно предсказать далеко не всегда. Так, достаточно простые по форме «игры-оболочки» проходят, как правило, стандартно. Более сложные по форме игры, например, «игры-проживания» или «игры-драмы» в разных группах (классах) могут протекать и заканчиваться совершенно по-разному.

Игра обладает своей атрибутикой. Игровой замысел проявляется в названии игры и может быть выражен в виде проблемы, которую предстоит решить. Правила помогают определить поведение участников в процессе игры и порядок игровых действий, которые позволяют участникам показать себя. Познавательное содержание заключается в приобретении конкретных знаний и навыков в процессе решения проблемы, поставленной игрой. Итоговый результат — завершение игры, проявляемый в виде решения проблемы, и сопровождается обязательной рефлексией.

Психологическая игра довольно широко применяется в работе с подростками. Этот популярный метод работы школьного психолога имеет как формирующий, так и диагностический потенциал. Психологическая игра может стать одной из форм реализации профилактической программы не только в силу своей привлекательности для школьников, но и в плане воздействия на поведение детей. В этом смысле психологическую игру можно сравнить по силе воздействия на поведенческие стратегии с психологическим тренингом. Причем игра даже в большей степени, чем тренинг, может воздействовать на аффективную составляющую установки и на поведенческие намерения участников.

Специфика большой психологической игры связана с необходимостью использования значительных ресурсов. Это и помещение, и оборудование, и костюмы. Такая игра требует большего времени, как правило, это 2-3 часа, и серьезной подготовки. Все это делает игру не самой удобной формой реализации программы в школе. По-видимому, психологическая игра может рассматриваться как завершающий этап, финал программы или какой-то ее значительной части.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ. Оценка эффективности занимает важнейшее место в организации профилактической работы. При этом следует учесть, что оценка должна производиться как по завершении всего курса, так и во время его проведения.

Подобный подход применялся Н.А. Сиротой, которая в свою очередь опиралась на классификацию оценок эффективности, предложенную М. Скрайвером (1967). В соответствии с этой классификацией, оценки различаются как процессуальные (промежуточные) и итоговые. Процессуальные оценки позволяют установить адекватность применяемых средств и методов по мере реализации программы. Кроме того, организаторы получают возможность убедиться, что цели каждого мероприятия (тренинга, урока) достигнуты, а задачи выполнены. Итоговая оценка говорит об эффективности программы в целом.

Несмотря на то, что предмет профилактической работы — социальное поведение и социальное влияние, являющиеся темой социальной психологии, науки эмпирической, исследование (в данном случае — оценка эффективности) должно начинаться с гипотезы или предположения. В нашем случае в самом общем виде это предположение, что учащиеся, оказавшись в конкретной жизненной ситуации, будут действовать в соответствии с социально приемлемыми нормами (безопасный секс и отказ от наркотиков).

Для осуществления оценки могут применяться самые различные методы и методики. Если педагоги (психологи) школы по тем или иным причинам не могут выполнить это самостоятельно, в школу приглашаются специалисты со стороны.

Одним из наиболее доступных методов оценки эффективности профилактической работы считается метод наблюдения. В этом случае наблюдатель (психолог), изучая особенности поведения учащихся, ищет какие-либо его проявления, свидетельствующие о наличии у детей и подростков тех или иных социальных установок, а также уровня сформированности этих установок.

Метод станет более информативным, если наравне с ним будет проделана социометрия. В дополнение к идеографическому тесту отношений, классической социометрии (анкетирование с последующим составлением таблиц выборов, «воронки» Морено) и методике Рене Жиля целесообразно использовать игровые модификации социометрического метода. С младшими подростками наиболее эффективно применение методики игровых выборов, выполняющих как диагностическую, так и формирующую функции.

Ограниченность метода наблюдения заключается в том, что некоторые виды поведения проявляются достаточно редко и могут вообще быть не видны в публичной жизни.

Традиционный для школы метод — выявление имеющихся у учащихся знаний — не всегда дает объективную информацию об эффективности работы. Это обусловлено тем, что знание о последствиях заражения СПИДом не дает основания для 100%-ной уверенности, что учащиеся в дальнейшем будут избегать социально опасных ситуаций. Однако вопросы могут выполнять контрольные функции, если будут нацелены на выяснение не столько знаний, сколько представлений. Подобный метод описан в ряде работ. Он представляет безусловный интерес, так как может осуществляться не только психологом, но и педагогом.

Глава 3. Информационно-просветительские занятия по профилактике ВИЧ/СПИДа

3.1. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе биологии на тему: «Физиологические защитные системы организма. Иммуитет. Развитие приобретенного иммунодефицита»

Основная цель занятия — сформировать представление о функционировании иммунной системы как естественной защиты организма человека от всего генетически чужеродного.

Задачи: уточнить определение понятия «иммуитет»; разобрать схему иммунного ответа; ответить на вопрос: «Почему возникает иммунодефицит?».

Проведение занятия по предлагаемой теме представляет учителю уникальную возможность — на модели ВИЧ-инфекции разобрать не только функционирование иммунной системы, но и объяснить причины возникновения иммунодефицитных состояний. Учитель самостоятельно планирует глубину разбираемого материала, определяет форму контроля исходного уровня знаний учащихся по следующим разделам школьной программы: кровь, иммуитет, размножение вирусов, т.е. проведение этого урока может быть своеобразным коллоквиумом, на котором учитель не только определяет знания учеников, но и формирует основы для аналитической, интеллектуальной деятельности, направленной на умение сопоставить имеющиеся знания с получаемыми.

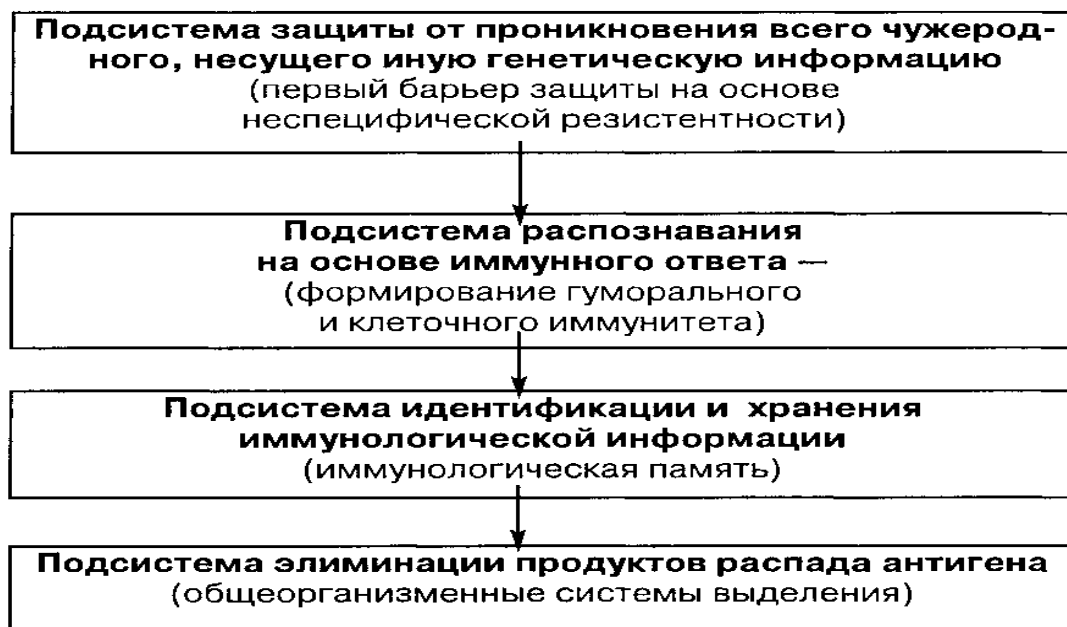
Вводная часть (не более 10-15 минут). Учитель выясняет представление учеников о структуре и функциях иммунной системы, видах иммуитета. Затем дает определение понятию «иммуитет».

Иммуитет - особое биологическое свойство многоклеточных организмов, в норме предназначенное для защиты от инфекций и иных внешних патогенов, способных при попадании во внутреннюю среду вступать в прочные связи с клетками и/или межклеточным веществом. Носителями этого свойства служат специализированные клетки — лимфоциты. Уникальным и отличительным свойством лимфоцитов является способность распознавать большое множество разнообразных и эволюционно незапланированных молекулярных объектов (антигенов). Распознавание есть физическое связывание. После распознавания лимфоцит инициирует и мобилизует как собственные, так и общевоспалительные механизмы деструкции поврежденных патогеном тканей, после чего наступает их элиминация из организма.

Различают клеточноопосредованный и гуморальный иммунный ответ. Основой клеточного иммуитета являются Т-лимфоциты, разрушающие инфицированные возбудителем клетки. В результате гуморального иммунного ответа активированные В-лимфоциты после их пролиферации превращаются в плазматические клетки, продуцирующие различные изотипы антител.

При ВИЧ-инфекции идет поражение всех клеток-мишеней, несущих CD4-рецептор для связывания ВИЧ, в том числе и лимфоидных иммунокомпетентных клеток, что приводит к развитию иммунодефицита — потери организмом способности сопротивляться любым инфекциям и восстанавливать нарушение своих органов и тканей. В этом состоянии человек становится беззащитным не только перед обычными инфекциями, такими, например, как грипп, ОРВИ, но также перед бактериями и вирусами, которые ранее не могли вызвать заболевания, так как иммунная система не

позволяла им размножаться. Инфекции, которые при здоровой иммунной системе не приносят вреда организму человека, но на фоне иммунодефицита вызывают серьезные болезни, называют оппортунистическими. В переводе с латинского языка «оппортунистические» означает - использующие случай.



Заключение (10 минут). Таким образом, ВИЧ приводит к подавлению иммунной системы, результатом этого является развитие СПИДа, то есть совокупности определенных симптомов и заболеваний, свидетельствующих о том, что иммунная система сильно повреждена. Если у человека развивается иммунодефицит и обнаружены оппортунистические заболевания, то ему ставят диагноз «СПИД». СПИД - последняя терминальная стадия ВИЧ-инфекции. Далее необходимо обратить внимание учеников на виды рискованного поведения и факторы риска, которые способствуют заражению ВИЧ с последующим развитием иммунодефицита.

В итоге осмысливания информационного блока данного урока у учеников будет происходить формирование собственного осознанного отношения к проблеме ВИЧ/СПИДа с изменением когний в пользу здорового образа жизни. Варианты возможного интеллектуального продукта: нарисованные учениками схемы иммунного ответа или развития иммунодефицита; компьютерная анимация поражения ВИЧ иммунной системы человека и др.

3.2. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе биологии на тему: «Механизмы, пути передачи ВИЧ и их профилактика»

Основная цель занятия — сформировать устойчивое и верное представление о механизмах и путях распространения ВИЧ-инфекции; создать предпосылки для толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным.

Задачи — уточнить и закрепить знания о путях распространения ВИЧ; определить группы с фактором риска ВИЧ-инфицирования; формирование толерантности к ВИЧ-инфицированным.

Вводная часть (не более 10-15 минут). Учитель предлагает провести занятие в форме беседы. Учащиеся излагают свои представления о ВИЧ/СПИДе и возможных путях заражения, то есть происходит выяснение исходного уровня знаний, что в последующем помогает учителю провести коррекцию выявленных неверно сформированных стереотипов и представлений о механизмах и путях распространения ВИЧ-инфекции.

Основная часть (не более 20-25 минут). Учитель уточняет действия различных механизмов передачи ВИЧ. Акцентируя внимание на передаче ВИЧ путем половых контактов, рассказывает о возможной реализации вертикальной передачи (от матери — плоду во время беременности, родов и кормления грудью). В ходе дальнейшего обсуждения темы учитель обращает внимание на неверные представления и мифы о возможных путях заражения ВИЧ. Определяет понятие групп с фактором риска ВИЧ-инфицирования. Далее идет детальный разбор профилактической работы, направленной на разрыв путей передачи ВИЧ.

Заключение (10-15 минут). Учитель высказывает мысль о том, что ответственное поведение снижает действие фактора риска заражения ВИЧ. Обсуждая пример ВИЧ-позитивных новорожденных, закладывает предпосылки к формированию толерантного отношения к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией. Подводя итог, учитель делает вывод о том, что пути передачи ВИЧ хорошо изучены и каждый человек может защитить себя и своих близких от дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Варианты возможного интеллектуального продукта: нарисованные учениками плакаты путей передачи ВИЧ; инсценировка в форме монтажа на тему: «Как можно и как нельзя заразиться ВИЧ?» или «Что мы должны знать о путях распространения ВИЧ-инфекции?».

3.3. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе биологии на тему: «Структура и репликация ВИЧ в клетках-мишенях»

Основная цель занятия — сформировать основу для понимания патогенеза ВИЧ-инфекции и третичного уровня ее профилактики.

Задачи - закрепить представление об особенностях структуры вирусов на примере ВИЧ; разобрать стадии репликации (размножения) ВИЧ; определить клетки-мишени для репликации ВИЧ; обосновать подходы к антиретровирусной терапии, то есть дать понятие третичному уровню профилактики ВИЧ-инфекции.

Вводная часть (не более 10 минут). Возбудители инфекционных (паразитарных) болезней человека представлены прионами, вирусами, риккетсиями, бактериями, простейшими, грибами, гельминтами и эктопаразитами, причем в последнее время все большее значение приобретают возбудители второго поколения, к которым, в первую очередь, относят вирусы.

