

ПСИХОЛОГИЯ — ПРАКТИКЕ

А. В. Шаболтас

ПРОГРАММА ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА УРОВНЕ СООБЩЕСТВ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ЛИДЕРОВ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ

В статье представлены основные положения теории диффузии инноваций Э. Роджерса, дан обзор эмпирических работ по использованию этой теории в продвижении здоровьесберегающих поведенческих практик и превенции рискованного поведения в сфере здоровья. Приведены результаты лонгитюдного исследования эффективности групповой поведенческой превентивной программы для лидеров общественного мнения, разработанной под руководством автора в рамках международного исследовательского проекта по превенции ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), на уровне сообществ студентов, проживающих в общежитиях г. Санкт-Петербурга.

Ключевые слова: теория диффузии инноваций, лидеры общественного мнения, ВИЧ/СПИД, превенция, лонгитюдное исследование.

The manuscript described the basis issues of Roger's diffusion of innovations theory, the variety of empirical data on applying this theoretical approach in promotion of protective health behaviors and prevention of health risk behaviors. Also author presents the main results of longitudinal research conducted to evaluate the effectiveness of group behavioral intervention for popular opinion leaders as part of international research project to prevent HIV/STD among students living in dormitories in St. Petersburg, Russia. The study was funded by National Institute of Mental Health (USA) — NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial.

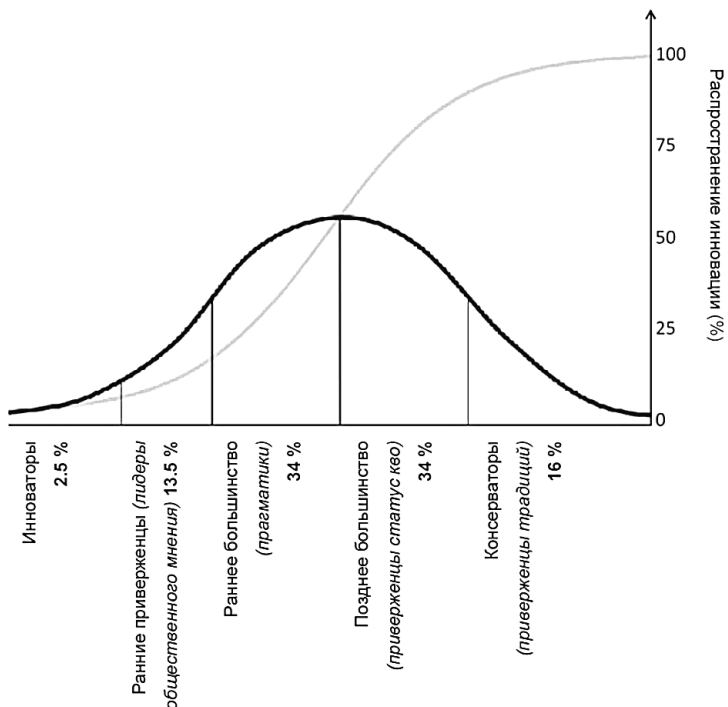
Key words: diffusion of innovations theory, popular opinion leaders, HIV/AIDS, STD, prevention, longitudinal study.

Шаболтас Алла Вадимовна — канд. психол. наук, доцент, зав. кафедрой психологии поведения и превенции поведенческих аномалий, декан ф-та психологии Санкт-Петербургского гос. ун-та. *E-mail:* a.shaboltas@spbu.ru

Исследование проведено при поддержке гранта Национального института психического здоровья США — NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial.

