



ЕВРОПА

Какие фактические данные указывают на то, что расширение прав и возможностей людей – это эффективный способ улучшения их здоровья?

Февраль 2006 г.

РЕЗЮМЕ

Вашему вниманию предлагается синтезированный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), посвященный проблеме эффективности стратегий расширения прав и возможностей людей как средства улучшения здоровья и снижения неравенства в вопросах здоровья.

В докладе показано, что инициативы по расширению прав и возможностей могут приводить к положительному влиянию на состояние здоровья и что расширение прав и возможностей представляет собой реально осуществимую и действенную стратегию общественного здравоохранения. Основная мысль данного обзорного доклада заключается в том, что расширение прав и возможностей людей – это комплексная стратегия, осуществляемая в окружающих условиях, в которых действует одновременно множество факторов. Эффективность стратегий расширения прав и возможностей может в такой же мере зависеть от активности и руководящей роли участвующих в их реализации людей, как и от общего контекста, в которых они реализуются.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи, в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Wallerstein N (2006). *Какие фактические данные указывают на то, что расширение прав и возможностей людей – это эффективный способ улучшения их здоровья?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/Document/E88086R.pdf>, по состоянию на [day month year]).

Ключевые слова

PATIENT PARTICIPATION

POWER – psychology

PUBLIC HEALTH

HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY

SOCIOECONOMIC FACTORS

OUTCOME ASSESSMENT (HEALTH CARE)

META-ANALYSIS

EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на веб-сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Резюме	4
Существо вопроса	4
Фактические данные	4
Рекомендации в отношении политики	5
Автор и рецензенты	7
Введение	8
Источники информации, использованные при подготовке данного обзора.....	8
Результаты исследования.....	10
Фактические данные относительно стратегий расширения прав и возможностей на основе широкого участия граждан	10
Результаты расширения прав и возможностей людей	12
Результаты с точки зрения здоровья и развития	14
Обсуждение результатов и заключение	20
Приложение 1. Расширение прав и возможностей и сопутствующие концепции: определения и аспекты	23
Исключение из жизни общества и неравенство	23
Расширение прав и возможностей	23
Приложение 2. Оценка эффективности расширения прав и возможностей	28
Рисунок 1. Направления деятельности по расширению прав и возможностей ..	30
Рисунок 2. Направления деятельности по улучшению состояния здоровья	31
Литература	32

Резюме

Существо вопроса

За последние несколько десятков лет, несмотря на процесс глобализации и рост уровня доходов на душу населения во многих развивающихся странах, актуальность таких проблем, как социальная изоляция, неравенство и крайняя нищета, возросла – почти 3 млрд. человек живут менее чем на 2 долл. США в день. Соотношение уровня доходов 20% наиболее обеспеченных и 20% наименее обеспеченных слоев населения в настоящее время составляет 82:1 (30:1 в 1960 г.). Неравенство в отношении здоровья в глобальном масштабе возрастает в связи с повышением восприимчивости к заболеваниям, обусловленным острым недоеданием, новым ростом заболеваемости инфекционными болезнями, передаваемыми через воду и продукты питания, ухудшением состояния окружающей среды, сокращением инвестиций в инфраструктуру здравоохранения и насилием. За этот же период стратегии расширения прав и возможностей, участия и другие стратегии, построенные по принципу “снизу-вверх”, приобрели важное значение в рамках систем общественного здравоохранения в качестве средства, способствующего уменьшению этих неравенств. Поскольку “расширение прав и возможностей” все чаще становится темой широких дискуссий, те, кто пользуются этим термином, должны прояснить некоторые определения, характеристики и конечные результаты целого ряда действий, охватываемых понятием “расширение прав и возможностей”.

Фактические данные

Изучение эффективности стратегий расширения прав и возможностей указывает на два основных направления деятельности: процессы, с помощью которых они осуществляются, и их воздействие на улучшение состояния здоровья и уменьшение неравенств в отношении здоровья. Расширение прав и возможностей само по себе рассматривается как конечный результат, а также как промежуточный этап на пути к достижению долгосрочного улучшения состояния здоровья и уменьшения неравенств. В рамках первого направления деятельности был определен целый круг конечных результатов, затрагивающих множество уровней и областей: психологический, организационный и общественный уровни; бытовой/семейный, экономический, политический уровни, программы и службы (такие как здравоохранение, водоснабжение, образование) и правовые отношения. Лишь немногие исследователи использовали схемы, позволяющие получить фактические данные, которые, согласно традиционной системе классификации фактических данных, можно отнести к категории убедительных доказательств. В то же время имеются фактические данные, основанные на результатах многоуровневых исследований, о том, что инициативы по расширению прав и возможностей могут влиять на результаты в отношении здоровья и что расширение прав и возможностей является жизнеспособной стратегией улучшения здоровья населения.

Во многих исследованиях основное внимание уделялось расширению прав и возможностей социально ущемленных групп населения (например, женщин, молодежи, людей с повышенным риском в отношении ВИЧ/СПИДа и малообеспеченных слоев населения), хотя процесс расширения прав и возможностей затрагивает также другие группы населения и вопросы общественного здравоохранения. Меры, направленные на расширение прав и возможностей молодежи, дали многочисленные результаты в отношении прав и возможностей и состояния здоровья: повышение эффективности индивидуальных и совместных действий, усиление внутригрупповой сплоченности, образование устойчивых молодежных групп, расширение участия в структурированной деятельности, включая социальную активность молодежи, а также изменение политики,

что приводит к улучшению состояния психического здоровья и повышению школьной успеваемости. Многоуровневые стратегии расширения прав и возможностей для профилактики ВИЧ/СПИДа, касающиеся проблем гендерного неравенства, способствовали улучшению состояния здоровья и снижению частоты случаев ВИЧ-инфекции. Меры, направленные на расширение прав и возможностей женщин, осуществляемые в области экономики, образования и политики, продемонстрировали наибольшее влияние на качество жизни женщин, их самостоятельность и правомочия, а также на изменение политики и улучшение состояния здоровья детей и семьи. Стратегии расширения прав и возможностей пациентов и семьи способствовали усилению возможностей пациентов для борьбы с болезнью, принятия более здоровых форм поведения и более эффективного использования служб здравоохранения, а также развития у лиц, осуществляющих уход, навыков психологической адаптации и повышения эффективности. Создание объединений и межведомственных партнерских связей, способствующих расширению прав и возможностей путем обеспечения более широкого участия и изменения окружающей среды и политики, приводило к различным результатам в отношении здоровья.

Рекомендации в отношении политики

Имеющиеся фактические данные и другая информация свидетельствуют о том, что необходимы эффективные стратегии расширения прав и возможностей для социально ущемленных групп населения. Хотя процессы расширения участия являются основой расширения прав и возможностей, обеспечение такого участия само по себе недостаточно, если стратегии не предусматривают при этом усиления возможностей общественных организаций и отдельных лиц по принятию решений и отстаиванию своих интересов. Рекомендации в отношении политики, основанные на данном описательном обзоре имеющейся литературы, включают следующее:

- Успешные меры по расширению прав и возможностей не могут быть в полной мере совместно использованы или “стандартизированы” в отношении многочисленных групп населения, они должны создаваться в рамках местных условий и обстоятельств или адаптироваться к ним (например, соответствовать культурным и гендерным традициям).
- Необходимо разработать и провести дальнейшую оценку конкретных популяционных программ борьбы с общими политическими, социальными, расовыми и экономическими факторами, способствующими развитию и сохранению неравенств.
- Необходимо выявлять на местном уровне структурные факторы, препятствующие и способствующие успеху мер по расширению прав и возможностей.
- Представляется целесообразным интегрировать стратегии расширения прав и возможностей, включая участие широкой общественности, в местные, региональные и национальные стратегии и инициативы в области экономики, юриспруденции и соблюдения прав человека.
- Меры по укреплению здоровья должны включать эффективные стратегии расширения прав и возможностей, такие как:
 - развитие навыков и умений граждан, усиление контроля за ресурсами и обеспечение доступа к информации, имеющей важное значение для развития общественного здравоохранения;
 - использование небольших групп, деятельность которых способствует усилению критического осознания проблем общественного здравоохранения для создания благоприятной среды обитания и усиления чувства общности;

- усиление совместных действий путем коллективного участия в процессе принятия решений и на всех этапах планирования, реализации и оценки мер общественного здравоохранения, использования непрофессиональных помощников и лидеров, обучения методам информационно-пропагандистской деятельности и лидерства, а также развития организационного потенциала;
- усиление эффективной государственной политики путем организационной и межведомственной деятельности, передачи полномочий и прав на принятие решение участникам практической деятельности, а также усиления подотчетности и прозрачности деятельности государственных органов и учреждений; и
- принятие во внимание потребностей в медицинской помощи, определяемых самими членами общества.
- Наиболее эффективные стратегии расширения прав и возможностей основаны на принципах истинного участия и усиливают их, обеспечивая самостоятельность при принятии решений, чувство общности и сплоченности, а также расширение психологических возможностей самих членов общества.
- Необходимы государственные инвестиции в проведение научных исследований и оценок с использованием различных методов для сбора фактических данных о результатах осуществления стратегий расширения прав и возможностей в динамике по времени.

Автор и рецензенты

Автор

Д-р Nina Wallerstein,
Профессор и директор программы подготовки магистров общественного здравоохранения
Медицинский факультет университета штата Нью-Мексико
MSC 09 5060
Albuquerque, New Mexico 87131
Тел.: +1-505-272-4173
nwallerstein@salud.unm.edu

Технические редакторы

Д-р Leena Eklund и профессор Alicia Granados, Сеть фактических данных по вопросам здоровья, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения.

Рецензенты

Профессор Ronald Labonte, кафедра научных исследований Оттавского университета, г. Оттава, Канада

Профессор Susan Saegert, отделение психологии, Центр среды обитания человека, университет города Нью-Йорка.

Выражение благодарности

Автор выражает благодарность за исполненные глубокого понимания вопроса комментарии и ценный вклад рецензентов, а также д-ров Meredith Minkler и S. Leonard Syme, сотрудников университета штата Калифорния, г. Беркли, и д-ра Erio Ziglio, сотрудника программы "Вложение капитала в здоровье и развитие" Европейского регионального бюро ВОЗ.

Введение

В последние три десятилетия работники здравоохранения, неправительственные организации, учреждения по оказанию помощи на многосторонней и двухсторонней основе, различные фонды и государственные ведомства все чаще обращают внимание на необходимость расширения прав и возможностей людей и участия общественности как на важнейшие стратегические направления в деятельности по снижению бедности, преодолению исключения из жизни общества и уменьшению проявлений неравенства в вопросах здоровья. Расширение прав и возможностей людей и другие методы, основанные на инициативах снизу, стали доминирующей парадигмой развития общества для неправительственного сектора (1), в отличие от проводившихся в 60-е и 70-е годы прошлого столетия стратегий, инициируемых “сверху” (2).

Почти три миллиарда человек во всем мире живут меньше, чем на 2 доллара США в день, а 1,1 миллиарда – меньше, чем на 1 доллар в день, что ниже абсолютной черты бедности, установленной Всемирным банком. В 2000 г. 70% живущих ниже абсолютной черты бедности составляли женщины (3). Три пятых из 4,4 миллиардов человек, проживающих в развивающихся странах, не имеют доступа к элементарной санитарии, а более чем у одного миллиарда людей нет доступа к чистой воде (4). Бедность свойственна не только развивающимся странам. В 2003 г. в Соединенных Штатах Америки было зарегистрировано 36 миллионов человек, живущих ниже американской черты бедности, которая составляет 14 680 долларов США в год на семью из трех человек. Инвестиции в совершенствование рыночных экономических систем и в увеличение ВВП на душу населения не стали гарантией улучшений в состоянии здоровья, что отчасти объясняется требованиями структурной перестройки и выплаты долгов, из-за которых происходит отвлечение средств от нужд здравоохранения и социального обеспечения (4,5). Повышение ВВП на душу населения может приводить к улучшению таких показателей здоровья, как продолжительность жизни, но оно не точно отражает растущее неравенство в отношении здоровья (4,6,7). Как относительная, так и абсолютная бедность вызывает восприимчивость к болезни, ибо бедные особенно страдают от низкого уровня санитарии и плохого питания, неразвитости инфраструктуры общественного здравоохранения, нарушений прав человека, голода и психологических факторов стресса, создаваемых беспомощностью и отчаянием (8–11).

В настоящем докладе представлен обзор процессов, посредством которых достигаются результаты расширения прав и возможностей людей, и описывается влияние проводимых в этом направлении стратегий на состояние здоровья населения и неравенство в вопросах здоровья. Кроме того, в нем идет речь об особенностях и условиях применения успешных многоуровневых подходов к расширению прав и возможностей, включая различные стратегии и меры государства в правовой, экономической и политической областях.

Источники информации, использованные при подготовке данного обзора

В основу доклада положен обзор имеющихся англоязычных публикаций, прошедших рецензирование специалистами данного профиля, из области общественного здравоохранения и общинной психологии. Основной поиск научных исследований, метаанализов и обзоров был проведен по базам данных PubMed, PsycInfo, Cochrane, DARE и Campbell Collaboration, а дополнительные поиски осуществлялись по библиографии, приводимой в найденных статьях. Кроме того, был проведен обзор ведомственных отчетов и публикаций, доступных на веб-сайтах нижепоименованных учреждений и фондов по

оказанию помощи, профессиональных ассоциаций и государственных ведомств, которые применяют в своей практике стратегии расширения прав и возможностей или достижения равенства людей: Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения, Центров по контролю и профилактике заболеваний США, Фонда Рокфеллера, Международного общества за равноправие в вопросах здоровья, Панамериканской организации здравоохранения, ЮНИСЕФ, Министерства здравоохранения Канады и нескольких НПО, таких, как Ассоциация женщин, имеющих собственное дело (SEWA).