Вирусы были открыты в 1892 году русским ученым Д.И. Ивановским. Вирусы занимают промежуточное положение между живой и неживой природой. Состоят из белковой оболочки и нуклеиновой кислоты (ДНК или РНК). Существует в формах (стадиях) вириона, провируса, вегетативного вируса. Они обладают выраженным цитотропизмом и облигатным внутриклеточным паразитизмом. У вирусов отсутствуют цитоплазма, типичные клеточные органеллы, собственный обмен

веществ. Вирусы проявляют свойства живого только при внутриклеточном паразитировании. Вирусам присущи такие свойства живых организмов, как самовоспроизведение, саморегулирование, наследственная изменчивость, адаптация к условиям обитания.

Основная часть (не более 20-30 минут). У человека вирусы могут вызывать различные инфекционные болезни. Например, грипп, корь, полиомиелит, бешенство, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты и др. Среди многообразия вирусных инфекций выделяют особую группу медленных инфекций, которые вызываются ретровирусами. Свое название ретровирусы получили по отличительной особенности репликации. Если обычные вирусы реплицируются по схеме: ДНК-РНК-белок, то у ретровирусов РНК служит основой для формирования ДНК-провируса (getgo — назад) с последующим синтезом вирусной РНК (схема РНК-ДНК провируса- РНК). Далее может быть разобрана схема структуры ВИЧ, как модель строения вирусов. ВИЧ имеет простое строение: состоит из двух оболочек (внешней и внутренней), двух спиралей РНК и ферментов, участвующих в процессе репликации. Учитель отмечает, что ВИЧ относится к семейству ретровирусов, подсемейства лентивирусов. Во внешней оболочке вируса есть отростки (gp120 и gp41), которыми он присоединяется к клеткам-мишеням, а другие оболочечные белки разрывают поверхность клетки и впрыскивают внутрь клетки-мишени внутреннюю оболочку вируса, имеющую форму капсида — конуса с усеченной вершиной. Капсид содержит вирусную РНК и набор ферментов для репликации. Цель капсида — доставить все это в ядро клетки. Учитель фиксирует внимание учащихся на том, что связывание ВИЧ с рецептором CD4 клетки-мишени происходит в две фазы: прикрепление через gp120 к рецептору CD4 клетки-мишени, а белком gp41 оболочка вируса сливается с мембраной клетки-мишени. После проникновения в клетку капсид дрейфует к ее ядру и внедряет туда РНК и ферменты. РНК — как магнитная лента с записью, не вставленная в кассету, то есть информация записана, а воспроизвести ее нет возможности. Такой кассетой станет ДНК клетки-мишени. Существуют три фермента, которые участвуют в процессе репликации ВИЧ: обратная транскриптаза (ревертаза), интеграна и протеаза. Задача этих ферментов — внедрить вирусную информацию в ДНК клетки-мишени и включить процесс выработки новых вирионов. Для того чтобы «вставить пленку в кассету», ее нужно свернуть определенным образом. Именно это и делает ревертаза. Она превращает две спирали РНК в ДНК — подобную структуру, сворачивая их друг с другом. Интеграна выбивает из ДНК клетки-мишени центральную часть и заполняет ее место скрученными РНК вируса. Произошедшее образно можно сравнить с подменой чертежей в сборочном цехе: вроде бы все работает, как и раньше, но продукция получается совершенно другая. Инфицированная клетка начинает производить составные части для новых вирусов, то есть в цитоплазме клетки-мишени информация с вирусной РНК переписывается на ДНК клетки с помощью фермента обратной транскриптазы. В клетках-мишенях на геномной РНК, как на матрице, синтезируется провирус с помощью особого вирусного фермента — обратной транскриптазы. ДНК, содержащая провирус, выполняет в свою очередь функцию матрицы для синтеза информационной РНК, с которой транслируются вирусные белки и транскрибируется полноразмерная геномная РНК для новых вирионов. Третий фермент — протеаза — отвечает за сборку вирионов в клетке-мишени. Дочерние вирионы отправляются на поиск новых клеток-мишеней, чтобы, инфицировав их, заставить воспроизводить все

новые и новые копии ВИЧ. Морфогенез ВИЧ заканчивается в некоторых клетках-мишенях цитопатическим эффектом.

Заключение (10 минут). Педагог отмечает, что в процессе развития ВИЧ-инфекции число иммунокомпетентных клеток-мишеней уменьшается, и это приводит к развитию иммунодефицита. Для того чтобы уменьшить этот процесс, применяют антиретровирусные препараты, которые задерживают репликацию ВИЧ. Варианты возможного интеллектуального продукта: нарисованные учениками схемы структуры ВИЧ, жизненного цикла ВИЧ; сделанные из пластилина или другого подручного материала модели строения ВИЧ и др.

3.4. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе математики на тему: «Числовые последовательности; использование приемов математической статистики для оценки и прогноза эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции»

Основная цель занятия - на модели развития эпидемии разобрать практическую значимость теоретической математики (арифметические и геометрические прогрессии) для возможного прогноза эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции.

Задачи - закрепить знания учащихся по теме: «Числовые последовательности: арифметические и геометрические прогрессии»; разобрать понятие «математическая статистика»; решить ситуационную задачу: прогноз абсолютного числа ВИЧ-инфицированных на ближайшие два-три года; ответить на вопрос: «Что поддерживает распространение любой эпидемии, в том числе и ВИЧ-инфекции?». Математическое моделирование как инструмент познания закономерности любого явления широко используется в практике народного хозяйства. В этом плане медицина не является исключением. Процесс возникновения и распространения инфекционных (паразитарных) болезней среди людей привлекает к себе пристальное внимание не только со стороны медиков, но и других специалистов, в частности, математиков. Известно, что без разработки математических моделей и теоретического анализа в рамках этих моделей факторов, определяющих проявление и развитие эпидемии, невозможен адекватный подход к планированию, например, профилактических и противоэпидемических мероприятий. Таким образом, при проведении урока математики по предлагаемой теме учитель, разбирая или повторяя учебную тему, числовые последовательности, может проиллюстрировать этот материал примером, взятым из реальной повседневной жизни - развитием эпидемии ВИЧ-инфекции как в целом в мире, так и на отдельной административной территории РФ и/или в г. Москве.

Вводная часть (не более 10-15 минут). Педагог дает вводную справку по теме занятия, эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции с учетом территориального фактора; разбирает понятия: «статистика» и «математическая статистика». *Статистика* (нем. Statistik, от итал. stato- государство) - получение, обработка, анализ информации, характеризующей количественные закономерности жизни общества (техничко- экономические, социально-экономические и др.) в неразрывной связи с их качественным содержанием. В естественных науках понятие «статистика» означает анализ массовых явлений, основанных на применении методов теории вероятностей. Разработаны специальные методы и приемы (методология)

обработки материалов: статистическое наблюдение, метод группировок, средних величин, индексов, метод графических изображений. Статистика, как наука, включает разделы: общая теория статистики, экономическая статистика, отраслевые статистики (например, медицинская, транспортная, строительная и др.) *Математическая статистика* - наука о математических методах систематизации и использования статистических данных для научных и практических выводов. Во многих своих разделах опирается на теорию вероятностей, позволяющую оценить надежность и точность выводов, делаемых на основании ограниченного статистического материала (например, оценить необходимый объем выборки для получения результатов требуемой точности при выборочном исследовании).

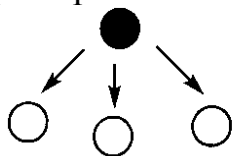
Основная часть (не более 20-25 минут). Педагог определяет уровень знаний учеников по теме: «Числовые последовательности». Вопросы для повторения темы: Что такое последовательность? Прогрессия как частный случай последовательности. Арифметическая и геометрическая прогрессии (определение, понятие разность и знаменатель прогрессии). Формула для вычисления n -го члена прогрессии. Сравнение скоростей возрастания арифметической и геометрической прогрессии.

Арифметическая прогрессия - последовательность чисел, из которых каждое следующее получается из предыдущего прибавлением постоянного числа d , называемого разностью арифметической прогрессии (например, 2, 5, 8, 11...; $d=3$)

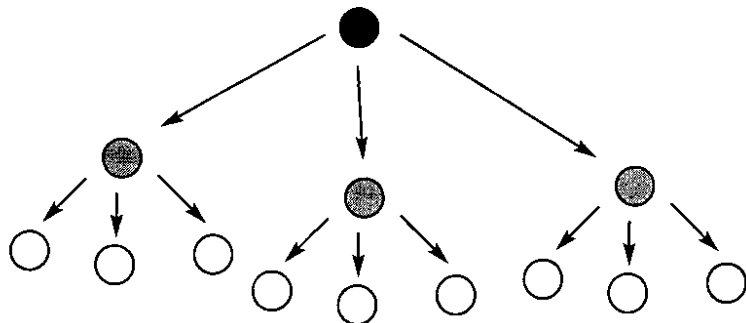
Геометрическая прогрессия - последовательность чисел, из которых каждое следующее получается из предыдущего умножением на постоянное число g , называемого знаменателем геометрической прогрессии (например, 2, 8, 32, 128...; $g = 4$)

Затем учитель задает вопрос: «Какое условие должно срабатывать, чтобы шло распространение инфекционной болезни среди людей?»

Модель распространения инфекционной болезни среди людей схематично может быть представлена следующим образом: инфицированный человек (источник инфекции) передает заразное начало болезни (возбудитель) другому или другим людям (восприимчивый индивид, восприимчивые контингенты);



Каждый вновь инфицированный вовлекает в эпидемический процесс n число людей, то есть возникает эпидемия. Схематично это может выглядеть следующим образом:



Для того чтобы эпидемия распространялась, необходимы, по крайней мере, три условия: источник инфекции; условия для реализации механизма передачи возбудителя инфекции; восприимчивые контингенты.

Одним из важнейших условий распространения инфекционной болезни среди людей является способность источника инфекции распространять болезнь, что может быть определено как базовый репродуктивный показатель (R_0).

Если R_0 — среднее количество людей, зараженных больным человеком в течение инфекционного периода (период заразительности), то необходимым условием для развития эпидемии является значение $R_0 > 1$.

В действительности существует три возможности:

$R_0 < 1 \implies$ болезнь со временем исчезает (эпидемии нет);

$R_0 = 1 \implies$ болезнь становится эндемичной, то есть регистрируют отдельные случаи заболевания;

$R_0 > 1 \implies$ в этом случае развивается эпидемия.

В то же время R_0 зависит от фактора риска - передача возбудителя при одном контакте (обозначим этот показатель как β); количества контактов за единицу времени (например, показатель K) и продолжительности периода заразительности (обозначим величиной D).

В обобщенном виде величина R_0 может быть рассчитана по формуле:

$$R_0 = \beta * K * D$$

Для прогнозирования абсолютного числа ВИЧ-инфицированных можно использовать модель линейной регрессии:

$Y = \text{const} * \exp(\beta * t)$, где const и β являются оцениваемыми параметрами, а t обозначает временной интервал.

Таблица 2.

**Сравнение скорости распространения эпидемии и числа
ВИЧ-инфицированных в зависимости от знаменателя геометрической
прогрессии**

	$g=3$	$g=5$	$g=7$	$g=9$
n1	1	1	1	1
n2	3	5	7	9
n3	9	25	49	81
n4	27	125	343	729

Совместно с учениками учитель разбирает простейшие модели распространения эпидемии и делает заключение о том, что динамику роста числа ВИЧ-инфицированных в первом приближении можно описать с помощью геометрической прогрессии. Учитель уточняет, что приведенные модели эпидемий являются приблизительными, так как не учитывают целый ряд факторов, оказывающих существенное влияние на распространение эпидемии (например, комплекс профилактических, противоэпидемических мероприятий, смертность и т.д.).

Педагог объясняет, что скорость распространения эпидемии и динамика роста числа ВИЧ-инфицированных в рассмотренной модели, определяется знаменателем геометрической прогрессии. При увеличении значения знаменателя в арифметической прогрессии конечное число ВИЧ-инфицированных растет в геометрической прогрессии (таблица 2). Учитель предлагает построить график роста числа инфицированных в зависимости от значения знаменателя геометрической прогрессии.

После этого на основании данных таблицы 2 проводится расчет знаменателя геометрической прогрессии ВИЧ-инфицированных для разных регионов РФ. Затем учитель обсуждает полученные результаты и комментирует вопрос: «почему знаменатель не является целым числом? Почему в регионах получены разные значения знаменателей?». В качестве домашнего задания предлагается рассчитать ожидаемое абсолютное число ВИЧ-инфицированных в различных регионах РФ к 2011 г.

Заключение (5—15 минут). Подводя итоги занятия, учитель отмечает, что дальнейшее распространение эпидемии ВИЧ-инфекции во многом определено поведением человека, то есть возможностью реализации механизма передачи ВИЧ среди людей, практикующих рискованные формы поведения. Варианты возможного интеллектуального продукта: графики наглядности роста числа ВИЧ-инфицированных по отдельным регионам РФ, теоретический расчет числа ВИЧ-инфицированных на отдельных административных территориях России с помощью геометрической прогрессии, проекты программ профилактических мероприятий с учетом степени реального и потенциального риска заражения (цель — снижение величины знаменателя геометрической прогрессии).

