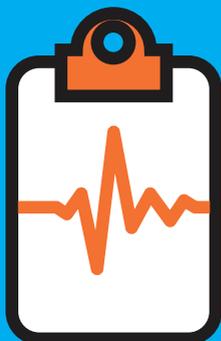


Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ)



Повышение уровня охвата
вакцинацией детей в
Европейском регионе ВОЗ



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ)

Повышение уровня охвата вакцинацией детей в
Европейском регионе ВОЗ

РЕЗЮМЕ

Инфекционные болезни, предупреждаемые вакцинацией или вакциноуправляемые инфекции, по-прежнему представляют собой угрозу во всем мире, в том числе и в Европейском регионе ВОЗ. Высокий уровень охвата вакцинацией имеет решающее значение для прекращения распространения инфекций в Регионе, однако показатели охвата на сегодняшний день не соответствуют оптимальным стандартам, и угроза сохраняется, особенно на субнациональном уровне.

Повышенное внимание и новаторские стратегии необходимы для преодоления многих проблем поддержки эффективных программ иммунизации.

Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ) направлено на обеспечение национальных программ иммунизации (НПИ) проверенными методами и инструментами при разработке целенаправленных стратегий, которые расширят масштабы вакцинации детей разного возраста. Руководство предоставляет средства для определения восприимчивых групп населения, выявления препятствий для вакцинации, а также для проведения мероприятий, необходимость которых обоснована фактическими данными.

Стратегии, изложенные в данном руководстве, могут быть использованы в любое время для поддержания высокого охвата иммунизацией, но могут оказаться особенно ценными, когда выявлены группы населения с низким охватом иммунизацией или повышенной восприимчивостью к вакциноуправляемым инфекциям. Руководство может быть использовано самостоятельно каждым из государств-членов ВОЗ или при осуществлении совместных мероприятий с технической поддержкой Европейского регионального бюро ВОЗ.

Ключевые слова

ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, НЕУВЕРЕННОСТЬ В ВАКЦИНЕ, ИММУНИЗАЦИЯ, ВАКЦИНЫ, СОЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕТИНГ, УПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ

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

WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 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 полное согласие пока не достигнуто.

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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Основные положения	5
Благодарности	8
Сокращения и акронимы	9
Как пользоваться Руководством по АПИ	11
1. Общая информация	13
2. Введение в проблему адаптации программ иммунизации (АПИ). Руководство, которое поможет склонить чашу весов в пользу вакцинации	19
Пошаговый подход к адаптации программ вакцинации детей	26
3. Этап формирования. Определение и диагностика	28
Часть первая: Подготовка к работе; определение роли АПИ	29
Часть Вторая. Сегментация групп населения, восприимчивых к БПВ: выбор целевой приоритетной группы	39
4. Фаза планирования. Проектирование	59
Часть четвёртая: Установите цели и специфические задачи АПИ	60
Часть пятая: Создание логической схемы РАПИ	63
Часть шестая: Планирование внедрения РАПИ	69
Список литературы и дополнительные источники	82

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Доказано, что вакцинация является экономически эффективной стратегией общественного здравоохранения, реализация которой позволила резко снизить уровень детской заболеваемости и смертности во всем мире. После кампании по искоренению оспы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) взяла на себя ведущую роль в осуществлении Расширенной программы иммунизации (РПИ) в 1974 году. Эта инициатива повысила охват программами вакцинации во всем мире, как с точки зрения их географии, так и по демографическим показателям, а также расширила список целевых инфекций программы иммунизации, чтобы защитить детей от шести инфекционных болезней: полиомиелита, кори, столбняка новорожденных, дифтерии, коклюша и туберкулеза.

Болезни, предупреждаемые с помощью вакцинации (БПВ), по-прежнему представляют собой угрозу во всем мире, о чем свидетельствуют вспышки инфекционных болезней. В Европейском регионе ВОЗ, который включает 53 государства с традиционно высоким уровнем охвата иммунизацией, возобновление эпидемической передачи кори, краснухи и коклюша,¹ которые относятся к высококонтагиозным БПВ, показывает, что эти риски являются вполне реальными.

Регистрируемые показатели охвата иммунизацией в Европейском регионе ВОЗ являются недостаточными для обеспечения коллективного иммунитета и не гарантируют прекращение распространения вакциноуправляемых инфекций в регионе. В некоторых странах с ранее высоким охватом иммунизацией в настоящее время показатели упали значительно ниже 95% - порога, рекомендованного ВОЗ. В целом, в регионе примерно 700 000 – 1 000 000 младенцев, рождающихся каждый год (по оценке на 2012 г.), не получают всех плановых прививок.²

В условиях, когда вакцинопрофилактика часто не является приоритетом общественного здравоохранения, усиливается давление на национальные программы иммунизации, что уменьшает их возможность обеспечить эффективную иммунизацию населения. Отсутствие политической воли, изменения в механизмах финансирования, введение новых и комбинированных вакцин, политическая нестабильность, сохранение социального неравенства и наличие недостаточно охваченных вакцинацией групп населения, а также растущая озабоченность родителей и в некоторых случаях отказы от вакцинации являются результатами такого рода давления. Для адекватного решения этих проблем и их преодоления, требуется повышенное внимание и инновационные инструменты.

Европейское региональное бюро ВОЗ (ЕРБ ВОЗ) предпринимает шаги, чтобы вновь привлечь внимание к иммунизации детей, при этом особое внимание уделяется элиминации кори и краснухи к 2015 году и поддержанию статуса Региона, свободного от полиомиелита. Эти шаги соответствуют принципам и направлениям работы, изложенным в Глобальном плане действий в области вакцин³, и основаны на рекомендациях Стратегической консультативной группы экспертов по иммунизации (SAGE) и Европейской технической консультативной группы экспертов (ETAGE-ЕТКГЭ). Настоящий документ, Руководство по адаптации программ иммунизации (АПИ), является неотъемлемой частью этих действий.

¹ Корь, краснуха и коклюш являются высококонтагиозными заболеваниями и требуют очень высокого уровня охвата иммунизацией для обеспечения коллективного иммунитета.

² Европейское региональное бюро ВОЗ ежемесячно публикует основные данные об уровне охвата иммунизацией в государствах-членах ВОЗ в регионе и о вспышках БПВ. См. WHO/Europe's Centralized information system for infectious diseases (CISID) (<http://data.euro.who.int/CISID/>) и Эпидемиологический бюллетень (Epidemiological Briefs) (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epidemiological-brief>).

³ Десятилетие вакцин (DoVC) – это инициатива, осуществляемая под руководством ВОЗ, ЮНИСЕФ, ГАВИ, Фонда Мелинды и Билла Гейтс и Национального института аллергии и инфекционных заболеваний США, направленная на формирование единой позиции и разработку Глобального плана действий в области вакцин (GVAP). План действий был принят на шестьдесят пятой сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения в мае 2012 года.

Этот документ служит сводным руководством по адаптации программ иммунизации (АПИ) для государств-членов ВОЗ в Европейском регионе.⁴ Он призван помочь государствам-членам ВОЗ сформировать стратегические меры реагирования при планировании программ иммунизации и осуществлении коммуникаций. Руководство основывается на понимании того, что вакцинация является позитивной практикой ухода за детьми, которая влечет за собой важные последствия для жизни сообщества и обеспечивает социальные преимущества.⁵

Общей задачей Руководства по адаптации программ иммунизации является предоставление проверенных методов и инструментов, которые могут помочь национальным программам иммунизации в деле разработки целенаправленных стратегий, способствующих повышению доверия к вакцинации, и тем самым - повышению уровня охвата иммунизацией и пресечению рисков распространения БПВ в Регионе. Данное Руководство может применяться при содействии технического консультанта, работающего в тесном партнерстве с сотрудниками национальной программы иммунизации конкретной страны.⁶

Руководство по АПИ предоставляет инструменты для выполнения следующих задач:

1. Выявления и определение приоритетности восприимчивых групп населения.

АПИ обеспечивает поэтапный подход к распределению учреждений и лиц, осуществляющих уход за детьми, по различным сегментам на основании прививочного статуса детей: полностью и своевременно вакцинированные, частично вакцинированные и невакцинированные. Анализ по сегментам помогает определить восприимчивые контингенты населения, на которые должны быть нацелены национальные программы иммунизации.

2. Определение препятствий для вакцинации с позиции спроса и его удовлетворения.

АПИ использует концептуальные подходы для:

- содействия четкому и конкретному пониманию того, чем руководствуются лица, осуществляющие уход за детьми, в определении своего отношения к вакцинации;
- изучения роли специалистов, обеспечивающих предоставление услуг по иммунизации, в формировании выбора и действий лиц, осуществляющих уход за детьми, в отношении вакцинации;

3. Разработка научно-обоснованных ответных мер.

Руководство по АПИ предоставляет:

- руководство по разработке, реализации, мониторингу и оценке мероприятий АПИ на основе результатов распределения по группам детского населения (сегментации) и процесса профилирования;
- перечень перспективных методов планирования вакцинации, которыми могут воспользоваться специалисты по разработке программ иммунизации.

4 Предполагается, что на основании этого «базового варианта» будут подготовлены два типа публикаций. Первый – Руководство по АПИ для советников и консультантов, которое будет выпущено в виде брошюры. Второй – более краткая версия Руководства по АПИ, адресованная государствам-членам ВОЗ в регионе и позволяющая познакомиться с подходом к вопросу.

5 Защитный характер иммунизации распространяется на все сообщество при достижении критического порога охвата вакцинацией. Этот порог варьируется в зависимости от БПВ. Иммунизация обеспечивает защиту и тем лицам, которые не были иммунизированы: они защищены от БПВ благодаря коллективному иммунитету. Когда этот уровень неудовлетворителен, учитывая количество восприимчивых людей, в случае заноса возбудителя инфекции невозможно сдержать распространение инфекционной болезни. Поскольку заболеваемость и смертность детей от БПВ продолжают сокращаться во всем мире, важно, чтобы вакцинопрофилактика оставалась приоритетом для глобального здравоохранения с целью достижения критических пороговых показателей заболеваемости и искоренения БПВ. С обсуждением вопросов о том, как вакцинация способствует значительному снижению заболеваемости, инвалидности, смертности и неравенства во всем мире, познакомьтесь по материалам Бюллетеня Всемирной организации здравоохранения, февраль, 2008 г. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>).

6 Команда по реализации АПИ в принципе будет состоять из одного или более консультантов, знакомых с подходом к вопросу, и назначенного представителя от государства-члена ВОЗ. После знакомства с подходом, национальный специалист(ы) в странах могут выбрать, какие инструменты они будут использовать в последующих проектах самостоятельно, без помощи внешних консультантов.

Руководство по АПИ и Глобальный план действий в области вакцин

В мае 2012 года Всемирная Ассамблея здравоохранения утвердила Глобальный план действий в области вакцин (GVAP) (http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/DoV_GVAP_2012_2020/en/index.html) в рамках Десятилетия вакцин (2011-2020). Все подписавшие решение Ассамблеи страны теперь должны работать, чтобы воплотить принципы GVAP в реальное улучшение программ вакцинации и их результатов.

Шесть основных принципов заложены в основу GVAP: 1) государственный подход; 2) разделение ответственности и партнерство; 3) справедливость; 4) интеграция; 5) устойчивость; 6) инновации (GVAP). Помимо шести принципов, GVAP имеет шесть стратегических целей: 1) все страны признают иммунизацию в качестве одной из приоритетных задач; 2) отдельные лица и сообщества граждан осознают ценность вакцин и понимают иммунизацию как реализацию и своих прав, и своей ответственности ; 3) преимущества иммунизации справедливо распространяются на всех людей; 4) сильные системы иммунизации являются неотъемлемой частью хорошо функционирующей системы здравоохранения; 5) программы иммунизации имеют устойчивое финансирование, качественное снабжение и инновационные технологии; 6) национальные, региональные и глобальные исследования и разработка инноваций предоставляют максимальную выгоду от иммунизации.

АПИ это движение вперед на основе компонентов Глобального плана действий в отношении вакцин (GVAP). Руководство по АПИ обеспечивает инновационное, подробное, практическое, основанное на доказательных данных руководство в том, как страны Европейского региона ВОЗ могут добиться достижения целей № 2 и 3 Глобального плана(GVAP). Преодоление неуверенности в вакцинах, включая отсутствие доверия, неудобства, отсутствие доступа к вакцинам и самоуспокоенность, может привести к установлению более справедливой системы потребления вакцин, повысить в глазах большого количества людей и сообществ ценность вакцин и побудить их требовать проведения иммунизации как реализации их права и их ответственности.

БЛАГОДАРНОСТИ

Руководство по адаптации программ иммунизации было написано, подготовлено и отредактировано следующими специалистами:

Ведущий автор

Nathalie Likhite, Консультант, Европейское региональное бюро ВОЗ

Техническое руководство и подготовка текста

Robb Butler, Technical Officer, VPI, Европейское региональное бюро ВОЗ

Ajay Goel, Европейское региональное бюро ВОЗ

Lora Shimp, Senior Immunization Technical Officer, John Snow, Inc.

Michael Favin, Senior Immunization Technical Officer, Maternal and Child Health Integrated Programme (MCHIP)/The Manoff Group

Vikas Dwivedi, Monitoring and Evaluation Advisor, MCHIP/John Snow, Inc. Research and Training

Alice J Abou Nader, Intern, VPI, Европейское региональное бюро ВОЗ

Технические рецензенты

Члены рабочей группы Европейского регионального бюро ВОЗ по коммуникации в области иммунизации (VCWG):

Sharad Agarwal, ЮНИСЕФ

Marina Conyn van-Spraendonck, Национальный институт охраны здоровья и окружающей среды, Нидерланды

Jay Dowle, Лононский институт гигиены и тропической медицины

Rustam Haydarov, ЮНИСЕФ Пакистан

Thea Kolsen Fischer, Министерство здравоохранения, Дания

Noni MacDonald, IWK Health Center, Dalhousie University

Marybelle Stryk, Европейский центр по борьбе с болезнями и их профилактике (ECDC)

Специалисты по коммуникации в области иммунизации, интегрированного маркетинга и изменению моделей поведения:

Dr Everold Hosein, Senior Communication Advisor Consultant, ВОЗ

Julie Leask, Associate Professor, Национальный Центр исследований по иммунизации и эпиднадзору за управляемыми инфекциями, Сиднейский университет

Lynne Sturm, Assistant Professor of Clinical Pediatrics, Riley Child Development Center-LEND Program, Педиатрическое отделение, медицинский факультет Индианского университета

Финансовую поддержку для разработки и тестирования пилотного проекта по методикам АПИ предоставил Центр по борьбе с болезнями и их профилактике, Атланта, Соединенные Штаты Америки (США).

Сокращения и акронимы

СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
НППИ	Неблагоприятные проявления после иммунизации
БЦЖ	Бациллы Кальметта-Герен
CISID	Centralized information system for infectious diseases (WHO) Централизованная Информационная система для инфекционных заболеваний (ВОЗ)
COMBI	Communication for Behavioural Impact Коммуникации для поведенческого воздействия
СМУР	country multi-year plans многолетние комплексные страновые планы
DFID	Department for International Development (United Kingdom) Департамент международного развития (Великобритания)
DoVC	Десятилетие вакцин
АКДС	Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина
ЕК	Европейская Комиссия
ЕЦББ	Европейский центр по борьбе с болезнями и их профилактике
ЕНИ	Европейская неделя иммунизации
РПИ	Расширенная программа иммунизации
ETAGE - ЕТКГЭ	Европейская техническая консультативная группа экспертов
ОП	врач общей практики
GVAP	Глобальный План действий в отношении вакцин
Hib	Гемофильная инфекция типа b
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
HMIS - ИСУЗ	health management information system информационная система управления здравоохранением
ВПЧ	вирус папилломы человека
МКК	Межведомственный координационный комитет
IEC -- ИОК	information, education and communication Информация, образование и коммуникация
МНПО	Международная неправительственная организация
УУ	уровень усилий
МСV	Вакцина, содержащая вирус кори
КПК	Вакцина против кори, эпидемического паротита, краснухи
Минздрав	Министерство здравоохранения
НПО	неправительственная организация
NIAID	National Institute of Allergy and Infectious Diseases Национальный институт аллергии и инфекционных болезней
НПИ	Национальная программа иммунизации
ВУ	opportunities and threats возможности и угрозы
Полио3	third dose of polio vaccine третья доза вакцины от полиомиелита

Сокращения и акронимы

МОУН	Population Services International Международная организация «Услуги населению»
SAGE - СКГЭ	Стратегическая консультативная группа экспертов по иммунизации
SWOT	strengths, weaknesses, opportunities and threats методика «сильные стороны, слабые стороны, возможности и угрозы»
TESSy	The European Surveillance System Европейская система эпиднадзора
АПИ	Адаптации программ иммунизации
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
USAID - ЮСАИД	United States Agency for International Development Агентство Соединенных Штатов по международному развитию
VCWG	Vaccination Communications Working Group Рабочая группа по коммуникации в области вакцинации
БПВ	Болезни, предупреждаемые с помощью вакцинации
VPI	Программа ВОЗ «Болезни, предупреждаемые с помощью вакцинации, и иммунизация»
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЕРБ ВОЗ	Европейское региональное бюро ВОЗ

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ РУКОВОДСТВОМ ПО АПИ

Руководство по адаптации программ иммунизации (РАПИ) содержит описание подходов и инструментов, которые помогут национальным программам иммунизации расширить или поддержать участие в программах вакцинации детей.

Руководство по АПИ будет совершенствоваться по мере того, как Европейское бюро ВОЗ будет накапливать и осмысливать опыт по применению руководства в рамках Европейского региона ВОЗ. Это первая он-лайн версия Руководства по АПИ, опубликованная в апреле 2013 года, основана на описательном подходе. Две последующие версии Руководства будут подготовлены в ближайшее время: 1) подробные инструкции по использованию различных инструментов АПИ, предназначенных для руководителей (консультантов или координаторов на местах), которые будут внедрять РАПИ в практику совместно с соответствующими структурами государств-членов ВОЗ и 2) более краткий вариант, который может служить в качестве руководства для национальных программ иммунизации.

Почему и когда следует использовать Руководство по АПИ?

Общая задача АПИ заключается в том, чтобы обеспечить поддержание (сохранение или повышение) высокого уровня охвата вакцинацией детей на национальном и субнациональном уровнях.

Национальные программы иммунизации могут начать использовать Руководство по АПИ в партнерстве с ЕРБ ВОЗ в любой момент. Руководство можно использовать в тот момент, когда национальная программа иммунизации:

- выявила группы населения с низким охватом иммунизацией или повышенной восприимчивостью к вакциноуправляемым инфекциям (ВПБ) и планирует предпринять целенаправленные шаги по повышению уровня охвата вакцинацией данных контингентов;
- планирует сохранить высокий уровень охвата вакцинацией за счет удовлетворения существующего спроса на вакцины.

Для успешного процесса АПИ национальным программам иммунизации необходимо обеспечить следующее:

- доступность информации;
- политическую волю и поддержку;
- финансирование;
- участие компетентных и преданных людей для осуществления процесса.

Кто внедряет РАПИ?

Руководство по АПИ предназначено для реализации в тесном сотрудничестве с техническим сотрудником ЕРБ ВОЗ или техническим консультантом, рекомендованным ЕРБ ВОЗ. Не предполагается, что национальные программы иммунизации должны осуществлять процесс АПИ самостоятельно. Однако каждое государство-член ВОЗ может при желании внедрять рекомендации Руководства по АПИ независимо от ЕРБ ВОЗ. В этом случае ЕРБ ВОЗ предоставит имеющиеся инструменты и ресурсы в поддержку этого процесса.

Технический советник или консультант по АПИ должен иметь большой профессиональный опыт в области социальных исследований и осуществления программ, в области социального или интегрированного маркетинга и/или коммуникации, направленной на изменение поведенческой модели. Советник или консультант по АПИ облегчает применение подхода и составляет окончательные концептуальные стратегические рекомендации и план действий. Советник может также обеспечить руководство в период осуществления рекомендованных стратегий АПИ.

В конечном итоге ответственность за осуществление на практике рекомендаций Руководства по АПИ, мониторинг и оценку стратегических решений лежит на национальной программе иммунизации.

Кого нужно привлекать к реализации процесса АПИ?

Руководитель национальной программы иммунизации государства-члена является важнейшим партнером в процессе АПИ. Для обеспечения успешного процесса АПИ рекомендуется привлекать все заинтересованные стороны с самого начала, а также в критические моменты его реализации.

Например, там, где есть Межведомственный координационный комитет (МКК) по иммунизации, он может высказать пожелание создать подкомитет по АПИ с участием представителей организаций и профессионалов, которые способны оказать влияние на охват вакцинацией, опираясь как на их опыт, так и на возможности реализовать такого рода проекты, способности содействовать повышению уровня доверия и взаимодействия в области иммунизации. Если МКК не существует, можно создать аналогичную рабочую группу, которая будет служить той же цели.

Там, где невозможно своевременно создать рабочую группу, а государство-член ВОЗ желает привлечь ЕРБ ВОЗ к реализации процесса АПИ, ЕРБ ВОЗ предлагает назначить координатора (координаторов) АПИ в дополнение к руководителю национальной программы иммунизации.

