

Informed voluntary consent of the population as alternative healthiness education

E. G. Simonova

Department of Epidemiology and Evidence Based Medicine
I. M. Secenov First State Medical University of Moscow, Russia

Corresponding author: simonova_e_g@mail.ru. Article received July 17, 2013; accepted September 15, 2013

Abstract

In this article the author presents an original research on the development of a system to create an informed voluntary consent of the population to implement the measures on prevention, localization or elimination of the epidemic process. The basic principles of the earlier existing system of health education have been described. The need of a new system aimed at the formation of population's readiness to participate in the prevention programs has been scientifically proved. A definition of the population's informed consent in the context of the epidemiologist' management activities has been proposed. The place and role of the formation of the informed consent in the management of the epidemic process has been shown. The comparative characteristics of different approaches to inform the population are presented: advocacy, social mobilization, hygiene education and training of the population. In the terms of system approach and social marketing, the general characteristic of the system to create an informed voluntary consent of the population has been presented, its goals and objectives have been formulated, and the organizational and functional structure has been developed. The main target groups – the objects for informing – have been examined. A particular attention is paid to studying the use of modern information and communication channels (mass media, Internet and others) to create the informed consent. The necessity of the differentiated approach to the choice of methods of informing the population about the prevention of infectious diseases has been demonstrated.

Key words: health education, informed consent, epidemic process, prevention

Информированное добровольное согласие населения как альтернатива санитарному просвещению

В Российской Федерации, как и в странах бывшего СССР, одним из главных направлений деятельности по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения традиционно было санитарное просвещение. Являясь разделом здравоохранения и медицинской науки, санитарное просвещение разрабатывало вопросы теории и практики повышения санитарной культуры населения, опираясь на опыт не только медицинских дисциплин, но и социологии, психологии, педагогики [1]. Стройная система санитарно-эпидемиологического просвещения сформировалась еще в 20-е годы прошлого века. В её основу было положено использование различных методов и форм гигиенического обучения населения, таких как устное слово, печать, радио, кино, телевидение, народные университеты, «школы здоровья» и т.п. Санитарно-эпидемиологическое просвещение в СССР было обязательным разделом деятельности каждого лечебно-профилактического, санитарно-

эпидемиологического учреждения, а также каждого медицинского работника. При этом организационно-методические функции осуществляли республиканские, краевые, областные и городские дома санитарного просвещения совместно с соответствующими кабинетами в санитарно-эпидемиологических станциях. Кроме органов здравоохранения, распространением медицинских и гигиенических знаний занимались различные культурно-просветительские учреждения, профессиональные союзы, общество «Знание» Красного Креста и Красного Полумесяца и другие организации. Для координации их работы по санитарно-эпидемиологическому просвещению были созданы межведомственные советы, Центральный НИИ санитарного просвещения МЗ СССР.

В XXI веке эффективно функционирующая прежде система санитарно-эпидемиологического просвещения оказалась практически разрушенной. В связи с этим возникла необходимость разработки новой, не менее

действенной системы, позволяющей не только информировать население об эпидемиологической ситуации и рисках, возникающих в современных социально-демографических и природных условиях, но и вовлекать его в реализацию профилактических программ. Научное обоснование создания такой системы представлено нами в рамках концепции управления эпидемическим процессом, согласно которой альтернативой санитарному просвещению является информированное добровольное согласие населения (ИДСН) на осуществление профилактической и противоэпидемической деятельности [2].

Понятие ИДСН заимствовано из клинической медицины, где под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации [3]. В противоэпидемической практике ИДСН – это добровольное согласие населения на проведение необходимых профилактических и противоэпидемических мероприятий на основе реализации соответствующих информационно-коммуникационных программ.

Формирование ИДСН достигается путем реализации комплекса мероприятий по информированию населения, которые в противоэпидемической практике признаются неотъемлемым элементом управления эпидемическим процессом и чаще всего относятся к профилактическим мероприятиям. Считается, что если деятельность по санитарно-эпидемиологическому просвещению, ги-

гиеническому воспитанию, социальной мобилизации населения и т.д. оказывает влияние на эпидемический процесс, то эти мероприятия, наряду с другими профилактическими и противоэпидемическими мероприятиями, следует относить к элементам контроля [4]. Между тем, по своей направленности данные мероприятия различаются. Так, если режимно-ограничительные мероприятия направлены на источник возбудителя инфекции, санитарно-ветеринарные, дезинфекционно-дератизационные и др. мероприятия – на разрыв механизма передачи возбудителя, а специфическая и неспецифическая профилактика – на восприимчивость населения, то мероприятия по формированию ИДСН не направлены непосредственно ни на одно из звеньев эпидемического процесса (рис. 1).

