

Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу



Міністерство охорони
здоров'я України

Міністерство України
у справах сім'ї, молоді
та спорту

Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Київ 2008

УДК 346-786

ББК 65.272

В 80

Автори-упорядники:

Голоцван О.А., канд. мед. наук; національний тренер ЮНІСЕФ

Осташко С.І., головний спеціаліст Управління материнства, дитинства МОЗ України

Мешкова О.М., заступник генерального директора з організаційно-методичної роботи НДСЛ "ОХМАТДИТ", лікар-педіатр вищої категорії, заслужений лікар України

Ципко О.Ю., головний спеціаліст відділу соціально-профілактичної роботи Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді

Сакович О.Т., керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді Представництва ЮНІСЕФ в Україні

Співавтори:

Пархоменко Л.К., д.м.н., професор, завідувача кафедрою підліткової медицини ХМАПО

Романенко Л.В., завідувача методично-організаційним моніторинговим центром НДСЛ "ОХМАТДИТ", лікар-педіатр вищої категорії

Анопрієнко О.В., завідувача центром медико-психологічної та соціально-реабілітаційної допомоги дітям НДСЛ "ОХМАТДИТ", магістр психології, національний тренер ЮНІСЕФ

Вінниченко Н.В., завідувача клініки, дружньої до молоді при поліклінічному відділенні №2 дитячої міської лікарні м. Полтава, лікар-дерматовенеролог вищої категорії

Треньова Н.В., магістр психології, психолог клініки, дружньої до молоді при Запорізькій обласній дитячій клінічній спеціалізованій лікарні

Бобир Г.М., к.м.н., завідувача клініки, дружньої до молоді при дитячій клінічній лікарні №6 Шевченківського району м. Києва, національний тренер ЮНІСЕФ, лікар-гінеколог вищої категорії

Цуглевич Д.Л., завідувача клініки, дружньої до молоді при жіночій консультації міського медичного центру "ОХМАТДИТ" м. Кам'янець-Подільський, національний тренер ЮНІСЕФ, лікар-акушер, гінеколог вищої категорії

Кір'янова Т. П., заступник директора Запорізького обласного центру соціальних служб сім'ї, дітей та молоді

Голубнича М.В., провідний спеціаліст Полтавського міського центру соціальних служб сім'ї, дітей та молоді

Рецензенти:

Педан В.Б., заступник начальника Управління материнства, дитинства та санаторної справи МОЗ України

Пінчук І.М., канд. пед. наук, заступник директора Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді

ПІДГОТОВЛЕНО ТА ВИДАНО ЗА СПРИЯННЯ ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН (ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ

Клініки, дружні до молоді (КДМ), надають медико-соціальну допомогу підліткам та молоді на основі "дружнього підходу", рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ). Основними принципами цього підходу є добровільність, доброзичливість та доступність послуг, які дозволяють надавати допомогу підліткам та молоді через розуміння їх проблем і спільний пошук шляхів їх вирішення задля зміни ризикової поведінки та збереження здоров'я.

Ці методичні рекомендації пропонуються керівникам та персоналу лікувально-профілактичних та соціальних закладів, медичним та соціальним працівникам, членам громадських організацій, які працюють у сфері збереження здоров'я та профілактики ВІЛ, – усім тим, хто бажає організувати ефективну роботу по збереженню підліткового здоров'я і забезпечує надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді на принципах "дружнього підходу".

ISBN 978-966-8869-20-4

©Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АМН	Академія медичних наук
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ДКТ	Добровільне консультування та тестування на ВІЛ
ЗМІ	Засоби масової інформації
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
ІРНЦ	Інформаційно-ресурсний навчальний центр
КДМ	Клініка, дружня до молоді
КЗП	Комунікація зі зміни поведінки
МДК	Мультидисциплінарна команда
КМУ	Кабінет Міністрів України
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НДСЛ	Національна дитяча спеціалізована лікарня
НУО	Неурядові організації
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПС	Планування сім'ї
ПТУ	Професійно-технічне училище
РЗ	Репродуктивне здоров'я
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
ТД	Телефон довіри
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ФНООН	Фонд народонаселення ООН
ЦСССДМ	Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН

ЗМІСТ

Вступ	5
I. Актуальність створення “Клінік, дружніх до молоді”	9
1.1 Необхідність надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді.	10
1.2 Особливості підліткового віку	12
1.3 Стан здоров’я підлітків та організація надання медичної допомоги підліткам в амбулаторно-поліклінічних закладах	14
II. Законодавче забезпечення охорони здоров’я дітей та молоді в Україні	17
2.1 Міжнародне та вітчизняне законодавство	18
2.2 Нормативно-правові засади діяльності КДМ	26
2.3 Доступ неповнолітніх до медичної допомоги та процедури тестування на ВІЛ-інфекцію	28
III. Мета, завдання, принципи роботи КДМ, цільова група та напрямки діяльності	31
IV. Організація роботи, практичні аспекти діяльності та моделі КДМ	41
4.1 Організація роботи КДМ	42
4.2 Практичні аспекти діяльності КДМ	47
4.3 Існуючі моделі КДМ	55
V. Аспекти профілактичної роботи КДМ: формування навичок відповідальної поведінки	63
5.1 Профілактична робота в КДМ	64
5.2 Процес формування відповідальної поведінки	65
5.3 Теоретичні аспекти моделі зміни поведінки	70
VI. Взаємодія “Клінік, дружніх до молоді” з центрами соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді	73
6.1 Організаційна діяльність щодо забезпечення взаємодії між КДМ та ЦСССДМ	74
6.2 Практичні аспекти забезпечення взаємодії між спеціалістами ЦСССДМ і медичними працівниками	75
VII. Участь молоді у діяльності КДМ.	83
7.1 Підходи до залучення молоді до діяльності КДМ	84
7.2 Волонтерська діяльність в КДМ	85
VIII. Відповідність закладів, що надають медико-соціальні послуги, статусу “Клініка, дружня до молоді”. Моніторинг та оцінка.	93
Список літератури	103
Додатки	105

“З підлітків створюються покоління”

Ф.М. Достоевський

ВСТУП

У спектрі людського щастя здоров'ю належить найвагоміше місце. Індивідуальне здоров'я – абсолютна і непересічна цінність, яка перебуває на найвищому щаблі ієрархічної шкали цінностей, а також у системі таких філософських категорій людського буття, як інтереси та ідеали, гармонія, сенс життя і щастя, творча праця, програма та ритм життєдіяльності.

Здоров'я населення є показником цивілізованості суспільства та відображає рівень соціально-економічного розвитку держави. У суспільній свідомості здоровий спосіб життя повинен бути важливим елементом культури та асоціюватися з комплексом норм поведінки: раціональним харчуванням, рухливістю, відмовою від тютюнопаління, алкоголю та наркотиків, знанням основних принципів збереження здоров'я, статевого виховання тощо.

Загальновизнано, що здоров'я й розвиток дітей визначаються безліччю факторів. Багато в чому залежить воно від спадковості, від середовища перебування, в якому зростає та розвивається дитина, від морального й матеріального стану родини, мікроклімату в навчальному закладі та від контакту з однолітками. У формуванні здорового підростаючого покоління визначальна роль належить загальній соціально-економічній ситуації в країні та рівню життя населення взагалі і сімей зокрема.

У всьому світі протягом останніх 10-15 років постійно зростає розуміння і визнання важливості створення особливих служб здоров'я для підлітків, які відповідають їх потребам, а також вдосконалюється і визнається поняття “підліткової медицини”. Хоча підлітки, можливо, є менш уразливими до хвороб, ніж малі діти чи старі люди, але вони мають цілу низку проблем, пов'язаних із дорослішанням, їхньою поведінкою та ризиками, на які вони наражаються. Багато факторів ризику пов'язані із бідністю та поганим харчуванням, статевою поведінкою, вживанням алкоголю та наркотиків, тютюнопалінням, депресіями, травмуваннями тощо. Моделі поведінки, які наслідують підлітки, будуть впливати на все їхнє життя та здоров'я наступних поколінь.



Чому діти підліткового віку потребують послуг, які відрізняються від тих, що надаються дорослим?

Соціальна значущість здоров'я дітей, зокрема підліткового віку, зумовлена тим, що вони представляють найближчий репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний та культурний потенціал суспільства. Сьогоднішні підлітки – це діти, які народилися у складний час початку 90-х років і живуть у добу стрімкого поширення ВІЛ/СНІДу. Зміни соціально-економічних умов у суспільстві наклали свій відбиток на здоров'я та соціалізацію дітей, зросла сімейна дезадаптація та збільшилась кількість сімей, які перебувають у критичному стані. Умови погіршення стану соматичного, психічного та репродуктивного здоров'я, а також поглиблення характерної для дітей та молоді психосоціальної дезадаптації призвели до розуміння важливості ролі соціальних факторів.

У радянські часи функції щодо медичного обслуговування дітей підліткового віку, профвідбору та профорієнтації було передано в лікувально-профілактичні заклади для дорослих і відкрито мережу підліткових кабінетів, які працювали за територіальним принципом. Допомогу підліткам надавали підліткові терапевти.

У зв'язку з визнанням віку дітей Законом України “Про охорону дитинства” до 18 років з 2002 року було розпочато передачу дітей підліткового віку в обслуговування педіатричної служби. Проте це суттєво не змінило ситуації з охороною здоров'я дітей підліткового віку. Лікарі відзначали проблеми у спілкуванні з підлітками в оцінці

їхнього розвитку. Через це виникла потреба у змінах в системі охорони здоров'я, спрямованих на підвищення доступності та забезпечення конфіденційності медичної допомоги підліткам. Крім того, її основним напрямком повинна була бути профілактична спрямованість. Медична допомога підліткам повинна вирішувати широкий спектр медико-соціальних проблем, особливо тих, що пов'язані з ризиковою поведінкою, і надаватися спільно педіатром, психологом, гінекологом, соціальним працівником.

Дослідження виявили, що в системі первинної медико-санітарної допомоги педіатри, сімейні лікарі не можуть забезпечити та задовольнити всі медико-соціальні потреби підлітків. Досвід вказує на необхідність зміни відношення до охорони здоров'я підлітків та відповідно створення служб, що здатні вирішити проблеми ризикової поведінки сучасних підлітків. Такими службами покликані стати **“Клініки, дружні до молоді”**¹ (далі **КДМ**), які мають надавати допомогу підліткам та молоді через розуміння їх проблем і спільний пошук шляхів їх вирішення задля зміни ризикової поведінки, збереження здоров'я та через підготовку персоналу, який вміє та має бажання працювати з дітьми підліткового віку та молоддю. КДМ мають відігравати значну роль у **профілактиці ВІЛ/СНІДу** і формуванні **відповідальної поведінки** серед підлітків та молоді до власного здоров'я.

Тим часом ВІЛ продовжує поширюватися в Україні рекордними темпами, що підтверджується річним приростом нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 10%, від 16 078 у 2006 році до 17 669 нових випадків ВІЛ-інфекції у 2007 році. Немає жодних доказів зупинення чи навіть уповільнення поширення ВІЛ. За прогнозами епідемія швидко зростатиме протягом наступних років. Отже, якщо ефективні заходи не будуть впроваджені негайно, епідемія може призвести до інфікування ВІЛ 820 000 людей (3.5% дорослого населення) до 2014 року. Це означатиме, що кількість випадків ВІЛ майже подвоїться. Також передбачається, що до 2014 року кількість смертей від СНІДу може досягти 300 000 людей. Якщо ці тенденції залишаться, існує значний ризик, що протягом наступних п'яти років в Україні розвинеться генералізована епідемія СНІДу з постійним зростанням нових випадків інфікування ВІЛ серед усього населення. Якщо це станеться, Україна буде першою країною індустріального світу, що не змогла стримати епідемію СНІДу, коли вона ще була сконцентрована серед груп високого ризику.

Розвиток “дружніх до молоді” послуг рекомендується **Європейською стратегією “Здоров'я та розвиток дітей та підлітків”** (п.25, 58) (дивіться **Додаток №2**), яка прийнята 55 Сесією Регіонального Європейського Комітету ВООЗ 12-15 вересня 2005 року (EUR/RC55/6), а також Резолюцією Глобальних консультацій ВООЗ щодо “дружніх до молоді” послуг (березень 2001, Женева) та посібником ВООЗ “Розвиток “дружніх до підлітків” служб охорони здоров'я” (Adolescent Friendly Health Services, Making it Happen) (Женева, 2002).

У Європейській стратегії “Здоров'я та розвиток дітей і підлітків” визначені керівні принципи її впровадження для здорового росту та розвитку дітей і підлітків, а саме: підхід до діяльності з точки зору всього життєвого циклу; активізація міжсекторальної взаємодії та забезпечення рівного доступу до послуг, які відповідають потребам дітей і підлітків. Одним із пріоритетних напрямків діяльності визначається збереження здоров'я підлітків через те, що у цьому віці формується стиль поведінки, який може впливати на стан здоров'я протягом всього життя. Для комплексного вирішення проблем здоров'я підлітків мають бути створені служби охорони здоров'я, орієнтовані на підліткову групу. Організаторами у сфері охорони здоров'я повинно бути здійснено ряд важливих заходів, спрямованих на ефективне вирішення проблем дотримання принципу справедливості в рамках стратегій охорони здоров'я дітей і підлітків. Україна є одним із пілотних регіонів для впровадження Європейської стратегії.

¹ “Медичні служби, доброзичливі до підлітків, дотримуються певних правил і мають характерні особливості, які привертають підлітків до медичних центрів, чи програм, які забезпечують їм відповідні комфортабельні умови, відповідають їхнім потребам і здатні зберегти свою клієнтуру з числа підлітків з метою надання їм подальших послуг та повторних прийомів” (Senderowitz, 1995).

За визначенням ВООЗ “підліток – це людина, яка вже не дитина, але ще не доросла”. Саме тому підлітки потребують допомоги, яка за формою відрізняється від допомоги, що надається дітям та дорослим. Накопичений досвід дозволяє стверджувати, що найефективніше вона може бути реалізована в закладах, які надають медико-соціальну допомогу, та відповідають вимогам, що пред’являються до “Клінік, дружніх до молоді”.

У цих методичних рекомендаціях ми будемо використовувати термін “підлітки”, маючи на увазі вікову групу від 14 до 18 років, як таку, що найкраще характеризує цільову групу КДМ. Нижня межа підліткового віку визначається біологічними факторами, тобто початком появи вторинних статевих ознак, верхня – соціальною зрілістю, коли йде вибір професії, визначення свого місця у суспільстві, набуттям правоздатності.

Міжнародними критеріями та характеристиками щодо надання дружніх до молоді послуг визначено, що:

- вони доступні та орієнтовані на дітей підліткового віку та задовольняють їх;
- їх можна отримати в доступний час та в доступному місці;
- розраховані на відвідувачів незалежно від статі, соціального статусу, віросповідання та етнічної належності;
- вони надаються в доступній для дітей підліткового віку формі;
- розраховані на ті цільові групи, які найбільш уразливі, та на тих, хто потребує допомоги;
- є комплексними та ефективними;
- надаються безоплатно.

Співробітники “Клінік, дружніх до молоді” повинні бути висококваліфікованими спеціалістами, володіти професійними знаннями, а також навичками та вмінням спілкуватися з підлітками, не засуджуючи, та шанобливо.

За матеріалами ЮНІСЕФ перші моделі служб, які працюють у профілактичному напрямку з підлітками, з 1972 року вже функціонували в США, з 1993 року в – Англії, Швеції та інших країнах. На сьогодні служби, які будують свою роботу на принципах дружнього підходу до молоді, створюються і працюють в різних країнах СНД (Росії, Молдові, Білорусі, Вірменії, Казахстані тощо).

КДМ не є альтернативою і не мають замінити для підлітків існуючі служби, наприклад дитячі поліклініки. Ці служби будуть доповнювати одна одну для досягнення єдиної мети – збереження здоров’я молодого покоління. КДМ можуть бути структурною частиною дитячих лікувально-профілактичних та соціальних закладів як відділення медико-соціальної допомоги підліткам.

З 1997 року розпочато співробітництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) та уряду України. З метою забезпечення сучасних підходів до надання медичної допомоги дітям підліткового віку у 1998 році було відкрито першу “Клініку, дружню до молоді” в м. Києві. У 2005-2006 роках створення КДМ було підтримано Міністерством охорони здоров’я України у рамках пілотного проєкту за сприяння ЮНІСЕФ у 9 регіонах України: у містах Києві і Севастополі, Донецькій, Одеській, Полтавській, Чернігівській, Львівській, Запорізькій та Хмельницькій областях.



Ідея створення КДМ знаходить все більше нових прихильників серед організаторів охорони здоров’я та соціальних працівників по всій країні. На сьогодні вже розроблено нормативно-правову базу, необхідну для розвитку КДМ. У 2006 році розпочав

працювати методико-організаційний моніторинговий центр НДСЛ “ОХМАТДИТ” для методичного забезпечення, моніторингу та координації діяльності роботи закладів охорони здоров’я, які функціонують відповідно до національних критеріїв “Лікарня, доброзичлива до дитини”, регіональних Центрів підтримки грудного вигодовування та Центрів (відділень) медико-соціальної допомоги дітям та молоді “Клініка, дружня до молоді”.

За даними методично-організаційного моніторингового центру на 01.09.08 вже створено та функціонує 46 КДМ у формі центрів, відділень або кабінетів у різних областях України. Більш повна інформація щодо КДМ – у **Додатку №1**.

Питанням, як ефективно організувати роботу “Клініки, дружньої до молоді”, і присвячено ці методичні рекомендації, який пропонується до уваги керівників та персоналу лікувально-профілактичних та соціальних закладів, медичних та соціальних працівників, членів громадських організацій, які працюють у сфері збереження здоров’я та профілактики ВІЛ серед підлітків та молоді.



1.1 Необхідність надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді

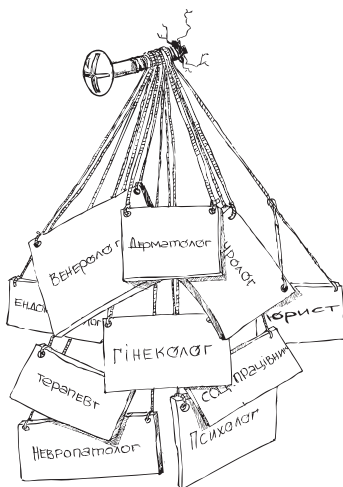
1.2 Особливості підліткового віку

1.3 Стан здоров'я підлітків та організація надання медичної допомоги підліткам в амбулаторно-поліклінічних закладах

Підлітки складають значну потенційну активну групу населення. Стан здоров'я, розвиток та всебічне виховання дітей підліткового віку – справа першочергового значення. Її роль зростає у зв'язку з тим, що в останні роки погіршився стан здоров'я дітей, зросла смертність, приріст населення йде зі знаком мінус.

Охорона здоров'я дітей в Україні ставить перед спеціалістами завдання, спрямовані не тільки на зниження захворюваності і смертності у цій віковій групі у порівнянні із раннім дитинством, а й у першу чергу на зміцнення здоров'я, підвищення рівня життя протягом усього циклу відтворення, росту і розвитку людини, насамперед включаючи і роки юнацтва.

1.1 Необхідність надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді



Початковий період юнацтва – це критичний період біологічної і психологічної перебудови. Для багатьох він пов'язаний і з різкою зміною соціального оточення. Саме у ці роки формуються навички поведінки і звичок, пов'язаних зі здоров'ям. Долучаючись до життя дорослих, підлітки мають потребу у попередній інформації з таких життєво важливих питань, як психофізіологія організму людини, проблеми збереження і зміцнення здоров'я, а також поведінкова адаптація. Спеціалісти, які знають особливості підліткового віку, повинні спрямовувати свої зусилля і знання на попередження захворювань. Йдеться, насамперед, про інфекції, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, високий ризик вагітності у юнацькі роки, зловживання алкоголем і лікарськими препаратами, нещасні випадки, травми та отруєння.

Сучасне покоління молоді зростає у часи, коли соціально небезпечною проблемою для країни стала ВІЛ-інфекція. Як свідчить статистика, ситуація в Україні щодо епідемії ВІЛ/СНІДу є найбільш загрозливою в Європі, її поширеність серед дорослого населення (15-49 років) складає за оціночними даними понад 1.63%. Більшість ВІЛ-інфікованих – це молодь до 30 років, і з кожним роком реєструється все більше випадків ВІЛ-інфікування серед підлітків.

В Україні на кінець 2007 року були зареєстровано понад 122 000 випадків ВІЛ-інфекції із початку епідемії у 1987 році, включаючи понад 22 000 випадків СНІДу та понад 12 490 людей, які померли від СНІДу. Ці цифри відображають лише частину тих людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні.

Виходячи з національних оціночних даних, зараз в Україні проживають 453 000 людей із ВІЛ-інфекцією, менше третини з них протестовано, і вони знають свій ВІЛ-статус.

На даний момент в Україні наявна епідемія ВІЛ/СНІДу. Вона сконцентрована переважно серед уразливих груп населення, включаючи споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу та чоловіків, які мають секс з чоловіками. Проте останні дані свідчать, що принаймні у трьох областях (Київській, Одеській та Миколаївській), поширеність ВІЛ серед вагітних жінок перевищує 1%, що свідчить про те, що епідемія переходить на загальне населення.



Незважаючи на те, що відповідь на епідемію була значно посилена протягом останніх років, сучасні зусилля щодо ВІЛ/СНІДу з боку центральних та місцевих органів влади, громадського суспільства та спільноти донорів досі не справляють значного впливу на епідемію.

Політичні, інформаційно-технічні і соціальні перебудови у державі, які ускладнюють людські відносини, дорого обходяться підліткам, тому що вони в результаті самоствердження нехтують особистою безпекою та власним здоров'ям.

Зараз у суспільстві суттєво зросла роль соціальних факторів у погіршенні соматичного, психічного та репродуктивного здоров'я. Це зміни соціально-економічних умов, збільшення тривалості соціалізації підлітків, зростання потреб при фактичній відсутності соціального статусу, зростання сімейної дезадаптації та збільшення числа сімей, які перебувають у кризовому стані. Причому останній фактор складає загрозу фізичному та психічному здоров'ю підлітків. Сьогодні підлітків можна віднести до найбільш соціально незахищеного прошарку суспільства.

Глибоке розуміння становища підлітків у сучасному, швидко мінливому світі дозволяє ставитися до них з великим розумінням, беручи до уваги медико-біологічні і психосоціальні фактори цього перехідного періоду, що мають важливі наслідки для здоров'я і захворюваності протягом усього життя.

Підлітковий вік, а особливо період досягнення статевої зрілості, характеризується швидкими змінами в розвитку. Хоча сім'я продовжує мати велике значення для підлітків, вони поступово виявляють все більшу самостійність, стверджуючи себе як особистості. Під час переходу від дитинства до дорослого віку підлітки експериментують, беручи на себе дорослі функції, взаємовідносини та обов'язки. Таке експериментування, зазвичай, пов'язане з підвищеним ризиком та прийняттям такого ризику.

Сприйняття підлітками наслідків для здоров'я визначається тим середовищем, в якому вони зростають, їх сім'єю, школою та місцевою громадою.

Основними причинами смертності серед дітей підліткового віку є нещасні випадки, отруєння, травми, а також вживання наркотичних речовин, включаючи вживання тютюну та алкоголю. Однією з достатньо серйозних проблем є ранній початок та безладність статевих відносин. Різко збільшилася кількість інфекцій, які передаються статевим шляхом. На підлітків припадає значна кількість нових випадків ВІЛ. Дуже серйозною залишається також проблема непланованої вагітності.

Більшість проблем можуть бути вирішені, а ризики зменшені шляхом проведення комплексної політики різних секторів, в першу чергу шляхом тісної взаємодії служб охорони здоров'я із соціальними службами. Діяльність їх повинна бути спрямована на створення такої форми роботи з підлітками, яка дозволить їм отримати консультації, медичну й психологічну допомогу, інформацію щодо збереження здоров'я.

Для молодих людей потрібні послуги, які за формою відрізняються від послуг, що надаються дорослим. Підлітки й молоді люди часто не вважають себе хворими, і в більшості випадків медична допомога їм необхідна не тільки через захворювання. Тому КДМ повинні орієнтуватися як на лікування найтипівіших захворювань, так і займатися іншими аспектами здоров'я, пов'язаними з:

- адиктивною поведінкою – вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління;
- статевою поведінкою – ранні сексуальні відносини, непланована вагітність, раннє материнство, інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ;
- поганим харчуванням;
- депресіями, схильністю до суїцидальних вчинків;
- нещасними випадками, травматизмом.

Особливо корисними можуть бути КДМ у роботі з підлітками груп ризику², які внаслідок своєї поведінки найбільше наражаються на ризик інфікування ВІЛ, і профілактична робота з ними є надзвичайно важливою для протидії епідемії ВІЛ. Підлітки груп

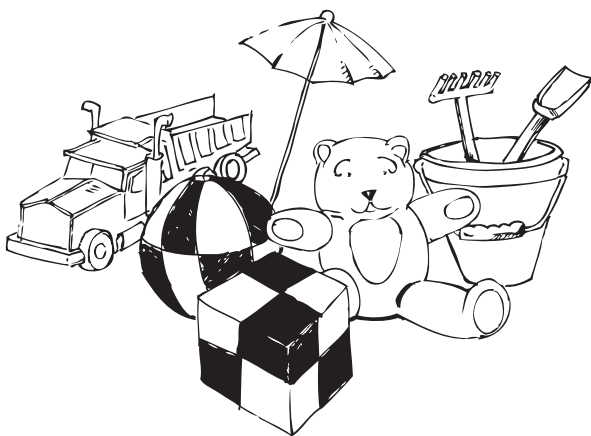
² "Підлітки груп ризику – це дівчата та хлопці, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом та використовують для ін'єкцій нестерильний інструментарій; хлопці та дівчата, які мають незахищені статеві контакти внаслідок сексуальної експлуатації, включно з тими, хто став жертвою торгівлі людьми, та мають незахищений (часто примусовий) секс за винагороду; хлопці, які мають незахищений анальний секс з чоловіками; хлопці, які мають незахищений секс з жінками комерційного сексу" (ЮНІСЕФ, 2006).

ризикую знаходяться у ситуації підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування у порівнянні з іншими підлітками та молоддю, оскільки їх поведінкові практики є найбільш ризикованими з точки зору передачі ВІЛ.

В Україні оціночний рівень інфікування у цій групі перевищує 5%, рівень охоплення послугами є дуже низький, а доступ до послуг є дуже обмежений³. Профілактика ВІЛ серед підлітків та молоді груп ризику є критичною з точки зору запобігання передачі ВІЛ до загального населення, і вони також потребують особливої уваги з точки зору розвитку послуг і надання соціального захисту.

Варто враховувати, що молодь та підлітки взагалі нерідко соромляться заходити в поліклініки, де можуть не дотримуватися конфіденційності, про їхній візит можуть довідатися батьки, однолітки, вчителі. Вони можуть соромитися ставити запитання щодо репродуктивного здоров'я, підліткової вагітності, ВІЛ/СНІДу, інфекцій, що передаються статевим шляхом, тощо. Слід зауважити, що фахівці, які працюють у поліклініках, не завжди можуть бути підготовлені до відвертої бесіди з підлітками. Все це й спричинило необхідність створення медико-соціальних закладів для підлітків та молоді – «Клінік, дружніх до молоді».

1.2 Особливості підліткового віку



Комітет експертів ВООЗ у 1977 р. запропонував вважати підлітками осіб віком від 10 до 20 років. Відповідно до термінології у практиці ВООЗ діти та молодь поділяються на **дітей** – особи до 18-літнього віку, на **підлітків** – особи у віці 10-19 років (включаючи молодший, середній та старший підлітковий вік), **молодь** – особи у віці 15-24 років, та **молодих людей** – осіб у віці 10-24 років.

В Україні віковий поділ дещо відрізняється, і відповідно до Закону України «Про охорону дитинства» дитиною вважається людина, яка не досягла 18 років, а Законом України

«Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді України» визначено, що молодь, молоді громадяни – громадяни України віком від 14 до 35 років.

Можливо, варто було б визначати підлітковий вік на біологічному рівні, наприклад, за індексом статевої зрілості, що охоплює період від початку цього процесу до моменту, коли молодий організм має здатність до репродуктивної функції. Однак досягнення статевої зрілості не завжди відповідає соціальній зрілості. Переставши бути дитиною, підліток ще не сприймається суспільством як доросла людина.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ у 1974 р. було вирішено вважати підлітковим віком період, протягом якого:

- завершується статевий розвиток – від появи вторинних статевих ознак до настання статевої зрілості;
- психологічні процеси, які притаманні дитині, змінюються поведінкою дорослих;
- відбувається перехід повної соціально-економічної залежності від дорослих до відносної незалежності.

³ Міністерство охорони здоров'я України (2006): Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, звітний період: січень 2003 – грудень 2005 років, Звіт підготовлений МОЗ України у співпраці з Національною Координаційною радою з питань ВІЛ/СНІДу та за технічної підтримки Міжнародного альянсу з ВІЛ/СНІДу та ЮНЕЙДС в Україні, Київ та уряду України (2006): Заявка України до Глобального фонду щодо фінансування нової програми з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні на 2007 – 2011 роки, Київ.

Що відбувається та відчувається у підлітковому віці?

Період статевого дозрівання (“pubertas” – пубертатний чи підлітковий вік) є поворотним, критичним періодом в онтогенезі людини. Після періоду народження і грудного віку, пубертатний вік є третім періодом дитинства, коли організм знаходиться перед новим великим фізіологічним стрибком кількісного і якісного росту і різкою перебудовою більшості органів і систем. У цій пубертатній перебудові, що виражається у перетворенні дитячого організму в зрілий, провідне місце займають зміни у статевій сфері та ендокринній системі. Однак, складні процеси, які відбуваються, не можна пояснити лише змінами, що настають у статевих органах. Процеси статевого дозрівання пов’язані із цілісною перебудовою дитячого організму, більшості частини його органів і систем і, зокрема, нервової системи і психіки. Інтенсивний ріст, різкі зміни структури і метаболічної активності організму у період статевого дозрівання сприяють підвищеній чутливості до факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, появі значного числа анатомічних і фізіологічних відхилень.

Існує безліч визначень статевого дозрівання (pubertas) і тісно пов’язаного з ними юнацького віку (adolescentia). Нерідко термін “adolescentia” вживається замість “pubertas”, незважаючи на те, що ці два терміни нетотожні. Психічне дозрівання пов’язане з юнацьким віком і охоплює значно триваліший період часу у порівнянні зі статевим розвитком, який відбувається надалі у періоді пубертату.

Труднощі визначення меж пубертатного віку полягають у тому, що початок і повне завершення цього інтенсивного, але нерівномірного перетворення дитячого організму в організм дорослої людини не характеризується різними і чітко вираженими ознаками. Тому пубертатно-юнацький вік – це складний комплекс змін, протягом якого створюється нова біопсихічна рівновага зростаючого людського організму на підставі статевого інстинкту і розвитку відтворної здатності.

Симоннет Х. (H. Simonnet) пубертатний період поділяє на три стадії:

- а) **препубертатний підготовчий період**, що відрізняється посиленням росту і початком розвитку вторинних статевих ознак. У дівчаток цей період починається у віці 8-9 років, а у хлопчиків – в 10-11 років;
- б) **пубертатний період** – власне статеве дозрівання. Починається у дівчаток у 10-11 років, а у хлопчиків – в 11-12 років (поява менструації або еякуляції та вторинних статевих ознак);
- в) **постпубертатний період**, під час якого закріплюється і закінчується пубертатне дозрівання і настає зрілий вік (у дівчат з 17 років, у юнаків – з 18 років).

Кінець періоду статевого дозрівання поєднується з юнацьким віком, протягом якого поступово закінчується розвиток основних змін, що настали у підлітковому періоді. Юнацький вік закінчується завершенням соматичного росту – у дівчат це приблизно у віці 18 років, а у юнаків – у 22-23 роки.

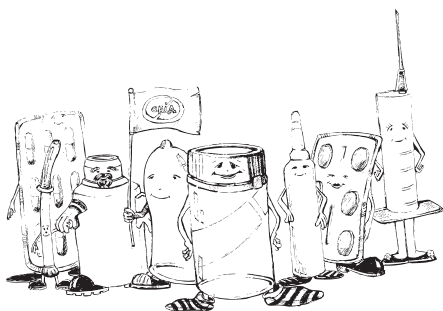
Як у критичний період народження, так і у пубертатному віці, лікар нерідко зіштовхується з низкою явищ, що стоять на межі між нормальними фізіологічними показниками і патологічним станом. Це велика група фізіологічних відхилень, які тією чи іншою мірою можуть стосуватися майже всіх найважливіших органів і систем. Недостатнє знання цих фізіологічних відхилень часто викликає зайву тривогу у батьків, впливає також досить негативно на підлітка і, нарешті, може створювати діагностичні і терапевтичні ускладнення лікарю. І навпаки, знання цих фізіологічних відхилень полегшить роботу лікаря, тому що вони здебільшого пов’язані з конституційними варіаціями функцій залоз внутрішньої секреції і безліччю різноманітних екзогенних впливів, що лише тимчасово порушують гармонійний розвиток організму, який дозріває. Ці фізіологічні відхилення, за незначним винятком, поступово згладжуються і зникають із завершенням статевого дозрівання. Їх швидшому подоланню сприяє правильний гігієнічний, дієтичний і навчально-трудовий режим.

Порушення, які пов’язані з процесами росту, підвищена рухова активність і нервово-психічна активність можуть призвести до значної напруги у роботі нервової системи, особливо її вегетативного відділу, ендокринних залоз і обміну речовин.

Криза періоду дорослішання може стати причиною різних форм відхилень поведінки: агресії, аутоагресії (суїцидальна поведінка), девіації статеві поведінки, зловживання речовинами, що викликають стани зміненої психічної діяльності – алкоголь, наркотики, тютюн, порушення харчування та інше.

У підлітків аутоагресивна поведінка виявляється у двох формах: самогубстві (суїциді) і самоушкодженні (парасуїциді). Це може бути обумовлено формуванням внутрішньо особистісного конфлікту під впливом зовнішніх ситуаційних факторів або у зв'язку з появою психопатологічних розладів, що викликають прагнення до позбавлення себе життя без реального впливу цих факторів.

1.3 Стан здоров'я підлітків та організація надання медичної допомоги підліткам в амбулаторно-поліклінічних закладах



Стан здоров'я дитячого населення має негативну тенденцію, але структура захворюваності за останні роки залишається незмінною: перше місце займають хвороби органів дихання 62.6%, друге – хвороби шкіри та підшкірної клітковини (5.7%), третє – інфекційні та паразитарні хвороби (4.3%).

Викликає занепокоєння збільшення кількості вагітностей і пологів у дівчат до 14 років. У 2006 році цей показник був 0,08 на 1 000 дівчат (у 2005 році – 0,06). Щодо дівчат 15-17 років, то у 2006 році цей показник склав 9,45 на 1 000 дівчат-підлітків цього віку включно (у 2005 році – 9,11).

За останні роки майже не змінився показник захворюваності на сифіліс серед дітей 0-14 років: у 2006 році – показник склав 2,37 на 100 тисяч населення (у 2005 року – 2,47 на 100 тисяч населення). Проте майже в 10 разів цей показник вищий серед дітей 15-17 років, він складає 21,8 на 100 тис. нас. (у 2005 році – 29,6). У порівнянні з попередньою віковою категорією – у 2006 р. показник серед хлопчиків склав 10,5 на 100 тис. нас., а серед дівчат він в три рази вищий і складає 33,6 на 100 тис. нас. (у 2005 р. – 14,9 та 44,9 відповідно). Крім того, шкоди здоров'ю дітей завдають інші інфекції, що передаються статевим шляхом. Зростає показник захворюваності на хламідіоз, уреоплазмоз. Більш ніж у 15 разів показник захворюваності на хламідіоз серед дітей 15-17 років перевищує показник серед дітей 0-14 років. У 2006 р. він був відповідно 22,3 та 1,5, а у 2005 р. – 19,8 та 1,7. Серед дівчаток цей показник у 3 рази вищий, ніж серед хлопчиків. У 2006 р. він склав відповідно 35,4 та 9,7, а у 2005 р. – 30,4 та 9,6. Схожа ситуація з показником захворюваності на уреоплазмоз.

З кожним роком погіршується ситуація з ВІЛ/СНІДу у дітей. Станом на 01.01.2007 в Україні під наглядом перебувають 6 257 ВІЛ-позитивних осіб до 17 років, за 2006 рік зареєстровано 2 939 нових випадків захворювання серед дітей до 17 років.

Ситуація щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу по Україні, як уже згадувалось, найгірша серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Епідемія ВІЛ-інфекції розвивається за рахунок молоді, яка є найбільш уразливою частиною населення стосовно можливого інфікування ВІЛ. Серед ВІЛ-інфікованих кожний п'ятий – молода людина у віці 18-24 роки.

Споживання ін'єкційних наркотиків залишається основним шляхом передачі ВІЛ. Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, у яких щорічно виявляють ВІЛ-інфекцію, зросла з 3 964 людей у 2001 році до 7 084 – у 2007 році.

Значно збільшилася гетеросексуальна передача ВІЛ, при цьому 42% нових випадків ВІЛ зареєстровані серед жінок.



Кількість вагітних жінок, у яких була діагностована ВІЛ-інфекція, подвоїлася з 2002 року та досягла 3293 у 2007 році. На національному рівні поширеність ВІЛ серед вагітних жінок належить до найвищих у Європі, та, за реєстраційними даними, становила 0.33% у 2006 році, збільшившись від 0.002% у 1995 році.

Оскільки люди, на яких вплинув СНІД, переважно відносяться до молоді, епідемія матиме великий та зростаючий вплив на смертність серед працюючого населення та населення репродуктивного віку. За прогнозами Світового банку до 2014 року частка смертності від СНІДу у віковій групі 15-49 років може збільшитися до 41 відсотка, що зробить СНІД основною причиною смертності серед дорослого населення віком 30-39 років. СНІД може також стати основною причиною смертності серед жінок віком 15-49 років до 2010 року.

Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків 15-19 років зросла майже втричі і складає 32.3% від загальної кількості ВІЛ-позитивних людей. Від 10% до 20% робітників секс-бізнесу в Україні є у віці до 18 років.

Вік першої спроби вживання наркотиків знизився до 13-15 років з переходом до регулярного вживання ін'єкційних наркотиків до досягнення 17 років. Серед молоді дуже низький рівень інформованості стосовно шляхів зараження, груп ризику та засобів профілактики зараження ВІЛ-інфекцією. Звичайно, інформованість є не єдиним засобом профілактики, але це дуже важливий крок щодо попередження залучення молоді в епідемічний процес та необхідної зміни поведінки на менш ризикову.

Смертність дітей у віці 15-17 років за останні роки дещо знизилася і у 2007 році становила 5,7 на 10 тисяч дитячого населення (у 2006 році – 6,1). Показник смертності протягом останніх років стабільно залишається вищим серед сільського дитячого населення. У підлітків 15-17 років він склав 7,2 на 10 тис. нас., у міських підлітків – 5,0 на 10 тис. нас. Серед хлопчиків смертність вища майже вдвічі, ніж серед дівчаток – 7,4 проти 4,0 на 10 тис. населення відповідно. У структурі смертності на першому місці стоять нещасні випадки, отруєння, травми. Цей показник складає 3,6 на 10 тисяч відповідного населення, що становить 70.7% від усіх причин смертності серед підлітків 15-17 років.

Молодим людям властиве прагнення до ризикової поведінки, раннього початку сексуальних відносин, експериментування з наркотиками, алкоголем. Це обумовлює необхідність прискорення розвитку служб, призначених для вирішення проблем здоров'я підлітків.

У системі охорони здоров'я медична допомога підліткам регламентована наказом МОЗ України від 12.12.2002 року №465 "Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку" і забезпечується дільничними лікарями-педіатрами, лікарями-спеціалістами педіатричного профілю та підлітковими лікарями-терапевтами. У багатьох дитячих поліклініках є кабінети підліткового лікаря-терапевта, де працюють фахівці, підготовлені з питань підліткової медицини.

Суть роботи з підлітками зводиться до раннього виявлення патології шляхом проведення профілактичних оглядів, при самозверненні підлітків, їхньому лікуванні, реабілітації, та проведенні професійної орієнтації.

Реформування системи надання медичної допомоги дітям підліткового віку спонукало до необхідності введення нових організаційних форм у наданні медичних послуг шляхом створення спеціалізованих служб охорони здоров'я, орієнтованих на підлітків як окрему цільову групу – "вже не діти, але ще не дорослі". Підлітки досить чутливі



Відділення "Клініка, дружня до молоді" Одеської міської студентської поліклініки №21

до нових ідей, вони прагнуть бути самостійними, дорослими. Підлітковий вік – благодатний вік для формування здорового способу життя, тому завдання дорослих – сприяти формуванню у підлітків відповідального ставлення до власного здоров'я.

Ключові питання до розділу ①

1. Чому необхідно створювати «Клініки, дружні до молоді»?
2. Визначення підліткового віку.
3. Які фактори впливають на статевий та фізичний розвиток дитини?
4. Що таке психічне здоров'я підлітка?
5. Чим важливий саме підлітковий вік?



2.1 Міжнародне та вітчизняне законодавство

2.2 Нормативно-правові засади діяльності КДМ

2.3 Доступ неповнолітніх до медичної допомоги та процедури тестування на ВІЛ-інфекцію

2.1 Міжнародне та вітчизняне законодавство



Забезпечення охорони здоров'я дітей та молоді у багатьох країнах світу є пріоритетним завданням. **Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)** став першим міжнародним документом, в якому сформульоване визначення права на здоров'я як “права на найвищий досяжний стандарт фізичного, розумового та соціального добробуту”. Надалі положення про право на здоров'я знайшло відображення у численних міжнародних та національних правових документах. Право людини на охорону здоров'я – це стандарт, згідно з яким оцінюється існуюча політика у сфері охорони здоров'я.

Право на найвищий стандарт здоров'я у міжнародному законодавстві вимагає низку суспільних заходів, норм, інститутів, законів, сприятливого середовища, які найкращим чином забезпечують здійснення цього права.

Загальна Декларація прав людини є складовою основного міжнародного документу **Міжнародний білль про права людини**, який регулює право людини на охорону здоров'я і згідно з яким держави мають привести у відповідність свої закони.

За роки самостійності в Україні зроблено багато для удосконалення нормативно-правової бази з питань збереження здоров'я і репродуктивного здоров'я населення та приведення його до норм міжнародного законодавства.

Права дітей у нашій державі гарантовані **Конституцією України**, відповідно до якої діти рівні у своїх правах незалежно від походження, а також від того, народжені вони у шлюбі чи поза ним.

Весь комплекс міжнародних правових стандартів щодо захисту і забезпечення добробуту дітей охоплює правозахисний документ, який ратифікували практично всі країни світу, – **Конвенція ООН про права дитини**. Усвідомлюючи, що розвиток та добробут дитини перебуває у безпосередній залежності від ступеня реалізації її прав, Україна 27 вересня 1991 р. підписала Конвенцію ООН про права дитини.

Зобов'язання, які взяла на себе Україна по відношенню до дітей, складаються із чотирьох основних принципів, зазначених у Конвенції: першочерговість інтересів дитини, забезпечення повноцінного життя та розвитку; залучення до життя спільноти; відсутність дискримінації. Діти мають право на особливе піклування та допомогу, повинні зростати в сімейному оточенні в атмосфері щастя, любові та розуміння того, що вони повинні бути підготовлені до сімейного життя в суспільстві. Дитина внаслідок її фізичної та розумової незрілості потребує спеціальної охорони і піклування, включаючи належний захист здоров'я як до, так і після народження. Потреба дитини в особливому захисті була проголошена ще в Женевській декларації 1924 року і Декларації прав дитини, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1959 року.

Конвенцією ООН про права дитини (20 листопада 1989 р.) та Законом України “Про охорону дитинства” (26 квітня 2001 рік №2402-III) проголошено, що дитиною є людська істота до досягнення 18-річного віку. У цьому законі передбачена система заходів щодо охорони дитинства, яка включає забезпечення належних умов для охорони здоров'я, навчання, виховання, фізичного, психічного, соціального, духовного та інтелектуального розвитку дітей, їх соціально-психологічної адаптації та активної життєдіяльності.



Цілий ряд положень **Конституції України (28 червня 1996 р.)**, основного Закону в державі, визначають норми, що стосуються охорони репродуктивного здоров'я населення. Статтею 3 Конституції України визначено, що здоров'я людини, як і її життя, особиста честь і гідність, недоторканість і безпека, є найвищою соціальною цінністю. *Відповідно до статті 23 кожна людина має право на вільний розвиток своєї особистості, а стаття 27 визначає право кожної людини на невід'ємне право на життя, і держава забезпечує захист життя людини та всебічний розвиток її особистості.*

Другим після Конституції за юридичною вагомістю правовим актом щодо міжнародних підходів до розробки й впровадження політики сприяння здоров'ю, є закон **“Основи законодавства України про охорону здоров'я”** (від 19.11.92 №2801-XII). Цей закон в загальному вигляді охоплює практично весь спектр необхідних стратегій, трактуючи здоров'я, охорону здоров'я та здоровий спосіб життя як багатогранні поняття, що потребують при їх розв'язанні міжсекторального комплексного підходу.

У статті 3 Закону загальне здоров'я визначається як стан повного фізичного, психологічного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Таким чином, у національне законодавство України практично інтегроване визначення здоров'я, прийняте Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

Основи законодавства України про охорону здоров'я не лише трактують основні поняття і визначають зміст права на охорону здоров'я та їхні принципи, а й водночас встановлюють певні обов'язки для суспільства, держави та особистості. У розділі IV, зокрема у статті 25 – “Підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення” встановлено, що держава забезпечує життєвий рівень населення, в тому числі їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання його здоров'я.

Стаття 28 “Створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку” проголошує, що з метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та запобігання іншій можливій шкоді для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю людей. Усі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково узгоджуються з органами охорони здоров'я.

У статті 32 “Сприяння здоровому способу життя населення” зокрема *визначено*, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю для заняття фізкультурою, спортом і туризмом.

У статті 59 “Піклування про зміцнення та охорону здоров'я дітей і підлітків” йдеться про те, що батьки зобов'язані піклуватися про здоров'я своїх дітей, їх фізичний та духовний розвиток, ведення ними здорового способу життя. У разі порушення цього обов'язку, якщо воно завдає істотної шкоди здоров'ю дитини, винні у встановленому порядку можуть бути позбавлені батьківських прав.

Важливе значення для захисту прав дитини мають **Цивільний кодекс України (ЦКУ)** від 16.01.03 №435-IV⁴ (далі – ЦКУ), яким закріплено права: на життя, охорону здоров'я (ст. 281), на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286) тощо; **Сімейний кодекс України (СКУ)** від 10.01.02 №2947-III⁵, **Закон України “Про інформацію”** від 02.10.92 №2657-XII⁶ (ст.ст. 9 і 31) право на інформацію тощо.

Органи охорони здоров'я спільно з органами управління освітою щорічно забезпечують організацію безоплатних медичних оглядів учнів (вихованців), моніторинг і корекцію стану здоров'я. Ці установи несуть відповідальність за додержання санітарно-

⁴ Відомості Верховної Ради України. – 2003. – №№40-44. – Ст. 356.

⁵ Відомості Верховної Ради України. – 2002. – №№21-22. – Ст. 135.

⁶ Відомості Верховної Ради України. – 1992. – №48. – Ст. 650.

гігієнічних норм, проведення лікувально-профілактичних заходів у загальноосвітніх навчальних закладах незалежно від підпорядкування, типів і форм власності відповідно до вимог **наказів МОЗ України від 29.11.02 №434 “Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні”, МОН та МОЗ від 21.04.05 №242/178 “Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді”**. Адже дитячий і підлітковий вік є тим періодом, в якому закладаються основи здоров'я в широкому розумінні цього поняття, однією із складових якого є репродуктивне здоров'я.

Крім законів прямої дії, які спрямовані на охорону дитинства, є ряд законів, постанов, наказів, які несуть в собі норми, що впливають на сферу охорони дитинства.

Вибору на користь здоров'я сприяє **Закон України “Про рекламу”, ухвалений Верховною Радою України 03.07.96 №270/96-ВР** з внесеними змінами. Цим Законом серед інших загальних обмежень рекламної діяльності забороняється надавати відомості або закликати до дій, які можуть спричинити порушення законодавства, завдають чи можуть завдати шкоди здоров'ю або життю людей і навколишньому природному середовищу, або спонукають до нехтування засобами безпеки (*стаття 8*). Крім того, цей закон визначає поширення в Україні соціальної рекламної інформації про здоровий спосіб життя, профілактику ризикової поведінки, негативних явищ в дитячому та молодіжному середовищі, види соціальних послуг з метою формування навичок збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я. Крім того, *стаття 11* Закону визначає поширення соціальної рекламної інформації державних органів з питань здорового способу життя, охорони здоров'я, профілактики ВІЛ-інфекції, охорони природи, збереження енергоресурсів, профілактики правопорушень, соціального захисту та безпеки населення, що не має комерційного характеру.

Початок сучасному правовому регулюванню питань, що виникають у **сфері ВІЛ/СНІДу** та визначенню державної політики у цій сфері, поклав прийнятий у 1991 році **Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”**. *Стаття 4 Закону* передбачає, що держава гарантує:

- доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, в тому числі анонімного, з наданням перед- та післятестової консультаційної допомоги;
- регулярне та повне інформування населення, в тому числі через засоби масової інформації, про причини зараження, шляхи передачі ВІЛ-інфекції, заходи та засоби профілактики, необхідні для запобігання зараженню цією хворобою та її поширенню;
- включення до навчальних програм закладів освіти спеціальної тематики з питань профілактики ВІЛ/СНІДу;
- забезпечення доступності для населення засобів профілактики, що дають можливість запобігти зараженню і поширенню ВІЛ/СНІДу статевим шляхом;
- сприяння діяльності, спрямованій на формування в населення стереотипів безпечної сексуальної поведінки;
- сприяння благодійній діяльності, спрямованій на профілактику розповсюдження ВІЛ/СНІДу.

Стаття 12 зазначеного Закону визначає, що надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД здійснюється на загальних підставах у порядку, встановленому законодавством та відповідними міжнародними договорами України, попереджуючи цим випадки дискримінації та стигматизації по відношенню до таких пацієнтів. Питання попередження дискримінації ВІЛ-інфікованих людей відображені також у новій редакції Закону **України від 03.03.1998 року №155/98 “Про внесення змін до Закону України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціаль-**

ний захист населення”, яка була приведена у відповідність до Конвенції про захист прав і основоположних свобод людини. Зокрема, Закон визначає державні гарантії щодо профілактики інфікування ВІЛ, доступність, якість, ефективність та можливість анонімного медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, права та обов’язки ВІЛ-інфікованих осіб тощо. Не в останню чергу, завдяки цьому Закону і набутому під час його розробки нормативному досвіду, прийнята у 1996 році Конституція та інші акти законодавства України забороняють дискримінацію за ознакою стану здоров’я, гарантують усім рівне право на охорону здоров’я та медичну допомогу, право на інформацію та інші права.

Створена і активно функціонує міжсекторальна Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, положення про діяльність якої та склад затверджено **постановою КМУ від 11 липня 2007 р. №926 “Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу”**.

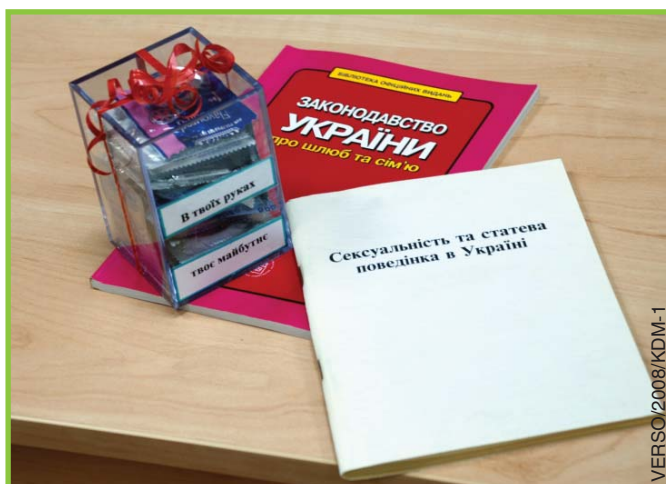
Медична допомога ВІЛ-інфікованим пацієнтам, добровільне тестування регулюються **наказами МОЗ України від 19.08.05 №415 “Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”, від 17.05.06 №280 “Про затвердження Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та Інструкції щодо визначення цих показників” та наказом від 23.11.07 р. №740/1030/4154/312/614а “Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей”**. В цих наказах визначаються показники для здійснення моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ/СНІДу.