1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

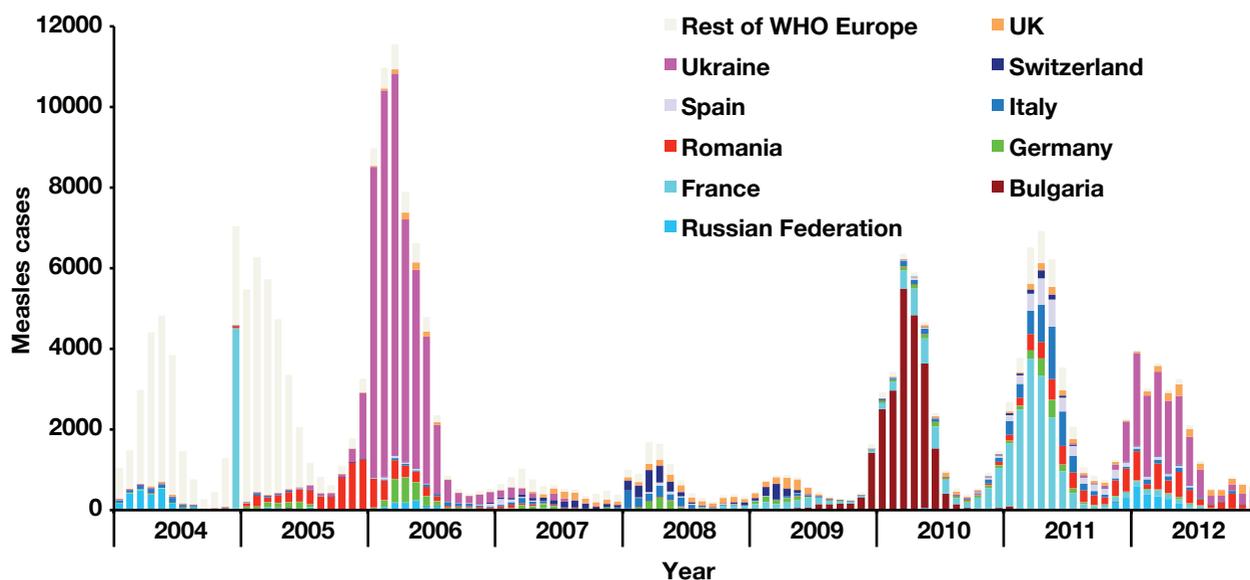
Иммунизация в Европейском регионе ВОЗ: угроза распространения БПВ реальна

Доказано, что иммунизация является экономически эффективной стратегией общественного здравоохранения, которая позволила резко сократить уровень детской заболеваемости и смертности во всем мире. После кампании по искоренению оспы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) взяла на себя ведущую роль в осуществлении расширенной программы иммунизации (РПИ) в 1974 году. Эта инициатива нацелена на увеличение охвата программами иммунизации в глобальном масштабе, с точки зрения как географической, так и демографической, и расширение программ иммунизации для защиты детей против шести болезней: полиомиелита, кори, столбняка, коклюша, дифтерии и туберкулеза.

Европейское региональное бюро ВОЗ (ВОЗ / Европа), представляя регион, разнообразный с точки зрения уровня доходов, истории, культуры и языков, имеет долгую и успешную историю поддержки усилий 53 государств Региона, являющихся членами ВОЗ, по решению проблем БПВ и иммунизации. Общий охват иммунизацией вакцинами с шестью основными протективными антигенами в Европейском регионе был традиционно высоким при поддержке эффективно функционирующих программ иммунизации. Высокий охват способствовал проявлению положительного эффекта вакцинации, расширяя индивидуальные и социальные возможности для защиты детей и превращая детские болезни в воспоминания далекого прошлого.

Тем не менее, риски распространения БПВ являются реальными в Европейском регионе, о чем свидетельствует возобновление эпидемического процесса кори и краснухи,¹ этих высококонтагиозных инфекций (см. рис. 1).²

Рис. 1. Ежемесячные данные о заболеваемости корью и краснухой, отчетность в CISID (Компьютеризированная информационная система по инфекционным болезням), январь 2004 года - ноябрь 2012 года.



1 Корь и краснуха являются высококонтагиозными инфекционными болезнями и требуют очень высокого уровня охвата вакцинацией для обеспечения коллективного иммунитета.

2 Обновленные данные по заболеваемости БПВ в Европейском регионе ВОЗ можно получить в CISID (Компьютеризированная информационная система по инфекционным болезням) (data.euro.who.int/CISID). Эпидемиологический бюллетень ВОЗ также содержит ежемесячные обзоры охвата иммунизацией и данные по заболеваемости БПВ (www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epidemiological-brief).

Текущие показатели охвата иммунизацией в Европейском регионе ВОЗ являются недостаточными для обеспечения коллективного иммунитета¹ и прекращения распространения БПВ в Регионе. В некоторых странах с ранее высоким охватом иммунизацией показатели упали теперь значительно ниже рекомендованного ВОЗ порога в 95%.² В целом, примерно 700 000–1 000 000 младенцев, рождающихся ежегодно в Регионе (по оценке на 2012 г.), не получают всех плановых прививок.³

Рис. 2. Уровень охвата вакцинацией в государствах-членах ВОЗ в Европейском регионе, 1990–2011

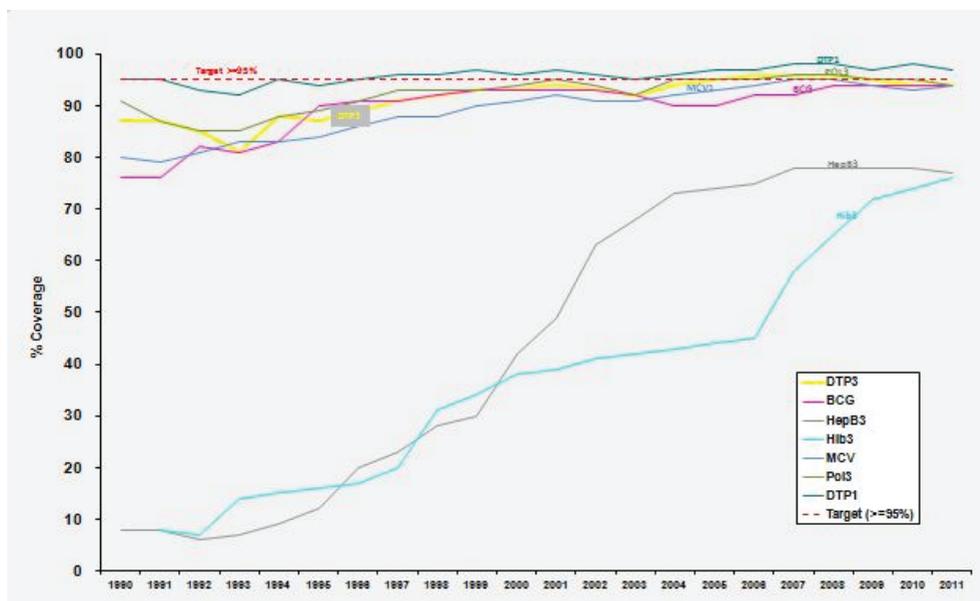


Рис. 2 показывает уровень охвата вакцинацией в Европейском регионе ВОЗ по семи антигенам. Только охват первой дозой трехвалентной вакцины против дифтерии, столбняка и коклюша (АКДС3) постоянно поддерживается на уровне выше 95% в течение последних двух десятилетий. Эти сводные данные по охвату вакцинацией в Европейском регионе ВОЗ в целом скрывают низкий уровень охвата на национальном и субнациональном уровне.

В связи с возросшим риском вспышек БПВ усиливается давление на национальные программы иммунизации и это снижает их способность обеспечивать эффективную работу по вакцинопрофилактике.

- Восприятие РПИ как завершенной программы и, как следствие, недостаток политической воли считать иммунизацию приоритетной задачей заставили национальные программы иммунизации обходиться ограниченным финансированием, несмотря на возросшие потребности.
- Финансовая поддержка национальных программ иммунизации меняется; долгосрочные доноры отходят от своей традиционной роли по поддержке ответственности государств за осуществление национальных программ иммунизации.

1 Fine & Mulholland (2008).

2 Важно отметить, что некоторые государства-члены ВОЗ не предоставляют отчеты своевременно. В зависимости от используемой методики могут возникнуть разночтения в данных, как в большую, так и в меньшую сторону. По этой причине исключительно важно понимание источника данных, как для числителя, так и для знаменателя для расчетов показателей охвата при проведении анализа данных.

3 Европейское региональное бюро ВОЗ ежемесячно публикует основные данные по охвату вакцинацией в государствах-членах ВОЗ и по вспышкам БПВ. См. CISID (Компьютеризированная информационная система по инфекционным болезням) (data.euro.who.int/CISID). Эпидемиологический бюллетень ВОЗ также содержит ежемесячные обзоры охвата иммунизацией и данные по заболеваемости БПВ (www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/who-epidemiological-brief).

- Основное внимание и большая часть финансирования сосредоточены на новых и недостаточно используемых вакцинах, а также на расширении национальных программ иммунизации на старшие возрастные группы, такие как подростки и взрослые.
- Национальные программы иммунизации борются за то, чтобы удовлетворить все возрастающую потребность в обмене информацией в условиях быстро меняющейся социально-культурной среды и растущего скептицизма в отношении благотворной роли вакцинации. Недоверие родителей в отношении вакцинации подпитывается через свободный доступ он-лайн к спорным источникам информации и измышлениям о неблагоприятных проявлениях после иммунизации (НППИ).
- В условиях, когда вероятность заболеть БПВ мала, а образ жизни устанавливает другие конкурирующие приоритеты, самоуспокоенность по отношению к вакцинации закономерно возникает во всех государствах-членах ВОЗ, побуждая родителей отказываться от плановой вакцинации или отложить прививки. Это приводит к формированию групп населения, восприимчивых к возбудителям БПВ.
- Большие, уязвимые и обездоленные группы населения проживают на территории Европейского региона и представляют собой потенциальную базу для возникновения вспышек БПВ, что подтвердили недавние события. Эти вспышки свидетельствуют о необходимости быстрой мобилизации и организации чрезвычайных кампаний, а также служат жестким напоминанием о том, что следует лучше обслуживать эти группы населения в Регионе.

Руководство по АПИ и Глобальный план действий в области вакцин

В мае 2012 года Всемирная Ассамблея здравоохранения утвердила Глобальный план действий в области вакцин (GVAP) (http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/DoV_GVAP_2012_2020/en/index.html) в рамках Десятилетия вакцин (2011-2020). Все подписавшие решение Ассамблеи страны теперь должны работать, чтобы воплотить принципы GVAP в реальное улучшение программ вакцинации и их результатов.

Шесть основных принципов заложены в основу GVAP: 1) государственный подход; 2) разделение ответственности и партнерство; 3) справедливость; 4) интеграция; 5) устойчивость; 6) инновации (GVAP). Помимо шести принципов, GVAP имеет шесть стратегических целей: 1) все страны признают иммунизацию в качестве одной из приоритетных задач; 2) отдельные лица и сообщества граждан осознают ценность вакцин и понимают иммунизацию как реализацию своих прав, и своей ответственности; 3) преимущества иммунизации справедливо распространяются на всех людей; 4) сильные системы иммунизации являются неотъемлемой частью хорошо функционирующей системы здравоохранения; 5) программы иммунизации имеют устойчивое финансирование, качественное снабжение и инновационные технологии; 6) национальные, региональные и глобальные исследования и разработка инноваций предоставляют максимальную выгоду от иммунизации.

АПИ это движение вперед на основе компонентов Глобального плана действий в отношении вакцин (GVAP). Руководство по АПИ обеспечивает инновационное, подробное, практическое, основанное на доказательных данных руководство в том, как страны Европейского региона ВОЗ могут добиться достижения целей № 2 и 3 Глобального плана (GVAP). Преодоление неуверенности в вакцинах, включая отсутствие доверия, неудобства, отсутствие доступа к вакцинам и самоуспокоенность, может привести к установлению более справедливой системы потребления вакцин, повысить в глазах большого количества людей и сообществ ценность вакцин и побудить их требовать проведения иммунизации как реализации их права и их ответственности.

Целевые программы и коммуникации: стратегические приоритеты для Европейского регионального бюро ВОЗ

В соответствии с принципами и направлениями работы, представленными в Глобальном плане действий в области вакцин¹ и под эгидой Стратегической консультативной группы экспертов (СКГЭ) по иммунизации и Европейской технической консультативной группы экспертов по иммунизации (ЕТКГЭ) ЕРБ ВОЗ предпринимает срочные шаги для привлечения внимания к иммунизации детей. Особое внимание уделяется элиминации кори и краснухи к 2015 году и поддержанию статуса Региона, свободного от полиомиелита.

В сентябре 2010 года на шестидесятой сессии Европейского регионального комитета государства-члены Европейского региона ВОЗ приняли *Резолюцию о приверженности делу элиминации кори и краснухи и предотвращения синдрома врожденной краснухи к 2015 году и постоянной поддержки статуса Европейского региона ВОЗ как территории, свободной от полиомиелита.*²

Впоследствии был разработан стратегический план по кори и краснухи с целью определения направлений работы по итогам этого заявления.³

Программа «Болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, и иммунизация» (VPI) Европейского регионального бюро ВОЗ оказывает поддержку государствам-членам ВОЗ путем укрепления программ иммунизации, эпиднадзора за БПВ и лабораторных сетей, а также посредством обеспечения доступа к безопасным вакцинам (в том числе новым и недостаточно используемым вакцинам). Кроме того, растет осознание ключевой роли информационно-пропагандистской деятельности и коммуникации в рамках программ иммунизации для увеличения охвата прививками и предотвращения вспышек БПВ. Необходимость улучшения коммуникации подтверждается наблюдающейся тенденцией снижения уверенности в безопасности и эффективности вакцин, а также общественного доверия к программам иммунизации,⁴ наряду с ростом самоуспокоенности и постоянным отсутствием доступа к медицинскому обслуживанию, включая вакцинацию, для некоторых уязвимых групп населения.

Поддерживая и разделяя призывы Стратегической консультативной группы экспертов ВОЗ по иммунизации оказать повышенное внимание информационно-пропагандистской деятельности, коммуникации и проблеме нерешительности при выборе «за» или «против» вакцинации, ЕРБ ВОЗ выступил с рядом инициатив в данной области.

Европейская неделя иммунизации

Проводимая с 2005 года Европейская неделя иммунизации (ЕНИ) предлагает платформу, на которой государства-члены Европейского региона ВОЗ могут выступать как единый коллективный голос за иммунизацию как приоритетной области общественного здравоохранения в Регионе. Информационно-пропагандистские мероприятия ЕНИ повышают осведомленность населения о важности вакцинации, способствуют ориентации партнеров, родителей и воспитателей, а также средств массовой информации⁵

1 Десятилетие вакцин (DoVC) – это инициатива, осуществляемая под руководством ВОЗ, ЮНИСЕФ, ГАВИ, Фонда Мелинды и Билла Гейтс и Национального института аллергии и инфекционных заболеваний США, направленная на формирование единой позиции и разработку Глобального плана действий в области вакцин (GVAP). План действий был принят на шестьдесят пятой сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения в мае 2012 года.

План действий охватывает четыре основных направления.

1. Формирование и обеспечение устойчивой государственной и общественной поддержки использования вакцин и финансирования служб иммунизации.
2. Упрочение и справедливое предоставление услуг иммунизации для достижения всеобщего охвата безопасными и эффективными вакцинами к 2020 году для того, чтобы предотвратить, контролировать, элиминировать и искоренить инфекции, контролируемые с помощью вакцин.
3. Содействие развитию надежных научных предприятий для инновационных разработок и производства новых и усовершенствованных вакцин и связанных с ними технологий
4. Создание правильных рыночных стимулов для обеспечения соответствующих и надежных поставок доступных вакцин.

2 <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixtieth-session/resolutions/eurrc60r12>.

3 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/pre-2009/eliminating-measles-and-rubella-and-preventing-congenital-rubella-infection>.

4 Larson & colleagues (2011).

5 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/european-immunization-week/more-about-european-immunization-week>.

Государствам-членам ВОЗ, участвующим в проведении ЕНИ, рекомендовано осуществить при содействии ЕРБ ВОЗ три следующих шага: 1) проанализировать национальную систему иммунизации и контекст; 2) определить и описать целевые группы и методы их охвата; 3) определить мероприятия для целевых групп.¹

Первоначально ЕНИ стартовала в семи странах-участницах — Беларуси, Ирландии, Италии (провинция Южный Тироль), Черногории, Сербии, Таджикистане и Бывшей Югославской Республике Македония. Сегодня все 53 государства-члена участвуют в ЕНИ, и это событие привлекает большое внимание средств массовой информации.

Совещания Европейских экспертов по вопросам иммунизации, информационно-пропагандистской деятельности и коммуникации

В январе 2008 года совместно с Департаментом здравоохранения Великобритании и ЕРБ ВОЗ было проведено совещание экспертов высокого уровня по информационно-пропагандистской деятельности и коммуникации для иммунизации. В совещании приняли участие руководители здравоохранения, менеджеры программ иммунизации, сотрудники отделов по работе с общественностью и представители 16 западноевропейских государств-членов ВОЗ. По итогам совещания был сформирован ряд ключевых рекомендаций для государственных органов здравоохранения для поддержки иммунизации посредством:²

- увеличения объемов людских и финансовых ресурсов, выделяемых в ответ на настоятельную необходимость развития коммуникаций и информационно-пропагандистской деятельности в рамках программ иммунизации детей;
- создания национальных долгосрочных стратегий и планов действий по целевым коммуникациям и пропаганде для соответствующих групп населения, включая работников здравоохранения;
- принятия проактивной стратегии для опровержения возможных опасений, связанных с вакцинами, и планирования экстренных мероприятий в случае непредвиденного кризиса;
- создания платформы для обмена информацией о практических уроках, опыте и передовой практике в области иммунизации (при содействии международных учреждений);
- продолжения и расширения использования ЕНИ как возможности сосредоточиться на коммуникациях и пропаганде для программы иммунизации.

Рабочая группа по коммуникациям в области вакцинации

В январе 2010 года на совещании экспертов по иммунизации, созванном ЕРБ ВОЗ³, еще раз была подчеркнута необходимость более активной разработки эффективных стратегий коммуникации для того, чтобы обеспечить выполнение региональных целей по БПВ. В том же году Европейская Региональная комиссия также сделала заключение о том, что новые методы коммуникации по вакцинам, укрепление коммуникационного потенциала в странах и более четкая координация деятельности помогут восстановить доверие общественности к вакцинам и увеличить спрос на иммунизацию.

1 <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/european-immunization-week/more-about-european-immunization-week/national-planning-of-eiw>.

2 Всемирная организация здравоохранения и Европейское региональное бюро ВОЗ (2008)

3 Технические консультации со странами по предложенному рамочному документу по верификации элиминации кори и краснухи в Европейском регионе ВОЗ (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/149681/Consultation_framework_measles_rubella.pdf).

В поддержку этого предложения ЕРБ ВОЗ выступило в качестве спонсора Совещания экспертов по коммуникации в области вакцин, состоявшегося в декабре 2010 года. На совещании все заинтересованные стороны обменялись опытом, были определены основные проблемы, с которыми сталкивается Регион в данной области, а также рассмотрена возможность формирования рабочей группы по коммуникации в области вакцин (VCWG). В ходе следующего совещания (октябрь 2011 г., Стамбул, Турция), были определены и рекомендованы для утверждения ВОЗ полномочия VCWG. В данном документе содержится концепция рабочей группы по коммуникации и сформулированы цели ее работы.

Руководство по коммуникации о безопасности вакцин, подготовленное ЕРБ ВОЗ

В 2012 году ЕРБ ВОЗ разработало руководство по обеспечению практических информационных стратегий и инструментов в помощь руководителям национальной программы иммунизации при планировании и управлении коммуникациями в ответ на события, связанные с неблагоприятными проявлениями после иммунизации и с безопасностью вакцин. В Руководстве, которое будет опубликовано в апреле 2013 года, описано, как использовать коммуникативную тактику и инструменты для сведения к минимуму негативного воздействия на общественное мнение и доверие событий, связанных с неблагоприятными проявлениями после иммунизации, и проблем, связанных с безопасностью вакцин. Однако, использование мощных коммуникационных принципов и стратегий не заменяет проведение анализа рисков на основе доказательств. Таким образом, этот документ должен использоваться как дополнение к Руководству ВОЗ по «управлению рисками, связанными с безопасностью вакцин». Общую информацию в Руководстве дополняют примеры сценариев неблагоприятных событий, чтобы проиллюстрировать, как и когда руководители программы иммунизации должны участвовать в коммуникации по проблемам рисков. Поскольку каждая страна имеет свои отличительные особенности, в Руководстве подчеркивается необходимость разработки национальных планов или руководств по безопасности вакцин и коммуникации.

2. ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ АДАПТАЦИИ ПРОГРАММ ИММУНИЗАЦИИ (АПИ). РУКОВОДСТВО, КОТОРОЕ ПОМОЖЕТ СКЛОНИТЬ ЧАШУ ВЕСОВ В ПОЛЬЗУ ВАКЦИНАЦИИ

Успехи программ иммунизации основывались на широком одобрении и участии в вакцинации отдельных лиц, воспитателей и опекунов, согласных с использованием вакцин. Действительно, вакцинация предназначена для формирования защиты¹. В случае вакцинации детей их воспитатели или опекуны (часто родители) делают выбор «за» или «против» этой защиты. Делая прививки своим детям, они делают выбор в пользу повторяющихся действий, которые защищают детей от БПВ в случае заражения, несмотря на возможный кратковременный дискомфорт и стресс для себя и ребенка. Поступая таким образом, они также повышают уровень защиты для других членов сообщества, которым вакцинация не может быть проведена или у которых прививки не могут обеспечить защиту из-за наличия серьезных заболеваний, таких как некоторые виды рака или иммунодефицитные состояния.

В Европейском регионе существует множество разнообразных причин не вакцинировать ребенка. Отсутствие доступа, маргинализация, непонимание риска, страх, недоверие и самоуспокоенность, а также альтернативные философские убеждения относительно здоровья – вот лишь некоторые из множества причин, по которым вакцинация младенца или ребенка не проводится. Подход по принципу «один размер подходит всем» к планированию иммунизации и коммуникаций недостаточен для того, чтобы реагировать на существующие барьеры и проблемы, с которыми сталкивается иммунизация, он также не годится для того, чтобы удовлетворить текущие потребности иммунизации.² Необходимы инновационные творческие подходы, чтобы убедить родителей, воспитателей и опекунов в позитивном, защитном характере иммунизации детей и предложить лицам, осуществляющим уход за детьми, удобные пути для реализации этих подходов на практике.

Руководство по адаптации национальных программ иммунизации (РАПИ) ЕРБ ВОЗ предлагает практические решения, чтобы помочь государствам-членам ВОЗ сформировать научно обоснованные стратегии реагирования на проблемы планирования иммунизации и коммуникации. Руководство определяет вакцинацию детей как положительную практику ухода, с важными для сообщества социальными преимуществами³

Общая цель руководства заключается в том, чтобы предложить проверенные методы и инструменты для разработки целенаправленных стратегий, которые способствуют расширению масштабов вакцинации детей, тем самым увеличивая охват иммунизацией и сокращая риски БПВ в Регионе.

Руководство по АПИ предоставляет инструменты для выполнения следующих шагов:

1. Выявление восприимчивых групп населения и определение приоритетных среди них.