Таблица 3

**Динамика изменения числа ВИЧ-инфицированных
в различных административных регионах РФ**

Регион	Численность ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения	
	2001 г.	2011г.
Иркутская обл.	370,20	678,04
Самарская обл.	337,78	616,73
Ханты-Мансийский АО	366,57	566,18
Оренбургская обл.	298,83	539,29
Свердловская обл.	221,28	539,24
Санкт-Петербург	169,25	484,17
Тюменская обл.	115,84	477,28
Калининградская обл.	362,98	458,75
Ульяновская обл.	241,61	422,62
Ленинградская обл.	130,61	418,04
Челябинская обл.	154,35	356,31
Московская обл.	236,26	348,57
Тверская обл.	157,48	269,79
Приморский край	109,22	235,56
Саратовская обл.	129,72	219,08
Ивановская обл.	83,81	216,86
Кемеровская обл.	101,37	207,81
Бурятия	119,56	204,58
Пермская обл.	81,85	188,76
Тульская обл.	90,30	185,05
Красноярский край	76,73	183,17
Москва	154,84	177,09
Ямало-Ненецкий АО	89,96	173,63
Татарстан	57,05	152,83

3.5. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе географии на тему: «Социально-экономические последствия эпидемии ВИЧ-инфекции»

Основная цель занятия — разобрать социально-экономический аспект географии на примере эпидемии ВИЧ-инфекции

Задачи - закрепить знания учащихся о системных составляющих географии; разобрать определение «география медицинская»; определить глубину знаний учащихся о географических, социально-экономических, демографических и других особенностях административных регионов Российской Федерации и/или отдельных стран мира; разобрать особенности распространения ВИЧ-инфекции на отдельных территориях Российской Федерации и/или в странах мира; ответить на вопрос: почему эпидемия ВИЧ-инфекции оказывает влияние на экономическую ситуацию в административном регионе и/или стране? При проведении урока географии на предлагаемую тему учителю необходимо не только провести сравнительный анализ территориального распределения ВИЧ/СПИДа в России и отдельных странах мира, но и сформировать у учащихся представление, что ВИЧ-инфекция — одна из важнейших социопатий современности. В зависимости от особенностей временного и пространственного распространения ВИЧ/СПИДа (масштаба, скорости (темпа) распространения, социальных последствий и т.д.) приняты определенные обобщения проявления пандемии, учитывающие регионально-континентальный и социально-экономический факторы. В связи с этим учитель самостоятельно определяет объем и глубину разбираемого материала; планирует форму контроля знаний учащихся по следующим разделам школьной программы: географические, экономические, демографические и другие характеристики стран и континентов. Таким образом, в процессе проведения специального междисциплинарного урока географии учитель, с одной стороны, на модели эпидемии ВИЧ-инфекции разбирает в рамках учебных часов все составляющие географии, а с другой - получает возможность стимулировать аналитическую и интеллектуальную деятельность учащихся, направленную на изменение когнитивных установок в отношении восприятия фактора риска, территории риска и уязвимости в отношении ВИЧ-инфекции, что непосредственно связано с формированием установок на здоровый образ жизни.

Вводная часть (не более 15-20 минут). Педагог предлагает ученикам провести междисциплинарное занятие, то есть сопоставить имеющиеся знания в области проблемы ВИЧ/СПИД с географией. Эта часть занятия может быть построена как в форме рассказа, так и беглого опроса по важнейшим элементам темы или в виде подготовленных учениками выступлений (не более 3-5 минут на каждое выступление). Затем учитель дает определение понятию «география медицинская».

География медицинская — область медицины и географии, изучающая природные и социально-экономические особенности развития территории с целью выявления их влияния на состояние здоровья населения, возникновение и распространение отдельных заболеваний человека.

Основная часть (15-20 минут). После повторения основных географических особенностей регионов, разбирается характер распространения ВИЧ-инфекции в глобальном и/или региональном аспекте. Педагог отмечает, что в числе регионов, обладающих специфическими характеристиками распространения ВИЧ/СПИДа,

выделяют: страны Африки к югу от Сахары; регион Латинской Америки и страны Карибского бассейна; Азию и страны Тихоокеанского региона; регион Ближнего Востока и Северную Африку; страны Западной Европы и Северной Америки; страны Центральной и Юго-Восточной Европы; страны бывшего СССР, куда входят СНГ и страны Балтии. По критериям социально-экономического развития регионы, вовлеченные в эпидемию ВИЧ/СПИДа, подразделяют на: страны с высоким уровнем доходов (богатые страны); со средним уровнем доходов; с низким уровнем доходов (бедные и беднейшие страны). Полюсами этого условного деления, включающего набор важнейших социально-экономических и эпидемиологических показателей, являются страны Африки к югу от Сахары, с одной стороны, и Западноевропейский и Североамериканский регионы, с другой стороны. В России (как и в других странах этого региона) распространение ВИЧ-инфекции началось позже, то есть в настоящее время эпидемия находится на более ранних стадиях своего развития по сравнению со странами, вовлеченными в эпидемический процесс уже более двух десятков лет. Отмечают более низкие абсолютные показатели распространенности ВИЧ-инфекции по сравнению с их уровнем на территории других регионов, что делает некорректным прямые аналогии по сравнению распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в России со странами Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна. Есть все основания считать, что темпы роста ВИЧ-инфицированных, доля зараженных ВИЧ с установленными путями инфицирования и другие проявления эпидемии ВИЧ-инфекции в России более сопоставимы с западноевропейским (испано-португальским) вариантом, чем с «африканским». Однако следует отметить, что распространение ВИЧ/СПИДа на территории Российской Федерации происходит на весьма неблагоприятном демографическом фоне — падение рождаемости, рост смертности (сверхсмертность трудоспособного населения), а также на фоне ухудшения качественных характеристик здоровья нации в целом. В настоящее время, несмотря на некоторое замедление темпов прироста числа ВИЧ-инфицированных, эпидемиологическая ситуация в отношении ВИЧ-инфекции продолжает оставаться сложной, т.к. отмечается неуклонное увеличение преваленса (показатель пораженности) на фоне меняющегося главного пути распространения ВИЧ. Таким образом, Россия с ее 144-миллионным населением, огромной территорией, климато-географическим разнообразием, поликультурностью, социально-экономической дифференциацией и хозяйственной многоукладностью отличается неоднородностью и в проявлениях распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. На территориях Федеральных округов выделены регионы высоко и слабо восприимчивые в социальном плане к распространению ВИЧ. В таблице приведен перечень субъектов Российской Федерации, на территории которых число ВИЧ-инфицированных по состоянию на начало 2011 г. превысило 1000 человек.

Заключение (5-15 минут). Подводя итог занятия, педагог подчеркивает повсеместный характер распространения ВИЧ-инфекции и обращает внимание учащихся на следующие социально-экономические показатели, которые могут изменяться под влиянием эпидемии ВИЧ-инфекции: демографические характеристики территории (общая численность и смертность); уровень занятости в различных сферах производства (предложение квалифицированной рабочей силы); качество рабочей силы и производительность труда (прямое воздействие на эти показатели — рост временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных в зависимости от стадии

болезни; косвенное воздействие — эмоциональная подавленность, беспокойство ВИЧ-инфицированных за будущее и др.); снижение объема инвестиций и реального (основного) капитала, уровня сбережений населения, темпов экономического роста, обороноспособности страны и т.д.

Таблица 4

Регионы Российской Федерации с численностью зарегистрированных ВИЧ-инфицированных более 1000 человек

№ в порядке убывания	Регион	Общая численность ВИЧ-инфицированных
1	Свердловская область	23270
2	Московская область	23100
3	Санкт-Петербург	22608
4	Самарская область	19981
5	Москва	18343
6	Иркутская область	16587
7	Челябинская область	12849
8	Оренбургская область	11746
9	Ханты-Мансийский АО	8114
10	Ленинградская область	6986
11	Тюменская область	6325
12	Кемеровская область	6027
13	Саратовская область	5848
14	Ульяновская область	5842
15	Татарстан	5777
16	Красноярский край	5328
17	Пермская область	5075
18	Приморский край	4872
19	Краснодарский край	4423
20	Калининградская область	4328
21	Тверская область	3973
22	Волгоградская область	3886
23	Башкирия	3815
24	Тульская область	3101
25	Алтайский край	3060
26	Ростовская область	2824
27	Нижегородская область	2823
28	Ивановская	2491
29	Удмуртия	2109
30	Бурятия	2007
31	Рязанская область	1580
32	Читинская область	1362
33	Курганская область	1345
34	Владимирская область	1284
35	Мурманская область	1253

Затем учитель останавливается на необходимости проведения профилактической работы, направленной на сдерживание темпов распространения эпидемии, акцентирует внимание учащихся на важности знаний всех путей распространения ВИЧ и возможности влияния на механизм передачи, что способствует формированию у учащихся навыков безопасного поведения. В качестве самостоятельной работы можно

предложить провести анализ распространения ВИЧ-инфекции по административным округам Российской Федерации с расчетом показателя заболеваемости. Варианты интеллектуального продукта: контурные карты с отмеченными административными территориями, различающимися по уровню заболеваемости ВИЧ-инфекцией; нарисованные диаграммы, отражающие возрастное распределение ВИЧ-инфицированных на конкретной территории и т.п.

3.6. Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе литературы на тему: «Психологические и нравственные аспекты, связанные с тяжелыми или смертельными болезнями персонажей художественной литературы»

Основная цель занятия — воздействуя на эмоциональную компоненту Я-концепции, сформировать убеждение/понимание/осознание, что здоровый образ жизни — основа профилактики ВИЧ/СПИДа.

Задачи - показать на примерах из литературных произведений всю тяжесть физических мучений, нравственных и моральных переживаний смертельно больного человека; закрепить негативное отношение к любого рода зависимостям; закрепить мотивацию к сохранению личного здоровья и формированию собственной позиции, ориентированной на здоровый образ жизни; создать предпосылки толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным.

Педагог, имеет возможность при разборе художественных произведений, входящих в обязательный круг чтения в рамках школьной программы, осуществлять профилактику ВИЧ/СПИДа. Однако сложность проблемы и ее методическая неразработанность сдерживают учебно-воспитательный потенциал учителя в этом направлении. Предлагаемые варианты планов уроков литературы по профилактике ВИЧ/СПИДа позволяют учителю выбрать примерный вариант организации и проведения такого урока, возможно, с самостоятельным подбором анализируемых литературных произведений. При разработке представленных вариантов уроков литературы были использованы следующие художественные произведения: «Смерть Ивана Ильича» (избранные главы); «Цветы запоздалые»; «Тихий Дон» (избранные главы); «Звездная сыпь»; «Морфий»; «Яма»; «Кулау — прокаженный».

Информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе литературы по профилактике ВИЧ/СПИДа может быть организован и проведен в виде традиционного занятия, включающего в себя вводное слово учителя, анализ определенных глав (фрагментов) из художественных произведений, заключительную (итоговую) часть, самостоятельную работу учеников в форме сочинения/эссе на заданную тему. Не менее интересным является занятие, проведенное с использованием инновационных технологий, например, в форме ток-шоу на тему: «ВИЧ/СПИД — проблема, касающаяся каждого». Если учитель выбирает последний вариант, то в этом случае заранее совместно с учащимися готовится сценарий и материал для обсуждения проблемы ВИЧ/СПИДа. Анализ перечисленных выше художественных произведений в рамках традиционного урока позволяет обсудить такие аспекты проблемы ВИЧ/СПИДа, как зависимость от наркотика, беспорядочные половые связи и их последствия, стигматизация, унижение, нарушение прав человека.

Закрепить знания о путях передачи ВИЧ и способствовать формированию негативного отношения к любому виду зависимостей можно, проведя информационно-просветительское занятие с использованием материала, изучаемого в курсе литературы по следующему плану.

Первый вариант. Вводная часть (5-10 минут). Педагог предлагает ученикам высказать мнение о том, что такое ВИЧ/СПИД, как можно заразиться этой болезнью.

Основная часть (20-30 минут). Мир шагнул в XXI век, однако эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает уносить жизни сотен тысяч людей. Широкому распространению ВИЧ/СПИДа способствует тот или иной путь передачи возбудителя, то есть на основе действующего фактора риска заражения ВИЧ. В русской и мировой литературе есть много произведений, в которых описана не только негативная сторона жизни людей, имеющих фактор риска, приводящий к заболеванию, но и последствия самой болезни.

Например, в известном произведении А.Н. Куприна «Яма» описана жизнь обитательниц публичного дома. Приведен ряд непривлекательных, отталкивающих подробностей: проститутки вызывают у окружающих чувство презрения, омерзения или болезненного любопытства; жизнь этих женщин полна лишений и унижения: они ничем и никем не защищены (безопасность их профессии лишь кажущаяся); многие из них разочаровываются в жизни и людях, так как сталкиваются с самыми неблагоприятными поступками и ситуациями, низменными проявлениями человеческой природы; кажущаяся легкость обогащения оборачивается зависимостью (почти рабством), риском заразиться различными заболеваниями, в том числе очень тяжелыми, семейным неблагополучием и как следствие — полным одиночеством.

Неслучаен эпиграф: «Знаю, что многие найдут эту повесть безнравственной и неприличной, тем не менее, от всего сердца посвящаю ее матерям и юношеству».