Поиск статей по вопросам участия местных сообществ в проектах по водоснабжению и санитарии дал возможность выполнить обзор литературы, имеющий дополнительную ценность, т.к. вода напрямую оказывает благотворное влияние на здоровье людей, а расширение прав и возможностей женщин является неотъемлемым элементом этих проектов (поскольку часто именно на женщинах лежит ответственность за доставку воды). основополагающие исследования в области развития сельских районов также указывают на то, как важно участие местных сообществ для изменения условий окружающей среды (12–14).

В настоящем описательном обзоре HEN главное внимание уделено таким подходам к здравоохранению, которые предполагают расширение прав и возможностей людей. К числу ключевых терминов, использованных при поиске, относились расширение прав и возможностей, здоровье, результаты, участие сообществ, неравенство в вопросах здоровья, коалиции, оценка результатов и меры по расширению прав и возможностей. В результате поиска была найдена около 4000 статей, из которых обстоятельно было проанализировано 500. Сюда входят квазиэкспериментальные сравнительные исследования, качественные описания изменений в жизни сообществ, метаанализы, оценки результатов, ситуационные исследования, обзоры и корреляции данных эпиднадзора с программной информацией во всеобъемлющем обзоре литературы (15).

Статьи отбирались для анализа в том случае, если они представляли широкое определение расширения прав и возможностей, в котором расширение психологических возможностей включено в изменения на уровне организации и сообщества и во многие сферы жизни людей. В отдельном разделе также представлена литература, посвященная расширению прав и возможностей на уровне отдельного человека, включая соблюдение больным режима и схемы лечения, способность к самопомощи и уровень образования, а также изменения в поведении (это статьи из базы данных Кокрейна, а также из других баз данных). Одним словом, были включены такие статьи, в которых четко определяется область и имеющиеся сегодня доказательства результатов расширения прав и возможностей и изменений в состоянии здоровья и развитии, происшедших в результате инициатив по расширению прав и возможностей сообществ.

Не считая основополагающих концептуальных статей, из обзора исключались статьи, в которых главное внимание уделялось исключительно теории или в которых не ставилась цель увязать меры вмешательства с итогами оценки.

Применять конкретные критерии сравнения, как в систематизированном обзоре литературы, было нецелесообразно, поскольку по самой своей природе меры по расширению прав и возможностей сообщества сложны, динамичны и всеобъемлющи. Эти меры, охватывающие одновременно много целевых категорий населения, а также конечные результаты с точки зрения расширения прав и возможностей и улучшения здоровья на многих уровнях (на уровне отдельного человека, организации и сообщества), практически невозможно оценить традиционными методами. (См. Приложение 1, в котором приведены определения и различные аспекты расширения прав и возможностей, и Приложение 2, где

рассматривается оценка результатов действий по расширению прав и возможностей людей).

Результаты исследования

В данной главе рассматриваются фактические данные, касающиеся особенностей стратегий и мер вмешательства по расширению прав и возможностей на основе широкого участия, а затем рассматриваются данные научных исследований по изучению результатов расширения прав и возможностей и способности этих процессов приводить к улучшению состояния здоровья и развития.

Фактические данные относительно стратегий расширения прав и возможностей на основе широкого участия граждан

Очевидно, что участие граждан имеет решающее значение для успеха действий по уменьшению зависимости от медицинских работников, обеспечению учета в программах особенностей культуры и местных условий, повышению потенциала и устойчивости мер по достижению изменений, привлечению заинтересованных партнеров к дальнейшему совершенствованию программ, повышению продуктивности, действенности и оперативности программ и укреплению здоровья самого по себе (16–20). К числу ключевых факторов, способствующих обеспечению такого участия, относятся привлечение лидеров местной общественности (например, деревенских старост, народных лекарей, религиозных лидеров), непрофессиональных работников здравоохранения (21–23) и социальных движений (24,25), использование политической воли (например, правительства, которые поддерживают или поручают осуществлять мобилизацию масс) (26,27), и использование мер вмешательства, основанных на культурных традициях или грамотных с точки зрения культуры (28–31). Исследования по вопросу создания коалиций и межсекторальных партнерств между учебными заведениями, государственными ведомствами, НПО и местными сообществами позволили документально установить наличие широкого спектра факторов, способствующих участию и эффективности коалиций (32–43). Эффективное руководство, способствующее принятию решений и контролю при широком участии партнеров, является в принципе самой важной характеристикой способности того или иного сообщества содействовать широкому участию (44).

Участие необходимо рассматривать как сложный и систематически повторяющийся процесс, способный меняться, расти или уменьшаться в зависимости от складывающихся отношений с властью и исторического или социального контекста, в котором осуществляется данный проект. Результаты его не поддаются контролю или прогнозированию, и происходит он независимо от того, присутствуют в нем специалисты или нет. Поэтому роль специалистов должна смещаться от доминирования к поддержке или содействию (45).

В нескольких исследованиях изучались психологические факторы, препятствующие участию граждан, такие, как низкая субъективно воспринимаемая ценность или слабое руководство (46), тогда как в большинстве исследований документально установлены препятствия культурного и структурного характера. К препятствиям культурного характера относятся динамика неравных сил, из-за которой затрудняются коллективные действия для таких социально изолированных категорий населения, как молодежь, женщины или потребители инъекционных наркотиков (47–50). Сохраняются труднопреодолимые институциональные барьеры: бюрократизм или политические препятствия, в том числе

авторитарные режимы (51,62), высокая степень расслоения общества (53), исторически бедный опыт участия в управлении государством или осуществление процессов, навязываемое сверху (46), расизм (54) и отсутствие представительности у участвующих членов общества (16), отсутствие опыта управления, организации и мобилизации ресурсов или условий, благоприятствующих широкому участию (17,55). Многие из этих препятствий скрыты. Скрытыми могут быть отношения с властью внутри сообществ, например, на основе этнической, гендерной или кастовой принадлежности или возраста, или между организаторами и участниками из числа членов сообщества и между донорами и получателями помощи (56). Участие может ограничиваться из-за нежелания специалистов по развитию оспаривать внутреннее отношение к власти, отсутствия знаний о расширении прав и возможностей или нежелания идти дальше привлечения ключевых информаторов для того, чтобы по-настоящему способствовать принятию решений с участием всего сообщества (48,57).

Хотя широкое участие и образует становой хребет стратегий расширения прав и возможностей, самого по себе его недостаточно, и оно может быть манипулятивным и пассивным, а не активным, дающим людям права и возможности и основанным на контроле со стороны общества (58,59). Оно может рассматриваться как утилитарный процесс, т.е. предназначенный для обеспечения эффективности программ (60), а не дающий людям права и возможности с целью уменьшения их неучастия в жизни общества (61). Сами методы привлечения к участию на местном уровне могут быть ограниченными. Они могут предполагать привлечение членов общества лишь в качестве информаторов (61) или могут затуманивать необходимость в анализе более крупных организационных структур и стратегий, которые могут быть важнее местных детерминант благополучия (62). Вопросы, которые необходимо задавать в любом сообществе, включают в себя следующие: кто те официальные представители, чьи голоса остаются неслышными, и каковы те проявления неравенства сил, которые могут воспрепятствовать участию определенных секторов (63).

Всемирный банк выделяет четыре характеристики, при наличии которых участие приводит к расширению прав и возможностей: доступ людей к информации по вопросам общественного здравоохранения, их включение в процесс принятия решений, местный организационный потенциал, позволяющий предъявлять требования к учреждениям и структурам власти, и подотчетность учреждений перед общественностью (64). Rifkin добавил к этому важный фактор прав человека (45,65). Одной из важных стратегий борьбы с исключением из жизни общества и содействия участию, дающему людям больше прав и возможностей, является контроль сообщества за финансированием проектов (29). В сообществах меньшинств, в частности, меры по расширению прав и возможностей должны быть направлены на поддержку руководства меньшинств, признание возможности межкультурного конфликта и строиться на использовании имеющихся сильных сторон (66).

Хотя конкретные меры по расширению прав и возможностей и различаются между собой, большинство таких мер во всем мире поддерживают такие стратегии на основе широкого участия, которые основаны на групповом диалоге, коллективных действиях, обучении навыкам отстаивания прав и интересов и лидерства, организационном развитии и передаче власти участникам.

Результаты расширения прав и возможностей людей

В значительной части публикаций по вопросу расширения прав и возможностей основное внимание уделяется стратегиям расширения прав и возможностей на основе широкого участия граждан, приводящим к результатам, которые являются конечной целью, однако эти результаты являются также промежуточными шагами на пути к достижению целей в отношении здоровья и развития. В большинстве публикаций, касающихся результатов расширения прав и возможностей, речь идет прежде всего о расширении психологических возможностей (67), мерилom которых является эффективность коллективных действий (убеждение в том, что вместе люди могут добиться изменений к лучшему) (68), эффективность конечного результата (убеждение в том, что чьи-то действия могут привести к практическим результатам) (69), политическая эффективность (убеждение в том, что можно оказывать влияние на политический процесс, организации и сообщества людей) (70–72), способность к критическому мышлению (73) и поведение, ориентированное на участие.

Проведено немало научных исследований, посвященных взаимосвязи между расширением психологических возможностей, уровнем участия и чувством причастности к сообществу (т.е. самоидентификация и духовная связь людей со своим социальным кругом или местом жительства). Участие сообщества облегчается благодаря имеющемуся у людей чувству причастности к сообществу и расширению психологических возможностей; в свою очередь чувству причастности к сообществу и расширению психологических возможностей способствует участие. Чувство причастности к сообществу является особенно надежным показателем, позволяющим предсказать степень участия в жизни района и местного сообщества (74–76). Повышению степени участия также способствуют и другие социально-психологические переменные. В молодежной инициативе по пропаганде здоровья сердца широкое участие в значительной мере ассоциировалось с ощущением у молодых людей их принадлежности к сообществу, с субъективно воспринимаемой ценностью здоровья, расширением психологических возможностей и субъективно воспринимаемым контролем над политикой (77). Расширение психологических возможностей в значительной мере ассоциировалось с возросшей степенью участия, чувством причастности к сообществу и позитивной организационной атмосфере в мероприятиях по борьбе с табакокурением среди молодежи и в коалициях на уровне сообществ (78, 79).

Исследованием мер вмешательства по улучшению жилищных условий в сообществах малообеспеченных людей было установлено, что собственное участие и восприятие участия других предопределяло качество этих мер и степень расширения прав и возможностей как на индивидуальном, так и на групповом уровне (80). Проведенным в Новой Зеландии исследованием факторов, позволяющих прогнозировать уровень участия местных жителей в “группах действий местных жителей”, было установлено повышение субъективно воспринимаемых выгод, удовлетворенности протекающими в группах процессами и чувства причастности к сообществу и снижение субъективно воспринимаемых издержек участия (81). Исследование среди рыночных торговцев в одном из городских центров первичной медико-санитарной помощи в Гондурасе выявило ряд демографических, контекстуальных и женских психологических переменных, включая субъективное восприятие влияния и чувства причастности к сообществу, как имеющих большое значение для их участия (82).

Большое количество публикаций посвящено корреляции между стратегиями расширения прав и возможностей на основе широкого участия и результативностью

проектов с точки зрения расширения прав и возможностей организаций за счет повышения их оперативности и организованности, устойчивости и более справедливого распределения услуг (64,83–86), особенно в проектах развития систем водоснабжения и водоотведения. Метаанализ программ предупреждения жестокого обращения с детьми показал, что методики работы, предполагающие расширение прав и возможностей и основанные на привлечении широкого круга участников и социальной поддержке, повышают действенность программ (87). Исследование работы деревенских комитетов по водоснабжению показало, что прозрачность и подотчетность организаций, доступ к информации и участие оказались важнейшими условиями обеспечения справедливости в распределении услуг и эффективности деятельности комитетов (88).

К результатам с точки зрения расширения прав и возможностей сообществ относятся меры консолидации сообщества – социальный капитал (89–91), сплоченность жителей в округе (92), влияние жителей округа (93), чувство причастности к сообществу (94), возможности или активы сообщества (95,96); меры участия сообщества, такие, как размах деятельности общественных организаций, а также объективные изменения в здоровой государственной политике, изменения в нормах, большее равенство и улучшение материальных условий (73). Переменные расширения прав и возможностей на уровне местного сообщества и всей страны в политическом, экономическом и правовом секторах, а также в области прав человека включают в себя разумное правление, подотчетность учреждений и расширение прав и возможностей женщин (64,97,98). Разумное правление охватывает подотчетность политических деятелей и руководителей посредством предоставления информации общественности, укрепление гражданских свобод, снижение коррупции и повышение отзывчивости того или иного учреждения на потребности и проблемы общественного здравоохранения, а также отношения взаимности с общественностью, наделенной правами и возможностями более свободного доступа к прозрачной информации и контроля над ресурсами. Гражданские свободы и участие сообщества, благодаря которым облегчается прозрачность, например, позволили улучшить эффективность развития (86), увеличить ассигнования на нужды школ (64,99) и повлияли на услуги сектора здравоохранения, включая рост посещаемости медицинских учреждений (45,100,101). Расширение прав и возможностей женщин измеряется на уровне страны процентом женщин, занимающих политические посты и должности в структурах управления и долей женщин в производственных доходах (102); на уровне домашнего хозяйства оно измеряется собственностью на землю, самостоятельностью и полномочиями в принятии решений, мобильностью и уровнями домашнего насилия (103).