РАПИ содержит поэтапный подход к выделению групп лиц, осуществляющих уход за детьми, на основании оценки прививочного статуса детей: полностью и своевременно вакцинированные; вакцинированные частично; не вакцинированные. Анализ по отдельным группам (сегментам) помогает выявить восприимчивые группы населения, на которые следует нацеливать национальные программы иммунизации.

1 Sturm & colleagues (2005).

2 Opel & colleagues (2009); Leask (2011).

3 Защитный эффект иммунизации распространяется на все сообщество тогда, когда достигнут критический порог охвата вакцинацией, составляющий 95%; в этом случае защищенными от БПВ оказываются и те лица, которые не прошли вакцинацию, это происходит благодаря коллективному иммунитету. Когда же показатели охвата иммунизацией ниже указанного порогового значения, образуется определенное количество восприимчивых к инфекции лиц, и при заносе возбудителя инфекции практически невозможно остановить ее распространение. Поскольку заболеваемость детей и смертность от БПВ в мире снижаются, важно, чтобы иммунизация оставалась глобальным приоритетом в здравоохранении для того, чтобы можно было достичь критического порога охвата прививками и искоренить БПВ.

2. Выявление препятствий к проведению вакцинации с позиции удовлетворения спроса и организации поставок.

РАПИ использует концептуальный подход и картирование для того, чтобы:

- направлять процесс понимания всех факторов, которые оказывают влияние на формирование отношения к вакцинации лиц, осуществляющих уход за детьми;
- исследовать роль медработников, предоставляющих услуги вакцинации, в формировании у лиц, осуществляющих уход за детьми, отношения к иммунизации и побуждению их к необходимым в этой связи действиям.

3. Разработка научно обоснованных ответных мер.

РАПИ предоставляет специалистам, ответственным за планирование программы иммунизации

- руководство по разработке, реализации, мониторингу и оценке мероприятий по АПИ на основе результатов анализа по группам (сегментам) населения и процесса профилирования;
- перечень апробированных и успешных практических решений при планировании иммунизации.

Теории поведения в отношении здоровья: происхождение, применение и использование в РАПИ

Подход РАПИ опирается на модели планирования программ здравоохранения, включая социальный маркетинг и коммуникации по социальным и поведенческим изменениям. Эти модели были созданы на прочной основе теории изменения поведения и продемонстрировали свою способность обеспечивать долгосрочные результаты в области здравоохранения во всем мире. Ниже мы предоставляем некоторые ключевые ссылки на первоисточники и опыт применения этих теорий в области здравоохранения и, где это возможно, в области иммунизации/вакцинации.

1. Ссылки на теорию изменения поведения в отношении здоровья

Обзор поведенческих теорий в области укрепления здоровья и моделей планирования: Национальный институт рака. Теория с первого взгляда: применение для укрепления здоровья и поведения в отношении здоровья, 2-ое изд. Департамент здравоохранения и социального обеспечения США, Национальные институты здравоохранения, 2005.

Отдел поведенческих исследований Фэмили хелс Интернэшнл (FHI) опубликовал обзор теорий изменения поведения в контексте ВИЧ/СПИД: Изменение поведения: краткий обзор четырех основных теорий, 2002.

Адаптация теорий поведения в отношении здоровья к внедрению вакцины против вируса папилломы человека (ВПЧ), Бингам и др. Подход к организации исследований по планированию внедрения вакцины против ВПЧ в условиях ограниченных ресурсов. Журнал The Open Vaccine Journal, 2009, 2.1–16 (открытый доступ).

Программа современных технологий в области здравоохранения (PATH) адаптировала экологическое рамочное руководство для проведения исследования по внедрению вакцины против ВПЧ и для проведения сравнительного анализа результатов в отдельных странах. Экологическое рамочное руководство признает, что поведение отдельных людей в отношении здоровья находится под влиянием комплекса факторов окружающей среды, действующих на разных уровнях. Этот факт часто используется в планировании программ в области здравоохранения.

2. Ресурсы по применению теорий поведения в отношении здоровья

Ведущие международные медико-санитарные учреждения применяют адаптированные поведенческие теории в отношении здоровья, используя такие подходы, как социальный маркетинг и коммуникации, направленные на изменение модели поведения, для осуществления проектов по изменению поведенческих моделей и получения долгосрочных результатов в отношении здоровья. Их «ноу-хау» доступны в виде практических руководств, инструментов и журнальных публикаций.

Разработчиков РАПИ особенно вдохновила работа ряда медицинских учреждений по внедрению этих теорий.

Международная организация по оказанию услуг населению (Population Services International, www.psi.org)

Эта всемирная организация ставит своей целью улучшение здоровья людей в развивающихся странах. PSI применяет инновационный и ориентированный на результат комплексный маркетинговый подход для поощрения правильной модели поведения в отношении здоровья. Этот подход описан в издании PSI Delta companion. Маркетинговое планирование осуществляется просто. Концептуальный подход РАПИ возник, в частности, на основе модели «всплывающих рамок» PSI, адаптированной к сфере иммунизации детей (Научно-исследовательский отдел PSI. Концептуальный документ: модель изменения поведения на основе «всплывающих рамок» для изменения поведения. Новая редакция, 2004). PSI стремится регулярно публиковать результаты своих программ по изменению поведения в цитируемых (рецензируемых) журналах. С ними можно ознакомиться в каталоге он-лайн публикаций. (<http://www.psi.org/resources/publications>).

Коммуникации для воздействия на поведение (COMBI)

Получая с 2000 года поддержку ВОЗ для планирования стратегической коммуникации и социальной мобилизации, COMBI предлагает динамичный подход для формирования измеримых изменений в поведении. COMBI была впервые введена в 1994 году и продолжает преподаваться ежегодно в Нью-Йоркском университете д-ром Everold Hosein в рамках курса Интегрированных маркетинговых коммуникаций для поведенческого воздействия в области здравоохранения и социального развития. Пошаговое руководство для COMBI публикуется в: Parks W, Lloyd L. Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control. A step-by-step guide. Geneva, World Health Organization, 2004.

Адаптация COMBI для содействия своевременной иммунизации детей в Грузии

COMBI была адаптирована к иммунизации детей, в партнерстве с национальной программой иммунизации и ЮНИСЕФ в Грузии. Кампания по коммуникации «Своевременная иммунизация является защитником вашего ребенка» была начата в феврале 2007 года и привела к увеличению охвата своевременной вакцинацией детей в возрасте 2, 3 и 4 месяцев в среднем на 16% . ИМП. Оценка воздействия коммуникационной кампании по иммунизации — коммуникации для воздействия на поведение (COMBI) в Грузии. По заказу ЮНИСЕФ, 2008.

Центр коммуникационных программ университета Джона Хопкинса (<http://www.jhucsp.org/>)

Центр коммуникационных программ университета Джона Хопкинса установил партнерские отношения с организациями по всему миру для продвижения науки и искусства стратегической коммуникации для улучшения здоровья и спасения жизни людей. Подходы Центра описаны в ряде публикаций. РАПИ воспроизводит инструменты по публикации O'Sullivan et al. A field guide to designing a health communication strategy. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs, 2003.

В РАПИ использованы или адаптированы инструменты из публикации Immunization essentials. A practical field guide. (переиздание апрель 2009 г.). Это Руководство было впервые разработано в 2003 году под эгидой ЮСАИД в рамках совместных проектов с участием организаций, сотрудники которых специализируются в области иммунизации, таких как The Manoff Group Inc., John Snow, Inc. and Program for Appropriate Technology for Health.

Что касается применения социального маркетинга, то Turning Point Foundation's¹ Social Marketing National Excellence Collaborative подготовил серию инструментов (рекомендаций) о том, как использовать маркетинг для изменения поведения. Хотя примеры ограничены американским контекстом, эти издания предлагают хорошее описание теории и практики социального маркетинга.

Конструктивная статья Michael L Rothschild Carrots, sticks and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviours² (Политика кнута и пряника: рамочная концепция управления социальными аспектами поведения и поведением в отношении здоровья) описывает концептуальную основу социального маркетинга. Этот рамочный документ предлагает метод выбора наиболее подходящих мер управления процессом изменения поведения — образование, маркетинг или законодательство — и управление процессом в зависимости от мотивации, способности и возможности целевых групп воспринимать изменения, а также от ряда других факторов. В нем утверждается, что социальный маркетинг является эффективным подходом к управлению поведением, уникальным по отношению к коммерческому маркетингу, образованию и праву. (Эта статья приводится в качестве приложения к Руководству АПИ).

1 The Turning Point (Поворотный момент) – это инициатива фонда the Robert Wood Johnson Foundation. Больше информации на <http://www.turningpointprogram.org/>.

2 Journal of Marketing, 1999, 63:24–37 (доступно на <http://www.social-marketing.org/papers/carrotarticle.pdf>).

Причины низкого охвата вакцинацией в Европейском регионе: поведенческие или социальные детерминанты здоровья?

РАПИ принимает во внимание контекст, в котором развиваются программы иммунизации, степень равноправия распределения услуг здравоохранения, существующие социальные детерминанты в здравоохранении, а также мотивацию поведения и действий получателей медицинских услуг в данном контексте. Эти вопросы имеют глубинное влияние на инициативы ВОЗ. Справедливость в отношении здоровья зависит от расширения прав и возможностей людей бросить вызов и изменить несправедливый и неравноправный подход к распределению социальных ресурсов, на которые каждый человек имеет равные притязания и права.

Учитывая сказанное выше, мы задавали себе вопрос «Можно ли объяснить причины низкого уровня охвата вакцинацией в Европе с помощью социальных детерминант?»

Социальные детерминанты здоровья представляют собой те обстоятельства, в которых люди рождаются, растут, живут, учатся, работают и стареют, включая существующую систему защиты от болезней. Социальные детерминанты здоровья помогают нам понять экономические, политические, социальные и культурные условия, которые влияют на здоровье людей и общества. Факторы, связанные с социальным положением, образованием, профессиональной сферой деятельности, доходом, полом и этнической принадлежностью, оказывают воздействие на развитие детей раннего возраста, равно как и материальные обстоятельства (наличие и доступ к продовольствию, доступ к медицинским услугам и их качество, жилищные условия), социальная стабильность и поддержка, дискриминация, психологические и социальные факторы, модели поведения и биологические факторы, характеризующие отдельных лиц и сообщества. Это, в свою очередь, влияет на распределение услуг здравоохранения и доходов внутри семьи, общины и нации. Рис.3 помогает понять соотношения между этими факторами.

Рис. 3. Концепция Комиссии по социальным детерминантам здоровья



Источник: Всемирная организация здравоохранения. Комиссия по социальным детерминантам здоровья (2008)

В своем исследовании вспышек кори в Европе Muscat (2011) описывает три категории причин низкого охвата иммунизацией.

1. Отсутствие доступа к медицинскому обслуживанию — основной фактор недостаточного охвата вакцинацией уязвимых общин. Лица, принадлежащие к цыганским общинам (рома и синти), мигранты и общины иммигрантов значительно больше, чем все остальные пострадали от кори во время вспышек в Европе. В некоторых случаях вспышки возникли именно в этих группах. Неравенство в доступе к официальной системе здравоохранения для представителей этих общин зарегистрировано документально, и¹ может, в частности, объяснить причины низкого уровня охвата вакцинацией.²
2. Противодействие вакцинации на основании системы верований сообщества, например, среди тех людей и общин, которые принимают альтернативные методы охраны здоровья. В этом случае следует задать себе вопрос, может ли решение делать прививки быть истолковано как проявление их собственных представлений о возможностях системы здравоохранения,³ вследствие чего данное сообщество отстаивает свое право придерживаться медицинских предпочтений на основе религиозных, философских и медицинских верований (независимо от более широкого толкования безопасности этих практик с точки зрения медицины).
3. Отсутствие информации, ложная информация, страх, недоверие, конкурирующие приоритеты... что порождает нерешительность, задержки, бездействие и пропуск прививок, рекомендуемых календарем. Причины отказа от вакцинации в этих случаях многочисленны и сложны.

Социальные детерминанты здоровья важны для подходов РАПИ. Однако, в одиночку они не в полной мере помогают нам понять, что именно в Регионе является определяющим в процессе признания вакцинации и заставляет принимать в нем участие. Социальные детерминанты во многих случаях действуют в сочетании с целым рядом различных факторов. С другой стороны, теории изменения поведения подвергаются критике, поскольку они возлагают исключительную ответственность на человека, пренебрегая тем, как социальные детерминанты воздвигают барьеры для вакцинации некоторых восприимчивых групп населения, особенно тех, которые недостаточно охвачены услугами здравоохранения и обездолены. Критикуют их и за то, что они не учитывают роль учреждений, которые должны способствовать устранению этих барьеров.

В Руководстве РАПИ мы предлагаем выйти за рамки этой дискуссии путем введения практических алгоритмов, которые помогут понять и описать причины низкого уровня охвата вакцинацией. Эти причины изучаются с нескольких точек зрения: социально-политической, организационной и с точки зрения среды, в которой действует система здравоохранения и которая диктует условия практики проведения вакцинации и делает вакцинацию возможной (фактор возможности); социально-культурные, общественные и медицинские условия, в которых люди процветают и получают прививки (благоприятные и способствующие факторы), и личный и психологический контекст, который влияет на выбор отдельных людей: делать прививки или нет (факторы личной мотивации). В Рамочном документе высказывается предположение о том, что встреча тех, кто проводит прививки, и тех, кто осуществляет уход за детьми, имеет решающее значение для принятия решений⁴ относительно вакцинации, и эти факторы исследуются с точки зрения как воспитателя или опекуна, так и лица, осуществляющего вакцинацию.

1 Hajioff & McKee (2000).

2 Неравные возможности уязвимых групп при получении медицинских услуг являются результатом динамичного многостороннего процесса, тесно связанного с социальной изоляцией и невыгодным положением. Анализ социальных детерминант в Европейском регионе ВОЗ представлен в публикации Marmot & colleagues (2012).

3 Возможности системы здравоохранения, в данном случае, говорят о растущей способности отдельных лиц и сообществ контролировать свою жизнь и здоровье.

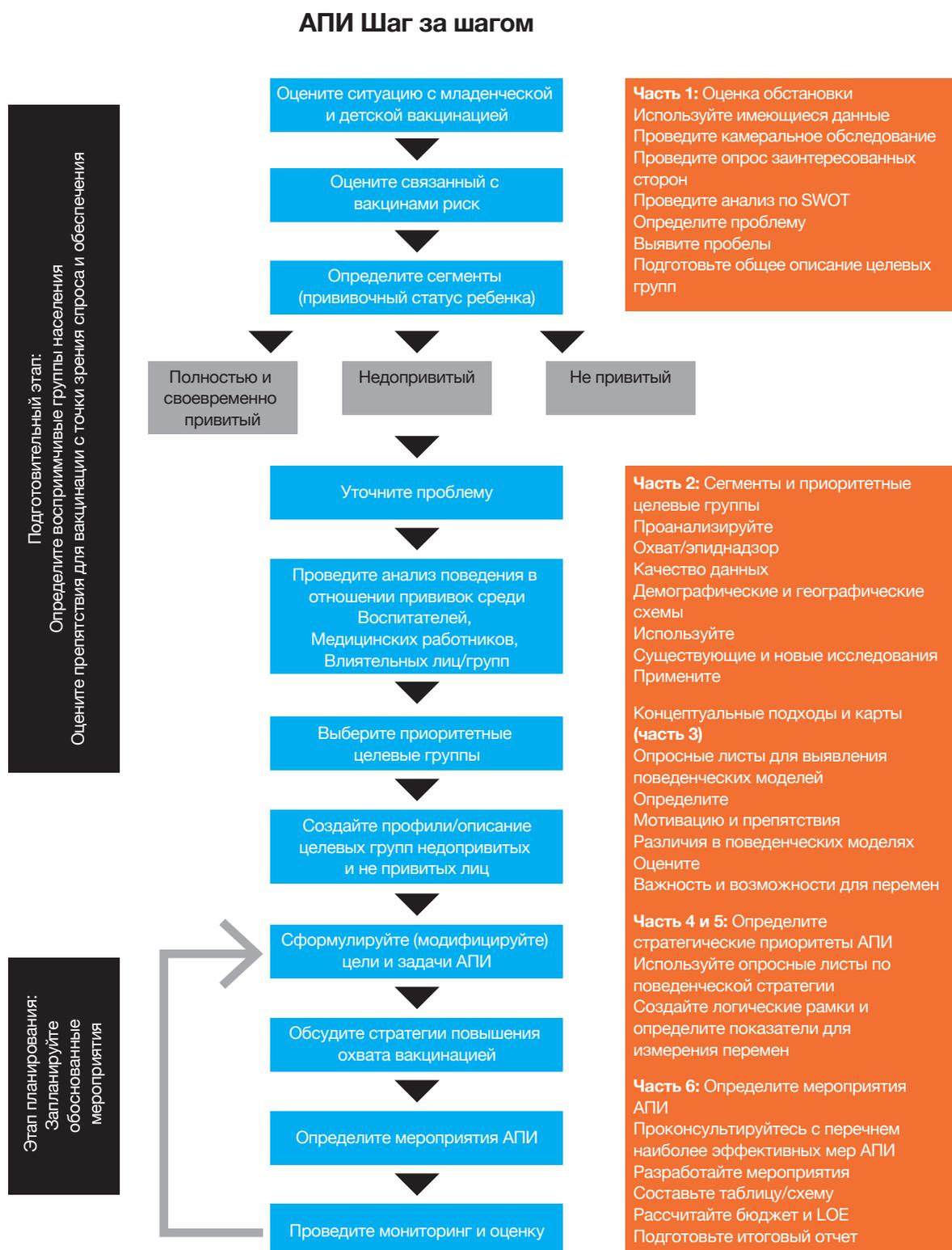
4 Leask & colleagues (2012); Simone & colleagues (2012); Sturm & colleagues (2005).

Основная посылка АПИ заключается в том, что для успешного позиционирования вакцинации как позитивного и возможного образа действия¹ в умах и сердцах родителей и воспитателей, прежде всего, следует выслушать их точку зрения, исследовать позитивные факторы среды, создающие мотивацию, определяющие образ жизни и способствующие осознанию вакцинации как приемлемой практики. Рамочная концепция и дорожные карты РАПИ предлагают диагностические инструменты для того, чтобы сделать именно это.

¹ Участие в вакцинации детей – это не только результат мотивации; для этого необходимо наличие услуг вакцинации и обеспечение вакцинами.

Пошаговый подход к адаптации программ вакцинации детей

Рис. 4. Шаги, необходимые для реализации АПИ



При осуществлении подходов АПИ важно отметить следующее:

- Этапы формирования представляет собой основу подхода. Хотя этапы представлены в определенной последовательности, они будут, скорее всего, происходить одновременно.
- Шаги, необходимые для осуществления процесса АПИ, должны быть адаптированы для удовлетворения уникальных потребностей государств-членов ВОЗ. Базовые инструменты исследования и инструменты АПИ также должны быть адаптированы для каждого государства-члена ВОЗ в соответствии с ситуацией в стране и ее потребностями.
- Возможно частичное осуществление процесса АПИ. Это будет зависеть от того, насколько изучена ситуация с иммунизацией в данном государстве-члене ВОЗ. Например, если государство уже определило свои стратегические приоритеты, в частности, по увеличению охвата вакцинацией членов определенной этнической общины, РАПИ можно использовать для анализа стимулов и барьеров для вакцинации в рамках этого конкретного сегмента населения и для уточнения целей и задач работы по использованию РАПИ, а также для выбора специальных мер.

Если государство-член ВОЗ принимает решение о внедрении РАПИ, оно может запросить ЕРБ ВОЗ об оказании содействия следующим образом:

1. Предварительная миссия: эксперты ЕРБ ВОЗ могут посетить страну и помочь представить Руководство по АПИ, содействовать изучению и применению рекомендуемых подходов в партнерстве с национальной программой иммунизации.
2. На этапе становления, ЕРБ ВОЗ может помочь путем оценки ситуации в области иммунизации. Эта работа включает в себя анализ по группам (сегментам) населения, выделенным в зависимости от прививочного статуса детей первого года жизни и более старших возрастных групп.
3. В тесном сотрудничестве с государством-членом ВОЗ ЕРБ ВОЗ может обеспечить инструменты(методики) для работы, помочь в размещении заказа или использовании результатов базового оценочного исследования для применения концептуальной основы АПИ и картирования. Эта информация может быть использована впоследствии для выделения приоритетов и профиля ключевых целевых групп и определения соответствующих стимулов и барьеров для вакцинации.
4. На этапе планирования ЕРБ ВОЗ может обеспечить руководство при проведении поведенческого анализа, определении целей АПИ и принятии решения относительно того, какие стратегии следует использовать для достижения поставленных целей. ЕРБ ВОЗ может помочь государству-члену ВОЗ в реализации ряда рекомендованных стратегий, используя ряд эффективных практических методов в области иммунизации.
5. Когда государство-член ВОЗ реализует предложенные мероприятия, ЕРБ ВОЗ может осуществлять работу с командой исполнителей для оценки данных мониторинга, полученных уроков и барьеров на пути иммунизации, а также для разработки рекомендаций по улучшению положения.

Предпосылки для применения РАПИ:

- Стремление поддержать или повысить существующий уровень охвата вакцинацией;
- Низкий уровень охвата прививками(<95%) на конкретной географической территории или в группе населения;
- Наличие данной информации;
- Политическая воля и поддержка данной инициативы;
- Финансирование;
- Наличие профессионально подготовленных и преданных делу лиц для реализации процесса, в том числе координатора по осуществлению АПИ.

Убедитесь, что объем работ реально выполним с точки зрения возможностей государства-члена ВОЗ внести в него свой вклад и желания руководящих органов поддержать инициативу.

3. ЭТАП ФОРМИРОВАНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

На этапе оценки программы АПИ государством-членом ВОЗ, ЕРБ ВОЗ может не только помочь консультациями при оценке целей, методологии и экспертов для работы по контракту, но также оказать поддержку в презентации результатов оценки и выводов о необходимости что-либо сохранить или изменить в рамках программы иммунизации. Результаты мониторинга и оценки можно затем использовать для обзора и, при необходимости, изменить первоначальные поведенческие цели и стратегии. Там, где возможно, рекомендуется опубликовать результаты работы по внедрению процесса АПИ, поскольку это будет полезным для других государств-членов ВОЗ. При необходимости ЕРБ ВОЗ может помочь в этом.