Розроблені додаткові заходи з питань попередження передачі ВІЛ від матері до дитини та медико-соціальної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, до Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки базуються на 4-компонентному стратегічному підході ВООЗ до профілактики ВІЛ-інфекції у дітей:

- первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок;
- профілактика непланованих вагітностей серед ВІЛ-позитивних жінок;
- профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- лікування і підтримка ВІЛ-інфікованої жінки та її сім’ї.

Виконання цих завдань потребує консолідації зусиль та координації діяльності служб охорони материнства та дитинства, центрів профілактики та боротьби із СНІДом, соціальних служб, міжнародних та громадських організацій, а також закладів освіти.

Законом України “Про захист населення від інфекційних хвороб” (06.04.2000 №1645-III.) передбачено забезпечення доступності, якості й ефективності медичних оглядів населення з метою виявлення ВІЛ-інфекцій, анонімного тестування, надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД на загальних підставах (без будь-якої дискримінації). При цьому



“Клініка, дружня до молоді” дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

особи, хворі на інфекційні хвороби, що передаються статевим шляхом, підлягають обов'язковому (за їх бажанням – анонімному) лікуванню в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, а відомості про них є лікарською таємницею (стаття 26 цього Закону).

Постановою КМУ від 4 березня 2004 р. №264 затверджена Концепція стратегічних дій уряду та Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки.

Указом Президента України “Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні” від 12.12.07 №1208/2007 передбачено вжити додаткових заходів щодо забезпечення педагогічних і соціальних працівників інформаційно-методичними матеріалами з питань профілактики захворювання на СНІД для проведення роботи з дітьми, молоддю і батьками.

Розпорядженням КМУ від 21 травня 2008 р. №728-р ухвалено Концепцію Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009 – 2013 роки. Метою Програми визначено необхідність стабілізації епідемічної ситуації, зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом реалізації державної політики щодо забезпечення доступу населення до широкомасштабних профілактичних заходів, послуг з лікування, догляду та підтримки інфікованих і хворих. У Концепції визначено пріоритетні заходи, серед яких наступні: забезпечення масштабної первинної профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед населення, **передусім серед молоді**; посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику; забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекції населення, **зокрема серед молоді** та груп ризику; залучення до реалізації програм профілактики ВІЛ-інфекції медичних і соціальних працівників. Серед очікуваних результатів виконання Програми для визначення її ефективності є в тому числі і такі: **охопити медичними послугами з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу 60 відсотків представників груп ризику; удосконалити програми профілактики серед осіб віком від 15 до 24 років з метою збільшення до 60 відсотків кількості тих, що самостійно можуть визначатися із шляхами запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції; удосконалити систему добровільного консультування та тестування з метою діагностики хвороби на початкових стадіях.**

Враховуючи епідемічну ситуацію щодо поширення ВІЛ/СНІДу в країні, є нагальна необхідність впровадження в програму навчальних закладів обов'язкових занять (за визначенням ВООЗ не менш 30 годин на місяць) з питань формування здорового способу життя, в тому числі формування репродуктивного здоров'я, безпечної статевої поведінки, відповідального батьківства.

Одним із ефективних заходів щодо збереження репродуктивної функції підростаючого покоління та населення репродуктивного віку, стала спеціально розроблена за світовим стандартом система **планування сім'ї (ПС).**

ПС – це система медико-психологічних, інформаційних і соціальних заходів, спрямованих на профілактику незапланованої вагітності, хвороб, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ-інфекції, кінцевою метою яких є збереження репродуктивного і сексуального здоров'я населення.

Завдання планування сім'ї передбачають наступне: мати бажаних та повноцінних нащадків; вирішувати питання відповідального батьківства; поширювати знання про сучасні засоби контрацепції; готувати до прийняття усвідомленого рішення про народження дитини; запобігати ІПСШ.

За визначенням ВООЗ діяльність з планування сім'ї спрямована на досягнення наступних результатів:

- уникнення незапланованої вагітності;
- народження бажаних дітей;

- регулювання інтервалу між вагітностями;
- контроль вибору часу дітонародження в залежності від віку батьків;
- визначення кількості дітей у сім'ї.

Цілі роботи служби планування сім'ї співпадають з цілями роботи служби охорони репродуктивного здоров'я, тобто це забезпечення народження здорової та бажаної дитини і збереження здоров'я жінок та чоловіків.

Система ПС України є однією з наймолодших підсистем галузі охорони здоров'я України. Вона бере свій початок з 1995 р., коли вперше була прийнята постанова КМУ від 13.09.95 №736 **“Про Національну програму планування сім'ї”**, розрахована на 1995-2000 роки, в період кризових явищ в економіці держави та погіршення здоров'я населення з метою вирішення проблем репродуктивного здоров'я.

Зараз в Україні існує мережа центрів та кабінетів планування сім'ї. У кожній області працює Центр планування сім'ї та репродуктивного здоров'я. При жіночих консультаціях є кабінети планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, куди може звернутися не тільки жінка і чоловік, а й молода людина, підліток.

Наприкінці 2006 року була прийнята довгострокова **Державна програма “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року**, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року №1849. Метою цієї програми є поліпшення репродуктивного здоров'я населення, що значно впливає на демографічну ситуацію, та забезпечення соціально-економічного розвитку країни.

В основу Програми “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року покладено головні принципи стратегії ВООЗ для країн європейського регіону в охороні репродуктивного здоров'я дорослих та дітей: зміцнення здоров'я, у тому числі і репродуктивного, шляхом організації більш доступної і менш затратної первинної медико-санітарної допомоги високої якості, включаючи служби охорони сексуального і репродуктивного здоров'я (центри і інформаційні служби з питань планування сім'ї); розробка політики і програм підтримки виконання чоловіками і жінками обов'язків батьків, створення безпечних умов побуту; забезпечення умов безпечного материнства.



Пріоритетними напрямками в програмі визначені:

- розробка і реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропаганду, формування і заохочення до здорового способу життя;
- пропагування сімейних цінностей, забезпечення медико-соціальної підтримки молоді сім'ї;
- забезпечення поліпшення доступності до медичних послуг підлітків, сільського населення, чоловіків;
- здійснення заходів щодо посилення профілактичної роботи у системі охорони здоров'я;
- продовження розробки та впровадження технологій і практик у сфері репродуктивного здоров'я на основі науково-доказової медицини;
- розробка стратегії з питань забезпечення населення засобами попередження небажаної вагітності;
- розробка механізмів охорони здоров'я соціально незахищених груп населення;
- розробка стратегії зменшення шкідливого впливу інформаційних технологій на спосіб життя дітей та підлітків.

Щодо організації побудови служби ПС, то програмою передбачено створення її державних та громадських структур на національному та регіональних рівнях, підготовку кадрів, забезпечення населення засобами контрацепції, удосконалення системи підготовки підлітків та молоді до сімейного життя. У рамках Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації” планується внесення змін до законодавчих актів щодо своєчасної інформованості та ефективного використання методів контрацепції підлітками у зв’язку із визнанням осіб віком до 18 років дітьми.

Сучасні організаційно-методичні матеріали з питань впровадження системи планування сім’ї в Україні включають етапи, рівні, наступність між закладами охорони здоров’я, а також рекомендації щодо кваліфікованого призначення контрацепції.

Рівень використання контрацептивів населенням залежить від багатьох факторів, зокрема від рівня інформованості щодо видів та методів контрацепції, а також наявності їх на українському ринку і можливостей їх придбання.

Наказом МОЗ України від 29.12.02 №503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” визначені функції з питань ПС для сімейного лікаря, що поліпшує доступність населення до послуг з ПС. Цим наказом ухвалено Положення про центри планування сім’ї з новими функціями та організаційними технологіями. Нові завдання та функції з питань ПС нормативно визначені у положеннях про посади та родопомічні лікувальні заклади системи ПС: про ФАП та акушерку ФАПу, про жіночу консультацію та основні посади, про акушерські та гінекологічні відділення і посади. З метою поліпшення репродуктивного здоров’я зазначеним нормативним документом визначені також нормативи (стандарти) з питань планування сім’ї за шифрами Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду.

Призначення контрацептивів здійснюється індивідуально, відповідно до критеріїв ВООЗ: надання повної інформації щодо всіх видів контрацепції, поінформованого свідомого бажання жінки або подружньої пари використовувати той чи інший метод, який би відповідав їхньому віку, стану здоров’я, репродуктивним планам та фінансовим можливостям.

Наказом МОЗ України від 15.12.03 №582 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги” ухвалено клінічний протокол з питань ПС, в якому чітко визначається індивідуальний підхід до вирішення проблем ПС, спрямованих на попередження небажаної вагітності та ІПСШ, а також інформація для медичного спеціаліста щодо категорій жінок для призначення того чи іншого методу контрацепції, способу використання, обліку та зберігання контрацептивів.

З метою проведення санітарно-просвітницької роботи та консультування з проблем здоров’я **наказом МОЗ України від 27.12.96 №391 “Про удосконалення служби дитячої та підліткової гінекології”** визначено створення інформаційних центрів з питань статевих виховання підлітків.

Підготовка до вагітності, обстеження майбутніх подружніх пар на наявність медико-генетичної патології визначається **наказом МОЗ України та АМН України від 31.12.03 №641/84 “Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні”**.

Аборт в Україні залишається одним із методів регулювання народжуваності. Незважаючи на те, що штучне переривання вагітності завдає непоправної шкоди здоров’ю жінки, і в першу чергу репродуктивному, аборт в Україні є легалізованим. Легалізація абортів сприяла зменшенню кількості кримінальних абортів та пов’язаних з ними втрат, а також дала можливість жінці забезпечити доступ до якісної медичної допомоги при перериванні незапланованої вагітності. Державна політика у цьому напрямку спрямована на забезпечення якості медичної допомоги в разі поінформованого вибору жінкою перервати вагітність штучним методом поряд із запровадженням сучасних методів контрацепції.

Згідно із *статтею 50* Основ законодавства України про охорону здоров’я, операція штучного переривання вагітності (аборт) може бути проведена за бажанням жінки в акредитованих закладах охорони здоров’я при вагітності строком не більше 12 тиж-

нів. На виконання цих положень **МОЗ України своїм наказом від 28 червня 1994 року №111 затвердило інструкції про порядок проведення операції штучного переривання вагітності та про порядок проведення штучного переривання вагітності ранніх строків методом вакуум-аспірації**. Штучне переривання вагітності може здійснюватися виключно в акредитованому медичному стаціонарі і виключно лікарем-акушером-гінекологом з обов'язковим знеболюванням. *Штучне переривання вагітності неповнолітнім віком до 18 років проводиться за згодою батьків або інших законних представників, якщо іншого не передбачено чинним законодавством.*

У частині першій **статті 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я** визначається, що медичним втручанням є застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних з впливом на організм людини. Відповідно до **статті 43** для застосування медичного втручання потрібна згода об'єктивно інформованого дієздатного пацієнта. Для осіб віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. Щодо осіб віком від 15 до 18 років чи визнаних судом обмежено дієздатними, таке втручання проводиться за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників. Виникає юридична неузгодженість цього питання з введенням в дію **Цивільного кодексу України** (ч. 3 **статті 284**), де зазначається, що надання медичної допомоги фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, проводиться за її згодою. Така ситуація потребує узгодження шляхом внесення змін до законодавства України.

У **Державній програмі підтримки сім'ї на період до 2010 року, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України від 19.02.07 №244**, передбачено заходи щодо підвищення рівня готовності молоді до подружнього життя та виконання функцій батька і матері; підвищення рівня психолого-педагогічної культури молоді у сфері сімейних стосунків; проведення інформаційно-просвітницької роботи серед молоді, спрямованої на її підготовку до сімейного життя і відповідального батьківства, популяризацію здорового способу життя.

Стаття 49 Конституції визначає, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування і те, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їхнє здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, покращення спадковості.

Відповідно до **статті 7 Основ законодавства України про охорону здоров'я**, з метою реалізації прав громадян України на безоплатну медичну допомогу **постановою КМУ від 11.07.2002 №955 затверджена Програма надання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги**, в якій стаціонарна медична допомога дітям, вагітним та породіллям включена до Переліку видів безоплатної медичної допомоги державними та комунальними закладами охорони здоров'я. Консультативну допомогу з питань репродуктивного здоров'я можуть надавати громадські організації та соціальні служби, в штаті яких є медичний спеціаліст відповідно до Статуту центрів соціальної допомоги.

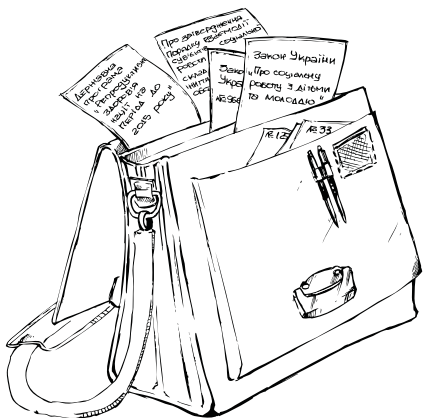
Важливим рішенням держави щодо збереження здоров'я кожного громадянина є забезпечення інформацією щодо його особистого стану здоров'я, затвердженого **статтею 23 Закону України від 02.10.1992 №2657-XII "Про інформацію"**. Стан здоров'я віднесений до основних даних про особу, які надаються з джерел документованої інформації.

Наведені нормативні акти в цілому можна оцінити позитивно як такі, що сприяють здоровому вибору в питаннях статевого життя.

Незважаючи на позитивні зміни, викликають занепокоєння материнська смертність, смертність грудних дітей, високий рівень абортів, невиношування вагітності, високий рівень ускладнень вагітності та пологів, розповсюдженість жіночої та чоловічої безплідності, захворюваність населення інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, онкологічна захворюваність репродуктивної сфери. Розвинута, систематизована і прозора законодавча база щодо сприяння здоровому способу життя уже сама по собі є потужним пропагандистським засобом збереження та зміцнення здоров'я, в тому числі і репродуктивного.



2.2 Нормативно-правові засади діяльності КДМ



Загальнодержавною програмою підтримки молоді на 2004–2008 роки, затвердженою Законом України 18 листопада 2003 року, передбачена підтримка ініціатив міжнародних організацій у галузі охорони здоров'я дітей та молоді, втілення їх у формі “лікарень, доброзичливих до дитини”, та “дружніх до молоді клінік”. Розвиток мережі КДМ сприятиме створенню умов для поліпшення здоров'я дітей та молоді, усуненню перешкод, що заважають доступу до медичного обслуговування, посиленню профілактичної роботи щодо запобігання наркоманії, ВІЛ, ІПСШ, формуванню рухливого та здорового способу життя.

Законодавчим актом, який визначає організаційні і правові засади соціальної роботи з дітьми та молоддю, є **Закон України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”**, прийнятий Верховною Радою України 21 червня 2001 року №2558-111 та постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.2004 №1126 “Про заходи щодо вдосконалення соціальної роботи із сім'ями, дітьми та молоддю”. Цими документами регламентується діяльність уповноважених органів, підприємств, організацій та установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності, окремих громадян і спрямована на створення соціальних умов життєдіяльності гармонійного та різнобічного розвитку дітей та молоді, захист їх конституційних прав, свобод і законних інтересів, задоволення культурних та духовних потреб. Центри соціальних служб для молоді та їх спеціалізовані служби є головними уповноваженими державою органами, які здійснюють соціальну роботу з дітьми та молоддю. Зазначений закон визначає, що здійснення соціальної роботи з дітьми та молоддю покладається на спеціалізовані формування центрів соціальних служб для молоді відповідно до Типового положення про спеціалізовані служби центрів соціальних служб для молоді (наказ Державного комітету у справах сім'ї та молоді від 04.02.2002 р. №14).

Статтю 5 **Закону України від 19 червня 2003 року №966-IV “Про соціальні послуги”** передбачено надання соціально-медичних послуг шляхом консультацій щодо запобігання можливим органічним розладам особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів; надання психологічних, юридичних та інформаційних послуг.

Спільним наказом Мінсім'ямолодьспорту, МОЗ, МОН, Мінпраці, Мінтрансзв'язку, МВС та Держдепартаменту України з виконання покарань від 14.06.06 №1983/388/452/221/556/596/106 “Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах” пріоритетним завданням визначається діяльність з формування здорового способу життя та гігієнічного виховання сімей з дітьми. Відповідно до наказу необхідно залу-

чати до зазначеної роботи медичних працівників усіх спеціальностей, забезпечувати координацію діяльності з проведення заходів профілактичної роботи, формувати навички здорового способу життя та гігієнічного виховання населення інших секторів.

В Україні розроблена і функціонує науково обґрунтована система медичного забезпечення дитячого населення. Вона враховує особливості медичних послуг дітям і підліткам, зокрема у сфері репродуктивного здоров'я. Ідентичність медико-соціальних проблем дітей і підлітків, необхідність посилення на етапі первинної медико-санітарної допомоги питань статевого виховання, формування здорового способу життя, профілактики захворювань, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу, стали підставою для передачі дітей підліткового віку під нагляд педіатричної служби.

Наказ МОЗ України від 10.12.02 року №465 “Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку” регламентує надання медичної допомоги підліткам віком 15-17 років за сучасними організаційними підходами для поліпшення стану здоров'я юнаків і дівчат.

Міжгалузевою комплексною програмою “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки”, яка затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 року №14, передбачено створення та розвиток мережі “Клінік, дружніх до молоді”.

З метою забезпечення доступності дітей та молоді до послуг з репродуктивного здоров'я шляхом консультативної підтримки та кваліфікованої медико-соціальної допомоги підготовлено ряд наказів: спільний **наказ МОЗ України та Мінсім'ямолодьспорту від 30.03.05 №1/135 “Про затвердження Заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки”**, **наказ від 17.04.06 №1209/228 “Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді”** та **наказ МОЗ України від 14.11.05 №604 “Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді”**, яким затверджено Примірне положення про центр (відділення) медико-соціальної допомоги дітям та молоді “Клініка, дружня до молоді”, типові положення про спеціалістів Центру тощо (дивіться **Додатки №3, 4**). Створення таких центрів та надання в них необхідної допомоги спеціалістами забезпечується на основі штатного розпису закладів охорони здоров'я, який складається відповідно до вимог **наказу МОЗ України від 23.02.2000 №33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я”**.

Поширювати впровадження “дружніх до молоді” служб охорони здоров'я шляхом відкриття нових “Клінік, дружніх до молоді”, та забезпечити їх діяльність відповідно до Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я передбачено заходами МОЗ України, **затвердженими наказом МОЗ від 16.03.07 №125 “Про затвердження заходів МОЗ України на виконання Державної програми підтримки сім'ї на період до 2010 року”**.

У “**Національному звіті України щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки до 2010 року**” (затверджено Національною координаційною радою з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу від 9 липня 2006 р.) зазначено про термінову необхідність розширення масштабів охоплення населення профілактичними програмами, а “послуги, які надаються через мережу клінік, дружніх до молоді”, включено до мінімального пакету профілактичних послуг.

Державна програма “Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” передбачає досягнення 90% рівня впровадження в амбулаторно-поліклінічних педіатричних закладах системи послуг “Клініка, дружня до молоді”.

Проектом **Закону України “Про Загальнодержавну програму “Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини” на період до 2016 року”**, який вже пройшов перше читання в Верховній Раді України (2007 р.), передбачено підвищення якості та розширення обсягу надання медичних послуг дітям підліткового віку шляхом створення мережі спеціалізованих служб – центрів (відділень)

медико-соціальної допомоги дітям та молоді “Клініки, дружні до молоді”, і забезпечити координацію їх діяльності.

Детальна інформація щодо мети, завдань та організації роботи КДМ надана в главах №III та №IV.

2.3 Доступ неповнолітніх до медичної допомоги та процедури тестування на ВІЛ-інфекцію⁷



З огляду на те, що діяльність КДМ направлена на профілактику ВІЛ, нас цікавить можливість підлітків **самостійно** пройти медичний огляд (в тому числі ДКТ на ВІЛ-інфекцію).

Ч. 2 ст. 284 ЦКУ передбачає, що при досягненні **чотирнадцяти** років, особа має право на вибір лікаря та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Аналогічна норма міститься і в ч. 1 ст. 38 Основ законодавства України про охорону здоров'я, яка передбачає, що “кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медич-

ної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій.” Очевидно, що під “вибором лікаря” розуміються такі критерії як: заклад, в якому лікар працює, фах лікаря, стать лікаря, вік, досвід роботи тощо. Право вибору лікаря також передбачає право пацієнта не мотивувати свій вибір.

Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”⁸ у ст. 7 встановлює: “Медичний огляд **неповнолітніх віком до 18 років і осіб, визнаних у встановленому законом порядку недієздатними, може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.**”⁹

Ця норма тлумачиться по-різному.

Одна позиція розуміється як категоричний припис – законні представники мають бути обов’язково присутні при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію. Іншими словами, прихильники цієї тези вважають, що **усі діти віком до 18 років не можуть** пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без прохання або згоди їх законних представників. На цій підставі деякі медичні заклади не приймають неповнолітню дитину для тестування на ВІЛ-інфекцію без супроводу законного представника.

Інша позиція полягає в такому: присутність законних представників при проведенні медичного огляду на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх віком до 18 років **не є обов’язковою**. Тобто, неповнолітні діти віком до 18 років дійсно можуть бути обстежені на ВІЛ-інфекцію на прохання або за згодою їх законних представників, але при цьому неповнолітні особи віком від 14 до 18 років можуть самостійно звернутися за медичним оглядом на ВІЛ-інфекцію. Аргументуємо цю позицію.

По-перше, з-під дії цієї норми однозначно виключаються ті групи осіб до 18 років, які згідно із законом набули прав повнолітньої особи раніше. До цих груп Цивільний кодекс України відносить:

⁷ Огляд законодавства щодо прав неповнолітніх – груп ризику ВІЛ на доступ до медичних та соціальних послуг (Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка, ЮНІСЕФ, 2008 р.)

⁸ Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 35. – Ст. 235.

⁹ Ця норма повністю дублюється у пункті 12 Правил медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, обліку ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД та медичного нагляду за ними, затвердженими Постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. №2026.

- 1) осіб, які набули шлюбу (доказом чого є свідоцтво про шлюб або свідоцтво про розірвання шлюбу);
- 2) коли фізична особа досягла шістнадцяти років і працює за трудовим договором (доказом є трудовий договір, довідка з місця роботи або трудова книжка);
- 3) коли неповнолітня особа записана матір'ю або батьком дитини (доказом є свідоцтво про народження дитини);
- 4) коли особа досягла шістнадцяти років і бажає займатися підприємницькою діяльністю (доказом є свідоцтво приватного підприємця).

Оскільки ці особи віком до 18 років набули повної дієздатності, вони можуть пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію без жодних обмежень, але при цьому вони мають довести свій правовий статус за допомогою документів, зазначених вище.

По-друге, норма, закріплена в ст. 7 Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”, сформульована за допомогою квантора “може”: “Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років... може проводитися...”, тобто зазначена норма передбачає **можливі** варіанти поведінки. Відсутність у посиланні кванторів “лише”, “виключно” і т.п. означає відсутність заборони діяти в альтернативний спосіб.

Іншими словами, норма не містить заборони на те, щоб неповнолітні діти віком до 18 років могли самостійно звернутися за медичним оглядом на ВІЛ-інфекцію. Оскільки така заборона відсутня, в силу вступає конституційний принцип “дозволено все, що не заборонено”. Цей принцип закріплено в ч. 1 ст. 19 Конституції України: “Правовий порядок в Україні ґрунтується на засадах, відповідно до яких ніхто не може бути примушений робити те, що не передбачено законодавством”. Відповідно до ст. 8 Конституції України норми Конституції мають найвищу юридичну силу і є нормами прямої дії (застосовуються безпосередньо).

По-третє, відповідно до ч. 3 ст. 284 ЦКУ медична допомога **чотирнадцятирічній особі** провадиться за її згодою. Подібна норма міститься і в ч. 1 ст. 43 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” медичне втручання (застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини) щодо **пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта)**, а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, **здійснюється за згодою їх законних представників**.

Отже, можна зробити висновок, що медичне втручання (одним із методів діагностики якого, очевидно, є медичний огляд на ВІЛ-інфекцію) щодо **особи, якій виповнилось 14 років, не потребує** згоди або присутності її законного представника.

Таким чином, **на рівні законів** існує колізія. Цивільний кодекс України (ч. 3 ст. 284) і Основи законодавства України про охорону здоров'я (ст. 43) встановлюють право особи, яка досягла 14-го віку, *самостійно* пройти медичний огляд на ВІЛ-інфекцію, а ст. 7 Закону України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” передбачає, що медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітніх до 18 років проводиться за присутності законних представників таких осіб. На сьогодні на рівні Уряду України розглянуто питання щодо внесення змін до Закону “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” і цілком ймовірно, що це протиріччя буде усунене найближчим часом.

З точки зору юридичної сили Цивільний кодекс України має перевагу над Законом України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”. Цей висновок ґрунтується на двох підставах. *По-перше*, відповідно до ст. 1 ЦКУ саме цивільне законодавство регулює цивільні права та обов'язки (у тому числі право на медичну допомогу). Отже, в цій частині всі інші законодавчі акти, в тому числі закони України, мають відповідати Цивільному кодексу і не можуть йому суперечити. *По-друге*, Цивільний кодекс України порівняно із За-

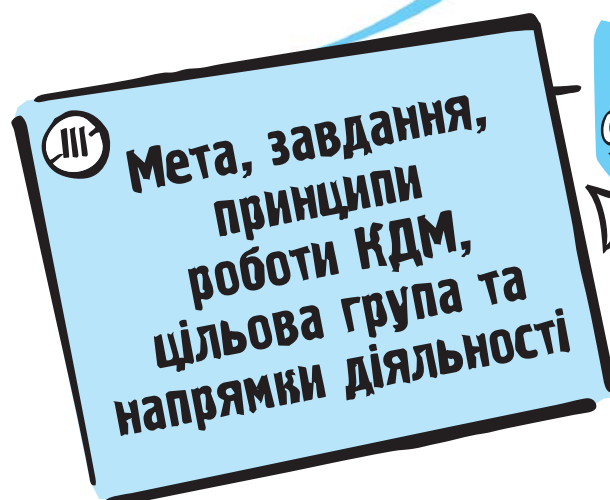
коном України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення" прийнято за часом пізніше.

Таким чином, можна зробити висновок, що медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітні особи віком від 14 до 18 років можуть проходити самостійно, але також такий медичний огляд може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Згідно з чинним законодавством України діти віком до 14 років (у тому числі від 10 до 14 років) **не можуть** проходити медичний огляд самостійно, а лише на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Ключові питання до розділу II

1. Якими нормативно-правовими документами передбачено створення та розвиток «Клінік, дружніх до молоді»?
2. Які накази регулюють питання взаємодії між закладами охорони здоров'я та соціальними службами?
3. Якими законами регулюється питання доступу дітей віком 10-18 років до процедури добровільного консультування та тестування на ВІЛ?



КДМ є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я і надає медико-соціальну допомогу дітям та молоді з проблем збереження здоров'я на основі "дружнього підходу", який рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Дитячим фондом ООН – ЮНІСЕФ. Основним в реалізації ідеології КДМ є надання допомоги підліткам і молоді через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я. Тобто для підлітків та молоді користь від роботи КДМ полягає в тому, що вони здобувають реальну можливість самостійно одержати медичну й психологічну допомогу, інформацію про збереження здоров'я, а отже, легше пройти період дорослішання.

Хоча КДМ і є структурним підрозділом медичного закладу, в його роботі існує ряд специфічних особливостей. Суттєва відмінність КДМ від інших медичних закладів полягає в тому, що ця клініка надає не лише медичний, а й психологічний та соціальний комплекс послуг; у діяльності КДМ переважає профілактична спрямованість; КДМ, як структура, реалізує принципи дружнього підходу – добровільності, доброзичливості, доступності, конфіденційності, анонімності та неосудливого ставлення до відвідувача.

Поняття "дружній підхід" передбачає не лише доброзичливе і шанобливе ставлення до підлітка, а й реалізацію певних принципів роботи й інформаційно-технічного забезпечення клінік. У зв'язку з цим проводиться навчання медичних, соціальних працівників по спеціально розробленій програмі¹⁰. Мета навчання – сприяння усвідомленню принципів роботи КДМ та формуванню навичок консультування підлітків з питань профілактики ВІЛ.

Загальною метою роботи КДМ є збереження репродуктивного здоров'я, профілактика ВІЛ/СНІДу та формування відповідальної поведінки серед підлітків та молоді щодо власного здоров'я.

Саме у підлітковому віці істотно зростає ризик інфікування ІПСШ та виникнення незапланованої вагітності. Для того, щоб бути ефективною, діяльність КДМ повинна бути спрямована на профілактику та лікування захворювань, поява яких пов'язана з ризиковою поведінкою, інформаційний та консультаційний супровід клієнта, створення психологічних комфортних умов, які полегшать проходження лікування, вирішення соціальних і психологічних проблем для кожного клієнта. КДМ мають відігравати істотну роль у популяризації дотестового консультування та тестування на ВІЛ серед молоді.

Слід виділити наступні завдання у діяльності КДМ:

- забезпечення **комплексної соціально-медичної та психологічної допомоги** підліткам та молоді;
- надання **інформаційно-консультативних послуг** підліткам і молоді з питань збереження здоров'я, особливо репродуктивного здоров'я та профілактики ВІЛ;
- **профілактика** ризикової поведінки, особливо щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію, та непланованої вагітності;
- **діагностика та лікування** захворювань репродуктивної системи;
- **соціальний супровід** відвідувачів КДМ, які, крім медичних, отримують психологічні, соціально-педагогічні та юридичні послуги на всіх етапах роботи з ними (за потребою).

Необхідно підкреслити, що робота КДМ починається з консультування, котре забезпечується на всіх подальших етапах діагностики та лікування, разом із соціальним супроводом.



¹⁰ Посobie для тренера по проведенню двухэтапного семинара-тренинга "Развитие дружественных к молодежи служб здравоохранения", Голоцван Е.А., Киев, 2007

Таким чином, **головною стратегією КДМ є:**

- формування свідомого ставлення до всіх складових особистого здоров'я (фізичної, психічної, соціальної та духовної), приділяючи основну увагу щодо репродуктивного здоров'я, особливо шляхом надання знань та формування умінь і навичок відповідальної поведінки;
- попередження виникнення ризикової поведінки та зменшення впливу її наслідків, тобто попередження або відмова від шкідливих звичок: тютюнопаління, вживання алкоголю, наркотиків;
- профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом, в тому числі ВІЛ;
- збереження репродуктивного здоров'я та підготовка до усвідомленого батьківства;
- формування у підлітків і молоді відповідальної поведінки в міжособистісних та статевих відносинах.

Діяльність КДМ базується на “дружньому підході” до роботи з клієнтами. Дружній підхід передбачає не лише розуміння та прийняття проблем підлітків, молоді, а й наявність ресурсів у наданні допомоги, а саме – підготовленої медичної бази та навченого персоналу. Дружній підхід базується на принципах доступності, добровільності, доброзичливості, конфіденційності, анонімності та неосудливого ставлення до відвідувача. Організатори повинні чітко усвідомлювати, що ці принципи ґрунтуються на психологічних особливостях підліткового віку, вони пересікаються та доповнюють один одного. Дотримання цих принципів є основою для успішної роботи клінік, іншими словами – це вихідна ідеологічна основа діяльності клінік. Це внутрішнє переконання всіх співробітників КДМ, на якому будується відношення до клієнтів клініки, це фундамент для функціонування клініки як моделі – організації послуг та структури КДМ. Зупинимося детальніше на кожному з принципів.



Принцип доступності:

Під реалізацією цього принципу варто розуміти таку організацію роботи КДМ, коли молоді люди мають реальну можливість отримання послуг, а саме: простоту процедури звернення, безоплатний прийом чи доступна ціна, комплексність допомоги, яка надається, можливість одержати додаткову інформацію.

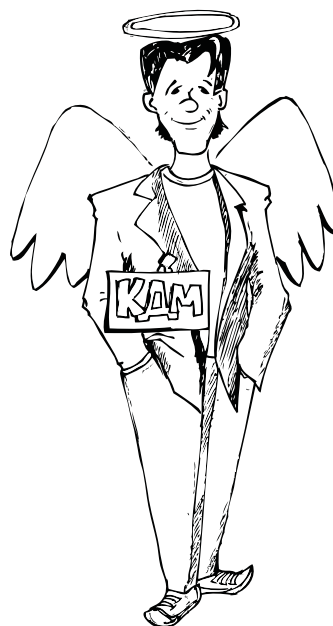
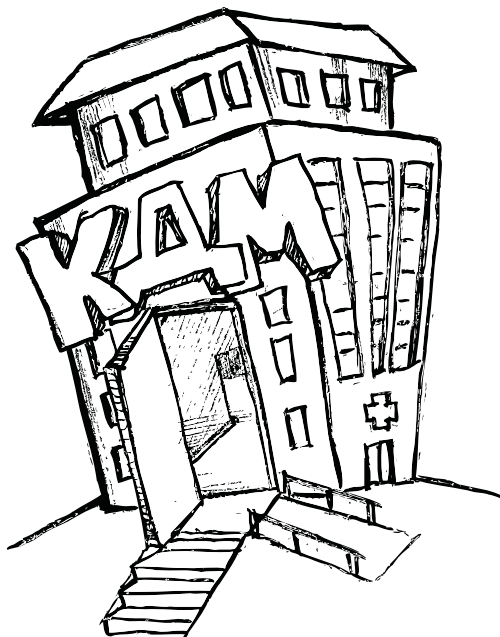
Що необхідно враховувати для реалізації принципу доступності:

- Окремий вхід – КДМ, як правило, розташовані у дитячих поліклініках, – тому окремий вхід забезпечує конфіденційність візиту і підкреслює особливості клініки. Вхід повинен бути зручним для всіх, в тому числі і для осіб з обмеженими функціональними можливостями.
- Зручна транспортна розв'язка – бажано, щоб приміщення або будівля клініки розташовувалась поруч зі зручними транспортними маршрутами чи в центрі міста.
- Вивіска перед входом повинна бути яскравою, великою, зрозумілою і привабливою.



“Клініка, дружня до молоді” дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

- Зручний коридор, хол, вітальня – адже відомо, що підлітки здебільшого приходять з друзями, або невеликими компаніями. Бажано, щоб це (ці) приміщення було просторе, оформлене зі смаком певної цільової групи. На дверях кабінетів на варто вказувати профіль спеціалістів, оскільки більшість підлітків будуть соромитися звертатися до дерматовенерологів, гінекологів, наркологів, психотерапевтів та інших лікарів.
- Час очікування прийому – дуже важливо його скоротити. Тому можна організувати попередній запис по телефону, а також роботу одночасно кількох однопрофільних кабінетів. Необхідно також організувати дозвілля на період очікування прийому. У цьому приміщенні можна показувати профілактичні, рекламні кінострічки, на стінах розмістити інформаційні тематичні матеріали. Важливо те, що необхідно представляти різноманітну інформацію, розраховану на різні цільові групи саме цієї категорії населення.
- Послуги, які надаються підліткам, молоді – до 18 років – повинні бути безоплатними. Якщо деякі види послуг планується надавати молодим людям, яким більше 18 років, платно, то ціни повинні бути помірними. Також необхідно давати чітку інформацію про види і час надання послуг.
- Розклад роботи клініки повинен бути максимально наближеним до розкладу дня молодих людей. В усіх рекламних буклетах, листівках слід чітко вказати розклад роботи клініки. Адже підлітку важко наважитися прийти на прийом до спеціаліста. І коли, нарешті, він прийде, а клініка буде закрита, або спеціаліст не прийматиме, підліток більше може не прийти.
- Наявність консультативного кабінету – бажано, щоб такий кабінет був, в який не треба попередньо записуватися. Багато хто з молодих людей не хочуть телефонувати і домовлятися про зустріч. Нерідко бажання прийти у клініку виникають у них спонтанно, або виникають надто невідкладні проблеми.
- Комплексний підхід – важливо визначити спектр послуг, які надаватимуться, і які необхідні для молоді. Привабливим для молоді буде й те, що комплекс послуг надаватиметься за мінімальну кількість відвідувань. У КДМ також необхідно мати базу даних про інші профільні заклади для можливої переадресації, так як проблема, з якою звернувся підліток, може виходити за межі можливостей клініки.
- Можливість вибору – важливо, щоб послуги були доступні та привабливі як для дівчат, так і для хлопців. Треба враховувати також те, що дехто з молодих людей віддаватиме перевагу якому-небудь спеціалісту за статевою ознакою.
- Толерантне ставлення до відвідувачів – клініку можуть відвідувати представники таких цільових



груп як бездоглядні діти, споживачі наркотиків, ВІЛ-інфіковані, працівники секс-бізнесу, чоловіки, які мають секс з чоловіками, і т.д. У персоналу КДМ повинно бути сформовано коректне, толерантне ставлення до всіх людей, які приходять у клініку.

- Інформування про роботу КДМ – широке охоплення представників цільової групи дозволить донести інформацію про послуги і допоможе їм добровільно звернутися у клініку. Це досягається за допомогою проведення різноманітних інформаційно-масових заходів, розповсюдження інформаційних матеріалів, рекламної кампанії закладу та його послуг.

Принцип добровільності

Аби реалізувати цей принцип, потрібно, щоб в КДМ були створені всі умови для самостійного свідомого звернення підлітків та молоді за послугами через інформування, залучення та розбудову мотивації користувачів послуг.

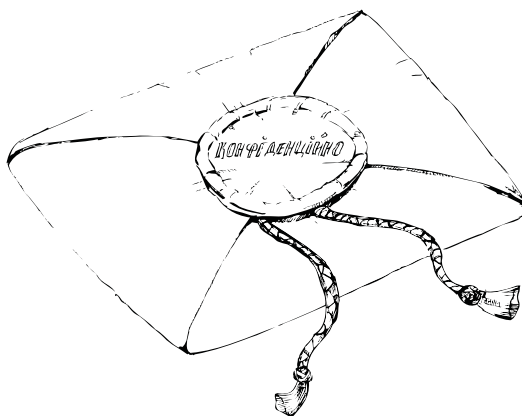
Що необхідно враховувати для реалізації принципу добровільності:

- Звернення у клініку – необхідно мотивувати молодих людей до самостійного свідомого звертання до спеціаліста не лише у випадку захворювання, а й з профілактичною метою. Дуже важливо, щоб підлітки і молодь добровільно обирали послуги і дотримувалися рекомендацій співробітників клініки.
- КДМ повинна надавати підлітку право на вибір послуг (наприклад, різні методи обстеження, лікування, профілактики, вибір методу контрацепції тощо).
- Атмосфера у клініці – повинна бути доброзичлива і довірна. Це головні компоненти для реалізації принципу добровільності. В жодному випадку не можна вдаватися до осуду й критичної оцінки висловлювань відвідувача.
- Спеціалісти – КДМ повинна надавати підлітку право і можливість на вибір спеціаліста.
- Прийняття самостійного, свідомого й інформаційного рішення – всі працівники клініки – від санітарки до лікаря – повинні сприяти цьому. Це ще одна необхідна умова для реалізації принципу добровільності. При цьому тим, хто звернувся по допомогу, необхідно надати інформацію про переваги та недоліки кожного методу лікування чи обстеження. Важливо, щоб підлітки, молоді люди брали участь у діалогах зі спеціалістом з приводу одержання інформації з тим, щоб зробити свій свідомий вибір.

Принцип доброзичливості

Під реалізацією цього принципу слід розуміти таку організацію роботи клініки, коли молоді люди отримуватимуть лише доброзичливе ставлення з боку персоналу клініки, побудоване на розумінні та прийнятті вікових особливостей цільової групи, терпимості, повазі, конфіденційності, підтримці у висловлюванні власної думки. Важливими складовими цього принципу є **конфіденційність, анонімність та неосудливе ставлення до відвідувача**, а їх дотримання є дуже важливим для збереження іміджу клініки і для продуктивної роботи з цільовою групою. Тому зупинимося на короткій характеристиці цих складових.

Конфіденційність – збереження лікарської таємниці. Це поняття означає можливість для відвідувача повністю довірити спеціалісту всі свої таємниці, побесідувати з ним про все, визнаючи,



що ця інформація не вийде за стіни кабінету. Багатьох молодих людей хвилюють такі питання: “Хто знатиме, що вони відвідували лікаря?”, “Чи дізнаються батьки про сам факт та подробиці їхнього звернення в КДМ?” Для багатьох молодих людей наявність принципу конфіденційності є вирішальною в процесі прийняття рішення: звертатися чи не звертатися в клініку. На сьогодні питання конфіденційності набуло особливого значення у зв’язку з введенням в практику роботи КДМ процедури дотестового консультування й тестування на ВІЛ.

Також дуже важливим для підлітків та молодих людей є дотримання **принципу анонімності** – згідно з яким, відвідувачі клініки не ідентифікуються, аби позбутися можливого використання медичних свідчень всупереч їхнім інтересам або зашкодити їм. Це основний принцип, котрий реалізується за індивідуальним проханням клієнта. Згідно запиту від підлітка не вимагають паспортних даних та адресу. Під час першого відвідування клініки регістратор детально пояснює, на яких принципах оформлюється карточка. Якщо молода особа хоче зберегти анонімність, то паспортні дані та адреса місця проживання не вносяться в амбулаторну картку. Регістратору слід пояснити, в чому полягає дотримання принципу конфіденційності й анонімності. Як правило, дотримання принципу конфіденційності буде цілком достатньо, оскільки ніхто не має права читати амбулаторну картку, крім спеціалістів клініки.

Принцип неосудливого ставлення до відвідувача також особливо важливий під час роботи з молоддю. Молоді люди дуже негативно реагують на оціночне судження дорослих. Необхідно враховувати, що з певною цільовою групою доводиться вирішувати надто чутливі питання, які стосуються, наприклад, наслідків статевих стосунків. Треба вміти настроїти молоду особу на відверту розмову, допомогти сформуванню запитання чи проблеми. Якщо спеціаліст не налаштує довірчі відносини з ним, то прийом буде формальний, а значить – не відповідатиме ідеології дружнього підходу.

Що необхідно враховувати для реалізації принципу доброзичливості:

- Ставлення з боку персоналу клініки – всі співробітники повинні бути відкритими для спілкування, шанобливо, терпимо й коректно ставитися до думок та поглядів молодих людей, дотримуватися конфіденційності. В клініці повинні працювати співробітники, котрі ознайомлені з психофізіологічними особливостями підліткового віку, розуміють і сприймають стиль життя молоді.
- Формування ідеології (формування внутрішньої політики закладу) – це перший і важливий крок в організації роботи КДМ, котрий ґрунтується на потребах цільової групи та відповідає принципам надання послуг на основі “дружнього підходу”. Увесь персонал клініки чітко розуміє й усвідомлює цю ідеологічну позицію.
- Консультування як послуга – невід’ємна частина в діяльності клініки. Консультування може проводити лікар, психолог, психотерапевт або добре підготовлений консультант. Це дасть можливість ефективніше працювати з деякими складними проблемами, з якими зіштовхується молодь.
- Персонал – важливо, щоб усі співробітники клініки пройшли курс навчання з питань створення та функціонування КДМ. І в подальшому необхідно проводити постійні тематичні семінари, ділові ігри. Спільне навчання всього персоналу як групи однодумців дозволить сформувати спільне бачення проблем молоді і виробити конструктивні способи їхнього вирішення.
- Правовий аспект надання послуг – у зв’язку з неузгодженістю деяких законодавчих документів щодо питань надання послуг неповнолітнім існує можливість їх різноманітного трактування співробітниками КДМ. Постійне підвищення правової обізнаності персоналу, що дозволить співробітникам використовувати те трактування, котре захищає права дітей та молоді, – є важливою частиною роботи КДМ.
- Перше враження після відвідування КДМ – як правило, є запорукою того, чи будуть у подальшому молоді люди користуватися послугами клінік і порадять їх своїм приятелям. Враховуючи особливості підліткового віку, перше вражен-

ня може стати визначальним. Спеціалісту необхідно врахувати, що підлітки соромляться оголюватися під час огляду лікаря, а також якщо гінекологічне крісло розташоване біля вікна і не відокремлене ширмою від вхідних дверей. Вони не будуть відвертими, якщо в кабінеті присутні інші співробітники, або заглядають сторонні люди.

- Назва клініки – дуже важлива для створення позитивного іміджу КДМ. Назва повинна відображати суть роботи клініки. Вона може вибиратися самими молодими людьми, наприклад, шляхом конкурсу чи на семінарі волонтерів клініки.
- Реклама та інформаційні матеріали – мають бути розроблені з урахуванням вікових та поведінкових особливостей цільової групи, сприяти створенню іміджу доброзичливого ставлення до підлітків і молоді. Для того, щоб інформаційні матеріали були ефективними, необхідно обов'язково залучати до їхньої розробки молодь, хоча б на етапі апробації чи оцінки.
- Інтер'єр клініки – повинен відрізнятися від традиційних оформлень у лікарнях і бути комфортним для цільової групи. Добре, якщо у клініці є кафе або інше затишне місце, де можна чекати своєї черги, перекусити, прийти в себе після прийому.



“Клініка, дружня до молоді” міської лікарні №1 м. Кам'янець-Подільський

Необхідною умовою дотримання вищеназваних принципів є обізнаність з потребами та основними проблемами підлітків, мотивами їхніх звернень у клініку. Цьому сприяє активна участь молоді в роботі КДМ (волонтерський рух тощо) і отримання регулярного “зворотнього зв'язку” від відвідувачів через анкетування, опитування, інтерв'ювання, проведення фокус-груп, створення сайту і т.д.



Цільова група КДМ

Цільовою групою КДМ є діти віком від 10 до 18 років та молоді люди до 24 років. За даними аналізу стану впровадження заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки, серед клієнтів КДМ 69%, припадає на дітей та підлітків від 10 до 18 років і тільки 4.8% – на молодь віком після 24 років.

Однак, основною цільовою групою КДМ є діти підліткового віку – від 14 до 18 років. Це пов'язано з психологічними особливостями цієї групи; з відсутністю у них навичок самостійного звертання за допомогою; з матеріальною і психологічною залежністю від батьків (не завжди є гроші на регулярне лікування, інколи вони не хочуть повідомляти батькам про існуючу проблему); з відчуттям недовіри до дорослих, з відсутністю відповідального ставлення до свого здоров'я.

Клієнтами клініки, окрім підлітків і молоді, можуть бути їхні родичі, опікуни. А також спеціалісти закладів, які працюють з молоддю. В разі звернення батьків/родичів щодо питань здоров'я підлітка їм надається консультативна допомога спеціалістами КДМ.

Ефективну роботу клініки можна налагодити лише з урахуванням особливостей підліткового віку. Нагадаємо коротко ці особливості: формування потягу, юнацька гіперсексуальність, відчуженість від батьків, вплив групи ровесників, егоцентризм, емоційна лабільність, формування відчуття дорослості і потреба у соціальному визнанні факту дорослішання, освоювання нових соціальних ролей та навичок (дивись Розділ І).



“Клініка, дружня до молоді” дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

Під час створення КДМ дуже важливо вирішити питання сегментації цільової групи, тобто яким саме групам підлітків та молоді клініка спроможна надати допомогу з урахуванням своїх особливостей та можливостей. Наприклад, клініка може забезпечити прийом, супровід та переадресацію таким групам, як: тим, хто постраждав від насильства, бездоглядним дітям, споживачам наркотиків, людям, які живуть з ВІЛ, працівникам секс-бізнесу, чоловікам, які мають секс із чоловіками, тощо.

Напрямки діяльності КДМ

Діяльність КДМ в цілому здійснюється за наступними напрямками: консультативному, профілактичному, лікувально-діагностичному, соціальному та інформаційно-просвітницькому.

Консультативний напрямок (консультування) включає роботу, яка спрямована на формування відповідальної поведінки в статевих та міжособистісних відносинах, збереження репродуктивного та психічного здоров'я, профілактику ВІЛ, ІПСШ, попередження виникнення ризикової поведінки та зменшення впливу від її наслідків. Цей напрямок включає також психологічне консультування і консультування з правових питань.



У КДМ можуть використовуватися такі види консультування: індивідуальне та групове; консультування у комбінації із психотерапією, психодіагностика; до-тестове консультування і тестування (ДКТ), консультування по телефону довіри тощо.

Профілактичний напрямок включає такі основні підходи: інформаційно-просвітницький (підвищення рівня знань, формуван-

ня навичок відповідальної поведінки) та соціальний (супровід відвідувача, надання соціальних послуг та робота з оточенням цільової групи – з лідерами, з батьками чи опікунами, педагогами, медичними працівниками).

Інформаційно-просвітницькі заходи мають на меті формування у молоді іміджу здорової людини, яка відповідає за свою поведінку, включають розробку та розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів з питань збереження здоров'я, навчання та роботу волонтерів, надання методичної допомоги закладам охорони здоров'я щодо впровадження дружнього підходу до молоді, проведення семінарів, тренінгів, заходів для батьків, педагогів, соціальних робітників та медичного персоналу, співпрацю із засобами масової інформації.

Соціальний супровід та соціальні послуги (соціально-педагогічні, соціально-медичні, психологічні, юридичні, інформаційні) надаються спеціалістами центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді у взаємодії з працівниками закладів охорони здоров'я.

Основні питання, які обов'язково слід включати у профілактичну роботу: непланована вагітність, адиктивна поведінка, ВІЛ-інфекція, відповідальні статеві відносини, контрацепція, підготовка до усвідомленого батьківства тощо.

Лікувально-діагностичний напрямок включає профілактичний огляд, діагностику та лікування розладів репродуктивного здоров'я, інші захворювання за напрямком роботи КДМ з наступною реабілітацією та переадресацією до профільних закладів в разі необхідності, а також проведення дотестового консультування та тестування з питань ВІЛ/СНІДу.



“Клініка, дружня до молоді” дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

Особливо слід відзначити, що для того, щоб КДМ працювала продуктивно, доцільно залучати молодь до планування, роботи та оцінки якості діяльності КДМ. Це сприятиме формуванню життєвих навичок підлітків, молоді та розвитку самоврядування в КДМ. Для цього потрібно з'ясувати думки та погляди молодих людей за допомогою опитування та інтерв'ю, соціологічних досліджень, на основі аналізу статистичних даних щодо звертань до інших клінік. Залучати підлітків до планування медичної та соціальної допомоги необхідно для того, щоб:

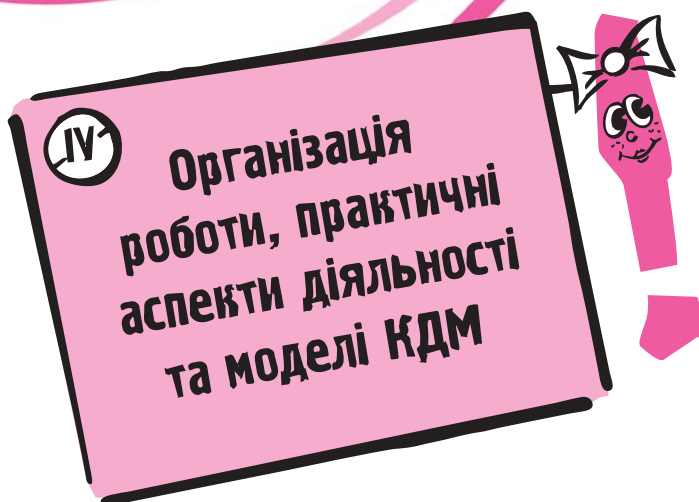
- виявити основні проблеми підлітків, молоді
- виявити мотиви і механізми впливу на здоров'я та на ставлення до здоров'я
- зрозуміти, які служби краще організувати
- знати, як найкраще донести інформацію про здоров'я, про охорону здоров'я
- знати про їхні нагальні проблеми
- брати до уваги запити підлітків щодо планування медичної допомоги. Про них можна довідатися кількома шляхами: анкетування, інтерв'ю, фокус-групи, обговорення в невеликій групі з молодіжними лідерами

Треба розуміти, що КДМ не є альтернативою і не повинні замінити для підлітків служби, які вже працюють, наприклад, дитячі поліклініки. Вони повинні доповнювати одне одного для досягнення єдиної мети – забезпечення здоров'я молодого покоління.

Організаторам системи охорони здоров'я, освіти, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді створення КДМ допоможе налагодити ефективну медико-соціальну допомогу підліткам та молоді.

Ключові питання до розділу III

1. Сформулюйте мету та завдання роботи КДМ.
2. Назвіть характеристики служб, дружніх до молоді.
3. На яких принципах базується діяльність КДМ?
4. З якими цільовими групами ви розраховуєте працювати?
5. Розкрийте сутність напрямків діяльності КДМ.



4.1 Організація роботи КДМ

4.2 Практичні аспекти діяльності КДМ

4.3 Існуючі моделі КДМ

У попередніх розділах було представлено інформацію про особливості роботи КДМ. У цьому розділі зупинимося на головних аспектах організації роботи КДМ, практичному досвіді їх діяльності, а також розглянемо існуючі моделі КДМ в Україні.