Привлечение лидеров общественного мнения к продвижению здоровьесберегающего поведения на уровне сообществ основывается на теории социальной диффузии, или диффузии инноваций, предложенной Э. Роджерсом для сферы маркетинга (Rogers, 1995). Теория дает представление о том, как в обществе распространяются инновации. На ее основе был разработан целый ряд превентивных программ в сфере здоровья, в которых в качестве агентов поведенческих изменений используются лидеры общественного мнения. Теория диффузии утверждает, что различные виды инноваций (промышленные продукты, технологии, поведенческие нормы) распространяются в популяции через процессы динамических изменений, последовательно возникающих в группах населения, различающихся по степени «открытости» новому опыту. По мнению Э. Роджерса и других авторов, людей можно разделить на три основные группы. Две из них представляют своего рода полюса распределения общей популяции. Первая группа — это *инноваторы*, т.е. те, кто в первую очередь усваивают новое и стремятся к нему. Вторая — *консерваторы*, активно сопротивляющиеся всему новому и необычному и предпочитающие традиционные устоявшиеся модели поведения. Большинство популяции составляет промежуточное звено, делящееся на три части: небольшая группа людей, быстро воспринимающих новшества (*лидеры общественного мнения*), большинство членов общества, довольно рано принимающих инновации (*прагматики*) и большинство поздно принимающих все новое (*сторонники status quo*). Процесс принятия инновации в сообществе начинается с инноваторов, затем захватывает лидеров общественного мнения, затем большинство и в конце концов принимается консерваторами (рисунком). На последнем этапе инновация перестает быть таковой и превращается в обыденную норму. Инноваторы, а также лидеры общественного мнения, т.е. члены сообщества, пользующиеся большим авторитетом и влиянием, играют важнейшую роль в распространении любых новшеств, в том числе рискованных форм поведения либо, напротив, здоровьесберегающих практик.

Теория Э. Роджерса получила свое подтверждение в многочисленных исследованиях в области маркетинга, промышленности, сельского хозяйства. Она применялась для описания распространения эпидемий инфекционных заболеваний (Angulo et al., 1980), для изучения интернет-взаимодействия с врачами (Chew et al., 2004). Данный подход нашел свое подтверждение и в исследованиях, направленных на оценку эффективности превентивных программ в сфере здоровья (Dearing, 2004; Green et al., 2009; Moseley, 2004; Rogers, 1992). Теория неоднократно успешно использовалась при разработке и внедрении специализированных превентивных программ в отношении различных проблем в сфере здоровья. Успешный опыт ее применения пред-



Кривая распространения инноваций в популяции Э. Роджерса

ставлен в программах планирования семьи для развивающихся стран (Murphy, 2004). Имеются убедительные эмпирические доказательства эффективности превентивной программы на базе этой теории в отношении эпидемии табакокурения в Швейцарии (Kuntsche, Gmel, 2005), пропаганды вакцинации против гриппа (Britto et al., 2006), продвижения программы эффективного совладания с диабетом (De Civita, Dasgupta, 2007). Описан опыт использования теории диффузии инноваций при разработке комплексной программы долгосрочного мониторинга состояния здоровья детей (Farr, Ames, 2008). Получены интересные данные о возможности применения этой теории для внедрения программ помощи детям, страдающим аутизмом (Dingfelder, Mandell, 2011). Показана эффективность программ с привлечением лидеров для продвижения тестирования как превентивного вмешательства, в частности регулярного тестирования крови для оценки уровня сахара (Nicol et al., 2011), для внедрения программы системной оценки отделений реанимации (Bowen et al., 2012). Дж. Келли с коллегами одними из первых применили теорию диффузии инноваций в исследованиях эффективности превентивных вмешательств на уровне сообщества, направленных на профилактику рискованного

сексуального поведения и заражения ВИЧ (Kelly, 1995, 1997; Kelly et al., 1991, 1992; Kelly, Kalicman, 1995). В рамках серии лонгитюдных исследований в гей-барах пяти городов США (выборка гомосексуалов), в жилых многоквартирных домах (выборка женщин), в клинике для страдающих психическими расстройствами (выборка пациентов), в центре наркозаместительной терапии (выборка наркопотребителей) было показано, что профилактические тренинги с привлечением лидеров являются эффективной и ресурсосберегающей превентивной технологией.

Необходимый компонент, обеспечивающий успешность подобных программ, — идентификация и привлечение для участия в профилактических мероприятиях и тренингах достаточного количества неформальных лидеров, пользующихся авторитетом и популярностью. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что для достижения значимого эффекта в профилактических тренингах должны принять участие не менее 15% представителей сообщества (Kelly, 1997; Rogers, 1995).