На этапе формирования команда АПИ:

- проведет оценку сильных и слабых сторон, возможностей национальной программы иммунизации и угроз для ее выполнения, а также выявит широкий круг проблем иммунизации, которые могут быть решены;
- определит восприимчивые группы населения, проведя оценку численности трех сегментов населения — тех, которые полностью и своевременно вакцинированы, частично получивших прививки и непривитых;
- проведет диагностику и выявит барьеры на пути вакцинации в области организации поставок и удовлетворения спроса, а также определит ключевые факторы, влияющие на процесс принятия решений и осуществления вакцинации;
- определит приоритетные подгруппы населения для осуществления целевых мероприятий и создаст описание (профиль) для каждой из них, основываясь на их тщательном поведенческом анализе.

Все это позволит команде АПИ выявить и установить приоритетность проблем на систематической и тщательно проработанной основе. Первые шаги являются самыми трудными, но важными. Идентификации вашей цели, пониманию их знания, представлений и практики и формулировке в письменном виде... точных (...) задач следует посвятить около 80% всего выделенного на планирование времени.¹

¹ Parks & Lloyd (2004).

Часть первая: Подготовка к работе; определение роли АПИ

Первая задача в процессе АПИ состоит в том, чтобы понять организационный, политический и социальный контекст в государстве-члене ВОЗ с точки зрения иммунизации и БПВ и уточнить роль, которую АПИ может играть в этом контексте.

Это может быть сделано в два этапа. 1) Первым шагом является оценка условий, в которых реализуется программа иммунизации на данный момент, включая анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз (SWOT). 2) На втором этапе эту информацию используют для определения или подтверждения и прояснения проблемных областей, для подготовки заключения о существующих проблемах и краткого резюме о сложившейся ситуации.

Шаг первый: Оценка текущей ситуации в области иммунизации

Тщательный обзор текущей ситуации в области иммунизации служит основой для начального этапа реализации процесса АПИ. В зависимости от потребностей государств-членов ВОЗ этот обзор может проводиться:

- на национальном и региональном уровнях, для формирования общего понимания тенденций и причин низкого уровня охвата иммунизацией
- в конкретной части страны или подгруппе населения с низким уровнем охвата вакцинацией, для изучения аспектов, которые связаны с данной группой населения

Это позволяет консультанту ЕРБ ВОЗ по АПИ:

- провести предварительный сегментационный анализ, основанный на риске БПВ, с помощью данных информационной системы по иммунизации и здравоохранению (ИСУЗ) (HMIS)¹ (процесс сегментации описан в части второй настоящей статьи);
- проанализировать сильные и слабые стороны НПИ, возможности и угрозы (SWOT)
- определить ключевые заинтересованные стороны и потенциально возможные мероприятия;
- определить ключевые проблемы в достижении целей в области иммунизации и преобразовать их в стратегические приоритеты;
- установить пробелы в информации о проблеме или вопросе и запланировать проведение дополнительных исследований, результаты которых могут быть применены для осуществления необходимых мер.

Вполне возможно, что государство-член Европейского региона ВОЗ, проведя анализ ситуации, уже знает о том, где кроются проблемы.

В этом случае, подготовительный этап позволяет нам подтвердить и четко сформулировать заявление о существующих проблемах, а именно указать :

1. Что происходит (что делается и что не делается) и в чем проблема?
2. Где и когда это обычно происходит?
3. На кого это влияет?
4. Каковы основные проявления проблемы?
5. Каковы возможные причины?

¹ При анализе или рассмотрении данных охвата вакцинацией настоятельно рекомендуется проверить качество данных, обсудить потенциальные ограничения и пересмотреть анализ данных и выводы, которые были сделаны специалистами государства-члена ВОЗ. Это поможет прояснить доказательства, используемые для разработки документа по постановке задач.

Изучение имеющейся информации о вакцинации детского населения

Таблица 1 содержит перечень вопросов для сбора информации в контексте вакцинации детского населения. Эти данные могут быть собраны из различных источников, с использованием таких методов, как компьютерные исследования, интервью с ключевыми источниками информации и участие в семинарах.

Таблица 1. Вопросы для оценки текущего положения в иммунизации

Тема	Вопрос	Источник информации
<i>Вакцинация, охват вакцинацией, тенденции</i>	Каков национальный календарь прививок?	Исследования в области демографии и здравоохранения
	Каков уровень охвата вакцинацией детей на данный момент?	Обследование кластера по многим показателям
	Каковы показатели недопривитости по АКДС-1 – АКДС-3?	Национальные, региональные и областные данные по иммунизации
	Какие есть данные о своевременности прививок?	Обзоры и исследования в области иммунизации, здравоохранения, охраны материнства и детства
	Каково качество данных об охвате вакцинацией? Как он рассчитывается?	Данные системы эпиднадзора
	Какие существуют потенциальные недостатки данных?	Ключевыми источниками информации являются интервью с Минздравом/РПИ, МНО/НПО и работниками медицинских учреждений
	Каков уровень распространенности и заболеваемости БПВ? Какие, если имели место, возникали вспышки? Где? В каких группах населения?	
	Кто не принимает участия в оказании услуг иммунизации детям?	
	Что мы знаем об этих детях и их семьях?	
	Есть ли конкретные географические регионы, население которых более восприимчиво к БПВ из-за низкого уровня охвата вакцинацией или высокого показателя недопривитости?	
Какие территории или группы населения мы хотели бы выделить в качестве приоритетных и почему? По каким причинам уровень охвата остается низким?		

<p>Важные участники процесса и потенциальные партнерства</p>	<p>Кто является основными участниками процесса?</p> <ul style="list-style-type: none"> • На ком скажутся результаты проекта роста уровня охвата вакцинацией среди...? • Кто потенциально может оказывать влияние на проект? • Кто из отдельных лиц, групп и организаций должен принимать участие в проекте? • Какую роль могут играть эти участники в продвижении иммунизации? • Чей потенциал следует расширить для участия в проекте? 	<p>Обзоры РПИ, оценки холодовой цепи, оценки эпиднадзора Страновые перспективные планы (СМУР), недавний опыт использования ГАВИ, национальная политика в области иммунизации Отчеты по иммунизации и отчеты об исследованиях</p> <p>Ключевыми источниками информации являются интервью с Минздравом/РПИ, МНО/НПО и работниками медицинских учреждений, представителями религиозных, общественных организаций</p>
<p>Национальная программа иммунизации</p>	<p>Каковы сильные стороны НПИ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Организация системы иммунизации • Обеспечение плановой иммунизации • Обучение/профподготовка персонала • Мониторинг и эпиднадзор • Поставки и качество вакцин (эффективность) • Логистическая «холодовая цепь» • Безопасность инъекций • Эпиднадзор за болезнями <p>Какие недостатки НПИ ограничивают охват вакцинацией? Как НПИ решает эти проблемы? Каким образом НПИ устраняет ограничения на пути повышения охвата вакцинацией?</p>	<p>Обзоры РПИ СПП (СМУР), национальная политика в области иммунизации</p> <p>Ключевыми источниками информации являются интервью с Минздравом/РПИ, МНО/НПО и работниками медицинских учреждений</p>
<p>Политика правительства</p>	<p>Какими законодательными актами, стратегиями и политикой регулируется иммунизация? Как в этих документах отражаются текущие проблемы охвата иммунизацией?</p> <p>Какая политика существует в отношении иммунизации, а также целевых групп, которые более всего страдают из-за низкого уровня охвата вакцинацией?</p>	<p>Бюджет и штат Министерства здравоохранения</p> <p>Консультации с Минздравом и НПИ</p>

Внутренние ресурсы	Какие внутренние ресурсы доступны для иммунизации в плане бюджета, источников финансирования, поставок, кадров, времени, инфраструктуры и доступа к целевым группам населения?	Финансовый бюджет Минздрава и штатное расписание
	Какие специалисты есть в министерстве здравоохранения для реализации и/или управления процессом АПИ наряду с программной и коммуникационной деятельностью, рекомендуемой в качестве результата процесса?	Консультации с Минздравом и РПИ
Ресурсы доноров	Какие внешние ресурсы доступны? Какие доноры в настоящее время предоставляют финансирование для иммунизации детей? В какой мере это финансирование может служить основой для повышения уровня охвата иммунизацией?	Стратегии и отчеты доноров Ключевые интервью с донорами, частным сектором и международными неправительственными организациями
	Каковы ожидания доноров в случае предоставления финансирования?	
Полученные уроки	Какие мероприятия осуществила НПИ для повышения приемлемости вакцинации и участия населения в программе вакцинации, а также для улучшения услуг по вакцинации? Какие целевые группы населения были охвачены? Почему? Что успешно сработало? Что не сработало? Какие рекомендации и/или последующие шаги были намечены на основе полученного опыта?	Обзор РПИ, Отчеты НПИ Ключевыми источниками информации являются интервью с Минздравом/РПИ, МНО/НПО и работниками медицинских учреждений
Изменения на рынке вакцин и в области технологии	Какие, если они имели место, изменения в вакцинах и вакцинации произошли, и как они воздействовали на программу иммунизации, например: <ul style="list-style-type: none"> • внедрение новых вакцин (количество антигенов или новые вакцины); • новый путь введения вакцины (инъекции вместо перорального введения); • новый производитель? 	Интервью с заинтересованными структурами Минздрава и поставщиками Обзоры рынка
Изменения в социальной модели	Какие изменения в народонаселении, демографической или экономической ситуации и образе жизни влияют на пробелы в охвате иммунизацией?	Исследования и отчеты по народонаселению, образу жизни и здравоохранению

Средства массовой информации и каналы коммуникации	<p>В каких средствах массовой информации в основном находят отражение вопросы здоровья, благополучия и иммунизации детей?</p> <p>Какие, если они есть, негативные публикации о системе здравоохранения и вакцинации имеют место? Существует ли антивакцинальное лобби?</p> <p>Какие типы каналов коммуникации наиболее доступны? Каким из них следует больше всего доверять, а каким - наоборот? Какова численность аудитории каждого из этих каналов? Как часто данные каналы используются?</p>	<p>Ключевыми источниками информации являются интервью с Минздравом/РПИ, МНО/НПО и работниками медицинских учреждений, а также представителями СМИ и рекламных агентств</p> <p>Обзоры освещения данной тематики в средствах массовой информации</p> <p>Интервью с представителями целевых групп населения</p>
Партнерство с общинами	<p>Каков уровень партнерства учреждений здравоохранения и местного самоуправления по вопросам иммунизации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при планировании, при отслеживании прививочного статуса детей; • при продвижении услуг иммунизации; • при оказании услуг; • при проведении мониторинга и осуществлении обратной связи потребителя услуг? 	<p>Национальные, региональные, областные планы и планы медицинских учреждений</p> <p>Интервью с представителями небольшой выборки медицинских учреждений и организаций местного самоуправления</p>
Знания, отношение и поведение целевой группы населения	<p>Что известно о знаниях, отношении и практике (КАР) целевой группы в отношении иммунизации детей? Какие КАР побуждают опекунов и воспитателей делать прививки своим детям? Какие КАР побуждают не делать этого?</p>	<p>Исследования и обзоры КАР по целевым группам</p> <p>Ключевыми источниками информации являются интервью с Минздравом/РПИ, МНО/НПО и работниками медицинских учреждений и представителями других участников программы</p>

Проведение анализа SWOT действующей НПИ

На основе использования имеющейся информации, методика SWOT способствует изучению ситуации в иммунизации, отражает то, что работает и что не работает, и выявляет потенциальные проблемы на перспективу.

Анализ SWOT формирует два перечня: 1) перечень возможностей и угроз (ОТ); 2) список основных сильных и слабых сторон программы. После того, как создаются эти списки, информация заносится в таблицу SWOT (таблица 2). Анализ может быть осуществлен с помощью проведения специального совещания или его могут провести консультант(ы) и координатор процесса АПИ. Результаты обсуждения и итоговая таблица SWOT должны быть задокументированы для использования в будущем.

Таблица 2. Таблица SWOT

	Полезно	Вредно
<i>Внутренние (характеристика организации)</i>	Сильные стороны Что НПИ делает хорошо?	Слабые стороны Что в НПИ нуждается в улучшении?
<i>External (attributes of the environment)</i>	Возможности Какие возможности есть у НПИ?	Угрозы С какими препятствиями сталкивается НПИ?

Возможности и угрозы (ОТ) являются внешними факторами по отношению к программе. Они указывают на то, какие сильные и слабые стороны программы требуют внимания.

Вопросы, которые помогают составить список ОТ :

- Каковы возможности этой программы? О каких интересных тенденциях вы знаете? (Эти тенденции могут быть обусловлены изменениями в технологиях и ситуации на рынке, политикой правительства, социальных структур, структурой населения и его образом жизни или местных событий).
- С какими препятствиями сталкивается ваша программа? Есть ли изменения в политике, услугах, предпочтениях населения или финансировании, которые угрожают вашей программе?

Сильные и слабые стороны относятся к факторам, которые являются внутренними для НПВ. Вопросы, которые позволяют выявить сильные стороны:

- Что НПИ делает хорошо?
- Какие сильные стороны видят в программе иммунизации основные заинтересованные стороны НПИ (организации, сообщества)?
- Как НПИ смогла адаптироваться к изменениям (новые средства массовой информации, реформа сектора здравоохранения и пр.)?

Следующие вопросы могут помочь выявить слабые стороны НПИ:

- Что может улучшить НПИ?
- Что НПИ делает плохо?
- Чего следует избегать НПИ?

Уроки, извлеченные из новых исследований, проведенных в ходе первоначального этапа планирования следует включить в таблицу SWOT.

Команда АПИ может ссылаться на таблицу SWOT на протяжении всего процесса планирования, особенно во время определения поведенческих целей, при разработке ключевых стратегий и планировании мероприятий, направленных на изменение поведенческой модели.

Шаг второй: Определение проблемы, которую необходимо решить, и подготовка краткого описания ситуации

На данном этапе подготовительного процесса анализ ситуации помог сформировать список вопросов, которые могут быть решены.¹ В Европейском регионе ВОЗ это могут быть следующие вопросы:

1. Охват иммунизацией вакциной против кори, эпидемического паротита и краснухи, и коклюша ниже оптимального на суб-национальном уровне и в отдельных группах населения.
2. Распространение кори расширяется, чаще возникают вспышки этой инфекции. Основной причиной этого являются неудачи вакцинации. В регионе также имеют место вспышки коклюша.
3. Родители, воспитатели и опекуны ставят под сомнение значение иммунизации и не уверены в том, что следует проводить вакцинацию их детей. Растет недоверие к правительству в отношении инициатив по вакцинации.
4. Политическая поддержка программ иммунизации находится в состоянии застоя.
5. Неэффективные системы эпиднадзора на местах; медицинские работники и лица, осуществляющие уход за детьми, не всегда могут идентифицировать и сообщить о случаях БПВ.
6. Коммуникации и информационно-пропагандистская деятельность по вакцинации не целенаправленны и дают слабые результаты.
7. Финансовые ресурсы ограничены как для организации мер реагирования на вспышки, так и для повышения охвата иммунизацией.
8. Неравномерные поставки и нехватка основных вакцин.

Следующим шагом в процессе будет выбор ключевой проблемы или проблем, над решением которых национальная программа иммунизации должна работать. Затем следует определить одну проблему, над решением которой будут работать в процессе АПИ. После этого можно подготовить заключение по проблеме и обзор ситуации. В таблице 3 и 4 приведен образец заключения по проблеме и обзор ситуации,² которые являются результатом работы исследовательского семинара при участии заинтересованных сторон, состоявшегося в Софии, Болгария, в сентябре 2012 года.

1 ЮНИСЕФ/ВОЗ (ноябрь 2000 г.).

2 Было разработано несколько рабочих таблиц в качестве инструментов для проведения анализа и презентации ситуации и проблем(ы). С ними можно познакомиться в публикации O'Sullivan & colleagues (2003).

Таблица 3. Пример заключения по проблеме, подготовленного по методике РАПИ

Заключение по проблеме по методике РАПИ–Болгария (сентябрь 2012 г.)	
<i>Что происходит?</i>	Низкий уровень охвата вакцинацией против кори в группах населения в Болгарии.
<i>Где и когда это обычно имеет место?</i>	Вспышка кори в 2009–2010 гг. возникла и распространилась ,в основном, среди бедного, уязвимого населения окраинных районов Болгарии, в цыганских общинах (называемых «Рома»).
<i>На кого это оказывает воздействие?</i>	На непривитых или недопривитых детей и взрослых из наиболее уязвимых маргинализированных домохозяйств в Болгарии, в том числе из многочисленной цыганской общины («Рома»). На детей в возрасте до 12 лет (Национальный календарь прививок в Болгарии предусматривает две прививки КПК: в 13 месяцев и в 12 лет)
<i>Каковы первичные последствия проблемы?</i>	В ходе вспышки в 2010 г. зарегистрировано более 21 800 случаев кори. Это повлекло за собой госпитализации, заболевания и смерти, увеличило социально-экономическое бремя болезни на семьи и могло способствовать усилению дискриминации.
<i>Каковы возможные причины?</i>	Плохой доступ, недоверие, наличие других бытовых приоритетов в уязвимых группах населения. Негативные стереотипы, отсутствие консультаций и коммуникации,а также недостаточная информационно-пропагандистская работа, недостатки работы врачей первичной медицинской помощи по мониторингу и выявлению случаев.

Таблица 4. Пример обзора ситуации по РАПИ

Обзор ситуации по РАПИ – Болгария (сентябрь 2012 г.)	
Проблема здравоохранения	Низкий охват иммунизацией против кори в отдельных группах населения Болгарии.
Потенциальные первичные получатели	Непривитые и недопривитые дети 12 лет и младше (и их воспитатели и опекуны).
На какие основные проблемы следует обратить особое внимание	
Проблемы, связанные со знанием, отношением и поведением в целевой группе	Ограниченные осведомленность и знания о вакцинах и болезнях, от которых они защищают (включая корь). Требуются повторные посещения для выполнения требований национального календаря прививок. Наличие иных приоритетов приводит к тому, что возможности для вакцинации не используются. Озабоченность и заблуждения относительно неблагоприятных поствакцинальных проявлений и безопасности ряда антигенов.
Проблемы, связанные с возможностью осуществления эффективных коммуникаций	Низкий уровень грамотности, знания языка и культуры охраны здоровья среди уязвимых групп населения (например, цыгане «Рома»); Низкая эффективность собственных действий «Рома» в отношении медицинских учреждений и практикующих медработников.
Трудности при создании таких обстоятельств, которые стимулируют необходимые действия со стороны целевой группы	Недостаток доверия между лицами, осуществляющими уход за детьми, и работниками первичного звена системы здравоохранения. Неспособность работников первичного звена системы здравоохранения осуществлять эффективные коммуникации с «Рома». Высокая цена возможности ¹ , связанная с повторяющимися визитами к врачу общей практики (ОП).
Ключевые возможности, на которых следует сосредоточиться	
Возможности, связанные со знаниями, отношением и поведением целевой группы	Родители или воспитатели хотят делать прививки и защитить своих детей. Вспышки кори оставили напоминание о серьезности и угрозе этой инфекции в ряде общин.
Возможности, связанные со способностью осуществлять эффективные коммуникации	Посредники по вопросам здравоохранения во многих областях играют важную роль в организации взаимодействия между семьями и врачами. Существующий низкий уровень доступности средств массовой информации может сделать любую инициативу в этой области новой и привлекательной. (Однако, следует более активно работать для того, чтобы избежать стигматизации в общине).

¹ Цена возможности определяется как выгода, прибыль или стоимость чего-то, чем следует пожертвовать ради получения чего-то еще. Например, расходы, необходимые для проведения прививки ребенку, могут рассматриваться с точки зрения обеспечения безопасности других братьев и сестер, если воспитатель будет вынужден оставить их дома без присмотра взрослых; финансовые издержки на проезд; потеря работы или возможности участия в приносящей доход деятельности; и т.д.

<i>Возможности, связанные с созданием условий, благоприятных для осуществления целевой группой желаемых действий</i>	Широкое профессиональное взаимодействие врачей; наличие стимулов для медработников работать с труднодоступными группами доказало свою эффективность в ряде муниципалитетов. Запасы вакцин всегда доступны. Законодательство стимулирует вакцинацию детей (в обмен на социальную поддержку). Существуют хорошие отношения между посредниками и врачами общей практики.
<i>Реальные условия (неизменные факторы, которые могут ограничить нашу эффективность)</i>	Коренящееся глубоко в истории социальное неравенство, дискриминация, низкая ответственность за собственные действия и недоверие, существующие в уязвимых группах населения в Болгарии.
<i>Стратегический приоритет – мы считаем, что можем внести вклад в достижение желаемых результатов по охране здоровья</i>	Расширить понимание вопроса и обеспечить своевременное участие уязвимых семей в иммунизации детей.

Как выявить и устранить пробелы в имеющейся информации. Консультант АПИ может определить необходимость и заказать проведение первичного исследования в приоритетной целевой группе в соответствии с ее потребностями.

Используйте Части Вторую и Третью данного раздела в качестве руководства при определении области первичного исследования.

В дальнейшем в Приложении к РАПИ будут описаны источники по проведению исследования, мониторинга и оценки поведения в отношении вакцинации, которые помогут вам определить необходимые типы исследований.

Часть Вторая. Сегментация групп населения, восприимчивых к БПВ: выбор целевой приоритетной группы

Процесс сегментации и выбора приоритетной целевой группы предусматривает рассмотрение четырех основных вопросов.

1. Восприимчивость групп населения

Какие сегменты/группы наиболее подвержены заражению возбудителями БПВ? Какова численность этих сегментов населения? Подразделяются ли они на группы?

2. Поведенческие детерминанты

Какие факторы оказывают влияние на поведенческие модели данных групп в отношении вакцинации? Какую роль играют медицинские работники в формировании решения родителей или воспитателей относительно вакцинации? Какие еще существуют факторы, влияющие на процесс принятия решения относительно вакцинации?

3. Степень возможного

Какие сегменты легче всего охватить и воздействовать на них?

4. Определение целей

Какие группы определяются в качестве приоритетных целевых групп, и как программа может охватить их?