Далее педагог читает отрывок из произведения «Яма». «...Она резко заставила его встать на ноги, зажгла спичку и сказала: «Теперь смотри внимательно, что я тебе покажу... Она широко открыла рот и поставила огонь так, чтобы он освещал ей гортань. Коля поглядел и отшатнулся. Ты видишь эти белые пятна? Это сифилис, Коля! Понимаешь, сифилис в самой страшной, самой тяжелой степени... Он, молча и не оглядываясь на Женьку, стал торопливо одеваться, не попадая ногами в одежду. Руки его тряслись, и нижняя челюсть прыгала так, что зубы стучали нижние о верхние...»

К тяжелым последствиям приводит и наркомания. В мировой литературе немало произведений, посвященных теме наркозависимости и ее последствиям. Одно из них написано М.А. Булгаковым. Это рассказ-предостережение с простым и страшным названием — «Морфий».

Даже врач (главный персонаж) не смог бороться с роковым пристрастием. Вот цена ухода доктора Полякова от действительности: быстрое привыкание; стремительный распад личности; унижительные, постоянные поиски наркотика, готовность на все ради дозы (вплоть до преступления); невозможность вести полноценную, разнообразную жизнь, крах профессиональной деятельности; постоянная ложь, страх быть разоблаченным; страдания близкого человека, наблюдающего за постепенным, стремительным разрушением души и тела наркомана; самоубийство. Вчитаемся в предостерегающие строки, написанные человеком, не понаслышке знающим, что такое наркозависимость.

«Кокаин — черт в склянке...» «Я — несчастный доктор Поляков, заболевший в феврале этого года морфинизмом, предупреждаю всех, кому на долю выпадет такая же участь... Кокаин — сквернейший яд. Вчера Анна еле отходила меня камфарой, а сегодня я — полутруп...»

«Нет, я, заболевший этой ужасной болезнью, предупреждаю врачей, чтобы они были жалостливее к своим пациентам. Не «тоскливое состояние», а смерть медленная овладевает морфинистом, лишь только вы на час или два лишите его морфия. Воздух не сытный, его глотать нельзя... в теле нет клеточки, которая бы не жаждала... Чего? Этого нельзя ни определить, ни объяснить... Двигается, тоскует, страдает труп. Он ничего не хочет; ни о чем не мыслит, кроме морфия. Морфия!»

«Смерть от жажды — райская, блаженная смерть по сравнению с жаждой морфия. Так заживо погребенный, вероятно, ловит последние ничтожные пузырьки воздуха в гробу и раздирает кожу на груди ногтями. Так еретик на костре стонет и шевелится, когда первые языки пламени лижут его ноги... Смерть — сухая, медленная смерть...»

«Шорохов пугаюсь, люди мне ненавистны...»

Не раз привлекало внимание писателей и явление, которое в наши дни принято называть «беспорядочными половыми связями». Если сейчас в силу многих причин они стали считаться чем-то обыденным, привычным, то раньше подобное поведение встречало осуждение и презрение.

Героиня романа М.А. Шолохова «Тихий Дон» Дарья Мелехова никогда не отличалась достойным поведением. Но после смерти мужа стала вести себя вызывающе безнравственно. Она упивалась свободой и уходящей молодостью. Это длилось недолго: очень скоро наступила расплата. Дарья поняла, что тяжело заболела (зачитать отрывок из романа).

Даже заслуживающее уважения стремление Дарьи уберечь своих родных от возможного заражения вызывает раздражение у не знающего об опасной болезни Пантелея Прокофьевича (свекра Дарьи). Старик презирает гулящую сноху, и ее нежелание есть из общей миски (как раньше было принято в станицах) он воспринимает в штыки (приводится цитата из романа).

Дарья не выдерживает осознания того, что она медленно умирает и нельзя ничего изменить. Жизнь ее превращается в непрерывное ожидание того, что о ее позорной болезни узнают окружающие и что придется умирать долго и мучительно. Женщина решает прекратить свои страдания (читается эпизод самоубийства Дарьи).

К не менее печальным, а зачастую и трагическим последствиям приводит излишне вольное поведение и персонажей рассказа М.А. Булгакова «Звездная пыль». Молодой врач, попавший по распределению в земскую больницу, сталкивается с большим количеством пациентов, зараженных сифилисом. Он пытается выяснить, почему возникла такая ужасная ситуация, и приходит к выводу, что широкое распространение этого заболевания связано с излишне «свободным» поведением. Очень часто отцы семейств на фронте или на заработках позволяли себе сексуальные контакты, в результате которых заболевали сифилисом. Позднее, вернувшись домой, они заражали своих родных. Причем иногда, даже зная о своей болезни, но не желая отказывать себе в удовольствии или скрывая свое предосудительное поведение, утаивали это от своих близких (читается отрывок из рассказа).

Заключение (10-15 минут). Итогом анализа подобранных фрагментов художественных произведений может стать дискуссия, которую ведет учитель. Нам всем хорошо известно, какие меры надо принять, чтобы обезопасить себя от заражения ВИЧ, чего надо избегать: наркотиков, случайных связей, незащищенного секса. Но все ли относятся к этому серьезно? Ведь некоторые люди позволяют себе легкомысленное поведение в отношении вполне реальной угрозы, успокаивая себя: «Со мной этого не случится. С кем угодно, только не со мной». Но почему? Мы должны решить для себя: чего я хочу от жизни, что выбираю. Жизнь или угасание? Готов ли я пожертвовать собственной жизнью ради сомнительного минутного удовольствия, зная, что исправить ошибку будет невозможно и впереди мучительная смерть от СПИДа?

Второй вариант. Занятие может быть посвящено и другому аспекту проблемы профилактики ВИЧ/СПИДа. Так, вопросы дискриминации, стигматизации больных людей можно разобрать на примере рассказов Д. Лондона «Кулау — прокаженный» и «Прощай, Джек».

Вводная часть (10-15 минут). Педагог предлагает найти в рассказе Д. Лондона «Кулау — прокаженный» описание больных проказой. Затем учитель или кто-то из учеников читает отрывок.

«...Их лица напоминали львиные морды. У одного на месте носа зияла дыра, у другого с плеча свисала культяшка — остаток сгнившей руки. Их было тридцать отверженных — ибо на них лежала печать зверя... Когда-то они были людьми, но теперь это были чудовища, изувеченные и обезображенные, словно их веками пытали в аду — страшная карикатура на человека. Пальцы, у кого они еще сохранились, напоминали когти гарпий. Кое у кого бог как бы стер половину лица, а у одной женщины жгучие слезы текли из черных впадин, в которых когда-то были глаза».

Основная часть (20-25 минут). Тяжело больной человек, а тем более имеющий внешние пугающие проявления болезни, нередко подвергался насильственной изоляции, то есть на его долю, кроме физических, моральных, психологических переживаний, выпадала и участь изгоя (человека, отвергнутого обществом). Люди не всегда правильно представляют тяжесть заболевания и возможность инфицирования (заражения), а потому часто впадают в крайности: либо недооценивают опасность, либо преувеличивают ее. Страх заболеть порождает желание оградить себя и своих близких от возможного источника заражения. Часто это стремление достигает пугающих масштабов, доходит до абсурда, граничит с удивительной жестокостью и настоящей дискриминацией больных людей и членов их семей. Проказа (лепра), по общему убеждению, — одно из древнейших заболеваний. Ни при какой другой болезни больных не сжигали заживо, не изгоняли из городов, обрекая на голодную смерть, не заставляли носить специальные одежды и передвигаться с трещоткой или звенящим колокольчиком в руке, чтобы предупреждать о своем приближении. Страх перед проказой и сила отторжения прокаженных обществом были так велики, что даже царь древней Иудеи Азария, заболев проказой, был вынужден оставить престол, передать бразды правления в руки своего сына Иофама, покинуть столицу и жить в изоляции до самой смерти (Флавий, 1900). Специальные главы третьей книги Моисеевой «Левит» в Библии посвящены лепре и называются «Закон о проказе, повеления о ней священникам» и «Жертвы за очищение от проказы». Закон не только четко перечислял диагностические признаки лепры и дифференциальную диагностику ее от нарыва, опухоли, лишая и «паршивости», но и регламентировал меры

профилактики, включая изоляцию. Однако основатель Ислама Пророк Мухаммад и его жена Аиша призывали к терпимому отношению к прокаженным.

Известно, что Мухаммад ел вместе с прокаженными, а в доме его жене прислуживала женщина, больная лепрой. Прокаженный упоминается в рассказах о Гаутаме (Будде), об этой же болезни говорится в Ветхом Завете. В Средневековье и эпоху Возрождения к «нечистым» относили страдающих не только проказой, но и другими кожными заболеваниями, а также больных сифилисом. Участь больных проказой была поистине ужасна. Человек, пораженный этой болезнью, испытывал невероятные мучения, сгнивая заживо. Кроме всего прочего, он был лишен поддержки родных и друзей.

Больных проказой изгоняли из общества, их боялись, ненавидели, презирали, один их вид внушал отвращение и ужас (очень показателен эпизод встречи главных героев с мнимым прокаженным из исторического романа Р.Л. Стивенсона «Черная стрела»).

Человек, больной лепрой, пожизненно находится в лепрозории и до конца жизни изолирован от общества.

Больные лепрой не только теряют человеческий облик, но многими воспринимаются как ходячие мертвецы. Участь их ужасна. Изуродованные болезнью, внушающие страх и отвращение, они как бы перестают быть людьми для окружающих. В прошлом служащие, охотники, красивые, сильные мужчины и очаровательные женщины, от стариков до совсем юных, они, заболев, воспринимаются обществом только как угроза, от которой необходимо избавиться.

Наиболее ярко отношение к прокаженным описано в рассказе Д. Лондона «Прощай, Джек». В центре повествования — фигура главного персонажа, Джека. Автор, описывая его, отмечает присущую удаль и бесстрашие. И этот человек, наблюдая за больными проказой, которых отправляют в колонию, узнав среди них женщину, близко знакомую ему в недалеком прошлом, испытывает ужас перед опасностью заражения.

«...Он услышал ее и обернулся. Я никогда не видел, чтобы человек так испугался. Керсдейл зашатался, побелел и как-то обмяк, словно из него вынули душу. Вскинув руки, он простонал: «Боже мой...» и быстро, чуть не бегом зашагал к пристани. К доктору Герви, — крикнул он кучеру — да побыстрее!» Тяжело, еле переводя дух, он опустился на сиденье. Бледность разлилась у него полбу, губы были плотно сжаты, на лбу и верхней губе выступил пот. Сильнейшая боль, казалось, мучает его. «Поскорее, Мартин, ради бога, — вырвалось у него».

По всей видимости, аналогичные чувства могут возникать и у наших современников, узнавших, что близкий им человек болен ВИЧ-инфекцией. Возникает вопрос: как он поведет себя? Насколько изменится его отношение к близкому, дорогому для него человеку?

Известно, что ВИЧ/СПИД до настоящего времени полностью не излечивается, а больной опасен для окружающих лишь в том случае, если срабатывает тот или иной фактор риска, приводящий к инфицированию. Однако быстрое распространение ВИЧ-инфекции привело к появлению в обществе предубеждения по отношению к инфицированным людям, вплоть до истерии. Бытует мнение, что СПИД клеймит людей с недостойным поведением, на этом фоне возникает стигматизация ВИЧ-

инфицированных, приводящая к неблагоприятным социально-психологическим последствиям.

Стигма (от греч. *stigma* — укол, пятно) — в древней Греции метка или клеймо на теле раба или преступника.

Далее педагог предлагает учащимся принять участие в дискуссии: «В чем принципиальное отличие реакции современного человека на ВИЧ-инфицированного по сравнению с поведением людей в прошлом по отношению к больным проказой?».

Заключение (10-15 минут). Педагог подводит итог дискуссии и высказывает мнение о том, что современное общество создает предпосылки для толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным людям.

Толерантность (от лат. *tolerantia* — терпение) — терпимость к чужому образу жизни, поведению, обычаям, чувствам, мнениям, идеям, верованиям.

Третий вариант. Формирование толерантного отношения к больному человеку, защите его прав и свобод может быть обсуждено с учащимися на уроке, проведенном в форме ток-шоу «ВИЧ/СПИД — проблема, касающаяся каждого». В этом случае учитель заранее предлагает четырем учащимся подготовить пятиминутные выступления в качестве экспертов на темы: от лица врача инфекциониста: «ВИЧ/СПИД, пути заражения, период «окна», стадии болезни»; от лица руководителя Центра СПИДа: «Распространение ВИЧ/СПИДа на территории московского мегаполиса и/или в мире»; от лица юриста: «ВИЧ/СПИД и права человека»; от лица социального работника: «Здоровый образ жизни — защита от ВИЧ/СПИДа».

Сценарий ток-шоу на тему: «ВИЧ/СПИД — проблема, касающаяся каждого»
Педагог выступает в роли ведущего ток-шоу. Для того чтобы все ученики были задействованы, класс должен быть разделен на группы по 5-7 человек, которые будут представлять средства массовой информации (СМИ). После высказывания экспертов вопрос обсуждается внутри групп учащихся с последующим выступлением представителя СМИ из каждой группы, который высказывает сформированную точку зрения по прослушанному материалу на обсуждаемую тему.

Ток-шоу начинается с вопроса ведущего: «Почему проблема ВИЧ/СПИДа касается каждого?»

Затем следует обсуждение в группах учащихся с последующим выступлением представителя СМИ. После этого выступают эксперты, то есть подготовленные ученики, в последовательности, которую выбирает ведущий.

Материал, представленный экспертами (домашняя заготовка учеников), обсуждается в группах СМИ, которые либо задают вопросы эксперту, либо высказывают свою точку зрения.