Эпидемия ВИЧ/СПИД является для России такой же острой проблемой, как и для других стран (UNAIDS/WHO..., 2012). Случаи ВИЧ-инфекции выявлены во всех регионах нашей страны. По данным Всероссийского федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД, на конец октября 2012 г. в стране зарегистрирован 703 781 случай ВИЧ-инфекции, в том числе 6193 среди детей в возрасте до 15 лет. Оценочное общее число зараженных, по мнению экспертов, превышает 1 млн 200 тыс. Ежедневно заражается около 200 человек. С начала эпидемии ВИЧ в РФ умерли почти 140 тыс. ВИЧ-инфицированных. Только за 2012 г. умерли 20 000 человек. Смертность от ВИЧ сравнялась с уровнем смертности от дорожно-транспортных происшествий, которая в нашей стране имеет один из самых высоких показателей в мире. Среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных 63,5% составляет молодежь в возрасте от 15 до 30 лет. Проблема превенции ВИЧ давно вышла за рамки медицинского подхода. Наряду с сугубо медицинскими аспектами эпидемиологии и лечения ВИЧ-инфекции актуальны вопросы разработки и оценки эффективности программ профилактики ВИЧ на базе биопсихосоциального подхода с использованием биологических, поведенческих и социальных критериев оценки. В связи с быстрым темпом развития эпидемии ВИЧ в России большой интерес представляют превентивные технологии, направленные на изменение норм и рискованных поведенческих практик на уровне сообщества, включая программы на основе теории диффузии инноваций с привлечением лидеров общественного мнения. Необходима апробация и оценка эффективности подобных программ в рамках лонгитюдных клинических исследований.

Рандомизированное лонгитюдное исследование эффективности групповой поведенческой программы по профилактике ВИЧ и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди студентов, проживающих в общежитиях Санкт-Петербурга, с привлечением лидеров общественного мнения, является частью уникального масштабного 5-летнего международного проекта оценки эффективности программ для различных сообществ и стран. Оно осуществлялось при поддержке Национального института психического здоровья США (The National Institute..., 1998) в Бразилии, Индии, Китае, Перу и России. Подробное описание методологических и методических аспектов организации и проведения исследования в 5 странах, включая этнографические и этические вопросы, представлено в ряде публикаций, в том числе в специальном выпуске журнала «AIDS» (Дятлов и др., 2005; NIMH Collaborative..., 2007, 2010).

В данной статье представлено общее описание и основные результаты оценки эффективности программы в Санкт-Петербурге.

Основной целью исследования являлась оценка эффективности программы поведенческого тренинга по профилактике ВИЧ/ИППП на уровне сообществ студентов.

Дизайн исследования был определен международным стандартом для подобных проектов как рандомизированное лонгитюдное исследование с использованием экспериментальной группы интервенции и контрольной группы в условиях равного внимания.

Исследование было одобрено Этическими комитетами Биомедицинского центра (Санкт-Петербург) и Медицинского колледжа штата Висконсин (США), которые являлись партнерами по реализации проекта в Санкт-Петербурге.

В качестве **участников исследования** выступали студенты (мужского и женского пола) высших учебных заведений, проживающие в общежитиях Санкт-Петербурга. Выбор популяции был обусловлен двумя необходимыми основаниями для осуществления оценки интервенции на уровне сообщества: (1) наличие стабильного по составу и времени проживания однородного сообщества и (2) наличие в популяции достаточного уровня рискованных поведенческих практик и уровня распространенности ИППП для возможности осуществить объективную оценку в лонгитюде.

До начала основного этапа (проверки эффективности интервенции) в течение года проводилась этнографическая стадия (формативное исследование) с целью разработки культурно-приемлемого инструментария и программы профилактического вмешательства. В этнографическом исследовании приняли участие 1100 человек. В качестве основных факторов рискованного поведения молодежи были выявлены: употребление алкоголя, употребление наркотиков,

низкий уровень знаний, касающихся проблемы ВИЧ/СПИД. Уровень распространенности ИППП составил 15.09%, включая распространенность ВИЧ-инфекции — 0.72%. Результаты этнографического исследования подробно представлены в коллективной монографии Н.В. Соколова, О.И. Бородкиной и А.П. Козлова (2007).