Обзор сегментации

Сегментация является важнейшим шагом на стадии становления подхода АПИ. Сегментация — это процесс, который делит первоначально большие гетерогенные группы населения на меньшие сегменты или группы, каждая из которых включает в себя лиц, которые одинаковы в некоторых отношениях и склонны одинаково реагировать на конкретное воздействие. Обоснованием для сегментации является возможность определить группы людей, в которых есть большая вероятность для осуществления намеченных мер, а затем ознакомить с результатами всю группу, такой подход является более эффективным, нежели охват большей по численности группы, но менее склонной действовать.¹

Заимствованная из практики маркетинга, сегментация хорошо применима к программам иммунизации, где, в силу общего высокого уровня охвата вакцинацией в Европейском регионе, необходимы стратегически спланированные меры для того, чтобы охватить родителей или воспитателей детей, которые не полностью вакцинированы против БПВ, и поэтому являются более восприимчивыми к ним.

Сегментация в иммунизации помогает:

- разделить конкретную группу населения на подгруппы или сегменты;
- определить подгруппы населения, в которых проще всего провести намеченные мероприятия по вакцинации;
- подготовить характеристику (профиль) каждой подгруппы и конкретизировать ваши подходы, а также отслеживать, насколько успешно проведена работа с ними;
- расходовать ресурсы более эффективно посредством конкретного выбора цели.

1 “Ориентация на широкую общественность – это то же самое, что стрельба из пушки по воробьям. Возможна, но не эффективна.” “Targeting the general public is like using scattershot ammunition to try to hit a bull’s eye. It is possible, but not very efficient.” Weinrich (1999). See also Opel & colleagues (2009).

Сегментация на основе прививочного статуса детей

Наиболее эффективными переменными показателями, используемыми для сегментации, являются те, которые наиболее эффективно демонстрируют различия между «исполнителями» и «не исполнителями». Например, чтобы выявить группы населения, восприимчивые к БПВ, мы можем использовать прививочный статус ребенка как переменную величину первого уровня для сегментации.

Отталкиваясь от положения о том, что полная, своевременная вакцинация является желаемым конечным результатом, можно выделить три основных сегмента населения на основе данных об охвате вакцинацией. Это группы детей, которые:

- полностью и своевременно привиты —ребенок получил все рекомендованные прививки в соответствии с возрастом и официальным календарем прививок;
- частично привиты —ребенок получил некоторые, но не все прививки, рекомендованные календарем прививок для его возраста (в эту категорию входят недопривитые дети и дети с отложенными прививками);
- не привиты —ребенок, который вообще не получил прививок.

Эта первоначальная сегментация необходима, но недостаточна. Категории дают нам представление о различии в поведении родителей в отношении вакцинации, но являются слишком широкими для того, чтобы понять причины этих различий. Чтобы дифференцировать и выбрать целевые группы в рамках этих категорий, РАПИ предлагает взглянуть на вакцинацию детей на основании ряда других переменных, изученных через призму знаний их родителей или опекунов, их отношений и моделей поведения.

Действительно, дети могут не получать вакцинацию по целому ряду причин: родительский страх перед неблагоприятными последствиями; недостаточное понимание риска БПВ; отсутствие практических знаний относительно услуг вакцинации; неверие в основные мотивы программ вакцинации; наличие альтернативных убеждений, и т.д. Более углубленный анализ необходим для каждого сегмента для того, чтобы четко понять движущие силы этого поведения и барьеров и найти пути к реализации вакцинации. В этом может помочь описание² и приоритизация целевых групп. Пути и алгоритмы принятия решений в отношении вакцинации предлагают рамки для изучения факторов, определяющих это поведение.

2 The TIP approach aims to create a profile-type for each sub-segment that is targeted. A profile-type paints a detailed picture of a typical member of the target group in question. It is intended to help better understand target groups and design effective interventions that reach out to them. The use of profile-types is not meant to over-generalize or over-simplify their realities which, as one reviewer notes, could lead to the creation, or contribute to the use of, stereotypes. In light of this, it is important that immunization programming ensures regular target-group involvement in the planning, design and assessment of its programmes.

Таблица 5. Некоторые показатели для сегментации групп населения в рамках процесса АПИ

Эпидемиология и охват вакцинацией	Охват вакцинацией по всем антигенам, данные эпиднадзора за БПВ
Демографические данные	Возраст, пол, численность семьи, жизненный цикл семьи, доход, род занятий, образование, религия, этническая и национальная принадлежность
Географические данные	Регион, размеры страны, города, плотность населения, климат
Социо-культурные данные	Культура, религия, община, уклад жизни
Психологические особенности	Личность, индивидуальные познания, ¹ принятие решений, опыт
Поведенческие особенности	Использование, не использование или прерывание использования услуг вакцинации, причины и преимущества поведения, статус использования, намерение использовать, готовность изменить свое отношение
Отношение	К жизни в целом, к охране здоровья, к здоровью детей, к вакцинации и вакцинам ²
Коммуникации и использование средств массовой информации	Надежные источники информации, предпочтительные каналы коммуникации, наилучшее время для работы с целевыми группами

- 1 Для получения информации о психологического влияния на процесс принятия решений см. <http://www.ncis.edu.au/immunisation/education/mmr-decision/links.php>.
 Например, исследователи поведенческих моделей в отношении вакцинации в США и Европе назвали эту модель поведения родителей или опекунов в отношении вакцинации детей эвристической, это объясняет тот факт, почему некоторые воспитатели делают выбор не вакцинировать своих детей. Недооценка бездействия. Из-за недооценки возможных последствий бездействия родители или опекуны испытывают чрезмерную степень ответственности или вины при возникновении неблагоприятных последствий вакцинации; по этой причине они не хотят вакцинировать своих детей (бездействие), вместо того, чтобы вакцинировать (действие). Эти воспитатели проявляют излишнюю осторожность, а не идут на риск, однако наименьший вред происходит именно от вакцины. «До тех пор, пока они найдут безопасную вакцину, 1 случай на 300 000 детей - это по-прежнему слишком много. Я бы не играл в русскую рулетку с моим ребенком» (Воспитатель, сделавший выбор не вакцинировать ребенка, цитируется по Штурм, 2005).
- 2 В публикации компании Leask & Colleagues (2012), предлагается типология родительского отношения или «позиций» в отношении проблем, касающихся необходимости вакцинации и безопасности детских вакцин, основанная на результатах демографических исследований и учетных записей по Австралии, Европейскому союзу, Новой Зеландии и США. Определены пять типов или позиций. Это те, кто безоговорочно признает необходимость вакцинации (30% –40%), подходит к вопросу с осторожностью (25%-35%), неохотно (от 20%-30%), запаздывает с принятием решения или подходит к вакцинам избирательно (2% –27%) и отказывается от вакцинации (меньше, чем < (2%).

Сегментация охвата вакцинацией в уязвимых общинах в Болгарии

Государство-член ВОЗ может уже знать, на каком сегменте населения следовало бы сосредоточиться. Например, Минздрав Болгарии определил уязвимые, подверженные сегрегации общины, включая цыган «Рома», в качестве приоритетной целевой группы для пилотного проекта АПИ. ЕРБ ВОЗ оказало содействие в работе и проведении SWOT-анализа, обращая особое внимание на этот сегмент, и помогло сформулировать постановку задачи проекта, определив недопривитых и не привитых детей в этих общинах в качестве главной целевой группы (таблицы 3 и 4).

Далее ЕРБ ВОЗ и Минздрав Болгарии, следуя правилам проведения тендера,¹ выбрали исполнителя и заказали Институту Открытого общества (The Open Society Institute (OSI) – София) провести количественные и качественные исследования в рамках репрезентативной выборки из целевой группы населения. Основной целью исследования было описание влияния решений родителей и воспитателей о проведении, задержке или не проведении вакцинации детей в возрасте до двух лет в наиболее уязвимых общинах.

Обследование было проведено в последнем квартале 2012 года в шести сегрегированных районах; в трех крупнейших городских кварталах Болгарии - Исток (Pazardahik), Лозенец (Стара Загора) и Надежда (Сливен) - и трех деревнях с населением «Рома» более 1000 жителей (в отдельных муниципалитетах). Охват вакцинацией детей оценивался с согласия уязвимых семей, на основании отчетов родителей/воспитателей и прививочных карт детей. С разрешения родителей/воспитателей исследователи затем проверили прививочный статус каждого ребенка с его/ее лечащим врачом (врачом общей практики). В целом, большинство родителей/воспитателей (70%) дали разрешение исследователям OSI-София связаться с их врачами общей практики.

Анализ результатов показывает, что частичная вакцинация является главной движущей силой восприимчивости уязвимых детей к БПВ в этих общинах.

- Родители/воспитатели сообщили, что 75,8% детей были полностью привиты в соответствии с возрастом, 19,2% пропустили по крайней мере одну из запланированных для их возраста прививок. Детей вообще не привитых не было выявлено.² Пять процентов (5%) родителей/воспитателей не знали о прививочном статусе их детей.
- Отчеты врачей общей практики были немного более позитивны³ в том, что касается охвата вакцинацией, который составил 82,5% (в городах) и 83,3% (среди сельского населения) от общего числа обследованных детей, получивших все плановые прививки для их возраста. У 16,7% (сельские районы) и 17,5% (городские) обследованных детей отсутствовала по крайней мере одна из плановых прививок.
- Простое сравнение было сделано между долей детей, получивших плановые прививки, и долей всех детей соответствующего возраста, подлежащих вакцинации. Это сравнение показало, что вероятность недостающих прививок возрастает с увеличением возраста ребенка. Действительно, самые первые прививки ребенок в Болгарии получает в контролируемых условиях больницы сразу после рождения. Последующие плановые прививки проводятся во время посещения врача, которого выбрали родители. На Рис. 5 приведен пример этого шаблона (на материалах по поселению Силиста, Filip Totiu).⁴

1 Круг полномочий для приглашения на конкурс социальных исследовательских организаций приведен в Приложении.

2 Хотя в данных обследования отмечено, что не были выявлены дети, которые никогда не были вакцинированы, представители региональной медико-санитарной инспекции и врачи общей практики сообщали о редких случаях, когда не находили детей в списках своих пациентов.

3 OSI-София предостерегает, что высокий уровень полной и своевременной вакцинации может быть результатом необъективности при оценке работы врачей общей практики.

4 Поскольку количество проб по кластеру было весьма незначительным, что неудобно для использования модели регрессии или дисперсионного анализа (ANOVA), было проведено простое сравнение. Эти выводы не являются статистически значимыми.

Рис. 5. Доля детей в различных возрастных группах, которые получили прививки КПК, против туберкулеза, пневмококка и гепатита В в Силистра Filip Totiu, 2012 г.



Выявление целевых сегментов

Ниже обсуждаются шаги подхода РАПИ к сегментации населения на основе практики вакцинации детей и определению целевых групп.

Шаг первый: Оценка восприимчивости и определение численности группы населения, восприимчивой к БПВ

Ребенок считается восприимчивым к БПВ, если он не получил рекомендованные национальным календарем профилактические прививки или не приобрел иммунитет естественным образом.

Для работы с РАПИ восприимчивость можно определить на основании прививочного статуса ребенка.

- Полностью и своевременно привитый: ребенок получил в соответствии с официальным календарем прививок все рекомендованные для данного возраста прививки своевременно, т.е. в пределах четырех недель от рекомендованного возраста.
- Частично привитый: ребенок получил в соответствии с официальным календарем прививок некоторые, но не все рекомендованные для данного возраста прививки, задержка получения по крайней мере одной прививки составляла более четырех недель. (Эта категория включает недопривитых детей и получивших прививки с опозданием).
- Не привитый: ребенок, который не получил никаких прививок.

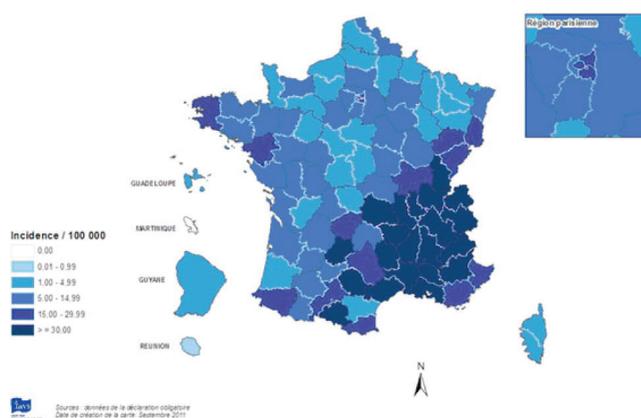
Шаг второй: Используйте имеющиеся данные¹, чтобы выявить географические и демографические характеристики

Как только размер восприимчивых групп и каждого сегмента населения оценен, проводится анализ данных охвата вакцинацией, чтобы выявить их распределение по географическому и социально-демографическому принципу.

Действительно, если охват вакцинацией в одной географической области остается низким, рекомендуется уделить этой области повышенное внимание. Региональные различия могут быть идентифицированы с помощью данных регионального охвата вакцинацией при их наличии. Данные эпиднадзора за БПВ также могут указать области низкого охвата прививками или высокой восприимчивости.

Распределение и картирование случаев кори по географическим регионам, например, показывают, где имеется низкий уровень охвата иммунизацией. Карта, представленная на рис. 6, отображает географическое распределение случаев кори во Франции с 1 августа 2010 года по 31 июля 2011 г.

Рис.6. Географическое распределение случаев кори во Франции, с 1 августа 2010 года по 31 июля 2011 г



Источник: Institut de Veille Sanitaire (2011)

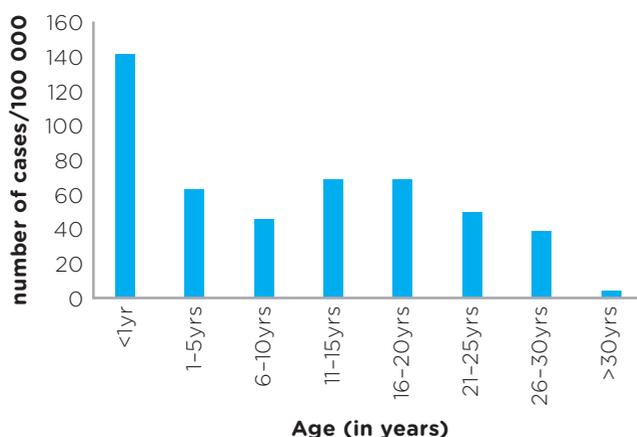
Наконец, сообщения в местной прессе о случаях БПВ в общине дают дополнительные указания на то, что происходит в данном географическом регионе с низким уровнем охвата прививками, однако эти публикации следует интерпретировать с осторожностью и проверять.

¹ Вопросы, касающиеся качества данных вакцинации могут быть связаны либо с неточностью оценки целевых групп населения (из-за незарегистрированных рождений, например) или неточной отчетностью по количеству доз вакцины для целевой группы. Точность данных об охвате вакцинацией можно оценить с использованием ряда инструментов, таких как, например, инструмент самостоятельной оценки качества данных (WHO/IVB/05.04). Данные о запасах вакцин также могут использоваться для определения того, насколько показатели охвата прививками реалистичны.

Социально-демографическая сегментация

Количественное исследование охвата иммунизацией (например, субнациональное обследование, предоставляющее данные о соответствующих целевых группах населения) может использоваться для анализа социально-демографических и связанных со здоровьем факторов, определяющих уровень охвата прививками детей.¹ Социально-демографические данные также можно получить с помощью собранной информации о случаях БПВ.

Рис.7 Пример: заболеваемость корью по возрастным группам во Франции с 1 августа 2010 года по 31 июля 2011 года.



Источник: Institut de Veille Sanitaire (2011)

Шаг третий: Составление списка ваших основных целевых групп и тех, кто влияет на них

Традиционно программы коммуникации по социальным и поведенческим изменениям различаются для основных (первоочередных) и вторичных целевых групп. Основными целевыми группами являются те, которые составят ядро вашего «бизнес-проекта»; те, кто будет давать большую часть ожидаемых результатов в ответ на планируемые меры воздействия. Вторичными целевыми группами являются меньшие сегменты, которые вы хотите охватить, а также лица, которые способны оказать влияние, информировать, убедить или поддержать основные целевые группы.

В таблице ниже приведен перечень характеристик первичных и вторичных целевых групп для увеличения охвата вакцинацией. Процесс сегментации предоставляет возможность составить более точное определение задач и дать описания первичных и вторичных целевых групп на основе их характеристик, что позволит вам определить приоритетность целей и, таким образом, лучше адаптировать ваши программы.

1 Swiss Centre for International Health for WHO/IVB (2010).

Таблица 6. Примеры первичных и вторичных целевых групп

Основные (первичные) целевые группы	Вторичные целевые группы
<i>Наиболее непосредственное воздействие на цели программы</i>	<i>Влияние, поддержка, информирование и убеждение членов основных целевых групп</i>
<i>Основные лица, осуществляющие уход за детьми в возрасте от XXX до XXX недопривитых и не привитых.</i>	<i>Бабушки и дедушки Родственники Религиозные/духовные лидеры Руководители общин</i>
<i>Основное лицо, осуществляющее уход за детьми, определяется как взрослый человек, который несет юридическую ответственность за ребенка, и принимает решения относительно его здоровья, в том числе вакцинации, например, мать, отец, приемные воспитатели или бабушка и дедушка.</i>	<i>Женские организации и группы Учреждения послеродового консультирования и ухода (ПРКУ) Традиционные акушеры/повивальные бабки Школы Детские сады Страховые компании (здравоохранение)</i>
<i>Врачи первичного звена, педиатры и медицинские работники. Доверенный источник информации для лиц, которые обеспечивают уход за детьми, включая вакцинацию.</i>	

Шаг Четвертый: понимание мотивов поведения лиц, осуществляющих уход за детьми, в отношении вакцинации и роли поставщиков услуг вакцинации (и других агентов влияния)

Поведенческая сегментация является важным шагом в методике РАПИ для определения целей всего процесса. Она позволяет детально понять те факторы, которые определяют поведение родителей/воспитателей в отношении вакцинации детей. Первичные исследования с использованием комплекса количественных и качественных методик, проводимые в контексте подхода РАПИ, проливают свет на переменные, которые существенно влияют на поведение. В результате выявляют возможные ключевые параметры, на которые программа может осуществить воздействие и добиться изменения поведения.

Поведенческая сегментация осуществляется в соответствии с концептуальными рамками, представленными в Главе Третьей настоящего руководства. Она называется «Алгоритм и модели для картирования услуг по иммунизации детей».

Сегментация, основанная на поведенческих детерминантах, может применяться и к под-сегменту (подгруппе) населения (конкретного географического района и/или в рамках конкретного социально-демографического сегмента) на основании данных о том, где был выявлен наибольший риск на предыдущих этапах процесса сегментации.

Поведенческая сегментация позволяет составить описание (профиль) подгруппы внутри восприимчивого сегмента населения и точнее понять:

- что побуждает родителей/опекунов принимать участие в иммунизации детей;
- что заставляет родителей/опекунов отказываться от иммунизации детей;
- какие альтернативные методы защиты детей от БПВ признают родители/опекуны, которые не делают своим детям прививки.¹

¹ Существуют КОНКУРИРУЮЩИЕ модели поведения. В целом, есть два альтернативных варианта поведения — ничего не делать против конкретного риска или делать что-то еще, что не обязательно уменьшает риск или может способствовать появлению новых рисков. «Многие руководители социальной сферы (...) самонадеянно считают, что действуют в среде лишенной конкуренции; свободный выбор, апатия и инерция являются мощными конкурентными силами, которые часто игнорируются. Руководители социальной сферы должны признать, что всегда есть конкуренция. Для каждого выбора есть альтернатива: быть или не быть, напиваться или пить в меру, упражняться или оставаться «овощем». Смотрите Ротшильд (1999). Стр.28
<http://www.mchip.net/node/494>.

- что способствует или препятствует медицинским работникам рекомендовать родителям/опекунам делать прививки детям и проводить вакцинацию;
- кто еще оказывает влияние на родителей/опекунов при принятии решения по вакцинации детей, и какую роль играют другие агенты влияния?

Immunization Essentials. A Practical Field Guide (Основы иммунизации. Практическое руководство)¹ опубликованное Агентством Соединенных Штатов по международному развитию (USAID), предоставляет полезный поведенческий анализ и опросный лист для осмысления и документирования этих вопросов. Информация для каждой целевой группы организована по четырем темам:

- текущее отношение к иммунизации;
- желаемое отношение к иммунизации;
- препятствия для вакцинации;
- факторы мотивации, способствующие вакцинации.

Шаг пятый: исследование использования средств массовой информации и коммуникации целевой группой населения

Понимание того, как целевые группы используют средства массовой информации, помогает вам планировать, каким образом наиболее эффективно использовать имеющиеся коммуникационные каналы для содействия увеличению объемов вакцинации. Исследования должны включать вопросы для выявления наиболее надежных каналов и лучших моментов для представления целевой аудитории информации о вакцинации детей.

Анализ эффективности средств массовой информации и коммуникаций можно строить на:

- обзоре и оценке эффективности коммуникационных мероприятий, которые уже проводятся;
- результатах обзоров и аудита каналов коммуникации и средств массовой информации;
- интервью с рекламными агентствами и агентствами по коммуникации;
- информации о доступе целевых групп к коммуникации и средствам массовой информации и перспективах подобного доступа;
- анализ планов избранных средств массовой информации.

Шаг шестой: приоритизация целевых подгрупп

Ориентация — это процесс, который определяет численность и характеристики сегментов населения, на которые следует направлять стратегии по изменению поведения. Выбор целевых групп закладывает основу для разработки цели и задач по АПИ, а также для позиционирования комплексных стратегических направлений деятельности программы иммунизации. Команда АПИ может выбрать один или несколько суб-сегментов (подгрупп). Там, где выбрано несколько целевых подгрупп, необходимо дифференцировать стратегии согласно специфике каждой из них.

Шаг седьмой: превращение ваших основных целевых групп в реальных людей: создание профиля

Теперь можно использовать описательные характеристики каждой из целевых групп для создания профиля. Описательный профиль человека воплощает в себе характеристики целевой группы и рассказывает их историю. Преобразование данных из информации, которую вы собрали, в реальный человеческий образ способствует творчеству и руководит принятием решений на этапе разработки ответных мер и коммуникационных посланий по АПИ.

1 <http://www.mchip.net/node/494>.