Такое рассмотрение служит основанием для отнесения мероприятий по формированию ИДСН наряду с другими факторами, определяющими эффективность системы управления эпидемическим процессом, к опосредованным факторам (рис. 2).

Отнесение мероприятий по формированию ИДСН к эпидемиологическому надзору представляется нам более логичным только в том случае, когда речь идет о сборе и анализе информации о готовности населения к участию в профилактических программах.

В связи со сложностью процесса формирования ИДСН его следует рассматривать в виде самостоятельной системы, имеющей собственные цели, задачи, объекты,

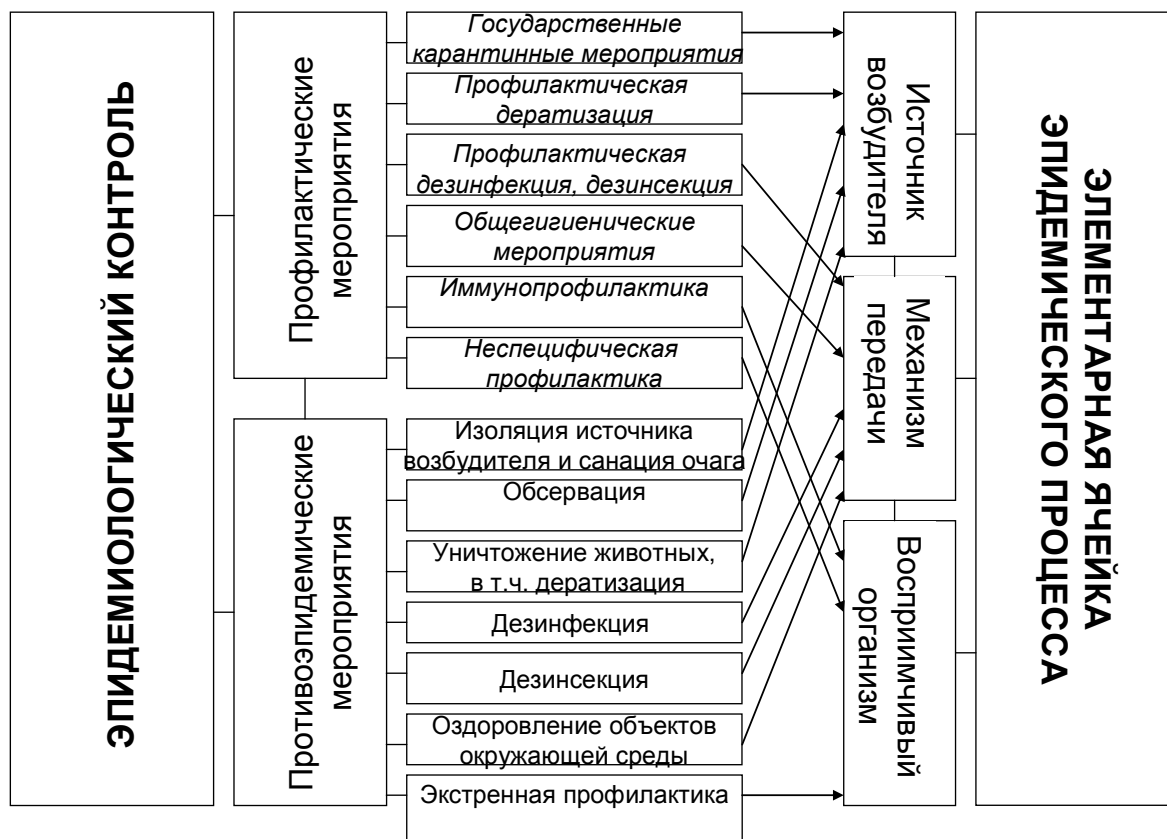


Рис. 1. Непосредственное влияние профилактических и противоэпидемических мероприятий на эпидемический процесс.