Для стадии проверки эффективности интервенции были отобраны 24 общежития, из них в случайном порядке 12 попали в группу интервенции (далее будем называть ее экспериментальной, Э-группой) и 12 — в контрольную (К-группу). В общей сложности в двухлетнем сопровождении и оценке — до начала интервенции, через 12 и 24 месяца после — участвовали 2107 человек.

Профилактическое вмешательство

Международные этические стандарты проведения профилактических исследований в отношении социально значимых инфекций предполагают необходимость обеспечения доступа к базовым профилактическим ресурсам участников как Э-, так и К-группы (Шаболтас и др., 2010). В соответствии с этими требованиями обе группы студентов в течение всего периода исследования обеспечивались бесплатными профилактическими брошюрами по проблемам ВИЧ/СПИД и ИППП, информацией о возможностях пройти тестирование, консультирование и лечение. Во всех общежитиях был обеспечен бесплатный доступ к презервативам. В случае если в ходе тестирования у студентов обнаруживались ИППП, им предоставлялось бесплатное лечение. Каждое из трех оценочных обследований на наличие инфекций сопровождалось интенсивным консультированием до и после сдачи анализов, в ходе которого студенты могли понять специфику тестирования, обсудить индивидуальные риски и стратегии индивидуальной профилактики.

В экспериментальных общежитиях проводилась поведенческая профилактическая программа для лидеров общественного мнения. В соответствии с теорией диффузии инноваций предполагается, что желаемые изменения, продвигаемые группой лидеров, будут легче проникать и усваиваться другими членами сообществ (Rogers, 1995). В данном проекте в качестве желаемых изменений выступали социальные нормы в отношении поведения, направленного на снижение рисков заражения ВИЧ и ИППП. До начала интервенции в каждом из экспериментальных общежитий были выявлены неформальные лидеры на основании комплекса процедур, включая полевое наблюдение, номинирование со стороны ключевых информаторов (комендантов, председателей студсоветов и т.д.), номинирование со стороны членов сообществ на основе социометрии или самономинирование. В каждом из общежитий рекрутировалось от 15 до 20% студентов от общего числа проживающих, идентифицированных

как потенциальные лидеры. Выявленные лидеры приглашались для участия в профилактическом тренинге, состоящем из 5 групповых занятий продолжительностью 1.5—2 часа каждое. Занятия проводились в группах по 10—15 человек два раза в неделю в удобное для студентов время двумя ведущими разного пола. В качестве ведущих выступали студенты старших курсов Санкт-Петербургского государственного университета (психологи и социологи), прошедшие подготовку по ведению профилактической программы. Программа тренинга основана на когнитивно-поведенческом подходе, который демонстрирует наибольшую методологическую и эмпирическую обоснованность применительно к изменению поведения в сфере здоровья (Bandura, 1985, 1994; Glanz, Bishop, 2010).

Программа 5 групповых занятий включала информационные блоки по проблематике ВИЧ/ИППП и роли лидеров в продвижении здоровьесберегающего поведения в сообществе, а также поведенческие блоки по отработке навыков формулирования и распространения превентивных сообщений. Каждое занятие заканчивалось домашним заданием на отработку необходимых навыков в реальной жизни. Опыт выполнения задания обсуждался на следующем занятии. Ведущие применяли интерактивные упражнения, моделирование и ролевые игры, способствующие успешной выработке поведенческих навыков, формированию мотивации и уверенности. Каждому лидеру также предоставлялись футболки и значки с логотипом проекта, которые помогали инициировать профилактические разговоры с соседями по общежитию и друзьями. Компоненты превентивных сообщений включали распространение знаний о ВИЧ/ИППП, возможных способах снижения поведенческих рисков, а также позитивные установки в отношении использования презервативов или избегания рискованных сексуальных контактов и в целом поддержку поведенческих изменений, направленных на заботу о здоровье. Задачей участников было распространение превентивных сообщений после окончания тренинга в течение всего времени исследования. Ежемесячно после окончания тренинга ведущими организовывались групповые встречи для обсуждения обратной связи и поддержки участников проекта.