Работайте с теми, кто придерживается нейтральной позиции

В комментарии, опубликованном в журнале *Nature* (473:26 мая 2011 года) Julie Leask * утверждает, что правительствам промышленно развитых стран необходимо осуществлять в ходе кампаний по иммунизации целенаправленную работу с теми родителями/воспитателями, которые не уверены в своем выборе в отношении иммунизации. Во введении к этой статье она просит читателя представить себе этого нерешительного воспитателя, которую зовут Эмили. На этом примере автор рассказывает историю о том, как озабоченность заставила Эмили искать информацию о вакцинации в наиболее удобном для нее месте — в интернете. Автор также говорит о необходимости разрабатывать подходы, обеспечивающие возможность целевой группе и отдельным лицам формировать свои решения относительно вакцинации на основании информации из достоверных и надежных источников.

Вот Эмили, молодая мать, чей здоровый ребенок 8 недель от роду должен получить плановую прививку против восьми заболеваний, которые Эмили никогда не видела. Эмили чувствует беспокойство относительно экспертных знаний. Она озабочена тем, что вакцины могут ослабить иммунную систему её ребенка, и беспокоится о технологиях в современной жизни. По правде сказать, она напугана после поездки в клинику, полную больных людей, где нет возможности поменять пеленки или комфортно покормить ребенка. Эмили ищет информацию в Интернете. Три из первых десяти результатов поиска дают ссылки, рассказывающие о связи вакцин с такими проблемами, как аллергия, аутизм, диабет и рак. Можно ожидать, что Эмили, как и многие другие молодые воспитатели и родители из промышленно развитых стран, будет отказываться от вакцинации.

*National Centre for Immunization Research and Surveillance, School of Public Health, University of Sydney.

Часть третья: схемы и модели для составления плана пользования услугами детской вакцинации для родителя/воспитателя¹

Как использовать данные наглядные схемы

Наглядные алгоритмы и схемы, представленные ниже, служат руководящими принципами, рамками¹ для стадии планирования и применения интегрированного маркетинга и разработки коммуникаций для программ вакцинации.

Цель данных алгоритмов и схем- показать перечень возможных переменных факторов, которые влияют на участие в программах вакцинации детей и которые следует принимать во внимание вследствие их влияния на изменения поведения в отношении вакцинации. Данные схемы нацелены на конкретные меры.

1. Руководят проведением первичного исследования (качественного и количественного) среди родителей и специалистов по вакцинации
2. Содействуют выявлению ключевых факторов, влияющих на участие в вакцинации детей в каждом конкретном случае; данные ключевые факторы могут, как способствовать, так и препятствовать вакцинации.
3. Помогают выделить и охарактеризовать целевые группы путём определения ключевых переменных, позволяющих отличать одни целевые группы от других.
4. Отслеживают изменения в знаниях, отношении и поведении целевых групп по отношению к вакцинации как результат программы по АПИ.

Ожидается, что наглядные алгоритмы и схемы будут претерпевать изменения по мере накопления опыта по их применению в разных странах Европейского региона.

Схема принятия родителем/опекуном решения о вакцинации ребёнка

На рис. 8² представлена схема, демонстрирующая факторы, которые влияют на родителя или опекуна в момент принятия решения о вакцинации ребёнка или отказа от неё. Схема предполагает, что на принятие решения о вакцинации и поведение родителя воздействует большое количество факторов, таких как возможность, способность и мотивация³ (или её отсутствие), а встреча с медицинским работником является критическим моментом в принятии и поддержании решения о вакцинации ребёнка и последующем в ней участии.

Рис. 8. Схема принятия родителем решения о вакцинации ребёнка



1 Как уже было упомянуто ранее, данные руководящие принципы были выработаны с учетом: 1) существующих изменений состояния здоровья; 2) литературных обзоров публикаций, посвящённых анализу факторов, которые влияют на применение вакцинации, и последующих тематических обзоров этих определяющих факторов.

2 Данная диаграмма является адаптированной моделью, представленной в книге Штурма Л.А. с соавт. (2005) стр. 442.

3 Данная категоризация факторов, определяющих поведение, была принята международной организацией Population Services International (www.psi.org) в качестве основных принципов деятельности организации и применялась в отношении планирования семьи/репродуктивного здоровья, профилактики и лечения ИППП/ВИЧ/СПИД, профилактики и лечения малярии и охраны здоровья матери и ребёнка(ОЗМиР). Применение данных трёх категорий было также одобрено и многими другими международными организациями, например, в программе Водоснабжения и Водоотведения Всемирного Банка, который применил данные принципы для мониторинга поведения в рамках социального маркетинга.

Данная модель подразумевает четыре группы факторов, влияющих на решение родителя в отношении вакцинации.

- Фактор возможности проведения вакцинации с точки зрения окружающей среды и характеристик медучреждений находится вне сферы контроля родителя/воспитателя. Данные факторы максимизируют или минимизируют возможности родителя/воспитателя участвовать в программе детской вакцинации и определять для себя, насколько этот опыт был приятен или неприятен. Эти факторы по большей части связаны с наличием или отсутствием вакцины, качеством услуг по вакцинации и теми аспектами, которые влияют на то, как медицинский работник вводит вакцину, проводит лечение и взаимодействует с родителями.
- Социальный фактор и факторы, поддерживающие возможности, подразумевают под собой навыки и способности, необходимые для участия в вакцинации детей. Они могут, как способствовать вакцинации, так и заставить родителей/ воспитателей отказаться от участия в ней. Данные факторы включают в себя как теоретические сведения и практический опыт родителей/воспитателей в сфере вакцинации, так и социальную поддержку или давление со стороны людей, к мнению которых прислушиваются родители/ воспитатели.
- Факторы родительской/опекунской (личной) мотивации тесно связаны с видением/представлением/ мнением родителя/воспитателя о благополучии ребёнка, о медицинском обслуживании, вакцинах и заболеваниях, предупреждаемых вакцинацией. Данная группа факторов связана с личными мотивами, касающимися желания родителей/опекунов принять участие в вакцинации детей .
- Взаимодействие с медицинским работником является критическим моментом в предоставлении услуг вакцинации и может произойти только после принятия родителями/воспитателями решения о проведении процедуры вакцинации и последующего введения вакцины. С другой стороны данный момент может привести к отказу от вакцинации или сомнениям в её необходимости со стороны родителя/ воспитателя. В случае возникновения сомнений, принятие родителями/воспитателями решения в пользу вакцинации определяется как искренностью и эффективностью рекомендаций медработника, так и тем как он/ она сообщает родителям о возможных рисках и пользе. Данная модель подразумевает, что и практики, к которым прибегают медработники в момент обращения к ним за медицинской помощью, в свою очередь также зависят от сочетания схожих групп факторов, таких как окружающая среда/медучреждения, фактор поддержки и личная мотивация.

Данная схема составлена с учётом текущих данных о частоте возникновения заболеваний, предупреждаемых вакцинацией, на мировом, национальном и местном уровнях.

Диаграммы, представленные ниже, более подробно описывают группы факторов, которые могут влиять на поведение родителей/опекунов и рекомендации медработников в отношении вакцинации детей.

Принятие решений это динамичный процесс. Британское исследование, посвящённое изучению поведения тех родителей, которые отказались от вакцинации своих детей, выявило, что процесс принятия решения об отказе от вакцинации включал в себе большое количество подготовительных шагов, во время которых родители собирали информацию о вакцинации из разнообразных источников, прежде чем принять решение. Sporton & Francis (2001).

Изучение шагов, предшествующих вакцинации, требует от нас не только понимания факторов, определяющих поведение, но и того, каким образом эти факторы проявляют себя в процессе принятия решений. Намерение не всегда выливается в действие. Качественное исследование помогает раскрыть эту динамику

Рис. 9. Что влияет на принятие родителем решения об участии в вакцинации детей?

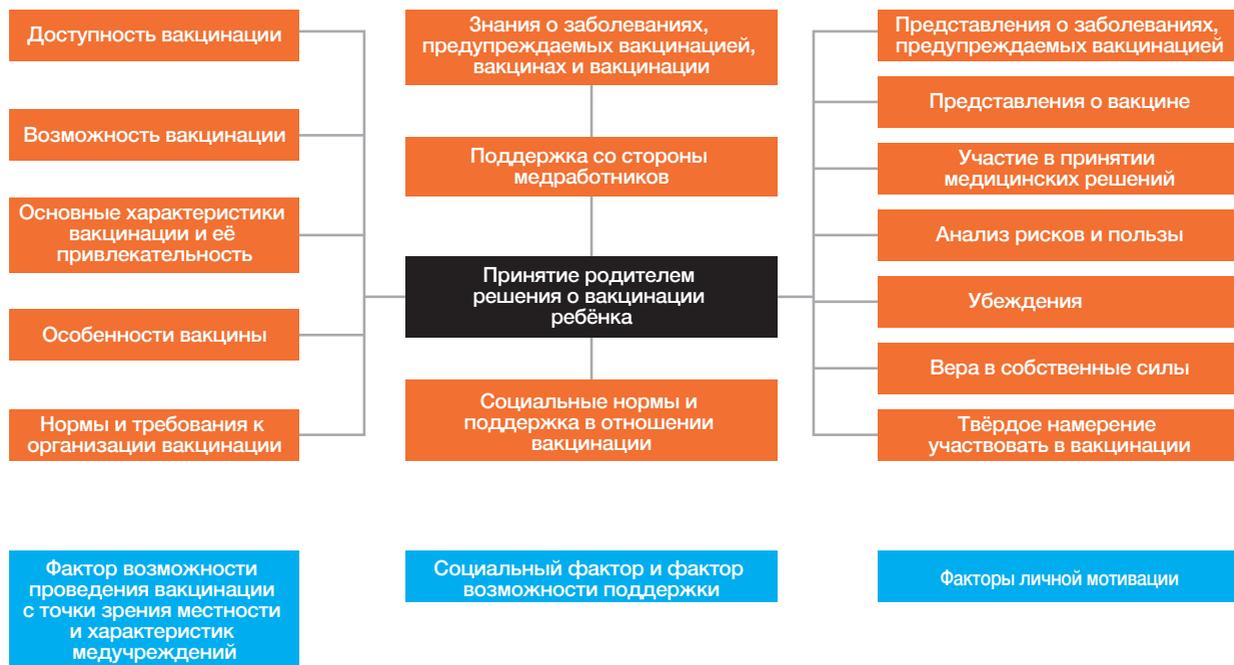


Таблица 7. Ключевые факторы, которые влияют на принятие решения родителем/опекуном в отношении вакцинации

Основные группы факторов	Подгруппы факторов	Потенциальные ключевые вопросы
<p>Фактор возможности проведения вакцинации с точки зрения географического положения</p>	<p>Доступ к услугам вакцинации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Опыт опекуна касательно того, насколько тяжело и/или небезопасно добираться до места, где оказывается услуга. • Обеспокоенность родителя/опекуна ценой (официальной или неофициальной) на транспорт и/или медицинское обслуживание. • Занятость родителя/опекуна в те часы, когда может быть оказана услуга вакцинации.
	<p>Возможность услуг вакцинации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Удобство графика оказания услуги с точки зрения родителя/опекуна. • Обеспокоенность родителя/опекуна тем, застанет ли он медицинский персонал по приезду в учреждение и/или персонал будет отсутствовать.
	<p>Характеристики и привлекательность вакцинации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Уровень доверия родителя/опекуна к компетентности медработников, предоставляющих услуги вакцинации. • Восприятие родителями/опекунами того, как обращаются с ними и их детьми в медучреждениях, предоставляющих услуги вакцинации. • Восприятие родителями/ опекунами эффективности и/или результативности обслуживания (например, долгое время ожидания в очереди). • Уровень комфорта в учреждениях здравоохранения для родителей, не обладающих материальным достатком, формальным образованием, являющихся вновь прибывшими мигрантами или принадлежащих к этническим или культурным меньшинствам.
	<p>Особенности вакцины</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспокоенность родителя/опекуна возможными рисками или серьезностью противопоказаний. • Опасения родителей/опекунов, связанные с тем, что ребёнок может получить сразу несколько вакцин за одно посещение. • Опасения воспитателей о том, что ребёнок может получить комбинированную вакцину. • Обеспокоенность воспитателей качеством и безопасностью вакцины, в том числе местом её производства, и другими предположительно негативными характеристиками вакцины.
	<p>Особенности вакцины</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Комфорт родителя/ воспитателя с точки зрения степени обязательности иммунизации для всех. • Комфорт родителя/воспитателя с точки зрения обязательности подписания информированного согласия. • Доверие родителей/воспитателей к государственным и медицинским организациям. • Взгляды воспитателей на применение финансовых стимулов для организаторов вакцинации.

Социальный фактор и поддерживающие факторы возможности

Знания (фактические, опытные и практические) о заболеваниях, предупреждаемых вакцинацией; вакцинах и вакцинации

- Практические знания воспитателей о том , «Кто? Что? Где и Когда?»
- Понимание воспитателями того, что вакцинация защищает от серьёзных заболеваний.
- Понимание воспитателями того, что вакцинацию проводят против различных заболеваний.
- Понимание воспитателями того, что вакцинация значительно снижает риск заболевания многими (но не всеми) серьёзными болезнями.
- Понимание воспитателями необходимости введения нескольких доз вакцины для того, чтобы сформировать защиту от некоторых заболеваний.
- Личный опыт воспитателя или личное знакомство воспитателя с теми, кто пострадал от заболевания, предотвращаемого вакцинацией.
- Понимание воспитателями степени риска в количественном выражении: числах, процентах или вероятности заболевания (в количественном выражении).
- Понимание воспитателями языка (его устной или письменной формы), на котором предоставляется информация о вакцине и вакцинации (грамотность).

Социальная поддержка в отношении вакцинации

- Религиозные или некоторые другие принципы, не поощряющие иммунизацию (например, «здоровье находится в Божьих руках», «лечение лучше профилактики», «некоторые дети слишком маленькие или слабые для прививок» и т.д.).
- Степень, в которой СМИ, включая интернет, поощряют или критикуют вакцинацию.
- Степень одобрения вакцинации со стороны отцов и бабушек.
- Степень, в которой гражданские, религиозные или традиционные лидеры поощряют или критикуют вакцинацию.
- Мнение родителей о том, что проведение вакцинации их детей - нормальное ожидаемое поведение для таких же семей, как и их собственная.

Социальная поддержка от медицинских работников

- Степень, в которой медицинские работники следуют официальным указаниям о противопоказаниях, принимая решение о вакцинации или отказе от неё.
 - Восприятие воспитателями дружелюбия, соучастия и открытости медработников, в случае если у родителей возникают вопросы.
 - Степень доступности пояснений медицинских работников о современных программах вакцинации, побочных эффектах, о том, как с ними бороться и когда следует прийти в следующий раз.
 - Осведомлённость воспитателей о последующих посещениях.
-

**Личная
мотивация**

Представления родителей о заболеваниях, предотвращаемых вакцинацией

- Представления воспитателей о рисках заболевания их ребёнка болезнями, предотвращаемыми вакцинацией.
- Представления воспитателей о том, насколько заболевания, предотвращаемые вакцинацией, опасны для жизни.

Представления родителей о вакцине

- Обеспокоенность воспитателей безопасностью вакцины (риск развития побочных реакций и осложнений).
- Представления воспитателей об эффективности вакцины с точки зрения защиты своих детей от заболеваний, предотвращаемых вакцинацией.

Участие в принятии медицинских решений и доверие

- Степень желания воспитателей быть активными в деле принятия решений, касающихся здоровья их ребёнка.
- Предпочтения воспитателей о том, принимать самостоятельно первичное решение о вакцинации ребенка или доверить это представителю медучреждения, предоставляющего услуги вакцинации.
- Доверие воспитателей к государству, программе иммунизации и/или медицинскому персоналу, имеющему полномочия проводить процедуру вакцинации.
- Доверие воспитателей к науке, учёным и «официальной» медицине.
- Уровень воздействия на воспитателей негативной информации о вакцинах и степень доверия к ней.

Убеждения

- Сила убеждённости воспитателя в том, что для хорошего родителя очень важно участвовать в детской вакцинации.
- Доверие родителей (или лиц их заменяющих) к методам альтернативной медицины (натуропатическим, гомеопатическим, аллопатическим) и их применение
- Мнение воспитателя о здоровье своего ребёнка и о том, как вакцинация может отразиться на нём.

Вера в собственные силы

- Уверенность воспитателя (или лица его заменяющего) в том, что он/она сможет преодолеть барьеры, стоящие на пути вакцинации.

Твёрдое намерение участвовать в вакцинации

- Намерение родителя (или лица его заменяющего) привести ребёнка на следующую прививку

Анализ рисков и пользы

- Степень, в которой родитель осознаёт, что польза вакцинации перевешивает возможные риски.
-

Рис. 10. Что влияет на действия медицинского работника в отношении вакцинации?

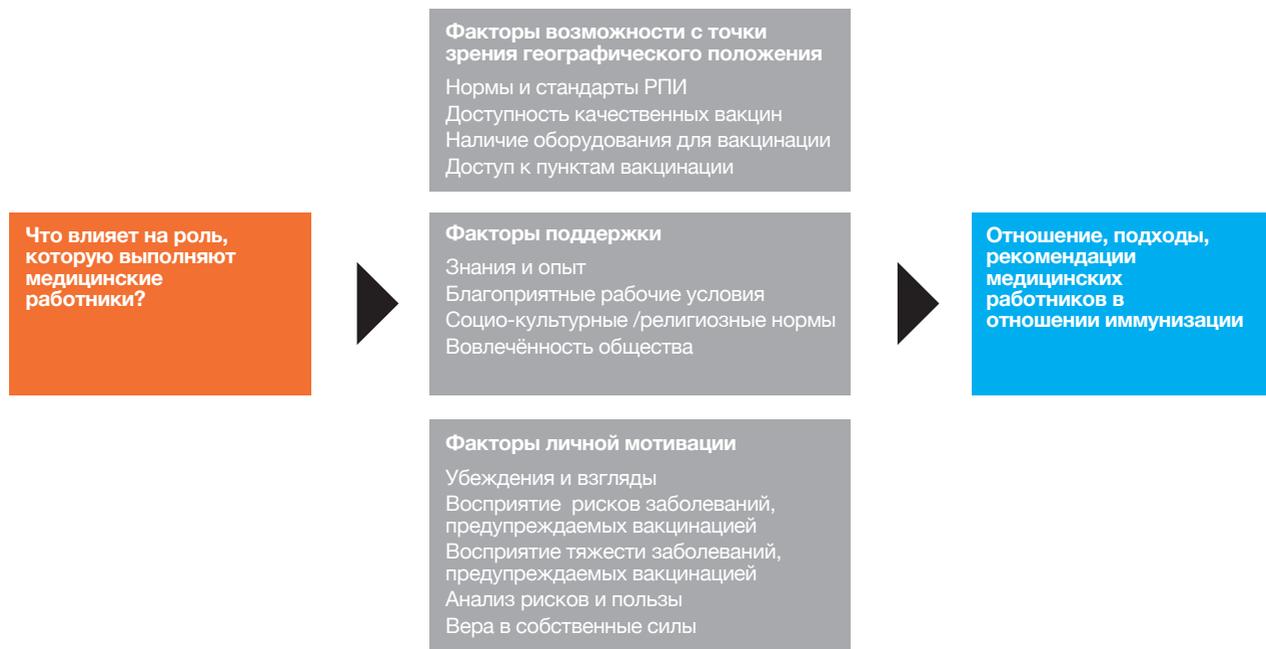


Таблица 8. Основные вопросы, встающие перед медицинским работником, в отношении вакцинации

Основные группы факторов	Подгруппы факторов	Потенциальные ключевые вопросы
<p><i>Фактор возможности проведения вакцинации с точки зрения географического положения</i></p>	<p>Нормы и стандарты РПИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Степень, в которой нормы и стандарты РПИ (например, пригодность (противопоказания, ценз проживания), контроль и «одобрение» процедур вакцинации, гарантии защиты или угроза применения санкций в отношении медработника в случае развития у ребёнка, которому оказали услугу вакцинации, серьёзных побочных эффектов) поощряют или не поощряют вакцинацию. • Знание медицинским работником соответствующих норм и стандартов. • Применение медицинским работником соответствующих норм и стандартов на практике.
	<p>Доступность качественных вакцин</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Доступность достаточных запасов необходимой вакцины. • Уверенность медицинского работника в том, что безопасные высоко активные вакцины поставляются в его медицинское учреждение. • Доступность достаточных запасов необходимых вакцин и оборудования для того, чтобы медицинские работники могли убедиться в высокой активности и качестве вакцины. • Доступность флаконных термоиндикаторов и индикаторов замораживания.
	<p>Доступ к пунктам вакцинации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие времени, транспортных средств, топлива и средств для выплаты суточных для проведения запланированных выездов.
	<p>Наличие оборудования для вакцинации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Степень доступности вакцин в любой день недели • Уровень упущенных возможностей для вакцинации.

**Факторы
поддержки
возможности**

Участие общества	<ul style="list-style-type: none">• Степень, в которой медицинские работники распространяют и популяризируют информацию об иммунизации внутри сообщества.• Степень, в которой медицинские работники взаимодействуют с общественными деятелями в деле планирования, внедрения и оценки услуг вакцинации.
Знания и опыт медицинского работника	<ul style="list-style-type: none">• Степень, в которой медицинский работник чувствует сомнения и неуверенность в отношении иммунизации, проистекающие из профессиональной подготовки, мнения коллег, технической базы и процедур или информации из СМИ.• Понимание медицинским работником важности вакцинации.• Понимание медицинским работником важности общения с родителями и опекунами.• Отношение медицинского работника к родителям (или лицам их заменяющим), в особенности, если они мало обеспечены, менее образованы или относятся к каким либо меньшинствам.• Навыки консультирования и наличие у медицинского работника информационных материалов для населения, особенно в том случае, если у родителя (или лица его заменяющего) возникают вопросы.• Возможность медицинского работника консультировать родителей и минимизировать дискомфорт во время процедуры вакцинации.
Благоприятные рабочие условия	<ul style="list-style-type: none">• Убеждённость медицинских работников в том, что у них есть достаточно времени для как иммунизации, так и для выполнения других рабочих обязанностей.• Уверенность медицинских работников в том, что они обладают достаточной материальной, административной, технической и персональной поддержкой.• Удовлетворённость медицинских работников зарплатой, профессиональными и карьерными возможностями.
Социокультурные/ религиозные нормы	<ul style="list-style-type: none">• Религиозные или некоторые другие принципы медицинских работников, не поощряющие иммунизацию (например, «здоровье находится в Божьих руках», «лечение лучше профилактики», «некоторые дети слишком маленькие или слабые для прививок» и т.д.).• Степень, в которой медицинский работник подвержен влиянию СМИ, включая интернет.• Понимание медицинским работником того, что вакцинация является нормальным ожидаемым поведением со стороны родителей и членов семьи.