Несмотря на привлекательность использования сводных данных по регионам и по всей стране для проведения сравнений, пользоваться этими данными в качестве мерила конечных результатов расширения прав и возможностей следует осторожно. Хотя единица анализа меры вмешательства по расширению прав и возможностей может быть многоуровневой (как минимум, участники и местные изменения в организации и политике), способность добиваться изменений на уровне региона или всей страны, как, например, процент женщин на политических постах, зависит от гораздо большего числа действий, чем одноразовая мера вмешательства. Опора исключительно на общенациональные или региональные данные также может привести к неверному толкованию успеха или неудачи инициативы по расширению прав и возможностей, которая может натолкнуться на непреклонность и несговорчивость бюрократических или политических структур государственного масштаба. Вот почему конечные результаты усилий по расширению прав и возможностей необходимо оценивать сразу на многих уровнях и во временном разрезе, чтобы получить точную картину.

Результаты с точки зрения здоровья и развития

Связать расширение прав и возможностей сообществ и психологических возможностей со здоровьем оказалось сложнее. Однако одно важное исследование, проведенное в Детройте, позволило выявить в качестве независимых прогнозирующих показателей улучшения состояния здоровья со слов респондентов и уменьшения числа симптомов депрессии такие показатели, как более глубокое чувство причастности к сообществу (самый точный прогнозирующий показатель), субъективно воспринимаемый контроль со стороны местных жителей и участие местных жителей (93).

Было найдено лишь несколько опубликованных исследований, в которых в явном виде проверялась гипотеза, согласно которой участие сообщества в принятии решений приведет к получению дополнительных выгод с точки зрения здоровья или медико-санитарной помощи. В конце 80-х годов в ходе квазиэкспериментального исследования водоснабжения в Того и Индонезии, в которое были включены группа активного участия, группа вмешательства, инициированного сверху, при котором системы водоснабжения внедрялись без участия общественности, и контрольная группа деревень (104), было установлено, что в деревнях с активным участием прошло иммунизацию на 25–30% больше детей. Исследование показало, что активизация участия сообщества в проектах водоснабжения связана с более эффективными стратегиями охраны здоровья детей. В сравнительном исследовании двух проектов питьевого водоснабжения и водоотведения (один с активным участием жителей деревень, другой без участия) был документально подтвержден ряд лучших конечных результатов в активных деревнях: лучшее качество воды, более высокий процент людей, понимающих угрозы и перешедших на безопасное водоснабжение (40% против 25%), лучший мониторинг функционирования и технического обслуживания водоотводов, более здоровые привычки при пользовании уборными и фильтровании питьевой воды и более высокие уровни удовлетворенности (75% против 30%) (85). В Гане в ходе программы борьбы с шистосомозом сравнивалось проведение химиотерапии при трех типах условий санитарного просвещения в деревнях: методика на основе широкого участия, пассивная методика и отсутствие санитарного просвещения. В исходном состоянии во всех деревнях было показано ограниченное знание заболевания и его профилактики, однако после принятия мер в деревнях с участием жителей были более успешно построены школьные уборные и прополоты от сорняков речные берега, хотя во всех деревнях были устроены выкопанные вручную колодцы (105,106). В квази-экспериментальном исследовании в Норвегии в одной рыбацкой деревне, где были приняты меры по расширению прав и возможностей, и в трех контрольных деревнях снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний было признано следствием комплексного участия рыбаков в работе многих секторов, таких, как школы и места работы, система медицинской помощи и местное самоуправление (107).

Фактические данные о том, как меры по расширению прав и возможностей, предпринимаемые в интересах различных категорий населения, позволяют достичь более широких прав и возможностей и улучшения здоровья, охватывают больных и потребителей медико-санитарной помощи, а также категории, входящие в группы повышенного риска быть исключенными из жизни общества и лишиться прав и возможностей, т.е. молодежь, группы риска по ВИЧ/СПИДу и женщины.

Стратегии расширения прав и возможностей больных или потребителей

Расширение прав и возможностей больных или потребителей возникло в последние десятилетия в качестве превентивной стратегии развития партнерств и самопомощи больных, направленной на улучшение результатов с точки зрения здоровья и качества жизни хронических больных (108,109). Меры по расширению прав и возможностей, часто включающие в себя создание групп поддержки, возможности получения образования, расширение прав и возможностей лиц, оказывающих медицинскую помощь, принятие решений больными, изменения в медико-санитарных услугах и деятельность по защите интересов, активно применяются в сфере помощи больным диабетом и другими хроническими заболеваниями (110–115), хронической обструктивной болезнью легких (116), болезнью почек в терминальной стадии (117), остеопорозом (117), лицам, страдающим инвалидностью (119), раковыми заболеваниями (120–122) и психическими расстройствами (109,123–125). В двух систематических обзорах был показан положительный эффект обучения самолечению больных диабетом; в одиннадцати исследованиях обучения групповым методом были показаны улучшения в борьбе с диабетом, в уровне знаний и потребности в лекарственном лечении, которые ассоциировали с самостоятельно достигнутым повышением уровня прав и возможностей, навыков самолечения и удовлетворенности лечением (126). В семидесяти двух исследованиях были показаны краткосрочные положительные эффекты в самолечении, пищевых привычках и борьбе с заболеваниями, причем такие характеристики расширения прав и возможностей, как принятие решений больными и диалог в малых группах, были более эффективны, чем дидактические занятия (127).

В дополнение к расширению личных прав и возможностей отдельных больных, благодаря стратегиям расширения прав и возможностей семьи были повышены эффективность действий лиц, оказывающих помощь, навыки психосоциальной адаптации, улучшен доступ к службам здравоохранения и повышена эффективность их использования. Чаще всего стратегии, ориентированные на семью, используются в психиатрии (128,129), в том числе для снижения чувства тревоги и депрессии при уходе за хронически больными детьми (130). Вмешательства групп поддержки в целях оказания помощи бабушкам и дедушкам и систематический обзор двадцати исследований обучения родителей с целью улучшения психосоциального здоровья матерей продемонстрировали снижение депрессии, чувства тревоги и расширение прав и возможностей (131–132).

Фактические данные свидетельствуют о том, что улучшение здоровья в результате стратегий расширения прав и возможностей больных происходит несколькими путями: напрямую за счет повышения эффективности принимаемых отдельными людьми решений и улучшений в ведении осложнений болезни и поведении с точки зрения здоровья (111–113,117,133) и косвенно за счет усиления групп поддержки, расширения прав и возможностей лиц, оказывающих помощь, повышения удовлетворенности отношениями между субъектом помощи и больным и улучшения доступности и эффективности услуг здравоохранения, при том, что имеются данные, свидетельствующие о сокращении использования этих услуг (111–113,116), об улучшении самообразования (134) и улучшении результатов в лечении психических расстройств (130,125). В программах расширения прав и возможностей людей в области психиатрии, в которых основной упор делается на защите прав и интересов, больные наделяются функциями помощников, что приводит к усилению их социальной поддержки и повышению качества жизни и может приводить к изменениям в стратегии и практике, таким, как улучшение качества рекреационных услуг (136), появление новых учреждений по временному уходу за

больными, коалиций в борьбе с социальным отторжением и стратегий по защите прав потребителей (137).

Таким образом, вмешательства с целью расширения прав и возможностей больных и меры, принимаемые в интересах лиц, оказывающих им помощь в семье, приводят к улучшению в ведении болезни, регулируемом самим больным, в использовании услуг здравоохранения и в состоянии психического здоровья. И хотя не во всех исследованиях измерялись результаты расширения индивидуальных прав и возможностей, было показано, что вмешательства, включающие в себя элементы расширения прав и возможностей, такие, как содействие партнерству с больным и наделение больного властью над своим состоянием, и использование методов групповых занятий, которые облегчают создание благоприятной окружающей среды и ведение диалога, оказывают значительное влияние на улучшение здоровья и качества жизни у хронических больных. Дополнительную пользу дают вмешательства, направленные на защиту прав и интересов.

Стратегии расширения прав и возможностей молодежи

Растет применение стратегий расширения прав и возможностей молодежи в вопросах здоровья, которые содействуют участию молодых людей во всех аспектах планирования программ и в деятельности по пропаганде изменений общественных норм и политики (138–140). В стратегиях расширения прав и возможностей (в отличие от конструктивных подходов к развитию молодежи) подчеркивается необходимость понимания ощущения беспомощности и силы (49), способа участия и веры или неверия молодых людей в то, что они способны влиять на проблемы и политику в области общественного здравоохранения. Здесь важно не просто количество участников в том или ином организованном мероприятии, а качество и интенсивность активного участия (141, 142), а также привлечение участников к процессам принятия решений и борьбы за социальные перемены.

Фактические данные показывают, что вовлечение молодых людей в систематические организованные мероприятия, связывающие их друг с другом и с соответствующими организациями, повышает их самосознание и уровень социального успеха, улучшает психическое здоровье и академическую успеваемость и снижает процент оставления школы учащимися, преступность и злоупотребление психотропными веществами (77, 143, 144). Во многих программах было показано, что такие элементы расширения прав и возможностей, как отношение к молодым людям как к ценным помощникам, вовлечение их в формирование групповой сплоченности через установление диалога и привлечение их в качестве лиц, принимающих решения в своих собственных общественных действиях, дает целый ряд положительных результатов: это такие программы, как “Программа общественной деятельности подростков” (145–147), “Стратегии расширения прав и возможностей молодежи” (148), “Молодежное звено” (149, 150), “Программа расширения прав и возможностей и поддержки молодежи” (151), НОРЕ (152) и перуанский проект молодежных клубов (153). В результате реализации комплексной инициативы расширения прав и возможностей молодежи в борьбе с табакокурением в 17 американских штатах было установлено, что укрепились психологические возможности, повысился уровень участия молодых людей в изменениях политики (154), и была высказана мысль о важности атмосферы коллективизма, поддержки со стороны взрослых и местного сообщества (140, 155).

Таким образом, меры вмешательства по расширению прав и возможностей молодежи приводят к самым разнообразным результатам: к более высокой эффективности индивидуальных и коллективных действий, к укреплению групповой сплоченности, к

формированию устойчивых групп, повышению уровня участия в общественной работе и к реальным изменениям в политике. Достигнутое в результате расширение прав и возможностей в свою очередь связывается в исследованиях с улучшением здоровья и уровня образования.

Расширение прав и возможностей людей, входящих в группы риска по ВИЧ/СПИДу

Программы, нацеленные на профилактику ВИЧ/СПИДа, все в большей степени предусматривают стратегии расширения прав и возможностей, направленные в первую очередь на группы повышенного риска: работников секс-индустрии, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, вступающих в половые связи с мужчинами, но не определяемых как гомосексуалисты. Было показано, что исследования, проводимые с широким участием представителей целевых групп, с использованием врожденных знаний и лиц равного статуса из числа представителей сообщества, улучшают качество работы с людьми на низовом уровне и создают у общества чувство владения программами (156,45). Такие программы, как проект Mpowerment для молодых мужчин-гомосексуалистов и бисексуалов (157), показывают, что достигаемые в результате расширение психологических возможностей и укрепление социальной сплоченности могут оказывать влияние на социальный контекст гендерных отношений. Например, программа для латиноамериканских женщин-иммигранток в Сан-Франциско оказала влияние на комфортность общения, изменения в традиционном разделении гендерных ролей и в полномочиях принимать решения (158), а результатом проекта по расширению прав и возможностей американских гомосексуалистов мексиканского происхождения стало более частое использование презервативов (159). Изучение практики использования женских презервативов по материалам более двух десятков исследований во всем мире, посвященных целому спектру результатов расширения психологических возможностей, свидетельствуют о реальной эффективности: способность женщин договариваться о более безопасном сексе приводит к снижению заболеваемости ВИЧ и ИППП. Меры, способствующие расширению прав и возможностей женщин в более широком контексте репродуктивной автономии, могут быть более действенными, чем подходы, ограниченные раздачей женских презервативов (160).

Оценка двухгодичной программы снижения спроса на наркотики, направленной на создание организационного и кадрового потенциала в органах самоуправления деревень и провинций в сельских районах Северного Таиланда, продемонстрировала успех реализации программы и снижение численности потребителей наркотиков. Однако через шесть месяцев после завершения программы проявилось отсутствие устойчивости в долгосрочной перспективе, которое было отнесено на счет недостаточно широких прав и возможностей руководителей деревень (161). Но возможно также и то, что для достижения устойчивости в долгосрочной перспективе было мало времени, и внешние катализаторы должны были действовать в течение более длительного времени (42). Устойчивость также оценивалась в проекте Сонагачи, который продолжается 12 лет и позволил успешно снизить распространенность ВИЧ-инфекции и повысить частоту использования презервативов среди работниц секс-индустрии в Калькутте (162,163). Успех проекта объясняется постоянно развивающейся моделью расширения прав и возможностей, в которую входит использование работников равного статуса для работы с людьми на низовом уровне, использование проблем, представляющих интерес для широких слоев общества, в качестве исходной точки проекта, выработка навыков лидерства у женщин, поддержка со стороны медицинских работников и в конечном счете переуступка функций руководства новой ассоциации работников секс-индустрии. При воспроизводстве этого исследования были показаны аналогичные результаты оценки (164).

Таким образом, стратегии расширения прав и возможностей в области профилактики ВИЧ/СПИДа, направленные на преодоление гендерного неравенства, позволили улучшить состояние здоровья за счет роста использования презервативов и снижения частоты заражения ВИЧ-инфекцией.