Оценка интервенции

Процедуры оценки проводились три раза — до начала интервенции, через 12 и 24 месяца после окончания тренинга. Методы оценки включали:

1. Интервью с использованием стандартизированного опросника оценки поведенческих рисков в сфере здоровья. Опросник включал разделы, посвященные социально-демографическим и поведенческим характеристикам участников. Особое внимание уделялось вопросам

о рискованных сексуальных практиках (в частности, незащищенном сексе, количестве половых партнеров), об использовании мер защиты во время половых контактов, о специфике взаимоотношений с сексуальными партнерами и т.п. Продолжительность интервью составляла 45—60 минут.

2. Тестирование образцов крови, мочи и мазков (для девушек) на ВИЧ и ИППП (сифилис, гонорея, генитальный герпес (HSV-2), хламидиоз, трихомониаз). Тестирование сопровождалось консультированием до сдачи анализов и при получении результатов через 2—3 недели.

Для оценки эффективности вмешательства использовались два основных показателя — поведенческий и биологический. Первый рассчитывался как разница в пропорции участников, практикующих незащищенные половые контакты с партнерами (не супругами) на входе и через 24 месяца после интервенции. Биологическим показателем служил уровень заражаемости (*incidence rate*), т.е. разница в проценте участников, заразившихся ВИЧ/ИППП, диагностированными на 12-м и 24-м месяце после окончания интервенции.

При математической обработке данных использовались описательные статистики, критерий перестановки (*permutation test*), метод логистической регрессии, а также метод обобщенной оценки уравнений (*generalized estimating equation — GEE*). Статистический анализ проводился с помощью программного обеспечения SPSS, версия 17.

Результаты

Всего для участия в исследовании были рекрутированы 2107 студентов из 24 общежитий, 1036 человек из Э-группы и 1071 — из К-группы. На входе как не соответствующие критериям включения в исследование были отсеяны 6.35% участников. Уровень сохранения выборки на этапе оценки через 12 месяцев составил 94.4% , на этапе через 24 месяца — 92%.

Из табл. 1, где представлены основные социально-демографические и поведенческие характеристики участников исследования, видно, что в целом выборки не имели существенных различий между собой. Было рекрутировано примерно равное количество девушек и юношей, средний возраст участников составил 20 лет. В основном участники не состояли в официальном браке или не проживали с постоянным партнером. Наличие ИППП было обнаружено примерно у 8% участников, не было выявлено ни одного случая ВИЧ-инфекции. В ходе этнографической стадии ИППП были обнаружены у 15% участников, из них ВИЧ-инфекция — у 0.8%. Процент участников, практикующих незащищенные половые контакты в течение 3 месяцев до начала исследования, составил 36%.

Таблица 1

Социально-демографические и поведенческие характеристики участников исследования (N=2107)

Показатель	Э-группа (N=1036) Значение (станд. отклонение)	К-группа (N=1071) Значение (станд. отклонение)
Мужчины (%)	52.3 (6.1)	49.8 (3.9)
Средний возраст (лет)	20 (0.20)	20 (0.34)
Брак или совместное проживание с партнером (%)	5.6 (1.1)	7.3 (1.5)
Незащищенные сексуальные контакты за последние 3 месяца (%)	36.0 (2.2)	36.2 (1.7)
Наличие ИППП (%)	7.9 (1.1)	8.6 (1.2)

Таблица 2

Динамика поведенческого показателя эффективности вмешательства

Показатель	Э-группа			К-группа			Разница в изменении (Э – К)	p-value
	Вход	24 мес.	Изменение	Вход	24 мес.	Изменение		
Незащищенные сексуальные контакты	35.61	28.02	-7.60	36.06	32.11	-3.95	-3.65	0.23