Факторы личной мотивации	Убеждения в отношении безопасности вакцины	<ul style="list-style-type: none"> • Восприятие медицинскими работниками того, что процедуры, вакцины и оборудование на рабочем месте достаточны для того, чтобы обезопасить их от инфицирования в процессе работы.
	Отношение к вакцинам и вакцинации	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка медицинскими работниками рисков заболевания болезнями, предупреждаемыми вакцинацией, детей в данной местности.
	Восприятие рисков заболеваний, предупреждаемых вакцинацией	<ul style="list-style-type: none"> • Восприятие медицинскими работниками рисков заболевания болезнями, предупреждаемыми вакцинацией, детей в данной местности.
	Восприятие тяжести заболеваний, предупреждаемых вакцинацией	<ul style="list-style-type: none"> • Восприятие медицинскими работниками того, насколько серьезными для детей данной местности могут быть заболевания, предупреждаемые вакцинацией.
	Вера в собственные силы	<ul style="list-style-type: none"> • Степень уверенности медицинского работника в своих способностях преодолеть барьеры в общении с семьями, не согласными на вакцинацию.
	Анализ рисков и пользы	<ul style="list-style-type: none"> • Степень, в которой медицинские работники оценивают то, что польза от вакцинации перевешивает риски. • Степень, в которой медицинские работники советуют родителям (или лицам их заменяющим) повременить с вакцинацией или отказаться от неё по причине страха наказания в случае развития у ребёнка, которому они сделали прививку, серьезных побочных эффектов.

4. Фаза планирования. Проектирование.

Тщательный анализ ключевых проблем помогает ответить на вопрос почему? Теперь важно ответить на вопрос что делать дальше?

Стадии планирования АПИ помогут:

- трансформировать постановку задачи в стратегический приоритет – перспективный, конструктивный приоритет, который будет помогать вам в составлении плана внедрения РАПИ;
- установить цели и специфические задачи АПИ;
- определить набор стратегий, которые будут применены для достижения ожидаемых результатов программы по вакцинации;
- создать логическую схему применения РАПИ;
- составить заключительный отчёт, который описывает применение РАПИ, порядок действий в виде ленточной диаграммы, уровень ожидаемой успешности (LOE), бюджет и возможные ресурсы финансирования.

Таблица 11. Пошаговый подход реализации процесса АПИ

Стадии реализации процесса АПИ АПИ



Часть четвёртая: Установите цели и специфические задачи АПИ

Сформулируйте цель АПИ

Используйте постановку задачи, которую вы сформулировали для того, чтобы 1) установить стратегический приоритет для АПИ; 2) сформулировать цель мероприятий по АПИ.

Цель АПИ выражает вашу конечную цель, т.е. то, чего вы хотите достичь при помощи данной стратегии

Например:

Стратегический приоритет АПИ

Увеличить охват вакцинацией детей в семьях, проживающих в сегрегированных общинах Болгарии.

Цель АПИ

Увеличить с ...% до...% долю проживающих в сегрегированных общинах Болгарии родителей (или лиц их заменяющих), имеющих детей в возрасте до 24 мес. включительно, вакцинированных в соответствии с национальным календарем прививок.

Цель АПИ включает в себя три основные составляющие:

1. Чётко определённую целевую группу (или целевые группы).
2. Детальное описание и частота действий, выполнение которых необходимо обеспечить.
3. Мету эффекта, которого вы хотите достигнуть через определённый промежуток времени. Временной промежуток должен соответствовать времени, в течение которого будет производиться оценка действий.

Следующие поведенческие задачи, разработанные при использовании подхода Коммуникаций для поведенческого воздействия COMBI (ВОЗ), были поставлены перед национальной информационной кампанией по иммунизации ЮНИСЕФ Грузии в 2008 году. Задача заключалась в том, чтобы побудить 90% матерей, родивших в течение последних 12 месяцев, отнести своих детей на вакцинацию в ближайшее медицинское учреждение по достижению ими возраста 2, 3 и 4 месяца для соответствующей прививки против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и гепатита В. Ожидалось, что это приведёт к увеличению охвата вакцинацией с 84% (для большинства из этих вакцин) до 90% в каждой возрастной когорте, определенной в национальном календаре прививок. Для этого требовалось, чтобы за услугой вакцинации обратились на 3000 матерей больше, чем обычно.¹

Подчините свои поведенческие цели следующим критериям SMART:

Конкретность—Точно ли соответствует поставленная задача ожидаемым результатам в отношении изменения поведения?

Измеримость—Определены ли измеримые критерии оценки для качества, количества, своевременности и/или стоимости?

Приемлемость—Приемлемы ли задачи с точки зрения культурных и географических особенностей?

Реалистичность—Выполнимы ли поставленные задачи для данной целевой группы, не слишком ли они амбициозны?

Своевременность—Указан ли точный срок (и/или промежуточные этапы), к которому задачи должны быть выполнены?

¹ Документ презентации национальной информационной кампании Грузии по иммунизации: Своевременная иммунизация - верный страж вашего ребёнка. С разрешения Майи Куртсикидзе, ЮНИСЕФ Грузия.

Определите приоритетность и запишите задачи АПИ

Специфические задачи АПИ – это такие задачи, которые вы считаете легко осуществимыми и которые в большей степени вносят вклад в достижение цели АПИ. Для того, чтобы выбрать эти задачи, вам нужно обратиться к результатам исследования и анализа поведения, проведённого на этапе формирования подхода АПИ. Это необходимо для определения поведенческих детерминант, на которые следует повлиять. Формулирование специфических задач АПИ поможет вам выбрать стратегический комплекс мер, которые вы будете применять.

PSI's Дельта Компанион (Population Services International 2009) предлагает пошаговый подход, который можно использовать для определения специфических задач АПИ. Данный подход был адаптирован для АПИ, его краткая характеристика представлена на рис. 12.

Рис. 12. Краткое описание подхода PSI для установления «определяющих» задач.



Процесс выбора специфических задач АПИ – это и «наука» и «искусство». Он начинается с «науки», так как требуется составить первичный список определяющих факторов, которые отличают тех, кто согласился на вакцинацию, от тех, кто от неё отказался. На данном этапе крайне важно понимание значение каждого определяющего фактора для того, чтобы избежать ложных допущений.

Затем идёт «искусство». Данный этап процесса включает в себя творческое мышление, которое предполагает глубокое понимание целевой группы и алгоритмов принятия решений и участия в вакцинации, полученных путём первичного исследования.

1. Для начала попытайтесь понять и рассказать историю целевой группы, учитывая её поведение, при помощи выводов, полученных в результате количественного и качественного исследований и последующего поведенческого анализа.
2. Подумайте о том, какие определяющие факторы в большей степени влияют на поведение. Количественное исследование по большому счёту показывает соотношение, но не причинно-следственные связи. Для того, чтобы определить, на каких переменных факторах следует заострить внимание, следует высказывать предположения, учитывая причинно-следственную связь этих факторов с желаемым поведением.
3. Оцените изменчивость определяющих факторов.
4. Ознакомьтесь с результатами вторичного исследования для того, чтобы увидеть, есть ли основания для предпочтения одного фактора другому.
5. Оцените ваш выбор определяющих факторов по отношению к текущим ресурсам; финансовым, человеческим и временным.
6. Взвесьте внешние факторы. Какие коммуникационные каналы доступны? Чем занимаются другие организации в данной области? Насколько хорошо им удаётся достигнуть целевые группы? Очень важно, чтобы стратегический выбор, осуществлённый на данном этапе, дополнял бы деятельность других организаций в этой сфере.

Ниже перечислены некоторые аспекты специфических задач АПИ, которые следует запомнить.

- Задачи АПИ должны просматриваться и редактироваться по мере необходимости, в свете новых открытий, которые могут быть получены как на начальном этапе, так и при последующем мониторинге программных действий.
- Формулируйте свои задачи просто и реалистично. COMBI рекомендует фокусировать своё внимание на не более трёх задачах одновременно. Слишком много поведенческих ожиданий так же плохо, как и их полное отсутствие.
- Не существует готовой формулы для определения задач АПИ. Большое количество аналитических работ и инструментов было предоставлено выше в предыдущих разделах данного руководства.¹ Продуманный процесс планирования, сочетающий данные методы, приведёт к формулированию чётких и ясных задач АПИ.

¹ Другой метод для определения задач РАПИ называется анализ дерева проблем. См. Jensen (2012) - работа, посвящённая тому, как создать логическую схему.

Часть пятая: Создание логической схемы РАПИ.

После формулирования задачи РАПИ и специфические детерминанты станут частью логической схемы проекта АПИ.¹

Что такое логическая схема?

Логическая схема – это инструмент для планирования и управления проектами развития. Первоначально использовавшиеся в США, логические схемы были со временем адаптированы и стали применяться как правительством, так и международными организациями (включая Еврокомиссию (ЕС) и Министерство международного развития Великобритании), а также организациями здравоохранения.

Логическая схема предлагает инструмент, который позволяет кратко изложить главное в стандартизированной форме:

- Каковы цели и задачи АПИ?;
- Какие действия будут предприняты для достижения целей и задач АПИ;
- Какие ресурсы (вложения) требуются;
- Какие потенциальные проблемы могут повлиять на успешность проекта;
- Каким образом будет происходить мониторинг и оценка прогресса и успешности проекта.

Логическая схема представляет собой таблицу.

1. Подробное описание и логика внедрения.
2. Объективно отслеживаемые показатели.
3. Способы отслеживания.
4. Допущения и риски.

Ваша логическая схема – мощный инструмент.

Он помогает:

- Разработать ваш проект очень упорядоченным простым и конкретным способом;
- Создать удобный отчёт для доноров АПИ, партнёров и заинтересованных во внедрении АПИ лиц;
- Описать процесс мониторинга прогресса и оценки успешности внедрения РАПИ;
- Создать документ, который нужно редактировать и править в случае необходимости на регулярной основе, на протяжении всего проекта;

¹ Этот раздел цитирует 2 краткие инструкции по применению подхода логических схем.; Jensen (2012), и BOND (2003).

Таблица 9 описывает логическую схему.¹

Логика	Показатели	Способы отслеживания	Допущения и риски
<p>Цель <i>Задача достижения высокого уровня здоровья и видение того, что ваш проект способствует выполнению этой задачи.</i></p>	<p>Степень вашего влияния или воздействия (трудно оценивать).</p>	<p>Как вы будете измерять ваше воздействие (трудно оценивать).</p>	
<p>Цель АПИ <i>Что вы намереваетесь изменить в процессе внедрения проекта АПИ.</i></p>	<p>Как вы узнаете, что предполагаемые изменения произошли.</p>	<p>Как вы будете измерять степень данных изменений (основание для оценки).</p>	<p>Допущения, которые могут быть сделаны в отношении внешних факторов и которые необходимы для достижения цели АПИ в долгосрочной перспективе.</p>
<p>Задачи АПИ (итоги) <i>Специфические задачи АПИ, которые должны способствовать достижению цели АПИ (Также могут называться итогами, т.е. видимыми результатами, которые ожидаются).</i></p>	<p>Как вы узнаете, что ваш проект достиг ожидаемых результатов.</p>	<p>Как вы будете оценивать результаты (основание для периодического контроля).</p>	<p>Допущения, которые могут быть сделаны в отношении внешних факторов, необходимые для достижения результатов или, напротив, представляющие риски.</p>
<p>Действия <i>Группы действий, необходимых для достижения каждого ожидаемого результата.</i></p> <p><i>(См. Часть 7 фазы планирования).</i></p>	<p>Средства, вложения и ресурсы, необходимые для выполнения каждого действия.</p>	<p>Доказательства того, что каждое действие выполнено (требует регулярного мониторинга).</p>	<p>Допущения, которые сделаны в отношении внешних факторов и которые могут влиять на действия, необходимые для достижения ожидаемых итогов, или, напротив, представлять для них риск.</p> <p>Предварительные условия, которые должны быть выполнены до начала проекта.</p>

¹ Для того, чтобы ознакомиться с кратким описанием достоинств и недостатков данного подхода, см. Jensen (2012) стр.6.

Создание и применение логической схемы для внедрения АПИ.

Первый шаг: сформулируйте логику внедрения АПИ.

Начните с вопроса: Какие цели планируется достичь с помощью реализации проекта АПИ? Начните с верха колонки и проработайте её до конца.

Конечная цель внедрения АПИ представляет собой финальную проблему или задачу, в которую пытается внести свой вклад проект, например, снижение детской и младенческой заболеваемости и смертности от заболеваний, предотвращаемых вакцинацией, в Европейском регионе ВОЗ.

Цель АПИ и специфические детерминанты цели были определены вами в ходе фазы проведения первичного исследования процесса внедрения АПИ. Составление плана внедрения АПИ поможет вам выбрать и описать приоритетные действия, которые вы планируете осуществить для того, чтобы определить специфические цели или желаемые результаты АПИ, которых вы хотите достигнуть (см. следующий раздел данного руководства).

Шаг второй: Определите то, как вы будете оценивать достижения плана внедрения АПИ.

Для каждого уровня внедрения должны быть четко сформулированы задача, цель, результаты и действия, задайте себе следующий вопрос: как можно измерить прогресс проекта с точки зрения достижения его целей?

Конкретные вопросы.

- Какие показатели могут быть использованы для оценки достижений?
- Какие требуются сведения? Как можно их собрать?
- Какие препятствия или проблемы могут встать на пути развития проекта?

Хорошие показатели должны:

- Использоваться постоянно для оценки одного и того же условия или события;
- Оценивать только те условия и события, для оценки которых они предназначены;
- Отражать изменения состояния и условий с течением времени;
- Требовать разумных затрат для проведения оценки;
- Быть выражены в ясных и однозначных понятиях.

(Список возможных значений итоговых показателей будет представлен в приложении к предстоящему зданию руководства АПИ).

Шаг третий: Подумайте о внешних условиях, которые будут необходимы для успешности проекта.

Подход логических схем предполагает, что внешние факторы могут оказывать сильное воздействие на развитие, успех и/или провал вашего проекта. Предварительное обдумывание предположений в отношении условий, в которых будет развиваться проект, а также анализ рисков поможет вам предвосхитить, понять и проконтролировать развитие проекта АПИ.

Некоторые из внешних факторов, которые способствуют или напротив препятствуют позитивным изменениям охвата вакцинацией, потребуют от вас действий в среднесрочной или долгосрочной перспективе. Например, доступность вакцин; улучшение управления запасами вакцин; изменения в управлении кадровыми ресурсами медучреждений, предоставляющих услуги вакцинации; изменение политики или законодательной базы; появление новых источников финансирования; общественные беспорядки или столкновения. В то время как одни факторы могут находиться под контролем Национальной программы иммунизации, другие могут контролироваться Министерством здравоохранения. Во втором случае, фактор пропаганды должен восприниматься как часть коммуникационной стратегии внедрения проекта.

Шаг четвёртый: Многократные проверки и обсуждения с заинтересованными лицами.

После составления логической схемы вновь внимательно изучите её для того, чтобы проверить общую логику. Очень важно вовлечь ключевых заинтересованных лиц в процесс создания логической схемы до того, как эта схема будет утверждена.

Шаг пятый: Регулярно обращайтесь к логической схеме.

Это поможет вам соблюсти рамки проекта. Пересмотрите схему, если ситуация изменилась. Ваша схема может послужить в качестве базы или «пульта управления» показателями, которые помогут вам руководить проектом.

Мониторинг и оценка АПИ.

Мониторинг и оценка подразумевают под собой измерение развития и достижений по внедрению проекта АПИ. Как уже было упомянуто выше, краткое описание мониторинга и оценки плана отражается в логической схеме АПИ, которая направляет процесс внедрения.

Процессы мониторинга и оценки являются критически важными для внедрения АПИ, так как в идеале они позволяют вам:

- Отследить, следуют ли действия намеченному плану;
- Оценить качество каждого действия;
- Получить обратную связь и понять, производят ли выбранная стратегия и действия необходимый эффект;
- Модифицировать логическую схему внедрения для того, чтобы увеличить шансы на успех;
- Руководить корректирующими действиями для повышения производительности проекта;
- Измерить изменения на конечном этапе внедрения.

Большинство руководителей программ по иммунизации знакомы со схемами и планами мониторинга и оценки своих программ по иммунизации. Краткое описание мониторинга и оценки представлено в нижеследующих абзацах.

Мониторинг

Цель мониторинга- определить, осуществляются ли действия так, как было запланировано предварительно, и какая коррекция программных действий необходима для того, чтобы повысить их эффективность и увеличить вероятность достижения желаемых результатов.

Таблица 10. Мониторинг внедрения АПИ

Что отслеживается?	Как осуществляется мониторинг?	Когда? И как долго?
<p>Обычный рутинный мониторинг Инвестиций: человеческих и финансовых ресурсов; материальной части, оборудования и запасов, необходимых для осуществления программы.</p> <p>Процесса: Выполнение отдельных запланированных действий, таких как:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выпуск и распространение материалов; • Обучение сотрудников службы вакцинации методикам общения с клиентами; • Контроль событий в СМИ /проведение акций/ участие в трансляциях/контроль публикаций; • Контроль бюджетных расходов. <p>Результатов: предоставление услуг иммунизации.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проведение прививок против кори. • Выявление случаев заболевания корью. 	<p>Данные собираются на регулярной основе, из докладов, рабочих планов, совещаний, обзоров программы, регистрационных записей, статистических данных клиник, отчётов и обзоров наблюдений за пациентами и других данных, собранных в результате исследований</p>	<p>Постоянно. Сбор информации, её анализ и составление отчётов включены в рабочий график.</p> <p>Для краткосрочных и текущих целей.</p>
<p>Специальный мониторинг Систематический интенсивный обзор внедрения АПИ на практике. Например, улучшение доступности услуги, ее использования и повышение качества.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Охвачены ли целевые группы как это было запланировано? • Реагируют ли целевые группы ожидаемым образом? • Какие корректировки можно внести в программу для того, чтобы убедиться в достижении программой запланированных задач? 	<p>Использование сочетания количественных и качественных методов, таких как:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наблюдение и опрос медицинского персонала, родителей и общественных лидеров; • посещение заинтересованных лиц; • интервью с клиентами на выходе из медицинского учреждения; • обсуждение фокус-групп; • небольшие выборочные обследования; • выборочные проверки. 	<p>Адаптируйте к вашему графику внедрения проекта.</p> <p>Около недели для сбора данных. Дополнительное время должно быть отведено на обзор, анализ, написание и отчетность.</p> <p>Требует больше времени для обработки и принятия решений с использованием ключевых результатов.</p>

Оценка

Оценка дает представление об изменениях, которые произошли в результате внедрения АПИ. Она позволяет измерить итоговые изменения в уровне знаний и отношении к вакцинации, в применяемых практиках иммунизации, а также помогает соотнести факторы с теми стратегиями, которые были применены в рамках подхода АПИ.

Таблица 11. Оценка внедрения АПИ

Что оценивается?	Как оценивается?	Когда и как долго?
<p>Инвестиции и результаты вакцинации. В какой мере цель АПИ была достигнута?</p> <ul style="list-style-type: none">Изменение показателей поведения в отношении вакцинации внутри целевых групп, как и предполагалось показателями цели АПИ. <p>Как изменились результаты АПИ? В какой мере стратегии АПИ помогли достижению конечной цели АПИ?</p> <ul style="list-style-type: none">Изменения в определяющих поведенческих факторах таких как, знания, отношение, восприятие и поведение целевых групп и медработников, которые предоставляют услуги вакцинации.	<p>Обычно при помощи начальных и заключительных опросов, организованных техническими специалистами и специалистами по оценке. Проведение опроса также возможно в середине этапа внедрения.</p> <p>Обзор изменений охвата иммунизацией на муниципальном, районном и национальном уровнях с течением времени и вклада стратегии АПИ в эти изменения.</p>	<p>Начало и конец внедрения АПИ. Также возможно в середине этапа внедрения</p> <p>Количественные начальные и заключительные опросы нередко могут занять 2-3 месяца, в зависимости от бюджета и размера выборки, от того, как информация собрана и географического охвата оценки.</p>
<p>Воздействие на состояние здоровья Более масштабные и долгосрочные для социума совокупные последствия вмешательства через определенный промежуток времени или воздействие на состояние здоровья и благополучие населения в целом</p>	<p>Как правило, оценка будет проводиться во время национальных обследований, например, демографического и медицинского обследования или Мульти-индикаторного кластерного исследования (не в рамках внедрения АПИ.)</p>	

Часть шестая: Планирование внедрения РАПИ

Теперь, когда цели и задачи РАПИ сформулированы и есть четкое понимание целевых групп, можно перейти к разработке заявления о позиционировании для каждой целевой группы, а также к проработке стратегического комплекса действий. Этот раздел содержит рекомендации и инструменты для проектирования стратегий, которые будут использованы для увеличения числа детей и новорождённых, участвующих в вакцинации. Раздел также предлагает обзор успешной практики работы, которая увеличивает количество участников программы детской вакцинации.

Позиционирование вакцинации для ваших целевых групп

Заявление о позиционировании представляет собой точное определение основной целевой группы, которой приписывается определённое поведение, и ясную картину видения специалистов РАПИ того, как должна относиться к этой модели поведения целевая группа. Заявление о позиционировании создаётся для каждой целевой группы, основываясь на взглядах и ценностях этих целевых групп (предварительно выясненных путём исследований).

Верно составленное заявление о позиционировании предполагает внимание и ясность в разработке стратегии и действий программы. Оно служит в качестве фильтра для всех решений в рамках РАПИ, и каждое программное решение оценивается с учётом того, насколько хорошо оно поддерживает заявление о позиционировании. Кроме того, его роль становится особенно очевидной во время разработки коммуникационной стратегии, так как коммуникации являются ключевым моментом, когда заявление о позиционировании получает своё выражение посредством зрительных аспектов и тона сообщений.

Заявление о позиционировании включает в себя 4 основных компонента:

1. Краткое, но точное описание целевой группы.
2. Контекст поведения или система отсчёта, в которой данное поведение будет иметь место.
3. Наиболее притягательная черта или выгода, которую может принести данная модель поведения, в сравнении с другими моделями поведения.
4. Причина верить в то, что поведение приведёт к обещанным результатам.