После выступления «врача-инфекциониста» ведущий может особо выделить тему мучительной смерти неизлечимо больного человека, так как последняя стадия ВИЧ-инфекции — СПИД очень быстро заканчивается летальным исходом.

В качестве примера может быть использована повесть Л.Н. Толстого «Смерть Ивана Ильича» или рассказ А.П. Чехова «Цветы запоздалые».

Тема смерти в творчестве Толстого не случайна. Два его брата умерли (Дмитрий в 1856-м, Николай в 1860-м году) от чахотки. Особенно сильное впечатление на Толстого произвела смерть Николая. Он точно впервые понял, что смерть — это конец всему, и писал об этом так: «Ничто в жизни не делало на меня такого впечатления. Правду он говаривал, что хуже смерти ничего нет. А как хорошенько подумать, что

она все-таки конец всего... Он не говорил, что чувствует приближение смерти, но я знаю, что он за каждым шагом ее следил и верно знал, что еще остается. За несколько минут до смерти он задремал и вдруг очнулся и с ужасом прошептал: «Да что ж это такое?» Это он ее увидел — это поглощение себя в ничто... Все, кто знали его и видели его последние минуты, говорят: «Так удивительно спокойно, тихо он умер», а я знаю, как страшно мучительно, потому что ни одно чувство не ускользнуло от меня».

Описание страданий, связанных со смертью близкого человека, будет звучать в творчестве Л.Толстого еще не раз: смерть брата Левина в «Анне Карениной», в «Исповеди» долгие годы спустя он пишет: «Умный, добрый, серьезный человек, мой брат; заболел молодым, страдал более года и мучительно умер, не понимая, зачем он жил, и еще менее понимая, зачем он умирает. Никакие теории ничего не могли ответить на этот счет ни мне, ни ему во время его медленного и мучительного умирания». Каждый раз описывается автором как нечто необъяснимое, непонятное, нелепое, но всегда страшное. Что-то происходит, и человека (отца, брата, мужа), доброго, умного, любящего жизнь, больше нет...»

Анализ фрагментов повести «Смерть Ивана Ильича», в которых Л.Н. Толстой описывает психологическое состояние Ивана Ильича.

Какие чувства испытывает Иван Ильич, зная, что смертельно болен?

Какое влияние оказывает на него осознание полного одиночества в это трагическое время?

Если позволяет учебное время, то эта тема может быть углублена, разобраны другие примеры. Так, в рассказе А.П. Чехова «Цветы запоздалые» одному из персонажей, врачу по профессии, приходится переносить тяжкие страдания, видя медленное угасание самого дорогого и любимого человека.

«На другой день Топорков сидел с ней в купе первого класса. Он вез ее в южную Францию. Станный человек! Он знал, что нет надежды на выздоровление, знал отлично, как свои пять пальцев, но вез ее... Всю дорогу он постукивал, выслушивал, расспрашивал. Не хотел он верить своим знаниям и всеми силами старался выстучать и выслушать на ее груди хоть какую-то надежду!»

«...Деньги, которые еще вчера он так усердно копил, в огромных дозах рассыпались теперь на пути. Он все бы отдал теперь, если бы хоть в одном легком этой девушки не слышались проклятые хрипы! Ему и ей так хотелось жить! Для них взошло солнце, и они ожидали дня... Но не спасло солнце от мрака и... не цвести цветам поздней осенью»

Физические страдания, страх смерти, осознание душевной боли, терзающей родных и близких — вот что нередко приходится испытывать умирающим. Среди них одно из самых страшных испытаний — это одиночество смертельно больного человека. Друзья и знакомые, узнав о болезни, отворачиваются от него. Заболевший остается один на один со всеми своими мучениями и страхами.

В произведении А. Дюма-сына «Дама с камелиями» главная героиня, куртизанка (объяснить значение слова), умирает от туберкулеза. Красивая, яркая женщина, блиставшая в свете и легко покорявшая мужчин, любящая жизнь и удовольствия, очень скоро остается одна, покинутая друзьями, возлюбленным и бывшими обожателями. Героиня в мучениях умирает, а рядом с ней нет никого, кто мог бы хоть как-то ей помочь, поддержать ее. (Можно прослушать арию Виолетты из оперы Д. Верди «Травиата», созданной по роману «Дама с камелиями»).

В заключение ток-шоу ведущий отмечает, что распространение ВИЧ-инфекции во многом зависит от поведения каждого члена общества, что ВИЧ-инфицированные живут в нашем обществе, и мы должны быть толерантны к ним, не нарушая их прав.

Варианты интеллектуального продукта: Сочинение (эссе) на тему: «Я не хочу заболеть СПИДом», «Спасение от СПИДа — здоровый образ жизни», рассказ (стихотворение, притча и т.д.), посвященные проблеме ВИЧ/СПИДа и пропаганде здорового образа жизни.

3.7. Информационно-просветительское занятие, посвященное Всемирному дню борьбы со СПИДом.

Основная цель - формирование позиции «Здоровый образ жизни-основа профилактики ВИЧ/СПИДа».

Задачи - информирование учащихся о сложившейся эпидемиологической ситуации в отношении ВИЧ-инфекции; обсуждение ведущих путей заражения ВИЧ; обсуждение этических и правовых аспектов профилактики ВИЧ-инфекции.

В 1988 году Генеральная ассамблея ООН объявила, что распространение СПИДа приняло масштабы глобальной пандемии. Чтобы привлечь внимание к этой проблеме людей всего мира, резолюцией ООН 43/15 день 1 декабря был официально объявлен Всемирным днем борьбы со СПИДом. В этот день мировая общественность выражает солидарность людям, затронутым эпидемией ВИЧ-инфекции, и направляет усилия на борьбу со СПИДом во всем мире.

Несмотря на то, что уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа в образовательной среде в последнее время имеет тенденцию роста, само «знание» еще не означает «действие». Многие молодые люди не могут до сих пор связать свои знания с действием факторов риска инфицирования и инфицированием ВИЧ при рискованных формах поведения. Это привело к тому, что в последние годы резко возросло число заболеваний, передаваемых половым путем, в том числе и ВИЧ-инфекции.

Педагогический коллектив школы самостоятельно определяет форму, место и время проведения этого урока. Это может быть как традиционный урок, так и общешкольное мероприятие, на котором будут подведены итоги работы учеников на междисциплинарных специальных уроках по профилактике ВИЧ/СПИДа, то есть анализ интеллектуального продукта учащихся с его оценкой и поощрением наилучших работ.

При подготовке как урока, так и общешкольного мероприятия можно изготовить красную ленточку. Красная ленточка, прикрепленная булавкой к одежде, — это международный символ борьбы со СПИДом. Чем больше людей прикрепят красную ленточку, тем слышнее будет голос тех, кто требует внимания к проблеме ВИЧ/СПИДа и к нуждам миллионов людей всего мира, затронутых эпидемией.

Красная ленточка — это символ солидарности с теми, кого эпидемия СПИДа затронула лично: с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом, с их близкими, родными и друзьями.

Красная ленточка — это символ поддержки научных разработок и клинических испытаний, призванных найти новые, более эффективные и доступные лекарства и вакцину от СПИДа.

Красная ленточка — это символ протеста против истерии и невежества, против дискриминации и общественной изоляции людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Информационная составляющая, как урока, так и общешкольного мероприятия направлена на формирование у учащихся современных представлений по проблеме ВИЧ/СПИДа в полном объеме.

3.8. Курс тренинговых занятий для старшеклассников «Мы разные, но мы вместе»

Авторами данного курса тренинговых занятий являются победители регионального конкурса по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни Дувакина Ольга Викторовна, педагог-психолог и Карцева Светлана Сергеевна, социальный педагог ЦПМСС детей г.Ростова Ярославской области.

Цель курса- развитие представлений о маскулинности и фемининности, включающих в себя потребности, мотивы, ценностные ориентации, отношения к представителям другого пола и соответствующие этим образованиям формы поведения.

Задачи:

- формирование у обучающихся представлений о различии социальных ролей, обусловленных принадлежностью к мужскому или женскому полу;
- оказание помощи обучающимся в осуществлении анализа собственных установок при восприятии представителей противоположного пола;
- формирование ответственного поведения (позиции) в сфере интимно-личностных отношений.

Форма и режим проведения занятий: занятия проводятся в групповой форме; количество участников – 12-14 человек; общее количество занятий-3; продолжительность занятия – 2 часа.

Ожидаемые результаты:

- осознание ответственности за собственное поведение в сфере интимно-личностных отношений;
- оптимизация межполового общения;
- снятие негативных стереотипов восприятия представителей противоположного пола.

Таблица 5

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Кол-во часов
1	Мужчина и женщина. Как мы воспринимаем друг друга	2
2	Свобода и ответственность	2
3	Слагаемые семейного счастья	2
ИТОГО		6

Занятие № 1. «Мужчина и женщина. Как мы воспринимаем друг друга»

Цель: развитие способности к самоанализу и самопознание, расширение представлений о полоролевых различиях, коррекция установок стереотипности восприятия представителей противоположного пола и установок участников в отношении семьи и брака.

Вводное слово ведущего: «Едва ли какие-либо другие отношения связаны с такими сильными эмоциями, как отношения между мужчиной и женщиной. В то же время, пожалуй, ни одна другая область взаимоотношений не перегружена такими предубеждениями, как эта.

Наши занятия будут затрагивать именно эту область человеческих отношений».

Процедура «Интервью» *Время проведения: 5-10 минут.*

Техника проведения: Участники делятся на пары, берут друг у друга по очереди интервью, задавая любые интересующие их вопросы, и затем представляют рассказываю группе, что узнали о своём собеседнике.

Процедура «Закончи фразу» *Время проведения: 5 минут.*

Техника проведения: Участники по кругу передают мячик и заканчивают фразу «О психологии людей противоположного пола я знаю на ...процентов» (каждый даёт своим познаниям оценку в процентах, по желанию обосновывает её). Проведение данной процедуры мотивирует участников на дальнейшую работу.

Процедура «Восточные стихи». *Время: 15 мин.*

Техника проведения: Правила «восточного стихосложения

Существительное (главное слово)

Прилагательное, прилагательное

Глагол, глагол, глагол

Фраза, выражающая отношение

Существительное

Например:

Ужин

Праздничный, запоздалый.

Разжѐван, съеден, переваривается.

Блаженно состояние сытости.

Философия.

Предлагаются слова «мужчина» и «женщина» для обеих команд. Ведущий подводит итог, обращая внимание участников на то, какие качества мужчины и женщины были отражены в стихах. При сравнении стихов команд юношей и девушек очень явно бывают видны стереотипные представления на представителей противоположного пола, что служит предметом дальнейшего обсуждения.

Процедура «Юноши – налево, девушки – направо». *Время проведения: 35 – 40 минут.*

Техника проведения: Участники делятся на команды юношей и девушек. Каждой команде предлагается список заданий.

Задания для юношей:

1. Назовите пять причин, почему девушки могут не вызывать симпатии (не нравиться).

2. Назовите пять причин (качеств), по которым девушка всегда будет симпатична, интересна, привлекательна.

3. Девушки не правы, когда думают...

4. Мы бы хотели пожелать девушкам...

Задания для девушек:

1. Назовите пять причин, почему юноши могут не вызывать симпатии (не нравиться).

2. Назовите пять причин (качеств), по которым юноша всегда будет интересен, привлекателен.

3. Юноши не правы, когда думают...

4. Мы бы хотели пожелать юношам...

Участники каждой команды после коллективного обсуждения записывают ответы на данные вопросы на листах ватмана и передают результаты своих групповых работ другой команде (юноши – девушкам, а девушки – юношам). Каждая группа знакомится с работами другой команды, коллективно их обсуждает. Как правило, ответы представителей противоположного пола вызывают яркую эмоциональную реакцию, желание что-то прояснить, спросить. Для этого ведущий предоставляет право каждой команде продумать вопросы на уточнение и задать их команде представителей противоположного пола или высказать аргументированные возражения, если они имеются.

Процедура «Передай предмет». Время: 10 минут.

Техника проведения. Все участники становятся по кругу спиной в круг. Инструкция: «Пусть кто-нибудь из вас задумает любой предмет, который мы будем невербально передавать друг другу. Предмет должен быть таким, который в реальности можно передавать друг другу. Итак, сейчас первый участник передаст предмет соседу слева с помощью невербальных средств. Тот, кому предмет передаётся, должен понять, что он получил, как-то повзаимодействовать с ним. Так предмет будет двигаться по кругу, и постепенно участники по мере продвижения предмета будут поворачиваться лицом в круг (передал – повернулся лицом в круг).

Рефлексия занятия: - Поделитесь своими эмоциями, которые возникали во время этой встречи.

Занятие № 2. «Свобода и ответственность»

Цель: формирование нравственных норм в сфере интимно-личностных отношений, осознание ответственности за собственное поведение.

Процедура «А ты кто?». Время: 5-7 минут.

Техника проведения. Участники становятся в круг. Первый представляется: к имени прибавляется прилагательное, начинающееся с той же буквы. Например: «Привет, я – замечательная Зина». Желательно, чтобы прилагательное характеризовало говорящего. Потом игрок спрашивает любого члена группы (кроме соседей слева и справа): «А ты кто?» Тот отвечает: «Привет, замечательная Зина, я – обиженный Олег» и обращается к следующему и т.д.

Процедура «Ассоциации». Время: 10 минут.