Расширение прав и возможностей женщин

Проведено множество исследований, посвященных важности влияния социальных условий, которые способствуют дискриминации и исключению женщин из жизни общества. Поэтому при принятии мер вмешательства по расширению прав и возможностей необходимо учитывать специфические женские проблемы (165). Повышение уровня образования женщин, включая ликвидацию безграмотности и расширение прав и возможностей среди взрослых, ассоциирует с улучшением здоровья детей (166, 167) и снижением фертильности (168). Однако, хотя расширение возможностей женщин получить образование имеет огромное значение, более быстрым способом улучшения здоровья считается поощрение микропредпринимательства: это основано на предположении о том, что женщины, обладающие возможностью получать доход, будут тратить свои средства на здоровье семьи и детей. Однако мало повысить долю женщин в доходах домашнего хозяйства (169); это повышение должно сопровождаться ростом самостоятельности, мобильности, расширением прав принимать решения и власти женщин в семье. Микропредпринимательство и другие стратегии получения доходов также могут означать дополнительную нагрузку для женщин, так как неоплачиваемая домашняя работа при этом не уменьшается (170). Серия исследований, посвященных деятельности банка "Грамин" в Бангладеш и Комитета по развитию сельских районов Бангладеш, продемонстрировала прогресс в расширении прав и возможностей женщин (171), рост спроса на медико-санитарную помощь (172), улучшение питания и рост использования противозачаточных средств (173), а также расширение охвата иммунизацией и снижение детской смертности (174), хотя оценить достоверность этих исследований трудно из-за погрешности выборки и совокупного влияния общенациональных кампаний в сфере здравоохранения. Эти положительные результаты также проявляются, правда в меньшей степени, и среди женщин, не участвующих в программах, в тех деревнях, в которых создаются возможности получения микрокредитов, что доказывает важность принятых в сообществе норм для расширения прав и возможностей женщин и укрепления здоровья в семье (103). Метаанализ 40 проектов по расширению прав и возможностей женщин продемонстрировал широкий спектр улучшений качества жизни, в том числе повышение требований в процессе защиты прав и интересов женщин и укрепление организованности, улучшение услуг и изменения в политике и системе государственного управления в результате деятельности по защите прав и интересов (176), а в некоторых организациях даже изменились экономические условия для женщин (177, 178).

Оценка (179) четырехлетней комплексной программы, осуществляемой НПО и государством с целью снижения материнской смертности, показала, что население участвует в составлении планов развития систем экстренной транспортировки в 80% участвующих в программе деревень, что в пять раз увеличилось число женщин, планирующих отсрочить наступление беременности и знающих о признаках опасности, что возрос уровень участия населения и активизировалось создание объединений непрофессиональных работников здравоохранения. Ожидается, что при сохранении уровня участия материнская смертность и заболеваемость будут сокращаться. Благодаря комплексным мерам, охватывающим репродуктивное здоровье, планирование семьи, охрану здоровья матери и ребенка, наряду с деятельностью по зарабатыванию доходов, распространением грамотности и оказанием первичной медико-санитарной помощи, во

всех деревнях повысился уровень реализации проектов (180). Комплексная программа детского питания, дающая женщинам право и возможность обмениваться информацией и приобретать навыки решения проблем и ухода за ребенком в среде, благоприятной для самореализации женщин, позволила улучшить фактическое питание детей и уменьшить число случаев тяжелых нарушений питания (181–183).

В некоторых исследованиях изучалось влияние женщин в политическом руководстве на жизнь женщин. Принятие в Индии поправки к конституции, по которой женщинам дается право избираться, а не назначаться в органы управления деревень, привело к тому, что девять деревень проголосовали за списки кандидатов, целиком состоящих из женщин (184). В результате в трех из этих деревень четыре года спустя благодаря коллективным действиям мужчин и женщин в домашних хозяйствах возросло количество топлива, воды и фуража. Также в результате повысились мобильность женщин и их участие в принятии решений, были закрыты питейные притоны, благодаря чему уменьшились случаи избиения жен, и больше девочек стали посещать школу. Исследование, посвященное расширению прав и возможностей женщин, занимающихся молочным животноводством, показало рост их участия в управлении, коллективную самодостаточность в принятии решений по домашнему хозяйству, рост экономической эффективности производства молока и поступления денег в домашние хозяйства, а также успехи в антиалкогольных кампаниях (185).

Одной из ключевых стратегий расширения прав и возможностей являются меры, предпринимаемые медицинскими работниками деревень, непрофессиональными или участковыми медицинскими работниками, которые главным образом вовлекают женщин в непрерывный процесс оказания помощи, начиная от роли естественных помощниц до предоставления на самом элементарном уровне услуг первичной медицинской помощи и кончая ролью помощниц в деле санитарного просвещения и активисток в борьбе за решение проблем здоровья в данном сообществе (23). Хотя публикаций, описывающих работу участковых медработников с людьми на низовом уровне, существует много, литературы о влиянии на здоровье меньше (31, 186, 187). В литературе показана высокая эффективность в использовании медико-санитарной помощи, особенно услуг по профилактическому скринингу, т.е. улучшения в проведении маммографии (188); в поведении больных, а именно, в завершении программ санитарного просвещения (189), и описывается несколько исследований, посвященных улучшению конечных результатов с точки зрения здравоохранения, таких, как расширение охвата и снижение стоимости иммунизации (190) и снижение заболеваемости малярией (191). Метаанализ 15 исследований (из обзора 43 исследований) показал улучшения в результатах иммунизации и борьбы с респираторными заболеваниями и малярией (192). Некоторые исследования также включали вопрос о расширении прав и возможностей самих участковых медработников: усиление социальной поддержки, лидерские функции и развитие навыков работы по защите прав и интересов людей (193).

Таким образом, меры вмешательства, которые были в наибольшей степени интегрированы в секторы экономики, образования и/или политики, давали наибольший эффект с точки зрения расширения психологических возможностей, самостоятельности и полномочий и оказывали устойчивое положительное воздействие на целый ряд результатов с точки зрения здравоохранения.

Расширение прав и возможностей посредством организации межсекторального взаимодействия и создания коалиций

В стратегиях по расширению прав и возможностей исключенных из жизни общества категорий населения все большее значение приобретает организация межсекторального взаимодействия и создание коалиций. Те меры по организации взаимодействия между разными учреждениями, которые позволили добиться положительных результатов для здоровья, обычно направлены на решение совершенно конкретной проблемы здравоохранения и предусматривают осуществление непосредственных действий по решению этой проблемы (194,195). К числу примеров относятся: загрязнение окружающей среды как следствие методов, применяемых на свиноводческих фермах (196), охрана труда и техника безопасности в гостиничном секторе (197), жилищные условия (198), опасные факторы в окружающей среде (199), показатели иммунизации (200,201), младенческая смертность (202), неравенство в предоставлении помощи больным диабетом (203,204) и безопасность микрорайонов (205). На международном уровне в предпринимаемых мерах использовались стратегии мобилизации сообществ (5) для повышения оперативности и равноправного распределения услуг, снижения ведомственных барьеров на уровне государственного управления, повышения степени участия в местном самоуправлении, укрепления общественных организаций и выработки и принятия здоровой государственной политики, которая сама по себе ведет к улучшению состояния здоровья. Некоторые из этих мер включают проведение кампаний по борьбе с “речной слепотой” (206) и укрепление районных систем здравоохранения, ведущее к улучшению охраны материнства и детства (207).

Обсуждение результатов и заключение

Из всего спектра проанализированных публикаций очевидно, что стратегии расширения прав и возможностей являются перспективными по своей способности давать положительный эффект как с точки зрения расширения прав и возможностей, так и с точки зрения здоровья. В литературе показана определенная закономерность в соотношении между стратегиями расширения прав и возможностей и достигаемыми результатами на уровне психологии, организации и сообщества и в разных категориях населения, хотя конкретные результаты могут меняться в зависимости от проблемы и социального контекста. Те несколько статей, в которых применен более строгий сравнительный метод для документального установления ценности, придаваемой процессами участия и расширения прав и возможностей, свидетельствуют о том, что расширение прав и возможностей возникло как имеющая право на жизнь стратегия общественного здравоохранения. Важной задачей является сохранение способности оказывать эти положительные воздействия в течение длительного времени и выходить за рамки местных условий. Несомненно, есть пределы способности программ, осуществляемых на местном уровне или для конкретных категорий населения, преодолевать действие политических, социально-экономических или институциональных сил, стремящихся сохранить неравенство.

Вероятность успеха стратегий расширения прав и возможностей будет выше, если они будут интегрированы в макроэкономические стратегии и основные направления политики, нацеленные на достижение большего равенства и справедливости. Например, резкое снижение детской смертности в Бангладеш иллюстрирует важность интеграции на уровне всей страны, которая включала в себя меры государственной политики по снижению бедности, расширение прав и возможностей женщин и создание для них

условий для зарабатывания доходов, активнейшие кампании по охране материнства и детства и опору на программы НПО, которые создавали возможности для участия в принятии решений и в работе на местном уровне (208). Ситуационные исследования показали, что, пожалуй, наибольший эффект дает синергизм между всеми элементами (стратегии снижения бедности, сотрудничество между НПО и государством, расширение прав и возможностей и развитие при широком участии партнеров, а также активные программы в области здравоохранения) (6). Дополнительные подтверждения необходимости взаимодействия с национальной политикой в области законодательства дают исследования роли и места женщин в политическом процессе. Например, право выбирать женщин в сельские органы самоуправления привело к повышению уровня участия местных жителей в улучшении качества жизни женщин, девочек и их семей (184).

Главная идея данного обзора состоит в том, что расширение прав и возможностей есть комплексная стратегия, осуществляемая в условиях, в которых одновременно действует несколько факторов. Эффективность стратегий расширения прав и возможностей может в такой же мере зависеть от активности и руководящей роли участвующих в их реализации людей, как и от общего контекста, в которых они реализуются. Поэтому при осуществлении дальнейших действий необходимо учитывать следующее:

1. Интегрировать в общие стратегии укрепления здоровья перечисленные ниже действенные стратегии расширения прав и возможностей:
 - а) укрепление навыков граждан, расширение доступа к информации и ресурсам;
 - б) использование работы в небольших группах для развития критического сознания и создания благоприятных окружающих условий и выработки более глубокого чувства причастности к сообществу;
 - в) поощрение коллективных действий сообщества посредством коллективного участия в принятии решений и во всех этапах планирования, реализации и оценки мероприятий, использования помощников/лидеров из числа непрофессиональных работников, обучения навыкам защиты прав и интересов и лидерства, развитие потенциала организаций и коалиций;
 - г) усиление здоровой государственной политики путем действий отдельных организаций и совместных действий нескольких организаций, передачи права принятия решений участникам проводимых мер вмешательства и содействие/требование прозрачности и подотчетности государственных и других учреждений;
 - д) привлечение членов сообщества к определению потребностей сообщества и к проведению работы по их удовлетворению, в том числе в качестве потребителей услуг здравоохранения.
2. На основе документально установленных успешных стратегий, осуществляемых в интересах социально изолированных категорий населения (например, молодежи, групп риска по ВИЧ/СПИДу, женщин и малообеспеченных категорий), оказывать поддержку партнерствам и коалициям, которые работают с этими категориями (эти стратегии предусматривают поддержку участия, которое способствует самостоятельности и праву принимать решения, развитию чувства причастности к сообществу и социального единения, расширению психологических возможностей и действиям, ведущим к изменению местных условий жизни).

3. На основе успешных стратегий в отношении больных и лиц, оказывающих им помощь, переориентировать службы здравоохранения в сторону превращения больных и их родственников в действенный фактор улучшения их здоровья.
4. Укреплять связи между тремя взаимозависимыми результатами расширения прав и возможностей – широким участием партнеров, расширением психологических возможностей и чувством причастности к сообществу, которое наиболее успешно развивается с помощью стратегий, которые основываются на имеющемся чувстве причастности к сообществу и на системах культурных связей и традиций.
5. Вкладывать средства в исследования, в которых используется смешанный метод и оценка по сравнительной схеме: для изучения конкретных мер вмешательства в отношении конкретных категорий населения можно использовать экспериментальные схемы, однако для изучения широких инициатив по расширению прав и возможностей требуются разные методики, позволяющие изучать программы в их социально-политическом контексте, а моделирование множественных эффектов позволяет изучать взаимодействия между психологическим, организационным и общинным уровнями.
6. Вкладывать средства в исследования, позволяющие проверить гипотезу о дополнительной ценности, которую дают стратегии расширения прав и возможностей на основе широкого участия для достижения положительных результатов с точки зрения здравоохранения: политикам важно понять, что изменения в результатах расширения прав и возможностей, таких, как расширение психологических возможностей, подотчетность учреждений или изменения в политике в отношении сообществ, могут быть достаточным доказательством успеха программы даже и в том случае, если изменения в результатах с точки зрения здравоохранения еще не произошли, особенно на уровне регионов или всей страны.
7. Способствовать совершенствованию методик измерения сфер и уровней расширения прав и возможностей: универсальных методик может, однако, быть недостаточно, и для них потребуются показатели, основанные на местных культуре, языке и контексте, в дополнение к качественным методам для того, чтобы оценить факторы, способствующие и препятствующие изменениям.
8. Содействовать подготовке специалистов в области здравоохранения и развития, лиц, предоставляющих услуги, лиц, вырабатывающих политику, и лидеров сообществ по вопросам стратегий расширения прав и возможностей сообществ и исследований и оценки форм и уровней участия, включая вопросы практики принятия коллективных решений, принципы этики, динамику отношения к власти, навыки взаимодействия между организациями и поддержку подлинного участия сообщества.
9. Поддерживать многоуровневые меры вмешательства, в которых расширение прав и возможностей сообщества интегрируется в общегосударственную и региональную политику, направленную на развитие возможностей в сфере экономики, политики и прав человека, чтобы добиться большего эффекта в снижении неравенства в вопросах здоровья и исключения из жизни общества.