Оценка заявления о позиционировании

- Является ли оно запоминающимся, мотивирующим и ясным?
- Предлагает ли оно чёткую, определённую и полноценную картину поведения?
- Можно ли ему доверять?
- Позволяет ли оно расти?
- Является ли оно фильтром для принятия решений?

Для обеспеченных американских семей, Volvo является семейным автомобилем, который обеспечивает максимальную безопасность.

Заявление о позиционировании VOLVO

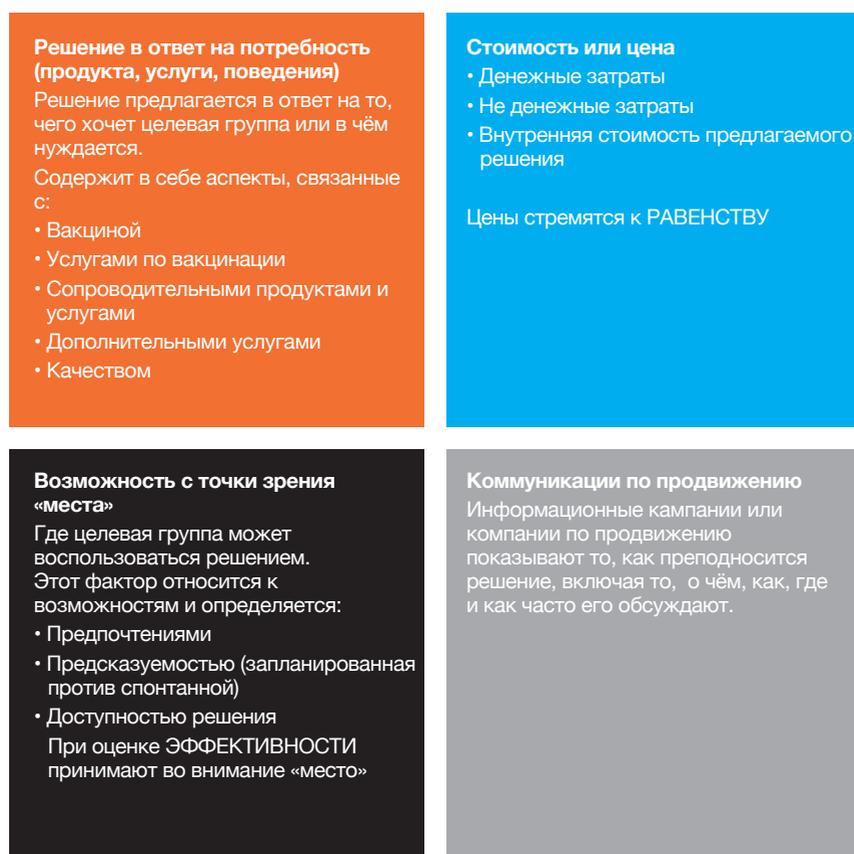
Определение внедрения РАПИ

Американский обзор, посвящённый исследованию оснований для внедрения программы по повышению охвата вакцинацией детей, подростков и взрослых¹ показал, что вмешательства, включающие множественные компоненты (в том числе образование или коммуникации), демонстрируют значительные основания для применения с целью увеличения охвата детей прививками. Комплексные программы внедрения, включающие образовательный компонент (или коммуникации, направленные на изменение поведения):

- Предоставляют сведения о вакцинации целевой группе и медучреждениям, предоставляющим услуги вакцинации, и выполняют по меньшей мере одно действие для повышения уровня участия в вакцинации;
- Представляют опасения и проблемы, угрожающие здоровью, интегрированным способом с учётом того, что фактор здоровья включает в себя физическую, социальную и политические среды, в которых здоровье подвергается риску.

Интегрированный маркетинг и коммуникации предлагают известную схему для создания ясной стратегии для достижения специфических задач и целей РАПИ. Несмотря на возможные расхождения в терминологии, так как эти схемы могут использоваться в разных сферах (коммерческий маркетинг, социальный маркетинг, интегрированные маркетинговые коммуникации для изменения поведения (COMBI)), существует, по меньшей мере, четыре компонента, которые следует принимать во внимание на стадии разработки стратегии интегрированных маркетинговых стратегий.

Рис. 13. Четыре основных компонента маркетинговой и коммуникационной стратегии



1 Briss & colleagues (2000).

Например, если ваша цель РАПИ заключается в том, чтобы:

- Увеличить долю участвующих в программе вакцинации против кори с XX% до XX% среди детей, чьи родители сомневаются¹ в отношении вакцинации;

Ваши задачи по АПИ могут быть следующими.

1. Увеличить доступ сомневающимся родителей к подробным консультациям с педиатром по вопросам вакцинации против кори.

Таблица 12.

Услуга	Улучшите возможности медицинского учреждения, которое предоставляет услуги вакцинации, в деле консультирования родителей, в случае возникновения у них вопросов о вакцинации детей против кори. Повысьте качество родительского опыта по получению услуг вакцинации против кори их детей.
Место	Повысьте возможности родителей получать адаптированную и понятную информацию от медицинского учреждения, которое предоставляет услуги вакцинации, по вопросам вакцинации вообще и вакцинации детей против кори, в частности.
Цена	Убедитесь в доступности бесплатных консультаций по вакцинации детей против кори для колеблющихся родителей.

2. Повысить осведомлённость сомнеющихся родителей о рисках, связанных с заболеванием корью, и пользе проведения вакцинации против кори в детском возрасте.

Таблица 13.

Продвижение	Encourage hesitant parents to discuss their concerns and questions regarding Поощряйте сомнеющихся родителей обсуждать свои сомнения и вопросы, возникающие в связи с корью и вакцинацией против неё, с медицинскими работниками, которые предоставляют услуги по вакцинации детей и/или другими родителями, при помощи различных средств коммуникации. Улучшите способность медицинского учреждения, которое осуществляют услуги по вакцинации детей, предоставлять информацию о вакцинации против кори таким образом, чтобы она могла эффективно отражать всесторонние и точные сведения о вакцинации. Улучшите общественную поддержку работ по повышению охвата детей вакцинацией против кори, путем предоставления возможности «родителям-лидерам», дети которых получили прививки против кори, обсудить это с сомневающимися родителями.
--------------------	--

1 Формирование этой цели потребует точного определения таких понятий, как «сомневающийся родитель» и «доступные консультации по вакцинации против кори».

-
3. Усилить взаимодействие между общественным и частным сектором здравоохранения для того, чтобы обеспечить должный подход к вакцинации против кори для сомневающихся родителей.

Таблица 14.

<i>Пропаганда (движение)</i>	Повысьте осведомлённость заинтересованных лиц о рисках, связанных с низким охватом детского населения вакцинацией против кори. Увеличьте количество возможностей и способов вовлечения заинтересованных лиц в программу вакцинации для обеспечения мониторинга и обратной связи в реализации комплексного подхода к организации работы по повышению охвата вакцинацией детей против кори
----------------------------------	---

Вакцинация как решение по удовлетворению потребности

Решение – это предложенный способ удовлетворения желания или потребности целевой группы, которые могут быть как осознанными, так и неосознанными. Обычно предлагаемое в виде товара или услуги решение принимается целевой группой, потому что оно в то же время выражает ИДЕЮ, которая отвечает на потребность и которая есть у специфического сегмента населения.¹ Например, многие родители участвуют в вакцинации, удовлетворяя потребность защитить своих детей от болезни и, таким образом, идентифицировать себя как заботливого и любящего родителя. Другие родители могут участвовать в вакцинации детей по соображениям общественного блага или здоровья своего сообщества.

При разработке решений в области вакцинации, следует помнить две важные и связанные между собой идеи.

1. Скорее всего, вам придётся учитывать множество различных потребностей. Это позволит стратегиям АПИ предложить меры по организации вакцинации детей в разных целевых сегментах населения различными способами.
2. Мы оказываем себе медвежью услугу, когда применяем универсальные принципы по отношению к иммунизации.

Различные аспекты могут учитываться для того, чтобы убедиться в том, что решения отвечают потребностям. Таблица 15 предлагает примеры возможных стратегий для выявления данных аспектов.

¹ “Хорошие маркетологи не стремятся убедить целевую аудиторию делать то, как считает маркетолог, они должны делать ... Скорее, маркетологи признают за клиентами право принимать меры тогда, когда они считают, что это в их интересах”. Weinrich (1999).

Таблица 15. Стратегии для определения потребностей целевой группы

Решение	Аспекты	Возможные стратегии
<i>Продукт — вакцины</i>	Свойства	Предложить моновакцину против кори (вместо тривалентной или тетравалентной вакцин). Применять альтернативные способы введения вакцин (пероральный против инъекции) для того, чтобы улучшить впечатления от вакцинации.
	Польза — Рациональная и эмоциональная	Предоставлять сведения о том, что вакцина помогает безопасно создать иммунитет против кори и проявить любовь родителя к своему ребёнку.
	Качество	Приобретать вакцины только у поставщиков, одобренных ВОЗ, и сообщать о том, что качество производства вакцины гарантировано.
<i>Услуга — вакцинация</i>	Медицинские работники	Помогать медучреждениям, предоставляющим услуги вакцинации, в общении и консультировании сомневающихся родителей.
	Выполнение процедуры	Убедиться в безопасности услуг по вакцинации. Увеличить время, отведённое на каждую консультацию, в ходе которой родители могут получить сведения о вакцинации и задать свои вопросы. Представить протокол о том, как справиться с болью во время инъекции вакцины.

Вспомогательные решения

Преодоление барьеров

Создать простую в использовании систему учёта пациентов/данных для медучреждений, предоставляющих услуги вакцинации, для того, чтобы быть информированным о предстоящих процедурах до начала или во время назначенного приёма.

Использовать систему напоминаний (по телефону, почте, смс) для того, чтобы сообщать родителям о составленном графике вакцинации.

Разработать простые для понимания карточки или системы учета прививок, включая календари вакцинации для раздачи родителям.

Перевести информацию о вакцинации детей на дополнительные языки.

Создать бесплатную горячую линию или почтовый ящик для общения с сомневающимися родителями, которые смогут обратиться к вам в случае возникновения проблем или для получения дополнительной информации.

Сделать общение между родителями, согласившимися на вакцинацию, и сомневающимися родителями доступным, чтобы они могли обсуждать свои вопросы и проблемы.

Предложить талоны на еду и транспорт для малообеспеченных семей для того, чтобы снизить расходы на вакцинацию.

Качество

Понимание того, по каким критериям целевые группы оценивают качество.

Организовать услуги по вакцинации таким образом, чтобы это удовлетворяло критериям оценки качества целевой группой.

Стоимость вакцинации

Цена на вакцинацию включает в себя как финансовые и другие затраты, так и внутреннюю стоимость вакцинации. Стратегии АПИ должны быть направлены на минимизацию стоимости вакцинации и максимизацию ценности участия родителей и медицинских работников в программе иммунизации. Вопрос равного доступа, связанного со стоимостью вакцины, возникает тогда, когда стоимость вакцинации становится барьером для определённых целевых групп.

Таблица 16. Стоимость вакцинации

Финансовые затраты	Другие затраты
Данные затраты представляют собой финансовые факторы, которые влияют на вопрос принятия решения о вакцинации.	Не денежные затраты, представленные конкурирующими приоритетами.
Официальная плата за вакцинацию.	<p>Время</p> <ul style="list-style-type: none"> - Поездка - Потеря работы
Неофициальные расходы, связанные с вакцинацией, такие как оплата в конверте, затраты на транспорт и потеря заработка.	<p>Конкурирующие приоритеты</p> <ul style="list-style-type: none"> - Родитель-одиночка - Работа или другой вид деятельности, приносящей доход - Необходимость заботиться о большой семье - Болезнь членов семьи - Социокультурные обязанности (похороны, свадьбы, отпуск)
Покрытие вакцинации медицинской страховкой.	<p>Физический дискомфорт</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ожидаемая боль от инъекции - Последующее состояние дискомфорта или побочные реакции
	<p>Психологический риск</p> <ul style="list-style-type: none"> - Нелегальный статус - Дискриминация/стигматизация - Страх побочных эффектов

Место: создание возможностей для вакцинации с точки зрения удобства

Под “местом” подразумеваются учреждения, куда родители (или лица их заменяющие) могут отвести своих детей на вакцинацию. Идея возможностей подразумевает не только физическое местоположение учреждения, где проводят процедуры вакцинации, но и целый набор других аспектов, которые делают вакцинацию приемлемой именно для данного медицинского учреждения. Эти аспекты могут относиться к указанным ниже факторам.

Таблица 17. Факторы «места», влияющие на поведение родителя (или лица его заменяющего) в отношении вакцинации.

Monetary costs	Non-monetary costs
<i>Предпочтения родителя (или лица его заменяющего)</i>	Предпочитают ли родители государственные или частные клиники, когда собираются посетить с целью проведения вакцинации врача, которого они знают; или они могут посетить любого специалиста по вакцинации?
<i>Тип возможности и минимизация упущенных возможностей</i>	Предпочитают ли родители (или лица их заменяющие) заранее планировать процедуру вакцинации, записываясь на приём? Пожелают ли они привить ребёнка, если их врач попросит сделать это во время планового посещения или во время срочного/специального посещения?
<i>Отслеживание вакцинации</i>	Как отслеживается охват прививками детей? Какие используются системы напоминания для родителей? Какие методы напоминания используются — печатные материалы, телефон, смс, приложения для смартфонов?
<i>Пункт вакцинации</i>	Какое время наиболее удобно для процедуры вакцинации с точки зрения родителей (или лиц их заменяющих)? Доступен ли медицинский персонал и вакцины в часы предполагаемой процедуры? Имеются ли информационные материалы о вакцинации детей в комнате ожидания? Есть ли возможность оказывать услуги вакцинации без предварительной договорённости, например, посредством мобильных пунктов вакцинации? Есть ли возможность предоставлять консультации по вакцинации и проводить вакцинацию в тех местах, где собираются целевые группы
<i>Медработники, предоставляющие услуги вакцинации</i>	Использует ли медицинский работник все возможности для оценки прививочного статуса ребёнка? Обсуждает ли медработник с родителями вакцинацию и отвечает ли он на вопросы родителей? Обладает ли медработник необходимыми знаниями и навыками для того, чтобы выявить и склонить в сторону вакцинации сомневающегося родителя? Целесообразно и приемлемо ли проведение вакцинации не врачебным персоналом, по протоколу, но без прямого участия врача?

Коммуникация по вопросам вакцинации (продвижение)

Коммуникация по вопросам вакцинации является центральным фактором для достижения основных задач, установленных подходом АПИ. Эффективные методы коммуникации направлены на демонстрацию решения в отношении здоровья таким образом, чтобы целевые группы могли принять это решение и воспринимали его как преимущество. Способ, при помощи которого оформляются сообщения, а именно точный выбор определённых аспектов истории, которая вызывает определённый ответ,¹ крайне важен для коммуникационного процесса.

1 Для получения дополнительной информации об анализе стратегии® и потенциальной разработке схемы см. www.frame-worksinstitute.org.

Таблица 18. Десять уроков необходимых для успешной коммуникации по вакцинации

Monetary costs

1. Не существует коммуникационных стратегий, подходящих для всех. Необходимы стратегии адаптированных сообщений, направляемых через соответствующие каналы, чтобы охватить специфические сегменты населения, как те, которые уже определились в отношении вакцинации, так и труднодоступные группы населения.
2. Активные коммуникационные меры необходимы для сокращения и предотвращения противодействия вакцинации и распространения негативных публикаций в прессе, а также для того, чтобы сформировать доверие к программам вакцинации, работая с авторитетными для общества лидерами, которые могут повлиять на мнения и поведение родителей/опекунов.
3. Позитивное отношение и хорошие навыки межличностного общения медицинских работников являются решающим фактором в продвижении долгосрочного позитивного отношения к вакцинации со стороны общества. А грамотно разработанные и простые в использовании инструменты могут часто компенсировать отсутствие программ по обучению навыкам межличностного общения.
4. Усиление и контроль коммуникативных навыков медработников должны быть неотъемлемой частью планирования иммунизации и обучения персонала.
5. Наличие коалиций, занимающихся продвижением вакцинации внутри страны, играет важную роль в создании и поддержании осведомленности о ценности программ иммунизации, а также для обеспечения устойчивого финансирования со стороны правительств и доноров. Один из главных способов получить финансирование - делать регулярные публичные заявления о районах, которые достигли высокого уровня охвата вакцинацией. Повышение осведомленности общественности о роли программы вакцинации в снижении заболеваемости и спасении жизни людей, также является ключевым способом.
6. Хотя личный опыт и истории из жизни убедили государственных чиновников поддержать некоторые программы вакцинации, программы продвижения иммунизации должны использовать доказательства (т.е. фактические данные) для того, чтобы продемонстрировать пользу и экономическую эффективность вакцинации по сравнению с другими медицинскими услугами. Без хорошо спланированной программы продвижения, новые вакцины вряд ли получат финансирование со стороны правительства и не будут пользоваться спросом со стороны населения.
7. Воздействие печатных материалов или других средств информирования зависит от того, используются ли они наряду с другими каналами коммуникации.
8. Мероприятия по коммуникации должны быть адаптированы с учётом информации о различиях в знаниях о вакцинации и отношении к ней сторонников и противников услуг иммунизации.
9. Стратегии коммуникации будут иметь большую успешность, если они интегрированы в систему предоставления других социальных услуг и услуг здравоохранения.
10. Эффективные коммуникационные стратегии могут увеличить спрос на вакцинацию, но если качество или доступность данной процедуры оставляют желать лучшего, многие родители/опекуны могут не привести своего ребёнка на следующую по графику прививку.

Источник: Waisbord & Larson (2004) стр.13.

Развитие коммуникационной стратегии включает в себя несколько шагов. Первый шаг заключается в определении задач вашего комплекса стратегий. Очень важно вернуться к целям и задачам АПИ и к результатам ваших исследований для того, чтобы определить коммуникативные задачи. Это поможет вам понять, будут ли ваши коммуникационные стратегии развиваться как независимые кампании, поддерживающие существующие программы вакцинации детей, или будут поддерживать стратегическое решение или изменения, связанные с решениями по вакцинации, её стоимостью и возможностями.

The objectives of vaccination communications can vary; these may be to:

Цели коммуникаций по вакцинации могут быть различными, к ним могут относиться следующие:

- повышение осведомленности о выгодах и преимуществах вакцинации детей;
- преодоление или снижение психологических барьеров для вакцинации детей;
- развеивание мифов, связанных с вакцинами и вакцинацией;
- описание последствий отказа от вакцинации детей;
- поощрение социальной поддержки вакцинации детей;
- признание и поддержка положительных родительских практик в отношении вакцинации и здоровья детей.

Вовлечение аудитории в коммуникационную стратегию АПИ является необходимой частью проработки плана. Данная фаза включает в себя как минимум разработку проектов коммуникационных материалов и получение отзывов аудитории о них. Методы и инструменты для предварительного тестирования и оценки коммуникационных материалов можно найти во многих руководствах по санитарно-просветительской работе в сфере здравоохранения, ссылки на которые даются в руководстве по АПИ. Если существует несколько ключевых целевых групп, то коммуникационные подходы должны быть адаптированы для каждой из этих групп.

Существует огромное разнообразие коммуникативных методик. Выбор метода будет зависеть от задач коммуникативной стратегии и характеристик целевой аудитории. Таблица 19 представляет некоторые избранные методы, направленные на изменение поведения и используемые в программах иммунизации, обоснование их применения и примеры реализации.

Таблица 19. Методы коммуникации для изменения поведения

Метод	Обоснования	Примеры использования метода
Общение медработник-родитель	Концептуальная схема, приведенная в руководстве по АПИ, определяет встречу родителя с медработником как критический момент для процесса принятия решения о вакцинации. Исследования, ¹ проведенные в Европейском и других регионах выявили, что медработники являются наиболее надёжным источником информации, которая руководит процессом принятия родителем решения. Особое внимание качеству общения и услуг вакцинации ² во время взаимодействия между медработником и родителем, является очень важной частью подхода АПИ.	Общение во время консультаций для обсуждения вопросов родителей о заболеваниях, предотвращаемых вакцинацией, вакцинах и вакцинации. Помощь в принятии решения для родителей и медработников. Общение, посвящённое безопасности вакцины. Напоминание о вакцинации (для медработника и родителей). Оценка медицинского работника и отзывы о нём.

1 Simone & colleagues (2012).

2 Briss & colleagues (2000).

Общение на равных	Подход, который подразумевает поощрение членов общины за поддержку положительной линии поведения людей одного круга с ними. Равный уровень информированности или общение на равных эффективны, так как позволяют влиять на поведение людей и мотивировать их при помощи личного общения и участия в диалоге внутри схожих социальных групп ¹	Привлечение родителей-«лидеров», согласившихся на вакцинацию детей, к обсуждению вопросов о вакцинации с сомневающимися родителями. Продвижение информации о вакцинах и вакцинации детей через матерей.
Кросс-культурные коммуникативные инструменты	Использование разнообразных коммуникативных материалов и инструментов внутри культурно неоднородной целевой группы снижает риск возникновения барьеров, связанных с языком, грамотностью и образованием, как для родителей, так и для медицинских работников.	Материалы, не требующие большой арифметической и литературной грамотности. Доступность информации, образовательных и коммуникативных материалов на разных языках. Создание межнациональных материалов для мигрантов или путешествующих семей (не включенных в национальную программу иммунизации). Доступность переводческих услуг во время проведения консультаций для сомнеющихся или беспокоящихся родителей.
Активизация местного сообщества через местных общественных лидеров и других партнёров.	Процесс вовлечения широкого спектра партнёров на национальном и местном уровнях (через гражданские и религиозные группы) с целью поднять уровень осведомлённости о медицинской услуге, продукте или стратегии поведения и повысить спрос на них. Метод личного общения может использоваться влиятельными и авторитетными членами общества для того, чтобы продвигать вакцинацию детей позитивными способами.	Обмен информацией на основе фактических данных для повышения уровня осведомлённости о рисках заболеваний, предотвращаемых вакцинацией. Использование местных СМИ и живых выступлений: газеты, местное радио, мобильные видеоустройства, уличный театр, кукольные спектакли, конкурсы. Включение позитивных сообщений о вакцинации детей в программу гражданских и религиозных мероприятий. Поиск оплачиваемых работников или волонтеров для продвижения вакцинации.

1 Salem & colleagues (2008)..