4.1 Організація роботи КДМ

Клініка, дружня до молоді, відрізняється від звичайного лікувально-профілактичного закладу тим, що надає більш широкий спектр послуг. Нижче наведено таблицю, яка наглядно демонструє ці відмінності.

МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД	КДМ
Медична допомога розрахована на хворих	Медична допомога розрахована на здорових та хворих
Основний вид діяльності – лікування	Робота над проблемами підлітків, профілактика та лікування
Критерії якості – оцінка по факту наданої допомоги	Критерії якості – повторне відвідування
Вузька лікувальна спеціалізація допомоги	Комплексна допомога (медична, психологічна, соціальна, правова)
“Традиційні” проблеми, передусім лікування соматичних хвороб	“Нетрадиційні” проблеми, з якими не йдуть до звичайного амбулаторно-поліклінічного закладу
Директивна модель – рішення приймає спеціаліст	Модель співробітництва – рішення приймається за участю особи, яка звернулась по допомогу

Для практичної реалізації цілей та завдань, які стоять перед клінікою, дружньою до молоді, необхідно забезпечити комплексне впровадження обов’язкових складових її належного функціонування. До цих складових відносяться: **доступність послуг у КДМ, надання комплексу медико-соціальних послуг, наявність та поширення інформації, робота вмотивованого підготовленого персоналу, проведення консультування та профілактично-просвітницької роботи з питань ВІЛ/СНІДу, участь молоді у роботі КДМ.**

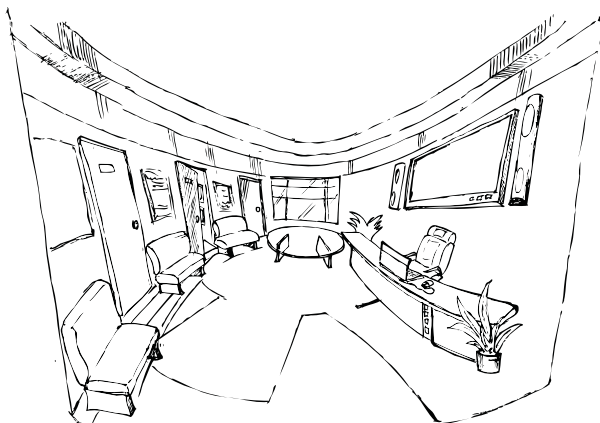
Зупинимося більш детально на характеристиці складових ефективної організації роботи КДМ:

1. Доступність послуг у КДМ

Доступність послуг у КДМ повинна відповідати вимогам “дружнього підходу”, а імідж бути привабливим для цільової групи. Такий імідж може створюватися з наступних елементів:

- зручного розташування КДМ із зручними транспортними мережами
- наявності окремого входу для відвідувачів
- наявності окремого приміщення
- зручних часів роботи для цільової групи
- наявності вивіски, яка буде зручно розташованою і зрозумілою для цільової групи
- наявності інформації щодо розкладу прийому фахівців
- доброзичливості персоналу (ставлення персоналу, розуміння та прийняття особливостей підліткового віку, повага, терпимість, конфіденційність)
- безоплатності послуг або доступність цін (при наявності ліцензії на платні послуги) дітям, підліткам та молоді.

Атмосфера клініки – білі халати та суворі білі стіни – не обов'язкова і навіть не бажана. Навпаки, потрібно створити якомога більш неформальну атмосферу. Перша зустріч молодої людини з працівником клініки може сильно вплинути на те, чи буде вона знову користуватися послугою та чи порадить вона це своїм друзям. Працівникам потрібно ставитися до молодих людей з повагою та працювати з ними позитивно, виявляючи неосудливий, відкритий і гнучкий підхід. Можливо, персонал потребує навчання і підтримки для того, щоб зрозуміти особливі потреби молодих людей. Персоналу потрібно мати чітко визначені ролі та обов'язки з чіткими планами та процедурами виконання, котрі були б зрозумілі і схвалені усіма.



Багатьох молодих людей хвилює питання *конфіденційності* послуг: чи повинні знати їхні батьки? Хто буде знати, що вони користувалися послугами? Для багатьох – це основне питання у процесі прийняття рішення, – звертатися до служби чи ні. Якщо брати до уваги конфіденційність, постає чимало питань, які потрібно розглянути *до того, як КДМ починає працювати*.

Найперший і найважливіший крок – це розвиток політики, яку чітко розуміє персонал і яку допомагали розробляти самі підлітки та молодь. Політика повинна: пояснювати будь-які юридичні питання конфіденційності; роз'яснювати будь-які професійні кодекси для персоналу, і як вони можуть впливати на роботу клініки; передбачати, що може трапитися, якщо в клініці виникнуть труднощі; визначати, яке навчання повинен пройти персонал в питаннях конфіденційності.

По-друге, велике значення має те, як проходить реєстрація клієнта. Що відбудеться, коли підліток вперше переступить поріг клініки, хто його зустріне? Як клієнт може знати, що потрібно робити, куди звернутися? Чи зможе він/вона поговорити з ким-небудь у затишному і безпечному місці, де конфіденційність гарантована? Як реєстратор завоює довіру молодого клієнта?

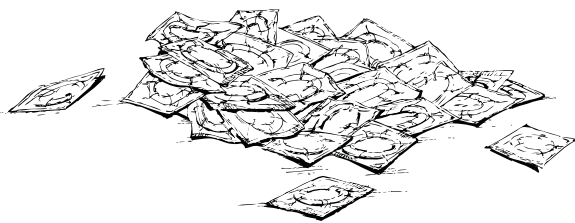
По-третє, потрібно чітко визначити, які записи будуть вестися, і хто матиме до них доступ. Чи матимуть доступ до цих записів інші працівники? Як записи будуть охоронятися? Чи зможуть клієнти побачити які-небудь записи про себе? Як молоді люди можуть знати, що робиться для гарантування їх конфіденційності?

Конфіденційність – це настільки важливий момент, що надзвичайно важливо запитувати самих молодих людей, що вони хочуть і очікують, користуючись послугами КДМ.

2. Надання комплексу медико-соціальних послуг

Відомо, що молодь загалом не дуже часто звертається до різних послуг, а якщо вже йде туди, то дуже неохоче. Тому важливо забезпечити всеохоплюючі та інтегровані послуги в одному закладі – зайшовши до якого, молодь могла б отримати *комплекс послуг*. Для забезпечення повного задоволення як соціальних, так і медичних потреб доцільно забезпечити у КДМ наступне:

- надання лікувально-діагностичної допомоги
- психологічне консультування
- консультування з питань профілактики ІПСШ, ВІЛ-інфекції та непланованої вагітності
- дотестове консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ)
- соціальний супровід та інші соціальні послуги
- юридичне консультування
- переадресацію до інших медичних закладів



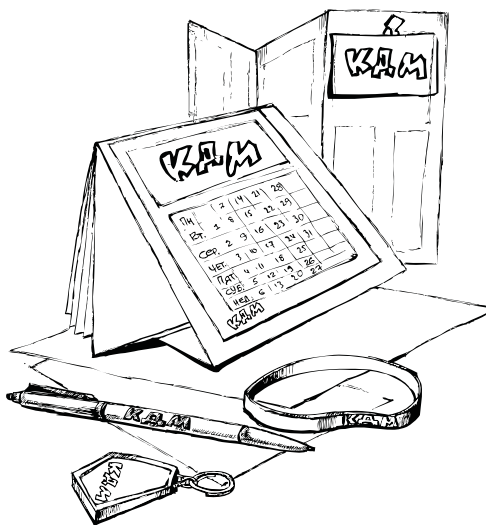
захисту є необхідною умовою дотримання санітарних норм роботи закладу. Важливою умовою при оцінці критеріїв якості медико-соціальних послуг є використання та наявність засобів захисту.

Будь-яка проблема зі здоров'ям людини впливає на її організм, тому важливо гарантувати те, що консультування та лікування задовольняє фізичні, психічні та соціальні потреби молодих людей. Це вимагає поєднання послуг соціальної та медичної сфери, так, наприклад, поряд із консультуванням щодо користування презервативами може відбутися переадресація до центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, що займаються проблемами вживання наркотиків, сімейного насильства тощо.

3. Наявність та поширення інформації в КДМ

Інформаційно-освітні матеріали можуть бути різноманітними за обсягом інформації, темами, навіть розміром, але вони мають бути широко доступними, бути у великій кількості в КДМ та можуть складатися з наступних видів:

- візиток, буклетів, плакатів, брошур тощо про основну діяльність КДМ;
- тематичних матеріалів з питань профілактики ВІЛ, формування безпечної поведінки, ДКТ тощо;
- рекламних проспектів про інші заклади, які надають медико-соціальні послуги;
- рекламних та тематичних відео та аудіо матеріалів.



За можливістю розроблені молоддю та написані молодіжною мовою, зрозумілою та "своєю", – інформаційно-освітні матеріали можуть стати для багатьох клієнтів першим контактом з клінікою, і саме тому є дуже важливою частиною роботи КДМ. Інформація повинна бути дуже різнобічною та розповсюджуватися, використовуючи всі канали інформації, та за допомогою молодіжних організацій, через школи, ЦСССДМ, молодіжні клуби, у самій КДМ тощо.

4. Робота вмотивованого підготовленого персоналу

Наймання персоналу, що розуміється на потребах молоді і працює з повагою до неї, без оцінювальних суджень, виявляючи відвертість та гнучкість, є вимогою для роботи КДМ. У складі персоналу має бути представлено *широке коло фахівців*, які водночас виявляють цілісний та інтегрований підхід до охорони здоров'я. Кожний працівник має усвідомлювати свою функцію та обов'язки. Постійно має проводитися *навчання всього персоналу* як невід'ємна частина підвищення кваліфікації та процесу створення колективу. Окрім того, що всі спеціалісти проходять курси підвищення кваліфікації за спеціальністю та з питань підліткової медицини, вони мають також отримати

В КДМ має бути забезпеченим доступ до безоплатних презервативів. Звичайно, інформація та навички користування презервативами мають бути частиною консультування з питань профілактики ІПСШ, ВІЛ-інфекції.

Використання в роботі КДМ одноразового інструментарію, а саме: одноразових шприців, інструментів, гумових рукавичок та інших засобів

підготовку з питань надання медико-соціальних послуг на принципах “дружнього підходу”. Навчання можна також проводити за такими напрямками: соціальний підхід до медичних потреб, робота у команді, надання адресного обслуговування, надання спеціалізованих послуг молоді, робота з населенням, навички консультування та комунікації тощо.

Для забезпечення якісної діяльності КДМ рекомендовано наступний *перелік спеціалістів*:

- педіатр
- терапевт (лікар загальної практики)
- акушер-гінеколог
- уролог/андролог
- дерматовенеролог
- психіатр
- лікар – психолог/психіатр
- лікар-методист
- медичні сестри
- молодший медичний персонал
- інші фахівці у разі потреби



Персонал КДМ зобов'язаний забезпечувати надання медико-соціальної допомоги відвідувачам при самостійному зверненні, а також за направленням ЦСССДМ, інших лікувально-профілактичних закладів, установ і при цьому дотримуватися принципів медичної етики та деонтології. Бажано, щоб персонал наймався на роботу на конкурсній основі.

Саме ставлення та підхід лікарів, їхній професіоналізм роблять КДМ привабливою для підлітків та молоді. Дружнє ставлення та турбота, компетентність та доброзичливість персоналу – важливі характеристики, невід'ємні складові роботи КДМ.

5. Проведення консультування з питань ВІЛ/СНІДу

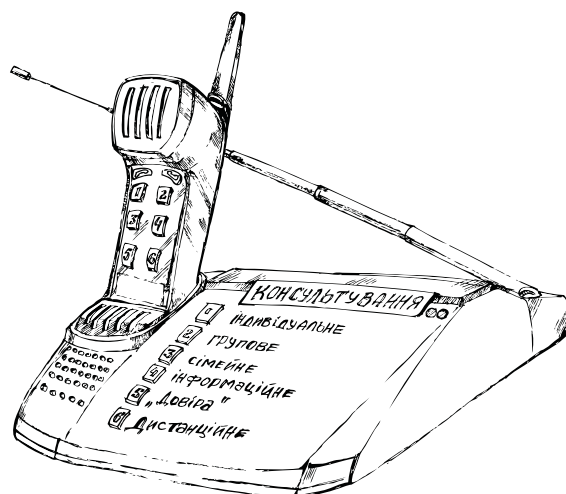
Консультування є найважливішою ознакою діяльності КДМ, воно здійснюється з метою надання допомоги у вирішенні проблем клієнта, зміни ризикової поведінки на відповідальну. Саме тому тривалість прийому лікарем КДМ збільшено з 12 хвилин, згідно з наказом №604 МОЗ України від 14.11.2005, до 30 хвилин. Більш детально питання консультування наведені у розділі №5 цих методичних рекомендацій.

В КДМ можливе проведення різних видів консультування:

- індивідуальне
- групове
- сімейне
- інформаційне
- консультування по телефону “Довіри”
- дистанційне (мережею Інтернет)

Консультування може проводитися як медичними фахівцями, так і спеціалістами соціальних служб для молоді.

Важливою частиною індивідуального консультування є добровільне консультування та тестування на ВІЛ



(ДКТ), що регламентується наказом МОЗ України №415 від 19.08.05 “Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”. Цим наказом встановлено порядок, принципи та процедуру ДКТ, а Додаток 1, пункт 4 визначає особливості консультування підлітків.

6. Проведення профілактично-просвітницької роботи з питань ВІЛ/СНІДу

Профілактично-просвітницька робота в КДМ – це також один з основних напрямків діяльності клініки. Мета профілактичної роботи полягає в тому, щоб підвищувати рівень інформування цільової групи, формувати навички відповідального ставлення до свого здоров'я, а також формувати навички відповідальної поведінки задля збереження свого здоров'я. Особливий акцент при цьому приділяється профілактиці розповсюдження ВІЛ-інфекції. Профілактична діяльність реалізується через такі форми:

- лекції
- бесіди
- семінари
- тренінги
- консультування
- масові заходи тощо



«Клініка, дружня до молоді»
Запорізької обласної клінічної
дитячої лікарні

З цієї різноманітності форм профілактичної роботи найбільш ефективними вважаються інтерактивні – тренінги, а серед методів – “рівний-рівному”. Профілактичну роботу можуть проводити співробітники КДМ, педагоги, соціальні працівники, юристи, молодіжні лідери, волонтери. Більш детально це питання розглядається у главі 5 та 7 цих методичних рекомендацій.

7. Участь молоді у роботі КДМ

Молоді люди мають великий ресурсний потенціал, їхнє активне залучення, реальний голос в прийнятті рішень, який впливає на політику роботи, характер послуг та завдання роботи, є фундаментальним принципом ефективної роботи. Їхня участь дає їм відчуття впевненості та підтримує їх з метою реалізації їхнього потенціалу. Участь молоді повинна стати елементом структури в організації послуг КДМ, та, що є більш важливим, ця участь повинна стати дійсно впливовою, а не просто записом на папері.

Необхідно забезпечити якомога ширше залучення молодих людей до всіх аспектів створення та функціонування КДМ. Молодих людей можна залучити до різноманітних видів діяльності, і вони можуть бути як представниками багатьох існуючих молодіжних організацій, так і окремими особами. До цих видів діяльності відносяться:

- представництво в наглядовій раді КДМ чи організаційній групі по створенню КДМ;
- облаштування інтер'єру та дизайн приміщення;
- робота на місцях з молоддю та іншими організаціями;
- робота за принципом “рівний-рівному” тощо.

Більш детальну інформацію з цього питання можна прочитати у главі №7 цих методичних рекомендацій.



Важливою є підтримка та заохочення молоді щодо надання інформації про КДМ своїм друзям та одноліткам із рекомендацією звернутися до КДМ. Механізмом стимулювання та підтримки щодо участі молоді у розвитку КДМ може стати *навчання молоді* – семінари, тренінги, зустрічі тощо.

Розробка, впровадження та підтримка відповідних *систем моніторингу та оцінки* в КДМ, які забезпечать аналіз того чи відповідає робота КДМ потребам клієнтів та чи відгукується на них, шляхом забезпечення участі молоді у створенні ефективних моделей медико-соціальних послуг та сприяння розширенню мережі КДМ. *Рівень задоволення* отриманими послугами визначається через проведення співбесід, опитувань, анкетувань клієнтів (форма надається у **Додатку №5**). Такий зворотній зв'язок із клієнтом надасть змогу підвищити якість послуг, що надаються у КДМ. Проводити анкетування можна, наприклад в реєстратурі, до та після прийому, при повторному запису клієнта тощо.



“Клініка, дружня до молоді” міської лікарні № 1 м. Кам'янець-Подільський

Необхідно пам'ятати, що перед тим як розпочати організацію КДМ, необхідно визначитися з її пріоритетною спеціалізацією, наприклад: репродуктивне здоров'я, допомога в кризових ситуаціях, наркологія тощо; цільовою групою: учнівська молодь, уразливі групи тощо; напрямками роботи: лікувально-діагностичний, соціально-психологічний тощо; а також визначити оптимально можливу з точки зору ефективності модель КДМ. Важливо також продумати форми взаємодії з партнерськими організаціями та залучення молоді до співпраці.



4.2 Практичні аспекти діяльності КДМ

Впродовж останніх років накопичено великий досвід роботи КДМ в Україні, сформована стратегія їхнього розвитку та підвищення якості послуг. Кожна клініка має свої особливості розвитку, певні досягнення у роботі. Втішним є те, що у деяких областях ставиться питання про створення мережі клінік. На наш погляд, це допоможе ефективніше працювати з цільовою аудиторією. А також підвищити інформованість спеціалістів у питаннях дружнього підходу.

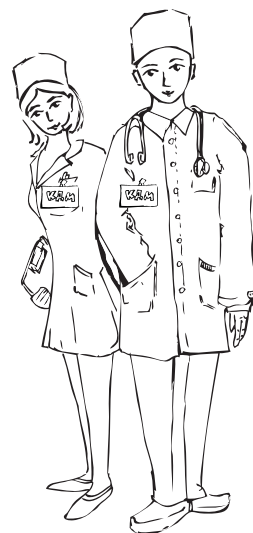
За результатами моніторингу деяких клінік, а також анкетування і обширних інтерв'ю представників цільової групи і спеціалістів, слід виділити наступні досягнення, а також труднощі і проблеми в роботі КДМ.

Досягнення у роботі існуючих клінік

Імідж

В деяких клініках спрощена процедура звертання цільової групи, і графік роботи спеціалістів влаштовує підлітків. Мова йде про наявність вибору для цільової групи КДМ – можливості приходити без попереднього запису або запису по телефону і можливості вибору зручного часу для прийому. Такий порядок призводить до зростання кількості відвідувачів КДМ, оскільки клієнти бачать, що їх дійсно чекають і обов'язково вислухають. Аналіз звернень підлітків до КДМ у 2007 році показав, що переважна кількість відвідувачів звертається шляхом самозвернення, тобто свідомо.

Створення привітного, гостинного, не лікарняного інтер'єру у багатьох КДМ також сприяє створенню дружньої атмосфери. Так, наприклад, в одній із КДМ молодь сама прикрасила стіни малюнками графіті, і у відвідувача виникає чітке уявлення, що він потрапив у молодіжний осередок. У багатьох КДМ кабінети переобладнанні так, щоб не виглядати “медично”, а більш “по-домашньому”, щоб створити атмосферу неформальну й дружню – “як у молодіжному клубі, а не в поліклініці”. Потрібно зазначити, що у такій обстановці більшим попитом користуються інформаційно-освітні матеріали, вони супроводжують і налагоджують клієнта на подальшу співпрацю. Так у більшості КДМ приймальні обладнані телевізором і відеомагнітофоном для перегляду інформаційно-освітніх матеріалів, а також у наявності є різноманітні друковані матеріали.



Послуги

Консультативна допомога надається в КДМ безоплатно. Діагностично-лікувальна допомога надається з урахуванням можливостей КДМ, базового закладу та спеціалізованих медичних закладів – безоплатно або на платній основі відповідно до захворювання.



“Клініка, дружня до молоді” дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

Цікавим є досвід використання стандартних бланків направлень для полегшення процедури звертання підлітків у різноманітні спеціалізовані заклади. На ці направлення можна наносити логотип клініки або якінебудь повідомлення, звертання для підлітків. Існує досвід співробітництва КДМ з низкою приватних профільних клінік. У цих клініках підлітків консультують безоплатно і для них зроблена окрема знижка на деякі аналізи (наприклад, хламідіоз, уреоплазмоз).

Підліткам зручніше звертатися до клінік, де послуги надаються комплексно,

і є особа, наприклад, регістратор, який може провести першу консультацію і розібратися, до якого спеціаліста в першу чергу слід направити підлітка.

Однією з проблем підлітка є проходження профогляду. У деяких клініках це успішно вирішується. Підлітки можуть пройти профогляд на базі клініки і отримати стандартну довідку. У деяких клініках практикуються виїзди спеціалістів у школи для проведення профогляду і проведення тематичних бесід.

Варто відзначити, що є клініки які мають своє “обличчя”, свою “родзинку”. Це говорить про те, що весь колектив на чолі із завідуючим правильно визначили направленість клініки, вимоги саме до тих послуг, які надаються саме для цієї цільової групи, яка мешкає у цьому регіоні, і на високому рівні організував роботу. Ось, наприклад, клініка з пріоритетним психолого-психотерапевтичним напрямком. У такій клініці, окрім педіатра, гінеколога, уролога, працюють декілька лікарів психотерапевтів та психолог. Клієнти, які сюди звернулися, мають можливість одержати комплекс психолого-психотерапевтичних послуг, а саме – психологічну діагностику, психокорекцію, психологічне і сімейне консультування, психотерапію, сімейну психотерапію.



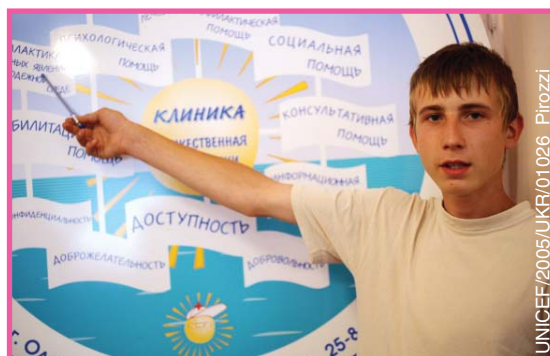
Низка КДМ забезпечують роботу телефону довіри для своїх клієнтів у співробітництві з ЦСССДМ.

Робота з найближчим оточенням

Дуже важливим та необхідним є досвід роботи з родичами, особливо з батьками підлітків. У деяких КДМ налагоджена робота з наданням консультацій батькам, проведенням для них зустрічей та практичних тематичних семінарів. Співробітництво з батьками може допомогти спеціалістам клініки вирішити ряд серйозних проблем морального, психологічного, юридичного характеру.

Команда однодумців

Персонал багатьох КДМ представляє собою команду захоплених, небайдужих людей, які розуміють особливості підліткового віку. Співробітники виявляють професіоналізм, терпимість, дотримуються принципів конфіденційності й анонімності. Слід відзначити, що неосудливий підхід дозволяє спеціалістам глибше опрацьовувати проблеми підлітків, зміцнює їхню довіру до лікарів. Про доброзичливу атмосферу у клініці свідчить кількість відвідувань, адже підлітки більше приходять, коли не бояться задавати запитання будь-якому співробітнику клініки. У такі клініки вони приходять із задоволенням, часто своїми групами. Вони також передають один одному інформацію про клініку, про процес прийому, про те, що у клініці “тебе не осудять”, “тебе зрозуміють”.



Відділення “Клініка, дружня до молоді” Одеської міської студентської поліклініки №21

Робота в КДМ передбачає наявність у співробітників комунікативних навичок і зацікавленості у роботі з підлітками. Такі спеціалісти, як правило, хочуть працювати саме з підлітками унаслідок своїх професійних позицій та особистих принципів. Однак, питання мотивації співробітників є дуже актуальним. Слід обов'язково придумати методи заохочування співробітників як у фінансовому плані, так і в питаннях професійного росту. Добре, що ці питання вже стоять на порядку денному у багатьох керівників клінік.

Консультування

Консультування підлітків з питань профілактики ВІЛ проводиться в половині КДМ. Спеціалісти проводять їх з урахуванням вікових особливостей цільової групи, дотримуючись при цьому принципів та етапів консультування. Це стало можливим у клініках, де вирішена проблема часу, який відводиться на прийом. За даними аналізу стану впровадження заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки, проведеного у 2007 р., питома вага відвідувачів КДМ, яким надається консультативна допомога, склала у 2007 році 62%, а з питань ВІЛ – 43.7%.



Цікаво, що деякі спеціалісти ведуть щоденники, куди записують цікаві висказування, запитання підлітків. У подальшому цей матеріал може використовуватися з метою проведення інформаційно-навчальних заходів як з підлітками, так і з батьками, а також спеціалістами по роботі з підлітками.

Окремо слід відзначити, що вже в шести клініках проводиться юридичне консультування.

Організація профілактичної роботи

Що стосується організації профілактичної роботи, то безперечно, виграють клініки, які залучають волонтерів з числа молоді. Молоді люди залучаються для проведення різноманітних заходів, зокрема для розробки плакатів, буклетів, організації просвітницьких семінарів, акцій, круглих столів. З іншого боку, практикується проходження волонтерами практики на базі клініки. Так, наприклад, є досвід навчання студентів педагогічного коледжу, студентів кафедри соціальної роботи.



Центр медико-соціальної допомоги “Клініка, дружня до молоді” Шосткінської дитячої лікарні

У багатьох клініках впроваджується така форма профілактичної роботи, як проведення просвітницьких занять у школах, технікумах, ВУЗах чи на базі КДМ. Але спеціалістам достатньо складно самотужки проводити таку роботу. У деяких клініках діють таким чином: на базі клініки готуються волонтери з числа молодіжних лідерів, і вони проводять в подальшому інтерактивні заняття з молоддю. А спеціалісти, наприклад, гінекологи, дерматовенерологи, сексологи, терапевти запрошуються за цільовим запитом. Такий комплексний підхід відповідає цілям профілактичної роботи. Адже відомо, що для того, аби змінилася поведінка (стала менш ризиковою) підлітків, молоді, простої інформації недостатньо. У молодих людей необхідно сформувати певні навички, завдяки яким досягається зміна ставлення до здоров'я, а в подальшому і поведінка. Це, наприклад, навички відповідального ставлення до ситуацій ризику; навички прийняття рішень щодо збереження власного здоров'я, у тому числі репродуктивного здоров'я; навички міжстатевого спілкування; навички прийняття рішень щодо початку статевого життя, запобігання незапланованої вагітності, використання засобів контрацепції; навички вирішення проблем щодо відповідального батьківства та прийняття усвідомленого рішення щодо народження бажаної дитини тощо. Таким чином, як вже згадувалося, клініки, де ведеться така робота з цільовою групою, можуть досягти вагомих успіхів у формуванні відповідальної поведінки підлітків і молоді.

Профілактична робота не можлива без ситуаційного аналізу. У більшості клінік вивчаються й аналізуються потреби молоді, а також деякі аспекти діяльності КДМ – проводяться кількісні та якісні дослідження. Наприклад, анкетування – всім, хто прийшов у КДМ, регістратор пропонує заповнити анкети, детально пояснити, навіщо це робиться. Використовується метод глибинного інтерв'ю та ряд інших досліджень.

Цікавим є досвід створення на базі КДМ ресурсного центру. Такий досвід вже є в декількох клініках. На базі таких центрів досить зручно проводити всі інформаційно-навчальні заходи, наприклад, проведення постійних курсів удосконалення роботи медсестер, лікарів з питань дружнього підходу, питання консультування підлітків та молоді, тематичні семінари зі шкільними лікарями щодо принципів роботи в мережі медико-соціальних послуг, дружніх до молоді. Така робота проводиться силами спеціалістів клініки, які набули тренерських навичок, та силами національних тренерів. Відзначимо, що деякі національні



тренери з успіхом проводять навчальні семінари-тренінги як на базі своїх КДМ, так і запрошуються для аналогічної роботи в інші клініки.

За даними аналізу стану впровадження заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” соціально-медичних послуг у 2007 році кількість осіб, охоплених різними формами профілактичної роботи, збільшилась на 60% у порівнянні з 2006 роком, а в розробці просвітницьких матеріалів взяли участь співробітники чотирнадцяти КДМ.

Залучення соціальних працівників

Великий інтерес представляє собою досвід роботи соціального працівника в КДМ. В деяких клініках працівник ЦСССДМ залучається до консультування клієнта. За свідченнями молоді це сприяє створенню неформальної атмосфери та допомагає молодим людям, які прийшли до клініки, почуватися впевненіше. Є також КДМ, де соціальний працівник здійснює соціальний супровід та консультування сімей, котрі мають дезадаптованих дітей, проводить профілактичну роботу тощо. Так, наприклад, в одній з клінік соціальний працівник разом з психологом проводить соціальний супровід п'яти сімей, в якій виховуються дезадаптовані діти. Також є досвід співпраці з батьками – з ними проводяться консультування на теми, що стосуються проблем соціальної адаптації підлітків. Також накопичений досвід підготовки команди волонтерів. Волонтери допомагають співробітникам КДМ здійснювати інформаційно-просвітницьку роботу.



Відділення “Клініка, дружня до молоді”
Одеської міської студентської
поліклініки №21

Співробітництво

Особливий інтерес представляє співробітництво КДМ з різноманітними організаціями. Адже таке співробітництво дозволяє суттєво покращити ефективність роботи клініки, дає можливість персоналу освоїти нові цікаві напрямки роботи з молоддю, підвищувати якість допомоги. Накопичено достатньо цікавий досвід співробітництва КДМ з організаціями, які працюють з молоддю, займаються проблемами молоді.

Це в основному такі державні організації, як центри соціальних служб, центри здоров'я, центри планування сім'ї, центри СНІДу, кризові та реабілітаційні центри. Багато клінік також співпрацюють з різноманітними недержавними організаціями (НДО). НДО допомагають, наприклад, в організації рекламної кампанії КДМ, в організації просвітницьких заходів.

Співробітництво зі ЗМІ також дозволяє КДМ розширити просвітницьку діяльність, підвищити свій рейтинг. Наприклад, досвід постійного інформування через ЗМІ профільних спеціалістів – медиків, соціальних працівників, психологів, педагогів, які працюють з молоддю, про діяльність КДМ. Це дозволяє суттєво розширити коло спеціалістів, зацікавлених діяльністю КДМ.

Труднощі та проблеми в роботі існуючих клінік

У процесі створення й організації безпосередньої роботи клінік виникатимуть постійні труднощі. За роки існування клінік в Україні визначились найбільш актуальні проблеми. Зупинимося на них.



Імідж

Що стосується питань іміджу, то основна складність, як правило, полягає у забезпеченні доступності послуг, наприклад, – організації годин прийому у вечірній час, а також у вихідні. Найчастіше це пояснюється тим, що медичні заклади, на базі яких створено КДМ, не працюють у вечірній час та вихідні, а адміністрація не дозволяє працювати за іншим графіком. В такому випадку слід підготувати для головного лікаря медичного закладу пояснювальну записку, в якій аргументувати необхідність роботи за графіком, який є зручним для підлітків та молоді. Також виникають деякі ускладнення, коли, наприклад, окремий вхід до КДМ є. Але він знаходиться у дворі, і його важко побачити. Відповідно це також ускладнює процедуру звертання до клініки.

Що стосується наочного матеріалу, то недоцільно використовувати застарілі плакати, буклети та інші матеріали. Усі інформаційні матеріали повинні відповідати концепції дружнього підходу, а не йти всупереч їй. Так, наприклад, у деяких клініках дотепер є листівки, буклети, в яких не міститься жодної інформації про те, як підліткам навчитися уникати ризикових для здоров'я ситуацій. Такі матеріали написані у звинувачувальній формі, вони стигматизують поведінку певних груп, молодих людей і нецікаві для них. На наш погляд, дуже не професійно розповсюджувати такі листівки у закладах, у яких одним з основних принципів роботи є неосудливий, доброзичливий підхід.

Послуги

Певні труднощі виникають також з кількістю часу, який відводиться на прийом. Якість консультації безперечно погіршується, якщо спеціалісту відводиться 15 хв. на пацієнта, замість визначених 30 хв. згідно з наказом МОЗ від 14. 11. 2005 №604 “Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді”. Відзначимо також, що обов'язково слід вивішувати графік роботи спеціалістів.

Якість консультації також погіршується, коли не дотримуються принципи й етапи консультування, не враховуються особливості підліткового віку. Адже головне у процесі консультування – допомогти молодим людям усвідомити власні поведінкові ризики, розповісти про шлях зниження чи подолання ризику. Важливо зрозуміти, що пройти навчання з питань консультування повинні всі спеціалісти клініки.

Для багатьох клінік серйозною проблемою залишається питання безоплатного специфічного обстеження пацієнтів. Як вже зазначалося, цю проблему допоможе вирішити співробітництво з такими медичними закладами, як дерматовенерологічний диспансер, Центр СНІДу, інфекційна лікарня, інші профільні лікарні, приватні клініки.

У більшості КДМ недоступні безоплатні презервативи та не має інформації, де їх можна отримати.

На жаль, залишається майже невирішеним питання забезпечення доступу до послуг КДМ тій частині підлітків та молоді, яка найбільше потребує їх та найбільш уразлива. Сюди можуть відноситися: вуличні діти, особи, що вживають наркотики, надають сексуальні послуги тощо. Є тільки поодинокі досвід впровадження цільових проектів надання послуг жінкам комерційного сексу та чоловікам, які мають секс з чоловіками, на базі КДМ. Така форма роботи потребує розширення співпраці з ЦСССДМ та НУО, які могли б забезпечувати безпосередню роботу з цільовою групою “на місцях” та направлення до КДМ.

Часто виникає проблема недостатньої інформованості цільової групи про КДМ і послуги, які в них надаються. У школах, ВНЗ, поліклініках, інших місцях, які активно відвідує молодь, інформування щодо діяльності та місцезнаходження КДМ має бути поліпшеним.



Робота з найближчим оточенням

Достатньо складним залишається питання організації консультування, просвітницької роботи з родичами, опікунами і особливо з батьками підлітків. Деякі керівники КДМ не поділяють концепцію роботи з близьким оточенням або зовсім не розуміють необхідності такої діяльності.

Команда одностумців

Формування команди одностумців – це достатньо тривалий та копіткий процес, навіть якщо співробітники розуміють і сприймають принципи дружності. Робота у клініці для деяких спеціалістів є перевіркою того, чи вірний їх вибір. Деякі фахівці не до кінця розуміють особливості підліткового віку, а також мотиви поведінки підлітків. Організатору КДМ слід враховувати це під час набору штатних співробітників. Бажано, щоб кожний штатний співробітник пройшов тестування чи поглиблену співбесіду.

Ще одна серйозна перешкода для ефективної роботи і розвитку клініки – це відсутність продуктивного контакту між завідувачим КДМ і головним лікарем того медичного закладу, на базі якого облаштована клініка. Головний лікар може не розділяти і не розуміти принципів КДМ, може бути порушена комунікація між ним і керівником КДМ на особистому рівні. Ці складності також варто долати. І в першому, і в другому випадку слід набратися терпіння і постійно, ненав'язливо інформувати головного лікаря про принципи роботи клініки, запрошувати на свої заходи, зацікавлювати його як професіонала незвичайними зустрічами, подіями. Головне не втрачати надію! І паралельно з цим необхідно підвищувати власні комунікативні й організаторські навички.



Завжди треба пам'ятати, що керівник дружньої клініки, крім професійних та організаторських якостей, повинен мати високу комунікативну здатність і бути завзятим прибічником ідеї КДМ.

Практичний досвід роботи показує, що клініки, діяльність яких підтримується адміністрацією лікарні (району, міста, області), працюють ефективніше і якісніше, надають увесь комплекс медико-соціальних послуг.

Консультування

Найбільш розповсюджена проблема, з якою стикаються керівники КДМ, – це недостатнє залучення юристів до роботи клініки і організація юридичного консультування. У процесі роботи з цільовою групою КДМ неминуче виникають питання юридичного характеру. Особливо це стосується питань конфіденційності під час роботи з підлітками та їхніми батьками. До їхнього розв'язання не можна підходити однозначно, кожний конкретний випадок слід розглядати індивідуально, і допомога юриста нерідко є вкрай необхідною.

Персонал КДМ також потребує більш системного та якісного навчання з питань порядку, принципів та процедури проведення ДКТ згідно Наказу МОЗ України №415 від 19.08.05 “Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”, з наголосом на особливості консультування підлітків.

Організація профілактичної роботи

Зупинимося на організації профілактичної роботи. Це питання викликає певні труднощі, оскільки не завжди співробітники клініки дотримуються принципів ефективної профілактичної діяльності в роботі КДМ.

Наприклад, дуже важливо дотримуватися принципу адресності – тобто враховувати потреби цільової групи КДМ. Як правило, у клініках аналізується медичний аспект діяльності, але не завжди – профілактичний. Не завжди також проводяться анкетування клієнтів, які б дозволили з'ясувати запити молоді, спланувати інформаційно-навчальну роботу. Деякі керівники просто не бачать потреби у такому аналізі, інші – не мають анкет.

Організація профілактичної роботи тісно пов'язана із залученням волонтерів і продуктивним співробітництвом із зацікавленими організаціями, але практика показує, що для багатьох організаторів КДМ це питання є складним і не вирішеним. Типові помилки полягають у тому, що організатор не володіє достатньою інформацією про те, як залучати волонтерів до участі у роботі і як підтримати їхню зацікавленість у волонтерській діяльності. До того ж не всі організатори розуміють важливість роботи волонтерів.

Для багатьох керівників достатньо складним залишається питання дотримання послідовності у проведенні профілактичної роботи. У багатьох клініках профілактична робота ведеться, порушуються і розробляються різні напрямки. Проводяться семінари, тренінги з підлітками, батьками, спеціалістами, організовуються круглі столи, проводяться різноманітні акції, ведеться робота зі ЗМІ. Однак ця діяльність здебільшого ведеться безсистемно, більше на особистому ентузіазмі. Необхідно скласти чіткий план такої роботи, детально обміркувати із зацікавленими особами кожен його пункт. Якщо не накопичено достатньо досвіду, слід обмежитися яким-небудь одним аспектом профілактичної роботи, наприклад, проводити на території клініки міні-заняття з невеликою кількістю підлітків. Поступово можна розгорнути ширшу діяльність. Наприклад, починати залучати зацікавлених молодих людей на роботу або до розробок інформаційних матеріалів. Таким чином, невдовзі профілактична робота стане комплексною і послідовною.

У багатьох клініках існує недостатня кількість якісних інформаційних матеріалів. Аналіз матеріалів, які знаходяться у КДМ, показав, що в основному це реклама послуг, дружніх до молоді, або листівки й буклети фармакологічних компаній. Наявна недостатня кількість тематичних буклетів, наприклад, таких як: "ІПСШ", "непланована вагітність", "контрацепція для підлітків", "міжстатеві стосунки", "відповідальна поведінка".

У деяких клініках спеціалісти розробляють інформаційні матеріали, інколи не маючи уявлення, як це робиться. У команді обов'язково повинна бути людина, яка має навички розробки таких матеріалів, або треба залучати сторонніх фахівців (звичайно, це обійдеться дорожче). Ці матеріали повинні відповідати потребам цільової групи і постійно оновлюватися – тоді вони будуть цікаві для молоді.

Було б корисно, якби вся рекламно-інформаційна продукція використовувала той самий логотип. Це допомогло б перетворити його на символ послуг КДМ, і молодим людям було б легко впізнавати його.

Залучення соціальних працівників

Проблемним також залишається питання залучення до роботи клініки соціального працівника, в деяких випадках – юриста. Ці питання потребують вирішення з керівництвом шляхом пояснення необхідності залучення таких фахівців. Адже наявність соціальних послуг та супроводу – одна з необхідних умов діяльності КДМ.

Співробітництво

Для деяких клінік питання співробітництва з різними організаціями є достатньо проблемним. Важко очікувати плідного співробітництва, якщо договір має декларативний характер, не описані конкретні дії сторін.

Істотний момент – партнерські стосунки між медичними та соціальними установами; якщо приділяти їм увагу, вони сприятимуть розвитку КДМ. Для цього необхідна активна робота з розвитку партнерства, де всі учасники поділятимуть спільне розуміння завдань, які стоять перед КДМ. Це має бути першим кроком до подальшого розвитку стосунків. Саме партнерські аспекти ключові для такого розвитку, і їх слід ретельно, гнучко та відкрито будувати в кожній КДМ.

Розвиток партнерських стосунків з ЦСССДМ – це дуже позитивний чинник, і подальше його розширення з активним залученням волонтерів забезпечить унікальну систему надання послуг у галузі соціального здоров'я.

4.3 Існуючі моделі КДМ

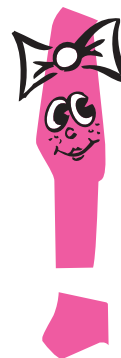
Вибір моделі “Клініки, дружньої до молоді” залежить від особливостей регіону, в якому планується її створення, можливостей лікувального закладу чи закладів, обсягу надання медичних послуг та попиту населення на них. З огляду на це, можна вибрати одну з наступних моделей:

- кабінет;
- центр/відділення;
- мережа кабінетів.

Як вже згадувалося в Україні діють 44 КДМ: 41 з них перебувають у структурі закладів охорони здоров'я, 3 – у структурі ЦСССДМ.

З переліку моделей найбільше створено кабінетів (23), потім відділень (13), Центрів (6) і мережі кабінетів (2). Більш детальна інформація про КДМ в Україні наведена у Додатку №1, а короткий опис роботи деяких існуючих клінік надається у Додатку №6.

Важливо пам'ятати, що якою б не була модель клініки, мета діяльності у всіх є спільною, – це збереження здоров'я підлітків і молоді. В залежності від обраного пріоритетного напрямку і цільової групи завдання КДМ можуть коректуватися. Єдиними для усіх клінік залишаються принципи роботи, а саме – дружній підхід.



КДМ може знаходитися у структурі закладів охорони здоров'я або центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, таким чином, підпорядкування і фінансування здійснюватиметься відповідно до безпосереднього підпорядкування.

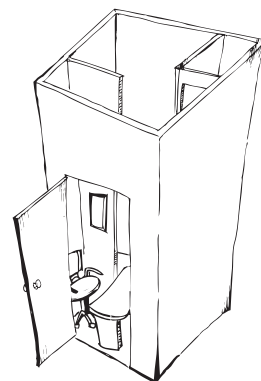
Моделі КДМ

Модель “Консультативний кабінет”

Структура

Кабінет є структурним підрозділом лікувально-профілактичного закладу, який надає медичну допомогу підліткам та молоді в порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я або структурним підрозділом центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадської організації.

Головна мета діяльності кабінету: надання інформаційних та консультаційних послуг з питань збереження здоров'я.



При організації Кабінету кількість працівників визначається, виходячи з його функцій та необхідності забезпечення роботи Кабінету протягом п'яти-шести робочих днів. Різновиди медико-соціальних послуг, що надаються, залежать від кількості штатних посад і спеціалізації персоналу. Наприклад, лікарі можуть надавати інформаційні, консультативні, діагностичні і лікувальні послуги; соціальні працівники можуть надавати інформаційну і консультативну допомогу; психологи можуть надавати інформаційні, консультативні і психодіагностичні послуги; а середній медичний персонал або волонтери, які пройшли підготовку, можуть надавати інформаційну і консультативну допомогу.

Консультант (психолог, лікар, соціальний працівник, середній медичний працівник) надає консультативну допомогу з питань збереження здоров'я і зміни поведінки, здійснює переадресацію до необхідних спеціалістів, забезпечує психологічну підтримку.

Якщо Кабінет надає медичні послуги, то лікар або спеціаліст з середньою медичною освітою, який має спеціалізацію відповідно до профілю роботи Кабінету, і пройшов підготовку з питань дружнього підходу, може здійснювати:

- первинний медичний огляд;
- направлення до спеціалістів або на обстеження;
- діагностику та лікування захворювань;
- призначення методів контрацепції;
- дотестове консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ).

Спеціалісти

Рекомендовані наступні спеціалісти для роботи в Кабінеті:

- завідувач Кабінету (лікар/соціальний працівник);
- консультант (лікар, психолог, соціальний працівник);
- медична сестра або фельдшер.

Взаємодія з партнерськими організаціями

Незалежно від підпорядкування Кабінет може взаємодіяти з структурами та організаціями міста і області, які працюють з дітьми та молоддю. Вони можуть проводити спільні акції (наприклад, за участі спеціалістів Кабінету), організації можуть надавати для Кабінету свої інформаційні матеріали. Між кабінетами і закладами (медичними, психологічними, Центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) повинен існувати тісний взаємозв'язок, оскільки Кабінет – перша ланка ланцюга послуг, і далі підлітки можуть бути направлені до інших спеціалістів. Тому дуже важливо, щоб між всіма організаціями була тверда домовленість, і людям, які направлені з Консультативного кабінету, завжди були готові допомогти.

Залучення молоді до співпраці

Незважаючи на обмеженість цієї моделі, рекомендовано залучати волонтерів до діяльності Кабінету: вони можуть допомагати працівникам Кабінету у проведенні переадресації та консультування; можуть проводити профілактичну роботу в навчальних закладах; можуть бути авторами інформаційної і рекламної продукції; можуть поширювати інформацію про Кабінет.



«Клініка, дружня до молоді» дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави

Переваги Консультативного кабінету

Для роботи Кабінету потрібні мінімальні витрати, не потрібно створювати нові структури, а можливо використовувати вже існуючі. Якщо модель взаємодії Кабінету з іншими структурами та організаціями відпрацьовано, то допомогу клієнту може буде забезпечено цілеспрямовано, швидко та ефективно.

Обмеження моделі

Модель “Консультативний кабінет”, оскільки є обмеженою і в території, і в штатних одиницях, матиме також і значні обмеження щодо обсягів лікувально-профілактичної, консультативної, а також інформаційно-просвітницької допомоги. Неможливість забезпечити комплексність послуг, що надаються, призведе до обмеження кількості підлітків, які зможуть отримати послуги.

Модель “Центр/відділення”

Структура

Центр/відділення є структурним підрозділом лікувально-профілактичного закладу, який надає медичну допомогу підліткам та молоді в порядку, встановленому Міністерством охорони здоров'я або структурним підрозділом центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадської організації. Центр також може створюватися як окремий заклад відповідно до чинного законодавства України.

Головна мета роботи Центру/відділення – це надання комплексної спеціалізованої медичної, психологічної та консультативної допомоги підліткам і молоді. Центр/відділення може мати такі підрозділи: діагностичний, лікувально-діагностичний, соціально-психологічний, інформаційно-методичний. Медико-соціальна допомога в Центрі/відділенні надається мультидисциплінарною командою.

Різниця між Центром та відділенням полягає в тому, що Центр здійснює також організаційно-методичну функцію з метою впровадження соціально-медичних послуг в діяльність закладів охорони здоров'я даного міста чи області.

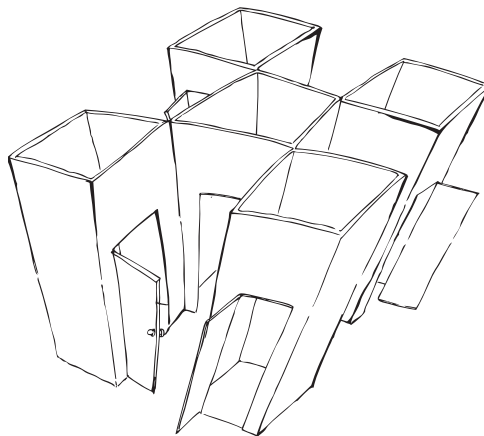
Для організації роботи Центру/відділення потрібне відповідне приміщення із залом для очікування, де можна розмістити наступні служби:

- реєстратура;
- кабінет завідуючого;
- кабінет педіатра/терапевта;
- кабінет гінеколога, уролога/андролога;
- кабінет дерматовенеролога;
- кабінет психолога;
- кабінет психотерапевта;
- зала групової роботи/зала для засідань/методичний кабінет;
- кабінет для консультантів “телефону довіри”.

Спеціалісти

Рекомендовані наступні спеціалісти для роботи в Центрі/відділенні:

- завідувач;
- лікар-педіатр/терапевт/лікар-терапевт підлітковий/лікар загальної практики;



- лікар-акушер-гінеколог;
- лікар-сексопатолог
- уролог/андролог;
- лікар-дерматовенеролог;
- лікар-психолог/психолог;
- лікар-методист;
- консультант “телефону довіри”;
- старша медична сестра;
- медична сестра;
- медичний реєстратор;
- молодша медична сестра.



Відділення “Клініка, дружня до молоді”
Одеської міської студентської
поліклініки №21

Взаємодія з партнерськими організаціями

Центр/відділення може співпрацювати з науково-дослідними інститутами та профільними кафедрами навчальних закладів II та IV рівня акредитування та закладами охорони здоров'я різного профілю, наприклад: міським центром “Здоров'я”, міським центром СНІДу, НДСЛ “Охматдит”; Центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо.

Залучення молоді до співпраці

- Постійно діюча система анкетування на етапі кожного звернення з метою отримання уявлень про попит та поінформованість підлітків та молоді з питань ВІЛ/СНІДу, детальнішого вивчення психологічних особливостей цільової групи КДМ, налагодження зворотнього зв'язку в разі отримання послуги з урахуванням їх пропозицій.
- Залучення професійно спрямованої молоді до волонтерської діяльності.

На базі КДМ можна створити волонтерський рух (соціальний напрям діяльності) – навчити молодь і надати їй можливість для самореалізації і здійснення соціально значимої діяльності на безкорисній основі. Добровольцями можуть бути молоді люди, незалежно від статі та професії. Головне, щоб вони хотіли працювати, пройшли спеціальне для цієї роботи навчання і докладали зусилля до розвитку необхідних навичок. Добровольці можуть бути працівниками Центру/відділення та інформаційного телефону; можуть проводити профілактичну роботу в навчальних закладах; можуть бути авторами інформаційної і рекламної продукції; можуть поширювати інформацію про Центр/відділення.



Переваги “Центру/відділення”

Модель “Центр/відділення” є більш ефективною у порівнянні з “Консультативним кабінетом”. В Центрі можливе надання комплексного та більш широкого спектру висококваліфікованих і різнопланових послуг. Більше можливостей для розвитку співпраці з ЦСССДМ, роботи з волонтерами, для організації просвітницької роботи, наприклад, проведення семінарів, тренінгів, круглих столів тощо.

В “Центрі/відділенні” клієнт має можливість вибору, до якого фахівця звернутися. Вірогідність отримання конфіденційної чи анонімної послуги збільшується: клієнт може прийти у КДМ під приводом візиту до терапевта, але й відвідати гінеколога, психолога тощо.

У порівнянні з “Консультаційним кабінетом” у випадку “Центру/відділення” більше можливостей для створення команди однодумців, організації навчання та супервізії для персоналу.

“Центр” може сприяти розвитку КДМ у регіоні, координувати їх діяльність, надавати організаційно-методичну допомогу на місцях. У подальшому “Центр” може стати навчальною та методичною базою розвитку КДМ.

Обмеження моделі

Модель “Центр/відділення”, звичайно, потребує більше матеріально-технічних витрат на створення та утримання і вимагає інтенсивної роботи досвідченого керівника для організації ефективної діяльності та співпраці підрозділів.

Модель “Мережа дружніх до молоді” медико-соціальних послуг

Структура

Ця модель може представляти собою мережу медичних закладів і ЦСССДМ, представлених кабінетами, відділеннями, центрами в межах одного міста та пов'язаних між собою певною діяльністю, які мають спільну мету і завдання.

Медико-соціальні послуги надаються закладами, котрі входять до мережі. Це можуть бути такі заклади: жіноча консультація, Центр планування сім'ї, шкірно-венерологічний диспансер, Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, наркологічний диспансер, інфекційна лікарня та інші.

Головна мета роботи мережі – надання комплексної спеціалізованої медико-соціальної допомоги підліткам і молоді шляхом створення системи надання послуг медичними та соціальними працівниками, включаючи супровід клієнта. Така “мережа послуг” підвищує рівень доступу клієнтів до медичних та соціальних послуг.