Приложение 1

Расширение прав и возможностей и сопутствующие концепции: определения и аспекты

Исключение из жизни общества и неравенство

Исключение из жизни общества определяется как жизнь в условиях лишений и уязвимости, таких, как бедность, недостаточный доступ к образованию, здравоохранению и другим услугам, отсутствие политического влияния, гражданских свобод и прав человека, географическая изоляция, воздействие неблагоприятных условий окружающей среды, расизм или историческая несправедливость, разрушение социального капитала и социальная изоляция, воздействие войн и конфликтов, отчуждение или беспомощность. В определении, данном Международным обществом за равноправие в вопросах здоровья, глобальное неравноправие (или неравенство) в отношении здоровья – это “систематические различия (в принципе могущие быть устраненными) в одном или нескольких аспектах здоровья в группах населения, определяемых по социальным, экономическим, демографическим или географическим признакам” (209).

С появлением новых возможностей категории населения, исключенные из жизни общества, могут выйти за рамки своих ограниченных условий жизни (210). По определению Guarnaccia и Rodriguez (211), культурная практика и культурная передача – это исторические процессы, в которых “мнения и действия людей подвергаются динамическому влиянию социальных преобразований, социальных конфликтов, соотношения сил и миграции”. В своих общественных делах и поступках, в своей индивидуальности (212) и в том, как они наново определяют свои взаимоотношения со структурными ограничениями (213,214), люди постоянно создают новый смысл. Поэтому стратегии расширения прав и возможностей должны быть сосредоточены на том, чтобы социально изолированные категории могли создавать и обновлять свои общественные нормы, добиваться изменений в неравных условиях, развивать культурную индивидуальность и общность с другими категориями и получать доступ к социальным ресурсам, укрепляющим здоровье.

Расширение прав и возможностей

В 1978 г. в Алма-Атинской декларации Всемирная организация здравоохранения впервые сформулировала цели участия сообществ и достижения равенства, а затем в Оттавской хартии и в Джакартских декларациях об укреплении здоровья (215–217) распространила их на обеспечение прав и возможностей. Объединение целей охраны здоровья с целями социального и экономического развития стало относительно новым явлением: были приняты Цели в области развития, сформулированные ООН в Декларации тысячелетия, в которые вошли меры по расширению прав и возможностей и укреплению здоровья женщин (218), Стратегическая основа Всемирного банка и стратегия снижения уровня бедности, в которой расширение прав и возможностей бедных слоев населения определяется в качестве одной из двух приоритетных стратегий по повышению эффективности развития (64), и была создана Комиссия по макроэкономике и здравоохранению, которая выступает за инвестиции в сектор здравоохранения для обеспечения экономического роста в развивающихся странах (219). Поскольку тема расширения прав и возможностей вошла в разряд основных тем, обсуждаемых на многосторонних и двусторонних встречах и в государственных ведомствах (причем смысл

в это понятие может вкладываться разный), необходимо разъяснить смысловые аспекты этого термина.

Расширение прав и возможностей сообщества коренится в общинной психологии, санитарном просвещении и укреплении здоровья, выполняющем освободительную функцию в образовании взрослых, самоорганизации сообщества, развитии сельских районов и общин и социальной работе (220). Расширение прав и возможностей определяется как “процесс, посредством которого люди, организации и сообщества обретают власть над своими делами” (221). При этом расширение прав и возможностей сообщества определяется как “процесс общественных действий, посредством которого отдельные люди, сообщества людей и организации обретают власть над своей жизнью в контексте изменения своей социальной и политической среды с целью улучшения равноправия и качества жизни” (73).

Всемирный банк определил расширение прав и возможностей как “процесс повышения способности отдельных людей или групп делать выбор и преобразовывать этот выбор в желаемые действия и конечные результаты” для “создания индивидуальных и коллективных благ и для повышения эффективности и справедливости организационного и институционального контекста, которым определяется пользование этими благами” (222) и “расширение благ и возможностей малообеспеченных людей участвовать в деятельности учреждений, влияющих на их жизнь, вести с ними переговоры, влиять на них, контролировать их и привлекать к ответственности” (64). В стратегиях ВОЗ по укреплению здоровья коллективные действия сообществ и расширение их прав и возможностей определяются как предпосылки здоровья (215,216).

Расширение прав и возможностей представляет собой ориентированную на действие концепцию, в которой главное внимание уделяется устранению формальных или неформальных препятствий и изменению соотношения сил между сообществами и учреждениями и государством. В его основе лежит исходное допущение о наличии культурного достояния сообщества, которое может быть укреплено посредством диалога и действий (223). Оно осуществляется в разных сферах – от личных до политических и коллективных действий (224,225). Иногда термин “расширение прав и возможностей” используется как синоним укрепления потенциала сообщества (95) или социального капитала (226), хотя в отличие от социального капитала в расширении прав и возможностей главное внимание уделяется соотношению сил и стратегиям вмешательства. Расширение прав и возможностей включает в себя как процессы, так и конечные результаты, причем расширение прав и возможностей социально изолированных людей само по себе является важным конечным результатом, а также промежуточным результатом на пути к снижению неравенства в вопросах здоровья и преодолению исключения из жизни общества.

Действия по расширению прав и возможностей определяются особенностями культуры, общества и населения, и поэтому осуществлять их необходимо в контексте местных условий. Много написано о том, что расширение прав и возможностей есть многоуровневая конструкция, в которой расширение психологических возможностей означает самодостаточность людей и контроль над своей жизнью, расширение прав и возможностей организации – способность организации влиять на изменения, а расширение прав и возможностей сообщества – способность изменять реальные условия (67,227). Расширение прав и возможностей нельзя рассматривать как некую самостоятельную стратегию, она является составной частью всеобъемлющего подхода, в котором лица, вырабатывающие политику, привлекаются к содействию структурным или

законодательным изменениям, позволяющим обеспечить участие сообщества. В конечном счете расширение прав и возможностей – это динамическое взаимодействие между приобретением внутренних навыков и умений и преодолением внешних структурных препятствий на пути к пользованию ресурсами (228). (На рисунках 1 и 2 иллюстрируется структура стратегий расширения прав и возможностей, конечных результатов расширения прав и возможностей и их возможного влияния на неравенство в вопросах здоровья и эффективность развития).

Центральное место в идее расширения прав и возможностей сообщества занимает вопрос о власти, в котором имеется два основных аспекта, определяемых отношениями с другими: контроль над ресурсами (материальными, человеческими, финансовыми) и контроль над идеологией (ценностями, социальными установками, убеждениями) (2). Власть над другими может осуществляться путем прямого или косвенного контроля над возможностями людей получать образование, иметь работу, жилье или через другие политико-экономические структуры, которые отдают предпочтение интересам одних кругов или классов людей над другими. Еще одним средством исключения людей из общественных процессов и контроля над жизнью общества служит идеология, наиболее коварное действие которой проявляется в создании атмосферы бездействия, когда люди ограничивают свои собственные возможности (229,230). В дополнение к представлению о власти как о механизме подавления, Мишель Фуко сформулировал еще одно представление – как о продуктивном механизме, оставляющем открытой возможность сопротивления (231). Концептуально власть представляется как сложное переплетение слов и дел, которое наблюдается в учреждениях, сообществах и семьях, и осуществляется через действия во множестве отношений. Эти отношения к власти и с властью изначально нестабильны и поэтому могут оспариваться. Благодаря феминизму вошло в обиход представление о власти как об изначально и внутренне присущем свойстве – “власти внутри себя” выражать свое мнение, а также как о безграничном и расширяющемся ресурсе, который в виде “власти вместе с другими” ведет к наделению сообществ правами и возможностями по мере того, как их обретают люди.

Поэтому стратегии расширения прав и возможностей означают оспаривание контроля и социальной несправедливости посредством политического, социального и психологического процессов, которые раскрывают механизмы контроля, институциональные или структурные барьеры, культурные нормы и общественные предубеждения и тем самым позволяют людям бросать вызов укоренившемуся внутри них подавлению и вырабатывать в себе новые представления о реальности. Расширение прав и возможностей можно трактовать как динамическое взаимодействие между обретением большего внутреннего контроля или способностей (личное преобразование/расширение психологических возможностей) и преодолением внешних структурных барьеров, мешающих доступу к ресурсам (преобразование сообщества или организации) (228). Как утверждает Гита Сен, наличие внутренней или изначально присущей власти вовсе не обязательно ведет к большей власти сообщества над ресурсами, или наоборот, но есть много примеров в области развития, когда изменения в политике или общественные движения позволяли людям, стоящим внизу, обретать более широкие психологические возможности, или когда усилия, сосредоточенные на пробуждении сознания относительно коренных причин, приводили к структурным изменениям (2). Для того, чтобы была устойчивость, нужно и то и другое.

Развитию процессов расширения прав и возможностей во всем мире способствовала философия образования, выполняющего освободительную функцию, созданная бразильским просветителем Паоло Фрейре, который сформулировал концепцию процесса

пробуждения сознания, вытекающего из непрерывного цикла диалога и действия (223). Диалог, или совместные критические размышления во взаимодействии с другими людьми о существующих барьерах, нормах и институтах, позволяет прийти к коллективным действиям, приводящим к новым размышлениям, которые ведут к новым действиям, и так цикл все время повторяется. Начатая с обучения грамотности жителей трущоб и крестьян в Бразилии, работа Фрейре была затем адаптирована во всем мире к обучению взрослых (232-235), обучению английскому языку как иностранному (236), обучению рабочих и профсоюзных активистов (237,238) и к развитию сообществ и охране здоровья (239–241). Фрейрианский диалог становится полезным для социально отверженных людей, помогая им разобраться в сложностях своей отверженности в формальной и неформальной системах. Место женщин в структуре власти, например, может значительно различаться в государственной и частной сферах. Они могут быть важным генератором доходов для домашнего хозяйства, но не иметь права голоса в принятии решений по семейным и бытовым вопросам.

Медицинскими работниками были сформулированы две взаимосвязанные концепции: потенциал сообщества и социальный капитал. Потенциал сообщества определяется как содержащий десять аспектов и включающий участие, сети поддержки, чувство причастности к сообществу и доступ к власти (95), а также процессы и инструменты, позволяющие измерять результаты с точки зрения потенциала в процессе развития (38,44,93,242). Социальный капитал, или нормы и системы социальных связей, облегчающие координацию действий для взаимной пользы, захватили воображение медицинских работников во многом потому, что эпидемиологические исследования установили корреляцию между переменными доверия, взаимности и участия гражданского общества и статистическими показателями заболеваемости/смертности (68,89–91). Термины “потенциал сообщества” и “социальный капитал” имеют частично повторяющиеся определения и могут использоваться в качестве синонимов, хотя социальный капитал – это больше признак сообществ, а не стратегии.

Всемирный банк дал четкую формулировку двух признаков расширения прав и возможностей: роль активности социально изолированных сообществ в осуществлении выбора и преобразовании их жизни и роль структуры возможностей, институционального, политического, экономического и государственного контекста, который позволяет или мешает действующим лицам порождать реальное действие. Активность означает, что расширение прав и возможностей не может быть даровано людям или совершено над кем-то, а происходит в результате процессов, в ходе которых люди сами обретают права и возможности (2,225). Защитники прав и интересов или внешние субъекты изменений могут выступать катализаторами действий или помогать создавать места, где люди могут учиться, но устойчивость и расширение прав и возможностей наступает только тогда, когда люди создают свой собственный импульс, приобретают свои собственные навыки и борются за свои собственные изменения. Их коллективное действие с целью достижения желаемого для них изменения зависит от трех стадий: общественных основ, от которых люди начинают (политических, экономических, социальных, информационных, нравственных), наличия у сообществ индивидуальных умений и способности к коллективным действиям и результаты, которых люди способны достичь (243). Медицинские работники поддержали концепцию активности, признав необходимость исходить в работе из сильных сторон, а не из недостаточности ресурсов, для того, чтобы создавать мотивацию для действий сообщества (96).

Теперь, когда концепция расширения прав и возможностей завоевала доверие у государственных учреждений и многосторонних организаций по оказанию помощи,

становится важным не вернуться обратно к мнению, будто государство может обеспечить расширение прав и возможностей как некую услугу или очередную подачку. Процессы расширения прав и возможностей отличаются своей приверженностью идее принятия решений самими людьми и широкого участия людей, которое может привести к тому, что будет брошен вызов могущественным силам, включая государственные учреждения. Местные, провинциальные и центральные органы власти как основные действующие лица в структуре возможностей оказываются в центре внимания в стратегиях расширения прав и возможностей, в которых ставится цель заставить их проявлять больше чуткости к нуждам избирателей, повысить прозрачность, покончить с коррупцией в органах власти и проявлять больше оперативности и справедливости в распределении ресурсов и услуг среди сообществ.

Таким образом, расширение прав и возможностей оказывает влияние на способность людей к действиям посредством коллективного участия тем, что укрепляет их организационный потенциал, бросает вызов неравенству в вопросах власти и достигает результатов на многих аналогичных уровнях в разных областях: расширение психологических возможностей, отношения в семье и быту, укрепление социального капитала и единства общества, преобразования в учреждениях, улучшение доступа к ресурсам, открытая система государственного управления и все более справедливые условия в сообществах.

Приложение 2

Оценка эффективности расширения прав и возможностей

Хотя правильное понимание значения вмешательств, предпринимаемых с целью расширения прав и возможностей людей, для снижения степени исключения из жизни общества и преодоления неравенства в вопросах здоровья – это вполне похвальная цель, оценивать проекты расширения прав и возможностей на уровне округа, деревни, города или страны сложно. Сравнительной литературы имеется мало, а проекты расширения прав и возможностей по самой своей природе сложны и нелегко вписываются в схему экспериментального исследования (5,244–247). Когда группы жителей округа или неправительственные организации берутся за широкие задачи – развить потенциал сообщества и добиться расширения прав и возможностей – какой-либо одной программы, которую можно было бы оценить, нет. Например, расширение прав и возможностей женщин может быть включено в качестве одного из элементов в проект микрокредитования вместе со стратегиями просвещения по вопросам питания, иммунизации или планирования семьи. Поэтому конечные результаты лишь отчасти связаны со стратегиями расширения прав и возможностей. Ожидания изменений в состоянии здоровья отдельных людей могут быть нереалистичными в краткосрочной перспективе, проекты расширения прав и возможностей могут испытывать недостаток вводимых ресурсов или кадров для выполнения намеченных задач или же причинно-следственные связи могут быть слишком сложны для того, чтобы докопаться до них в условиях изменяющейся социальной среды. Кроме того, трудно установить, как связаны местные или общегосударственные системы контроля заболеваемости/смертности с конкретными вмешательствами.