Техника проведения. Участники по очереди называют, а ведущий фиксирует на доске те ассоциации, которые возникают у них на слово «любовь».

Итогом данной процедуры должен быть выход на понятие «ответственность». Хорошо, если в своих ассоциациях участники сами придут к этому, но если этого не случится, ведущий должен добавить данную ассоциацию и аргументировать её. Логическим продолжением данной процедуры будет следующая.

Процедура «Ефросинья и Ануфрий». Время: 10 минут.

Техника проведения. Ведущий: «Если ты любишь человека, тебе не придёт в голову усомниться в нём. Это так?»

Жили-были на свете молодые люди Ефросинья и Ануфрий. Однажды они встретились и полюбили друг друга. У них никогда раньше не было таких чистых и доверительных отношений, такой настоящей любви.

Всё, что было в прошлом у каждого, не имело для них никакого значения. Это были случайные встречи, несерьёзные отношения, да и было их совсем не много. У Ефросиньи был один короткий летний роман. И у Ануфрия раньше были близкие отношения с двумя девушками (повествование ведущего сопровождается рисованием схематичного рисунка на доске или листе ватмана, где изображаются люди и чёрточками связи между ними). У бывшего друга Ефросиньи было много девушек, он вообще был человек несерьёзный. И одна из бывших подруг Ануфрия была довольно легкомысленной, из-за этого они и расстались. А вторая просто уехала в другой город и бросила его.

И у тех, в общем-то совершенно посторонних для Ефросиньи и Ануфрия людей, тоже были какие-то сексуальные отношения в прошлом. Если расширить эту схему дальше, то люди, которых мы изобразили, наверняка не знакомы с главными героями, даже не слышали о них. А зачем о них вспомнили мы? Потому что, вступая в незащищённые сексуальные отношения даже с очень любимым и близким человеком, мы одновременно контактируем с микрофлорой всех его предыдущих партнёров. Микробам всё равно, им неизвестно, по любви вступили связь эти два человека или нет, мораль им неизвестна. Такие «сюрпризы» могут разрушить любовь и доверие».

Процедура «Степной огонь». *Время проведения:* 20 минут.

Техника проведения. Участники встают в круг. Ведущий задаёт игровую ситуацию: «Представьте себе, что вы поехали на базу отдыха на 2-3 недели. По условиям игры во время пребывания на базе отдыха вы 3 раза оказываетесь в опасных ситуациях, подвергаясь риску заражения ВИЧ-инфекцией. Это могут быть любые ситуации (совместное употребление наркотиков, незащищённый половой контакт, пользование чужими бритвенными принадлежностями и т.д.), которые изображаются при помощи рукопожатия. По условиям игры также известно, что в компании, где вы оказались, присутствует человек, который до этой поездки попадал в рискованную ситуацию в плане заражения ВИЧ-инфекцией и мог заразиться, но кто этот человек, вы не знаете. В случае контакта с этим человеком, при рукопожатии вы получите условный знак – лёгкое царапанье ладони. Если вы получили этот знак, то при следующем рукопожатии вы передаёте этот знак другим участникам».

Участников просят закрыть глаза, и, обойдя несколько раз стоящих, выберите из них человека, который опасен в плане заражения ВИЧ-инфекцией, прикоснувшись к нему. Таким образом, о том, кто выбран, будут знать только ведущий и тот человек, к которому он прикоснулся. Рекомендуются выбрать участника, который является популярным в группе.

Затем участников просят открыть глаза на счёт «три» и указать на того, кто, по мнению каждого участника, выбран ведущим. Обычно мнения сильно расходятся. Этим демонстрируется тот факт, что и в жизни сложно определить по внешним признакам, представляет для вас опасность человек или нет.

Затем вы просите каждого 3 раза изобразить при помощи рукопожатия ситуацию, опасную в плане заражения ВИЧ-инфекцией. Ведущий напоминает о необходимости передавать условный знак. После того как все займут свои места, просят тех, кому

поцарапали ладонь, выйти в центр круга. Обращают внимание участников на то, сколь широким может быть распространение ВИЧ даже от одного человека.

Ведущий задаёт вопрос участникам, оставшимся за кругом, какие эмоции они испытали во время проведения игры и после того факта, что они не получили опасный знак. Участников, оставшимся в кругу, также просят поделиться своими эмоциями. Затем ведущий просит участников снова встать в круг и «выводит» участников из игры – просит каждого участника по очереди произнести следующую фразу: «Меня зовут ... Я играла в игру «Степной огонь». Игра закончена».

Заключительное слово ведущего: «По условиям игры вы намеренно были поставлены в ситуацию, которая угрожала вашему здоровью. Да, это была игра, но в жизни, пожалуйста, будьте осторожны. Если вы видите, что ситуация для вас опасна, что другой человек намеренно или ненамеренно оказывает на вас давление и призывает вас совершить то, что может нанести вред вашему здоровью, то вы должны не бояться и всегда уметь сказать «нет». Да и в игре вы просто могли не подавать руку для рукопожатия и тем самым обезопасить себя».

Процедура «Яблоки, груши, сливы». *Время:* 10 минут.

Цель: снятие эмоционального напряжения.

Техника проведения. Участникам группы присваиваются названия «Яблоки», «Груши», «Сливы» (как расчет на «первый-второй-третий»). Они сидят в кругу. В центре круга стоит ведущий, который выкрикивает «Груши» или «Яблоки» или «Сливы». Названные участники встают со стульев и меняются местами. В это время ведущий старается занять освободившееся место. Участник, оставшийся без места, становится ведущим и даёт следующую команду и так далее, пока игра вызывает интерес у участников.

Процедура «Переходы». *Время проведения:* 10 минут.

Техника проведения. Группа делится на 2 части (в идеале это юноши и девушки, но, чаще всего юношей и девушек неравное количество, поэтому допустимо простое количественное деление). Эти 2 группы образуют 2 круга – внутренний и внешний. Участники, оказавшиеся друг против друга, по очереди говорят друг другу:

- Мне нравится быть девушкой (юношей), потому что...
- Мне трудно быть девушкой (юношей), потому что...
- Я горжусь тем, что я девушка (юноша), потому что...
- Я завидую девушкам (юношам), потому что...

Рефлексия занятия. (см. занятие №1)

Занятие № 3. «Слагаемые семейного счастья»

Цель: развитие представлений о семье как о важнейшей общечеловеческой ценности.

Процедура «Разминка». *Время:* 10 минут.

Техника проведения: инструкция: «Постройтесь без слов в шеренгу по цвету волос (от самых светлых к самым темным), по цвету глаз (от голубых к карим)».

Процедура «Сердечки». *Время проведения:* 15 минут.

Техника проведения. Участники делятся на две группы – юношей и девушек. Каждая группа получает по 2 бумажных сердечка. На одном из них заранее написано по 3 способа проявления чувства любви (например, «поцелуй, приглашение на танец, преподнесение подарка»). Другое сердечко – пустое. В течение 5 минут участникам необходимо написать на втором сердечке ещё другие способы проявления любви. Затем

группы выносят на групповое обсуждение результаты своей работы. Проводится их обсуждение.

Групповая дискуссия «Мифы о сексуальном поведении». *Время проведения:* 20 минут.

Техника проведения. В разных местах кабинета размещаются таблички «Да», «Нет», «Не уверен». Участникам необходимо занять место в соответствии с собственными убеждениями. В результате образуется 3 группы, после чего организуется дискуссия, в ходе которой каждая группа отстаивает свою точку зрения. В качестве утверждений используются следующие высказывания:

Одеваясь вызывающе, девушка показывает свою доступность.

Быть девственницей – это неприлично.

Согласие на сексуальные отношения является доказательством любви.

Порядочная девушка не будет носить в сумочке презерватив и предлагать использовать его своему молодому человеку.

Процедура «Строим дом для счастливой семьи». *Время проведения:* 15 минут.

Техника проведения. Участники делятся на группы из 3-5 человек. Каждая группа получает набор «кирпичиков» - листков бумаги, на которых крупным шрифтом написаны следующие качества: семейные традиции, дружба, забота, прощение, ответственность, самопожертвование, порядочность, любовь, верность, понимание, уважение, терпение, честность, долг, трудолюбие, взаимопонимание, материальный достаток, дети, доброта. Дается также несколько пустых «кирпичей», чтобы участники имели возможность написать дополнительные качества, не присутствующие в наборе.

В конце работы группы демонстрирую свой «дом», аргументируя, почему те или иные качества выступают в роли фундамента, крыши, стен и т.п.

Процедура «Скульптура счастливой семьи». *Время проведения:* 10-15 минут.

Техника проведения. Из участников выбирают 4 добровольцев, трое из которых выходят за дверь. Один оставшийся доброволец получает задание построить из участников скульптуру счастливой семьи. Для этого он говорит, кто из участников ему потребуется для этого и как они должны расположиться. Когда он выполнит свой замысел, приглашают одного из вышедших за дверь добровольцев. Ему сообщают, что он видит перед собой скульптуру счастливой семьи и просят, если это на его взгляд необходимо, внести в неё свои авторские коррективы. После внесения корректив его просят занять место в этой скульптуры вместо какого-то из её членов. Далее зовут следующего добровольца, оставшегося за дверью и вся процедура повторяется.

Рефлексия занятия. (см. занятие №1)

Заключительное анкетирование участников

Анкета участника тренинга

Нам очень важно Ваше мнение о проведенном тренинге:

1. Оцените полезность игры для Вас лично (обведите цифру):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Что больше всего понравилось _____

3. Что не понравилось _____

4. Что было трудным _____

5. Что было важным, значимым _____

Заключение

Эпидемия ВИЧ/СПИДа представляет собой угрозу стабильности развития современного общества большинства стран мира, включая Российскую Федерацию. К настоящему времени ВИЧ-инфекция зарегистрирована на всех административных территориях Российской Федерации. Общеизвестно, что в современной России эпидемия ВИЧ/СПИДа представляет собой социо-медико-биологическое явление, отличающееся динамичностью, нарастающим негативным эффектом, и сочетает в себе признаки чрезвычайной ситуации и долговременной проблемы. Данная ситуация требует как принятия мер немедленного реагирования, так и разработки системы длительной защиты и противодействия.

В настоящее время большинство программ по профилактике ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения, успешно осуществлявшиеся в предыдущие годы, практически свернуты, а профилактические мероприятия, проводимые среди общей популяции населения и основывающиеся исключительно на пропаганде здорового образа жизни, малоэффективны для указанных групп населения.

В связи с выше сказанным, начало профилактической работы должно быть как можно более ранним, поскольку эффективной в направлении профилактики ВИЧ-инфекции может считаться не столько информационно-просветительская работа, сколько постоянная целенаправленная деятельность по формированию ценности и навыков ведения здорового, безопасного образа жизни, что требует достаточно длительного времени.

Список литературы

1. Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме. СПб., 2002.
2. Борьба с ВИЧ-инфекцией в рамках сообщества: Пособие по средствам профилактики и борьбы с ВИЧ-инфекцией / Под ред. Т. Абоаги-Квартенг. М., 1997.
3. Бутырин Д., Костюченко Е., Лукша П. Я обучаю сверстника: Метод, пособие. Минск, 2001.
4. Ванное И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учеб. пособие. М., 2000.
5. ВИЧ – инфекция. Клиника, диагностика и лечение / Под общ. ред. В. В. Покровского. – М: Геотар Медицина, 2000. – 500 с.
6. ВИЧ/СПИД и права человека: Вторая междунар. консультация по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Женева, 23-25 септ. 1996 г. Нью-Йорк; Женева, 1998.
7. ВИЧ/СПИД и репродуктивное здоровье: Учеб. программа для тренеров по системе обучения «равный равному». Рига, 2003.
8. ВИЧ/СПИД, репродуктивное здоровье: Справочник для тренеров по системе обучения «равный - равному». Рига, 2003.
9. Влияние образования в области ВИЧ-инфекции и сексуального здоровья на сексуальное поведение молодежи: актуализация обзора. М., 1997.
10. Должанская Н. А., Бузина Т. С. ВИЧ-инфекция в наркологической практике. – М.: «Анахарсис», 2000. – 44 с.