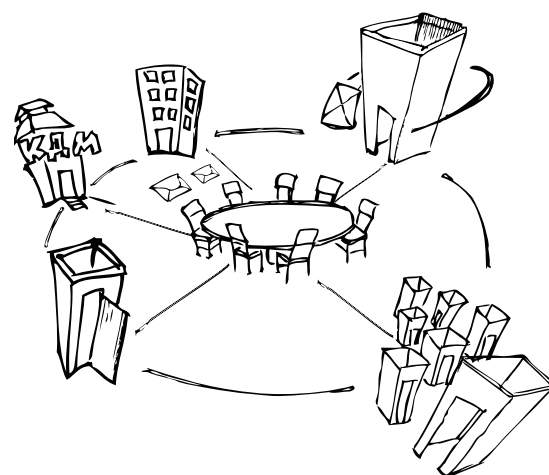
У зв'язку з цим така модель має свої особливості в організації діяльності, які вирізняють її з-поміж інших моделей:

- створення системи переадресації та супроводу клієнта;
- більш широке інформаційно-рекламне забезпечення функціонування мережі;
- необхідність забезпечення взаємодії і координація діяльності закладів, які перебувають у мережі;
- в наданні медичної допомоги переважає консультування з питань репродуктивного здоров'я, особливо з питань інфекцій, які передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу, незапланованої вагітності та наркоманії;
- у профілактичній роботі пріоритетним є залучення волонтерів і співробітництво з недержавними молодіжними організаціями. Це допомагає налагодити процес направлення представників цільової групи до спеціалістів.

Спеціалісти

Рекомендовані наступні спеціалісти для роботи в мережі:

- лікар-педіатр/терапевт/лікар-терапевт підлітковий /лікар загальної практики;
- лікар-акушер-гінеколог;



- лікар сексопатолог чи уролог;
- лікар-дерматовенеролог;
- лікар-психолог/психолог;
- лікар-нарколог;
- соціальний працівник.

Діяльність структурних підрозділів мережі “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг координується відповідальними особами з боку територіальних органів охорони здоров’я та ЦСССДМ.

Переваги “Мережі дружніх послуг до молоді”

Для діяльності мережі затрати є мінімальними. Спеціалісти обстежують представників цільової групи на своїх робочих місцях. Якщо взаємодія між ЦСССДМ і кабінетами мережі чітко налагоджена, то допомога пацієнту буде надана цілеспрямовано і швидко.

Ця модель дає більше можливостей для роботи з волонтерами, для організації освітньої діяльності, наприклад, проведення семінарів, тренінгів, круглих столів, акцій.

Обмеження моделі

Модель “Мережа дружніх послуг до молоді” вимагає чіткої і відлагодженої взаємодії усіх спеціалістів, задіяних у мережі, котрі перебувають у різних медичних закладах. Оскільки для отримання повного пакету послуг клієнт скоріш за все буде перенаправлятися по мережі, то існує ймовірність втратити клієнта, тому необхідно налагодити ефективну систему переадресації та супроводу клієнта.

З метою організації та надання наукового, методичного, навчального, тренінгового та інформаційного забезпечення діяльності КДМ можуть створюватися Інформаційно-ресурсні навчальні центри (ІРНЦ) як структурний підрозділ Центру/відділення КДМ.

Інформаційно-ресурсний навчальний центр КДМ

Структура



Інформаційно-ресурсний центр дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

ІРНЦ створюється у складі закладу охорони здоров’я державної та комунальної власності. Фінансування Центру може здійснюватися за рахунок бюджету базового лікувально-профілактичного закладу. Центр бажано створювати на базі того структурного підрозділу, напрямки діяльності якого збігаються з напрямками діяльності Центру. Наприклад, “Клініка, дружня до молоді”, Центр “Здоров’я”, центр СНІДу, Центр планування сім’ї тощо.

Цільовою групою ІРНЦ є медичні працівники, спеціалісти центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, педагоги, психологи, спеціалісти служб у справах неповнолітніх, підлітки, молодь, члени їх сімей тощо.

Інформаційно-ресурсний навчальний центр КДМ може виконувати наступні завдання:

- надання дітям та молоді консультативної, інформаційної допомоги з профілактики ризикової поведінки;

- надання інформаційних послуг з медичної, соціальної, психологічної роботи в діяльності лікувально-профілактичних закладів, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, громадських організацій та ін.;
- формування навичок відповідальної поведінки серед підлітків та молоді, розповсюдження інформації про різні види соціальних, медичних і психологічних послуг, що надаються КДМ;
- створення єдиного інформаційного банку даних з питань підліткового здоров'я;
- створення бази даних щодо діяльності КДМ;
- створення реєстру відповідних нормативно-правових документів;
- збір, систематизація, зберігання та розробка науково-методичної інформації, яка відповідала б напрямкам діяльності КДМ, постійне поповнення банку даних;
- розробка, апробація інформаційно-освітніх матеріалів для підлітків, молоді та фахівців;
- розповсюдження підготовлених інформаційних матеріалів у ЗМІ, мережі Інтернет; надання доступу фахівцям та молоді до матеріалів ресурсного фонду;
- розробка та формування тематичних пакетів для тренінгів (відео, аудіо матеріалів тощо) за напрямками профілактичної діяльності;
- надання консультативної допомоги спеціалістам щодо впровадження "дружнього підходу" при роботі з дітьми і молоддю з метою розвитку КДМ;
- проведення навчально-тематичних тренінгових, семінарських занять в рамках впровадження "дружнього підходу" при роботі з підлітками та молоддю для медичних, соціальних працівників, педагогів, психологів та працівників інших організацій, робота яких спрямована на зміну ризикової поведінки підлітків та молоді;
- здійснення науково-методичного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я з питань "дружнього підходу" в роботі з підлітками та молоддю.



«Клініка, дружня до молоді» дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави

Спеціалісти

Кількість працівників визначається при організації ІРНЦ, виходячи з його функцій та навантаження. Рекомендований перелік спеціалістів:

- керівник;
- лікар-методист/психолог;
- фахівець з інформаційних технологій.

Форми взаємодії з партнерськими організаціями відпрацьовуються на підставі укладених угод про співпрацю та в значній мірі залежать від напрямків діяльності Центру.

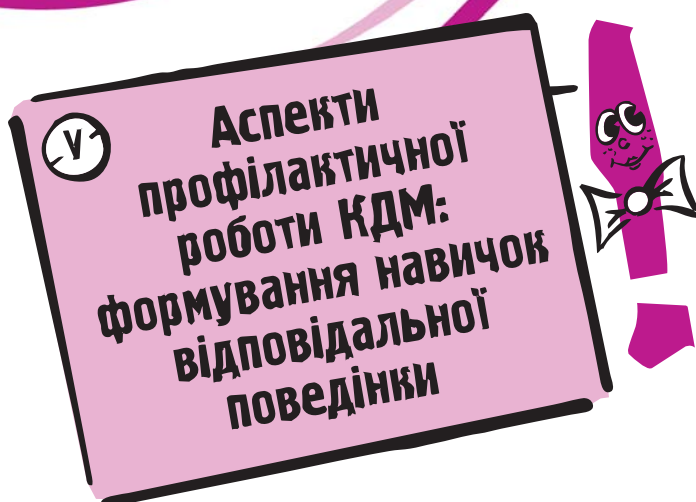
Форми залучення молоді до співпраці здійснюються через забезпечення участі молоді в усіх напрямках діяльності Центру:

- участь у розробці та формуванні тематичних пакетів тренінгів (відео, аудіо матеріалів тощо) за напрямками профілактичної діяльності;

- участь у розробці інформаційних матеріалів (буклетів, плакатів, посібників та ін.) щодо збереження здоров'я, формування навичок безпечної поведінки у підлітковому і молодіжному середовищі;
- участь у розповсюдженні підготовлених інформаційних матеріалів у друкованих та електронних ЗМІ та мережею Інтернет;
- участь у проведенні навчально-тематичних семінарів, тренінгів для фахівців, які працюють з підлітками та молоді в рамках дружнього підходу;
- участь у наданні консультативно-інформаційних послуг різним категоріям дітей та молоді (за методом "рівний-рівному").

Ключові питання до розділу IV

1. Чим відрізняється типовий медичний заклад від КДМ?
2. Які є необхідні складові ефективної організації роботи КДМ?
3. Яким повинен бути спеціаліст КДМ незалежно від місця його роботи?
4. Які відомі практичні аспекти роботи КДМ?
5. Які існують моделі КДМ?
6. Які рекомендовані спеціалісти для надання медико-соціальних послуг в КДМ?
7. На яку цільову групу розрахована діяльність інформаційно-ресурсного навчального центру?



5.1 Профілактична робота в КДМ

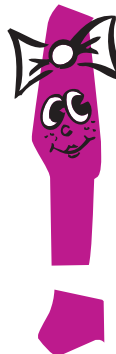
5.2 Процес формування відповідальної поведінки

5.3 Теоретичні аспекти моделі зміни поведінки

5.1 Профілактична робота в КДМ

Профілактична робота в КДМ – це один з головних напрямків діяльності клініки. Мета профілактичної роботи полягає у збереженні здоров'я підлітків та молоді. Одним з головних напрямків діяльності КДМ є профілактика розповсюдження ВІЛ-інфекції. У зв'язку з цим, здійснюючи профілактичну роботу, організатору необхідно добре знати, які завдання треба вирішувати.

Основними завданнями є такі: підвищити рівень інформованості цільової групи, формувати навички відповідального ставлення до свого здоров'я і відповідальної поведінки задля його збереження. Завдання профілактичної діяльності ефективніше реалізуються, якщо комбінувати різні форми і методи профілактичної роботи. Це можуть бути лекції, бесіди, аудіо, відео продукція, семінари, тренінги, навчання за методом “рівний-рівному”, консультування, масові заходи тощо. Варто відзначити, що всі фахівці, котрі працюють з цільовою групою КДМ, – медичні працівники, педагоги, соціальні працівники, юристи, молодіжні лідери, волонтери тощо – повинні знати, як проводити профілактичну роботу. Вони повинні пройти навчання, в процесі якого набудуть не лише знань, а й навичок організації та проведення профілактичної роботи.



Організатор КДМ повинен пам'ятати, що профілактичну діяльність треба чітко планувати й контролювати з урахуванням принципів ефективності.

Принципи ефективної профілактичної діяльності КДМ полягають у наступному:

- адресність – урахування в профілактичній роботі особливостей віку, рівня психічного та фізичного розвитку, культурних, соціальних, релігійних особливостей цільової аудиторії; вивчення запиту цільової групи;
- залучення цільової групи – залучення молодіжних лідерів до різноманітних просвітницьких заходів, формування волонтерської команди;
- коректність – тактовність в наданні інформації, позиції ненав'язливі, можливість вибору моделі поведінки;
- повага позицій, почуттів і емоцій учасників;
- послідовність – системність роботи з урахуванням базових знань учасників;
- комплексність – інформування, мотивація на збереження здоров'я, розвиток життєвих навичок проводяться спільно фахівцями КДМ, ЦСССДМ, закладів освіти та іншими зацікавленими цим питанням закладами;
- контроль та підтримка – супервізія спеціалістів щодо реалізації мети, принципів та напрямків діяльності КДМ, ресурсна підтримка.



Підвищити ефективність профілактичної роботи допоможе залучення молоді до роботи, а особливо через організацію волонтерського руху в КДМ. Більш детальна інформація надана у розділі №7 методичних рекомендацій “Участь молоді у діяльності КДМ”.

Необхідно звернути увагу, що у профілактичній діяльності акцент треба робити на формуванні відповідного ставлення до свого здоров'я і в подальшому на зміну поведінки – від ризикової до відповідальної. Як правило, використовують термінологію

“формування здорового способу життя”, хоча цей термін не відображає суть профілактики щодо збереження здоров’я, а скорше її кінцеву мету. Термін “формування відповідальної поведінки по відношенню до свого здоров’я” є більш конкретним. Він відображає процес конкретних дій, направлених на зміну поведінки по відношенню до збереження здоров’я кожної конкретної людини. На сьогодні, враховуючи ситуацію в державі і особливості підліткового віку, у фокусі профілактичних програм повинні бути такі питання, як: ІПСШ, ВІЛ, непланована вагітність, тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків.

Відомо, що в основному захворювання, що викликаються ІПСШ, ВІЛ-інфекцією, пов’язані із ризиковою поведінкою, небажанням чи нездатністю передбачити всі наслідки такої поведінки, невмінням або небажанням користуватися засобами захисту. Основи стереотипів поведінки закладаються в дитячому та підлітковому віці, тому проведення комплексної профілактичної роботи створює умови для формування відповідальної поведінки. Зупинимось детальніше на інформації стосовно моделей поведінки, формування та зміни поведінки.

5.2 Процес формування відповідальної поведінки

В більшості підлітки мають реальні можливості для прийняття самостійного рішення та вибору моделі поведінки заради здоров’я. Загальна кількість молоді має повну уяву про моральні, культурні, духовні цінності суспільства, вони, як правило, знають, чого від них очікують дорослі. Але дуже часто на першому місці опиняються особисті потреби і бажання та інші приклади для наслідування. В залежності від віку та рівня розвитку, особливостей віку підлітки не здатні передбачити наслідки ризикової поведінки та прийняти відповідальне рішення.

В ситуації прийняття рішення психологи виділяють **три моделі поведінки – пасивну, агресивну, відповідальну (тобто асертивну)**. Якщо людина поступається своїми інтересами на догоду іншим, нічого не робить для утвердження своїх прав, пригнічує свої емоції та відчуття, то можна сказати, що її поведінка **пасивна**. Внаслідок такої поведінки людина не отримує те, чого хоче, не реалізує своє право на вибір, в результаті чого вона може перебувати тривалий час в пригніченому стані. Якщо людина показує свою агресивність, ігнорує інтереси інших, досягає своєї мети за рахунок інших, то її поведінка **агресивна**. Внаслідок такої поведінки людина може залишитися закритою для важливої інформації, у неї може з’явитися відчуття провини.



На противагу перших двох варіантів **відповідальна (асертивна)** поведінка є конструктивною. Така людина поважає себе та інших, будує взаємовідносини з урахуванням прав інших. Вона впевнена в собі, живе в гармонії з собою та іншими. У неї більше шансів реалізувати всі свої права і потреби. Тобто її поведінка базується на усвідомленні відповідальності за наслідки ризикових дій, сформованості відношення до необхідності збереження здоров’я та розвитку життєвих навичок безпечної поведінки. Формування моделі відповідальної поведінки у підлітків та молоді завжди було головною метою профілактичних програм щодо запобігання ІПСШ, ВІЛ-інфекції, незапланованої вагітності, абортів.

Формування навичок відповідальної поведінки у підлітків та молоді у процесі профілактичної роботи щодо збереження власного здоров’я передбачає:

- консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров’я. Це широке коло питань, куди входять консультації з питань безпечної поведінки, статевого життя, планування сім’ї, питання контрацепції та невідкладної контрацепції, дошлюбне та післяабортне консультування, консультування з питань ІПСШ та ВІЛ,

а також консультації з приводу вживання наркотичних речовин (включаючи тютюнопаління та вживання алкоголю), консультації жертв насильства тощо.

- використання різних форм і методів профілактичної роботи щодо запобігання ІПСШ, ВІЛ-інфекції, незапланованої вагітності, абортів. Пріоритетним є використання інтерактивних форм роботи, тобто тренінгів, рольових ігор, навчання за методом “рівний-рівному” та інше – як самих ефективних в роботі з молоддю.
- залучення молоді до профілактичної роботи, тобто участь у фокус-групах, в апробації інформаційних та навчальних матеріалів, підготовка волонтерів для роботи в КДМ та молодіжному середовищі. Підтримка молоді ґрунтується не на вирішенні проблем за неї, а на наданні їй можливості долати їх власними силами.
- висвітлення в ЗМІ сучасних інформаційно-просвітницьких програм і соціальної реклами. Активна участь спеціалістів КДМ в популярних молодіжних програмах, висвітлення в засобах масової інформації актуальних проблем молоді та шляхів їх вирішення значно підвищує ефективність профілактичної роботи КДМ. Співпраця з кореспондентами регіональних та місцевих ЗМІ, висвітлення діяльності КДМ, проведення прес-конференцій, інтерв'ю, зустрічей дає змогу вийти на більш широке коло цільової групи молоді.

Зупинимося на основних питаннях **консультування**. Консультування відвідувачів КДМ з питань профілактики ризикової поведінки є необхідною і обов'язковою умовою якості надання медико-соціальної допомоги.

Головна мета консультування дуже конкретна. Треба сприяти тому, щоб підлітки і молодь усвідомлювали ризики власної поведінки, навчилися запобігати ним, знали як підтримувати власне здоров'я.

Після проведення консультування в КДМ клієнт повинен володіти: інформацією про шляхи зараження та профілактики ІПСШ, ВІЛ-інфекції, застосовувати засоби індивідуальної профілактики зараження ІПСШ, ВІЛ-інфекції, інформацією щодо методів контрацепції, інформацією, де можна пройти конфіденційне обстеження на ІПСШ, ВІЛ-інфекцію, інформацією, як розібратись у своїх почуттях та вибрати безпечну поведінку.

Консультування проводиться медичними фахівцями на всіх етапах обслуговування пацієнтів. В КДМ на прийом одного пацієнта відведено 30 хвилин, що передбачає проведення профілактичної роботи спеціалістами КДМ щодо збереження репродуктивного здоров'я, профілактики захворювань, які передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфекції.

Консультування може проводити також і соціальний працівник. Таке консультування стосується питань побуту, працевлаштування, соціальних дотацій тощо. Істотно розширює сферу послуг можливість юридичного консультування.

Важливим компонентом консультування є наявність достатньої кількості інформаційних матеріалів профілактичної спрямованості.

В КДМ можливе проведення різних видів консультування. Це індиві-



UNICEF/2008/Shostka 2

Центр медико-соціальної допомоги “Клініка, дружня до молоді” Шосткінської дитячої лікарні

дуальне, групове, сімейне, інформаційне, консультування по телефону “Довіри”, дистанційне (мережею Інтернет).

Процес консультування цільової групи КДМ передбачає чітке дотримання наступних принципів, а саме:

- * **доброзичливе** ставлення до підлітка, повага до його почуттів та переживань;
- * **неосудливий підхід** до відвідувача, консультант висловлює свою думку без оцінок дій клієнта;
- * **надання** об’єктивної інформації без перебільшень, інформація повинна буди зрозумілою, доступною, точною;
- * **залучення** підлітка до прийняття самостійного, добровільного вибору типу поведінки і відповідальність за наслідки своїх дій.

Процес консультування має чітку структуру, якої мають дотримуватися фахівці:

Структура консультування¹¹

- Знайомство-встановлення відношень “консультант-клієнт”.
- Виявлення потреб клієнта.
- Обговорення проблеми клієнта. Збір історії захворювання, призначення обстеження та лікування.
- Надання інформації з профілактики ІПСШ, ВІЛ-інфекції, незапланованої вагітності (отримання листівок, буклетів, інформаційних матеріалів профілактичної спрямованості).
- Обговорювання наслідків ризикової поведінки.
- Завершення консультування, призначення повторного візиту.

Важливо підкреслити, що формування відповідальної поведінки у підлітків та молоді залежить від великої кількості соціальних сфер впливу, де головним є вплив середовища, в якому підліток розвивається. Тобто це – **сім’я, група однолітків, школа та громада**. Тому організація профілактичної роботи проводиться комплексно з усіх напрямків впливу на цільову групу при взаємодії КДМ з Центрами соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді. Така взаємодія виконується на основі укладання договорів (угод) про співпрацю та затвердження планів спільних дій.



Центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді
“Клініка, дружня до молоді” Львівської обласної
дитячої клінічної спеціалізованої лікарні

Робота з сім’єю – важлива складова профілактичної роботи. Цей аспект роботи слід проводити спільно спеціалістами КДМ та ЦСССДМ, як у школі (наприклад, на батьківських зборах), так і в організації “Школи батьківства”, які можуть створюватися на базі КДМ, ЦСССДМ, освітнього закладу. Заняття, які проводяться з батьками,

¹¹ Більш детально інформація про консультування надана в учбово-методичному посібнику “Основи консультування з питань репродуктивного та сексуального здоров’я”. Під загальною редакцією Б.М. Воринка – К.: ВЦ “День печати”, 2004.

стосуються проблем здоров'я підлітків, вміння зрозуміти дитину, вислухати, вести діалог тощо. На формування навичок відповідальної поведінки впливають цінності вірування і ставлення батьків.

Робота в умовах організованих колективів (загальноосвітні школи, навчальні заклади різних рівнів акредитації, школи-інтернати, дитячі будинки, притулки та інші). Важливою складовою такої роботи є проведення профілактичної роботи серед підлітків спеціалістами КДМ та ЦСССДМ послідовно, системно та з урахуванням особливостей віку цільової аудиторії. Період пізнього дитинства та ранній підлітковий період є вирішальними моментами для можливості сформувати навички відповідального відношення до власного здоров'я. Розвиток ставлень, цінностей, навичок та вмінь визначається вирішальним для розвитку підлітка, формування відповідальної поведінки щодо власного здоров'я. Використання інтерактивних форм профілактичної роботи, а саме тренінгів з використанням рольових ігор, є важливим у навчанні та формуванні навичок безпечної поведінки. Демонстрація різних моделей поведінки, можливість обговорення наслідків кожної з них дає змогу сформувати у підлітків власне ставлення до ризикової поведінки.



«Клініка, дружня до молоді» дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

Робота з фахівцями, які працюють з підлітками та молоддю. Це можуть бути педагоги, вихователі, медичні та соціальні працівники, представники правоохоронних органів. Така спільна діяльність щодо запобігання ризикової поведінки серед підлітків, надання інформації з профілактики ІПСШ, ВІЛ-інфекції, репродуктивного здоров'я дає можливість інтегрованого підходу з формування відповідальної поведінки у підлітків. Проведення спільних заходів формує єдине бачення проблем здоров'я підлітків та соціальних факторів, які стримують формування відповідальної поведінки підлітків.

Робота з підлітками та молоддю, які не працюють, перебувають на вулиці та ін. Суттєві можливості в реалізації цього напрямку роботи мають ЦСССДМ. Активна участь спеціалістів КДМ в різноманітних заходах, програмах, проектах ЦСССДМ профілактичної спрямованості на засадах укладання угод про співпрацю є важливим аспектом профілактичної роботи з неорганізованими підлітками та молоддю. Спеціалісти КДМ можуть бути залучені до:

- проведення профілактичних заходів (акцій, програм тощо);
- розробки інформаційних, навчальних матеріалів з питань збереження здоров'я, профілактики ІПСШ, ВІЛ, незапланованої вагітності. Це можуть бути листівки, плакати, відео матеріали тощо;
- забезпечення психологічної допомоги підліткам та молоді;
- роботи мобільних пунктів;
- роботи на телефоні «Довіри».

Формування навичок відповідального ставлення щодо власного здоров'я передбачає інтерактивне навчання на тренінгах, семінарах з активною участю підлітків та молоді.

Ефективному засвоєнню інформації та формуванню навичок допомагає застосування в процесі навчання таких форм взаємодії як обговорення та аналіз ситуації, розповідь історій, дебати, дискусія, “мозковий штурм”, рольові ігри, робота в групах та ін¹². Основними складовими процесу просвіти з питань здоров’я є надання знань, зміна ставлення та формування навичок. *Формування відповідального ставлення до власного здоров’я і навичок збереження власного здоров’я, на основі отриманої інформації, є складовими у формуванні відповідальної поведінки.*



Знання з питань збереження здоров’я поповнюють життєвий досвід підлітків та молоді. На цьому етапі важливо усвідомлювати, що інформація повинна бути не тільки корисною, але й цікавою для підтримки інтересу цільової групи. Через знання формується мотивація щодо зміни поведінки. Але слід зазначити, що прямого зв’язку між набутих знанням та моделями поведінки немає. Наприклад, більшість молоді знає, що паління тютюну шкодить здоров’ю, але мають цю шкідливу звичку. І все ж таки набуті знання, за допомогою яких формується відповідальне ставлення до здоров’я, є початком на шляху до зміни ризикової поведінки.

Ставлення – це власні нахили, уподобання, а також суб’єктивні оцінки, що переконують особу діяти чи реагувати у передбачуваний спосіб. Зміна ставлення до власного здоров’я – це довготривалий процес, на який також має вплив оточення підлітка, молоді людини. Життєві навички – це здатність до адаптивної та позитивної поведінки, що допомагає молодим особам ефективно справлятися з вимогами і проблемами щоденного життя (згідно з визначенням ВООЗ). Навички безпечної поведінки є складовою формування відповідальної поведінки підлітків та молоді. Важливим аспектом профілактичної роботи визначено навчання підлітка життєвим навичкам відповідальної поведінки.



Наведемо приклади формування життєвих навичок щодо збереження репродуктивного здоров’я.

Приклади формування навичок для збереження здоров’я:

- навички міжособистісного спілкування:
 - вербальне/невербальне спілкування
 - активне слухання
 - вираз почуттів; надання зворотнього зв’язку (без звинувачень)
- навички відстоювання інтересів, як сказати “ні” ризикам:
 - навички впливу та переконливості
 - навички встановлення контактів та мотивування
- навички критичного мислення та аналізу ситуації:
 - аналіз впливу однолітків та засобів масової інформації

¹² ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЕСКО, Світовий банк та ін. “Навички для здоров’я: навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок”, 2004 р.

- аналіз ставлень, цінностей, соціальних норм, вірувань та факторів, що на них впливають
- вміння знайти відповідну інформацію та джерела інформації
- навички прийняття рішень та відповідальності:
 - навички збирання інформації
 - оцінювання себе та можливих наслідків непередбачуваних дій для прийняття альтернативних рішень
 - навички аналізу впливу життєвих цінностей
- навички формування відповідального ставлення щодо власного здоров'я:
 - навички користування методами контрацепції
 - навички користування презервативами
 - навички отримання медико-соціальних послуг (пошук необхідної інформації)
 - навички аналізу наслідків ризикової поведінки

Поширення у молодіжному середовищі ризикової поведінки призводить до поширення розповсюдження ІПСШ, ВІЛ-інфекції, незапланованої вагітності, абортів.

Спеціалістам КДМ необхідно допомагати підліткам і молоді формувати стійку мотивацію до змін поведінки. Ця робота спрямована на те, щоб відповідальна та безпечна поведінка стала необхідною нормою життя. Процес формування відповідальної поведінки тривалий і потребує особистих зусиль не тільки спеціалістів, а й цільової групи КДМ.

5.3 Теоретичні аспекти моделі зміни поведінки

При організації профілактичної роботи необхідно враховувати процес зміни поведінки. Зупинимось на деяких теоретичних аспектах моделі зміни поведінки. Практика підтверджує, що поведінка людини змінюється у процесі її спілкування з оточенням. Існує таке поняття, як **комунікації зі зміни поведінки (КЗП)**.¹³ Це заплановане використання комунікаційних технологій для поширення певних знань і зміни певних моделей поведінки. КЗП використовують низку різноманітних комунікаційних методик, які часто поєднують. Вони також використовують логічний процес, щоб запланувати, виконати та оцінити, наскільки комунікаційні заходи були ефективними у зміні конкретної поведінки.



“Клініка, дружня до молоді” Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні

Процес КЗП в питаннях здоров'я починається з проведення дослідження та аналізу поведінки, щоб допомогти визначити конкретну проблему у сфері здоров'я. Далі ті, хто планують цей процес, визначають групу людей, на яких найбільше впливає конкретна проблема зі здоров'ям, а також поведінку і фактори, що таку поведінку спричиняють. Наприклад, в Україні однією з проблем у сфері репродуктивного здоров'я є непланована вагітність.

Поведінка, яка приводить до цієї проблеми, полягає в тому, що деякі жінки не користуються сучасною контрацепцією, а фактори, які її спричиняють, полягають у тому, що деякі жінки не знають про існування різних сучасних методів контрацепції. Визначення цільової групи є важливою частиною дослідження на цьому етапі. Дослідження

¹³ Інформація з “Посібника для тренерів з проведення просвітницьких занять з населенням щодо питань репродуктивного здоров'я і планування сім'ї”, проект “Разом до здоров'я”, 2008 р.

також допомагає розробити ряд комунікативних заходів, що спонукатимуть цільову аудиторію змінити свою манеру поведінки. Названий комунікативним планом, цей документ пояснює, що ми плануємо зробити, як ми це плануємо зробити, коли і яким чином ми плануємо зробити оцінку, наскільки наші заходи були успішними, або не були такими.

Наступним кроком є реалізація цього комунікативного плану. Розробляються та тестуються повідомлення і матеріали з представниками цільової групи. Тестування повідомлень та матеріалів перед їх розповсюдженням необхідне для того, щоб переконатись, що інформація подається зрозуміло і переконливо. Після проведення тестування повідомлення поширюються різними засобами, а саме, через: брошури та листівки; тренінгові програми; консультування за допомогою медпрацівників; інформацію в ЗМІ; спеціальні заходи; соціальну рекламу. На цьому етапі також важливі моніторинг та оцінка ефективності обраних засобів.

Процес зміни поведінки можна зобразити схематично. Суспільні науки протестували цей процес і називають його етапами теорії змін (також він відомий як транстеоретична модель). Етапи змін стверджують, що люди проходять індивідуальний процес зміни своєї поведінки.

До п'яти етапів зміни поведінки входять такі (схема надана у Додатку №7):

1. *Перед розмірковуванням:* етап, на якому люди не мають наміру змінити свою поведінку і не знають про переваги зміни поведінки або заперечують наслідки такої поведінки.
2. *Розмірковування:* люди починають усвідомлювати, що зміна принесла б користь. Вони почали обмірковувати це, але повністю ще не визначились.
3. *Підготовка/прийняття рішення:* люди вирішили змінити свою поведінку або, можливо, зробили непослідовні спроби змінити поведінку нещодавно.
4. *Дія:* люди змінюють свою поведінку, звички або оточення.
5. *Підтримка:* люди починають пересвідчуватися, що вони не поводяться як раніше і підтримують зміну у своїй поведінці протягом тривалого часу.

Люди проходять етапи в різних пропорціях та можуть рухатися назад і вперед між ними, поки не буде досягнуто повної зміни поведінки. Окремі люди також можуть потребувати підтримки в різній мірі протягом проходження цих етапів.

На перший погляд, може здатися легким мотивувати когось змінити свою поведінку, але насправді цей процес достатньо складний та залучає багато підходів в залежності від поведінки. Серйозна зміна поведінки потребує застосування багатьох інструментів з тим, щоб надати інформацію, мотивувати прийняти рішення та заохотити оточення до участі для зміни поведінки.

При плануванні КЗП береться до уваги вплив на здоров'я основних соціальних, культурних, економічних факторів оточуючого середовища. Визначення та поширення конкретної поведінки, яка є бажаною, – завдання роботи КЗП. Поведінка, як правило, піддається впливу багатьох факторів, включаючи нагальні потреби цільової групи та ризики, які люди відчують, продовжуючи поводитися як раніше або змінюючи поведінку. Засоби можуть включати міжособистісну комунікацію (а саме: індивідуальні дискусії, консультації, обговорення в групах та зустрічі і заходи) або комунікацію за допомогою засобів масової інформації (а саме: радіо, телебачення та інші форми односторонньої комунікації, такі як брошури, листівки та постери, відео і аудіо-відео презентації та деякі форми електронної комунікації). Підходи КЗП повинні бути виважені, належно розроблені та підібрані. Незважаючи на те, що "індивідуальна" комунікація у контексті надання послуг є необхідною для передачі інформації та завоювання довіри у клієнта, комунікація з іншими особами та групами у межах суспільства є також важливою.

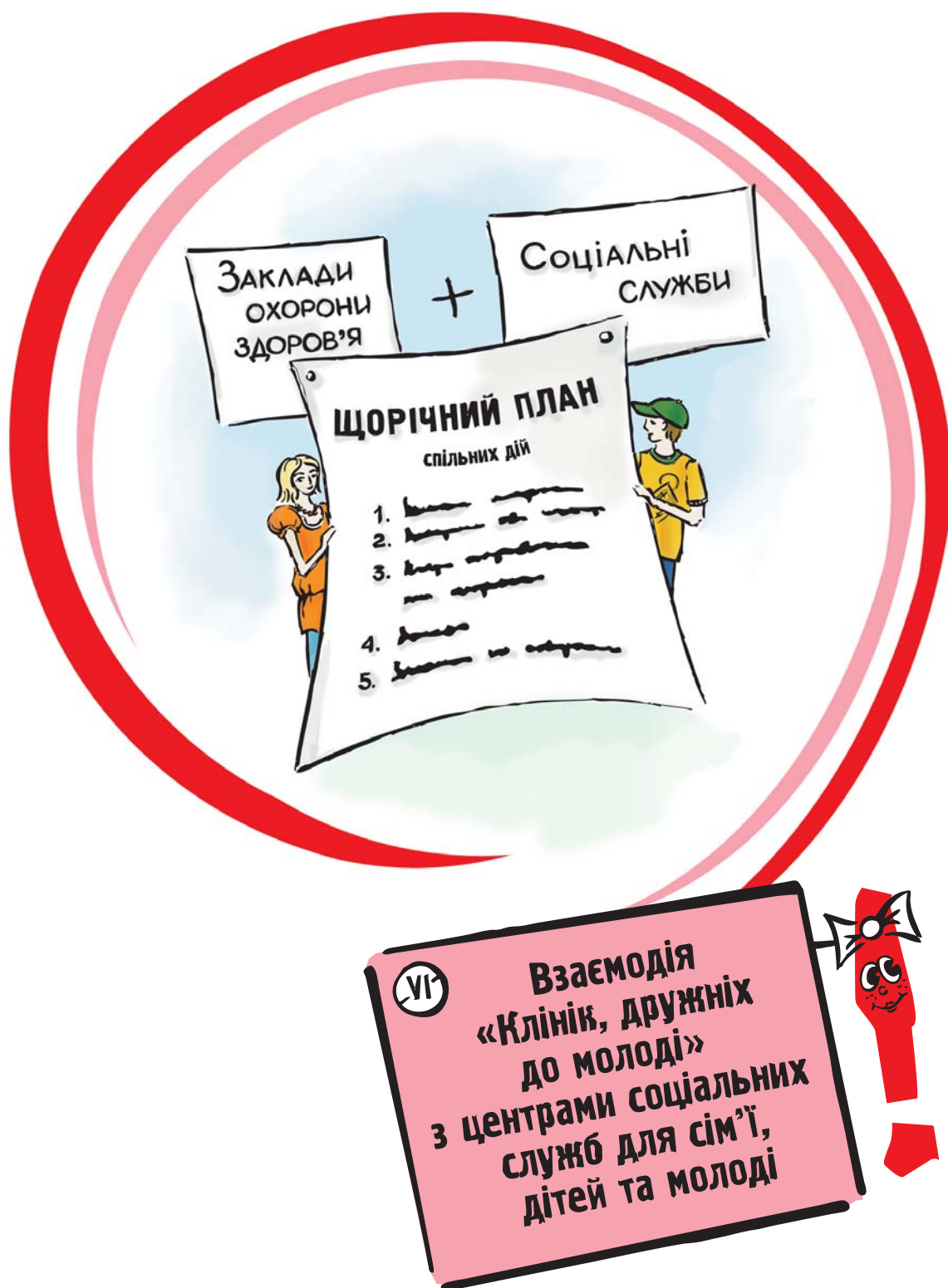
Міжособистісна комунікація (спілкування двох осіб між собою або взаємодія та обмін інформацією в малій групі) є обов'язковим компонентом будь-якої програми КЗП. Вона дуже ефективна для зміни ставлення та поведінки, оскільки працює на всіх рівнях. Міжособистісна комунікація включає як вербальну, так і невербальну взаємодію, обговорення та методику класичного консультування.

Якщо людина не в змозі підтримувати зміни, які відбулися, виникає рецидив – повернення до проблемної поведінки. Це може ускладнити прийняття повторного рішення про зміну поведінки, тому що втрачається віра у власні сили (можливість реалізації власних рішень, впливу на ситуацію, контроль за своїм життям). Але це не виключає, що люди через якийсь час знову підуть по спіралі “змін”¹⁴.

Ключові питання до розділу

- 
1. Які три моделі поведінки в ситуації прийняття рішення виділяють?
 2. Назвіть, будь ласка, мету та завдання профілактичної роботи КДМ.
 3. Назвіть, будь ласка, кроки формування відповідальної поведінки у підлітків та молоді.
 4. Які види консультування, на Вашу думку, можливо проводити в КДМ?
 5. Що є головною метою консультування? Назвіть, будь ласка, структуру консультування.

¹⁴ “Клініки, дружні до молоді”. Посібник для організаторів, ЮНІСЕФ, 2004 р.



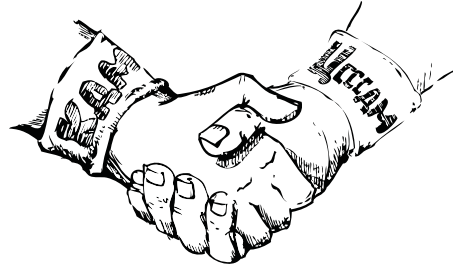
6.1 Організаційна діяльність щодо забезпечення взаємодії між КДМ та ЦСССДМ

6.2 Практичні аспекти забезпечення взаємодії між спеціалістами ЦСССДМ і медичними працівниками

За роки діяльності КДМ в Україні, накопичено досвід ефективного співробітництва між КДМ і ЦСССДМ. Взаємодію цих структур регламентовано наказом №1209/228 від 17.04.2006 *“Про затвердження порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров’я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді”*. У цьому розділі ми зупинимося на головних організаційних аспектах взаємодії між КДМ і ЦСССДМ.

6.1 Організаційна діяльність щодо забезпечення взаємодії між КДМ та ЦСССДМ

Для надання якісних медико-соціальних послуг потрібно налагодити процес взаємодії між медичними та соціальними структурами. Надання таких послуг передуює наступна організаційна діяльність. Між закладом охорони здоров’я, на базі якого територіальним органом управління охорони здоров’я створюється “Клініка, дружня до молоді”, та центром соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді укладається угода про співпрацю відповідно до вимог документування (**Додаток №8**).



Після підписання угоди обома сторонами взаємодії складається та затверджується щорічний план спільних дій, форма якого відповідає загальноприйнятим у документуванні вимогам та має такі розділи (графи): порядковий номер заходу, його зміст (залежить від досвіду взаємодії між спеціалістами ЦСССДМ та медичними працівниками, можливостей щодо цього у населеному пункті, де надаються медико-соціальні послуги, інших факторів), термін виконання, виконавці (відповідальні) і містить основні заходи.

Напрямки, за якими розробляються заходи, що вносяться до щорічного плану спільних дій ЦСССДМ та КДМ, можуть бути такими:

- Здійснення інформаційно-просвітницької роботи з формування відповідальної поведінки щодо власного здоров’я, профілактики соціально небезпечних хвороб у навчальних закладах міста та у гуртожитках.
- Організація роботи консультативного пункту з метою надання психологічних, соціально-педагогічних, інформаційних послуг учнівській та студентській молоді.
- Здійснення профілактичної роботи щодо запобігання соціально небезпечним хворобам, у тому числі ВІЛ, у навчальних закладах міста, гуртожитках тощо.
- Проведення інформаційно-просвітницької роботи в літніх оздоровчих таборах.
- Організація та проведення комплексної профілактичної роботи мобільних бригад спільно зі спеціалістами КДМ у віддалених сільських районах області.
- Здійснення просвітницької роботи, направленої на збереження репродуктивного здоров’я та підготовку до усвідомленого батьківства; формування відповідальної поведінки молоді у статевих та міжособистісних відносинах.
- Розповсюдження соціальної реклами з пропагування здоров’я, охорони здоров’я, в тому числі репродуктивного, та профілактики соціально небезпечних хвороб у дитячому та молодіжному середовищі.
- Направлення дітей та молоді за необхідності до відділення КДМ.
- Надання лікувально-діагностичної, консультативної медичної допомоги дітям та молоді на основі принципів дружнього підходу до молоді.
- Підготовка волонтерів до здійснення соціальної роботи.
- Підготовка волонтерів з медичних питань для здійснення профілактичної роботи.

- Забезпечення роботи гарячих ліній “телефону Довіри” з актуальних питань репродуктивного здоров’я та статевого виховання підлітків та молоді.
- Забезпечення соціального супроводу клієнтів КДМ, які опинилися у складних життєвих обставинах.
- Організація та проведення інформаційно-просвітницьких заходів до Всесвітнього дня здоров’я, Міжнародного дня сім’ї, Всесвітнього дня боротьби з палінням тощо.
- Поширення та обмін методичними розробками та літературою з питань формування відповідального ставлення підлітків та молоді щодо здоров’я та репродуктивного здоров’я, а також з питань статевого виховання.

Спеціалісти ЦСССДМ можуть надавати такі послуги у КДМ, як:

- *соціально-педагогічні*, що передбачають виявлення та сприяння розвитку різнобічних інтересів і потреб осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, організацію індивідуального навчального, виховного та корекційного процесів тощо. Також це може бути залучення до роботи різноманітних закладів, громадських організацій, зацікавлених осіб;
- *медико-соціальні*, що забезпечують консультування з соціально значущих щодо здоров’я питань. Наприклад, працевлаштування ВІЛ-інфікованої молоді, оформлення та отримання документів для осіб з особливими потребами тощо;
- *психологічні* – надання консультацій з питань психічного здоров’я та поліпшення взаємин з оточуючим соціальним середовищем, застосування психодіагностики, психологічна корекція;
- *юридичні*, що передбачають консультування з питань чинного законодавства, здійснення захисту прав та інтересів осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, захист прав та інтересів особи тощо;
- *інформаційні* – надання інформації, необхідної для вирішення складної життєвої ситуації (довідкові послуги); розповсюдження просвітницьких та культурно-освітніх знань (просвітницькі послуги); поширення об’єктивної інформації про споживчі властивості та види соціальних послуг, формування певних уявлень і ставлення суспільства до соціальних проблем (рекламно-пропагандистські послуги).

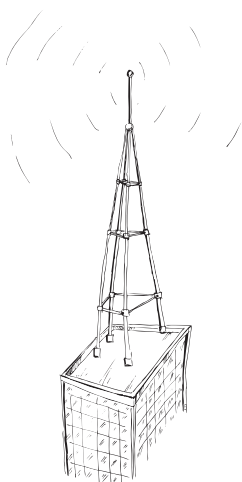
Кожна з названих послуг має бути спрямована на:

- формування у дітей та молоді навичок збереження здоров’я, відповідального ставлення та відповідальної поведінки щодо власного здоров’я;
- інформування про наслідки соціально небезпечних хвороб;
- профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ;
- збереження репродуктивного здоров’я та підготовку молоді до усвідомленого батьківства;
- дотримання відповідальної поведінки у міжособистісних та статевих відносинах;
- забезпечення психологічної допомоги дітям та молоді.

6.2 Практичні аспекти забезпечення взаємодії між спеціалістами ЦСССДМ і медичними працівниками

Згідно з наказом №1209/228 від 17.04.2006 “Про затвердження порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров’я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді” затверджено функції як ЦСССДМ, так і закладів охорони здоров’я. Соціальні послуги в КДМ надають штатні працівники ЦСССДМ та залучені спеціалісти – психологи, педагоги, соціальні педагоги, юристи.

Інформування про роботу КДМ дітей, молоді та їхніх батьків спеціалістами ЦСССДМ здійснюється різними засобами та у різних формах. Здебільшого воно відбувається під час проведення інформаційно-просвітницької роботи. Спільно зі спеціалістами центрів і медичними працівниками її проводять різні за фахом залучені спеціалісти; волонтери з числа підлітків та молоді. Це можуть бути школярі, студенти (особливо такі, що навчаються у медичних та педагогічних навчальних закладах), фахівці соціальної, медичної або педагогічної сфер. Дорослі волонтери – це люди, котрі з власних уподобань (переконань) або за родом діяльності приєднуються до пропаганди формування відповідальної поведінки серед підлітків та молоді. Також у волонтерстві беруть участь батьки, представники громадських організацій, інші особи.



Інформування відбувається під час безпосереднього звернення дітей, молоді та їхніх батьків до ЦСССДМ, протягом індивідуального консультування клієнтів спеціалістами КДМ, також у спілкуванні по “телефону Довіри”.

Досить поширеним засобом інформування про послуги, що надаються у КДМ, є його забезпечення через засоби масової інформації. Серед найефективніших видів інформування є, зокрема, тематичні програми на радіо. Задля цього ЦСССДМ укладають угоди про співпрацю з місцевими радіостанціями. Це дає можливість регулярно випускати в ефір програми не лише з інформацією про надання соціальних послуг у конкретній місцевості, а й висвітлювати актуальні для молоді проблеми, спектр яких доволі різноманітний і певною мірою зумовлений особливостями регіону. Наприклад, з розвитку творчих здібностей, збереження репродуктивного здоров'я, запобігання насильству над дітьми в сім'ї, профілактики наркоманії, тютюнопаління, підготовки молоді до сімейного життя тощо.

Подібні програми є нетривалими за часом, компактними та змістовними. До їх підготовки, як правило, можуть залучатися не тільки професійні радіожурналісти, а і працівники ЦСССДМ, залучені фахівці, а також волонтери, яким можна доручити збір інформації, запис деяких інтерв'ю. Зокрема, з лікарями КДМ, працівниками відділів сім'ї та молоді, служб у справах дітей, керівниками та спеціалістами центру зайнятості, відділу реєстрації актів цивільного стану (РАЦС), центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, іншими особами. Волонтерам цікаво буде виконати не лише підготовчу роботу, а і дикторську, прочитавши текст. Обов'язковою умовою такої передачі має стати прикінцеве оголошення про послуги, що надаються спеціалістами ЦСССДМ та КДМ. Приклади таких оголошень дивіться у **Додатку №9**.

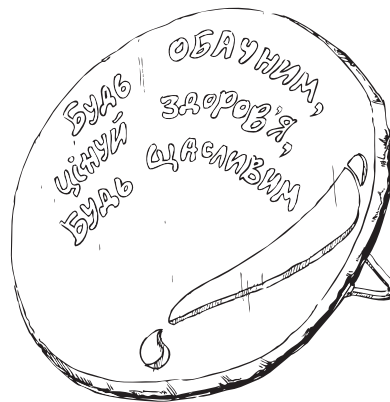


Досить дієвий засіб поширення інформації про послуги, що надаються спеціалістами ЦСССДМ та КДМ, через ді-джеїв під час проведення тематичних дискотек. Такі дискотеки, як правило, організовуються та проводяться спеціалістами ЦСССДМ у тих навчальних закладах, де відбуваються інформаційно-просвітницькі заходи, – школах, технікумах, а також міських (районних) будинках культури, клубах тощо. Наприклад, тематичною дискотекою можна завершити зокрема “Тиждень популяризації здорового способу життя” у загальноосвітніх школах міста, інші мотиваційні молодіжні акції – до днів Св. Валентина, рок-фестивалю “Молодь проти СНІДу” тощо. Приклади повідомлень ді-джеїв надаються також у **Додатку №9**.

Повідомлення про послуги активно доводяться до користувачів послуг також шляхом розповсюдження інформаційних буклетів та листівок. Це відбувається або просто на вулиці, коли проводиться аутріч-робота, або в цільовій аудиторії під час проведення заходів. Листівки містять інформацію з переліком послуг, що надаються спеціалістами ЦСССМД та КДМ, у них названі категорії осіб, яким ці послуги надаються, фах спеціалістів, які ці послуги надають, а також адреси та телефони, за якими можна отримати додаткову інформацію. Зразки буклетів (листівок) з порадами гінеколога, нарколога та дерматовенеролога надано у **Додатку №10**.

Популярними серед молоді є також поширювані календарі, наклейки тощо, на яких обов'язково вказуються адреси, телефони, режим роботи ЦСССМД та КДМ зі стислим за змістом слоганом або закликком: “За хвилини небезпечного задоволення – місяці і роки боротьби з наслідками”, або: “Будь обачним, цінуй здоров'я, стань щасливим!” тощо.

Однією із важливих форм поширення інформації є спеціальні куточки, які доцільно розмістити в усіх навчальних закладах та студентських гуртожитках тощо. Проте, якщо у закладі такого куточка немає, інформацію можна розмістити у будь-який інший спосіб на власний розсуд керівників педагогічних колективів та заступників директорів з виховної роботи. Це можуть бути дошки для оголошень, постійно діючі виставки соціальних плакатів з інформацією про надання послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді тощо.



Ще один із шляхів інформування забезпечується через **Студентські соціальні служби** – спеціалізовані формування ЦСССМД, які створюються на базі вищих та середньоспеціальних навчальних закладів.

У разі необхідності спеціалісти ЦСССМД направляють своїх клієнтів до КДМ для надання їм необхідної медичної допомоги.

Як здійснюється направлення до КДМ? Зазвичай, це може відбуватися в усній формі або, якщо ви вважаєте за потрібне, за спеціальними направленнями (бланками, листівками, рекомендаціями тощо), які видаються клієнту. В них вказано повну назву КДМ, адресу її розташування, прізвище та фах лікаря, до якого доцільно звернутися, номер кабінету, в якому лікар здійснює прийом. Соціальний працівник, котрий направляє клієнта, інформує його про можливості КДМ і, як правило, додатково забезпечує його рекламно-інформаційними матеріалами – буклетами, листівками, пам'ятками тощо. У цих матеріалах також містяться адреса КДМ, телефони, перелік послуг, які клієнт може там отримати. Крім того, обов'язково підтримується зв'язок з лікарем, до якого направлено клієнта, щоб з'ясувати, чи відвідав клієнт лікаря, а також які медичні послуги йому було надано.

Подібно до цього має відбуватися і зворотній зв'язок між КДМ та ЦСССМД, адже нерідко під час надання послуг медичний працівник може припустити, що клієнт, котрий звернувся до КДМ, перебуває у складних життєвих обставинах. У такому разі медичний працівник передає інформацію про нього до ЦСССМД. За зверненням медичних працівників спеціалісти ЦСССМД проводять соціальне інспектування сім'ї, щоб визначити, чи є об'єктивною потреба у забезпеченні конкретної особи (сім'ї) **соціальним супроводом**. Якщо рішення щодо цього позитивне, особі пропонують соціальний супровід, що здійснюється відповідно до спільного Наказу¹⁵ і на підставі документації,

¹⁵ Наказ від 14.06.2006 №1983/388/452/221/556/596/106 “Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціальної роботи із сім'ями, які опинилися у складних життєвих обставинах”, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства транспорту та зв'язку України, Міністерства внутрішніх справ України, Державного департаменту України з питань виконання покарань.

що зазначена у додатках до цього Наказу. В разі, якщо достатнім є надання клієнтові окремих соціальних послуг, спеціалісти ЦСССДМ вирішують ці питання.

Як саме відбувається обмін інформацією про потреби клієнта між медичним та соціальним працівниками? Немає заперечень щодо офіційних повідомлень, форму та зміст яких можна обговорити та узгодити учасникам взаємодії. Однак, як правило, інформація надається в оперативному режимі: усно або за телефоном на рівні повсякденного партнерського спілкування. Адже цього насправді достатньо, щоб соціальні працівники вжили негайних заходів стосовно конкретної дитини, молодшої людини або сім'ї, в якій вони проживають.

Надзвичайно важливою є первинна профілактична робота, що проводиться спеціалістами центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Саме тому найбільш поширеним та продуктивним видом діяльності у впровадженні послуг для підлітків та молоді на основі принципів дружнього підходу до молоді є спільне проведення медичними та соціальними працівниками **інформаційно-просвітницької роботи**. Просвітницька діяльність може проводитись з дітьми, молоддю, батьками та педагогами. Вона здійснюється через діяльність таких спеціалізованих формувань центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, як: мобільні консультаційні пункти соціальної роботи у сільській, гірській місцевостях та віддалених районах міст, служби соціальної підтримки сімей, “школи волонтерів”, служби роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків, студентські соціальні служби, “телефони Довіри”. Також профілактична робота може здійснюватись у центрах соціально-психологічної допомоги і соціальних гуртожитках. Інформаційно-просвітницька робота проводиться також під час лекцій та тренінгів у Центрах зайнятості, гінекологічному та пологовому відділеннях лікарень, інтернатах, слідчих ізоляторах, де перебувають неповнолітні, а також неповнолітнім, котрі відбувають покарання без позбавлення волі, тощо. Завжди під час надання різного виду послуг надається вичерпна інформація про роботу КДМ. Така робота, звісно, є корисною, хоча й має епізодичний характер. Для того, щоб вона відбувалася більш якісно та систематично, планувати її доцільно наступним чином.

Для багатьох ЦСССДМ стало вже традицією на початку вересня збирати на засідання “круглого столу” заступників директорів з виховної роботи загальноосвітніх шкіл та професійно-технічних училищ і проректорів з виховної роботи технікумів, вищих навчальних закладів (якщо такі заклади є у вашій місцевості).

Щороку після обговорення основних питань діяльності ЦСССДМ за цим напрямком пропонується оновлений перелік заходів з інформаційно-просвітницької роботи, що можуть провести спеціалісти центру та клініки. Усім відомо, що лікарі КДМ і спеціалісти ЦСССДМ здійснюють роботу з формування відповідального ставлення до власного здоров'я. Отже, щороку поновлюється інформація про діяльність КДМ та ЦСССДМ, що спонукає до співпраці керівників навчальних закладів.