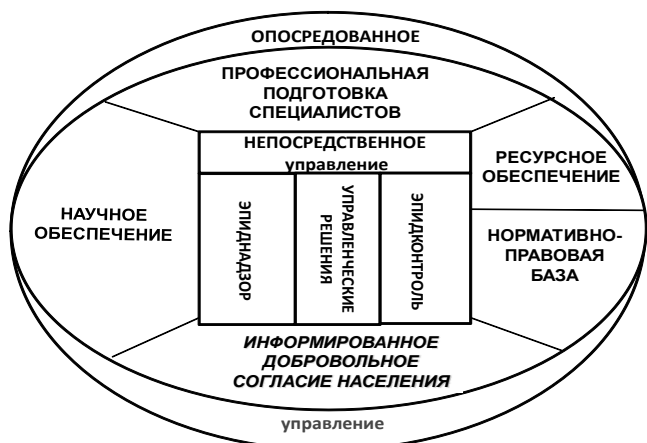


Рис. 2. Место ИДСН в структуре системы управления эпидемическим процессом.

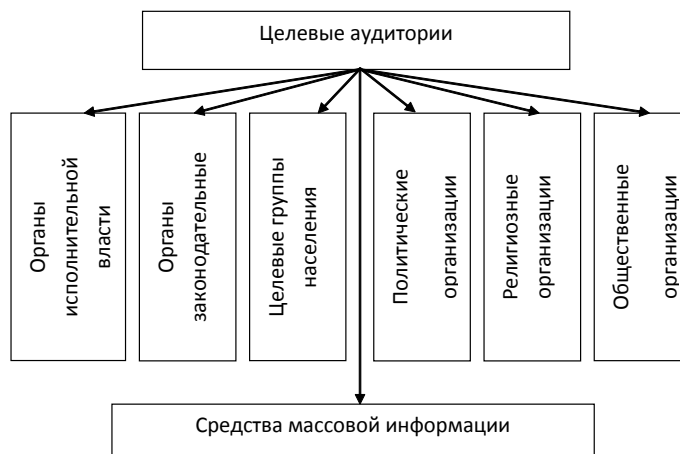


Рис. 3. Объекты формирования ИДСН.

специфичные методы, а также функциональные связи с другими компонентами управления эпидемическим процессом, прежде всего, с эпидемиологическим надзором и контролем.

Цель системы формирования ИДСН заключается в обеспечении готовности населения к реализации комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на повышение эффективности управления эпидемическим процессом. В задачи системы входит разработка и реализация мероприятий, направленных на формирование ИДСН.

Объект формирования ИДСН – население. В противоэпидемической практике, в отличие от клинической, объекты формирования ИДСН представляют собой не столько отдельных пациентов, сколько определенные группы населения. Ими могут быть как группы риска, так и другие категории населения, от которых в конечном счете зависит успех планируемых профилактических и противоэпидемических мероприятий. Так, в случае реализации долгосрочных профилактических программ объектами формирования ИДСН становятся органы власти местного самоуправления, бизнес-сообщества, а также политические, религиозные, общественные движения и другие формирования, способные влиять на возможность реализации управленческих решений. Данные контингенты являются целевыми аудиториями для передачи информации (рис. 3).

Подходы к формированию ИДСН многообразны, однако, исходя из их направленности, следует выделить основные, доказавшие свою эффективность в мировой практике общественного здравоохранения. В качестве таких коммуникационных подходов применяются адвокатура, социальная мобилизация, гигиеническое воспитание, просвещение населения и т.д.

Адвокатура – это коммуникация с лицами, принимающими решения, с помощью средств массовой информации (СМИ), состоящая в аргументации в пользу какого-либо профилактического или противоэпидемического мероприятия с целью получения целенаправленной поддержки в области политики, законодательства или определенной программы.

Социальная мобилизация населения – это процесс объединения всех потенциальных партнеров (объектов формирования ИДСН) в целях привлечения внимания и создания межсекторальной политической и ресурсной поддержки конкретной деятельности, направленной на реализацию профилактических программ. Примером социальной мобилизации служат проводимые национальные дни или недели иммунизации населения. Социальная мобилизация, также как и другие подходы, подразумевает сочетание возможности выбора и добровольного участия. При этом в идеале каждый член общества оказывается охваченным, у каждого появляется своя роль, каждый должен почувствовать свой вклад в общие усилия. Опыт организации социальной мобилизации связан с работой таких международных организаций как ВОЗ, ЮНИСЕФ и др. В 1985 г. эти организации совместно определили социальную мобилизацию в качестве основной задачи, решение которой было необходимым для ускоренной реализации расширенной программы иммунизации.

Социальная мобилизация невозможна в условиях межведомственной разобщенности, и, наоборот, ее организация способствует укреплению связей между различными ведомствами.