11. Касаткин В.Н. Проектирование организационных стратегий предупреждения ВИЧ-инфекции у подростков//Профилактика ВИЧ-инфекции у подростков: методическое пособие. М., 2005.
12. Комплексная модульная обучающая программа в рамках проекта «Здоровое будущее детей»: метод. рекомендации. Екатеринбург: изд-во Урал.Ун-та, 2005.
13. Концепция областной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» на 2012-2014 годы. Правительство Ярославской области. Постановление от 26.08.2011 №627-п
14. Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. Министерства образования Российской Федерации. – М., 2000. – 80 с.
15. Кривцова С.В., Махматулина Е.А. Тренинг. Навыки конструктивного взаимодействия с подростками: Практ. руководство для школьного психолога. М., 2004.
16. Медико-социальная служба и ее значение в профилактике СПИДа и других актуальных инфекций. – СПб: Издательство «ССЗ», 1998. – 140 с.
17. Между нами (ОО «БраМит», Литовский центр СПИДа). 2002, №3.
18. Митькин А.С. Профилактика ВИЧ-инфекции на уроках граждановедения и обществознания//Профилактика ВИЧ-инфекции у подростков: метод. пособие. М., 2005.
19. Мы выбираем жизнь: Метод. пособие. СПб., 2002.
20. Пособие для начинающего тренера в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путём. – Новосибирск: Гуманитарный проект, стереотипное издание ГУП «Медицина для всех», - 2003.
21. Поддержка равных равными как метод профилактики СПИДа в сообществах потребителей внутривенных наркотиков: Европ. руководство по поддержке равных равными. М., 2000.
22. Программа профилактики распространения ВИЧ-инфекции. Нравственное воспитание молодежи. – СПб.: Речь, 2008.
23. Профилактика ВИЧ-инфекции: Сб. лекций. Омск, 2000.
24. Профилактика ВИЧ-инфекции (Методические рекомендации). – СПб.: Издательство «Бостон-спектр», 2000. – 100 с.
25. Профилактика ВИЧ/СПИДа: Метод. руководство по работе в молодежных аудиториях для молодежных лидеров и инструкторов программы «Равный поможет равному». Новосибирск, 1999.
26. Профилактика ВИЧ/СПИДа: Метод. руководство по работе с молодежной аудиторией для молодежных лидеров: Томск, 1999.
27. Профилактика ВИЧ/СПИДа и наркомании среди молодежи: Метод, пособие по проведению обучающих семинаров-тренингов, Томск, 1999.
28. Профилактика зависимостей: семья: Пособие для родителей. Екатеринбург, 2002.
29. Рабочий набор профилактиолога: Сб. полезных метод, и информ. материалов для специалистов, работающих с подростками и молодежью в области профилактики ВИЧ/СПИДа, наркозависимости и ИППП. Новосибирск, 2002.

30. Русский журнал «ВИЧ/СПИД и родственные проблемы». СПб., 2003. Т. 7, № 2.
31. Словарь практического психолога / Сост. С. 10. Головин. Минск, 1998.
32. Смид Р. Групповая работа с детьми и подросткам и. М., 1998.
33. Смотри по жизни вперед: Руководство по работе с подростками. СПб., 2001.
34. СПИД в вопросах и ответах. М., 2002.
35. СПИД: Программа «Health Education». У. Новгород, 1994.
36. Тайц Б. П. Организационно-клинические основы совершенствования инфекционной службы в условиях реформирования здравоохранения. – СПб: Издательство «ССЗ», 1998. – 504 с.
37. Форель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего. М., 1999.
38. Шевелева Ю., Тагиев А. Игровые семинары с подростками. М., 2000.
39. Эффективные мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции / Центры по профилактике и борьбе с болезнями (Атланта, 1999). Канадско-Российский проект борьбы со СПИДом (перевод). – СПб, 2000. – 28 с.
40. Я хочу провести тренинг: Пособие для тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/ СПИДа, наркозависимости, ИППП. Новосибирск, 2000.

Приложение 1

Правила работы группы на занятиях

Правила нужны для того, чтобы каждый участник:

- мог открыто высказываться и выражать свои чувства и взгляды;
- не боялся стать объектом насмешки и критики;
- был уверен в том, что все личное, что обсуждается на занятии, не выйдет за пределы группы;
- получал информацию сам и не мешал получать ее другим.

Существует несколько основных правил, с которыми необходимо знакомить участников занятий:

1. **Правоговорящего.** Редко можно встретить человека, который испытывает радость, когда его перебивают. Мир лишился многих гениальных идей, прерванных в зародыше. Чтобы это не случилось, надо договориться, что любой говорящий имеет право быть выслушанным до конца. И только после того, как он выразит свою мысль, можно начинать прения и дискуссии.

2. **Правило поднятой руки.** Это правило является продолжением предыдущего и необходимо для того, чтобы участники не перебивали говорящего и чтобы не пропали умные мысли, пришедшие в голову в процессе работы. «Осененный» участник поднимает руку, и, когда появляется возможность, ведущий дает ему слово.

3. **Право ведущего.** Ведущий, и только он имеет право прервать упражнение или другую деятельность группы, если это мешает процессу. Он также следит за соблюдением принятых группой правил.

4. **Конфиденциальность.** Это правило защищает любого участника и ведущего от сплетен и пересудов. Вся личная информация, сообщенная о себе или другом человеке в группе, является закрытой, ведь рассказывали ее только группе, а не всему городу или поселку. Обсуждая это правило, нужно обязательно обратить

внимание, что это касается только личной информации. Распространение знаний и опыта, полученных на занятии, разрешается и приветствуется.

5. **«Не давать оценок».** Это важное правило, мы часто нарушаем в жизни. Считаем себя в праве осуждать и оценивать чужие поступки, слова, привычки («Ты - дурак», «Это идиотская мысль», «Только такие, как ты, могут так делать»). Участники не должны оценивать других людей, их мнение, внешность.

6. **Пунктуальность.** Поскольку занятия подразумевают групповую работу, то отсутствие или опоздание даже одного участника негативно сказывается на всем процессе.

Группа может предложить и другие правила. Например, правило «не обманывать: правду сказать не могу, обманывать не буду». Процесс принятия групповых правил обязательно должен быть коллективным. Не стоит придумывать слишком много правил. Все принятые правила должны быть легко выполнимыми. Правила фиксируются на доске или листе ватмана, а также в тетрадях участников. Каждое занятие может начинаться с напоминания о них.

Приложение 2

Этика специалиста профилактической деятельности

Опыт деятельности в сфере профилактики ВИЧ-инфекции уже выявил некоторые особенности, которые позволяют организовать работу в образовательном учреждении наиболее эффективно.

Особенности этики специалиста профилактической деятельности:

1. Изучение ситуации в образовательном учреждении.

Достаточно часто в практике образовательных учреждений проводится мониторинг образа жизни обучающихся. Анкеты, опросники, тесты, используемые в мониторинге должны быть корректными, не провоцирующими дополнительного интереса или эмоционально активно включающими обучающихся в сферу рискованного поведения. Участие обучающихся в исследованиях на анонимной основе, добровольно. Процедура проведения предполагает участие небольшими группами (на класс, а не на параллель), организована в удобное время, с понятной инструкцией, если возможно, то обработку результатов доверить независимому специалисту, чтобы снять тревогу обучающихся за их результаты, что позволит получить достоверные, полные ответы.

2. Выбор содержания.

Информационное наполнение образовательных программ определяется в данном случае специалистом, нормативно используются программы, рекомендованные Министерством образования и науки, прошедшие экспертизу. В то же время каждый специалист может выстроить приоритеты в содержании с учетом возрастных и индивидуальных особенностей обучающихся. Этически наиболее грамотно выбирать содержание адекватное имеющемуся уровню знаний в данной сфере и актуальной потребности. Нежелательно глубокое погружение обучающихся в негативный жизненный опыт, которого у них не было.

3. Применение методов.

В профилактической работе используются разные методы. Важно использовать предлагаемые методы педагогически грамотно, приоритет активным методам, когда обучающиеся проявляют свою позицию, свой опыт, стараться избегать методов, создающих атмосферу страха, так как это способствует формированию у обучающихся

рискованного поведения; если все-таки выбранный метод предполагает некоторую тревогу, то необходимо завершить работу упражнением, снимающим эмоциональное напряжение, направленное на выработку самосохранительного, альтернативного поведения.

4. Эмоциональный фон.

Занятия должны проходить в доверительной, эмоционально спокойной обстановке, психологически не рекомендуется провоцировать у обучающихся сильных эмоций, не только отрицательных, но и положительных, особенно при изучении тяжелой информации (болезни, смерти, трудные жизненные истории). В конце каждого занятия выстраивается совместно с участниками приоритетная картина здорового образа жизни.

5. Работа со всеми обучающимися

предполагает как организацию целостной воспитательной работы, так и целевые образовательные услуги по профилактике ВИЧ-инфекции, которые могут быть встроены в образовательный процесс через интегрированные уроки, уроки предметников, факультативные занятия, внеклассные мероприятия. Важно стараться дозировать информацию, разумно распределять во времени, реагировать по ситуации, иначе избыток информации может привести к отторжению и неприятию необходимого знания. Образовательное учреждение обязательно должно предоставлять информацию о наличии различных служб, в которые могут обратиться обучающиеся и их родители при необходимости (молодежные и женские консультации, специальные центры, телефоны доверия).

6. Работа с группой риска

требует особой подготовки и взаимодействия с необходимыми специалистами, поскольку в рамках учреждения необходимого специалиста может не быть, важно изучить особенности группы и спланировать целевую программу коррекции, возникает вопрос о сохранении в тайне индивидуальной информации каждого участника, доступа к ней других людей, что является необходимым требованием.

Приложение 3

Порталы и сайты российских организаций

Русскоязычный портал о ВИЧ/СПИДе [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.aids.ru/>

Содержит разнообразную, современную, объективную информацию на тему ВИЧ/СПИД из отечественных и зарубежных источников. Здесь можно узнать, как предохраниться от заражения и как сохранить здоровье, если вы живете с ВИЧ. Здесь есть сведения из области медицины и права, психологии и международной политики, а также многое другое. Также можно пообщаться в форуме, выразить свое мнение об актуальных проблемах и найти ответ на волнующий вас вопрос. В настоящее время на портале Aids.ru собрано несколько сотен материалов по вопросам ВИЧ/СПИДа. На портале можно найти как теоретические и аналитические статьи, так и практические рекомендации, отвечающие реальным проблемам людей: как защитить себя от вируса, как сохранить здоровье, живя с ВИЧ, как определить наличие или отсутствие ВИЧ-инфекции и многие другие.

СПИД в России [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.weandyou.org.ru/>

Обзоры и статьи, диагностика и профилактика, лечение ВИЧ-инфекции, конференции, встречи данной тематики, форум, знакомства.

Федеральный Центр СПИД [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://hivrussia.org/>

Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом был создан в 2005 году. Основными задачами Центра являются совершенствование системы надзора за ВИЧ-инфекцией, профилактических мероприятий, методов клинико-лабораторной диагностики и лечения. Основные направления научных исследований центра: изучение эпидемического процесса ВИЧ-инфекции, изучение патогенеза и клиники ВИЧ-инфекции, совершенствование терапии ВИЧ-инфекции, апробация и внедрение новых лекарственных средств для ее лечения, разработка мероприятий по социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных, разработка эффективных мер профилактики ВИЧ-инфекции. На сайте можно найти статистику, новости, приказы Министерства Здравоохранения РФ, материалы международных организаций в области борьбы и профилактики ВИЧ/СПИД.

Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.spid.ru/>

Центр является основным звеном городской службы профилактики ВИЧ-инфекции и оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом жителям Москвы. В Центре оказываются все виды специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, включая лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа. Пациенты и члены их семей получают также консультативно-методическую и психологическую помощь. В разделе «Профилактика ВИЧ-инфекции в Москве» размещены видеоролики Центра.

ВИЧ/СПИД Санкт-Петербург [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.stop-spид.ru/>

Центр занимается профилактикой ВИЧ/СПИДа, наркомании. На сайте поднимаются темы безопасного секса, ВИЧ-инфекции, ВИЧ/СПИД лечения, ВИЧ/СПИД общения, ВИЧ/СПИД знакомства. Интересные разделы: «Игры», «Мультфильмы».

РОО Центр «Сибирская альтернатива» [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://sibaltcentr.narod.ru/>

Сайт организации "Сибирская альтернатива", г.Омск. Здесь можно найти новости организации, статистика по ВИЧ/СПИДу, исследования и программы организации, библиотека и ссылки.

РОО «Сибирская инициатива» [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.sibin.ru/>

Сайт региональной общественной организации «Сибирская инициатива». Это неправительственная некоммерческая организация, способствующая сохранению здоровья общества и развитию гражданских гуманитарных инициатив. Сайт содержит информацию о деятельности организации, её проектах, публикации организации, а также статистику заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Алтайском крае.

СПИД в Томске. Фонд «Сибирь-СПИД-Помощь» [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.aids.tomsk.ru/>

На сайте можно найти информацию об организации, ее программы и мероприятия, брошюры и другие публикации. Сведения об эпидемиологической ситуации в Томской области. Электронная библиотека.

Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.altairegion.ru/biz/alt aids/>

Сайт Алтайского краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Барнаул. На сайте - информация о работе центра, его истории. Дается краткая информация о профилактических проектах, проводимых в г. Барнауле и телефоне доверия. Опубликованы материалы о развитии ВИЧ-инфекции в Алтайском крае.

Биомедицинский Центр [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.biomed.spb.ru/>

Сайт освещает работу Биомедицинского центра, одной из ведущих организаций Санкт-Петербурга и России, работающих в области СПИДа. С 1991 года Биомедицинский центр организует и проводит ежегодные конференции, основной целью которых является координация усилий профессионалов, активистов, правительственных и неправительственных организаций России, стран СНГ, ближнего и дальнего зарубежья в решении проблем, связанных с ВИЧ/СПИД. В рубрике "Конференции" вы найдете информацию о [тематике конференций](#) С 1997 года Биомедицинский центр издает "Русский журнал ВИЧ/СПИД и родственные проблемы". На страницах журнала публикуются научные статьи, освещающие проблему ВИЧ/СПИД с разных сторон - от молекулярной биологии до наркологии и прав человека. В рубриках "Журнал" и "Архив" размещены статьи, опубликованные за годы выхода в свет журнала.

Аналитический противонаркотический информационный портал [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://narcomania.com/>

Портал был создан с целью привлечения единомышленников, пропаганды не просто здорового образа жизни, но и свободного и по-настоящему живого и независимого.