Спеціалісти ЦСССДМ широко започатковують інформаційно-просвітницьку роботу саме у загальноосвітніх навчальних закладах, тому що школярі найбільш піддаються ризикованому впливу оточуючого середовища. Цілком зрозуміло, що відверта і щира розмова дорослих з дітьми на “заборонені” теми робить ці теми доступними для сприйняття дітей, спонукає їх до відвертого спілкування, а в разі потреби – змушує не приховувати проблем, що виникли, а йти до спеціалістів, які можуть допомогти.

Спеціалісти ЦСССДМ організовують просвітницькі заходи, які можуть проводити підготовлені волонтери, а медичні аспекти здоров'я мають бути представлені запрошеними фахівцями КДМ. Це доцільно робити саме так з тієї причини, що діти та молодь нерідко з острахом ставляться до відвідувань закладів охорони здоров'я. А вже коли утворюється взаємозв'язок між лікарем та дитиною або молодого людиною, немов руйнується бар'єр між клієнтами та лікарями, тому подальше звернення до лікарів КДМ стає простішим. Зрозуміло, якщо в клініці є окрема телефонна лінія, за якою можна безпосередньо звернутися, такий взаємозв'язок стає тіснішим.

Аналізуючи шляхи впровадження в регіонах послуг на основі принципів “дружнього підходу” до молоді, можна дійти висновку, що там, де вони впроваджувалися не епі-

зодично, а на основі довготривалих угод, саме там взаємодія між ЦСССДМ та КДМ розвивалася гармонічно.

Спеціалісти ЦСССДМ радять розпочинати роботу з проведення у загальноосвітніх школах міста тижнів популяризації питань збереження здоров'я, як однієї з форм здійснення інформаційно-просвітницької роботи на базі окремої школи. Приклади таких заходів наведені у **Додатку №9**. Окрім таких комплексних заходів, інформаційно-просвітницька робота може здійснюватися спеціалістами ЦСССДМ та медичними працівниками КДМ також і періодично.

Якщо між ЦСССДМ, КДМ та навчальними закладами налагоджені дієві стосунки, підписані угоди про спільну діяльність, заступники директорів з виховної роботи, класні керівники, куратори навчальних груп, учителі та медичні сестри навчальних закладів можуть телефонувати безпосередньо до ЦСССДМ або КДМ. Вони можуть запросити відповідного фахівця до проведення групового заходу за певною тематикою, що за умови попереднього вичерпного поінформовування про діяльність ЦСССДМ, КДМ може бути запланований ними заздалегідь. Замовити захід можна також тоді, коли це стає необхідним у разі виникнення певних обставин, тоді спеціалісти ЦСССДМ інформують керівника КДМ, який направляє відповідного фахівця для проведення інформаційно-просвітницької роботи з певною віковою категорією осіб.

Щоб добре відкоригувати спільну діяльність, відповідальний за профілактичну роботу спеціаліст ЦСССДМ має складати графік поточної роботи. Адже окрім профілактичної роботи, спеціалісти здійснюють багато інших видів діяльності (соціальне інспектування, соціальний супровід, обслуговування, організація роботи з волонтерами, громадськими організаціями, засобами масової інформації, опитування тощо), а лікарі працюють на індивідуальних прийомах. Щоб виконати всі замовлення на групові заходи, заявка повинна подаватися принаймні за два тижні. Про це КДМ та ЦСССДМ мають попередити основних замовників, аби у зручний для них час вони завжди змогли скористатися послугами, які надають спеціалісти на основі принципів дружнього підходу до молоді.

Медичні працівники різного профілю не тільки беруть участь у заходах, що проводяться у навчальних закладах, а також активно залучаються до профілактичної роботи у складі мобільних бригад. Бригади виїжджають у віддалені райони міст, села та селища, де проводять групову та індивідуальну просвітницьку роботу у загальноосвітніх школах, навчальних закладах різних рівнів акредитації, дитячих будинках тощо. Вони також беруть участь у проведенні “прямих ліній” на “телефоні Довіри” з актуальних питань репродуктивного здоров'я і статевого виховання, активно поширюють інформаційні матеріали з цієї тематики. Приклади повідомлень щодо збереження здоров'я наведені у **Додатку №9**.

Крім того, найбільш популярні серед підлітків та молоді різноманітні акції, що відповідають їм віковим потребам та запитам. У багатьох регіонах спеціалісти ЦСССДМ ініціюють проведення різних за змістом і формами оригінальних заходів – це можуть бути, зокрема, відкриті засідання клубів інтелектуалів, туристичні маршрути тематичного спрямування, різноманітні паради, рок- та екстрим-фестивалі тощо. Форма та зміст таких заходів цілком залежать від фантазії організаторів. Приклади заходів під час проведення молодіжного екстрим-фестивалу надані у **Додатку №9**.

Більш ефективному впровадженню медико-соціальних послуг на основі принципів “дружнього підходу” до молоді, підвищенню фахового рівня спеціалістів ЦСССДМ, які ці послуги надають, сприяє організація для них **навчальних семінарів**. Це можуть бути окремі семінари для соціальних працівників, а також їхня участь у семінарах для медичних працівників. Доцільним є також проведення спільних семінарів. Як правило, програмами таких семінарів, що варто проводити щороку, може передбачатися наступне:

- інформовання спеціалістами ЦСССДМ лікарів КДМ про шляхи вирішення актуальних соціальних питань, види соціальної роботи; ознайомлення з методиками проведення групових заходів тощо;

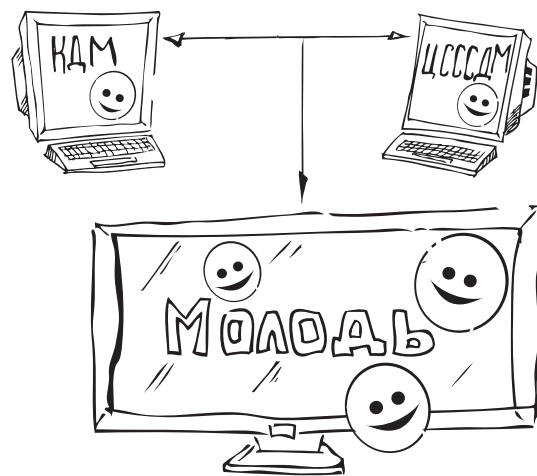
- інформування лікарями КДМ спеціалістів ЦСССДМ про шляхи вирішення актуальних медичних питань (збереження репродуктивного здоров'я, профілактика ІПСШ, ВІЛ, раннього статевого життя, непланованої вагітності тощо).

Програма семінару, форми його проведення, перелік залучених до тренінгової роботи спеціалістів залежатиме не тільки від рівня взаємодії та можливостей ЦСССДМ і КДМ, а й творчого та професійного бачення його організаторів. Приклад видів діяльності, які можуть проводитись на семінарі для спеціалістів ЦСССДМ з інформаційно-просвітницької роботи, наведено у **Додатку №9**.

Спеціалісти ЦСССДМ також беруть участь у семінарах з надання медичної допомоги дітям та молоді, у круглих столах, що проводяться партнерами взаємодії, дискусіях, презентаціях, конференціях та прес-конференціях тощо. Все це певною мірою сприяє підвищенню якості надання соціальних та медичних послуг. Певну допомогу спеціалістам у наданні медико-соціальних послуг на основі принципів “дружнього підходу” до молоді можуть надавати волонтери.

Підготовка волонтерів до участі в роботі з пропагування відповідальної поведінки щодо збереження здоров'я,

профілактики соціально небезпечних хвороб, у т. ч. ВІЛ серед молоді, здійснюється у межах діяльності “Школи волонтерів”. Ці формування діють при ЦСССДМ. Спеціалісти ЦСССДМ спільно з лікарями КДМ розробляють програми підготовки та навчання волонтерів з питань профілактики соціально небезпечних хвороб, формування відповідального ставлення щодо збереження власного здоров'я; проводять тренінги за методом “рівний-рівному”, готують волонтерів-інструкторів з числа студентської молоді. Наведемо короткий перелік основних тем, які вивчають волонтери старшої вікової групи за допомогою спеціалістів ЦСССДМ та КДМ:



- “Здоровий спосіб життя – вигадки чи необхідність?”.
- “Інформованість та ставлення молоді до проблем тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, ВІЛ і ІПСШ, небезпечної сексуальної поведінки”.
- “Любов, кохання, секс. Духовні та моральні засади статевої відносин. Захищений секс як норма сексуальної поведінки”.
- “Достовірна інформація щодо сучасних методів контрацепції”.
- Формування відповідального ставлення щодо власного здоров'я, формування навичок відповідальної поведінки.
- Методика надання інформації за методом “рівний-рівному”.

Важливим є залучення волонтерів ЦСССДМ і КДМ до мотиваційних акцій, метою яких є привернення уваги молоді до власного здоров'я. Це, зокрема, такі заходи: Діди Морози-волонтери (січень), до Дня Св. Валентина (лютий), Дня боротьби з туберкульозом (березень), Дня здоров'я (квітень), Міжнародного дня боротьби з палінням (травень), Всесвітнього дня неpalіння (листопад), Міжнародного дня боротьби зі СНІДом (грудень) та інші. Програми таких заходів досить різноманітні, відрізняються за формою та змістом. Традиційною може стати участь волонтерів у проведенні тематичних програм на загальноміських святах: День молоді, День міста, усілякі фестивалі, конкурси висловів про здоров'я, тематичні опитування, розповсюдження матеріалів профілактичного змісту, поширення "зон без тютюну" тощо.



Можна використовувати і різні форми підготовки волонтерів до роботи з надання послуг на основі принципів "дружнього підходу" до молоді. Зокрема, у містах, де є медичні навчальні заклади, доцільно налагоджувати роботу волонтерів та підготовку до неї таким чином, щоб забезпечити обмін цільовими аудиторіями. До волонтерської роботи в КДМ слід залучати студентів медичних навчальних закладів, які уже володіють певними медичними знаннями та продовжують їх здобувати. Велику користь для них даватимуть заняття з питань здійснення соціальної роботи, які проводять спеціалісти ЦСССДМ. Для волонтерів, які пройшли підготовку у "Школі волонтерів" при ЦСССДМ, є обізнаними у соціальній роботі та мають практичні навички її здійснення, будуть дуже корисними заняття, що проводять лікарі КДМ.

Як саме здійснюється така робота?

З кожним вищим навчальним закладом ЦСССДМ укладає угоду про співпрацю, у якій, окрім інших, треба передбачити наступні пункти.

ЦСССДМ бере на себе зобов'язання спільно з лікарями КДМ:

- Проводити інформаційно-просвітницьку роботу із запобігання соціально небезпечним хворобам, збереження репродуктивного здоров'я молоді, пропагування відповідального ставлення щодо власного здоров'я.
- Надавати інформаційну та методичну допомогу працівникам вищого навчального закладу.
- Сприяти розвитку творчого потенціалу студентів вищого навчального закладу.
- Надавати медико-соціальні, юридичні, психологічні, інформаційні послуги студентам вищого навчального закладу.

Навчальний заклад бере на себе зобов'язання:

- Забезпечити залучення студентів до заходів, які проводить ЦСССДМ спільно з КДМ.
- Залучати спеціалістів ЦСССДМ і КДМ до участі у семінарах, круглих столах, науково-практичних конференціях.
- Сприяти участі студентів у волонтерському русі міста, зокрема участі у заходах ЦСССДМ та КДМ.

На основі таких угод співпраця здійснюється аналогічно до того, як це відбувається у загальноосвітніх школах. Відмінним є те, що у вищих навчальних закладах вона не є комплексною і не триває, наприклад, протягом тижня, як це рекомендувалося проводити у загальноосвітніх школах. З активістами студентського самоврядування таку роботу можна також проводити досить планомірно, адже саме студентські лідери стають основними розповсюджувачами інформації серед студентської молоді.

Клієнтам із студентського середовища індивідуальні послуги надаються спеціалістами у приміщенні ЦСССДМ або КДМ, як і іншим клієнтам, а також у навчальному закладі безпосередньо після здійснення групової роботи.

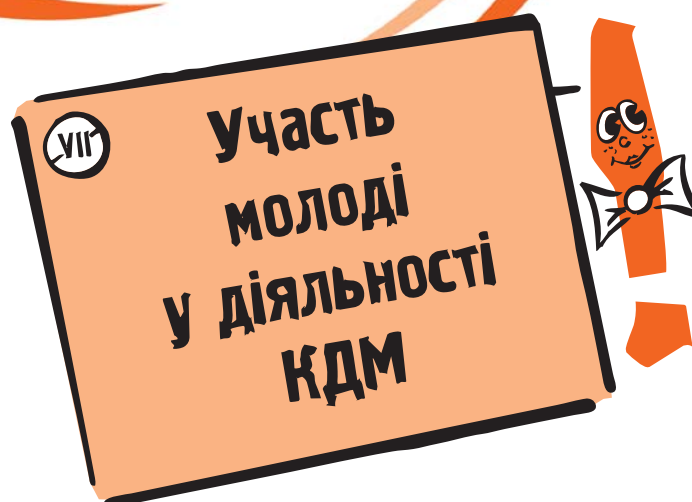
Варто додати, що робота спеціалістів ЦСССДМ і КДМ зі студентською молоддю не потребує обов'язкової наявності студентської соціальної служби і може базуватися на тісній співпраці із членами студентського самоврядування. Досвід спеціалістів ЦСССДМ свідчить, що схема роботи зі студентською молоддю не складна, і є досить чіткою, зручною і відпрацьованою.

У процесі взаємодії медичних працівників КДМ і спеціалістів ЦСССДМ спільно здійснюється **розробка, виготовлення та розповсюдження інформаційно-просвітницьких, методичних матеріалів та соціальної реклами**. Має відбуватися постійний обмін методичними розробками та літературою з пропагування відповідального ставлення щодо власного здоров'я, репродуктивного здоров'я, статевого виховання молоді та підлітків тощо, статистичною та аналітичною інформацією для подальшого використання у роботі.

Важливим є **залучення державних установ та громадських організацій**, у тому числі міжнародних, до впровадження та поширення послуг на основі принципів "дружнього підходу" до молоді. Співробітництво з такими організаціями дозволить підвищити якість послуг та ефективність комплексної медико-соціальної допомоги.

Ключові питання до розділу VI

1. Яким документом регулюється взаємодія між закладом охорони здоров'я та центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді?
2. Які послуги надаються спеціалістами центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді в КДМ?
3. Як саме відбувається обмін інформацією про потреби клієнта між медичним та соціальним працівниками?
4. Як здійснюється підготовка волонтерів до участі у просвітницькій діяльності щодо формування відповідальної поведінки?



7.1 Підходи до залучення молоді до діяльності КДМ

7.2 Волонтерська діяльність в КДМ

Соціальна та медична робота з формування у підлітків та молоді відповідального ставлення до свого здоров'я стає найбільш ефективною, коли представники молодого покоління з певних причин або за власними переконаннями зацікавлені у такій роботі, мають бажання до неї залучитися і проявляють ініціативу щодо безпосередньої участі у цій діяльності. Ефективність профілактичних заходів серед підлітків і молоді полягає в усвідомленні ними того, що наслідки ризикової поведінки залежать не тільки від держави і суспільства, а й від кожної людини особисто.

7.1 Підходи до залучення молоді до діяльності КДМ

У процесі створення КДМ організатору слід пам'ятати про одне з важливих завдань – розробку стратегії залучення молоді до діяльності клініки. Необхідно залучати молодь на кожному етапі розвитку клініки і, звичайно, на етапі оцінки її діяльності. Причому на кожному етапі розвитку цього закладу стратегія суттєво відрізнятиметься від попередньої.

Чому саме слід приділяти значну увагу залученню молоді до діяльності КДМ?

Участь молоді у діяльності клініки дозволить більш ефективно реалізувати принципи дружнього підходу. До того ж, оскільки клініка створюється для молоді, то й участь цієї цільової групи повинна бути безпосередньою. Залучаючи молодь до роботи у клініці, необхідно дотримуватися кількох вимог. Представники цільової групи КДМ повинні знати мету й завдання КДМ, розуміти хто і чому приймає рішення про їхню участь. Також вони повинні приймати добровільне рішення про свою участь у діяльності клініки. До того ж їхня участь може бути різною – від одноразової акції до постійної участі в усіх профілактичних заходах. Це дозволить позбутися формалізму у роботі з молоддю, забезпечить якісний зв'язок з цільовою групою.

Залучення молоді може відбуватися в різних формах. Це може бути **пасивна участь**, коли молоді люди стають об'єктом різноманітних досліджень щодо впровадження послуг на основі принципів дружнього підходу. Наприклад, проведення фокус-груп, апробація інформаційних матеріалів тощо. Також це може бути **активна участь**, коли підлітки та молодь безпосередньо беруть участь у роботі КДМ. Наприклад, молоді люди можуть стати добровільними помічниками співробітників клініки під час проведення групових заходів, семінарів, тренінгів, масових акцій, а також виступати у якості консультантів для клієнтів, що звернулися до клініки вперше.

До якої діяльності у роботі КДМ можна залучати молодь?

По-перше, молоді люди можуть стати консультантами з питань, що є у колі інтересів та потреб цільової групи. Наприклад, вони можуть підказати, як краще оформити коридор або стенд, що



«Клініка, дружня до молоді» дитячої клінічної лікарні №6 Шевченківського району м. Києва

краще намалювати на плакаті для молодіжної акції. Досвідчений організатор обов'язково враховуватиме побажання цільової групи КДМ.

По-друге, вони можуть здійснювати інформування однолітків про послуги, які надаються в КДМ, причому робити це можуть різними шляхами. Це може бути розповсюдження листівок, буклетів, плакатів. Молоді люди можуть брати участь у презентації діяльності КДМ у навчальних закладах різних рівнів акредитації або під час проведення заходів для молоді.



По-третє, молоді люди можуть стати не тільки активними учасниками реалізації програм, направлених на збереження здоров'я, профілактики соціально небезпечних хвороб серед молоді, пропаганди безпечної поведінки, а й авторами таких програм. Досвід участі молоді у формуванні відповідальної поведінки щодо власного здоров'я і профілактики соціально небезпечних хвороб переконливо доводить, що молодь може сама створювати власні програми та проекти щодо реалізації принципів дружнього підходу. Окрім просвітницької роботи, молоді люди охоче беруть участь у створенні різноманітних ігрових програм, творчо проводять їх в дитячій та молодіжній аудиторіях, а також нерідко беруть участь у роботі як дизайнери, оформлювачі інформаційних матеріалів, автори соціальної реклами, спрямованої на поінформування молоді про послуги, що надаються на основі принципів дружнього підходу.

Сам процес участі молодих людей у різноманітних профілактичних заходах сприяє формуванню відповідального ставлення до свого здоров'я. Підліткам та молоді слід якомога більше брати участь у діяльності дорослих. Поняття "здоров'я" є для них достатньо абстрактним, і важко чекати від п'ятнадцяти чи вісімнадцятирічних, що вони, не маючи досвіду, одразу стануть відповідальними за свою поведінку. Таким чином, залучаючи молодь до роботи в КДМ, організатор одразу вирішує два завдання. По-перше, залучає молодь як ресурс для реалізації профілактичних заходів, по-друге, сприяє навчанню та просвіті молодих людей. Залучення молоді до участі у діяльності КДМ дозволяє сформувати активну позицію на користь здоров'я, а також навички ефективної передачі інформації одноліткам.



7.2 Волонтерська діяльність в КДМ

Молоду людину, яка не обмежується оплачуваною роботою та виконанням звичайних щоденних обов'язків, зокрема навчальних, і витрачає час та сили на справи, що не дають їй матеріальної користі, можна вважати волонтером КДМ. Справжній волонтер завжди керується таким принципом: "корисна для інших діяльність є корисною і для мене". І це насправді приносить йому задоволення.

Хто може бути волонтером КДМ?

Це можуть бути студенти вищих навчальних закладів, які оволодівають відповідними спеціальностями, – медики, соціальні працівники, психологи, юристи тощо. Крім студентів, волонтерами можуть стати представники різних недержавних організацій – дитячих, молодіжних, жіночих тощо. Перевага залучення громадських організацій до роботи КДМ полягає в тому, що виконання соціальної роботи на громадських засадах беруть на себе члени цієї організації, тобто відсутня проблема оплати праці

виконавців. Це також можуть бути учні старших класів шкіл та середніх спеціальних навчальних закладів, які фактично є активістами різних молодіжних угруповань, створених при навчальних закладах та при ЦСССДМ.

Волонтерами можуть також стати батьки дітей та підлітків – клієнтів КДМ, а також молодь з девіантною, адиктивною поведінкою. Такі батьки часто об'єднуються в групи самодопомоги, а також залучаються до заходів, що проводяться фахівцями ЦСССДМ та спеціалістами КДМ. Приклад їхньої участі у суспільно корисній діяльності спонукає до наслідування прикладу інших батьків з аналогічними проблемами.

Ще одна надзвичайно важлива група волонтерів – це волонтери-фахівці (медичні та соціальні працівники, психологи, педагоги, соціальні педагоги, юристи тощо), які надають консультативну допомогу співробітникам клінік, дружніх до молоді, та їх клієнтам.

Не зменшуючи значення волонтерської діяльності кожної із названих груп, без перебільшення можемо констатувати, що безпосередня участь молоді у наданні послуг на основі принципів “дружнього підходу” є найбільш важливою.

Молодь повинна брати участь і поділяти відповідальність за розвиток політики і стратегії планування поліпшення власного здоров'я, тому потрібно її навчати і активно залучати до впровадження такої політики за допомогою консультування і навчання однолітків, надання послуг та інформації одноліткам, а також іншим верствам громади, котрі потребують допомоги. Позитивним досвідом є також залучення молоді до планування, впровадження, моніторингу та оцінки роботи КДМ, наприклад, через створення Молодіжних наглядових рад, дорадчих комітетів тощо, які надають можливості підліткам та молоді брати участь у процесах прийняття рішень стосовно роботи КДМ. Поради ВООЗ по залученню молоді дивіться у **Додатку №11**.

Молодь, як правило, перш ніж прийти в КДМ, отримує певну інформацію про неї з різних джерел. Тому залучення молоді до волонтерства у КДМ теж може відбуватися різними шляхами. Практичний досвід роботи дозволяє визначити деякі найбільш ефективні з них. Так, наприклад, можна розповсюджувати буклети, листівки про діяльність та місце розташування КДМ; розміщувати інформацію на Web-сторінці КДМ в Інтернеті, робити публікації у пресі про діяльність волонтерів, у тому числі із громадських організацій. Також працівники та волонтери КДМ можуть інформувати потенційних помічників про можливість волонтерства, у тому числі під час проведення масових та групових заходів, розповсюдження листівок-закликів про пошук волонтерів для роботи в КДМ і оголошення на радіо про залучення волонтерів до роботи з надання послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді. Будь-які інформаційні повідомлення, доречно робити у місцях навчання та відпочинку молоді. Найкоротший шлях інформування молодих людей – це запрошення їх до співпраці через знайомих або в момент відвідування ними клініки.

Володіння достатньою інформацією про зміст, напрямки діяльності КДМ дає можливість потенційному волонтеру вибрати саме ту ділянку роботи, в якій він хотів би працювати на добровільних засадах, аби не тільки відчувати себе корисним та потрібним іншим, а й отримувати задоволення від виконаної роботи. Організатори волонтерської діяльності повинні усвідомлювати, що людина витратить свої сили і час на проведення будь-якої суспільно корисної роботи, якщо матиме до цього бажання.

Відбір волонтерів серед підлітків та молоді потребує врахування багатьох чинників: мотивації участі у програмі, рівня їхньої підготовки, розуміння принципів відповідального ставлення до здоров'я, наявності власного життєвого досвіду, усвідомлення людиною відповідальності за доручену справу тощо.

Не варто думати, що єдиною характеристикою добровольців є лише альтруїзм. Той, хто виявляє бажання бути добровільним помічником, хоче бути безпосередньо зацікавленим у результатах своїх дій. Добровільність ґрунтується не лише на доброті душі. Цілком закономірно, в ній завжди є певна частка особистих інтересів, а тому запитання: “Що мені з цього буде?” – є абсолютно справедливим. Звісно, мотиви у

кожного свої: дехто бажає набути досвіду, чогось навчитися; інші шукають визнання, відволікання від своїх проблем, розширення кола знайомств, контактів з однолітками; треті хочуть приносити користь, довести самому собі, що вони на щось здатні, знайти смисл життя тощо. Важливим мотивом також може стати можливість підвищити освітній рівень і, вірогідно, в подальшому забезпечити себе місцем роботи. Тобто при залученні волонтерів організаторам потрібно враховувати мотиви, чому ці люди прагнуть брати участь у діяльності клініки. Мотивація до волонтерської діяльності може бути різною. Наведемо основні мотиви:

- задоволення потреб у безпеці (робота в комфортних умовах серед людей, яких знаєш та які добре до тебе ставляться);
- можливість зберегти або набути корисних професійних навичок;
- потреба у спілкуванні, що реалізується через спілкування зі своїми однолітками, людьми протилежної статі, різними за віком та соціальним статусом;
- прагнення до самовираження, самореалізації, отримання відчуття значимості, потрібності;
- прагнення розпочати роботу за спеціальністю або визначитися з вибором майбутньої професії.

Крім того, можуть бути й інші бажання: дізнатися про щось нове, задовольнити інтерес до знань із різних галузей або з певних питань, задовольнити бажання дорослих тощо.

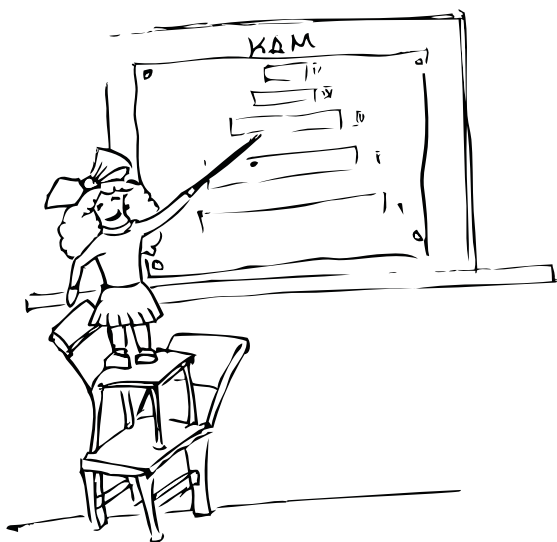
Плануючи роботу волонтерів у КДМ, організатору необхідно врахувати наступне:

1. Робота завжди має здійснюватися у вільний від навчання час.
2. Діяльність повинна бути різноманітною та цікавою.
3. У кожній справі, що довірена підліткам та молоді, обов'язково має бути місце для прояву особистої ініціативи, прийняття самостійних рішень, а тому і персональної відповідальності.
4. Доцільно демонструвати можливі перспективи їхньої діяльності та обговорювати спільні плани на майбутнє.
5. Організатори повинні чітко визначати засоби заохочення волонтерів і ні в якому разі не обіцяти більше, ніж насправді можна для них зробити.
6. Робота має бути безпечною для підлітків та молоді. Наприклад, підлітків не залучають до волонтерської роботи з наркозалежними.

Якими можуть бути функції діяльності волонтерів у “Клініці, дружній до молоді”? Назвемо найпоширеніші з них:

- *Організаційна функція* передбачає участь у підготовці та проведенні профілактичних заходів, адже у будь-якій справі має бути звичайний помічник; котрий виконуватиме, на перший погляд, “чорнову”, але, насправді, дуже важливу і необхідну роботу.
- *Комунікативна функція* має на увазі налагодження зв'язків з однолітками, спілкування з ними на будь-які теми у процесі профілактичної діяльності або під час відвідування клініки. Головне – щоб волонтер мав добре розвинуті комунікативні навички, а той, хто залучає його до роботи, сприяв їх подальшому розвитку.
- *Координаційна функція* має на меті встановлення контактів із зацікавленими сторонами – представниками громадських організацій, педагогами, батьками, волонтерами інших програм тощо.
- *Інформаційна функція* передбачає поширення інформації серед однолітків за методикою “рівний–рівному”, що здійснюється спеціально підготовленими волонтерами за певною тематикою.

Організовуючи роботу волонтерів, слід мати на увазі, що вони здебільшого, на тривалий час не залишатимуться у волонтерському загоні, адже активно налаштовані підлітки перебувають у постійному пошуку і полюбляють опановувати для себе різні ролі, тим більше, якщо діяльність, котру вони розпочинають, залучаючись до роботи КДМ, є для них абсолютно новою. Скажімо, якщо у школі вони брали активну участь у заходах щодо формування навичок відповідальної поведінки, нерідко були учасниками агітбригад, клубів кмітливих та винахідливих, виступали в аудиторії рівних або молодших за віком тощо, то у діяльності КДМ вони, як правило, швидко зорієнтуються і природно продовжуватимуть громадську роботу в іншому руслі. Досвід свідчить, що



чисельність осіб, котрі залучаються до роботи КДМ, тривалий час та із задоволенням виконуватимуть роботу, залежить від того, наскільки відповідально дорослі підходять до залучення волонтерів-підлітків, і як уміють оцінити їхню діяльність. Участь у волонтерському русі, звичайно, є одним із можливих варіантів соціального самоутвердження, але не єдиним. Отже, для певної частини підлітків – це буде однією із спроб усвідомлення себе як соціально значущої особистості. І до цього теж слід ставитися з розумінням. До того ж завжди слід пам'ятати, що знайти добровільних помічників вдається іноді легше, ніж зберегти їх, і це стосується будь-якої категорії волонтерів.

Відбір підлітків та молоді до волонтерських груп здійснюється, як правило, керівником, психологом або підготовленим спеціалістом КДМ, а іноді й усіма спеціалістами разом. Це також може бути спеціаліст ЦСССДМ. Відбір проводиться шляхом анкетування та співбесіди з кандидатом у волонтери. Співбесіда має відбуватися у максимально доброзичливій атмосфері. У **Додатку №12** запропоновано кілька рекомендацій щодо її проведення.

Підготовка волонтерів може здійснюватися на базі КДМ, чи "Школи волонтерів", які створені при ЦСССДМ, або шляхом поєднання зусиль обох структур, зацікавлених у підготовці добровільних помічників (див. **Додаток №13**). Навчання може складатися з наступних етапів: підготовчий етап, перший етап, другий етап, третій етап, заключний етап.

Підготовчий етап доцільно розпочати із загальної інформації про волонтерську діяльність за таким планом:

- Історія волонтерського руху.
- Визначення понять волонтерська діяльність, волонтер.
- Напрями волонтерської діяльності за сферами, проблемами, категоріями населення стосовно яких здійснюється допомога.
- Визначення мотивації участі у волонтерській роботі.
- Визначення мотивації участі у діяльності КДМ.
- Ознайомлення із системою підготовки, навчальними планами та програмами, згідно з якими відбуватиметься підготовка волонтерів.

Перший етап передбачає пізнання себе за допомогою соціально-психологічних методів дослідження (ділових ігор, анкет, опитувальників, тестів, проєктивних малюнків, незакінчених речень тощо), що дозволить визначити:

- самооцінку кандидата у волонтери;

- темперамент і характер особи;
- її комунікативні та організаторські здібності;
- рівень тривожності та конфліктності;
- рівень агресивності (за діагностикою схильності до агресивної поведінки);
- самопочуття, активність, настрої людини.

Другий етап дозволить:

- сформувати загальні знання, уміння, навички волонтерської діяльності;
- розвинути комунікативні здібності;
- навчитися уникати конфліктних ситуацій;
- сприяти розширенню етичних можливостей;
- подолати невпевненість у собі;
- оволодіти технікою безпеки;
- навчитися релаксації.

Третій етап передбачає формування спеціальних знань, умінь, навичок та визначення функцій – розуміння мети, завдань та основних принципів діяльності клініки, оволодіння основними методиками роботи з профілактики негативних явищ та методикою первинного консультування клієнтів клініки.

Заключний етап дозволить закріпити здобуті під час навчання знання та поведінкові навички, а також перетворити знання у переконання. На даному етапі передбачено поширення за методикою “рівний-рівному” набутих знань та навичок відповідального ставлення щодо власного здоров’я.

Зупинимося на методиці, що найширше використовується у роботі волонтерів, зокрема з надання послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді. Стратегія “рівний-рівному” зарекомендувала себе в усьому світі як одна з найефективніших технологій просвітницької профілактичної роботи. Досвідом доведено, що навчання за цією методикою сприяє активізації молоді, її залученню до вирішення найгостріших проблем сьогодення, забезпечує надання реальної допомоги одноліткам у наданні переваги відповідальної поведінки.

У західних країнах ця методика була започаткована як метод, якій передбачає взаємодопомогу серед підлітків. Успіх її впровадження обумовлений тим, що для значної кількості підлітків характерними є такі особливості поведінки, як складності у спілкуванні з дорослими, небажання відвідувати школу, підвищений інтерес до вживання психоактивних речовин тощо. Такі підлітки, як правило, уникають дорослих, не сприймають їхні поради та вимоги, проте з готовністю звертаються до своїх ровесників по допомогу для подолання нагальних проблем. Однак однолітки не завжди є компетентними у питаннях, які потребують вирішення, і їхня так звана “допомога” нерідко може завдати шкоди. Тому для розв’язання актуальних підліткових питань і було розпочато підготовку добровільних помічників – волонтерів, – з якими проводять навчання у формі групової психологічної роботи. Навчання за методом “рівний-рівному” розраховане на дітей та молодь віком 12–18 років, незалежно від їхнього соціального статусу.

Передача знань від однолітка до однолітка має суттєві переваги, що полягають у наступному:

- підлітки більше часу спілкуються один з одним;
- глибше розуміють проблеми свого оточення;
- на відміну від дорослих, сприймають молодіжну субкультуру і розуміють підлітковий сленг;

- більше довіряють один одному та виявляють готовність до розуміння і наслідування поведінки ровесників.

Коли завершується навчання за методикою “рівний-рівному”, підлітки-волонтери стають розповсюджувачами профілактичної інформації, яку можуть переконливо подавати у доступній для однолітків формі.

Існує кілька обґрунтувань, чому саме використання методики “рівний-рівному” є доцільним щодо формування відповідального ставлення до здоров’я серед молоді.

Передусім ця методика забезпечує *виховання у молоді здатності свідомо приймати рішення*.

Ніхто краще за молодь не знає, з якими проблемами вона стикається. Саме тому молодь і повинна відігравати провідну роль у вирішенні важливих питань та шукати шляхи щодо цього.

Традиційно вважалося, що батьки, вчителі, релігійні лідери, політики тощо повинні визначати, що є найкращим для молоді, і саме вони брали на себе право чи дозволяти молоді встановлювати свої пріоритети, а розробка важливих рішень відбувалася без узгодження з молоддю.

Наразі визнано, що саме молодь повинна стати лідером у дебатах стосовно вирішення суперечливих молодіжних питань. Задля цього впровадження освітніх програм серед ровесників стало ключовим у вирішенні певних проблем молоді, адже інформація, що передається через однолітків, зазвичай, набагато краще сприймається молоддю. Саме методика “рівний-рівному” і має на меті зробити вичерпними за змістом та зрозумілими повідомлення про наслідки вживання наркотиків, алкоголю, незахищені статеві стосунки, ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом. Мета такої інформації – допомогти молоді зробити усвідомлений, відповідальний вибір у ставленні до наркотиків, алкоголю, статевих стосунків. Коли інформація про небезпеку шкідливих звичок донесена до молоді у доступній формі, то молода людина здатна проявляти ініціативу. Так поступово відбувається формування негативного відповідального ставлення до вживання алкоголю та наркотичних речовин, незахищених та безладних статевих стосунків.

Численні агітаційні масові кампанії, наприклад, “Скажімо “НІ!””, які на початку інформаційно-просвітницької роботи пропагували здоровий спосіб життя, виявилися малоефективними, тому що здебільшого за своєю сутністю мали декларативний характер, були дещо спрощені за змістом і не відображали реалії молодіжної субкультури. Кращим зразком для наслідування стають саме ровесники, які відповідально ставляться до власного здоров’я.



“Клініка, дружня до молоді” Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні

Важливим аспектом діяльності за методикою “рівний–рівному” є створення доброзичливої соціальної атмосфери для ВІЛ-позитивних людей, адже для них є надзвичайно важливим подолання стигматизації. Вони також потребують спілкування з оточенням, прагнуть вичерпної інформації про стратегію поведінки та повноцінної життєдіяльності. Доброзичливе ставлення до таких людей може сприяти збереженню їхнього фізичного, психічного і репродуктивного здоров’я. І хоча наразі ВІЛ-позитивні люди не є в числі постійних клієнтів КДМ, у волонтерів слід формувати толерантне ставлення до них. Це у подальшому сприятиме формуванню волонтерами в інших людей такого ж ставлення.



Однією із найцікавіших творчих форм практичного використання методики “рівний–рівному” є вистави інтерактивного театру. Детальна інформація представлена в **Додатку №14**.

Різновидом виступів інтерактивного театру, що проводяться для молодших за віком, є вистави на актуальну тематику, що розігруються волонтерами, як правило, за казковими сюжетами, що добре відомі глядачам. Обов’язковою умовою є бесіда, “акторів” з глядачами, що проводиться по завершенню вистави і спонукає до визначення вчинків, свідомого вибору глядачів на користь безпечної поведінки.¹⁶

Організаторами і керівниками такої форми роботи можуть стати лідери дитячих та молодіжних громадських організацій, соціальні працівники, спеціалісти навчальних закладів, працівники КДМ. Зазвичай, це один із улюблених видів діяльності волонтерів, що мають творчі здібності та акторські навички.

Окрім зазначених вище методів, волонтери КДМ можуть виконувати таку роботу:

- бути консультантом з питань інтересів та потреб цільової групи;
- проводити заняття для учнівської та студентської молоді в межах окремого навчального закладу;
- брати участь у проведенні масових заходів;
- створювати інформаційні матеріали;
- проводити відеолекторії;
- залучатися до соціологічних опитувань, опрацьовувати анкети;
- розповсюджувати на вулиці (аутріч-робота) інформаційні матеріали, рекламні листівки про діяльність КДМ, роздавати запрошення про їхні послуги;
- чергувати на інформаційній телефонній лінії тощо.

Даний перелік не можна вважати вичерпним, бо він залежить від можливостей КДМ, зацікавленості фахівців, котрі працюють у ній та у ЦСССДМ, потенціалу волонтерів і напрямків діяльності, за якими працює “Школа волонтерів”.

Волонтеру КДМ слід дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки:

- пройти обов’язковий інструктаж (навчання) перед тим як приступати до роботи;
- для роботи бажано мати посвідчення (бейдж) волонтера, бажано з фотокарткою;
- дотримуватися правил морально-етичних норм та правил коректного спілкування;
- брати участь у тренінгах, семінарах та ін.

Після того, як визначено групу осіб, котрі будуть займатися волонтерською діяльністю, їм необхідно заповнити реєстраційні картки (анкети), які міститимуть деякі дані

¹⁶ Більш детально інформацію щодо проведення інтерактивного театру для молодших за віком, можна подивитись у науково-методичному журналі “Соціальна робота в Україні: теорія і практика” №1 та №2, Київ, 2006 р.

про особу, її уподобання. Ці картки зберігатимуться у КДМ. Орієнтовний варіант такої анкети надається у **Додатку №15**.

Важливою умовою участі молоді у роботі КДМ є безпосередній процес змін та розвитку. А на це потрібен певний час. Тому, залучаючи молодь, не треба очікувати негайних результатів. Ефект молодіжної участі може проявитися не одразу – з року в рік він накопичується і, як вищий рівень досягнення результату молодіжної участі, стає ідеологією цієї участі. Така ідеологія робить індивіда громадянином, котрий небайдужий до того, що відбувається не лише в його найближчому оточенні, але й у масштабах країни та усього світу.

Ключові питання до розділу

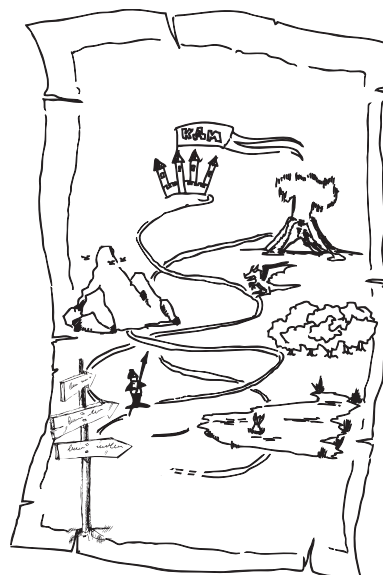
1. До якої діяльності у роботі КДМ можна залучати молодь?
2. Назвіть основні форми та засоби інформування дітей, молоді та їхніх батьків про послуги, що надаються спеціалістами ЦСССДМ та КДМ на основі принципу дружнього підходу до молоді.
3. Як і де здійснюється підготовка волонтерів?
4. Які основні характеристики методики «рівний-рівному»?



УІІІ Відповідність закладів,
що надають
медико-соціальні
послуги, статусу
«Клініка, дружня
до молоді».
Моніторинг та оцінка

Заклади охорони здоров'я, які працюють з підлітками та молоддю на основі "дружнього підходу", а саме надають медико-соціальні послуги на засадах **добровільності, доброзичливості, доступності, конфіденційності, анонімності та неосудливого ставлення до відвідувача (розділ IV)**, відповідають статусу "Клініка, дружня до молоді".

Нижче представлено перелік **характеристик служб, дружніх до підлітків**, складений на основі більш повного списку характеристик, розроблених на глобальній консультативній нараді ВООЗ у 2001 році, та підсумків наступних обговорень в рамках консультативної групи експертів у Женеві 2002 року, в подальшому його було ще раз переглянуто в результаті систематичного аналізу даних та опубліковано в 2006 році.



ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЛУЖБ, ДОБРОЗИЧЛИВИХ ДО ПІДЛІТКІВ		
РІВНОПРАВНІ: Послуги надаються всім, хто їх потребує		
Характеристики	Визначення	
1	Діють правила і процедури, що не обмежують надання медичних послуг підліткам.	Відсутність правил і процедур, котрі обмежують надання медичних послуг підліткам з урахуванням їхнього віку, статі, соціального становища, культурної належності, етнічного походження, інвалідності або яких-небудь інших відмін.
2	Медичні працівники поважаються з усіма пацієнтами-підлітками з однаковою ввічливістю та повагою, незалежно від їхнього становища.	Медичні працівники однаково обслуговують та уважно ставляться до всіх підлітків, незалежно від їхнього віку, статі, соціального становища, культурної належності, етнічного походження, інвалідності або яких-небудь інших причин.
3	Обслуговуючий персонал поводить з усіма пацієнтами-підлітками з однаковою ввічливістю та повагою, незалежно від їхнього становища.	Обслуговуючий персонал однаково ставиться до всіх підлітків незалежно від їхнього віку, статі, соціального становища, культурної належності, етнічного походження, інвалідності або яких-небудь інших причин.
ДОСТУПНІ: Забезпечено легкий доступ до послуг		
Характеристики	Визначення	
4	Діють правила і процедури, що передбачають надання підліткам або безоплатних, або доступних за ціною медичних послуг.	Всі підлітки можуть користуватися безоплатними медичними послугами або здатні сплатити будь-які можливі витрати.
5	Пункт медичного обслуговування працює за зручним для підлітків графіком.	Медичні послуги доступні для всіх підлітків у зручний для них час.
6	Підлітки добре обізнані щодо комплексу медичних послуг, що надаються в області репродуктивного здоров'я, і про те, як ними користуватися.	Підлітки знають про те, які медичні послуги надаються, де вони надаються, і як ними можна скористатися.

7	Члени співтовариства підтримують з медичними працівниками поважні та конструктивні відношення, сприяючи тим самим поглибленню загального розуміння медичних послуг для підлітків, а також розвитку та зміцненню підтримки з питань надання медичних послуг в галузі репродуктивного здоров'я.	Члени співтовариства (включаючи батьків) інформовані про те, які медичні послуги можуть допомогти їхнім дітям. Вони підтримують надання цих послуг, а також надання їх підліткам.
8	Окремими членами співтовариства, соціальними працівниками і наставниками з числа підлітків надаються відповідні послуги з метою забезпечити більшу кількість підлітків та процес обслуговування.	Проводиться робота з надання медичних послуг поблизу тих місць, де збирається молодь. В залежності від ситуації соціальні працівники і окремі члени співтовариства (наприклад, тренери), і самі підлітки можуть брати участь.

ПРИЙНЯТНІ: Послуги виправдовують очікування користувачів послуг

Характеристики		Визначення
9	Діють правила і процедури, що гарантують конфіденційність пацієнтам.	Діють правила і процедури, що гарантують конфіденційність у будь-який час (за винятком тих випадків, коли закон вимагає персонал повідомляти відповідні органи про злочини, скоєні на статевому підґрунті, дорожньо-транспортні пригоди, вогнепальні поранення). Правила і процедури стосуються: • реєстрації – інформація, що дозволяє встановити особу підлітка і причину, внаслідок якої він звернувся, надається конфіденційно; • консультації – конфіденційність зберігається протягом усього прийому підлітка в медичному закладі (тобто до, впродовж і після консультації); • ведення записів – історія хвороби пацієнтів зберігається у надійному місці, до неї має доступ лише уповноважений персонал; • розголошення інформації – персонал не розголошує інформацію, одержану від підлітка чи надану йому третьою стороною (наприклад, членами сім'ї, шкільними вчителями чи роботодавцем), без його на те згоди.
10	Пункт медичного обслуговування забезпечує умови усамітнення.	Пункт надання медичних послуг розташований у місці, яке забезпечує підлітку умови усамітнення. Планування пункту (вхід, прийомна кімната, зала очікування, кабінет лікаря і приміщення для зберігання історії хвороби пацієнтів) також повинно створювати умови усамітнення протягом усього циклу прийому підлітка.
11	Медичні працівники ставляться до пацієнтів неупереджено, уважно і легко знаходять з ними спільну мову.	Медичні працівники не критикують своїх пацієнтів-підлітків, навіть якщо не схвалюють їхні слова та дії. Вони уважно ставляться до пацієнтів і спілкуються з ними у дружній манері.

12	В пункті медичного обслуговування гарантована можливість пройти консультацію (попередньо призначену чи ні) після нетривалого очікування і в разі необхідності отримати швидке направлення до інших спеціалістів.	Підлітки можуть проконсультуватися з медичними працівниками без попереднього запису, незалежно від того призначений їм прийом чи ні. Якщо за станом здоров'я їх необхідно направити в інше місце, направлення також повинно видатися у найкоротші строки.
13	Пункт медичного обслуговування чистий і привабливий.	Пункт медичного обслуговування виглядає гостинно і привабливо для підлітків. У приміщенні підтримується чистота.
14	Пункт медичного обслуговування забезпечує інформацією та просвітництвом найрізноманітнішими засобами.	Інформаційні матеріали, пов'язані зі здоров'ям підлітків, які обслуговуються в медичному пункті, доступні у різноманітній формі (наприклад, плакати, буклети, інформаційні листки). Інформація викладена у доступній формі, легко засвоюється і привертає увагу.
15	Підлітки беруть активну участь в оцінці і наданні медичних послуг.	Підліткам надається можливість поділитися своїм досвідом отримання медичних послуг і вказати свої потреби і переваги. Вони беруть участь у деяких процесах, наданні медичних послуг.

ВІДПОВІДНІ: Надається необхідна допомога у найбільш широкому потрібному обсязі

Характеристики		Визначення
16	Забезпечується необхідний комплекс медичних послуг з метою надати і задовольнити особисті потреби усіх підлітків або у пункті медичного обслуговування, або у порядку направлення до інших спеціалістів.	Потреби і проблеми в області охорони здоров'я усіх підлітків охоплюються медичними послугами, які надаються у пунктах медичного обслуговування, або у порядку направлення до інших спеціалістів. Надані послуги відповідають як особливим потребам маргіналізованих груп підлітків, так і потребам більшості з них.

ЕФЕКТИВНІ: Надані послуги сприяють позитивним змінам у стані здоров'я та покращують якість життя користувача послуг

Характеристики		Визначення
17	Медичні працівники володіють необхідними навичками для роботи з підлітками.	Медичні працівники мають необхідні знання і навички для роботи з підлітками і надання їм необхідних медичних послуг.
18	Медичні працівники використовують протоколи і клінічні керівництва, основані на наукових доказах.	Медичне обслуговування проводиться на основі протоколів і клінічних керівництв, які технічно обґрунтовані і підтвердили свою ефективність. В ідеалі вони повинні бути адаптовані до місцевих умов і схвалені відповідними органами.
19	Медичні працівники можуть виділити достатньо часу для фактичної роботи зі своїми пацієнтами-підлітками.	Медичні працівники можуть виділити достатньо часу для ефективної роботи зі своїми пацієнтами-підлітками.
20	Пункт медичного обслуговування має у своєму розпорядженні необхідне обладнання, видаткові матеріали і основні служби, необхідні для забезпечення основного (базового) пакета медичних послуг.	Кожний пункт медичного обслуговування має у своєму розпорядженні обладнання, видаткові матеріали і основні служби (наприклад, забезпечення водопровідною водою і системою каналізації), необхідні для забезпечення набору необхідних медичних послуг.

Для удосконалення роботи КДМ необхідним є визначення стандартів та критеріїв надання якісних медико-соціальних послуг, що характеризують їх як “дружні” до цільової групи. Такі стандарти та критерії походять від необхідності практичної реалізації цілей та завдань, які стоять перед клінікою, дружньою до молоді, та допомагають оцінити роботу КДМ згідно складових її належного функціонування на основі дружнього підходу. Наведені вище в таблиці характеристики, запропоновані ВООЗ, можуть бути покладені в основу розробки стандартів та критеріїв відповідності закладів, що надають медико-соціальні послуги, статусу “Клініка, дружня до молоді”, а також процедури їх моніторингу, оцінки та відповідної сертифікації.

Моніторинг та оцінка¹⁷

Система моніторингу та оцінки діяльності закладів не повинна базуватись на суб’єктивній думці експертів та на підставі лише статистичних даних, які не завжди є достовірним критерієм якості послуг, що надаються в даному закладі. Потрібно залучати клієнтів КДМ – підлітків та молодь до планування, діяльності, моніторингу та оцінки якості роботи КДМ. Моніторинг та оцінка можуть бути внутрішніми – коли їх проводять спеціалісти КДМ, та зовнішніми – коли їх проводять зовнішні експерти.

Метою моніторингу та оцінки діяльності КДМ є забезпечення ефективної діяльності та подальшого розвитку КДМ.

Основними формами моніторингу та оцінки є:

- забезпечення постійного процесу моніторингу в закладі (облік діяльності (КДМ) шляхом ведення необхідної документації: медичних карток, облікових журналів – журналу реєстрації відвідувачів, журналу обліку роботи з гігієнічного виховання населення тощо та інших форм статистичної звітності у відповідності до діючих наказів);
- періодична оцінка якості допомоги, яка надається фахівцями КДМ, та рівня задоволення потреб цільової групи КДМ (дітей підліткового віку та молоді) шляхом анкетування відвідувачів, персоналу КДМ, проведення фокус-груп тощо.

За результатами моніторингу та оцінки складається план дій щодо удосконалення діяльності та розвитку КДМ.

Система моніторингу діяльності КДМ обов’язково повинна передбачати **зворотний зв’язок з підлітками та молоддю для вивчення рівня задоволення клієнтів КДМ отриманими послугами, рівня охоплення послугами** та іншого шляхом проведення регулярного анкетування, опитування, проведення фокус-груп (зразки інструментарію – анкет/співбесід дивіться у **Додатку №5**). Результати цієї роботи сприяють аналізу помилок в роботі КДМ з метою поліпшення її якості. Провести анкетування можна в реєстратурі при повторному запису клієнта. Анонімне анкетування дає більш правдиві відповіді на запитання, поставлені в анкеті. Наявність в доступному місці скриньки для запитань і пропозицій теж забезпечує зворотний зв’язок та надає важливу інформацію фахівцям клініки.

При оцінці якості медико-соціальних послуг, дружніх до молоді, та їх охоплення потрібно звертати увагу на те, **чи є послуги у КДМ рівними, доступними, прийнятними, відповідними та ефективними, та чи відіграють вони роль у профілактиці ВІЛ серед підлітків та молоді.**

Ознаки ефективної діяльності та розвитку КДМ:

- відповідність КДМ принципам діяльності на основі дружнього підходу до підлітків та молоді;

¹⁷ Моніторинг – це постійний контроль за будь-яким процесом з метою виявити чи відповідає він бажаному результату або початковим прогнозам.

Моніторинг – методика і система спостережень за станом визначеного об’єкта або процесу, що дає можливість спостерігати їх у розвитку, оцінювати, оперативно виявляти результати впливу різних факторів.

Оцінка – це систематизоване дослідження ситуації, процесу реалізації програми або її результатів, з метою розробки проекту діяльності, створення рекомендацій по покращенню роботи, оцінки її ефективності та результативності. “Моніторинг та оцінка” Alliance, Методичні рекомендації, Київ, 2004 aidsalliance.kiev.ua.