Гигиеническое воспитание и просвещение населения в настоящее время рассматривают как единый процесс, целью которого является формирование у населения здорового образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья. В Российской Федерации эта задача реализуется посредством гигиенического обучения декретированных групп населения. Профессионально-гигиеническому обучению подлежат контингенты, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов, питьевой воды, воспитанием и обучением детей, и, непосредственно, их питанием, а также с коммунальным и бытовым обслуживанием населения. При этом остальные целевые группы населения оказываются не охваченными в должной мере гигиеническим воспитанием и обучением, в результате чего проводимые мероприятия оказываются несистемными, что отражается на готовности

населения к участию в профилактических программах.

Международный опыт разработки информационно-коммуникационных программ показывает, что все перечисленные подходы обладают различной степенью эффективности в зависимости от преследуемых целей. Так, если речь идет об изменении поведения населения, то одно лишь информирование в процессе гигиенического обучения вряд ли справится с поставленными задачами. Для их решения предлагаются комплексные программы, примером одной из них служит программа COMBI (communication for behavioural impact), направленная на изменение поведения населения при помощи коммуникации и используемая для профилактики лихорадки Денге [5].

Несмотря на существование различных подходов, в основе формирования ИДСН лежат процессы коммуникации и информирования населения, представленные в виде системы (рис. 4).

Непосредственное информирование населения в системе формирования ИДСН является конечным этапом, которому предшествуют определение объектов информирования; оценка уровня информированности целевых групп населения, разработка содержания информационных программ, исходя из конкретной эпидемиологической ситуации, управленческих целей и информированности населения, выбор адекватных методов и форм информирования, и, наконец, оценка эффективности и коррекция мероприятий, проводимых в рамках рассматриваемой системы.

Выявление целевых аудиторий происходит в ходе проведения эпидемиологического надзора и основывается на определении групп риска по отношению к той или иной инфекционной болезни. Однако группы эпидемиологического риска и целевые группы информирования не всегда совпадают, поэтому их следует различать. Так,

например, для информирования в отношении профилактики «детских» инфекций в качестве целевых групп населения рассматривают родителей, работников детских учреждений, а также женщин детородного возраста.

Среди объектов формирования ИДСН отдельного рассмотрения требуют СМИ, которые в настоящее время представляют собой инструмент государственного и общественного воздействия на массовое сознание и формирование общественного мнения. СМИ являются объектом и активным субъектом информационной политики, в известной мере оказывают информационное влияние абсолютно на все целевые группы населения, формируя как положительное, так и отрицательное общественное мнение в отношении профилактических мероприятий.

Огромный поток информации, зачастую ложной, обрушивающийся на население через СМИ и интернет, приводит к негативным тенденциям в динамике эпидемического процесса и затрудняет формирование ИДСН. Ситуация усугубляется широкой антипрививочной пропагандой, осуществляемой в т.ч. и через СМИ, и, как следствие, массовыми отказами населения от вакцинации – самого эффективного профилактического и противоэпидемического мероприятия. Ярким примером последствий антипрививочного движения явилась эпидемия дифтерии в станах СНГ, где в 90-х годах прошлого века на фоне снижения охвата вакцинацией заболело 140 тыс. и умерло 5 тыс. человек [6].

Оценка уровня информированности целевых групп населения чрезвычайно важна для понимания степени готовности населения к реализации профилактических и противоэпидемических мероприятий. Изучение информированности включает оценку знаний, выявление отношения населения к проблеме, а также особенностей его поведения в связи с эпидемиологическими рисками.