Исходная посылка во многих оценках вмешательств с целью расширения прав и возможностей аналогична исходной посылке в укреплении здоровья: в их осуществлении и в определении результатов большое значение имеет местный контекст, исходно принимается наличие динамических процессов, а постоянная оценка и корректировка стратегий основывается на процессах с широким участием партнеров. Поскольку цели расширения прав и возможностей и проводимые для этого мероприятия намеренно меняются с течением времени для более полного удовлетворения потребностей и приоритетов участвующих в них заинтересованных партнеров, осуществляемое вмешательство может лишь частично поддаваться (248) или даже вовсе не поддаваться оценке с помощью традиционных методов (249). Стратегии исследования на базе сообщества с широким участием людей привели к усложнению структуры участия. Теперь исследователи привлекают участников – членов сообщества не только при осуществлении вмешательств, но и при планировании, разработке и осуществлении оценки и стратегий исследования (42,43,250).

Наконец, поскольку процессы расширения прав и возможностей происходят на уровнях психологии, организации и сообщества и чаще всего осуществляются в сочетании с другими процессами вмешательства, необходимо исходить из того, что и конечные результаты тоже лежат в нескольких областях и на нескольких уровнях (251,252). Однако после того, как то или иное сообщество можно определить как обретшее более широкие права и возможности или как получающее результаты, сохранение этих условий нельзя принимать как данность. Результаты расширения прав и возможностей не являются статичными, не могут быть перенесены на все вопросы или же могут изменяться со временем по мере изменения политических или экономических условий; сообщество

может успешно предотвратить строительство объекта по переработке опасных отходов, но не сумеет добиться увеличения финансирования местных школ в следующем году или не сумеет изменить нормы в отношении роли женщин. Это еще раз доказывает необходимость постоянно оценивать изменения в структуре возможностей, оценивать объекты изменений, а также изменения в том, как сообщества проявляют свою активность в достижении разных целей.

Ввиду сложности процессов как укрепления здоровья, так и расширения прав и возможностей было создано несколько международных специальных рабочих групп по проведению оценок для выработки рекомендаций, включая Глобальную программу Всемирной организации здравоохранения по эффективности укрепления здоровья (<http://www.who.int/hpr/ncp/hp.effectiveness.shtml>) и специальную рабочую группу Панамериканской организации здравоохранения, которая подготовила руководство по проведению совместных оценок с участием общественности для муниципалитетов здоровья (253). В своем резком докладе для лиц, вырабатывающих политику, посвященном оценке деятельности по укреплению здоровья, ВОЗ сделала пять выводов: оценка должна проводиться совместно с общественностью, для нее должны быть выделены достаточные средства, в ходе оценки должны рассматриваться как процессы, так и конечные результаты, должно использоваться сочетание разных методик и схем (а не рандомизированные исследования с контрольной группой, которые “в большинстве случаев просто неуместны, вводят в заблуждение и сопряжены с чрезмерно большими расходами”) и нужно содействовать выработке новых специальных знаний и навыков проведения оценок по комплексным схемам (254,255). В феврале 2003 г. Всемирный банк провел многопрофильный “Семинар по измерениям”, а в двух недавно опубликованных документах предложил структурную схему для измерения и показателей расширения прав и возможностей (256,257).

Для того чтобы можно было пройти по всему пути от многоуровневых результатов расширения к их влиянию на состояние здоровья и результаты развития, S.B. Rifkin предложил сокращение CHOICE, которое представляет шесть важнейших областей измерения: создание потенциала (Capacity-building), права человека (Human rights), организационная устойчивость (Organizational sustainability), подотчетность учреждений (Institutional accountability), вклад (Contribution) и благоприятная среда (Enabling environment) (45). Такой подход построен на четырех облегчающих оценку процессах, предложенных Всемирным банком (64) – доступ людей к информации (элемент создания у них потенциала), их включение и участие в принятии решений (вклад), подотчетность учреждений и местный организационный потенциал (и устойчивость) – и дополняется критически важными областями прав человека и благоприятной среды. На рисунке 1 многообразные аспекты расширения прав и возможностей и меры, представленные в данном докладе, объединены в одну концептуальную логическую модель, требующую дальнейшего исследования.

Какие фактические данные указывают на то, что расширение прав и возможностей людей – это эффективный способ улучшения их здоровья?
 Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
 Февраль 2006 г.

Рисунок 1. Направления деятельности по расширению прав и возможностей

Компоненты/стратегии программы расширения прав и возможностей:	Конечные результаты расширения прав и возможностей:		
	Психологические	Организационные	Для сообщества/политические
<ul style="list-style-type: none"> • Личные навыки: <ul style="list-style-type: none"> ○ планирование/действия ○ доступ к информации • Благоприятные окружающие условия: <ul style="list-style-type: none"> ○ группы поддержки ○ подход на основе диалога ○ в основе – врожденные знания • Действие сообщества/участие: <ul style="list-style-type: none"> ○ содержательное ○ принятие решений ○ использование лидеров из числа непрофессионалов ○ лидерство/защита прав и интересов ○ потенциал организации • Здоровая государственная политика: <ul style="list-style-type: none"> ○ коллективные действия ○ эффективные организационные структуры ○ передача власти ○ содействие прозрачности • Переориентация здравоохранения: <ul style="list-style-type: none"> ○ вовлечение избирателей 	<ul style="list-style-type: none"> • Внутрличностные изменения <ul style="list-style-type: none"> ○ политическая эффективность ○ коллективная эффективность ○ вера в силу группового действия ○ мотивация к действиям ○ субъективно воспринимаемый контроль • Чувство причастности к сообществу <ul style="list-style-type: none"> ○ самостоятельность сообщества ○ скрепление социального капитала ○ доверие ○ взаимность • Участие • Критическое сознание общества 	<ul style="list-style-type: none"> • Отлаженная работа по оказанию услуг <ul style="list-style-type: none"> ○ подотчетность перед общественностью ○ справедливость в распределении услуг ○ оперативность ○ комплексный характер ○ соответствие культурным особенностям ○ сохранение в течение всего времени • Организационная эффективность и потенциал <ul style="list-style-type: none"> ○ устойчивость ○ собирание клиентуры ○ получение результатов ○ эффективное руководство ○ расширение прав и возможностей членов ○ связывание социального капитала • Действенные межорганизационные сети/партнерства 	<ul style="list-style-type: none"> • Развитое гражданское общество <ul style="list-style-type: none"> ○ структуры для участия ○ возросший социальный капитал • Рациональное правление <ul style="list-style-type: none"> ○ уменьшение коррупции ○ повышение прозрачности ○ подотчетность • Права человека <ul style="list-style-type: none"> ○ Расширение гражданских свобод ○ Политика против дискриминации • Развитие в интересах бедных <ul style="list-style-type: none"> ○ Рост числа микропредприятий ○ Рост материальных активов ○ Благоприятная экономическая политика • Преобразованные социально-экономические, экологические условия и направления политики
	<u>Пример: Расширение прав и возможностей женщин</u>		
	<ul style="list-style-type: none"> • Самостоятельность: свобода передвижения • Права: принятие решений по семейным вопросам • Чувство причастности к сообществу/участие вместе с другими женщинами • Сила коллективного действия 	<ul style="list-style-type: none"> • Полноценные женские организации 	<ul style="list-style-type: none"> • Политические права и экономические возможности женщин

Какие фактические данные указывают на то, что расширение прав и возможностей людей – это эффективный способ улучшения их здоровья?
Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Февраль 2006 г.

Рисунок 2. Направления деятельности по улучшению состояния здоровья



Литература

1. Zenz A. Evaluating Empowerment: The world vision area development programme. Washington, World Bank, 1–7, (<http://www.devnet.org.nz/conf/Papers/zenz.pdf>, accessed 30 November 2005).
2. Sen G. Empowerment as an approach to poverty. Geneva, World Health Organization, 1997 (Working Paper).
3. Schuftan C. The decade of the African child. *Development Practice*, 1995, 5(4):334–338.
4. Kim JY et al. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Becerra M et al., eds. 2000, Monroe, Common Courage Press, 2000 (Series in health and social justice).
5. Macfarlane S, Racelis M, Muli–Musiime F. Public health in developing countries. *The Lancet*, 2000. 356(9232):841–846.
6. Evans T, et al. Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford, Oxford University Press, 2000:348.
7. Views from the Pan American Sanitary Bureau. Vol. 8., Washington, Pan American Health Organization, 2001.
8. Garrett L. Betrayal of trust: the collapse of global health. Oxford, Oxford University Press, 2001.
9. Narayan D et al. Voices of the poor: Can anyone hear us? Oxford, Oxford University Press, 2000.
10. Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley, University of California Press, 2003.
11. Hofrichter R, ed. Health and social justice: Politics, ideology, and inequity in the distribution of disease. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
12. Cohen J, Uphoff N. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World Development*, 1980, 8:213–235.
13. Uphoff N, Esmann M, Krishna A. Reasons for Success. Bloomfield, Connecticut, Kumarian Press, 1998.
14. Krishna A, Uphoff N, Esmann M. Reasons for Hope. Bloomfield, Connecticut, Kumarian Press, 1997.
15. Brownson RC et al. Evidence-Based Public Health. Oxford, Oxford University Press, 2003.
16. Jewkes R, Murcott A, Community representatives: representing the "community"? *Social Science & Medicine*, 1998, 46(7):843–858.
17. Rifkin SB, Muller J, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, 1988, 26:931–940.
18. Chambers R. Whose reality counts? London, Intermediate Technology Publications, 1997.
19. Springett J. Issues in participatory evaluation. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. Community-based participatory research for health. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003:263–288.
20. Fetterman DM. Empowerment evaluation: building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Community Psychology*, 2002, 30(1):89–102.
21. Jacobs B, Price N, Community participation in externally funded health projects: lessons from Cambodia. *Health Policy & Planning*, 2003, 18(4):399–410.

22. Ndiaye SM et al. The value of community participation in disease surveillance: a case study from Niger. *Health Promotion International*, 2003, 18(2):89–98.
23. Eng E, Parker EA, Harlan C, eds. Lay health advisors: a critical link to community and capacity building. *Health Education & Behavior*. 1997, 24 (4).
24. Kapadja K. Housing Rights of Urban Poor: battle for Mumbai's Streets. *Economics and Politics Week*, 1996:1436–1440.
25. Piven FF, Cloward RA. Poor people's movements: why they succeed, how they fail. 1st ed. New York, Pantheon Books, 1977.
26. Yassi A et al. Community participation in a multisectoral intervention to a determinants in an inner-city community in central Havana. *Journal of Urban Health*, 2003, 80(1):61–80.
27. Sleigh A et al. Eradication of schistosomiasis in Guangxi, China. Part 1: Setting, strategies, operations, and outcomes, 1953–1992. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 76(4):361–372.
28. Marin BV. HIV prevention in the Hispanic community: sex, culture, and empowerment. *Journal of Transcultural Nursing*, 2003, 14(3):186–192.
29. Duran BM, Duran EF. Assessment, program planning, and evaluation in Indian country: toward a postcolonial practice. In: Huff RM, Kline MV, eds. Promoting health in multicultural populations: a handbook for practitioners. Thousand Oaks, Sage Publications Inc., 1999.
30. Groth-Marnat G, Leslie S, Renneker M. Tobacco control in a traditional Fijian village: indigenous methods of smoking cessation and relapse prevention. *Social Science & Medicine*, 1996, 43(4):473–477.
31. Setting the agenda for research on cultural competence in health care. Washington, United States Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, Center for Linguistic and Cultural Competence in Health Care, 2005.
32. Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. *Health Education & Behavior*, 2002, 29(6):683–698.
33. Mattessich PW, Murray-Close M, Monsey BR. Collaboration: what makes it work. 2nd ed., St. Paul, Amherst H. Wilder Foundation, 2001:1–82.
34. Thompson M. et al. Facilitators of well-functioning consortia: national Healthy Start program lessons. *Health & Social Work*, 2003, 28(3):185–195.
35. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion: factors predicting satisfaction, participation and planning. *Health Education Quarterly*, 1996, 23(1):65–79.
36. Granner ML, Sharpe PA. Evaluating a community coalition characteristics and functioning: a summary of measurement tools. *Health Education Research*, 2004, 19(5):514–532.
37. Kegler MC et al. Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: a study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(3):338–353.
38. Fawcett SB et al. Using empowerment theory in collaborative partnerships for community health and development. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):677–697.
39. De Koning CM et al. Participatory research in health: issues and experiences. London, Zed Books, 1996.