- розвиток від консультативного кабінету до відділення, Центру;
- розширення сфери діяльності КДМ;
- розширення спектру послуг;
- підвищення доступності за рахунок збільшення тривалості роботи КДМ, скорочення часу очікування, розмежування потоків відвідувачів, забезпечення виїзної форми роботи та іншого;
- збільшення кількості цільових груп, яким КДМ зможе надати послуги;
- поширення досвіду роботи КДМ серед інших закладів охорони здоров'я, які надають допомогу підліткам;
- покращення якості послуг, що надаються.

Складові оцінки діяльності КДМ:

- оцінка діяльності КДМ: відповідність діяльності завданням та принципам роботи;
- оцінка персоналу: відповідність займаних посад, наявність відповідних знань та навичок, підвищення кваліфікації за фахом, з питань підліткової медицини, а також підготовки з питань надання "дружніх" медико-соціальних послуг;
- оцінка якості медико-соціальних послуг підліткам та молоді в сфері профілактики ВІЛ на засадах "дружнього підходу" до молоді: якість та об'єм послуг, задоволеність користувачів тощо.

На сьогодні моніторинг та оцінка діяльності КДМ в Україні здійснюється відповідно до схеми звітності за наступними індикаторами:

1. Характеристика КДМ:

1.1 Наявність нормативно-правової документації – відповідні накази МОЗ та накази ЦСССДМ; розпорядження обласних держадміністрацій та закладу охорони здоров'я стосовно КДМ; спільні із ЦСССМД угоди; положення про КДМ; посадові інструкції; штатний розпис; звіти, в яких вказані атестація персоналу, основні показники діяльності; звіти про проведені семінари; моніторинговий паспорт.

1.2 Імідж клініки.

2. Цільова група, в т.ч. діти групи ризику.

3. Напрямки діяльності. Види послуг.

4. Матеріально-технічне забезпечення в т.ч. тестами на вагітність, тест-системами на ВІЛ-інфекцію, засобами бар'єрної контрацепції.

5. Кадри, у т. ч. професійний рівень спеціалістів (підвищення кваліфікації за фахом, з питань підліткової медицини, а також підготовка з питань надання медико-соціальних послуг на принципах "дружнього" підходу).

6. Основні статистичні показники роботи (кількість відвідувань, структура відвідувачів за віком, розподіл відвідувачів за місцем проживання, ким направлялися відвідувачі, структура причин індивідуальних звернень до КДМ).

7. Профілактична/інформаційно-просвітницька робота:

7.1 Бесіди, семінари, тренінги:

- з підлітками та молоддю;
- з іншими спеціалістами;
- з батьками.

7.2 Наявність інформаційно-просвітницьких матеріалів, в т.ч. з питань профілактики ВІЛ/СНІДу.

8. Співпраця з організаціями, які опікуються питаннями надання медико-соціальних послуг дітям, підліткам та молоді:

8.1 Наявність угод про співпрацю.

8.2 Наявність соціальних послуг: соціального супроводу, соціального консультування тощо.

Інструментарій оцінки діяльності КДМ

Оцінка діяльності КДМ передбачає використання наступного інструментарію – анкет/співбесід та форми для збору даних (зразок анкет/співбесід надано у **Додатку №5**).

1. Анкета/співбесіда із відвідувачем клініки, дружньої до молоді;
2. Анкета/співбесіда із співробітником клініки, дружньої до молоді;
3. Анкета/співбесіда із керівником клініки, дружньої до молоді;
4. Анкета учасника семінар-тренінга;
5. Анкета/співбесіда із волонтером КДМ;
6. Моніторинговий паспорт КДМ (зразок надано у **Додатку №16**).

Анкети передбачають отримання відповідей за основними характеристиками діяльності КДМ на основі дружнього підходу:

Анкета/співбесіда із відвідувачем клініки, дружньої до молоді, дасть можливість отримати відповідь на наступні запитання:

- Чи є послуги, які надаються, доступними?
- Чи є розклад роботи закладу зручним для підлітків та молоді?
- Чи є розташування закладу зручним для підлітків та молоді?
- Чи є атмосфера закладу привабливою для підлітків та молоді?
- Чи відчувають підлітки та молодь дотримання приватності та конфіденційності?
- Чи відчувають відвідувачі доброзичливе ставлення до себе?
- Чи відчувають молоді люди, що вони є бажаними клієнтами, незважаючи на їх сімейний статус та вік?
- Чи відчувають молоді люди, що особи, які надають послуги, поінформовані про їх потреби?
- Чи заохочують надавані послуги підлітків та молоді в отриманні послуг у сфері репродуктивного здоров'я та профілактики ВІЛ у закладі?

Анкета для співробітників КДМ дасть можливість отримати відповідь на наступні запитання:

- Чи є персонал та особи, що надають послуги, доброзичливими?
- Чи отримали особи, що надають послуги, та персонал спеціальну підготовку для роботи з молоддю?
- Чи є ставлення персоналу до надання послуг підліткам та молоді сприятливим?
- Чи дотримується персонал закладу конфіденційності у роботі з молодими клієнтами?
- Чи існує програма освіти/консультування "рівний-рівному"?
- Чи залучається молодь до співпраці?

Анкета для керівників КДМ дасть можливість отримати відповідь на наступні запитання:

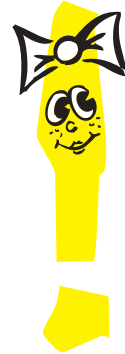
- Загальна інформація про КДМ.

- Матеріально-технічна база КДМ.
- Види послуг, що надаються. Чи надає заклад широкий/комплексний спектр послуг?
- Чи безоплатні послуги або оплата за послуги доступна?
- Режим роботи КДМ. Чи є проміжок часу між призначенням зустрічі та самою зустріччю з надавачем послуги, прийнятний для підлітків та молоді?
- Кадровий склад КДМ.
- Професійна підготовка персоналу.
- Характеристика цільової групи.
- Чи беруть участь підлітки та молодь у прийнятті рішень у роботі клініки?
- Чи інформує заклад громаду про послуги, що надаються підліткам та молоді?

Анкета/співбесіда із волонтером клініки, дружньої до молоді, дасть можливість отримати відповідь на наступні запитання:

- Чи є послуги, які надаються, доступними, добровільними, доброзичливими?
- Чи проводиться робота за принципом “рівний-рівному”?
- Чи приймає участь у заходах, які проводить КДМ?
- Чи бере участь у моніторингу та оцінці роботи КДМ?
- Чи заохочує підлітків до отримання послуг у КДМ?

Хоча підлітки-відвідувачі є основним джерелом інформації для проведення оцінки (що, цілком, очевидно), все ж важливо розуміти, що підлітки не до кінця поінформовані про те, що необхідно для надання їм якісних медичних послуг. Крім того, судження підлітків є лише однією точкою зору на послуги, що надаються. Тому для отримання даних по кожній окремій характеристиці КДМ необхідно використовувати, окрім співбесід з підлітками, й інші інструменти. Вочевидь, що використовувати всі рекомендовані інструменти для отримання даних по кожній характеристиці неможливо, то, як мінімум, слід використовувати два різних джерела інформації, аби підтвердити їх достовірність¹⁸.



Однією з умов, що забезпечує якість надання медико-соціальних послуг, є **мультидисциплінарний підхід** у роботі КДМ, який полягає у спільній роботі відповідних фахівців над вирішенням проблем, з якими звертається до них клієнт КДМ.

Мультидисциплінарна команда (далі – МДК) Центру/відділення медико-соціальної допомоги дітям та молоді “Клініка, дружна до молоді” створюється наказом головного лікаря закладу охорони здоров'я, у складі якого працює “Клініка, дружна до молоді”, з метою надання медико-соціальної допомоги відвідувачам, які потребують комплексного підходу у вирішенні своїх проблем.

Відповідальність за фахову підготовку членів МДК несе завідувач КДМ, який контролює її діяльність. МДК у своїй роботі дотримуються основних принципів надання медико-соціальної допомоги відвідувачам КДМ – добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та неосудливий підхід до відвідувача.

До складу МДК входять: лікар-спеціаліст, медична сестра, соціальний працівник. До роботи в МДК можуть залучатися сімейний лікар, психолог, психіатр, юрист, інші фахівці за потреби та волонтери.

¹⁸ Керівництво користувача по підвищенню якості медичних послуг для пацієнтів-підлітків, ВООЗ, 2008 р.

Основні завдання МДК:

- визначення обсягу медико-соціальної допомоги відвідувачів у залежності від причини звернення або направлення до КДМ іншими установами;
- складання індивідуального обсягу медико-соціальної допомоги, контроль за його виконанням та аналіз ризиків;
- контроль за своєчасним призначенням надання медико-соціальної допомоги;
- складання індивідуального плану надання медико-соціальної допомоги;
- ефективність надання медико-соціальної допомоги;
- необхідність соціального супроводу;
- систематичний аналіз клінічної діяльності МДК;
- якість проведення консультування членами МДК;

Принципи роботи МДК:

- колективне прийняття рішень – одночасне вирішення проблем відвідувача КДМ;
- колективна та індивідуальна відповідальність кожного члена МДК;
- одночасне виконання членами МДК у межах своїх повноважень;
- оперативне вирішення проблем, визначення недоліків, їх оцінка та розроблення шляхів усунення;
- систематичний аналіз діяльності;
- розв'язання медичних питань відбувається з урахуванням соціальних, психологічних та інших потреб.

Кратність обговорення пацієнтів на зборах МДК – не рідше 1 разу на місяць, за потребою – частіше. План надання медико-соціальної допомоги пацієнту розробляється на основі колективного обговорення потреб відвідувача, визначення кола проблем, оцінки поточної допомоги. У плані передбачаються строки виконання ключових завдань, за необхідності визначається поетапність дій, вказуються відповідальні особи.

Для вдосконалення роботи співробітників КДМ важливим є проведення супервізії з метою аналізу недоліків в організації роботи клініки. Термін “супервізія” означає професійну допомогу спеціалісту, яка спрямована на роботу з професійними труднощами.

Супервізія може бути внутрішньою та зовнішньою. Внутрішню супервізію здійснює керівник або інші спеціалісти КДМ на запит фахівців КДМ, але не рідше двох разів на рік. До проведення зовнішньої супервізії можуть залучатися фахівці різних спеціальностей з різних установ, які займаються проблемами молоді. Ці спеціалісти можуть залучатися за потребою, тобто на запрошення спеціалістів клініки або керівника клініки.



Потрібно зазначити, що одним з головних показників якості надання медико-соціальних послуг є **повторні звернення** підлітків та молоді до КДМ. Доброзичливе ставлення до клієнтів КДМ, створення комфортних психологічних умов при отриманні послуг сприяє активному залученню молоді до вирішення проблем здоров'я. У підлітків та молоді формується довірливе ставлення до спеціалістів КДМ, що дає позитивний результат процесу лікувально-профілактичної роботи. Зацікавлений клієнт може привести до клініки своїх друзів, що важливо для проведення групових форм профілактичної роботи. Постійні клієнти КДМ дуже часто поширюють інформацію про діяльність КДМ, тим самим створюючи рекламу закладу. Із постійних клієнтів КДМ можлива підготовка волонтерів, які будуть допомагати у проведенні профілактичної роботи.

Якість послуг КДМ можна підвищити шляхом підбору кваліфікованого персоналу, його додатковим навчанням, постійним вивченням потреб відвідувачів, їх скарг та пропозицій, вираховуванням в роботі результатів моніторингу, використовуванням в роботі сучасних та ефективних технологій та обладнання, проведенням супервізії.

Пам'ятайте, що відвідувач КДМ, незадоволений якістю наданих послуг, розкаже про це одинадцяти знайомим, а задоволений – лише трьом!

Важливою складовою роботи по забезпеченню якості надання послуг є **аналіз статистичних показників роботи**. Приводимо схему звіту КДМ. Даний звіт надається:

- керівнику закладу охорони здоров'я, на базі якого створена та функціонує КДМ, – один раз на півроку до 10 липня та 10 січня;
- до регіонального управління охорони здоров'я – один раз на півроку до 10 липня та 10 січня;
- до методично-організаційного моніторингового центру НДСЛ «Охматдит» за адресою: (01135, м. Київ, вул. Чорновола, 28/1) – 1 раз на рік до 15 січня наступного за звітним роком.

Схеми звітності представлені у **Додатку №17**.

Ключові питання до розділу VIII

1. Назвіть складові належного функціонування КДМ.
2. На що потрібно звернути увагу при оцінці якості роботи КДМ?
3. Оцініть чи є заклад, в якому працюєте Ви, «дружнім до молоді»?
4. Що є, на Вашу думку, метою моніторингу діяльності «Клініки, дружньої до молоді»?
5. Які види моніторингу Ви знаєте?
6. Що включає в себе система моніторингу?
7. Назвіть, будь ласка, ознаки ефективної діяльності та розвитку КДМ.
8. Які основні складові та індикатори оцінки роботи КДМ Ви знаєте?

Список літератури

1. Актуальні питання охорони здоров'я дівчат-підлітків // 111 науково-практична конференція. Матеріали конференції, Харків, 2005. – 158 с.
2. Бондаренко С. Г. и др. Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья: учебно-методическое пособие. Под общей ред.: Б.М. Ворника. К.: ИЦ “День печати”, 2004. – 264 с.
3. Голоцван Е. Пособие для тренера по проведению двухэтапного семинара-тренинга “Развитие дружественных к молодежи служб здравоохранения”. ЮНИСЕФ, 2007 – 183 с.
4. Довідник з питань репродуктивного здоров'я під ред. проф. Гойди Н.Г., Київ, 2004.
5. Досвід реалізації проекту “Профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді (2003–2005). О.М. Балакірева, Р.Я. Левін, Т.І. Сосідко. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 2006. – 129 с.
6. Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні. Том 1. Том 2. Під ред.. Гука А. П. та Жилки Н. Я. – К., Вид-во Раєвського, 2005. – 368 с., 443 с.
7. Збірник нормативно-правових актів у сфері захисту прав дітей – Держкомсім'ямолодь, Представництво ЮНІСЕФ в Україні. – К., 2002, вип. 2.
8. Кенней А.М., Літвінова Т., Карбовська Н., Голоцван О. Посібник для тренерів з проведення просвітницьких занять із населенням щодо питань репродуктивного здоров'я і планування сім'ї, Корпорація інститут досліджень та тренінгів JSI, 2008. – 137 с.
9. Кирби Д., Шорт Л., Коллинз Дж., Рагг Д. и др. Школьные программы по снижению сексуального поведенческого риска: анализ эффективности. – К.: Либідь, 1994.
10. Клиники, дружественные к молодежи. Руководство для врачей и организаторов здравоохранения / Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. – М., 2006.
11. “Клиники дружественные к молодежи” (пособие для организатора). Кротин П.Н. и соавторы – Новосибирск, 2004.
12. Клиники, дружественные к молодежи (пособие для организатора) – Новосибирск: ЗАО “Новополиграфцентр”, 2004. – 300 с.
13. Методичний посібник з надання дружніх послуг для молоді / За редакцією Пінчук І.М., Сановської В.А. – К., 2003. – 160 с.
14. Материалы конференции “Клиники, дружественные к молодежи: опыт и перспективы развития”. Санкт-Петербург, 2006. – 114 с.
15. Медицинские службы, доброжелательные к подросткам. Ориентационная Программа “Здоровье Подростков” для медицинских работников.
16. Национальная концепция. Медицинские услуги, дружественные к молодежи. Кишинев, 2005. – 100 с.
17. Отчет по результатам исследования уровня знаний, установок и практики поведения детей и подростков Санкт-Петербурга в области репродуктивного здоровья. – Санкт-Петербург, 2006. – 84 с.
18. О’Доннел Л., Стьюив А., Сан Довал А. и др. Профилактика насилия и участие подростков младшего возраста в молодежной службе сообщества/Journ. Of Adolescent Health.– 1998 – Vol. 24, №1.
19. Организация охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков. Информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, 2001.

20. Пархоменко Л. К. Из подростков создаются поколения // Современная педиатрия. – 2006. – №1 (10). – с. 137–138.
21. Пархоменко Л.К. Медико-социальные проблемы сохранения здоровья подростков в Украине // Здоровье ребенка №1. 2006. 15-17 с.
22. Пархоменко Л.К. Ювенология. Практикум з підліткової медицини – Харків, 2004. – 715 с.
23. Роль засобів масової інформації та інших джерел у формуванні здорового способу життя молоді / О.Яременко, О.Балакірева, Н. Бутенко та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000.
24. Соловейчик М.Я., Супервизия в сб. “Мастерство психологического консультирования” под ред. Бадхен А.А. и Родиной А.М., 2002.
25. Состояние здоровья подростков Украины. Коренев Н.М., Немирова О.А., Булага Л.П. и др. // Проблемы медицинской науки та освіти, 2005. – №4. – с. 5–7.
26. Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу: Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Руководящие принципы по разработке ключевых показателей/Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу/ЮНЕЙДС, 2002 г.: сб. материалов засед. Генеральной Ассамблеи ООН. – К., 2002.
27. Становище дітей та жінок в Україні. Ситуаційний аналіз: 1991-2003 рр. – Київ, 2005.
28. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд / М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. – К.: Укр. ін-т соц. дослідж., ЮНІСЕФ, 2008.
29. Формування здорового способу життя молоді: стан, проблеми, перспективи: Щорічна доповідь Президентів України, Верховній Раді України, Кабінету Міністрів України про становище молоді в Україні (за підсумками 2002 р.). – К.: Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003.
30. Руководство пользователя по повышению качества медицинских услуг для пациентов-подростков (проект), ВОЗ, 2008 г.
31. Senderowitz in Making Reproductive Health Services Youth Friendly (FOCUS on Young Adults, 1999).



Додаток №1

Реєстр "Клінік, дружніх до молоді" (КДМ)

За даними регіональних управлінь охорони здоров'я та регіональних соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
(станом на 10.02.2008 р.)

Назва регіону	Назва КДМ, заклад, на базі якого створена КДМ	Модель КДМ: кабінет, мережа кабінетів, відділення, центр	Адреса КДМ, телефон, факс, електронна адреса	Дата створення КДМ, підстава: (роз'яснення, наказ тощо)	Підпорядкування (система МОЗ України, ЦСССМД)	ПІБ керівника закладу, на базі якого створена КДМ, контактний телефон
АР Крим	1. Консультативний кабінет медико-соціальної допомоги, дружній до молоді на базі підліткової поліклініки №1 міського дитячого клінічного об'єднання	кабінет	м. Сімферополь, вул. Пушкіна, 3, каб. №39, тел.: (0652) 60-01-46 KDMKym@rambler.ru	Березень, 2006 р. Спільний наказ МОЗ АРК та Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту від 01.03.2006 р. №15-од/63	МОЗ	Ованенко Олена Олександрівна тел.: (0652) 60-01-46 Холомянський Сергій Михайлович тел.: (0652) 60-01-46
Вінницька область						
Волинська область						
Дніпропетровська область						
Донецька область	2. Клініка, дружня до молоді на базі поліклінічного відділення №2 міської клінічної дитячої лікарні №5	центр	м. Донецьк, 83030, вул. Щетиніна, 33-а, тел./факс: 8(062 22)35583	31.01.2006 р. За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Шевченко Олександр Анатолійович тел.: 8(0623)383100 Подольак Тетяна Миколаївна – керівник КДМ тел.: 8(062) 2235583

	3. Кабінет дружніх до молоді послуг на базі КМУ "Центр здоров'я" м. Краматорська	кабінет	м. Краматорськ, вул. Вознесенського, 18, тел.: 3-44-51	січень 2006 року, наказ про спеціалізовані формування ЦСССДМ	ЦСССДМ	Яковенко В.В. – провідний спеціаліст відділу соціальної роботи тел.: 3-24-23
Житомирська область	4. Відділення медико-соціальної допомоги дітям і молоді "Клініка, дружня до молоді" центральної дитячої міської лікарні м. Житомира	відділення	м. Житомир, вул. 1-го Травня, 23, тел.: 8(0412) 55 1759	15.04.2008 р. Наказ УОЗ Житомирської міської Ради від 24.03.2008 №136	МОЗ	Башек Володимир Йосипович тел.: 8(0412) 220552 тел./факс.: 8(0412) 374462 Миколюк Микола Ананійович тел./факс: 8(0412) 55 1759
	5. "Клініка, дружня до молоді"	відділення	м. Новоград-Волинський, вул. Шевченка, 31, тел.: 8(0441) 20717	Спільний наказ від 27.08.2008 р. №41	МОЗ ЦСССДМ	Шутова Лариса Валентинівна тел.: 8(0441) 20717 Дебич Юрій Михайлович тел.: 8(0441) 52585 тел./факс: 8(0441) 52073
Закарпатська область						
Запорізька область	6. "Клініка, дружня до молоді" на базі Запорізької обласної клінічної дитячої лікарні	відділення	м. Запоріжжя, 69063, вул. Леніна, 70, тел.: 8(061) 764-23-07, 7641872, тел.: 8 (0617) 642967	02.12.2005 р. Наказ УОЗ від 11.05.2004 р. №194 За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Бессікало Володимир Іванович, тел.: 8(061) 764 2967 e-mail: zokdb@ukr.net Іржавський Олексій Іванович
	7. Консультативний кабінет при Вільнянському РЦСССДМ	кабінет	м. Вільнянськ, вул. Гнаровської, 6, каб. 30, тел.: (06243) 21244	Лютий 2006 р. Наказ Вільнянського РЦСССДМ від 03.02.06 р. №6/1	ЦСССДМ	Островська Тетяна Анатоліївна, тел.: 8 (06243) 21244
Івано-Франківська область						
Київська область						
Кіровоградська область						

Луганська область	8. Центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді "Клініка, дружна до молоді" на базі Львівської обласної дитячої клінічної спеціалізованої лікарні	центр	79035, м. Львів, вул. Дністерська, 27, тел./факс: 8 (032) 2420246	01.08.2005 р. Наказ ГУОЗ від 30.06.05 р. №402 За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Миндюк Олександр Володимирович тел.: 8 (032) 2704501 e-mail: omund@surenet.lviv.ua Поліщук Наталія Євгенівна e-mail: npolishchuk@ukr.net
	9. Міський медичний інформаційно-консультативний центр "Погляд у майбутнє" на базі комунальної 4-ї міської поліклініки м. Львова	центр	79077, м. Львів, пр. Червоної Калини, 57, тел.: 8(032) 2223719	Працює з 05.2005 р. Наказ управління охорони здоров'я Львівської міської ДА від 20.04.2005 р. №54 <i>Внесено в Реєстр у 2007 р.</i>	МОЗ	Якимович Володимир Васильович тел.: 8(032) 2225522 e-mail: 4kmp_uoz_lviv@ukr.net Федоренко Галина Іванівна тел.: 8(032) 2223719 e-mail: poglyad@gmail.com
Львівська область	10. Міський медичний інформаційно-консультативний "Центр підліток і сім'я" на базі міської клінічної лікарні №1 ім. Князя Лева	центр	79069 м. Львів, вул. Гетьмана Мазе-пи, 25, тел.: 8 (032) 527427	Працює з 26.10.1998 р. <i>Внесено в Реєстр в 2007 р.</i> Наказ Управління охорони здоров'я від 26.03 1998 №62-В; Наказ 1-шої міської клінічної лікарні, вул. Князя Лева від 5.04 1998 р. №35 За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Проскура Любов Андріївна
	11. Відділення медико-соціальної допомоги "Клініка, дружна до молоді" на базі Червоноградської міської лікарні	відділення	м. Червоноград, вул. Івасюка, 8	Наказ від 28.12.2007 р. №193 по Червоноградській ЦМЛ За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Панчишин Ярослав Васильович тел.: (8 249) 2 25 85 Гуменюк Надія Володимирівна тел.: (8 249) 2 10 81

Львівська область	12. "Клініка, дружня до молоді" на базі Стрийської міської дитячої лікарні	відділення	м. Стрий, вул. Косака, 11а	Наказ від 25.12.2007 р. №82 по Стрийській МДЛ За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Старик Любов Зеновіївна тел.: (8 245) 5 46 28 Солдан Іванна Миколаївна тел.: 8 (245) 5 90 96
Миколаївська область	13. КДМ на базі жіночої консультації спеціалізованої медико-санітарної частини №2 м. Южноукраїнська	відділення	м. Южноукраїнськ, вул. Миру, 3, тел.: 8 (051)36 46361 тел./факс: 8 (051)36 24217	03.01.2007 р. Наказ начальника Спеціалізованої медико-санітарної частини №2 м. Южноукраїнська від 03.01.2007 р. №2 "Про удосконалення" організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді в СМСЧ №2	МОЗ	Стахорська Ольга Василівна тел./факс: 8(051)36 24217 тел./факс: 8(051)36 51409 Берікул Ірина Миколаївна тел./факс: 8(051)36 46361
Одеська область	14. Відділення "Клініка, дружня до молоді" Одеської міської студентської поліклініки №21	відділення	м. Одеса, вул. Семінарська, 7, тел.: 8(048) 725-84-40 тел.: 8(048) 760-15-88	17.06.2005 Наказ Управління охорони здоров'я облдержадміністрації та Управління у справах сім'ї та молоді облдержадміністрації №31/214 від 18 травня 2005 року За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Черниш Віра Іванівна тел.: 8(0482) 7258440 Кучеренко Людмила Радіївна тел.: 8(048) 7601588

	15. "КДМ" "Авітал" на базі медичного центру реабілітації дітей з соматичними захворюваннями МОЗ України м. Одеса	відділення	65012, м. Одеса, вул. Маріїнська, 2, тел.: 8(048) 7226442	16.12.2005 р. Наказ по медичному центру реабілітації дітей з соматичними захворюваннями МОЗ України від 16.12.2005 р. №45-а За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Аванесов Юрій Макарович тел.: 8(048) 7226442 тел./факс: 8(048) 7259245 Гришина Світлана Олександрівна тел.: 8(048) 7226442
Полтавська область	16. "Клініка, дружня до молоді" дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави	відділення	м. Полтава, 581899, вул. Нікітченко, 2, тел.: 8(0532) 58-96-30 тел.: 8(0532) 58-97-29 тел./факс: 8 (05322) 7-73-63	10.01.2005 р. За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Пономаренко Людмила Михайлівна тел.: 8(05322) 77363 Вінніченко Наталія Володимирівна
	17. КДМ Полтавської дитячої обласної клінічної лікарні	відділення	м. Полтава, 36011, вул. Шевченка, 34, тел.: 8 (05322) 7-27-91, 8 (05322) 7-18-73	20.01.2005 р. За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Кінаш Наталія Володимирівна тел.: 8(053) 22 71873 Білаш Наталія Геннадіївна тел./факс: 8(05322)7-18-73, e-mail: nbilash1@rambler.ru
Рівненська область						

Сумська область	18. Центр медико-соціальної допомоги "Клініка, дружба до молоді" на базі Шосткінської дитячої лікарні	центр	м. Шостка, вул. Марата, 23, тел.: 8 (249) 62433	з 01.01.2006 року – як консультативний кабінет по наданню медико-соціальної допомоги підліткам та молоді; з 21.06.2007 року працює як Центр медико-соціальної допомоги. Спільний наказ Дитячої лікарні, ШМЦСССДМ, Управління освіти від 04.05.06 р. №21/76/236 За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Гончар Тетяна Олександрівна тел.: 8(066)8432680 Храмченко Олена Анатоліївна тел.: 8 (249) 62433
	19. Кабінет медико-соціальної допомоги дітям та молоді "Клініка, дружба до молоді" на базі Роменської центральної районної лікарні	кабінет	м. Ромни, вул. Щучки, 9, тел.: 8 (05448) 22497	06.02.06 р. Підстава – спільний наказ ЦРЛ, товариства "Червоний хрест", міського та районного відділів освіти та міського та районного центрів СССДМ від 08.02.06 р. №98/1/23/21/14/12	МОЗ	Гулькова В.В. тел.: 8 (0544)8022426 Скорик Ніна Андріївна тел.: 8 (05448) 32462
Тернопільська область	20. Мережа кабінетів медико-соціальної допомоги у складі:	мережа кабінетів		22 квітня 2004 р. Наказ ТМЦСССДМ №30 від 7 квітня 2004 року	ЦСССДМ МОЗ	Координатори мережі: Горбоніс Тетяна Володимирівна – директор Тернопільського міського ЦСССДМ, тел.: 8(0352) 235592 e-mail: tmcsssdm@ukr.net Гричук Ірина Василівна – лікар-методист Тернопільської комунальної установи обласної ради "Центр здоров'я" тел.: 8(0352) 521203

	кабінет нарколога в Обласному комунальному наркологічному диспансері		м. Тернопіль, вул. Тролейбусна, 14, тел.: 8(0352) 436146			Головний лікар – Шугалей Ю.С. тел.: 8(0352) 436146
	кабінет лікаря-інфекціоніста в Обласному комунальному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом		м. Тернопіль, вул. Кулчинського, 8, тел.: 8(0352) 231865			Головний лікар – Носко В.Л. тел.: 8(0352) 231865
	кабінет дерматовенеролога в Обласному комунальному клінічному шкірно-венерологічному диспансері;		м. Тернопіль, вул. Кн. Острозького, 39, тел.: 8(0352) 523614			Головний лікар – Хара О.І. тел.: 8(0352) 523614
	кабінет лікарів акушера-гінеколога та андролога в обласному Центрі планування сім'ї обласного перинатального центру "Мати і дитина"		м. Тернопіль, вул. Замкова, 10, тел.: 8(0352) 52-66-90			Головний лікар – Куценко Віктор Васильович тел.: 8(0352) 52-66-90
	кабінет психолога, юриста, соціального працівника в міському ЦСССДМ		м. Тернопіль, вул. Стадницької, 22, тел.: 23 55 92			Директор Тернопільського міського ЦСССДМ – Горбоніс Тетяна Володимирівна
Харківська область	21. Кабінет медико-соціальної допомоги дітям та молоді "Клініка, дружня до молоді" на базі обласної дитячої лікарні м. Харкова	кабінет	м. Харків, вул. Муратова, 5	2007 р.	МОЗ	Муратов Георгій Рафікович тел.: 8(057) 3727521 e-mail: hodkb@rambler.ru Холодова Марина Володимирівна e-mail: hodkb@rambler.ru
	22. Відділення медико-соціальної допомоги дітям та підліткам міської дитячої поліклініки №2 м. Харкова	відділення	м. Харків, пр-т Постишева, 2-б	30.01.2007 р.	МОЗ	Самсоненко В.І. тел.: 3704103 Білуха О.О. тел.: 3703021

Херсонська область								
Хмельницька область	23. "Клініка, дружна до молоді" міської лікарні №1 м. Кам'янець-Подільський	відділення	м. Кам'янець-Подільський, 32300, вул. Матросова, 17, тел.: 8 (03849) 37876 тел./факс: 8(03849) 38226	01.07.2002 р. За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Васильянов Дмитро Сергійович тел.: 8(03849)91941 Цуглевич Дзвеніслава Любомирівна e-mail: dzvina@bk.ru		
	24. "Клініка, дружна до молоді" Шепетівської ЦРЛ	кабінет	м. Шепетівка вул. В.Котика, 85, тел.: 8(03842) 51411	01.11.2004 р. Внесено в Реєстр в 2007 р.	МОЗ	Поліщук Валентин Миколайович тел.: 8(03842) 52121 Гнатюк Лілія Борисівна, В.О. завідувача дитячою поліклінікою, координатор, районний педіатр тел.: 8(03842) 51411		
	25. Кабінет дружніх до молоді медико-соціальних послуг на базі Старокостянтинівської ЦРЛ	кабінет	м. Старокостянтинів, вул. Софійська, 23, тел.: 3-30-93	31.01.2007 р. спільний наказ Старокостянтинівського міського ЦСССДМ з Старокостянтинівською ЦРЛ	ЦСССДМ	Горда Іван Захарович тел.: 8(03854) 32276 Дублянська Людмила Миколаївна, психолог МЦСССДМ тел.: 8(03854) 45957		
	26. "Клініка, дружна до молоді" Хмельницької міської дитячої лікарні	кабінет	м. Хмельницький, вул. С. Разіна, 1, тел.: 8(0382) 671013, тел./факс: 8(0382) 671011	09.2004 р. Внесено в Реєстр в 2007 р.	МОЗ	Гуцул Іван Володимирович тел.: 8(0382)671011 Третяк Лариса Геніївна тел.: 8(0382) 671013		
	27. "Клініка, дружна до молоді" на базі Хмельницької обласної дитячої лікарні	кабінет	м. Хмельницький, вул. Кам'янецька, 94	03.05.2004 р. Внесено в Реєстр в 2007 р.	МОЗ	Руда Віра Іванівна тел.: 21055 Лиса Ольга Богданівна тел.: 41640		
Черкаська область								

Чернівецька область	28. "Клініка, дружня до молоді" міської дитячої поліклініки м. Чернівці	кабінет	м. Чернівці, Проспект Незалежності, 109-а, тел.: 8 (03722) 4-46-31	7.11.2006 р.	МОЗ	Хорошенко І.І. тел.: 8 (03722) 4-13 -19 Руденко Валентина Адольфівна тел.: 8 (03722) 4-46- 31
	29. "Клініка, дружня до молоді" КМУ "Міська поліклініка №5"	відділення	м. Чернівці, вул. Стеценко, 5, тел.: 8(03722) 3-61-78	20.11.2006 р.	МОЗ	Коломоєць Т.С. тел.: 585 709 Гусаковська М.І. тел.: 8(03722) 36178
	30. Кабінет медико-соціальної допомоги "Клініка, дружня до молоді" МКУ "Пологовий будинок №1", м. Чернівці	кабінет	м. Чернівці, вул. Головна, 70, жіноча консультація №1, тел.: 8 (0372) 52-55-93	2006 р.	МОЗ	Марчукова Тетяна Василівна тел.: 8 (0372) 525593 Васильєва Г.І. тел.: 8 (0372) 526371
	31. Кабінет медико-соціальної допомоги "Клініка, дружня до молоді" МКУ "Пологовий будинок №2", м. Чернівці	кабінет	м. Чернівці, вул. Рівненська, 8, жіноча консультація №2, тел.: 8 (03722) 7-39-30	1.11.2006 р.	МОЗ	Курицин Альберт Вікторович тел.: 8 (03722) 43922 Пастерук Тетяна Іванівна тел.: 8 (03722) 71974
	32. Кабінет медико-соціальної допомоги дітям та молоді Вижицької центральної районної лікарні	кабінет	м. Вижиця, вул. Бурги, 5, каб.49, тел.: 8 (03730) 2-22-78	27.10.2006 р.	МОЗ	Лучик Т.Н. тел.: 8 (2302) 21142 Гаврилюк Л.Я. тел.: 8 (2302) 21142
	33. КДМ Глибоцької центральної районної лікарні	кабінет	сmt. Глибока, вул. Шевченка, 14, тел.: 8 (03734) 2-13-79	26.10.2006 р. спільний наказ Глибоцької центральної районної лікарні та Глибоцького РЦСССДМ від 26.10.06 р. №31	МОЗ	Шкробанець Іван Васильович тел.: 8(03734) 21440 Коврик Лариса Костянтинівна тел.: 8 (03734) 21379
	34. КДМ Заставнівської центральної районної лікарні	кабінет	м. Заставна, вул. Незалежності, 111, тел.: 8 (03737) 2-23-60	5.10.2006 р. спільний наказ Заставнівської ЦРЛ та Заставнівського РЦСССДМ від 5.10.06 р. №30	МОЗ	Липка Василь Михайлович тел.: 8 (2372) 31108 Горгіца Степан Григорович тел.: 8 (2372) 22360

35. КДМ Кельменецької централь- ної районної лікарні	кабінет	с. м. т. Кельменці, вул. Сагайдачного, 74, тел.: 8 (03732) 2-52-33	18.10.2006 р. спільний наказ Кельменецької ЦРЛ та Кельменецького РЦСССДМ від 07.12.06 р. №33/146	МОЗ	Личук М.Я. тел.: 8 (03732) 21471 Попадюк С.В. тел.: 8 (03732) 2-52-33
36. КДМ Кіцманської центральної районної лікарні	кабінет	м. Кіцмань, вул. Незалежності, 1, тел.: 8 (03736) 21160	10.2006 р. спільний наказ Кіц- манської ЦРЛ та Кіц- манського РЦСССДМ від 19.10.06 р. №23/25	МОЗ	Залявський В.Д. тел.: 8 (03736) 41319 Гурай Оксана Ростиславівна тел.: 8 (03736) 21160
37. КДМ Новоселицької центральної районної лікарні	кабінет	м. Новоселиця, пров. Карамзіна, 1, каб. 11, тел.: 8(2332) 5-04-86	09.10.2006 р. наказ Новоселицької ЦРЛ від 09.10.06 р. №59	МОЗ	Калараш В.О. тел.: 8(2332) 50486 Гудзь Г.М. тел.: 8 (2332) 21348
38. КДМ Путильської центральної районної лікарні	кабінет	с. м. т. Путиля, вул. Українська, 38, тел.: 8(03738) 2-11-44	11.2006 р.	МОЗ	Сафроняк В.Т. тел.: 8(03738) 2-11-44 Карпенко Олена Едуардівна тел.: 8(03738) 2-17-08
39. "Клініка, дружня до молоді" при Сокирянській центральної районній лікарні	кабінет	м. Сокиряни, вул. О.Кобилянської, 43, тел.: 8 (2392) 2-24-32	12.10.2006 р.	МОЗ	Місюрко Микола Степанович тел.: 8(2392) 2-19-35 Присакар Тетяна Емануїлівна тел.: 8 (2392) 2-24-32; тел.: 8 (2392) 2-21-93
40. Кабінет, дружній до молоді Сторожинецької центральної районної лікарні	кабінет	м. Сторожинець, вул. Видинівського, 20, тел.: 8 (03735) 2-18-91	2007 р.	МОЗ	Плегуца М.Д. тел.: 8 (2352) 2-15-88 Руснак О.Є. тел.: 8 (03735) 2 24 82
41. КДМ Герцаївської цен- тральної районної лікарні	кабінет	м. Герца, вул. Цен- тральна, 25	16.10.2006 р.	МОЗ	Цинтар Аурел Васильович тел.: 21217 Гостюк Георгій Дмитрович тел.: 21224

	42. Кабінет медико-соціальної допомоги дітям та молоді Хотинської центральної районної лікарні	кабінет	м. Хотин, вул. Б.Хмельницького, 4, тел.: 8 (2312) 2-12-84.	наказ Хотинської ЦРЛ від 03.11.06 р. №64-а	МОЗ	Руснак Надія Григорівна тел.: 8 (2312) 21264 Головата Катерина Михайлівна тел.: 8 (2312) 2-18-11
Чернігівська область	43. "Клініка, дружна до молоді" на базі Чернігівської міської дитячої поліклініки №2	відділення	м. Чернігів, 14000, вул. Рокосовського, 47, тел.: 8(0462) 95-22-28, 959181, тел./факс: 8(04622) 3-42-84 e-mail: ditpoliс2@ukr.net	14.11.2005 р. За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Якубова Ганна Василівна тел.: 8(04622) 34284 Сименюк Любов Анатоліївна тел.: 8(0462) 959181, тел.: 8(0462) 952228 e-mail: pavelkys@gmail.com
м. Київ	44. "Клініка, дружна до молоді" на базі ДКП №6 Шевченківського району м. Києва	відділення інформаційно-реєстраційно-курсний навчальний центр	м. Київ, вул. Володимирська, 43, тел.: 8(044) 234-93-46,	11.11.1998 р. наказ ГУОЗ від 10.11.1998 р. №350, За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ наказ ГУОЗ від 24.12.2004 р. №615 За підтримки Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ	МОЗ	Іваха Микола Миколайович тел.: 8(044) 2343263 Бобир Галина Михайлівна
	45. Центр медико-соціальної допомоги дітям на базі Київської міської шкірно-венерологічної лікарні	центр	04209, м. Київ, вул. Богатирська, 32, тел.: 413-41-40	05.2006 р. Наказ ГУОЗ та МЗ від 26.05.2006 р. №264	МОЗ	Турик Ніна Василівна тел.: 8(044)4134140
м. Севастополь	46. Мережа кабінетів "Дружніх до молоді послуг" – ДУМ (Дружественные услуги молодежи) у складі:	мережа кабінетів		Спільний наказ УОЗ та СМЦССМ від 14.07.2006 р. №177/103	МОЗ	Координатори: Білан Анна Валеріївна – лікар міського Центру здоров'я тел.: 8(0692) 544247; Квятковська Наталя Сергіївна – ЦСССДМ, тел.: 8(0692) 543174 Куратор: Твердохліб Лариса Володимирівна, головний педіатр ГУОЗ тел.: 8(0692) 658952

жіноча консультація №1		вул. Юмашева, 4а, тел.: 8(0692) 411667, тел.: 8(0692) 248032	11. 2004 р.	Токарев Анатолій Григорович тел.: 8(0692) 65-79-13 Булатова Ельміра Абрамівна тел.: 8(0692) 416680
жіноча консультація №2		вул. Острякова, 36, тел.: 8(0692) 572055	09. 2005 р.	Токарев Анатолій Григорович тел.: 8(0692) 657913 Мальцева Тамара Дмитрівна – керівник КДМ тел.: 8(0692) 571029
медичний центр планування сім'ї та репродукції людини		вул. Советская, 47, тел.: 8(0692) 545523	11. 2002 р.	Токарев Анатолій Григорович тел.: 8(0692) 657913 Жарков Сергій Володимирович тел.: 8(0692) 545656
шкірно-венерологічний диспансер		вул. Очаковців, 14, тел.: 8(0692) 455879	11. 2002 р.	Шевела Олександр Григорович тел.: 8(0692) 542579 Луценко Тетяна Іванівна тел.: 80692 455879
наркологічний диспансер		вул. Авдєєва, 80, тел.: 8(0692) 551884	09. 2005 р.	Кадо́мцев Георгій Михайлович тел.: 8(0692) 241003 Касьянова Лариса Степанівна тел.: 8(0692) 577250 Гладкий Борис Михайлович, лікар-нарколог
міський Центр профілактики та боротьби зі СНІДом		вул. Комуністична, 40, тел.: 8(0692)552514	11. 2002 р.	Демидкин Володимирович Олександрович тел.: 8(06925) 37969 Соловійова Лариса Володимирівна тел.: 8(0692) 577250
дитяча поліклініка №1		вул. Леніна, 20, тел.: 8(0692) 541908 тел.: 8(0692) 542516	06.2006 р.	Черевата Олена Павлівна тел.: 8(0692) 441325 Тинчерова Флора Ханіфівна тел.: 8(0692) 541908
дитяча поліклініка №2		вул. Юмашева, 19, тел.: 8(0692) 24-80-10	03.2007 р.	Аверіна Олена Володимирівна тел.: 8(0692) 24-62-64 Прянікова Ніна Олексіївна

	студентська поліклініка СевНТУ		Студмістечко, тел.: 8(0692) 235099	05.2006 р.		Попов Сергій Володимирович тел.: 8(0692) 540595 Максимова Ніна Миколаївна тел.: 8(0692)235350
	ЦСССДМ		Пушкіна, 18	11.2002 р.		Новікова Ірина Василівна тел.: 8(0692)543174 Квятковська Наталія Сергіївна
	Інформаційно-ресурсний центр на базі Севас- топольського міського центру здоров'я			За підтримки Дитя- чого фонду ООН/ ЮНІСЕФ		Ізельметьєва Віра Олександрівна – головний лікар міського Центру здоров'я тел.: 8(0692) 544247; e-mail: gcz@mail.ru
Всього	46 в т.ч. моделі: кабінет – 23 відділення – 15 центр – 6 мережа кабінетів – 2					

* курсив – керівники КДМ

Додаток №2

Пункти 25 та 58 з Європейської стратегії “Здоров’я та розвиток дітей та підлітків”, яка прийнята 55 Сесією Регіонального Європейського Комітету ВООЗ 12-15 вересня 2005 року (EUR/RC55/6), а також Резолюцією Глобальних консультацій ВООЗ щодо “дружніх до молоді” послуг (березень 2001, Женева) та посібником ВООЗ “Розвиток “дружніх до підлітків” служб охорони здоров’я” (Adolescent Friendly Health Services, Making it Happen) (Женева, 2002).

25. Сім пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ в умовах Європейського регіону:

- **Здоров’я матері та грудної дитини.** Здоров’я і розвиток дитини нерозривно пов’язані зі здоров’ям матері, станом її харчування і тією допомогою, яку вона отримує по відношенню до репродуктивного здоров’я. Допомога, а також допомога при пологах і протягом першого тижня життя відіграють вирішальну роль для оптимального розвитку на всіх етапах – від періоду грудної дитини до підліткового віку і настання зрілості. Хоча в багатьох країнах Європейського регіону матері і грудні діти отримують допомогу дуже високої якості, в менш забезпечених країнах регіону треба зробити ще багато для покращення якості медичної допомоги, яка надається матерям і грудним дітям. Це також стосується і найбільш уразливих груп населення в багатих країнах.
- **Харчування.** Гарне харчування має найважливіше значення для здорового розвитку. Недостатнє харчування призводить до порушення здоров’я, що в свою чергу, сприяє його подальшому погіршенню. Наслідки недостатнього харчування спостерігаються здебільшого серед дітей грудного і раннього віку в найменш забезпечених країнах, і основним проявом його є призупинення у рості – постійне відставання у рості порівняно з однолітками. Нездоровий раціон харчування викликає все більше занепокоєння майже в усіх європейських країнах. Таке харчування може призводити до ожиріння дітей шкільного віку і збільшує ризик розвитку серцево-судинних та інших системних захворювань на більш пізніх етапах життя. Зростаюча епідемія ожиріння є одним з факторів ризику для здоров’я, що викликає все більшу стурбованість в багатьох європейських країнах.
- **Інфекційні хвороби.** Гострі респіраторні інфекції, діарея і туберкульоз є в більшості випадків попереджувальними і виліковними причинами смертності та захворюваності в дитячому віці. Однак, вони продовжують залишатися важливими факторами смертності в ряді країн регіону. Хвороби, що попереджаються за допомогою вакцин, зазвичай, піддаються ефективному контролю, однак охоплення вакцинацією по відношенню до деяких захворювань, особливо кору, залишається неадекватним в багатьох країнах, включаючи країни Західної Європи. В багатьох країнах-членах зростає кількість випадків інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Стурбованість викликає також зростаюча кількість випадків і поширеність ВІЛ. У східній частині регіону відзначається найбільший розвиток епідемії ВІЛ у світі, що пов’язано переважно з ін’єкційним вживанням наркотиків. Хоч ця проблема, як і раніше, охоплює в основному молодих чоловіків, кількість ВІЛ-інфікованих жінок також збільшується, внаслідок чого безперервно зростає кількість випадків передачі інфекції від матері до дитини. Попередження випадків захворювання серед дітей вимагає значно менших витрат, ніж лікування дітей з ВІЛ/СНІДом та догляд за ними.
- **Травми і насильство.** Травми і насильство нерідко виникають в результаті взаємодії цілого ряду факторів оточуючого середовища, особливо серед уразливих груп населення, і представляють собою серйозну проблему у сфері охорони здоров’я дітей та підлітків майже в усіх країнах регіону. Травматизм в дитячому і підлітковому віці пов’язаний з високим ризиком довгострокових наслідків фізичного характеру, а також психосоціальної травми. Особливо високий тягар дорожньо-транспортного травматизму і побутового насильства, однак дуже мало робиться по відношенню до ефективного попередження і реабілітації.

- **Фізичне оточуюче середовище.** Діти нерідко особливо уразливі і більш схильні до впливу таких факторів, як відсутність адекватного постачання чистої води та санітарно-гігієнічних умов, забруднення повітря всередині і зовні приміщень, а також цілого ряду інших хімічних та фізичних факторів. Країни-члени нещодавно взяли на себе зобов'язання по здійсненню діяльності в цій області шляхом прийняття Європейського плану дій "Оточуюче середовище і здоров'я дітей", який на сьогодні повинен бути реалізований.
- **Здоров'я підлітків.** Підлітковий вік характеризується формами поведінки, що мають дослідницький, але інколи при цьому ризиковий характер. На цьому етапі розвитку виробляється стиль життя, який може впливати на подальший стан здоров'я. В деяких країнах були прийняті стратегії, спрямовані на комплексне вирішення проблеми охорони здоров'я підлітків і створення служб охорони здоров'я, орієнтованих на молодь. Підлітки все ще нерідко вважаються проблемною групою населення. Їх слід розглядати з точки зору їх можливостей сприяти вирішенню проблем та покращенню власного здоров'я. При цьому вони також будуть робити свій внесок у здоров'я майбутніх поколінь.
- **Психосоціальний розвиток та психічне здоров'я.** Увага до проблем здоров'я традиційно фокусується на проблемах фізичного здоров'я, незважаючи на явні ознаки того, що кількість випадків порушення здоров'я психосоціального і психічного характеру зростає. Це викликає все більшу стурбованість в усіх країнах Європи. Психологічний добробут протягом всього життєвого циклу може забезпечуватися шляхом інвестицій у розвиток дітей і підлітків на ранньому етапі, однак сьогодні в цьому напрямку робиться дуже мало – здійснюються лише кілька новаторських програм, які спрямовані на розвиток батьківських навичок з метою покращення психологічних можливостей розвитку молодого покоління. Проблеми психічного здоров'я у підлітковому віці нерідко пов'язані з проявами агресії, насильством або нанесенням самопошкоджень. Самогубства щорічно забирають багато тисяч життів і нерідко пов'язані з депресією. Серед молодих людей депресивні стани часто пов'язані з низькою успішністю, антисоціальною поведінкою, зловживанням алкоголем або наркотиками, а також серйозними порушеннями харчування. Кількість таких випадків збільшується.

58. Необхідно мати стратегії, програми і системи охорони здоров'я для виконання наступних завдань:

- формування здорового способу життя – адекватний раціон харчування, фізична активність, гігієна порожнини рота;
- попередження ризикових форм поведінки – зловживання тютюном, алкоголем, іншими речовинами, незахищений секс;
- створення служб охорони здоров'я, які орієнтовані на молодь, для забезпечення репродуктивного здоров'я, включаючи методи контрацепції, попередження небажаної вагітності та профілактики і лікування ІПСШ, ВІЛ та інших інфекційних хвороб;
- забезпечення консультувань та служб охорони здоров'я, зорієнтованих на молодь, по відношенню до інших проблем здоров'я – насильство і жорстокість, знущання та психічні розлади;
- захист від експлуатації та небезпечних форм праці;
- попередження сексуального, фізичного чи психічного насильства;
- сприятливе середовище проживання вдома і в місцевій громаді;
- боротьба з неналежною рекламою, орієнтованою на підлітків;
- повна імунізація (наприклад, краснуха, кір, гепатит В);
- попередження травматизму;
- просвіта з питань взаємовідносин і батьківських зобов'язань.



**МІНІСТЕРСТВО УКРАЇНИ
У СПРАВАХ СІМ'Ї,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ**

17.04.2006 р.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

НАКАЗ
м. Київ

№1209/228

Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді

На виконання Законів України "Про охорону дитинства", "Про соціальні послуги" та з метою реалізації зведеного плану дій співробітництва Дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ з Урядом України

НАКАЗУЄМО:

1. Затвердити Порядок взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді (далі – Порядок), що додається.
2. Республіканському (Автономна Республіка Крим), обласним, Київському та Севастопольському міським центрам соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласних, Севастопольської та Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міських державних адміністрацій забезпечити виконання функцій відповідно до цього Порядку та щорічно до 1 лютого подавати інформацію про стан виконання наказу Державній соціальній службі для сім'ї, дітей та молоді і Міністерству охорони здоров'я України відповідно.
3. Державній соціальній службі для сім'ї, дітей та молоді (Толстоухова С.В.) подати цей наказ у встановленому порядку на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України.
4. Контроль за виконанням наказу покласти на директора Державної соціальної служби для сім'ї дітей та молоді Толстоухову С.В. та заступника Міністра охорони здоров'я України Гайдаєва Ю.А.