Таблица 3

Динамика биологического показателя эффективности вмешательства

Показатель	Э-группа	К-группа	Разница в заражаемости между Э и К	p-value
Уровень заражаемости ИППП за 24 месяца	9.07	11.15	-2.08	0.26
Уровень заражаемости HSV-2	4.77	6.32	-1.50	0.016

В табл. 2 представлены результаты изменения основного поведенческого показателя эффективности интервенции, а в табл. 3 — динамика биологического показателя между оценкой на входе и через 24 месяца. Отрицательные значения разницы означают позитивный эффект вмешательства. Абсолютное значимое снижение процента участников, практикующих незащищенные сексуальные контакты через 24 месяца после интервенции, выявленное в обеих

группах, почти в 2 раза сильнее выражено в Э-группе по сравнению с К-группой (9.1 vs 4%).

Вторичный анализ данных заражаемости ИППП выявил статистически значимые различия в пользу Э-группы по уровню заражаемости генитальным герпесом (HSV-2) (-1.50, $p=0.016$). Дополнительные показатели эффективности — количество участников, разговаривающих с друзьями на тему проблематики ВИЧ/СПИД, и использование презервативов — значимо выросли через 24 месяца также только в Э-группе (63.1 и 56.7%), в К-группе эти значения составляли 51.0 и 46.1% соответственно, на входе эти показатели в Э-группе — 50.1 и 46.1% соответственно.

Обсуждение

В Э-группе было обнаружено снижение на 30% распространенности рискованных сексуальных практик и снижение на 20% заражаемости ИППП. Кроме того, значимые превентивные изменения были выявлены также в К-группе как по поведенческому показателю, так и по уровню заражаемости ИППП. Важно отметить, что в К-группе трижды (на входе, через 12 и 24 месяца) предоставлялось индивидуальное консультирование и тестирование на ВИЧ/ИППП (общая продолжительность процедуры — 45—60 минут), также в течение 24 месяцев во всех общегитиях реализовывалась информационная профилактическая программа в отношении ВИЧ/ИППП, включающая распространение информационных материалов, бесплатный доступ к презервативам и лечению ИППП.

Среди причин, в силу которых был получен выраженный превентивный эффект в обеих группах, можно предположить следующие. Традиционно исследования ВИЧ-превентивных вмешательств включают анализ степени влияния интервенции в К-группе по сравнению со стандартом оказания базовой помощи в конкретном месте или с условиями так называемого «равного внимания». Интенсивные профилактические меры и медицинская помощь в случае ИППП, предоставляемая в рамках данного исследования всем участникам, значительно превышала стандартные медицинские практики. По сути, влияние интервенции с использованием лидеров общественного мнения сравнивалось с профилактическими условиями, дополнительно созданными в рамках проекта, для обращения внимания человека на риски сексуальных поведенческих практик, что зачастую снижает уровень рискованного поведения так же, как и при мотивационном консультировании (Miller, 1983; Miller, Rollnick, 2002). Опыт проведения масштабных рандомизированных лонгитюдных исследований в отношении ВИЧ, в которых проверяется эффективность биомедицинских или поведенческих вмешательств, показывает значимое снижение сексуальных рисков в случае сочетанного

использования неоднократного тестирования и консультирования, направленного на снижение поведенческих рисков, а также бесплатного доступа к презервативам и лечению ИППП (Kamb et al., 1998; NIMH Multisite..., 1998).

Профилактические условия, созданные в исследовании, не оказались устойчивыми: через короткое время после окончания проекта все информационные и профилактические компоненты программы исчезли из общежитий. В международной практике превентивных исследований в отношении опасных инфекционных заболеваний активно обсуждается этическая дилемма: с одной стороны, необходимо предоставлять К-группе базовый набор профилактических мер в случае их отсутствия, а с другой — вопрос о неэтичности предложения участникам контрольной группы профилактических условий, которые не будут устойчиво сохраняться после окончания проекта. В рамках данного исследования не проводился анализ экономических затрат на внедрение программы для лидеров общественного мнения и ее экономической целесообразности. Анализ подобной интервенции, направленной на изменение рискованного поведения у мужчин в США, показал, что такие программы не только высокоэффективны, но и выгодны с экономической точки зрения (Pinkerton et al., 1998). Представители сообщества, которые выступают агентами интервенции, в отличие от профессиональных консультантов, могут быть обучены быстро и недорого, что является существенным фактором в ситуации ограниченных ресурсов. В этом случае превентивная программа будет устойчивее в долгосрочной перспективе по сравнению с масштабными информационно-образовательными кампаниями. Обстоятельством, повлиявшим на положительные изменения в обеих группах, мы также считаем расширение спектра других ВИЧ-превентивных возможностей и программ в ответ на развитие эпидемии в Санкт-Петербурге. Объектами этих программ могли становиться представители той же популяции.