40. Schulz AJ, Galea S, Krieger J, eds. Community-based participatory research – addressing social determinants of health: lessons from the urban research centers. *Health Education & Behavior*, 2002, 29 (3).
41. Giachello AL et al. Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Reports*, 2003, 118(4):309–323.
42. Israel BA et al., eds. Methods in community-based participatory research. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2005.
43. Minkler M, Wallerstein N, eds. Community based participatory research for health. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
44. Goodman RM Et al. Capacities of community-based initiatives that most influence desired outcomes: a cross-case research study. *Health Education & Behavior*, under review.
45. Rifkin SB. A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal Of Health, Population and Nutrition*, 2003, 21(3):168–180.
46. Ndekha A et al. Community participation as an interactive learning process: experiences from a schistosomiasis control project in Zimbabwe. *Acta Tropica*, 2003, 85:325–338.
47. Asthana S, Oostvogels R. Community participation in HIV prevention: problems and prospects for community-based strategies among female sex workers in Madras. *Social Science & Medicine*, 1996, 43(2):133–148.
48. Campbell C, MacPhail C. Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, 2002, 55(2):331–345.
49. Valaitis R. "They don't trust us; we're just kids:" views about community from predominantly female inner-city youth. *Health Care For Women International*, 2002, 23(3):248–266.
50. Campbell C, Mzaidume Z. Grassroots participation, peer education, and HIV prevention by sex workers in South Africa. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(12):1978–1986.
51. Boyce WF. Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. *Social Science & Medicine*, 2001, 52:1551–1564.
52. Tadele F. Sustaining urban development through participation: an Ethiopian case study. *Gender and Development*, 1996, 4(1):45–52.
53. Woelk GB. Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science & Medicine*, 1992, 35(4):419–424.
54. Campbell C, McLean C. Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Social Science & Medicine*, 2002, 55:643–657.
55. Zakus JD, Lysack C. Revisiting community participation. *Health Policy & Planning*, 1998, 13(1):1–12.
56. Cooke B et al. Participation: the new tyranny? London, Zed Books, Ltd., 2003.
57. Tandon R. Social transformation and participatory research. *Convergence*, 1988. 2(2/3):5–15.
58. Rifkin SB. Community participation in maternal and child health/family planning programmes: an analysis based on case study materials. Geneva, World Health Organization 1990.
59. Arnstein, SR. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 1969, 35:216–224.

60. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy & Planning*, 2001, 16(3):221–230.
61. Cornwall A, Jewkes R, What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 1995, 41(12):1667–1676.
62. Francis P. Participatory development at the World Bank: the primacy of process. In: Cooke B, Kothari U, eds. *Participation: the new tyranny*. London, Zed Books, 2001.
63. Wallerstein N. et al. Initiating and maintaining partnerships. In: Israel BA et al., eds. *Methods in community based participatory research*. San Francisco, Jossey/Bass, 2005.
64. Narayan D. *Empowerment and poverty reduction: a sourcebook*. Washington, World Bank, 2002.
65. Sen A. *Development as freedom*. New York, Oxford University Press, 2001.
66. Gutierrez LM, Lewis EA. Education, participation, and capacity building in community organizing with women of color. In: Minkler M, ed. *Community organizing and community building for health*, 2nd edition. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 2005:240–253.
67. Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, eds. *Handbook of community psychology*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000:43–63.
68. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 1997, 227:918–924.
69. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, WH Freeman, 1997.
70. Yeich S, Levine R, Political efficacy: enhancing the construct and its relationship to mobilization of people. *Journal of Community Psychology*, 1994, 22:259.
71. Israel BA et al. Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):149–170.
72. Becker AB et al. Predictors of perceived control among African-American women in Detroit: exploring empowerment as a multilevel construct. *Health Education & Behavior*, 2002, 29(6):699–715.
73. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6(3):197–205.
74. Chavis D, Wandersman A. A sense of community in the urban environment: a catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18(1):55–81.
75. Prestby J et al. Benefits, costs, incentive management and participation in voluntary organizations: a means to understanding and promoting empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18(1):117–149.
76. Chavis DM et al. *The role of block associations in crime control and community development: the Block Booster Project, final report to the Ford Foundation*, 1987.
77. Altman DG et al. Psychosocial factors associated with youth involvement in community activities promoting heart health. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(4):489–500.
78. Holden DJ et al. Quantifying the impact of participation in local tobacco control groups on the psychological empowerment of involved youth. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):615–628.

79. McMillan B et al. Empowerment praxis in community coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):699–727.
80. Saegert SW, Winkel G. Paths to community empowerment: Organizing at home. *American Journal of Community Psychology*, 1996, 24(4):517–550.
81. Butler C, Rissel C, Khavarpour F. Factors associated with participation in resident action groups in metropolitan Sydney: a cross-sectional survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 1999, 23(6):634–638.
82. Janowsky EG. Sense of community and participation in urban primary health care: a preliminary investigation from city markets in Tegucigalpa, Honduras. New Orleans, Tulane University, 2003 (doctoral dissertation).
83. Turan JM et al. Community participation for perinatal health in Istanbul. *Health Promotion International*, 2003, 18(1):25–32.
84. Narayan D. The contribution of people's participation to rural water supply: findings from 122 projects. Washington, World Bank, 1992.
85. Manikutty S. Community participation: so what? Evidence from a comparative study of two rural water supply and sanitation projects in India. *Development Policy Review*, 1997, 15(2):115–140.
86. Isham J, Narayan D, Pritchett L. Does participation improve performances? Establishing causality with subjective data. *The World Bank Economic Review*, 1995, 9(2):175–200.
87. MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 2000, 24(9):1127–1149.
88. Stalker L, Abhyankar GV, Iyer P. Why some village water and sanitation committees are better than others: a study of Karnataka and Uttar Pradesh (India). New Delhi, Water and Sanitation Program – South Asia, 2001:1–12.
89. Kreuter MW, Young LA, Lezin NA. Measuring social capital in small communities. St. Louis University School of Public Health, 1998:1–74.
90. Kawachi I et al. Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 1997, 87:1491–1498.
91. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 2004:33.
92. Buckner JC. The development of an instrument to measure neighbourhood cohesion. *American Journal of Community Psychology*, 1988, 16(6):771–791.
93. Parker EA et al. Disentangling measures of individual perceptions of community social dynamics: results of a community survey. *Health Education & Behavior*, 2001, 28(4):462–486.
94. Chavis D, Pretty GMH. Sense of community: advances in measurement and application. *Journal of Community Psychology*, 1999, 27(6):635–642.
95. Goodman RM et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(3):258–278.
96. Kretzmann JP, McKnight JL. Building communities from the inside out: a path toward finding and mobilizing a community's assets. Chicago, ACTA Publications, 1993.
97. Malena C. Measuring empowerment at the national level: the case of the CIVICUS Civil Society Index (CSI). in measuring empowerment: cross-disciplinary perspectives. Washington, World Bank, 2003:1–5.

98. Grootaert C. Assessing empowerment in the ECA region. Washington, World Bank, 2003.
99. Reinikka RS. Public expenditure tracking surveys, in World Bank, Development Economics Research Group. Washington, World Bank, 2001.
100. Cornwall A, Lucas H, Pasteur K. Introduction: accountability through participation. *IDS Bulletin*, 2000, 31(1):1–13.
101. Deigle G, Sameoun M. The experience of the Catholic relief services community-based primary health care programme. *IDS Bulletin*, 2000, 31:74–77.
102. UNDP, Human Development Report. New York: United Nations Development Program, Oxford University Press, 1993.
103. Mason KO. Measuring empowerment: a social demographer's view. Washington, World Bank, 2003.
104. Eng E, Briscoe J, Cunningham A. Participation effect from water projects on EPI. *Social Science & Medicine*, 1990, 30(12):1349–1358.
105. Aryeetey ME et al. Health education and community participation in the control of urinary schistosomiasis in Ghana. *East African Medical Journal*, 1999, 76(6):324–328.
106. Nsowah-Nuamah NNN et al. Urinary schistosomiasis in southern Ghana: a logistic regression approach to data from a community-based integrated control program. *American Journal Of Tropical Medicine And Hygiene*, 2001, 65(5):484–490.
107. Lupton BS, Fonnebo V, Sogaard AJ. The Finnmark Intervention Study: is it possible to change CVD risk factors by community-based intervention in an Arctic village in crisis? *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31(3):178–186.
108. Neuhauser D. The coming third health care revolution: personal empowerment. *Quality Management in Health Care*, 2003, 12(3):171–84; discussion 185–186.
109. Rosenfield S. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal Of Health and Social Behavior*, 1992, 33(4):299–315.
110. Howorka K et al. Empowering diabetes outpatients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 48:37–44.
111. Lorig KR, Ritter PL, Gonzalez VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 2003, 52(6):361–369.
112. Lorig KR et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39(11):1217–1223.
113. Lorig KR et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice : ECP*, 2001, 4:256–262.
114. Mayer-Davis EJ et al. Pounds off with empowerment (POWER): a clinical trial of weight management strategies for black and white adults with diabetes who live in medically underserved rural communities. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(10):1736–1742.
115. Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research*, 2003, 18(2):191–206.
116. Endicott L et al. Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Management*, 2003, 8(6):252–262; quiz 263–264.
117. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41(1):59–65.

118. Groessl E. Participation and empowerment: factors related to positive outcomes in a health intervention with older people with osteoarthritis. In: Sciences and Engineering. San Diego, University of California, 2000.
119. Stewart R, Bhagwanjee A. Promoting group empowerment and self-reliance through participatory research: a case study of people with physical disability. *Disability and rehabilitation*, 1999, 21(7):338–345.
120. Golant M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life: a cancer psychoeducation program. *Cancer Nursing*, 2003, 26(1):37–44; quiz 45–46.
121. Mishra SI et al. Improving breast cancer control among Latinas: evaluation of a theory-based educational program. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(5):653–670.
122. Davison BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nursing*, 1997, 20(3):187–196.
123. Frame K. Empowering preadolescents with ADHD: demons or delights. *Advances in Nursing Science*, 2003, 26(2):131–139.
124. Malm U et al. Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107(6):415–423.
125. Lecomte T et al. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999, 187(7):406–413.
126. Deakin T et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, 2(Art. No: CD003417, DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2.).
127. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. (Database of Abstracts of Reviews of Effects, 2005, Issue 2) *Diabetes Care*, 2001, 24(3):561–587.
128. Sherman MD. The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatric Services*, 2003, 54(1):35–37.
129. Dixon L et al. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services*, 2001, 52(7):965–967.
130. Melnyk BM et al. Creating opportunities for parent empowerment program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 2004, 113(6):e597–607.
131. McCallion P, Janicki MP, Kolomer SR. Controlled evaluation of support groups for grandparent caregivers of children with developmental disabilities and delays. *American Journal of Mental Retardation*, 2004, 109(5):352–361.
132. Barlow JH, Coren E. Parent training for improving maternal psychosocial health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 4(Art. No: CD002020. DOI: 10.1002/14651858.CD002020.pub.2.).
133. Roberts KJ. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations*, 1999, 2:82–92.
134. Collins ME, Bybee D, Mowbray CT. Effectiveness of supported education for individuals with psychiatric disabilities: results from an experimental study. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34(6):595–613.

135. Taub J. The effects of parent empowerment on adjustment for children receiving comprehensive mental health services. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 2001, 4(3):103–122.
136. Gammonley D, Luken K. Peer education and advocacy through recreation and leadership. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 25(2):170–178.
137. Hess RE et al. Empowerment effects of teaching leadership skills to adults with a severe mental illness and their families. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24(3):257–265.
138. Chinman MJ, Linney JA. Toward a model of adolescent empowerment: theoretical and empirical evidence. *The Journal of Primary Prevention*, 1998, 18(4):393–413.
139. Kim S et al. Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, 1998, 28(1):1–17.
140. Holden DJ, ed. Application of youth empowerment theory to tobacco control. *Health Education & Behavior*, 2004, 31 (5).
141. Winston RB, Massaro AV. Extracurricular involvement inventory: an instrument for assessing intensity of student involvement. *Journal Of College Student Personnel*, 1987, 28:169–175.
142. Holden DJ et al. Conceptualizing youth empowerment within tobacco control. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):548–564.
143. Lerner RM, Thompson LS. Promoting healthy adolescent behaviour and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs. *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, 17(5):338–344.
144. Roth J, Brooks-Gunn J. Promoting healthy adolescents: synthesis of youth development program evaluations. *Journal of Research on Adolescence*, 1998, 8(4):423–459.
145. Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Freirian praxis in health education: qualitative research on adolescent alcohol prevention. *Health Education and Research*, 1994, 9(1):105–118.
146. Velarde LD, Starling RG, Wallerstein NB. Identity in early adolescence via social change activities: Experience of the Adolescent Social Action Program. In: Brinthaup TM, Lipka RP, eds. *Understanding early adolescent self and identity: applications and interventions*. Albany, State University of New York Press, 2002.
147. Wallerstein N, Sanchez-Merki V, Dow L. Freirian praxis in health education and community organizing: a case study of an adolescent prevention program. In: Minkler M, ed. *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, Rutgers University Press, 2004.
148. Wilson N et al. Training students as partners in community-based participatory research: The Youth Empowerment Strategies (YES!) Project. *Journal of Community Practice*, 2006, 14 (1-2).
149. Blackwell AG, Minkler M, Thompson M. Using community organizing and community building to impact policy. In: Minkler M, ed. *Community organizing and community building for health*, 2nd edition. New Brunswick, Rutgers University Press, 2004.
150. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, Suppl 59:72–77.
151. Moody KA, Childs JC, Sepples SB. Intervening with at-risk youth: evaluation of the youth empowerment and support program. *Pediatric Nursing*, 2003, 29(4):263–270.
152. Cheatham A, Shen E. Community-based participatory research with Cambodian girls in Long Beach, California: a case study. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community-based participatory research for health*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.