**Міністр України у справах сім'ї,
молоді та спорту**
Ю.О. Павленко

**Міністр охорони здоров'я
України**
Ю.В. Поляченко

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства молоді та спорту та МОЗ

17.04.2006

№1209/228

ПОРЯДОК

взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді, рекомендованих ВООЗ, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ)

1. Цей Порядок визначає функції центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі – ЦСССДМ) та закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді, рекомендованих ВООЗ, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ).
2. Взаємодія центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із територіальними органами охорони здоров'я з надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді, рекомендованих ВООЗ, Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ), здійснюється на основі укладання угод про співпрацю та нормативних документів.
3. ЦСССДМ, територіальні органи охорони здоров'я здійснюють взаємодію відповідно до законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України, відомих нормативно-правових актів, а також цього Порядку.
4. Територіальні органи управління охорони здоров'я визначають заклади охорони здоров'я, які будуть організаційно-методичним центром надання медичної допомоги дітям та молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді, та затверджують порядок взаємодії з ЦСССДМ на місцях.
5. Регіональні ЦСССДМ здійснюють організаційно-методичне забезпечення діяльності міських, районних ЦСССДМ щодо надання соціальних послуг.
Міські та районні ЦСССДМ забезпечують надання соціальних послуг в закладах охорони здоров'я згідно з графіком роботи, здійснюють соціальний супровід дітей та молоді, які опинилися в складних життєвих обставинах.
6. Заклади охорони здоров'я забезпечують надання їм медичної допомоги відповідно до чинного законодавства.
7. Функції, що здійснюються ЦСССДМ щодо соціального супроводу дітей та молоді, які опинилися в складних життєвих обставинах:
 - інформування дітей, молоді та їх батьків про надання медичної допомоги та соціальних послуг на основі принципів Дружнього підходу до молоді;
 - направлення дітей та молоді за необхідністю до КДМ та закладів охорони здоров'я;
 - забезпечення соціального супроводу (за необхідністю) дітей та молоді за рекомендаціями лікарів КДМ та інших закладів охорони здоров'я;
 - проведення інформаційно-просвітницької роботи з дітьми, молоддю, батьками та педагогами через діяльність спеціалізованих формувань ЦСССДМ та закладів соціального спрямування спільно з медичними спеціалістами;
 - створення бази даних закладів та організацій, які надають допомогу дітям та молоді;

- організація навчальних семінарів для працівників ЦСССДМ та участь у навчальних семінарах для медичних спеціалістів з надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям та молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді;
 - організація супервізії для працівників ЦСССДМ за необхідністю;
 - організація спільно з лікарями КДМ підготовки та діяльності волонтерів та інших закладів охорони здоров'я з питань збереження здоров'я;
 - залучення спеціалістів КДМ, закладів охорони здоров'я та інших установ до розробки методичних матеріалів з питань збереження репродуктивного здоров'я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, насильства в сім'ї тощо;
 - забезпечення розробки, виготовлення та розповсюдження інформаційних матеріалів з питань формування здорового способу життя для збереження репродуктивного здоров'я дітей та молоді спільно з лікарями КДМ та інших закладів охорони здоров'я;
 - залучення державних та недержавних установ, громадських організацій, у тому числі міжнародних, до співпраці щодо впровадження та поширення принципів Дружнього підходу до молоді;
 - здійснення моніторингу надання соціальних послуг.
8. Функції закладів охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги дітям та молоді на основі принципів Дружнього підходу до молоді:
- забезпечення створення КДМ та їх функціонування;
 - забезпечення надання лікувально-діагностичної, консультативної медичної допомоги дітям та молоді у співпраці з ЦСССДМ;
 - впровадження нових технологій профілактики, діагностики, лікування і реабілітації дітей та молоді;
 - поширення інформації щодо існуючих структур, що працюють за критеріями надання "дружніх до молоді послуг";
 - забезпечення належних умов для надання соціальних послуг спеціалістами ЦСССДМ на базі КДМ;
 - проведення спільно із спеціалістами ЦСССДМ інформаційно-просвітницької роботи з дітьми та молоддю;
 - організація спільно із спеціалістами ЦСССДМ навчальних семінарів для медичних працівників на основі принципів Дружнього підходу до молоді;
 - організація супервізії для лікарів КДМ та інших закладів охорони здоров'я за необхідністю;
 - участь спільно з спеціалістами ЦСССДМ у розробці методичних рекомендацій з питань збереження репродуктивного здоров'я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, насильства в сім'ї тощо;
 - участь спільно з працівниками ЦСССДМ у розробці та розповсюдженні інформаційних матеріалів з питань формування здорового способу життя для збереження репродуктивного здоров'я дітей та молоді;
 - розміщення інформаційно-просвітницьких та рекламних матеріалів з питань формування здорового способу життя, репродуктивного здоров'я у дітей.



**МІНІСТЕРСТВО УКРАЇНИ
У СПРАВАХ СІМ'І,
МОЛОДІ ТА СПОРТУ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

30 березня 2005 р.

НАКАЗ
м. Київ

№1/135

Про затвердження Заходів щодо
розвитку “дружніх до молоді”
медико-соціальних послуг на
2005-2010 роки

На виконання Законів України “Про охорону дитинства”, “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”, “Про соціальні послуги” відповідно до Зведеного плану дій Уряду України та Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні та з метою впровадження сучасних підходів до надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді, формування здорового способу життя, позитивного впливу на стан здоров'я населення України та подолання демографічної кризи

НАКАЗУЄМО:

1. Затвердити Заходи щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки (додаються).

2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської та Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій, директорам Республіканського (АР Крим), обласних, Київського та Севастопольського міських центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді:

2.1. Забезпечити виконання Заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки.

2.2. Розробити та затвердити регіональні Заходи щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки.

2.3. Щороку до 15 січня наступного за звітним року подавати до Міністерства охорони здоров'я та Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді інформацію про виконання Заходів щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг на 2005-2010 роки відповідно до підпорядкування.

Контроль за виконанням наказу залишаємо за собою.

**Міністр у справах сім'ї,
молоді та спорту**
Ю.О. Павленко

**Міністр охорони здоров'я
України**
М.Є. Поліщук

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ
Мінмолодьспорту та МОЗ
від 30.03.05 №1/135

**Заходи
щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг
на 2005-2010 роки**

1. Розробити та затвердити Примірне положення про центр (відділення або кабінет) медико-соціальної допомоги дітям та молоді (“Клініка, дружня до молоді”).

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

I квартал 2005 року

2. Розробити та затвердити Порядок взаємодії органів та закладів охорони здоров'я й центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді щодо розвитку “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

II квартал 2005 року

3. Розробити та затвердити Положення про інформаційно-ресурсний навчальний центр з питань впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

I квартал 2005 року

4. Внести зміни до наказу МОЗ України від 23.02.2000 року №33 “Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я” у зв'язку зі створенням центрів (відділень або кабінетів) медико-соціальної допомоги дітям та молоді (“Клінік, дружніх до молоді”).

МОЗ

II півріччя 2005 року

5. Забезпечити створення центрів (відділень або кабінетів) медико-соціальної допомоги дітям та молоді (“Клінік, дружніх до молоді”) за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) у регіонах, визначених для впровадження пілотних проектів.

Управління охорони здоров'я Донецької, Запорізької, Одеської, Львівської, Полтавської, Хмельницької обласних держадміністрацій, Центр реабілітації дітей з соматичними захворюваннями МОЗ України

Протягом 2005 року

6. Забезпечити створення інформаційно-ресурсних навчальних центрів з питань впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) у регіонах, визначених для реалізації пілотних проектів.

Управління охорони здоров'я Севастопольської та Головне управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міських державних адміністрацій

Протягом 2005 року

7. Створити мережу центрів (відділень або кабінетів) медико-соціальної допомоги дітям та молоді (“Клінік, дружніх до молоді”).

МОЗ, Мінмолодьспорт, МОЗ АР Крим, управління охорони здоров’я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров’я та медичного забезпечення Київської міських державних адміністрацій,

Республіканський (АР Крим), обласні, Севастопольський та Київський міські центри соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді

2005-2010 роки

8. Забезпечити проведення постійно діючих навчальних семінарів з питань впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг для медичних, педагогічних та соціальних працівників, спеціалістів служб у справах неповнолітніх, волонтерів тощо за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба, МОЗ АР Крим, управління охорони здоров’я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров’я та медичного забезпечення Київської міських державних адміністрацій,

Республіканський (АР Крим), обласні, Севастопольський та Київський міські центри соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді

2006-2010 роки

9. Завершити підготовку національних тренерів серед лікарів щодо впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг для усіх регіонів України за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

МОЗ 2005 рік

10. Забезпечити підготовку національних тренерів серед соціальних працівників щодо впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

2006-2010 роки

11. Організувати за участю національних тренерів навчання фахівців, які надають медичну допомогу дітям та молоді, з питань впровадження в діяльність лікувально-профілактичних закладів “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

МОЗ АР Крим, управління охорони здоров’я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров’я та медичного забезпечення Київської міських державних адміністрацій 2005-2010 роки

12. Забезпечити підготовку в закладах післядипломної освіти відповідно до заявок органів і закладів охорони здоров’я лікарів загальної практики – сімейних лікарів, педіатрів, акушерів-гінекологів, дерматовенерологів, наркологів, медичних психологів з питань особливостей фізіології та патології дітей підліткового віку, організації надання їм медичної допомоги.

МОЗ

2005-2006 роки

13. Організувати проведення семінарів з питань особливостей фізіології та патології дітей підліткового віку та з питань впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг для спеціалістів центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, служб у справах неповнолітніх, управлінь у справах сім’ї та молоді за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).

МОЗ, Мінмолодьспорт

2005-2006 роки

14. Розробити методичні рекомендації з питань організації надання “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

2006-2007 роки

15. Провести соціологічні дослідження перспектив розвитку “дружніх до молоді” служб охорони здоров’я.

Мінмолодьспорт, МОЗ

2006-2007 роки

16. Розробити методичні рекомендації з питань збереження репродуктивного здоров’я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом та непланованої вагітності у підлітків, випадків самогубств, насильства в сім’ї.

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба АМН України

2005-2010 роки

17. Розробити, видати та розповсюдити соціальну рекламу з питань надання “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

Мінмолодьспорт, МОЗ, Держсоцслужба, АР Крим, управління охорони здоров’я обласних, Севастопольської та Головного управління охорони здоров’я та медичного забезпечення Київської міських державних адміністрацій

2005-2010 роки

18. Залучати засоби масової інформації до пропаганди здорового способу життя, збереження репродуктивного та психічного здоров’я, впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

2005-2010 роки

19. Розробити та затвердити критерії оцінки діяльності центрів (відділень або кабінетів) медико-соціальної допомоги дітям та молоді та інших лікувально-профілактичних закладів на відповідність статусу “Клініка, дружня до молоді”.

МОЗ, Мінмолодьспорт, Держсоцслужба

2005-2006 роки

20. Підготувати національних експертів з питань оцінки діяльності центрів (відділень) медико-соціальної допомоги дітям та молоді та інших лікувально-профілактичних закладів на відповідність статусу “Клініка, дружня до молоді” за підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні.

МОЗ, Мінмолодьспорт

2005-2006 роки

21. Здійснювати оцінку діяльності центрів (відділень або кабінетів) медико-соціальної допомоги дітям та молоді та інших лікувально-профілактичних закладів на відповідність статусу “Клініка, дружня до молоді”.

МОЗ, Мінмолодьспорт

2007-2010 роки

22. Створити Український організаційно-методичний моніторинговий центр на базі НДСЛ “ОХМАТДИТ” щодо впровадження “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг в діяльність лікувально-профілактичних закладів.

МОЗ

Протягом 2006 року

23. Залучати громадські організації до співпраці щодо впровадження та поширення “дружніх до молоді” медико-соціальних послуг.

МОЗ, Мінмолодьспорт

2005-2010 роки

Додаток №5

Зразки анкет

1. Зразки анкет (анкета/співбесіда із відвідувачем Клініки, дружньої до молоді, анкета /співбесіда із співробітником Клініки, дружньої до молоді, анкета /співбесіда із керівником Клініки, дружньої до молоді, анкета учасника семінару)

I- а. Анкета/співбесіда із відвідувачем “Клініки, дружньої до молоді”

Вступ: Ми хочемо більше дізнатися про деякі аспекти медико-соціальних послуг, які надаються у даній Клініці, дружній до молоді (КДМ). Наша мета — спробувати покращити/забезпечити високу якість послуг даного закладу. Надана Вами інформація залишатиметься конфіденційною.

Вік відвідувача:

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| ☐ до 15 років | ☐ 15-18 років | ☐ 18-20 років |
| ☐ 20-25 років | ☐ 25-28 років | ☐ старше 28 років |

Стать: ☐ чоловіча ☐ жіноча

1. Чи звертався(лась) ти раніше до цієї Клініки (КДМ)?

☐ Так ☐ Ні

2. Як ти довідався(лась) про існування даної КДМ. _____

3. Чи було тобі відмовлено в наданні послуги?

☐ Так ☐ Ні

Якщо “так”, чи знаєш ти, чому було відмовлено в послугах?

4. Чи відрізняється, по-твоєму, КДМ від інших медичних установ?

☐ Так ☐ Ні

Якщо “Так”, то чим? _____

5. Чи надаються в КДМ послуги, які не надаються в інших медичних закладах? _____

☐ Так ☐ Ні

Якщо “Так”, то які? _____

6. У випадку необхідності, куди б ти звернувся(лась): у КДМ чи інші медичні установи? _____

7. Чи відчув ти повагу з боку персоналу КДМ при зверненні?

☐ Так ☐ Ні

8. Чи зручний для тебе графік роботи КДМ?

☐ Так ☐ Ні

9. Чи знаєш ти про послуги, які надаються підліткам та молоді в даній КДМ в області репродуктивного здоров'я, профілактики ВІЛ/СНІДу?

☐ Так ☐ Ні

Якщо "Так", то які? _____

10. Чи знаєш ти про послуги, які надаються підліткам та молоді в інших медичних закладах, соціальними працівниками?

☐ Так ☐ Ні

Якщо "Так", то які послуги? _____

11. Чи віриш ти, що та інформація, якою ти поділився з медичними працівниками, залишиться конфіденційною?

☐ Так ☐ Ні

12. Чи бачив ти під час відвідування КДМ інформаційно-освітні матеріали з питань охорони здоров'я підлітків та молоді?

☐ Так ☐ Ні

13. На твій погляд, дані матеріали виявились корисними?

☐ Так ☐ Ні

14. Якщо у тебе виникають проблеми, до кого ти звертаєшся в першу чергу?

- Батьки
- Друзі
- Лікарі
- Родичі
- Школа
- Психолог
- Твій варіант _____

15. На твою думку, послуг яких фахівців молодь потребує найбільше?

- Акушер-гінеколог
- Дерматовенеролог
- Психолог
- Уролог
- Психотерапевт
- Педіатр
- Терапевт
- Юрист
- Твій варіант _____

16. Що для тебе є важливим при зверненні до лікаря?

- Його професіоналізм
- Його розуміння твоєї проблеми
- Його некритичне та неосудливе ставлення до тебе
- Зручний час прийому
- Можливість прийому без відома батьків
- Безоплатність послуг
- Твій варіант _____

17. Які питання, на твою думку, є найбільш актуальними для тебе та твоїх однолітків?

- Безпечний секс
- Вживання алкоголю
- Вживання наркотичних речовин
- Залежність від комп'ютерних ігор
- Захворювання, що передаються статевим шляхом
- Способи вирішення конфліктних ситуацій
- Тютюнопаління
- Твій варіант _____

18. Чи порадиш ти звернутися в КДМ іншим людям? _____

☐ Так ☐ Ні

Якщо "Так", то чому? _____

19. Чи хочеш ти допомогти в роботі КДМ?

☐ Так ☐ Ні

20. Що б ти побажав(ла) КДМ? _____

Дякуємо за надану допомогу!

I-б. Анкета/співбесіда із співробітником “Клініки, дружньої до молоді”

Вступ: Ми хочемо більше дізнатися про деякі аспекти медико-соціальних послуг, які надаються у даній “Клініці, дружній до молоді” (КДМ). Наша мета — спробувати покращити/забезпечити високу якість послуг даного закладу. Надана Вами інформація залишатиметься конфіденційною.

1. Чи приваблює Ваш заклад молодих людей?

☐ Так ☐ Ні

2. Що можна зробити для того, щоб Ваш заклад став більш привабливим?

3. Чи комфортабельно обладнано приміщення, у якому молодь чекає прийому?

☐ Так ☐ Ні

4. Що можна зробити для того, щоб покращити приміщення для очікування?

5. Чи вважаєте Ви, що ваші послуги доступні в рівному ступені клієнтам як жіночої, так і чоловічої статі?

☐ Так ☐ Ні

Інформована згода, конфіденційність та приватність

6. Чи завжди Ви представляєтесь, коли до Вас приходить клієнт-підліток?

☐ Так ☐ Ні

7. Як Ви вважаєте, чи можуть інші клієнти або співробітники почути те, що молода людина розповідає консультанту?

☐ Так ☐ Ні

8. Чи пояснюєте Ви підліткам, що всі послуги надаються на конфіденційній основі?

☐ Так ☐ Ні

9. Якщо клієнт (включаючи і тих, кому менше 15 років) не хоче, щоб про його візит та результат візиту в клініку знали члени його родини, чи збережете Ви цю інформацію в таємниці?

☐ Так ☐ Ні

10. Чи є в КДМ окреме приміщення для консультування підлітків, де їх ніхто не може побачити та почути?

☐ Так ☐ Ні

11. Чи робите Ви все для того, щоб огляд, консультування клієнта не переривались. Якщо так, то що Ви робите для цього?

12. Що можна зробити для того, щоб підвищити рівень конфіденційності?

13. Що можна зробити для того, щоб підвищити рівень приватності?

Види послуг:

14. Які послуги для підлітків надаються у Вашому закладі?

☐ Консультування

- ☐ Лікувально-діагностична допомога
- ☐ Профілактична робота
- ☐ Послуги з контрацепції
- ☐ Психологічна допомога
- ☐ Юридична допомога
- ☐ Робота з волонтерами
- ☐ Соціальний супровід
- ☐ Інше (вказіть)

15. Якщо якісь послуги для підлітків у Вашому закладі не надаються, чи є у Вас система переадресації клієнтів в інші служби?

- ☐ Так ☐ Ні

16. Чи доводите Ви до кожного клієнта інформацію про методи лікування, контрацепції, процедури, можливості консультування для того, щоб вони могли приймати рішення?

- ☐ Так ☐ Ні

Професійна підготовка:

17. Чи вважаєте Ви себе достатньо підготовленим, щоб успішно виконувати роботу?

- ☐ Так ☐ Ні

18. Які види додаткового навчання допомогли б Вам працювати більш ефективно?

- ☐ Особливості підліткового періоду/особливості роботи з підлітками
- ☐ Комунікативні навички
- ☐ ІПСШ
- ☐ ВІЛ, вірусні гепатити, інші інфекційні захворювання
- ☐ Контрацепція
- ☐ Наркоманія
- ☐ Соціальний супровід клієнтів-підлітків
- ☐ Правові аспекти надання медико-соціальної допомоги підліткам
- ☐ Обмін досвідом роботи КДМ
- ☐ Менеджмент
- ☐ Інше (вказіть)

19. Чи відчуваєте Ви бажання працювати з клієнтами-підлітками?

- ☐ Так ☐ Ні

20. Чи відчуваєте Ви, що адміністрація закладу своєчасно і конструктивно реагує на Ваші пропозиції та відмічає добре виконану Вами роботу?

- ☐ Завжди ☐ Часто ☐ Іноколи ☐ Рідко ☐ Ніколи

21. Чи відчуваєте Ви себе впевненими в питаннях, пов'язаних з наслідками ризикової поведінки, які можуть практикувати підлітки (сексуальне насилля, ін'єкційне вживання наркотиків, сексуальна орієнтація, інше)?

- ☐ Так ☐ Ні

22. Чи є у Вас всі необхідні матеріали для того, щоб надавати комплексні послуги підліткам (контрацептиви, медикаменти, видаткові медичні матеріали, оргтехніка, інформаційні матеріали, інше)?

☐ Так

☐ Ні

23. Яких матеріалів частіше за все не вистачає?

24. Що можна зробити для покращення ситуації із забезпеченням матеріалами?

25. Чи можуть молоді люди прийти в клініку без запису та потрапити на прийом в день звернення?

☐ Так

☐ Ні

26. Як можна покращити роботу реєстратури (спростити процедуру запису на прийом, інше)?

Участь молоді:

27. Чи приймають підлітки участь в плануванні роботи КДМ, наданні послуг чи оцінці їх якості?

28. Як Ви ставитесь до залучення молоді до роботи в КДМ?

Дякуємо за надану допомогу!

I-в. Анкета/співбесіда із керівником “Клініки, дружньої до молоді”

Вступ: Відповіді на запитання анкети дозволять керівнику КДМ виявити, наскільки його заклад відповідає статусу КДМ та потребам підлітків та молоді.

Якщо виконання якогось пункту з наданих є проблемою для Вашого закладу, або якщо Ви вважаєте, що він вимагає більш детального обговорення, відмітьте його.

1. Ваша КДМ відома цільовій групі.

☐ Так ☐ Ні

(це можна перевірити, провівши опитування підлітків на вулиці або в навчальних закладах).

2. Часто молоді люди дізнаються про Вашу клініку від своїх знайомих та родичів.

☐ Так ☐ Ні

3. Відвідуваність клініки, потік клієнтів залежить лише від сезонності та є передбачуваним.

☐ Так ☐ Ні

4. Молодь звертається в клініку не лише з приводу захворювання, але й з інших питань.

☐ Так ☐ Ні

5. Відвідувачі звертаються в клініку для профілактичних оглядів.

☐ Так ☐ Ні

6. Як правило, клієнт отримує допомогу більше, ніж в одного спеціаліста.

☐ Так ☐ Ні

7. Допомога клініки розрахована на всіх клієнтів незалежно від статі, соціального статусу, іншого.

☐ Так ☐ Ні

8. Допомога надається в тому числі цільовим групам, які є найбільш вразливими та відчувають недостатність та потребу у послугах.

☐ Так ☐ Ні

9. Всі спеціалісти мають навички консультування підлітків та покращують їх у процесі навчання та супервізії.

☐ Так ☐ Ні

10. Співробітники клініки мають можливість проходити навчання та підвищувати кваліфікацію за бажанням та за необхідністю не лише у державних, але і в інших структурах.

☐ Так ☐ Ні

11. Консультування, яке проводиться спеціалістами на кожному прийомі, дозволяє досягти регулярної відвідуваності з метою діагностики та лікування.

☐ Так ☐ Ні

12. Клієнти приводять з собою в клініку друзів, батьків, знайомих.

☐ Так ☐ Ні

13. Клієнти запрошують спеціалістів клініки в свої навчальні заклади для проведення інформаційної роботи.

☐ Так ☐ Ні

14. Інформаційні матеріали клініки завжди користуються попитом, та клієнти приймають активну участь в їх створенні та розповсюдженні.

☐ Так ☐ Ні

15. Спеціалісти КДМ мотивовані до вивчення думок та відношення молоді щодо роботи КДМ і використовують результати аналізу у своїй роботі.

☐ Так ☐ Ні

16. Спеціалісти залучають підлітків до роботи в КДМ:

Підлітки передають знання і навички щодо збереження здоров'я за принципом "рівний-рівному";

☐ Так ☐ Ні

Підлітки інформують своїх ровесників про послуги, які надаються в КДМ;

☐ Так ☐ Ні

Підлітки пропонують ідеї по покращенню якості інформаційних матеріалів та запропонованих послуг.

☐ Так ☐ Ні

17. Чи приймають співробітники КДМ участь у масових заходах?

☐ Так ☐ Ні

18. Всі спеціалісти клініки знайомі з методами зміни ризикової поведінки та використовують її в своїй консультативній та профілактичній практиці.

☐ Так ☐ Ні

19. Об'єм послуг які надаються клінікою, визначається не лише необхідністю надання медичної допомоги, але й потребами молоді (наприклад: послуги масажиста, лікаря ЛФК тощо).

☐ Так ☐ Ні

20. Час наступних відвідувань призначається з урахуванням зручності для відвідувачів.

☐ Так ☐ Ні

22. Всі співробітники знають, куди направити молоду людину для отримання інформації про здоров'я та послуги, які не є у компетенції даного закладу.

☐ Так ☐ Ні

23. Персонал слідкує, щоб молода людина дійсно потрапила у ту службу, куди її направляють.

☐ Так ☐ Ні

24. Співробітники КДМ спілкуються між собою з метою обміну інформації та з метою обговорення медичних проблем, які виникають в ході надання медико-соціальних послуг конкретному відвідувачу КДМ.

☐ Так ☐ Ні

25. Керівник клініки активно втілює та впроваджує пошук додаткового фінансування для розширення спектру послуг для молоді, зниження вартості послуг, забезпечення молоді медикаментами та засобами контрацепції.

☐ Так ☐ Ні

26. Керівник клініки активно заохочує намагання співробітників щодо впровадження нових технологій у роботі з клієнтами.

☐ Так ☐ Ні

27. Керівник клініки відкритий для переговорів із співробітниками (обговорення проблем, у тому числі і фінансових).

☐ Так ☐ Ні

I – г Анкета учасника семінару-тренінгу

Будь ласка, заповніть анкету. Ваші відповіді допоможуть провести аналіз проведеного семінару-тренінгу та вжити заходи щодо покращення.

1. Як в цілому Ви оцінюєте семінар?

(1 – погано, 5 – відмінно)

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

2. Які, на Вашу думку, теми семінару були висвітлені:

а) найбільш вдало _____

в) найменш вдало _____

3. Які теми представляють для Вас найбільший інтерес?

4. Чи отримали Ви відповіді на питання, з якими прийшли на семінар?

☐ Так

☐ Ні

5. Які знання та навички Ви отримали?

6. Яким чином Ви будете використовувати інформацію, отриману на семінарі?

7. Зауваження, побажання до тренерів та організаторів семінару-тренінгу:

Дякуємо за допомогу!

**Досвід
роботи деяких “Клінік, дружніх до молоді”
щодо профілактики ВІЛ серед молоді**

Консультативний кабінет

- **Адреса:** Запорізька обл., м. Вільнянськ, вул. Гнаровської, 6 каб. 30, т.: 8 06243 21244.
- **Дата створення:** лютий 2006 р.
- **Підстава:** наказ Вільнянського районного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді від 03.02.06 р. №6/1.
- **Підпорядкованість:** Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді.
- **Цільова група:** підлітки та молодь різних категорій, члени їх сімей.
- **Напрями діяльності:**
 - індивідуальні консультації з питань репродуктивного, сексуального, соматичного, психічного здоров'я підлітків та молоді;
 - з питань профілактики ВІЛ-інфекції та ризикової поведінки;
 - профілактика підліткової та небажаної вагітності серед молоді;
 - навчання навичкам безпечної сексуальної поведінки;
 - психологічна допомога у кризовому психологічному стані;
 - проведення семінарів з питань профілактики соціально небезпечних хвороб серед молоді;
 - популяризація серед молоді здорового способу життя шляхом зміни моделі ризикової поведінки;
 - психіатрична допомога та соціальний супровід клієнтів;
 - лікувально-діагностична діяльність.
- **Структура та штати**
 - консультант-психолог (штатний працівник ЦСССДМ);
 - залучені спеціалісти: гінеколог, нарколог, дерматовенеролог.
- **Фінансування:** місцевий бюджет.
- **Місце розташування:** оренда приміщення в Центральній районній лікарні. Окремий вхід.
- **Графік роботи:** щодня з 16.00 до 19.00, крім суботи та неділі.
- **Форми взаємодії з партнерськими організаціями:**
 - угода та план співпраці з ЦРЛ.
- **Доступність послуг:**
 - послуги безоплатні;
 - тривалість прийому – 30 хвилин;
 - анонімність забезпечено;
 - послуги надаються на місці або переадресуються.
- **Форми залучення молоді до співпраці:**

- навчання в “Школі волонтерів”;
- залучення волонтерів до профілактичної роботи.

Центр “Клініка, дружня до молоді”

- **Адреса:** м. Львів, вул. Дністерська, 27, тел.: 8 0322 420-243.
- **Дата створення:** липень 2005 року.
- **Підстава:** наказ Львівської обласної державної адміністрації від 30.06.05 №402.
- **Підпорядкованість:** МОЗ
- **Цільова група:**
 - діти віком 10-18 років;
 - молодь віком 18-24 років.
- **Напрями діяльності:** на основі дружнього підходу до молоді, основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та неосудливе ставлення до відвідувача;
 - індивідуальне, групове, сімейне та інформаційне консультування, мета якого інформувати клієнта; допомагати аналізувати проблеми з метою пошуку варіантів її вирішення; аналізувати наслідки дій клієнта тощо;
 - проведення конференцій, семінарів з питань профілактики соціально небезпечних хвороб серед молоді;
 - профілактична робота у формі індивідуальних консультацій, тренінгів, лекцій та бесід серед учнів шкіл та училищ м. Львова з метою збереження репродуктивного здоров'я підлітків та молоді;
 - психіатрична допомога та соціальний супровід клієнтів;
 - лікувально-діагностична діяльність (використовуються форми та методи роботи, характерні для медичних закладів з урахуванням принципів роботи КДМ);
 - підготовка та виготовлення буклетів (для різних цільових груп) про діяльність КДМ.
- **Структура та штати:**
 - дванадцять медичних працівників, у тому числі:
 - психотерапевт;
 - лікар-терапевт підлітковий;
 - старша медична сестра;
 - дитячий психіатр;
 - лікар-дерматовенеролог;
 - психолог.

Постійна співпраця колективу дозволяє забезпечити “командний стиль роботи”.

- **Фінансування:** обласний бюджет.
- **Місце розташування:** Львівська обласна дитяча спеціалізована клінічна лікарня.

Окремий вхід.

- **Графік роботи:** клініка працює п'ять робочих днів на тиждень.

Лікар-терапевт підлітковий та старша медична сестра постійно перебувають у клініці, а прийом до інших спеціалістів здійснюється за попереднім записом.

- **Форми взаємодії з партнерськими організаціями:**

- укладено низку угод та домовленостей про співпрацю з немедичними закладами: Львівським обласним центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; Комітетом професійно-технічної освіти при Головному управлінні освіти і науки Львівської обласної державної адміністрації; інформаційно-методичним центром освіти, БФ "Салюс"; громадською організацією "Символдрама".

Співпраця з Львівським обласним центром профілактики і боротьби зі СНІДом, Львівським обласним центром репродуктивного здоров'я населення, Центром здоров'я.

- **Доступність послуг:**

- послуги безоплатні;
- тривалість прийому – 30 хвилин;
- анонімність забезпечено;
- послуги надаються на місці або переадресуються.

- **Форми залучення молоді до співпраці:**

- залучення волонтерів до профілактичної роботи, а саме:
- проведення анкетування;
- інформування учнів професійно-технічних училищ м. Львова про діяльність КДМ;
- проведення тренінгів з метою популяризації цінностей здорового способу життя; "круглі столи".

Відділення "Клініка дружня до молоді"

- **Адреса:** м. Полтава, 581899, вул. Нікітченка, 2, тел.: 8-0532 58-96-30.
- **Дата створення:** січень 2005 р.
- **Підстава:**
 - наказ Полтавської обласної державної адміністрації від 27.12.04 №603.
- **Підпорядкованість:** МОЗ.
- **Цільова група**
 - діти та молодь віком 10-22 років.
- **Напрями діяльності:**

на основі дружнього підходу до молоді, основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та неосудливе ставлення до відвідувача:

- індивідуальне, групове, сімейне та інформаційне консультування;
- забезпечення комплексної медико-соціальної, соціально-педагогічної допомоги підліткам та молоді;
- проведення первинної консультативної профілактичної роботи серед кризових категорій молоді з метою переконання в потребі лікування в закладах охорони здоров'я;
- організації санітарно-профілактичних та санітарно-освітніх заходів з метою формування здорового способу життя серед підлітків та молоді м. Полтави, профілактики наркоманії та захворювань, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу;

- надання адресної інформаційної допомоги батькам, медичним працівникам, освітянам та організаціям, що працюють з дітьми та молоддю;
- навчання медичних та соціальних працівників, волонтерів принципам та технологіям надання дружніх послуг молоді.
- **Структура та штати:**
спеціалісти клініки:
 - лікар-дерматовенеролог;
 - гінеколог;
 - підлітковий лікар-терапевт;
 - психолог;
 - юрист.
- **Фінансування:** місцевий бюджет.
- **Місце розташування:** дитяче поліклінічне відділення №2 дитячої міської клінічної лікарні.

Окремий вхід та яскрава вивіска.

- **Графік роботи:**

клініка працює п'ять робочих днів на тиждень.

У випадку необхідності – безоплатне медичне обслуговування (аналізи, фізіотерапевтичні процедури та ультразвукове обстеження) можна отримати і на базі дитячої міської клінічної лікарні за направленням фахівців клініки.

- **Форми взаємодії з партнерськими організаціями:**

- КДМ тісно взаємодіє з Полтавським міським центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді на підставі спільного договору про співпрацю шляхом проведення спільних акцій, семінарів тощо.
- КДМ співпрацює з наркологічним диспансером; міським Центром боротьби і профілактики СНІДу; шкірно-венерологічним диспансером; БФ “Світло Надії”; Центром соціально-психологічної реабілітації “Досвід”; Всеукраїнським батьківським комітетом боротьби з наркотиками; реабілітаційним центром “Вибір” та обласним центром здоров'я.
- КДМ співпрацює з приватними клініками, де за домовленістю молоді люди можуть отримати безоплатну консультацію та зробити необхідні їм аналізи за зниженими розцінками.

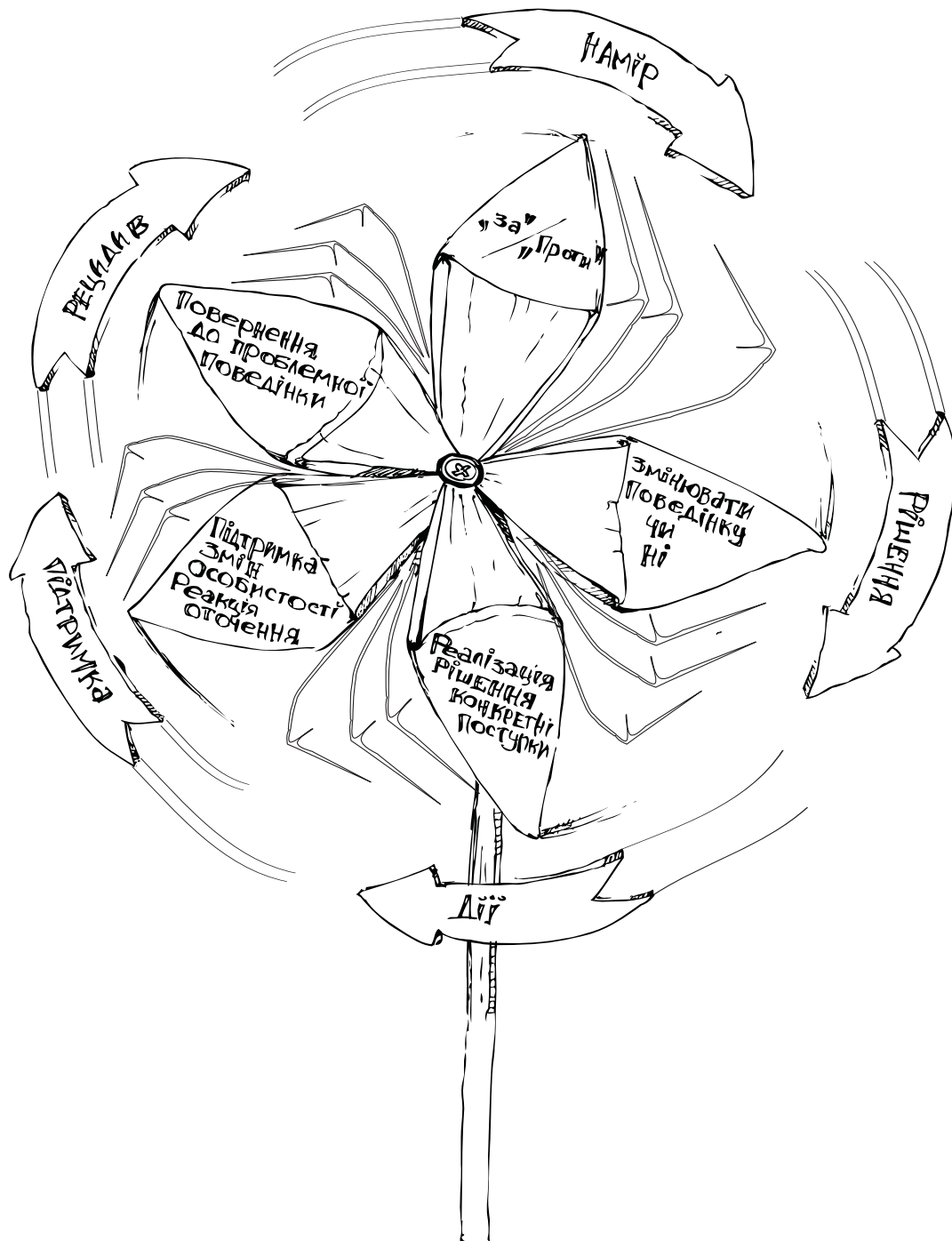
- **Доступність послуг:**

- послуги в КДМ безоплатні;
- тривалість прийому – 30 хвилин;
- анонімність забезпечено;
- послуги надаються на місці або переадресуються;
- прийом до спеціалістів здійснюється за попереднім записом та за зверненням.

- **Форми залучення молоді до співпраці:**

- залучення волонтерів до профілактичної роботи, а саме:
- в проведенні анкетування;
- організації санітарно-профілактичних та санітарно-освітніх заходів;
- в проведенні тренінгів.

Схема зміни ризикової поведінки



Зразок Угоди**УГОДА**

про співпрацю

(вказати назви сторін, що її уклали)

Дата укладення

Місце укладення

Вказати: назви закладу охорони здоров'я, на базі якого створено КДМ, та ЦСССДМ; П.І.Б осіб, які підписали Угоду; на підставі яких документів функціонують сторони, які підписали Угоду.

I. Предмет Угоди

Вказати назви національних, міжгалузевих, інших програм, на виконання яких здійснюється взаємодія.

II. Обов'язки сторін

2.1.1. Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді бере на себе відповідальність виконувати такі завдання:

2.1.1 інформувати дітей, молодь та їх батьків про надання медичної допомоги та соціальних послуг;

2.1.2 направляти дітей та молодь за необхідності надання медико-соціальної допомоги до КДМ та інших закладів охорони здоров'я;

2.1.3 забезпечувати за необхідності соціальний супровід дітей та молоді за рекомендаціями лікарів КДМ та інших закладів охорони здоров'я;

2.1.4 проводити інформаційно-просвітницьку роботу з дітьми, молоддю, батьками та педагогами через діяльність спеціалізованих формувань ЦСССДМ (дати перелік тих, що діють при ЦСССДМ) та закладів соціального спрямування (назвати, якщо такі є) спільно з медичними спеціалістами;

2.1.5 створювати бази даних закладів та організацій, які надають допомогу дітям та молоді;

2.1.6 організовувати навчальні семінари для спеціалістів ЦСССДМ та брати участь у навчальних семінарах для медичних спеціалістів з надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям та молоді;

2.1.7 організовувати супервізію для спеціалістів ЦСССДМ у разі необхідності;

2.1.8 організовувати спільно з лікарями КДМ та інших закладів охорони здоров'я підготовку та діяльність волонтерів з питань формування відповідального ставлення щодо власного здоров'я;

2.1.9 залучати лікарів КДМ, закладів охорони здоров'я та інших установ до розробки методичних матеріалів з питань збереження репродуктивного здоров'я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, тощо;

2.1.10 забезпечувати розробку, виготовлення та розповсюдження інформаційно-рекламних матеріалів з питань формування відповідального ставлення щодо власного здоров'я;

2.1.11 вживати заходів для збереження репродуктивного здоров'я дітей та молоді спільно з лікарями КДМ та інших закладів охорони здоров'я;

2.1.12 залучати державні та недержавні установи, громадські організації, у тому числі міжнародні, до співпраці щодо впровадження та поширення принципів дружнього підходу до молоді.

2.2 Заклад охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги дітям та молоді на основі принципів дружнього підходу до молоді бере на себе такі зобов'язання:

- 2.2.1 забезпечувати створення та функціонування КДМ;
- 2.2.2 забезпечувати у співпраці з ЦСССДМ надання лікувально-діагностичної, консультативної медичної допомоги дітям та молоді, у т.ч. особам, які опинилися у складних життєвих обставинах;
- 2.2.3 впроваджувати нові технології профілактики, діагностики і лікування дітей та молоді;
- 2.2.4 здійснювати профілактичну роботу щодо попередження інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ;
- 2.2.5 поширювати інформацію щодо існуючих структур, що працюють за критеріями надання “дружніх до молоді послуг”;
- 2.2.6 забезпечувати належні умови для надання спеціалістами ЦСССДМ соціальних послуг на базі КДМ;
- 2.2.7 проводити спільно із спеціалістами ЦСССДМ інформаційно-просвітницьку роботу з дітьми та молоддю;
- 2.2.8 організовувати спільно із спеціалістами ЦСССДМ навчальні семінари для медичних працівників щодо впровадження принципів дружнього підходу до молоді;
- 2.2.9 організовувати супервізії для лікарів КДМ та інших закладів охорони здоров’я (у разі необхідності);
- 2.2.10 брати спільно із спеціалістами ЦСССДМ участь у розробці та розповсюдженні методичних матеріалів з питань формування відповідального ставлення щодо власного здоров’я, збереження репродуктивного здоров’я, попередження захворювань, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ тощо.

III. Відповідальність сторін

- 3.1. Сторони зобов’язуються при наданні інформації про спільну діяльність вказувати назву програми, за якою вона здійснюється, виконавців і партнерів.
- 3.2. Виконання умов Угоди може здійснюватися безпосередньо договірними сторонами або із залученням третіх осіб.
- 3.3. Жодна із сторін не несе відповідальності за зобов’язання іншої сторони.
- 3.4. Суперечки, які виникають між сторонами за даною Угодою, вирішуються у порядку, встановленому чинним законодавством.

IV. Строк дії Угоди

- 4.1. Дана Угода діє протягом (вказати термін дії) з дня набрання чинності.
- 4.2. Якщо жодна із сторін не пізніше як за 3 місяці до закінчення строку дії Угоди не вимагатиме його припинення, то він вважається таким, що подовжений ще на один рік.

V. Умови припинення Угоди

- 5.1. Ця Угода може бути припинена за згодою сторін відповідно до чинного законодавства.
- 5.2. Ця Угода може бути припинена у встановленому порядку з ініціативи будь-якої з сторін, в тому числі у разі невиконання або неналежного виконання іншою стороною її умов.

VI. Додаткові умови

- 6.1. За взаємною згодою сторони можуть вносити до Угоди належним чином оформлені зміни та доповнення шляхом підписання додаткових угод. Внесені зміни та доповнення є невід’ємною частиною цього договору.
- 6.2. Цю Угоду складено у двох примірниках, по одному для кожної сторони.

VI. Юридичні адреси сторін

Підписи осіб, котрі підписали дану Угоду.

**Зразки оголошень для радіопередач:
(за матеріалами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)**

“Матеріал підготували волонтери (спеціалісти) (назва) центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (прізвища, місце навчання волонтерів або посади спеціалістів).

Якщо у Вас проблеми в сім'ї, у спілкуванні з однолітками, батьками, вчителями, якщо Ви хочете знати більше про збереження власного здоров'я, про небезпеку залежностей, ВІЛ-інфекції, якщо Ви прагнете допомогти іншим, – звертайтеся! Вам допоможуть кваліфіковані спеціалісти (назвати їх фах) (назва) центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (адреса, телефон) та “Клініки, дружньої до молоді” (адреса, телефон).

У Вас є проблеми? У нас є шляхи їх вирішення!”.

Було б добре, якби аналогічна інформація виходила також і на місцевих каналах телебачення.

Зразки повідомлень ді-джеїв на тематичних дискотеках:

“Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді – це довіра, увага, конфіденційність, повага! Все це – абсолютно безплатно! Для тебе у (назва) центрі соціальних служб та молоді безплатно працюють психолог, юрист, соціальний працівник.

Якщо у тебе виникли запитання, тобі потрібна інформація, або ти потребуєш допомоги – звертайся до (назва) центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (адреса, телефон).

У нас немає проблем – є шляхи їх вирішення!

Якщо у тебе проблеми зі здоров'ям, тобі потрібна допомога гінеколога, нарколога, дерматовенеролога, заходь (вказати час, дні роботи) за адресою...

Вирішити твої проблеми тобі допоможуть спеціалісти КДМ (назва, телефон) та ЦСССДМ.

Все це – абсолютно безплатно, конфіденційно, анонімно і доступно!”

Зразки проведення заходів у загальноосвітніх школах

Графік проведення заходів попередньо узгоджується із заступником директора школи з виховної роботи, який керує діяльністю класних керівників та забезпечує їх інформування про заплановане. Розклад заходів слід обов'язково вивісити в учительській, що дасть змогу доцільніше спланувати роботу класного керівника та заздалегідь підготувати дітей до участі у запропонованому. В залежності від запиту та потреб школи теми групових занять можуть змінюватися.

До вибору тематики групових заходів бажано залучати шкільного психолога та соціального педагога, адже школи, як і контингент учнів у них, нерідко суттєво відрізняються між собою, і це цілком природно. Якщо рівень викладання, вимоги до знань учнів є надзвичайно високими і відповідають інтелектуальному розвитку вихованців, то і спілкування спеціалістів з дитячим колективом у таких школах матиме більш високий рівень і відповідатиме розвитку та знанням учнів. Отже тематика та зміст занять повинні обиратися також з огляду на це.

Неодноразово досвід роботи спеціалістів ЦСССДМ підтвердив доцільність урахування інтелектуального та естетичного розвитку учнів.

Досвід також підтверджує, що інформаційно-просвітницька робота з дітьми обов'язково має починатися з налагодження взаєморозуміння, а, отже, і взаємодії з педагогами. Адже теми, що висвітлюють дітям соціальні працівники або залучені ЦСССДМ фахівці, здебільшого потребують попередніх додаткових пояснень педагогів. А чим краще, переконливіше спеціалісти налагодять взаємодію з учителями, тим продуктивніше буде їхня а робота з дітьми.

До того ж педагоги нерідко можуть дати спеціалістам ЦСССДМ та лікарям КДМ важливу та корисну інформацію про учнів класу, а також специфічні проблеми, які, можливо, виникають або у дитячому колективі, або у сім'ях їхніх вихованців. Отже, розпочинати інформаційно-просвітницьку роботу з дітьми у загальноосвітніх школах радимо з групового консультування вчителів з питань здоров'я дітей та підлітків, що мають здійснити спеціалісти ЦСССДМ разом з лікарями КДМ. І тільки після цього варто починати працювати з дітьми.

Якщо між ЦСССДМ і навчальними закладами вже налагоджено спільну діяльність, виникає суттєве запитання: зі школярами якого віку варто розпочинати таку роботу?

На це запитання є відповідь, підтверджена практикою: звичайно, з наймолодшими, щоб прагнути продовжувати такі заняття протягом усього навчання дитини у школі. Тільки за цієї умови можна сформувати у дітей стійкі уявлення про здоровий спосіб життя та закласти його основи. Звісно, що для кожної вікової категорії слід обирати особливі форми, засоби та методи.

Для учнів 1–3 класів доцільно провести, наприклад, тематичну ігротеку “Здоров'я не купиш – його розум дарує”, під час якої діти виконують відповідні завдання, або інтерактивне заняття “Дитина як маленький громадянин, як найвища цінність суспільства”, на якому через поведінку різних казкових героїв обговорити конкретні ситуації. Діти дуже добре сприймають подібні форми роботи, завжди активні і з інтересом реагують на будь-які запропоновані дії. Сценарний план та змістовне навантаження такого заходу буде цілком залежати від бачення, досвіду та творчого настрою спеціаліста, котрий його готує, але основною умовою проведення буде використання ігрових форм відповідно до віку дітей, адже гра – це найкращий засіб, за допомогою якого можна вплинути на свідомість дитини.

Для учнів 4–5 класів доцільно провести, наприклад, інтерактивні заняття з профілактики тютюнопаління, безпосередніми учасниками яких будуть самі учні, адже ніяка, нехай найзмістовніша бесіда, не приверне увагу дітей цього віку такою ж мірою, як це може відбутися під час проведення саме інтерактивних занять. Досвід роботи спеціалістів ЦСССДМ та КДМ підтверджує, що цей вік є найкращим для подібної діяльності. На таких заняттях слід обов'язково зробити стисле та доступне інформаційне повідомлення відповідно до теми, що буде обговорюватися, та запропонувати перегляд відеофільму або його фрагментів (залежно від рівня підготовленості учнівської аудиторії), провести тематичну ігротеку “Бути здоровим – це круто!” або груповий захід з формування комунікативних навичок із завданнями відповідно до віку дітей.

Для учнів 6–7 класів доцільно провести, наприклад, інтерактивне заняття “Стежка здоров'я”, під час якого діти мають виконати завдання, які потребують творчого підходу та є більш складними у порівнянні з попередньою віковою групою, наприклад, виготовити “стежку здоров'я” та “мандрувати” по ній. Зміст такого заняття буде цілком залежати від умінь та творчого підходу спеціалістів, які його готуватимуть та проводитимуть. Рекомендуємо також провести, наприклад, тренінги “Здоровий спосіб життя” або з формування відповідальної поведінки “Навчися ризикам казати “НІ!””

Добре залучити таких спеціалістів КДМ: лікаря-нарколога – для проведення бесіди “Летючі органічні сполуки”, лікаря-гінеколога – для бесіди з дівчатами “Гігієна та статеве дозрівання дівчини”, лікарів уролога, андролога – для бесіди з хлопцями “Гігієна та статеве дозрівання хлопчиків” тощо.

З учнями 8–9 класів в широких дискусіях можуть обговорюватися проблеми ВІЛ/СНІДу. Для них також варто запросити таких лікарів: нарколога – для бесіди “Молодь

і наркотики”, гінеколога або уролога (андролога, дерматовенеролога) – для обговорення питань збереження репродуктивного здоров’я.

Для учнів 10–11 класів можна скористатися тренінгами “Підготовка молоді до сімейного життя” або провести ток-шоу “ВІЛ/СНІД: проблема молоді чи не тільки?”, запросити юриста для проведення відеолекторія “Наркотики і закон”, лікарів КДМ – для бесід з питань раннього статевого життя, попередження ІПСШ, засобів контрацепції у запобіганні небажаний вагітності, проведення відеолекторія “Аборт та його наслідки” тощо.

Наголосимо, що попереднє обговорення та узгодження з соціальним педагогом або психологом школи тематики лекцій, бесід, фільмів та форм роботи взагалі є надзвичайно важливим. Це дозволяє підсилити позитивний вплив на учнів, активізує їх, спонукає до активного сприйняття того, що проводиться.

Комплексно організований тиждень популяризації здорового способу життя та профілактики негативних явищ може завершити, наприклад, масовий захід: тематична дискотека, тематичний бліц-КВН “Весело про невеселе” інші. І це саме той випадок, коли проведення масового заходу не зашкодить справі, а навпаки, відіграє важливу пропагандистську роль і додатково забезпечить інформування дітей та молоді про надання послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді, якими учні школи за потреби зможуть скористатися в КДМ.

Зрозуміло, що наведені форми є лише прикладами, на підставі яких за власним баченням спеціалісти ЦСССДМ спільно з працівниками КДМ, використовуючи напрацьований досвід та надбання колег із інших регіонів України, зможуть організувати будь-які інші заходи.

Але працювати з педагогами і дітьми і не працювати з батьками – означає зробити справу наполовину. Тому обов’язковим в інформаційно-просвітницькій роботі є виступи спеціалістів центру та лікарів клініки на шкільних батьківських зборах. Найпоширенішими для виступів є такі теми: “Ваша дитина та наркотичні речовини”, “Статеве виховання підлітків у сім’ї”, “Насильство над дітьми в сім’ї” тощо. І якщо, на перший погляд, теми з налагодження стосунків між дітьми та батьками можуть здатися недоречними, нагадаємо, що саме незасуджуючі, доброзичливі взаємини між дітьми та дорослими є запорукою успішної інформаційно-просвітницької роботи та впровадження послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді. Приклади повідомлень щодо збереження здоров’я наведені далі.

Зразки повідомлень щодо збереження здоров’я

ТОМУ, ХТО БАЖАЄ КИНУТИ ПАЛИТИ

1. Відмова від паління в будь-якому віці – тільки на користь здоров’ю.
2. Більшість курців хочуть кинути палити. Результати різноманітних опитувань показали, що багато хто з них здійснили як мінімум одну серйозну спробу позбавитися цієї шкідливої звички.
3. Відмова від паління знижує ризик розвитку інфаркту міокарда та хронічного бронхіту.
4. Вже через дві години після відмови від паління нікотин виводиться з організму. Приблизно через дві доби виводяться й усі його вторинні продукти.
5. Через декілька годин після відмови від паління окис вуглецю виводиться з організму.
6. Через дві доби після відмови від паління у вас значно поліпшиться нюх, відновляться смакові відчуття.
7. Через три тижні після відмови від паління вам буде легше виконувати фізичні навантаження.

8. Протягом трьох місяців після відмови від паління починає відновлятися епітелій бронхів, бронхи краще проводять повітря в легені. Ви вже без задишки зможете піднятися східцями або пробігти за автобусом.
9. Відмова від паління знижує ризик розвитку раку легень. Через десять років ця можливість зменшується вдвічі.
10. Через рік після відмови від паління ризик розвитку серцево-судинних захворювань знижується на 50% у порівнянні з курцями. Через 15 років після відмови від паління ризик розвитку серцево-судинної патології такий самий, як у тих, хто не палить.