Существенным обстоятельством для оценки интервенции с помощью биологических параметров является то, что на момент включения в перечень ИППП хламидиоза и трихомониаза не были доступны исследовательские данные последних лет о возможностях спонтанного излечения этих заболеваний без какого-либо лечения. В этой связи более достоверным показателем представляется уровень заражаемости генитальным герпесом (HSV-2), не поддающимся спонтанному излечиванию. Этот уровень оказался значимо ниже в Э-группе.

Важным для объяснения полученных результатов также может быть предположение о том, что здоровьесберегающее поведение не воспринимается лидерами и членами сообществ как в полной мере инновационное. Неформальное лидерство и популярность в студен-

ческом сообществе, как показали данные нашего этнографического исследования, в большой степени связаны с умением рисковать, т.е. с тенденциями, направленными в сторону рискованных поведенческих практик во всех сферах. В этом смысле поведение, направленное на заботу о здоровье, противоположно рискованному поведению и может восприниматься как угроза статусу популярного неформального лидера.

В целом данный проект явился уникальным опытом реализации в России комплексного лонгитюдного исследования эффективности поведенческой интервенции на основе научно-доказательного подхода (модель клинических испытаний). Разработанная и эмпирически проверенная программа превентивного вмешательства на уровне сообщества с привлечением лидеров общественного мнения может быть рекомендована для широкого использования как эффективная технология профилактики ВИЧ и ИППП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Дятлов Р.В., Шаболтас А.В., Соколов Н.В. и др. Основанная на модели «лидер общественного мнения» интервенция по профилактике ВИЧ/СПИД в сообществе студентов, проживающих в общежитиях Санкт-Петербурга: первый опыт // Русский журнал «СПИД, рак и общественное здоровье». 2005. Т. 9. № 1. С. 37—54.

Соколов Н.В., Бородкина О.Н., Козлов А.П. Здоровье и поведенческие риски студенчества. СПб.: Скифия-принт, 2007.

Шаболтас А.В., Тюсова О.В., Козлов А.П. ВИЧ-инфекция и особенности рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков: результаты лонгитюдного исследования в Санкт-Петербурге. СПб.: Скифия-принт, 2010.

Angulo J.J., Pederneiras C.A., Ebner W. et al. Concepts of diffusion theory and a graphic approach to the description of the epidemic flow of contagious disease // Public Health Rep. 1980. Vol. 95. N 5. P. 478—485.

Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1985.

Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection // Preventing AIDS: Theories, methods and behavioral interventions / Ed. by R. DiClemente, J. Peterson. N.Y.: Plenum Press, 1994. P. 25—60.

Bowen C.M., Stanton M., Manno M. Using diffusion of innovations theory to implement the confusion assessment method for the intensive care unit // Journal of Nursing Care Quality. 2012. Vol. 27. N 2. P. 139—145.

Britto M.T., Pandzik G.M., Meeks C.S., Kotagal U.R. Combining evidence and diffusion of innovation theory to enhance influenza immunization // Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2006. Vol. 32. N 8. P. 426—432.

Chew F., Grant W., Tote R. Doctors on-line: using diffusion of innovations theory to understand internet use // Family Medicine. 2004. Vol. 36. N 9. P. 645—650.

Dearing J.W. Improving the state of health programming by using diffusion theory // *Journal of Health Communications*. 2004. Vol. 9. N 1. P. 21—36.