153. Ramella M, Bravo De La Cruz R. Taking Part in Adolescent Sexual Health Promotion in Peru: Community participation from a social psychological perspective. *Journal of community & applied social psychology*, 2000, 10:271–284.
154. Ribisl KM et al. The North Carolina youth empowerment study (NC YES): a participatory research study examining the impact of youth empowerment for tobacco use prevention. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):577–596.
155. Altman DG, Feighery EC. Future directions for youth empowerment: commentary on application of youth empowerment theory to tobacco control. *Health Education & Behavior*, 2004, 31(5):641–647.
156. Sanstad KH, Stall R, Doll LS, eds. Collaborative community research: partnerships between research and practice. *Health Education & Behavior*, 1999, 26(2).
157. Hays RB, Rebchook GM, Kegeles SM. The Mpowerment Project: community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV1. *American Journal of Community Psychology*, 2003, 31(3–4):301–312.
158. Gomez CA, Hernez M, Faigeles B. Sex in the new world: an empowerment model for HIV prevention in Latina immigrant women. *Health Education & Behavior*, 1999, 26(2):200–212.
159. Zimmerman MA et al. An HIV/AIDS prevention project for Mexican homosexual men: an empowerment approach. *Health Education & Behavior*, 1997, 24(2):177–190.
160. Gollub EL. The female condom: tool for women's empowerment. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(9):1377–1381.
161. Barrett ME, de Palo MP. Community-based intervention to reduce demand for drugs in Northern Thai tribal villages. *Substance Use & Misuse*, 1999, 34(13):1837–1879.
162. Jana S et al. The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education and Prevention*, 2004, 16(5):405–414.
163. Nagelkerke NJD et al. Modelling HIV/AIDS epidemics in Botswana and India: impact of interventions to prevent transmission. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:89–96.
164. Basu I et al. HIV prevention among sex workers in India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2004, 36(3):845–852.
165. Fleury J, Keller C, Murdaugh C. Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *Journal of Womens Health Gender Based Medicine*, 2000, 9(9):967–978.
166. Leuning CJ, Ngavirue B. Safe child care and women's empowerment in the developing world. *Health care for women international*, 1995, 16(6):537–550.
167. Sandiford P et al. The impact of women's literacy on child health and its interaction with access to health services. *Population Studies*, 1995, 49(1):5–17.
168. Al-Riyami A, Afifi M. Determinants of women's fertility in Oman. *Saudi Medical Journal*, 2003, 24(7):748–753.
169. Berman P et al. Does maternal employment augment spending for children's health care? A test from Haryana, India. *Health transition review : the cultural, social, and behavioural determinants of health*, 1997, 7(2):187–204.
170. Regmi S, Fawcett B. Integrating gender needs into drinking-water projects in Nepal. *Gender and development*, 1999, 7(3):62–72.

171. Amin R, Becker S, Bayes A. NGO-promoted microcredit programs and women's empowerment in rural Bangladesh: quantitative and qualitative evidence. *Journal of Developing Areas*, 1998, 32(2):221–236.
172. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8(5):415–428.
173. Schuler SR, Hashemi SM. Credit programs, women's empowerment, and contraceptive use in rural Bangladesh. *Studies in family planning*, 1994, 25(2):65–76.
174. Amin R, Li Y. NGO-promoted women's credit program, immunization coverage, and child mortality in rural Bangladesh. *Women & Health*, 1997, 25(1):71–87.
175. Rahman M, Davanzo J, Sutradhar SC. Impact of the Grameen Bank on childhood mortality in Bangladesh. *Glimpse*, 1996, 18(1):8.
176. Kar SB, Pascual CA, Chickering KL. Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 1999, 49:1431–1460.
177. Chatterjee M. Women's struggle against poverty: the SEWA story. *Health for the millions*, 1998, 24(6):12–15.
178. Nanavaty R et al. Transforming water into money: an assessment of gender-specific impacts from improved water supply in Banaskantha District, Gujarat, India. Ahmedabad, Self Employed Women's Association (SEWA), 2001:1–83.
179. Ahluwalia IB et al. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in north-western Tanzania. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 2003, 82(2):231–240.
180. Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning. JOICFP's 4-year plan embodies spirit of Cairo. *JOICFP News*, 1996(266):4.
181. Pachon H et al. Effect of an integrated child nutrition intervention on the complementary food intake of young children in rural north Viet Nam. *Food and nutrition bulletin*, 2002, 23(4):62–69.
182. Schroeder DG et al. An integrated child nutrition intervention improved growth of younger, more malnourished children in northern Viet Nam. *Food and nutrition bulletin*, 2002, 23(4):53–61.
183. Hendrickson JL et al. Empowerment in rural Viet Nam: exploring changes in mothers and health volunteers in the context of an integrated nutrition project. *Food and nutrition bulletin*, 2002, 23(4):86–94.
184. Gala C Empowering women in villages: all-women village councils in Maharashtra, India. *Bulletin of concerned Asian scholars*, 1997, 29(2):31–45.
185. Shefner-Rogers CL et al. The empowerment of women dairy farmers in India. *Journal of applied communication research : JACR*, 1998, 26:319–337.
186. Nemcek MA, Sabatier R. State of evaluation: Community health workers. *Public Health Nursing*, 2003, 20(4):260–270.
187. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: An integrated literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19(1):11–20.
188. Burhansstipanov L et al. Native American recruitment into breast cancer screening: The NAWWA project. *Journal of Cancer Education*, 2000, 15(1):28–32.
189. Corkery E et al. Effect of a bicultural community health worker on completion of diabetes education in a Hispanic population. *Diabetes Care*, 1997, 20(3):254–257.

190. San Sebastian M et al. Improving immunization coverage in rural areas of Ecuador: a cost-effectiveness analysis. *Tropical doctor*, 2001, 31(1):21–24.
191. Delacollette C, Van der Stuyft P, Molima K. Using community health workers for malaria control: Experience in Zaire. *Bulletin of the World Health Organization*, 1996, 74(4):423–430.
192. Lewin SA et al. Lay health workers in primary and community health care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, 4(Art. No.: CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub2.).
193. Booker V et al. Changes in empowerment: Effects of participation in a lay health promotion program. *Health Education and Behavior*, 1997, 24(4):452–464.
194. Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organizing and community building. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer B, eds. *Health behavior and health education: theory, research and practice*, 3rd edition, 2002:241–269.
195. Minkler M ed. *Community organizing and community building for health*, 2nd edition. New Brunswick, Rutgers University Press, 2005.
196. Farquhar SA, Wing S. Methodological and ethical considerations in community-driven environmental justice research: two case studies from rural North Carolina. In: Minkler M, Wallerstein N, eds. *Community-based participatory research for health*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 2003.
197. Tau Lee P, Baker R. Las Vegas hotel workers find a voice: the power of a popular education approach to health and safety. In: Delp L et al., eds. *Teaching for change: popular education and the labor movement*. Los Angeles, University of California Center for Labor Research and Education, 2002.
198. Itzhaky H, York A. Showing results in community organization. *Social Work*, 2002, 47(2):125–131.
199. Rich R et al. Citizen participation and empowerment: the case of local environmental hazards. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):657–676.
200. Butterfoss FD et al. CINCH: an urban coalition for empowerment and action. Consortium for the Immunization of Norfolk's Children. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(2):212–225.
201. Findley S et al. Community empowerment to reduce immunization disparities in New York City. *Ethnicity & Disease*, 2004, 14(3 Supplement 1):S134–141.
202. Plough A, Olafson F. Implementing the Boston Healthy Start Initiative: a case study of community empowerment and public health. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):221–234.
203. Jenkins C et al. Reducing disparities for African Americans with diabetes: progress made by the REACH 2010 Charleston and Georgetown Diabetes Coalition. *Public Health Reports*, 2004, 119(3):322–330.
204. Massaro E, Claiborne N. Effective strategies for reaching high-risk minorities with diabetes. *Diabetes Education*, 2001, 27(6):820–828.
205. El-Askari G et al. The healthy neighborhoods project: a local health department's role in catalyzing community development. *Health Education & Behavior*, 1998, 25(2):146–159.
206. Boussinesq M, Hougard J. The campaign against onchocerciasis in Africa: update. *Med Trop (Mars), Medecine Tropicale: Revue du Corps de Sante Colonial*, 1998, 58(285–296).
207. Binka F, Nazzar A, Phillips J. The Navrongo community health and family planning project. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:121–139.

208. Bhuiya A et al. Bangladesh: an intervention study of factors underlying increasing equity in child survival. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press, 2001:348.
209. Macinko JA, Starfield B. Annotated bibliography on equity in health. *International Journal For Equity in Health*, 2002, 1(1):1–20.
210. Brown PJ, Barrett RL, Padilla MB. *Medical Anthropology: an introduction to the fields*. In: *Understanding and applying medical anthropology*. Brown PJ, ed. Mountain View, CA, Mayfield Publishing Company, 1998.
211. Guarnaccia P, Rodriguez O. Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 1996, 18(4):419–443.
212. Hall N, Best JA. Health promotion practice and public health: challenge for the 1990s. Heart Health Think Tank Group. *Canadian Journal of Public Health*, 1997, 88(6):409–415.
213. Frankenberg R, Mani L. Crosscurrents, crosstalk: race, "postcoloniality" and the politics of location. *Cultural Studies*, 1993, 7(2):292–310.
214. Grossberg L The formation of cultural studies: an American in Birmingham. *Strategies*, 1989. 2:114–149.
215. Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Adopted at an international conference on health promotion, The Move Towards A New Public Health, Ottawa, 17–21 November, 1986 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 15 November 2005).
216. World Health Organization. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, 1997 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf, accessed 15 November 2005).
217. Restrepo HE. Increasing community capacity and empowering communities for promoting health. Technical report 4. Fifth Global Conference On Health Promotion. Mexico City, Ministry of Health of Mexico, 2000.
218. United Nations Millennium Declaration. New York, United Nations General Assembly, 2000 (<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>, accessed 15 November 2005).
219. Sachs JD. Health in the developing world: achieving the Millennium Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(12):947–949.
220. Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):141–148.
221. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1987, 15(2):121–148.
222. What is empowerment? The World Bank, 2005, (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPowerMENT/0>, content accessed 30 November 2005).
223. Freire P. *Pedagogy of the oppressed*. New York, The Seabury Press, 1970.
224. Laverack G. *Health promotion practice: power and empowerment*. London, Sage Publications, 2004.
225. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 1994, 21(2):253–268.
226. Putman R. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 1995, 6(1):65–78.

227. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *Aids*, 2000, 14 Suppl 1:S11–21.
228. Speer PW, Hughey J. Community organizing: an ecological route to empowerment and power. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23(5):729–748.
229. Lukes S. Power: a radical view. London, Macmillan 1974.
230. Gaventa J. Power and powerlessness: quiescence and rebellion in an Appalachian valley. Chicago, University of Illinois Press, 1980.
231. Foucault M. Power and knowledge: selected interviews and other writings, 1972–1977. Gordon C, ed. New York, Pantheon Books, 1980.
232. Horton M, Freire P. We make the road by walking: conversations on education and social change. Philadelphia, Temple University Press, 1990.
233. Shor I, Freire P. A pedagogy for liberation: dialogues on transforming education. South Hadley, MA, Bergin and Garvey, 1987.
234. Wallerstein N, Auerbach E. Problem posing at work: popular educators' guide. Edmonton, Grassroots Press, 2004.
235. Nash A. Civic participation and community action sourcebook, a resource for adult educators. Boston, New England Literacy Resource Center, 1999.
236. Auerbach E, Wallerstein N. Problem-posing at work: English for action. Edmonton, Grassroots Press, 2004.
237. Burke B et al. Education for changing unions. Toronto, Between the Lines Press, 2002.
238. Delp L et al., eds. Teaching for change: popular education and the labor movement. Los Angeles, University of California Center for Labor Research and Education, 2002.
239. Hope A, Timmel S. Training for transformation, volumes I–III. (revised edition) Kleinmond, South Africa, Training for Transformation Institute, 2002.
240. Arnold R et al. Educating for a change. Toronto, Between the Lines Press, 1991.
241. Nadeau D. Counting our victories: popular education and organizing, a training guide on popular education and organizing. New Westminster, British Columbia, Repeal the Deal Productions, 1996.
242. Lasker RD, Weiss ES, Miller R. Partnership synergy: a practical framework for studying and strengthening the collaborative advantage. *Milbank Quarterly*, 2001, 27:179–205.
243. Uphoff N. Some analytical issues in measuring empowerment for the poor, with concern for community and local governance. Washington, World Bank, 2003.
244. Goodman RM. Evaluation of community-based health programs: an alternative perspective. In: Schneiderman N et al., eds. Integrative behavioral and social sciences with public health. Washington, American Psychological Association Press, 2000.
245. McQueen DV. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International*, 2001, 16(3):261–268.
246. Schorr LB. Common purpose: strengthening families and neighborhoods to rebuild America. New York, Anchor Books, 1997.
247. Kreuter M, Lezin NA, Young LA. Evaluating community-based collaborative mechanisms: implications for practitioners. *Health Promotion Practice*, 2000, 1(1):49–63.

248. Rychetnik L et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:119–127.
249. Kellogg Foundation Evaluation Handbook. Battle Creek, Michigan, WK Kellogg Foundation, 1998.
250. Blumenthal DS, DiClemente RJ. Community-based health research: issues and methods. New York, Springer Publishing, 2004.
251. Cook C. Faith-based health needs assessment: implications for empowerment of the faith community. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 1997, 8(3):300–302.
252. Connell JP et al., eds. New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods, and contexts. New York, Aspen Institute, 1995.
253. Participatory evaluation of healthy municipalities: a practical resource kit for action (Field-testing version). Washington, Pan American Health Organization, 2005.
254. Report on recommendations for health promotion effectiveness. Geneva, World Health Organization, 1999.
255. Rootman I et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Geneva, World Health Organization Regional Publications, 2001 (European Series).
256. Alsop R, Heinsohn N. Measuring empowerment in practice: structuring analysis and framing indicators. In: Policy Research Working Paper Series, 3510. Washington, World Bank, 2005.
257. Narayan D, ed. Measuring empowerment: cross-disciplinary perspectives. Washington, World Bank, 2005 (http://publications.worldbank.org/ecommerce/catalog/product?item_id=3839257, accessed 15 November 2005).