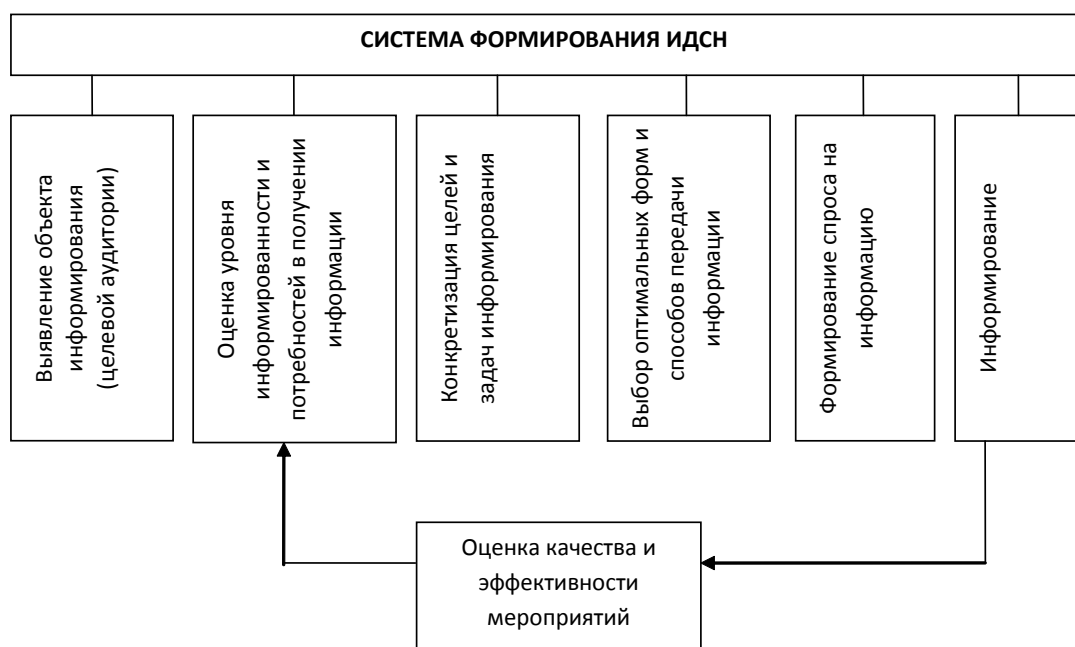


Рис. 4. Организационно-функциональная структура системы формирования ИДСН.

Традиционными методами изучения информированности населения являются анкетирование и интервьюирование, которые применяются, как правило, в рамках эпидемиологических исследований, т.к. требуют значительного времени, специальной подготовки, привлечения дополнительных сил в виде социологов, психологов, педагогов и средств массовой информации. Несмотря на это, в последние годы выявление уровня информированности населения все чаще выступает в качестве задач исследований [7, 8]. Средствами для определения информированности населения являются опросники типа КАР (Knowledge, Attitudes and Practices) или КАРВ (Knowledge, Attitudes, Practices and Behaviours), в которые включаются вопросы, позволяющие оценить знания населения, его отношение к проблеме, особенности навыков и поведения. Оценка информированности населения осуществляется по рейтинговым шкалам и обычно выражается в процентном отношении или согласно трем уровням – низкому, среднему и высокому.

Наибольшее количество материалов, посвященных изучению информированности населения, накоплено в отношении ВИЧ-инфекции. Во всем мире признано, что ВИЧ-инфекция является «болезнью дефицита знаний». В исследованиях показана значимость и необходимость обучения населения вопросам эпидемиологии и профилактики ВИЧ-инфекции, просвещения на основе формирования у населения мотивации к безопасному поведению [9].

Наши исследования подтвердили недостаточный уровень информированности разных групп населения по вопросам эпидемиологии и профилактики различных инфекций. Например, в исследовании, посвященном изучению информированности молодежи (студенты вуза, учащиеся медицинского колледжа и профессионального лица) о путях и факторах передачи ВИЧ, а также методах профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, было установлено наличие ошибочных знаний (Е. Г. Симонова, Е. А. Антонова, 2007). Так, 26-42% респондентов считали, что ВИЧ передается при укусе насекомых, 14-50% – что заразиться ВИЧ-инфекцией можно в плавательном бассейне, 8-27% полагали, что ВИЧ передается при совместном употреблении пищи, 8-18% утверждали, что можно заразиться от человека, кашляющего рядом и т.д. Изучение отношения населения к проблеме показало, что у учащихся лица самый низкий уровень личной причастности к проблеме. В 42% молодежь из данной целевой группы считала, что проблема ВИЧ/СПИДа их не касается, в 67% не признавала возможность инфицирования, т.е. фактически отрицала наличие факторов риска в своем поведении.

Еще один пример – результаты изучения информированности населения по проблеме сальмонеллез у детей до года, проведенного нами в г. Москве, в связи с ретроспективно выявленными стабильно высокими уровнями спорадической заболеваемости в данной возрастной группе (А. А. Филиппова с соавт., 2012). При интервьюировании матерей детей раннего возраста установлено, что в достаточном объеме информацией по

вопросам эпидемиологии и профилактики сальмонеллезов владел всего 1% респондентов из контрольной группы (здоровые дети) и 98% из опытной (переболевшие дети). Необходимую информацию, как показало исследование, родители получали уже после заболевания ребенка.