De Civita M., Dasgupta K. Using diffusion of innovations theory to guide diabetes management program development: an illustrative example // *Journal of Public Health (Oxf)*. 2007. Vol. 29. N 3. P. 263—268.

Dingfelder H.E., Mandell D.S. Bridging the research-to-practice gap in autism intervention: an application of diffusion of innovation theory // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. Vol. 41. N 5. P. 597—609.

Farr A.C., Ames N. Using diffusion of innovation theory to encourage the development of a children's health collaborative: a formative evaluation // *Journal of Health Communications*. 2008. Vol. 13. N 4. P. 375—388.

Glanz K., Bishop D.B. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions // *Annual Review of Public Health*. 2010. Vol. 31. P. 399—418.

Green L.W., Ottoson J.M., García C., Hiatt R.A. Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health // *Annual Review of Public Health*. 2009. Vol. 30. P. 151—174.

Kamb M.L., Fishbein M., Douglas J.M. et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group // *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 1998. N 280 (13). P. 1161—1167.

Kelly J. Changing HIV Risk behavior: practical strategies. N.Y.; L.: The Guilford Press, 1995. P. 159.

Kelly J.A. HIV risk reduction interventions for persons with severe mental illness // *Clinical Psychology Review*. 1997. Vol. 17. N 3. P. 293—309.

Kelly J., Kalichman S. Increased attention to human sexuality can improve HIV/AIDS prevention efforts: Key research issues and directions // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. Vol. 63. P. 907—908.

Kelly J.A., St Lawrence J.S., Diaz Y.E. et al. HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of a population: an experimental community-level analysis // *Amer. Journal of Public Health*. 1991. Vol. 81. P. 168—171.

Kelly J.A., St Lawrence J.S., Stevenson L.Y. et al. Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities // *Amer. Journal of Public Health*. 1992. Vol. 82. P. 1483—1489.

Kuntsche S., Gmel G. The smoking epidemic in Switzerland — an empirical examination of the theory of diffusion of innovations // *Sozial und Präventivmedizin*. 2005. Bd. 50(6). S. 344—354.

Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers // *Behavioural Psychotherapy*. 1983. Vol. 11. P. 147—172.

Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. N.Y.: Guilford Press, 2002.

Moseley S.F. Everett Rogers' diffusion of innovations theory: its utility and value in public health // *Journal of Health Communications*. 2004. Vol. 9 (1). P. 149—151.

Murphy E. Diffusion of innovations: family planning in developing countries // *Journal of Health Communications*. 2004. Vol. 9 (1). P. 123—129.

Nicol G.E., Morrato E.H., Johnson M.C. et al. Best practices: Implementation of a glucose screening program based on diffusion of innovation theory methods // Psychiatric Service. 2011. Vol. 62. N 1. P. 12—14.

NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group. NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (AIDS). 2007. Vol. 21. N 2.

NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group. Results of the NIMH collaborative HIV/sexually transmitted disease prevention trial of a community popular opinion leader intervention // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (AIDS). 2010. N 54 (2). P. 204—214.

NIMH Multisite HIV Prevention Group. The NIMH multisite HIV prevention trial: Reducing HIV sexual risk behavior // Science. 1998. Vol. 280 (5371). P. 1889—1894.

Pinkerton S.D., Holtgrave D.R., DiFranceisco W.J. et al. Cost-effectiveness of a community level of HIV risk reduction intervention // Amer. Journal of Public Health. 1998. Vol. 88. P. 1239—1242.

Rogers E.M. Communication campaigns to change health-related lifestyles // Hygie. 1992. Vol. 11. N 2. P. 29—35.

Rogers E.M. Diffusion of Innovations. N.Y., 1995.

The National Institute of Mental Health (NIMH) Multisite HIV Prevention Trial Group. The NIMH Multisite HIV Prevention Trial: reducing HIV sexual risk behavior // Science. 1998. Vol. 80. P. 1889—1894.

UNAIDS/WHO report 2011. HIV in Europe and Central Asia. 2011 progress report. 2012. URL: <http://www.unaids.ru/sites>

Поступила в редакцию
17.02.14