Нет наркотикам - Информационно-публицистический ресурс наркозависимых [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.narkotiki.ru/>

Финансовая поддержка ресурса осуществляется Федеральным агентством печати и массовым коммуникациям. На сайте публикуются исследования о детской и подростковой наркомании, наркостатистика, материалы всероссийских семинаров-конкурсов телевизионных программ, фильмов и социальных рекламных роликов «Нет – наркотикам!», публикации о методах работы по профилактике наркомании.

Наркозона.ру [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.narcozona.ru/>

Правда о наркомании, наркотиках, лечении. Правдивая и объективная информация о наркомании, лечении, наркотических средствах. На сайте обобщен опыт наркоманов, выздоравливающих по программе 12 Шагов Анонимных Наркоманов.

Скажи наркотикам НЕТ: информационно-справочный ресурс о проблемах наркомании [Электронный ресурс]. - Режим доступа :<http://www.narkotikam.net/>

Сайт антинаркотической направленности города Уфа. Ресурс может быть интересен и полезен людям, столкнувшимся с проблемой наркомании, специалистам - врачам наркологам, психиатрам, психологам, учителям, занимающимся профилактикой наркомании. Сайт [narkotikam.net](http://www.narkotikam.net) является обладателем специального приза фестиваля социальной рекламы «ГОРОДСКАЯ СРЕДА» в номинации «Лучшая

Интернет-реклама», на фестивале «Ты и Я» занял 3-е место в номинации «Реклама в Internet». Участник Межрегионального Конгресса общественных организаций по профилактике наркомании и противодействию незаконному обороту наркотических веществ. Сайт является участником различных городских мероприятий связанных с противодействием злоупотребления наркотиками и их незаконному обороту.

ОСОО Россия без наркотиков [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.rwd.ru/>

Общероссийский союз общественных объединений "Россия без наркотиков" создан в 2000 г. несколькими организациями: Международным союзом общественных объединений "Международный центр развития социальных инициатив", Общероссийским союзом общественных объединений "Национальная федерация каратэ России" и "Федерация Косики каратэ России", Общероссийской общественной организацией "Федерация Вадо-кай каратэ-до России". Направления деятельности: реабилитация наркозависимых, подготовка антинаркотических изданий, участие в телепрограммах антинаркотической направленности, трансляция единственной постоянно действующей антинаркотической радиопрограммы «Мир без наркотиков» на радио «Маяк», проведение масштабных суперакций "Нет наркотикам".

Без наркотиков [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.nodrugs.ru/>

На этом сайте вкратце рассказано о наркотиках и наркомании. Интерес вызывают разделы "[Ваши письма](#)" и "[Статьи](#)". В разделе "Ваши письма" собрано мнения и вопросы посетителей сайта, небезразличных к проблеме наркомании. В разделе «Статьи» опубликованы различные интересные заметки из печатных и online-изданий по профилактике наркомании. Также будут интересны и полезны разделы «Антинаркотические плакаты» и «Виртуальные открытки».

Narcko Антинаркотический информационный сервер [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://add.net.ru/>

Интересные разделы: «Алкоголизм», «Наркомания», «Табакокурение», «Пищевые зависимости», «Тематические статьи», «Наркологические клиники». На сайте размещены рефераты по алкоголизму, наркомании, табакокурению, девиантному поведению.

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного образования «Центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи» руководитель: Зарецкий Владимир Валентинович тел./факс (495) 390-17-24, e-mail: zarezky@bk.ru

Фонд «Здоровая Россия 2020» [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.fzr.ru/>

Цель данного Фонда «Здоровая Россия 2020» – улучшение здоровья россиян и формирование у них приоритета здорового образа жизни. Основные задачи проектов фонда - разработка, организация и проведение информационно-образовательных кампаний, в том числе: создание методических материалов, проведение тренингов для преподавательского состава и оказание поддержки школам в реализации программ по формированию у молодежи навыков ответственного отношения к своему здоровью, поддержка деятельности общественных организаций и медико-социальных служб, оказывающих консультативные услуги молодежи; расширение и улучшение качества профилактических программ для молодежи, создание телевизионных и радиопередач.

Российский благотворительный фонд «НАН» [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.nan.ru/>

Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании» - это общественная некоммерческая организация, основанная в 1987 году. Имеет более 60 региональных отделений и филиалов в России. В течение многих лет Фонд НАН разрабатывает социальные технологии, направленные на профилактику алкоголизма и наркомании, на помощь людям, уже имеющим химическую зависимость; создает комплексные программы помощи детям в кризисных ситуациях; занимается воссозданием ювенальной юстиции в Российской Федерации; пропагандирует принципы здорового образа жизни; внедряет программы и технологии, развивающие институты гражданского общества; формирует социальную политику на основе общественной инициативы.

Фонд «Здоровая страна» [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.socfond.ru/>

Фонд "Здоровая страна" - это некоммерческая организация основанная для осуществления профилактики алкоголизма, наркомании, ВИЧа, СПИДа, и пропаганды здорового образа жизни. В своей практике они внедряют принципиально новые технологии, направленные на профилактику социально значимых заболеваний, для оказания помощи людям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Главной целью фонда является пропаганда здорового образа жизни как действенная профилактика. В данный момент фонд воплощает в жизнь несколько социальных проектов не имеющих аналогов в России.

«Вершина»: программа реабилитации наркозависимых [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.narkohelp.ru/>

Официальный сайт некоммерческого фонда "Здоровая Страна". В рамках программы "Вершина" деятельность фонда направлена на лечение наркомании и алкоголизма и их профилактике. На сайте можно получить представление о том, кто, как и зачем занимается в России пропагандой здорового образа жизни и профилактикой таких социально значимых заболеваний как наркомания, алкоголизм, ВИЧ, СПИД, Гепатит и др. Также здесь можно получить для себя полезную информацию, связанную с вопросами лечения, реабилитации и социальной адаптации людей, страдающих от наркомании и алкоголизма, прочитав статьи и заглянув в библиотеку. Вы узнаете, как не допустить такой беды в своей семье, а также, что делать, если эти проблемы уже возникли. **Журнал «СПИД. Секс. Здоровье»** [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://www.aidsjournal.ru/>

Интернет-версия самого старейшего периодического издания о ВИЧ и СПИДе - журнала "Секс, СПИД, здоровье", выпускаемый Медицинской академией последипломного образования.

Приложение 4

Глоссарий

Анонимный – безымянный или неизвестного происхождения.

Антигены – структурно чужеродные для данного конкретного организма вещества (высокомолекулярные соединения – белки и полисахариды), способные вызвать иммунный ответ.

АРВТ – антиретровирусная терапия с помощью препаратов, подавляющих размножение вируса в организме человека.

Бытовой контакт – происходящий случайно, в быту (прикосновение, пользование общей посудой, сидение рядом и т.д.).

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – вирус, вызывающий поражение клеток иммунной системы.

ВИЧ-инфекция – неизлечимое, длительно протекающее инфекционное заболевание, при котором поражается и медленно разрушается иммунная (защитная) система человека.

ВИЧ-инфицированный – лицо, зараженное вирусом иммунодефицита человека. К категории ВИЧ-инфицированных относятся как лица без клинических проявлений (носители ВИЧ-инфекции), так и больные СПИДом.

Заболевание – факт возникновения болезни у отдельного человека.

Здоровый образ жизни – максимальное количество биологически и социально целесообразных форм и способов жизнедеятельности, адекватных потребностям и возможностям индивида, осознанно реализуемых им, обеспечивающих формирование, сохранение и укрепление здоровья, способность к продлению рода и достижению активного долголетия.

Злоупотребление психоактивными веществами - неоднократное употребление ПАВ без назначения врача, имеющее негативные медицинские и социальные последствия.

ЗППП – заболевания, передаваемые половым путем (то же, что ИППП).
инфекций и развитием полиорганной недостаточности.

Иммунитет – состояние врожденной или приобретенной невосприимчивости организма к возбудителям инфекционных заболеваний и их токсинам, обладающим антигенными свойствами.

Иммунный дефицит – снижение или полное отсутствие способности организма защищать себя от воздействия микроорганизмов, опухолевых клеток; обусловлен недостатком или подавлением функциональной активности клеток, ответственных за иммунитет.

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем.

Психоактивные вещества (ПАВ)– химические и фармакологические средства, влияющие на физическое и психическое состояние, вызывающие болезненное пристрастие; к ним относятся: наркотические средства (наркотики), транквилизаторы, алкоголь, никотин и другие средства.

Профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в образовательной среде – комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих ВИЧ-инфицированию, на предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий ВИЧ-инфицирования.

Профилактика злоупотребления психоактивными веществами - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин и условий, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ, предупреждение развития и ликвидацию негативных личностных, социальных и медицинских последствий злоупотребления психоактивными веществами (безнадзорность, беспризорность, преступность, рост случаев ВИЧ-инфекций, гепатита, заболеваний, распространяемых половым путем и т.д.).

Первичная профилактика злоупотребления ПАВ - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих приобщение к употреблению ПАВ, вызывающих болезненную зависимость.

Вторичная профилактика злоупотребления ПАВ - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и осложнений наркотизации у лиц, эпизодически употребляющих ПАВ, но не обнаруживающих признаков болезни.

Третичная профилактика злоупотребления ПАВ, или реабилитация - комплекс социальных, образовательных и медикопсихологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания, т.е. способствующих восстановлению личностного и социального статуса больного (наркомания, токсикомания и алкоголизм) и возвращение его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив, к общественно-полезной деятельности.

Гендер – культурно-специфический набор признаков, определяющих социальное поведение женщин и мужчин и взаимоотношения между ними.

Рискованное поведение— поведенческие проявления, создающие угрозу инфицирования ВИЧ, а именно употребление наркотиков и незащищенные половые контакты.

Синдром – сочетание признаков (симптомов) болезненного состояния.

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) – комплекс вторичных симптомов, вызываемых ВИЧ, характеризующийся присоединением

Навык – действие, сформированное путем повторения, характеризующееся высокой степенью освоения и отсутствием поэлементной сознательной регуляции и контроля.

Образовательная среда - совокупность учреждений, служб системы образования, а также семей обучающихся.

Образовательная модель профилактики - основанная на воспитательно-педагогических методах деятельность специалистов образовательных учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

Медицинская модель профилактики - основанная на информационно-лекционном методе совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических (наркологических) учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи знаний о негативном воздействии наркотических и других психоактивных веществ на физическое и психическое здоровье человека, а также гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании - заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

Психосоциальная модель профилактики - основанная на биопсихосоциальном подходе к предупреждению злоупотребления психоактивными веществами совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений, направленная на формирование у детей и молодежи личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ, а также развитие

психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Реабилитационный потенциал - прогностическая оценка потенциальных возможностей наркологического больного к выздоровлению, возвращению в семью и к общественно полезной деятельности, основанная на объективных данных о наследственности, социальном статусе, особенностях био-психодуховного развития, а также тяжести наркологического заболевания. В практическом отношении-это терапевтическая и социальнореабилитационная перспектива.

Центр реабилитации детей и молодежи с наркозависимостью - учреждение, осуществляющее комплекс педагогических, медико-психологических и социальных мероприятий, направленных на восстановление психического и социального статуса детей и молодежи, страдающих зависимостью от психоактивных веществ.

Стратегия сдерживания - государственная политика, направленная на предупреждение (сдерживание) незаконного распространения и роста злоупотребления психоактивными веществами, а также увеличения масштабов медико-социальных последствий злоупотребления ПАВ.

Наркомания - хроническая болезнь, которая возникает в результате злоупотребления наркотиками и характеризуется наличием у больного психической и физической зависимости от наркотиков, морально-этической деградацией, асоциальным поведением и рядом других патологических проявлений.

Токсикомания - хроническая болезнь, возникающая в результате злоупотребления психоактивными веществами, не включенными в официальный список наркотических средств.

Потребители наркотиков - лица, приобретающие или хранящие наркотические средства с целью личного потребления.

Группа риска наркотизации - группа несовершеннолетних и молодежи, выделенная на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и сомато-физических признаков, характеризующаяся большой склонностью к злоупотреблению наркотиками и иными психоактивными веществами. Группа риска наркотизации является самостоятельным объектом профилактики. К ней относятся дети и молодые люди: лишенные родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни, не имеющие постоянного места жительства; экспериментировавшие с первыми пробами различных психоактивных веществ; имеющие проблемы в развитии и поведении, обусловленные нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями.

Мониторинг наркотической ситуации - повторяющиеся с установленной регулярностью на основе выбранной системы регистрации учет и оценка показателей развития наркотической ситуации (распространенность наркотиков и иных психоактивных веществ, частота случаев злоупотребления и состояний зависимости, вредных последствий злоупотребления психоактивными веществами, отношение отдельных лиц и групп к наркотикам и наркотической ситуации). Объектом мониторинга может быть группа несовершеннолетних или молодежи, система учреждений, отдельный регион. Мониторинг может быть частичным, отражающим социологические и психологические показатели, и полным, включающим оценку

факторов, улучшающих или ухудшающих наркотическую ситуацию, и социальных структур, предупреждающих развитие наркомании.

Диагностические тесты на наличие психоактивных веществ - медицинское изделие в виде бумажных полосок для иммунохроматографического выявления в моче испытуемого ПАВ (морфин, героин, метадон, экстази, марихуана, кокаин, амфетамины и др.). Используются монотесты и мультитесты; последние применяются для диагностики нескольких ПАВ.