В противоэпидемической практике информированность населения оценивают по показателям, получаемым в ходе проведения эпидемиологического надзора. Так, показателем, характеризующим уровень информированности в отношении вакцинации, являются регистрируемые отказы от прививок. По данным разных авторов они колеблются в достаточно широких пределах. Так, при анализе эпидемиологической ситуации по бешенству в РФ за период с 1990 по 2006 год нами выявлено, что среди заболевших гидрофобией людей, обратившихся за антирабической помощью, отказы от курса назначенного лечения составили 13%, а случаи самовольного прекращения лечения или нарушения в схеме лечения наблюдались в 26% случаев. В 2006-2011 годах данные показатели составили уже 63,0 и 19,0% соответственно, что свидетельствует о крайне низкой информированности населения.

Анализ причин отказов от профилактических прививок, госпитализации, лабораторного обследования, лечения и т.д. свидетельствует о наличии, по меньшей мере, двух основных групп причин. К первой группе относятся отсутствие должного информирования, т.е. недостаточная информированность, а также наличие искаженной или ложной информации. Чаще всего искаженную информацию население получает в интернете, посещая сомнительные непрофессиональные сайты. Вторую группу составляют причины, связанные с неправильно преподнесенной информацией. Информирование, ограниченное передачей информации лишь о необходимости проведения какого-либо мероприятия обречено на провал. Как бы убедительно ни выглядела информация, без предоставления человеку права принять альтернативное решение и объяснения всех последствий отказа, вряд ли возможно достижение добровольного согласия. Этот постулат подтверждается теорией и практикой принятия эффективных управленческих решений: решение будет единственно верным тогда, когда принимающий решение имеет достаточную информацию для оценки всех имеющихся альтернатив.

В качестве индикаторов информированности населения по той или иной проблеме используют также такие показатели как отказы от госпитализации, несоблюдение противоэпидемического режима в очагах инфекции, рискованное поведение и т.д. Одним из таких показателей принято считать обращение за медицинской помощью. Между тем, показатели обращения населения к врачу не следует рассматривать как абсолютно достоверные и объективные данные, т.к. на них, как известно, оказывает влияние целый ряд факторов, которые включают доступность, качество медицинской помощи и т.д. Информирование может привести к реализации, как минимум, двух сценариев в отношении обращения населения к врачу.

Первый сценарий, приводящий к изменению поведения населения и его отношения к проблеме, способствует снижению рисков, предупреждению заражения населения и, в результате, уменьшению обращаемости населения к врачу. Второй – не меняет поведения населения, повышая при этом его настороженность, приводя в итоге к росту обращаемости.

Другой подход к определению информированности населения, закладываемый в существующие сегодня программы мониторинга, заключается в сборе информации об объемах информационно-разъяснительной работы, проводимой с населением. Между тем, число выступлений в СМИ, подготовленных информационных материалов и т.д. вовсе не отражают уровень информированности населения. Они свидетельствуют лишь о количественных показателях информирования, но не подразумевают оценку его качества, которое зависит от содержания передаваемой населению информации.

Содержание информирования должно ориентироваться на оценки, полученные в ходе изучения информированности населения с учетом региональных, национальных, возрастных, поведенческих и прочих особенностей целевых групп. Содержание информирования определяется его целями и задачами, которые также вытекают из результатов надзора и зависят от конкретной эпидемиологической ситуации, качества и эффективности, проводимых профилактических или противоэпидемических мероприятий, а также уровня информированности населения. Конечной целью информирования, как было показано выше, является повышение степени готовности, или как принято говорить, приверженности населения к проведению конкретных профилактических или противоэпидемических мероприятий. Задачи информирования зависят от конкретной ситуации и заключаются в повышении уровня знаний, изменении отношения к проблеме, создании мотивации к изменению поведения, привычек населения и т.д. В зависимости от поставленных задач для каждой конкретной целевой аудитории дифференцируется и содержание информации. Так, информация, передаваемая в процессе адвокации и предназначенная для органов власти с целью поддержки реализуемых программ по формированию ИДСН, должна содержать факты, способные убедить аудиторию в необходимости поддержки данной деятельности. Самыми убедительными аргументами в этой ситуации являются предоставляемые социально-экономические расчеты, прогнозы развития эпидемического процесса, динамика демографических показателей под его воздействием и т.д.

С целью максимального восприятия информация должна быть краткой, предельно конкретной, понятной и воспроизводимой.

Примером дифференцированного подхода к определению содержания информационного материала служит деятельность ВОЗ, CDC и других профессиональных организаций по информированию населения по вопросам эпидемиологии, эпизоотологии и профилактики бешенства. По данной проблеме в настоящее время разработаны различные информационные материалы,

предназначенные для обучения, формирования навыков безопасного поведения населения, в т.ч. детей разных возрастов, педагогов, родителей и взрослых людей в целом [10].

Формы и способы передачи информации населению выбираются в зависимости от объектов, целей и содержания информирования, а их реализация основывается на методах социального маркетинга (Е. Г. Симонова, Е. А. Антонова, 2007). Данные методы позволяют изучить закономерности продвижения и распространения конечного информационного продукта с учетом происходящих изменений в психологии населения. К таким изменениям в настоящее время относятся повышение самооценки и уровня собственной значимости, появление потребности в медицинских, в том числе профилактических, услугах более высокого качества, рост настороженного и взыскательного отношения к ним и т.д. При этом учитывается восприятие целевыми аудиториями той или иной проблемы, различные уровни информированности, разные точки зрения на проведение профилактических мероприятий и собственное участие в них, а также спрос населения на информацию.

Результаты исследований в области изучения наиболее востребованных источников информации показали наличие территориальных, возрастных и других различий. Так, по нашим данным, 68% студентов ВУЗа г. Калуги назвали СМИ главным источником информации о ВИЧ/СПИД инфекции. На получение информации в стенах учебных заведений указали 45% студентов колледжа и 42% учащихся лица. Установлено, что роль семьи, как источника информации о ВИЧ/СПИДе, не одинакова для различных групп молодежи. Так, если для учащихся средних учебных заведений мнение родителей и родственников более значимо, то с повышением уровня образования все более важными в качестве источника информации становятся СМИ и сверстники. Среди студентов ВУЗов г. Хабаровска предпочтительными источниками получения информации по той же проблеме являлись телевидение (62,7%), учебные заведения (48,8%) и родители (28,4%). При этом интернет как источник информирования молодежи указывался только 2% респондентов [11].

Определение населением приоритетных источников получения информации зависит и от доверия населения к различным информационным источникам. Исследования показали, что оно различается в значительной степени. Так, Г. В. Архангельская и И. А. Зыкова, изучая возможности оптимизации информационной работы, показали, что в 2005 году население в большей степени доверяло ученым (68%) и специалистам Роспотребнадзора (48%), а в меньшей – СМИ (25%) и представителям власти (18%) [12]. В то же время, самым удобным способом получения информации те же группы населения считали СМИ (66%), далее в рейтинге информационных источников по удобству следовали личная беседа со специалистом (33%), листовки в почтовом ящике (19,7%), плакат в поликлинике (4,7%) и лекция в клубе (0,7%).

Интернет с каждым годом приобретает все большую информационную значимость для населения. Так, при

оценке потребности в получении сведений об инфекционных заболеваниях, включая сальмонеллезы, нами установлено, что 87% респондентов хотело бы получать информацию на специализированных сайтах в интернете, всего 7% – из брошюр и листовок, а при личной беседе с врачом – только 6%. Таким образом, тематические сайты в современных условиях являются источником первичной информации, при этом размещенная на них информация не всегда оказывается профессиональной и объективной. Согласно опросу матерей, проживающих в столице, самыми посещаемыми являются непрофессиональные сайты, созданные для продвижения определенных товаров и услуг, в т.ч. медицинских. Население не осведомлено должным образом о возможности получения информации из официальных источников. Создание пресс-службы Роспотребнадзора является одним из первых шагов на пути информирования населения по вопросам профилактики инфекционных болезней.

Абсолютно невостребованным информационным каналом для продвижения эпидемиологически значимой информации в Российской Федерации является мобильная связь. Между тем, при помощи SMS-рассылок в настоящее время успешно продвигаются различные товары и услуги. Данная проблема состоит в невостребованности информации, отсутствии спроса на нее у населения, а также определенном недоверии к информации, получаемой таким способом. Исследование, проведенное в 2011 году в г. Ставрополе на уровне муниципального образования показало, что первые три позиции в рейтинге каналов информирования занимают способы передачи информации без использования технических средств. Так, 78% респондентов в качестве самых приоритетных способов получения срочной информации отметили старшего по дому (78%), объявления на дверях подъезда (64%), а также сообщение соседей (32%) [13].

Иначе обстоит ситуация с сельским населением, которое представляет собой целевую группу населения для информирования о профилактике большинства зоонозных, в т.ч. природно-очаговых инфекций. Данная целевая группа характеризуется низким спросом на информацию, иными потенциальными источниками и способами информирования, которые в современных условиях экономического развития требуют дополнительного изучения. Исследователи относят проблему информирования данной группы населения к проблеме «информационного неравенства» [14]. По результатам социологических опросов, в России 60% граждан никогда не пользовались интернетом, а современными гаджетами в настоящее время владеет менее 1% населения. Из числа населения, регулярно пользующегося интернетом, чаще других с целью получения информации его посещает молодежь и лица среднего возраста (от 18 до 30 лет) с невысоким доходом (ниже прожиточного минимума), проживающие преимущественно в столичном регионе [15]. Выявленные реалии нельзя не принимать во внимание при планировании мероприятий по информированию населения.

Формирование спроса на информацию осуществля-

ется путем предоставления информации определенными способами и в определенной форме, способными вызвать у населения интерес к ее получению в большем объеме. Такими способами могут быть распространение листовок, издание плакатов и другой полиграфической продукции, содержащей информацию в краткой, емкой, наглядной и красочной форме, способной привлечь внимание населения к проблеме.

Функционирование системы формирования ИДСН не возможно без элементов обратной связи. В связи с этим мероприятия должны оцениваться по конечным результатам, т.е. по уровню информированности населения, с точки зрения качества и эффективности. Таким образом, формирование ИДСН представляет собой процесс передачи информации, где с одной стороны необходимая информация передается населению, а с другой – от населения получается информация о его готовности к проведению мероприятий, служащая основой для дальнейшего совершенствования системы. Применение системного подхода и принципов социального маркетинга позволило разработать систему формирования ИДСН, отвечающую современным запросам общества.

References

1. Baranovskiy LV, Sokolov IS. Essays on the history of the Soviet hygiene education. M.: Sanitarnoe prosveshchenie, 1965.
2. Simonova EG. The concept of management of the epidemic process – from theory to practice. *Meditinskii almanakh*. 2012;3:43-46.
3. Pokulenko TA. The principle of informed consent: a challenge to paternalism. *Bioetika: problemy i perspektivy* [Bioethics: problems and perspectives]. www.philosophy.ru
4. Bolotovskiy VM, Micheeva IV, Lytkina IN. Measles, rubella, mumps: the unified management of the epidemic process. M., 2004.
5. Parks, Will, Lloyd Linda. Planning social mobilization and communication for dengue fever prevention and control: a step-by-step guide, 2004.
6. Mac AN. Physicians about antivaccination movement and its inventions in the media. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2009;4:1-24.
7. Solov'yev DV, Rodina OV, Garmash UU. The assessment of the level of knowledge of the possibility of infection, treatment and prevention of parental hepatitis B and C and HIV infection among patients with pulmonary tuberculosis. *Tuberkulez i bolezni legkikh*. 2011;3:39-43.
8. Novikova UB, Shulyak UA, Demidovich LL. The study of the knowledge of the possibility of infection, treatment and prevention of parenteral hepatitis B and C and HIV infection among narcological hospital patients. *Epidemiologiya i vaksino profilaktika*. 2013;2:80-86.
9. Pokrovskiy VV. The activities of NGOs to combat against AIDS in the Russia. *Kruglyy stol [Round table]*. 2003;1:36-37.
10. <http://www.cdc.gov/rabies/resources/training>
11. Sidelnikov UN, Morozova AM, Zavorotneva AA. The knowledge of the students of Khabarovsk on HIV / AIDS. *Dalnevostochnyy Zhurnal Infektsionnoy Patologii [Far East journal of infectious pathology]*. 2009;15:97-106.
12. Arkhangelskaya GV, Zykova IA. Optimization of information work on the problems of radiation hygiene to populations residing in the territory of radioactive contamination. *Radiatsionnaya gigiena [Radiation hygiene]*. 2008;1(3):4-11.
13. Yakovlev II. Distribution channels – socially important information at the community level. *Vestnik adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 1 [Bulletin of Adyge state University. Series 1]*. 2011;4:138-143.
14. Zeytunyan MA. The problem of the digital divide in the modern Russian society. *Vestnik Adygeyskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 1 [Bulletin of Adyge state University. Series 1]*. 2010;3:78-81.
15. <http://bd.fom.ru>