Крім того, найбільш популярні серед підлітків та молоді різноманітні акції, що відповідають їм віковим потребам та запитам. У багатьох регіонах спеціалісти ЦСССДМ ініціюють проведення різних за змістом і формами оригінальних заходів – це можуть бути, зокрема, відкриті засідання клубів інтелектуалів, туристичні маршрути тематичного спрямування, різноманітні паради, рок- та екстрим-фестивалі тощо. Форма та зміст таких заходів цілком залежать від фантазії організаторів. Наведемо приклади.

Зразки заходів під час проведення молодіжного екстрим-фестивалю

З метою активізації та сприяння розвитку молодіжного руху, підтримки спортивно-екстримальних та мистецьких молодіжних новацій, успішної самореалізації молодого покоління, спрямування його енергії на творення вільного від агресії і наркотиків гармонійного суспільства проводяться, зокрема, так звані екстрим-фестивалі. Їх важливою складовою є пропагування здорового способу життя, а девізом можуть стати слова: “Екстрим і творчість – сильніші від наркотиків та алкоголю!”

Головною вимогою такого фестивалю є оригінальність, широкий рівень охоплення молоді і видовищність запропонованих виступів та розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів про роботу ЦСССДМ та КДМ. Чи не єдиною умовою має стати гарантія повної безпеки для глядачів і учасників, вік яких необмежений.

Наведемо за приклад кілька оригінальних заходів, які можна організувати під час проведення молодіжного екстрим-фестивалю:

- *шоу-парад байкерів та ретро-мобілів учасників екстрим-фестивалю вулицями міста;*
- *показові виступи майстрів пірсингу, татуажу, авангардного візажу та перукарського мистецтва;*
- *арт-графіті;*
- *виставка оригінальних творів і авторських технік молодих художників;*
- *богатирські ігри;*
- *велика шоу програма (рок, панк, хіп-хоп, рейв, реп, брейк, авторська музика) тощо;*

Складена з такими (або подібними) заходами програма фестивалю буде надзвичайно цікавою для молоді. А якщо фестиваль буде яскраво та святково оформлений, матиме свою символіку, що активно розповсюджуватиметься, працюватимуть спортивні та тематичні майданчики, волонтери роздаватимуть друковану продукцію з популяризації здорового способу життя, а майстри, зокрема, бойових мистецтв демонструватимуть свої уміння, це приверне увагу багатьох мешканців міста (селища).

Зразки видів діяльності, які можуть проводитись на семінарі з інформаційно-просвітницької роботи

- Інформаційні повідомлення: “Виконання завдань профілактичної роботи з підлітками та молоддю центрами області”, “Профілактична робота ЦСССДМ із залученими спеціалістами”.
- Інформаційні повідомлення: “Адиктивна поведінка підлітків і наркозалежність”, “СНІД – епідемія крупним планом”, “Три основні типи профілактики в підлітковій наркології”.
- Перегляд та обговорення вистав профілактичного змісту студентського театру мініатюр та агіт-театру “Школи волонтерів”.
- Тренінги: “Розробка моделі та механізмів впровадження профілактичної роботи з наркозалежними та ВІЛ-інфікованими дітьми та молоддю в територіальній громаді”, “Профілактика ВІЛ в дитячому та підлітковому середовищі” (та інші теми).
- Фокус-група з обговорення рекламних плакатів, виготовлених волонтерами у межах обласного конкурсу.
- Круглий стіл: “Результативні показники інформаційно-просвітницької та профілактичної роботи ЦСССДМ області. Аналіз взаємодії з партнерами”. “Медико-соціальні послуги, дружні до молоді: реальність, проблеми, перспективи”.
- Дискусія: “Перспективи розвитку послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді в регіоні”.

Крім вищезазначених видів діяльності, на семінарах, тренінгах, круглих столах надзвичайно важливо обговорювати питання концепції та організації діяльності КДМ, їх функціонування, впровадження медико-соціальних послуг на основі принципів дружнього підходу до молоді серед молоді. До участі до обговорення цих питань доцільно запросити лікарів КДМ, представників студентської соціальної служби, волонтерів, інших партнерів.

Зразки інформаційних матеріалів та рекомендації лікарів-спеціалістів (за матеріалами клінік, дружніх до молоді)

Поради дерматовенеролога

Якщо тобою прийняте свідоме і остаточне рішення розпочати статеве життя, то надавай перевагу безпечному сексу, основою якого є саме презерватив та бажання ним користуватися, причому не просто застосовувати його, а робити це правильно, оволодівши необхідними знаннями, навичками.

Будь-які статеві стосунки завжди супроводжуються ризиком зараження на **інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)**. Йдеться про сифіліс, гонорею, кандидоз, гепатит В і, звичайно, ВІЛ. Взагалі, відомо більше 30 збудників ІПСШ (бактерій, вірусів, грибків), які передаються від одного статевго партнера до іншого через шкіру та слизові оболонки – теплі, вологі поверхні піхви, уретри, анального отвору, ротової порожнини. Отож, на інфекції, що передаються статевим шляхом, можна заразитися під час інтимного контакту, особливо через генітальний (статевий), оральний чи анальний секс.

Наслідки інфекцій, що передаються статевим шляхом дуже серйозні, це може бути:

- **безпліддя !!!** (як у чоловіків, так і у жінок);
- розвиток запальних процесів статевих органів (як у чоловіків, так і у жінок);
- статеві розлади (як у чоловіків, так і у жінок);
- серйозні ускладнення під час вагітності, викидні, народження хворих дітей, мертвонародження;
- позаматкова вагітність;
- збільшений ризик раку шийки матки;
- хронічні (постійні) болі статевих органів.

Як виявити підозру, що в тебе інфекція, що передається статевим шляхом?

1. Чи було в тебе більше одного статевго партнера/партнерші за останні два місяці?
2. Чи були в тебе за останній рік такі статеві розлади, як виділення з піхви/уретри, виразки, висипання на шкірі статевих органів, пухирці, бородавки на статевих органах, біля анусу чи в роті?
3. Чи є в тебе виділення з піхви/уретри у даний час?
4. Чи непокоять тебе відчуття пекучості при сечовипусканні, подразнення шкіри на статевих органах та навколо них?
5. Чи лікував твій партнер/партнерша захворювання статевої системи за останні три місяці?
6. Чи працює твій партнер/партнерша у галузі, де є ризик зараження ІПСШ (професії, пов'язані з тривалими відрядженнями, сезонна робота тощо).

Якщо відповідь "так" на 1, 2, 3, 4 запитання, не зволікай із візитом до лікаря. Не варто тихо страждати, нічого не роблячи. Ці хвороби не пройдуть самі, їх треба лікувати.

Якщо відповідь "так" на 5, 6 запитання – ризик зараження досить високий!

Куди звернутися?

Найкращу консультативну допомогу тобі можуть надати в клініці, дружній до молоді, де спеціалісти готові до відвертої, конфіденційної бесіди з тобою (про твої “секрети” ніхто, крім лікаря, знати не буде).

Невідкладна особиста профілактика ІПСШ у разі незахищеного випадкового статевого акту.

1. Випорожни сечовий міхур.
2. Помий руки, а потім зовнішні статеві органи, лобок, стегна, низ живота теплою водою з милом.
3. Висуши ці місця серветкою чи рушником.
4. Ретельно протри зовнішні статеві органи, лобок, стегна тампоном, змоченим 0.05% водним розчином хлоргексидину біглюконату.
5. Взявши 150–200 мл розчину хлоргексидину, промий піхву за допомогою спринцівки (хлопцю промити уретру допоможе лікар).
6. Заміни забруднену натільну білизну.

Така процедура попереджає зараження ІПСШ, якщо вона проведена не пізніше, ніж за 2–3 годин після статевих контактів.

Найкращий спосіб позбутися захворювань, які передаються статевим шляхом, сказати “**НІ!**” ранньому статевому життю.

Вміння сказати “**НІ!**” в серйозній чи жартівливій формі – досить важливе у будь-якій життєвій ситуації. Його можна і треба формувати. Спробуй у цьому потренуватися. Таким чином, зведи ризик свого захворювання до нуля!

10 основних фактів, яких треба знати про ВІЛ та СНІД.

1. Хвороба, спричинена ВІЛ, призводить до хронічної хвороби – синдрому набутого імунodefіциту людини. ВІЛ та СНІД невиліковні.
2. Людина, вражена вірусом, може виглядати здоровою і почувати себе добре довгі роки, незважаючи на те, що є носієм вірусу.
3. Вірус може передаватися на всіх стадіях захворювання через кров, сперму, вагінальні виділення, грудне молоко.
4. Найчастіше ВІЛ-інфекція передається статевим шляхом. Молоді дівчата особливо вразливі до ВІЛ у сексуальних контактах.
5. Молоді люди, які мають захворювання, що передаються статевим шляхом, також становлять групу високого ризику щодо інфікування на ВІЛ.
6. Найбільш вразливі молоді люди, які вживають наркотики ін’єкційно, або мають сексуальні контакти з ін’єкційними споживачами наркотиків. ВІЛ-інфекція може також передаватися через нестерильні інструменти, якщо ви робите пірсинг, татуаж та інші маніпуляції, в яких є контакт з кров’ю.
7. Ризик інфікування у статевих контактах зменшується, якщо партнери використовують презерватив.
8. Тест на ВІЛ можна зробити анонімно, конфіденційно у спеціалізованих медичних закладах.
9. ВІЛ-інфекція не передається через обійми, рукоштовнання, користування туалетом, басейном, постільну білизну, кухонний посуд, укуси комах, кашель та чихання.
10. Дискримінація людей, які живуть з ВІЛ, є порушенням прав людини.

Від сексуальності не можна позбавитися шляхом заборон чи погроз. Ми самі повинні знайти правильний для себе шлях.

Одні надають перевагу утриманню від раннього статевого життя, інші активно збагачують свій сексуальний досвід (хоча 17–18 років, принаймні, доволі рано). Щоб обрати необхідне для себе, потрібно бути незалежним від моди чи думки товаришів, та особисто володіти інформацією.

Поради гінеколога

Привіт, молода, вродлива, активна!

Можливо, ти ще не знаєш, що таке кохання, але, без сумніву, тобі дуже хочеться пережити таке почуття. Адже всі навколо тільки про це і говорять, співають пісні, знімають кінофільми. І ти прагнеш якомога швидше також потрапити до кола втаємничених.

І от, нарешті, це сталося. Ти зустріла його – чарівного, привабливого, розумного, веселого, сміливого, щирого, одним словом найкращого (принаймні, зараз ти саме так думаєш).

Ти прагнеш швидше зануритися в цей вир почуттів, які раніше були недоступні та невідомі.

По-перше, ти вважаєш себе настільки дорослою, що можеш розпочати статеве життя, та, водночас, ти є настільки малою, що зовсім не готова до цього.

По-друге, ти сприймаєш інтимні стосунки як кінцевий, кульмінаційний момент свого кохання. Та насправді статевий акт не кінець, а початок твоїх великих проблем. Лише коротке “Ні!” – як прояв твердості характеру – вбереже тебе від непланованої вагітності. “Ні” – це на сьогодні єдиний метод контрацепції (саме так називається запобігання непланованої вагітності), що гарантує стовідсоткову надійність. Усі інші методи значно поступаються йому.

Юність – це весна життя. Час, який належить цілковито тобі. Плануй майбутнє, мрій і роби перші кроки у своєму житті. Та не забувай і те, що саме від них залежить чимала частина твого майбутнього. Цінуй здоров’я, не втрачай гідність!

Візит до гінеколога

Напевно, тобі відомо, що принаймні один раз на рік ти маєш пройти огляд у гінеколога, навіть коли нічого не турбує! Це потрібно не лише для вчасного виявлення недуги, а щоб впевнитися у тому, що ти здорова.

“Подвійна мораль” нашого суспільства, яка дозволяє юнакам дошлюбні статеві стосунки, але засуджує ранню сексуальну активність дівчат, поставила тебе в скрутне становище. Отож, вирішивши звернутися до гінеколога, ти опиняєшся в складній ситуації. З одного боку, тобі потрібні огляд та рекомендації спеціаліста, з іншого – страх та недовіра стримують тебе від такої консультації. Як наслідок, за статистикою, до лікаря приходять лише 26.2% дівчат 16–18 років та 17.9% у віці 19–20 років. Отож, із віком у тебе з’являються сумніви щодо доцільності візитів до гінеколога, втрачає віру в здатність лікарів допомогти, а головне – зменшується турбота про власне здоров’я.

Увага! Не поспішай робити кардинальні висновки! Ти мусиш твердо усвідомити, що твоє здоров’я (отже і майбутнє щастя) – найголовніше, і залежить від тебе, і огляд у гінеколога хоча б раз на рік – одна з необхідних умов. Якщо це не є твоїм життєвим принципом (ти ще не “доросла” до серйозного розуміння певних речей), то краще взагалі відмовся від дошлюбного статевого життя. Але май на увазі, що в будь-якому випадку (живеш ти статевим життям чи ні) тебе повинен оглядати спеціаліст, аби вчасно виявити захворювання жіночої системи.

Чому важко знайти лікаря, якому ти зможеш абсолютно довіряти?

Всі гінекологи звикли працювати з дорослими. Тобі важко встановити контакт із лікарем:

- ти відрізняєшся від дорослих за духовним та фізичним розвитком;
- ти не в шлюбі, тому наявність статевих стосунків вважається “поза законом”;
- ти емоційно, юридично та фінансово залежна від батьків;
- твій особистий досвід із статевого життя (якщо він є) та відсутність певних знань і термінів не дозволяють “говорити” з гінекологом однією мовою. Отож ти не можеш йому грамотно пояснити, що тебе турбує, і не розумієш більшої частини слів з його рекомендацій.

Пошук свого лікаря – процес відповідальний. Тому не засмучуйся при першій невдачі та в жодному разі не зупиняйся.

Куди звернутися?

Найкращу консультативну допомогу тобі можуть надати в дружній клініці для молоді, де спеціалісти готові до відвертої, конфіденційної бесіди з тобою (про твої “секрети” ніхто, крім лікаря, знати не буде).

Як підготуватися до відвідування гінеколога?

Найкращий для цього час – одразу після закінчення менструації. У будь-якому разі будь готовою спокійно і відверто спілкуватися з лікарем. Підготуй список усіх медичних препаратів, які ти приймаєш, а також перелік питань, які ти хочеш задати спеціалісту. Будь готовою дати відповідь і на його запитання:

- коли була остання менструація;
- в якому віці розпочалися менструації, скільки днів вони тривають, які перерви між ними;
- з якого віку живеш статевим життям;
- як запобігаєш непланованій вагітності;
- чи турбують виділення зі статевих шляхів.

Звичайно, не забудь про особисту гігієну та чистоту, адже для огляду тобі доведеться роздягнутись. І, нарешті, останнє – за 24 години до огляду не рекомендується спринцюватися, вводити в піхву тампони та мати статеві відносини.

Ти думаєш, що вагітна?

Існує декілька можливостей визначити факт вагітності. Можна поспостерігати за змінами у своєму тілі, зробити тест та аналізи на наявність вагітності, відвідати гінеколога або пройти ультразвукове дослідження.

Розпочни з власного тіла. Через 1–3 тижні після зачаття можеш помітити, що чергова менструація відсутня, або вона менш ясна чи тривала; твої груди напружені, болючі; зранку іноді виникають нудота та блювота; з’являються відчуття втоми, знесиленості, запаморочення та втрата свідомості; покращується або погіршується апетит; ти спостерігаєш за собою немотивовані зміни психіки (плаксивість, дратівливість тощо).

Май на увазі, що ці ознаки можуть бути виражені незначно або й взагалі відсутні, отож, покладатися тільки на них недоцільно.

Можеш провести тест на наявність вагітності (він продається в аптеках і виконується дуже легко). Негативний результат такого тесту не є стовідсотковою гарантією, що вагітності немає, тому найправильнішим буде звернутися до гінеколога для огляду.

Зроби це якнайшвидше, адже вагітність поставить перед тобою серйозні питання: аборт чи пологи? Поміркуй, що ці варіанти означають саме для тебе. Ти можеш швидко прийняти рішення; тобі здається, що ти вже вирішила, що робити, але після

ретельного обговорення, досягнувши проблему, можеш передумати. Можливо, ти будеш довго мучитися сумнівами і зважитися на якесь рішення виявиться дуже важко.

Щоб ти ні вирішила, це повинно бути зважене рішення. **Адже вагітність не таємниця, а факт**, який потребує спокійного вирішення проблеми разом із лікарем-гінекологом.

Дещо про презервативи

Наступна інформація – правда про контрацепцію для тебе. Читай, вивчай, аналізуй. Це вбереже тебе від помилок.

Викинь зайвий сором, адже ти сучасна цивілізована дівчина, і переконай себе, що купувати презервативи та користуватися ними для тебе так само природно, як жувати гумку, пити каву чи слухати музику.

Чому презерватив найкращий метод захисту для молоді?

- Запобігає непланованій вагітності.
- Лише презерватив захищає від інфекцій, що передаються статевим шляхом, у тому числі від ВІЛ.
- Його можна використовувати без призначення лікаря і навіть без попереднього медичного огляду.
- Простий у використанні.
- Не створює ризик для здоров'я, його застосування – не впливає на твій організм.
- Продається без рецепта, його легко можна придбати в аптеці, клініці, медпункті.
- Його ефективність абсолютна на відміну від гормональних таблеток, які треба вживати тривалий час, щоб запобігти вагітності.
- Зручний при нерегулярних статевих відносинах.
- Незамінний, коли вона (або він) має більше одного статевого партнера.
- Для більшої надійності та запобігання захворюванням, що передаються статевим шляхом, презерватив можна використовувати разом з іншим методом контрацепції. Одночасне застосування презерватива та гормональних таблеток відоме під назвою "подвійного голландського методу".
- Презервативи сприяють зниженню ризику розвитку раку шийки матки.

Можливо, ти вже живеш статевим життям чи хочеш його розпочати, і, без сумніву, визнаєш лише безпечний секс. Тому мусиш знати, що, на жаль, сьогодні для тебе ще не існує ідеального методу, який би на 100% захищав від непланованої вагітності, хвороб, що передаються статевим шляхом, і, водночас, не мав недоліків.

Поради нарколога

Привіт!

Звертаємось до тебе, тому що ти молодий і активний.

Ти маєш величезний резерв енергії, ентузіазму та допитливості. Чи варто його застосовувати проти самого себе, використовуючи в експериментах з наркотиками, тютюном та алкоголем? Ти можеш з цим і не погодитись та відкласти цю книжечку, тому що вважаєш: вже запізно щось робити, або ця проблема тебе не торкається. Зовсім ні! Ця книжечка допоможе вирішити багато проблем, які виникають у твоїх друзів і у тебе самого. По перше, треба отримати інформацію. Адже чим більшим обсягом інформації ти володітимеш, тим більша вірогідність прийняти єдине правильне рішення.

Для цього ми пропонуємо тобі ряд запитань і відповідей, які ти можеш обговорити з іншими, щоб потім спланувати свої дії.

Отже, давай спочатку.

Що таке психоактивні речовини взагалі і наркотики зокрема?

Психоактивними називають речовини, які впливають на наш стан, почуття і сприйняття.

Наркоманія – хвороба, яку спричиняє систематичне вживання цих речовин, що проявляється залежністю від них.

Тепер потрібно дещо з'ясувати про жакливу річ – залежність.

Що ж таке залежність?

Залежність – це потреба знову і знову вживати наркотики. Бути залежним – означає бути рабом психоактивної речовини (наркотику, тютюну, алкоголю).

Залежність може бути психічною і/або фізичною.

Психічна залежність проявляється сильним потягом до певної речовини. Людина постійно поглинена думками про неї, відчуваючи дуже сильну внутрішню напругу, від якої можна звільнитися тільки в один спосіб – прийнявши чергову дозу. Однак це тільки тимчасове полегшення, і незабаром все повторюється знову і знову.

Фізична залежність формується, коли організм поступово пристосовується до даної речовини, що стає необхідною для підтримки більш-менш нормального функціонування органів і систем. В перерві між прийняттям наркотичної речовини виникає синдром відміни (абстиненції), а в залежності від речовини – нудота, спазми, болі у м'язах (ломка); галюцинації, затьмарення свідомості, тремтіння, судоми (біла гарячка). Однією з ознак залежності є толерантність: організм звикає до речовини, і дозу прийому необхідно постійно збільшувати.

Чи виникають у людини проблеми з алкоголем чи наркотиками

залежить від багатьох факторів:

- *Особисті якості.* У того, хто постійно незадоволений собою або своїм оточенням, ризик призвичаїтися до алкоголю або наркотиків, як засобу усунення негативних емоцій, є більш високим. Якщо такий засіб подолання власних проблем стане системою, то через деякий час молода людина уже не зможе обійтися без алкоголю чи наркотиків.
- *Оточення.* Відомо, поганий приклад є шкідливим. Якщо батьки палять і п'ють, зрозуміло, який приклад вони подають своїм дітям. Не меншу роль відіграє приклад однолітків: більшість підлітків першу спробу вживання наркотичного засобу роблять у компанії. Молодь часто наслідує "героїв", яких їм нав'язують засоби масової інформації (реклама, серіали).
- *Речовина.* Деякі наркотичні речовини дуже швидко спричиняють наркотичну залежність – навіть з першого разу.
- *Доступність.* На жаль, останнім часом доступнішими стали так звані "легкі" наркотики, що спонукає підлітків до хворобливого бажання експериментувати з ними.

Кажуть, що в житті треба спробувати все, у тому числі і наркотик. Може, дехто так і вважає, але запам'ятай: водночас приходить, по-перше, страшна за своєю підступністю психічна та руйнівна фізична залежність. По-друге, над тобою нависне така ж сама загроза, що і над будь-яким ін'єкційним споживачем наркотиків, – загроза зараження на ВІЛ та гепатит. А по-третє, за тобою потягнеться шлейф звичних проблем наркомана – спочатку борги, потім втрата друзів, роботи, покинуте навчання, сварки

з рідними і близькими. Коло твоїх знайомих замкнеться (“варщик”, “колеги”, міліція), цікавість до життя без наркотику зникне і вже без вороття.

Чи реально сказати “НІ”?

Коли ти чогось не хочеш, ти завжди можеш сказати “ні”. Також ти завжди можеш пояснити, чому ти відмовляєшся, або ж просто віджартуватися.

Якщо не можеш швидко знайти відповідь, скористайся такими варіантами:

- Я приймаю ліки, які не сумісні з алкоголем.
- Я знаю, що навіть від одного уколу можна стати наркоманом.
- Я вже пробував і більше не хочу.
- Я від пива хочу спати.
- “Кайф” проходить – проблеми залишаються.
- Ні, тому, що я поїду додому на мотоциклі.
- Щоб добре себе почуватися, мені не потрібна конопля.
- Мій собака мене не зрозуміє і не подасть мені лапи.
- Це пахне ув’язненням.
- Ні, у мене інші плани.
- Якщо я вип’ю, ви матимете зі мною проблеми.

Поради по залученню молоді

(“Здоров’я молоді – виклик і обіцянка”, Всесвітня організація охорони здоров’я, Женева, 1993, ст. 80-81)

Для ефективної участі молоді у наданні медичних послуг рекомендується:

- Створити двосторонні комунікативні канали з метою надання молодим людям доступу до важливої інформації і надати їм можливість вносити свої власні ідеї.
- Молодь повинна мати своє слово у прийнятті рішень щодо завдань, політики, природи діяльності та розподілу ресурсів в урядових і неурядових організаціях на місцевому, державному та міжнародному рівнях у всіх питаннях, пов’язаних з їхнім здоров’ям.
- Молодь повинна бути залучена до планування, дизайну та впровадження всіх досліджень, які будуть проводитися у сфері охорони здоров’я, особливо в таких ділянках, як сімейне життя, статеве навчання і уникнення ризикової поведінки.
- Уряди повинні підтримати залучення молоді до забезпечення і захисту власного здоров’я, особливо у таких сферах як сімейне життя, сексуальна освіта та запобігання ризиковій поведінці.
- Уряди повинні визнати, що здоров’я молоді – це основа загального розвитку, і що участь у цьому самих молодих людей є цінним ресурсом у пропагуванні та охороні здоров’я.
- ВООЗ та країни, що є її членами, повинні підтримувати молодіжні організації у їхніх спробах пропагувати здоровий спосіб життя для всіх людей.
- “Для того, щоб досягти цих цілей, професійні працівники, котрі запрошують молодь приєднатися до їхньої діяльності, повинні бути чуйними до почуттів і поглядів молодих людей, а також мають бути обережними і не переоцінювати їхні можливості. Якщо молодим людям довіряти, вони стануть більш відповідальними, що принесе користь усім”.

**Рекомендації щодо проведення співбесіди з кандидатом у волонтери
(за матеріалами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)**

1. Уважно вислухайте кандидата у волонтери. Прагніть, щоб він зрозумів, що вам не байдужий. Поставтеся до нього серйозно та з повагою, як до дорослої, відповідальної людини, яка усвідомлює, чого прагне. Обов'язково демонструйте довіру до співрозмовника, налагодьте емоційний контакт.
2. Якщо відчуєте певні сумніви, спробуйте переконатись, що кандидат у волонтери здатний на корисні справи, і окресліть найважливіші з них, що можуть бути здійснені під час роботи в клініці, КДМ. Виявляйте щиру зацікавленість щодо його намірів. Пропонуйте свою допомогу у його бажанні знайти собі справу до душі.
3. Поцікавтеся, що саме зараз найбільше турбує потенційного волонтера.
4. Спілкуйтеся з ним упевнено. Це допоможе йому повірити у власні сили. Використовуйте слова, речення, які сприятимуть налагодженню контакту: “зрозуміло”, “звичайно”, “відчуваю”, “хочу допомогти”.
5. У розмові дайте зрозуміти співрозмовнику, що він потрібен іншим, адже, як кожна людина, є унікальною особистістю. Ваше позитивне ставлення сприятиме розкриттю співбесідника, оскільки, незалежно від віку, кожен прагне отримати позитивну оцінку своєї поведінки і завжди відчуває потребу у схваленні.
6. Пам'ятайте, що недооцінка гірша за переоцінку. Надихайте підлітка на підвищення самооцінки. Умійте уважно слухати, довіряти співрозмовнику і, відповідно, викликати його довіру до вас.
7. Використовуйте виключно демократичний стиль спілкування.
8. Обов'язково з'ясуйте мотивацію участі вашого співрозмовника у профілактичних програмах.
9. Визначте рівень освіченості, підготовки, розуміння здорового способу життя тощо.
10. З'ясуйте, які стосунки кандидата з членами його сім'ї, його ставлення до батьків, знайомих, друзів, педагогів. Намагайтеся зробити це невимушено, не ставлячи конкретних запитань.
11. Визначте коло інтересів, захоплень співрозмовника, чим він займається у вільний час. Запитайте, хто для нього є авторитетом, зверніть увагу на стосунки з однолітками, вчителями.
12. З'ясуйте ставлення кандидата до норм моралі, прийнятих у суспільстві, його ставлення до збереження здоров'я та профілактики ризикової поведінки, виявіть, чи є він сам прихильником відповідального ставлення до здоров'я.

За результатами бесіди та анкетування можна визначити рівень соціальної зрілості кандидата у волонтери за такими ознаками:

- наявність позитивно орієнтованих життєвих планів;
- ступінь свідомості, дисциплінованості та відповідальності у навчанні;
- рівень розвитку та прагнення до нових знань;
- адекватне ставлення до педагогічних дій;
- здібність враховувати колективні інтереси, поважати норми та правила колективного життя;
- здатність критично оцінювати вчинки оточуючих, у тому числі друзів, однокласників, відповідно до норм моралі та права;

- наявність самокритичного ставлення до власних дій та вчинків, навичок самоаналізу;
- уважне, чуйне ставлення до оточуючих незалежно від віку, соціального рівня, ступеню близькості, знайомства, здатність до співчуття;
- чи притаманні вольові риси, спроможність виявляти протидію негативному впливові, долати спокуси тощо, чи є здатність до самостійного знаходження рішень;
- культура поведінки (зовнішній вигляд, культура мови, ввічливість, манери поведінки);
- чи було подолання шкідливих звичок (вживання алкоголю, наркотиків тощо), позбавлення форм ризикової поведінки (спілкування з групами ризику, вживання брутальних слів тощо) або, можливо, є категоричне неприйняття, відмова від будь-яких негативних впливів і дій;
- ступінь агресивності;
- усвідомлення відповідальності за своє здоров'я.

**Рекомендації
щодо створення та діяльності “Школи волонтерів” КДМ
(за матеріалами соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді)**

1. Як знайти і не втратити добровільних помічників.

Було б помилкою вважати, що єдиною характеристикою добровольців є чистий альтруїзм, і що ті, хто виявляє бажання бути добровольцями, не можуть бути напряму зацікавлені в результатах своїх дій. “Добровільність” ґрунтується не лише на доброті душі, у ній завжди є певна частка особистих інтересів. Запитання “А що мені з цього буде?” є абсолютно законним і допустимим. Деякі бажають набути досвіду, чомусь навчитися; інші шукають визнання, відчуття належності, відволікання від своїх проблем, розширення кола знайомств, контактів; треті хочуть приносити користь, довести самому собі, що вони на щось здатні, знайти смисл життя. Саме на це і потрібно покладатися при залученні волонтерів до подальшої їх діяльності.

Членів спеціалізованого формування “Школи волонтерів” можна поділити на 4 групи:

- *I група – підлітки та юнаки, учні старших класів шкіл та середніх спеціальних закладів, які складають актив різних груп при ЦСССДМ та КДМ;*
- *II група – студенти вищих навчальних закладів (переважно з відділень педагогіки, психології, соціальної роботи/соціальної педагогіки та лікувальної справи);*
- *III група – батьки проблемних дітей та підлітків (неповнолітніх груп ризику: девіантної, адиктивної поведінки та інші), які об’єднуються в групи самопомогі;*
- *IV група – волонтери-фахівці (психологи, педагоги, соціальні педагоги, соціальні працівники, юристи, лікарі), які надають консультативну допомогу співробітникам та клієнтам КДМ.*

2. Після того як ви визначили групу осіб, в майбутньому волонтерів, їм необхідно заповнити реєстраційні картки, які будуть зберігатися в КДМ.

3. Визначення напрямку діяльності, за яким буде працювати “Школа волонтерів”, – формування відповідального ставлення щодо власного здоров’я.

4. Забезпечення діяльності “Школи волонтерів” – проведення занять з метою навчання волонтерів по роботі за визначеними напрямками; безпосередня робота волонтерів.

Волонтеру КДМ слід дотримуватися усталених норм поведінки:

- *пройти обов’язковий інструктаж (навчання) перед тим, як приступати до роботи;*
- *для роботи бажано мати посвідчення волонтера з фотокарткою;*
- *дотримуватися правил морально-етичних норм та правил коректного спілкування;*
- *брати участь у тренінгах, семінарах та ін.*

Інтерактивний театр (за матеріалами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)

Інтерактивний театр – це інноваційна форма роботи, що використовується для профілактики і корекції ризикової поведінки молоді. Ідея такого театру полягає в тому, що молоді люди – “актори” розігрують перед глядачами – дітьми і молоддю – певну проблемну ситуацію, характерну для молодіжного середовища (наприклад, непорозуміння між підлітками, тиск з боку друзів, сварка з батьками тощо). Більшість сюжетів, що розігруються учасниками інтерактивного театру, висвітлюють такі явища як наркоманія, паління, вживання алкоголю, безладні статеві стосунки тощо. Конфліктний сюжет обов'язково розігрується на сцені, але у його розв'язанні, як правило, беруть участь не лише “актори”, а й глядачі. У будь-який момент глядач може замінити актора і репрезентувати свій спосіб вирішення проблеми. У цьому й полягає принцип інтерактивності.

Метою роботи інтерактивного театру є актуалізація питань профілактики ризикової поведінки у молодіжному середовищі, пропаганда відповідального ставлення до власного здоров'я. Завдання театру – змодельовати життєву ситуацію і залучити глядачів до спільного пошуку оптимальних шляхів, способів їх розв'язання.

Виконувати ролі може група волонтерів віком від 16 до 23 років. Як правило, їх від 4 до 10 учасників, а також глядачі – діти та молодь, які беруть участь у заході.

Основні етапи роботи інтерактивного театру.

1. Розробка програми підготовки учасників інтерактивного театру або залучення до співпраці спеціаліста, здатного таку підготовку провести. Ефективною формою підготовки є тренінг учасників інтерактивного театру, спрямований на навчання за двома основними питаннями: як опанувати основи акторської роботи та усвідомити принцип діяльності інтерактивного театру. Важливою складовою є оволодіння методикою написання сценаріїв. Для цього треба бути добре обізнаним у молодіжній проблематиці та орієнтуватися, які шляхи, як правило, обирає молодь, у тому числі схильна до ризикової поведінки, а також уміти передбачати реакцію батьків, учителів, лікарів тощо. Але найважливішим є усвідомлення виконавцями ролей правильних шляхів виходу із складних життєвих обставин, у яких опиняється молодь.

2. Формування акторської групи, підготовка дітей і молоді до написання сценаріїв та практичної діяльності, що, без перебільшення, можна назвати акторською грою.

3. Визначення актуальних для молоді тем, що інколи можуть бути залежними від конкретної цільової аудиторії. Діяльність театру має бути спрямована на висвітлення типових проблем, що турбують дитячу та молодіжну аудиторію. Формами визначення цих проблем є довірливе спілкування з дітьми та молоддю, опитування, анкетування, що дозволяє визначити тематику виступів театру. Із практики проведення такої роботи відомо, що найбільш бажаними і популярними для глядацької аудиторії є теми:

- зловживання алкоголем, наркоманія та тютюнопаління;
- проблеми стосунків між ровесниками у навчальних закладах та поза школою;
- проблеми взаємин дітей і батьків тощо.

4. Підготовка сценарію творчої діяльності акторської групи за однією з актуальних тем. Сценарій, як правило, складається на основі ситуації з реального життя. Центральною темою є маніпулювання (численні способи спонукати молодих людей палити, вживати проти свого бажання алкоголь та наркотики або займатись сексом), а також прийоми, що дозволяють протистояти тискові або ухилятися від небезпечних дій. Сцени, що представляють учасники театру, відображають проблемні ситуації розвитку подій удома, у школі, на роботі. Як правило, розігруються двічі. Спершу аудиторія стежить за тим, як розгортаються події, а у процесі повторного показу будь-хто з глядачів може зупинити перебіг подій і запропонувати свій варіант виходу із ситуації. Досвід показує, що нерідко глядачі пропонують цікаві рішення, що є твердженням їх активізації під час перегляду вистав інтерактивного театру.

5. Підготовка групи до виступу. Репетиції доцільно знімати на відеокамеру, що дозволить під час перегляду обговорити кожен епізод, внести зміни до сценарію для досягнення оптимального результату.

6. Власне виступ інтерактивного театру перед дитячою та молодіжною аудиторією, що може відбуватися під час масових свят, вуличної соціальної роботи, молодіжних акцій, зокрема у навчальних закладах тощо. До епізодів (сцен) інтерактивного театру можуть залучатися “самодіяльні актори”, тобто безпосередні глядачі. Успіх театру як засобу формування здорового способу життя залежить від якості сценарію та майстерності режисера. Метою вистави є не зображення особистої психологічної драми, а демонстрація конкретного досвіду та поширення його в аудиторії.

Як показує практика роботи, глядачі відзначають великий вплив театральних сцен на молодь, адже театр допомагає немов подивитися на власне життя. За даними опитувань, актуальність тематики, відзначають до 80% глядачів, а близько 5%, як правило, впізнають у розіграних ситуаціях випадки із власного життя. Наведемо приклади таких ситуацій.

Приклад №1

13-річного Сашка запросили на святкування 16-річчя Сергія, що відбувалося на природі. Алкогольних напоїв хлопці не вживали, тому батьки Сашка з легкістю його відпустили у дорослу компанію. Наплававшись в озері та скуштувавши їжу, що готувала мама іменинника, хлопці вирішили покурити “травку”, запропонувавши це і Сашкові. Той відмовився. Хлопці почали переконувати його в безпечності такого куріння, мовляв, ми робимо це вже три роки поспіль і не звикли.

Чи правильно вчинив Сашко, коли відмовився? Чи є насправді безпечним одноразове вживання наркотичних речовин? А, можливо, хлопці були праві?

Приклад №2

Оленці 15 років. Вона вперше пішла на дискотеку до Будинку культури. На неї звертали увагу дорослі хлопці, і їй це сподобалося. По закінченню о 23 годині дискотеки Артем, котрий був старший за неї на 4 роки, запропонував прогулятися до бару, а потім проводити Оленку додому. Оленка ніколи не вживала напоїв, міцніших за пиво, проте всупереч її ваганням, Артем замовив коктейль, у складі якого була горілка. В Олени майже відразу запаморочилося в голові. Артем був турботливий та лагідний, він ніжно обняв дівчину та запропонував вийти на свіже повітря до парку. Олена не мала сили пручатися його поцілункам та міцним обіймам і взагалі погано усвідомлювала, що відбувається...

Яке продовження могло бути у цієї історії? Чи могли б події розвиватися за іншим сценарієм?

Приклад №3

Тані й Андрію по 18 років. Вони зустрічаються лише протягом двох тижнів, проте відчувають, що кохають один одного. Таня довіряє Андрію і погодилася на сексуальні стосунки з ним. Від застосування презервативу Андрій відмовився, переконуючи Таню в тому, що їхня близькість буде від цього більш приємною. Через кілька днів Таня випадково дізналася, що її сусідка Марина лікується від інфекцій, яких дісталася статевим шляхом. Місяць тому вона розлучилася з Андрієм, з котрим зустрічалася півроку.

Які наслідки можуть бути в результаті сексуальних стосунків Тані й Андрія? Завдяки чому їх можна уникнути?

В результаті розігрування подібних сцен, як правило, може виникнути декілька варіантів розвитку запропонованих історій. Добре, якщо глядацька аудиторія запропонує їх якнайбільше. Якщо це з певних причин не відбудеться, волонтери мають самі запропонувати додаткові версії, або підказати їх учасникам інтерактивного дійства. Головне, щоб в результаті обговорення запропонованих варіантів сформулювалися правильні висновки і запропонувалися безпечні дії учасників розіграних ситуацій, причому бажано – для усіх, а не тільки “позитивних”.

Додаток №15

Анкета волонтера

1. Прізвище, ім'я _____
2. Дата народження _____
3. Місце роботи, навчання _____
4. Домашня адреса, контактний телефон _____
5. Чи маєте Ви досвід волонтерської діяльності? _____
6. Чому Ви хочете брати участь у волонтерській роботі? _____

Продовжити фразу: "Волонтер – це людина, яка..." _____

7. Продовжити фразу: "Щоб бути волонтером, треба мати наступні якості: _____

8. Які навички (вміння), необхідні волонтеру, Ви маєте? _____

9. Як би Ви хотіли працювати: індивідуально; в малій групі; колективно; інший варіант (необхідне підкреслити)

10. Що Вам більше подобається (необхідне відмітити):

- розповсюджувати друковану продукцію;
- проводити анкетування;
- індивідуально допомагати тим, хто цього потребує;
- працювати на молодіжних акціях;
- проводити ігрові майданчики;
- працювати в літніх таборах;
- працювати інструктором з питань профілактики ризикової поведінки;
- Ваш варіант _____

11. З якими категоріями населення Ви б хотіли працювати:

- діти шкільного віку;
- діти-сироти;
- діти, молодь з особливими потребами;
- молодь;
- жіноча молодь;
- багатодітні сім'ї;
- групи ризику;
- Ваш варіант _____

12. Скільки часу на тиждень Ви зможете працювати? _____

13. Якою інформацією про зміст волонтерської діяльності Ви хотіли б володіти? _____

14. Чого Ви очікуєте від волонтерської діяльності? _____

Додаток №16

Моніторинговий паспорт КДМ*(застосовується при зовнішній оцінці)*

Назва КДМ _____

Назва закладу, на базі якого створена КДМ _____

Адреса КДМ _____

Дата створення КДМ (число, місяць, рік) _____

Тип КДМ:

☐ Кабінет ☐ Мережа кабінетів ☐ Відділення ☐ Центр ☐ Інше
(уточнити)

Прізвище І.Б. керівника КДМ _____

Контактний телефон _____ E-mail _____

Прізвище І.Б. керівника закладу, на базі якого працює КДМ _____

Контактний телефон _____ E-mail _____

Цільова група: _____ (вік)

Напрямки діяльності (вказати):

- консультативний
- профілактичний
- лікувально-діагностичний
- організаційно-методичний

Індикатор оцінки роботи КДМ		Наявність	Відмітка щодо якості
Регламентуюча документація:	накази МОЗ, накази, розпорядження обласних держадміністрацій та закладу охорони здоров'я стосовно КДМ, спільні із ЦСССМД угоди		
	- протоколи надання медичної допомоги, затверджені МОЗ України (за напрямками роботи КДМ)		
	- положення про КДМ		
	штатний розклад		
	- положення та посадові інструкції спеціалістів		
	- наявність обліково-звітної документації, планів роботи		
Імідж клініки:	Наявність окремого входу		
	Графік роботи КДМ		
	внутрішній дизайн клініки, назва, логотип КДМ		
	наглядна інформація	- наявність	
		- відповідність запиту цільової групи	
	Перелік приміщень, їх оснащення та оформлення відповідно до призначення	- реєстратура	
		- кабінети лікарів – спеціалістів (вказати)	
		- палати денного стаціонару	
		- процедурний кабінет	
		- кімната для проведення конференцій, семінарів, тренінгів	

Кваліфікаційна характеристика спеціалістів КДМ (схема)

Перелік спеціалістів	Підвищення кваліфікації за фахом	ТУ з підліткової медицини	Дата останнього удосконалення	Категорія за фахом	Підготовка з питань надання медико-соціальних послуг підліткам та молоді за принципами “Дружнього підходу”
педіатр/терапевт, лікар підлітковий, лікар загальної практики/сімейної медицини					
- лікар-психолог/психолог					
Перелічити інших спеціалістів КДМ					

Напрямки роботи КДМ

Показники за напрямками роботи КДМ	Наявність	Відмітка щодо якості
консультування	- індивідуальне; - групове; - сімейне; - інформаційне; - дистанційне (відповіді в ЗМІ, мережею Інтернет); - консультування по “телефону Довіри”; - в комбінації з іншими послугами	
профілактика	Інтерактивні форми роботи (дискусії, бесіди)	
	Семінари	
	Тренінги	
	Відеолекторій	
	Використання аудіо-візуальних засобів	
	Поширення інформації щодо роботи КДМ	
	Поширення інформаційно-просвітницьких матеріалів через ЗМІ	
	Участь в розробці та розповсюдженні інформаційно-просвітницьких матеріалів	
лікування та діагностика	Відповідність надання медичної допомоги стандартам, затвердженим МОЗ України, за напрямками роботи КДМ	

організаційно-методична робота	Методична допомога закладам охорони здоров'я щодо впровадження дружнього підходу до молоді (семінари-тренінги, круглі столи, література тощо)	
участь молоді в роботі КДМ	- участь в плануванні роботи КДМ - участь в наданні послуг - участь в оцінці якості надання послуг	
	Кількість підготовлених волонтерів (вказати ким підготовлені)	

Співпраця

Індикатор оцінки роботи КДМ	Наявність	Відмітка щодо якості
Назва установи, з якою здійснюється співпраця	Наявність спільного наказу або угоди про співпрацю/взаємодію	

Якість послуг, що надаються в КДМ

Індикатор оцінки роботи КДМ	Наявність	Відмітка щодо якості
Доступність послуг	безоплатні та/або за доступними цінами в закладах, які мають право надавати платні послуги відповідно до ліцензії; тривалість прийому (не менше 30 хвилин); зручний (оптимальний) графік роботи спеціалістів КДМ; анонімність; отримання консультації після попереднього запису чи без нього	
Комплексність послуг	на місці та за переадресацією	
Рівень задоволення відвідувачів	Анкетування: - відвідувачів КДМ - учасників семінарів-тренінгів - співробітників КДМ	
Повторні звернення	- питома вага - динаміка по роках	
Наявність інформаційно-просвітницьких матеріалів за напрямками роботи КДМ	- буклетів - візиток - анкет - плакатів - статей в ЗМІ - інші (вказати)	

Додаток №17

**Схема звіту
про роботу Центру/відділення/кабінету медико-соціальної
допомоги дітям та молоді “Клініка, дружня до молоді”,
інформаційно-ресурсного навчального центру**

Загальна характеристика

Назва КДМ (заклад, в структурі якого створена КДМ)_____

Дата відкриття (число, місяць, рік)_____

Тип КДМ:

- ☐ Кабінет (мережа кабінетів)
- ☐ Відділення
- ☐ Центр
- ☐ Інформаційно-ресурсний навчальний центр

Адреса КДМ_____

Прізвище І.Б. керівника КДМ_____

Контактний телефон_____ E-mail_____

Прізвище І.Б. керівника закладу, в структурі якого створена КДМ

_____ Контактний телефон_____

Цільова група

Діти віком від 14 до 18 років Так Ні

молодь віком до 24 років Так Ні

Інші вказати

Цільові групи	Кількість			
	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	абс.	%	абс.	%
Учні				
Вихованці дитячих будинків, притулків				
Студенти				
Працююча молодь				
Група ризику*				
Батьки				

* Згідно КОНЦЕПЦІЇ Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 21 травня 2008 р. № 728-р., групи ризику це – споживачі ін'єкційних наркотиків; діти-сироти, безпритульні, неповнолітні, що утримуються в установах Державної кримінально-виконавчої служби та у спеціалізованих закладах, діти та підлітки з сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах; звільнені з місць позбавлення волі; особи, що надають платні сексуальні послуги; чоловіки, що мають сексуальні стосунки з чоловіками; мігранти тощо).

Режим роботи (дні, часи роботи): _____

Напрямки діяльності

Напрямки діяльності	Так	Ні
Консультативний		
Профілактичний		
Лікувально-діагностичний		

Наявність платних послуг: ТАК НІ (підкреслити)

Якщо "ТАК", то які, (№ ліцензії, дата видачі) _____

Матеріально-технічне забезпечення

Забезпеченість:	Так Якщо "так": - постійно, не постійно; - достатньо, не достатньо	Ні
- одноразовим інструментарієм		
- тестами на вагітність		
- тест-системами на ВІЛ-інфекцію		
- засобами бар'єрної контрацепції		

Кадри

Спеціалісти	Рік, попередній звітному			Рік звітний		
	К-сть штат- них посад	Зайнятих посад	Фізичних осіб	К-сть штат- них посад	Зайнятих посад	Фізичних осіб
Медичний персонал всього						
<i>Лікарі всього, в т. ч.:</i>						
Педіатр/терапевт/ лікар підлітковий, лікар загальної практики/сімейної медицини						
Акушер-гінеколог/гінеколог дитячо- го та підліткового віку						
Дерматовенеролог						
Уролог/андролог						
Психіатр						
Психолог						
Методист						
<i>Середній медичний персонал</i>						
Немедичний персонал всього						
Психолог						
Спеціаліст ЦСССДМ						
Юрист						
Інший персонал всього						
в т.ч.: мед. реєстратор						
прибиральниця						
РАЗОМ:						

Укомплектованість фізичними особами всього _____ (%), у т.ч. лікарями _____ (%)

Питома вага сумісництва _____ (%)

Професійний рівень спеціалістів

Спеціалісти	Категорія за спеціальністю				Підготовка з питань надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді за принципами “дружнього підходу”		Підготовка з підліткової медицини	
	Друга	Перша	Вища	% атестованих з числа підлягаючих	Пройшли підготовку	Підлягають підготовці	Пройшли підготовку	Підлягають підготовці
Лікарі всього, в т. ч.:								
Педіатр/терапевт/лікар підлітковий/лікар загальної практики/сімейної медицини								
Акушер-гінеколог/гінеколог дитячого та підліткового віку								
Дерматовенеролог								
Уролог/андролог								
Психіатр								
Психолог								
Лікар–методист								
Середній медичний персонал								
РАЗОМ:								

Основні статистичні показники роботи

I. Кількість відвідувань

Показники	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	абс.	%	абс.	%
Загальна кількість звернень всього, з них:				
первинних				
- юнаки				
- дівчата				
повторних				
- юнаки				
- дівчата				
В тому числі кількість звернень до лікарів всього, з них до:				
педіатра, терапевта, лікаря загальної практики/сімейної медицини				
лікаря акушера-гінеколога				
лікаря-дерматовенеролога				
лікаря-уролога/андролога				
лікаря-психіатра				
лікаря-психолога/психолога				
юриста				
соціального працівника				
Звернень по “телефону Довіри”				

Перебували під соціальним супроводом _____ абс. ч. _____ %

Середнє навантаження на 1 спеціаліста в день _____

Середня тривалість прийому 1 відвідувача _____

Проведено анкетувань всього _____

в т.ч.: відвідувачів _____ абс. ч. _____ %

Співробітників КДМ _____ абс. ч. _____ %

учасників семінарів-тренінгів _____ абс. ч. _____ %

II. Вікова структура відвідувачів

Вік відвідувачів	Кількість			
	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	абс.	%	абс.	%
від 14 до 18 років				
- юнаки				
- дівчата				
від 18 до 24 років				
- юнаки				
- дівчата				
Інші вікові групи				
Разом:				

III. Розподіл відвідувачів за місцем проживання

Місце проживання	Кількість відвідувачів			
	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	абс.	%	абс.	%
Місто				
Село				
Разом:				

IV. Ким направлялися відвідувачі

Назва закладу, організації	Кількість відвідувачів			
	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	абс.	%	абс.	%
Самозвернення				
Спеціалістами лікувально-профілактичних закладів				
Спеціалістами навчальних закладів				
Спеціалістами Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді				
Іншими				
Разом:				

V. Структура причин індивідуальних звернень до КДМ

Причина звернення, або діагноз	Кількість			
	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	абс.	%	абс.	%
Звернень всього				
з них:				
1. Звернення з приводу захворювань (всього):				
1.1. Репродуктивної сфери:				
Хвороби сечостатевої системи				
- юнаки				
- дівчата				
Запальні захворювання придатків матки				
Розлади менструального циклу				
ІПСШ				
- юнаки				
- дівчата				
Інші				
1.2. Розлади психіки та поведінки, в т.ч.:				
- через вживання алкоголю				
- через вживання наркотичних та інших психо- активних речовин				
інші				
1.3. Хвороби шкіри				
1.4. Інші хвороби				
2. Консультування (всього):				
в т.ч.:				
2.1 з методів контрацепції				
2.2 з профілактики ВІЛ/СНІДу				
2.3 з приводу вагітності				
2.4 з проблем загального психічного здоров'я				
2.5 з проблем сексуальних відносин в підлітко- вому віці				
2.6 з правових питань				
2.7 з інших питань				
3. Психологічна допомога (всього):				
в т.ч.:				
3.1 кризові звернення з приводу взаємовід- носин з батьками, однолітками, сексуальним партнером, сексуального насилля				
3.2 інші				
Звернення по "телефону Довіри"				

Профілактично-просвітницька робота

Назва заходу	Рік, попередній звітному		Рік звітний	
	кількість	охоплено	кількість	охоплено
Індивідуальні форми (консультування)				
Групові форми всього				
в т.ч.:				
бесіди				
семінари				
тренінги				
круглі столи				
відеолекторії				
лекції				
масові заходи/акції				

Розробка інформаційних матеріалів протягом звітнього року: так, ні (підкреслити). Надати зразки.

Соціальне партнерство

1. Перелік організацій-партнерів (вказати наявність угоди)
2. Співпраця з центром соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (наявність угоди, спільних наказів – вказати дату, номер документу).
3. Перелік заходів, здійснених в рамках співпраці (вказати):

Участь молоді в роботі КДМ

Кількість волонтерів:

- підготовлено всього (ким, де) _____
- залучено до роботи КДМ _____

Види участі молоді:	Так	Ні
в плануванні роботи КДМ		
в наданні послуг		
в оцінці якості надання послуг		
інші		

Міністерство охорони здоров'я України
Государственное учреждение здравоохранения Украины «Областной центр профилактики заболеваний»
Львівська обласна дитяча спеціалізована клінічна лікарня

ЮНИЙ ДРУЖЕ!

Якщо Ти побачиш психологічно підтримку, медичну допомогу, консультацію або дружню пораду, бачиш гроші?

"Клініка, дружня до молоді"
до адреси: м. Львів, вул. Дзержинська, 27, мов. (0332) 42-08-43

Львівська обласна дитяча спеціалізована клінічна лікарня (Міжшкільна)

Буд. з функціонального збору
Година прийому спеціалістів
з 9:00 до 17:00, щодня, при роботі тролейбуса
До послуг клінічної психологічної консультації:

- Психолога
- Психотерапевта
- Підліткового лікаря
- Гінеколога
- Дерматовенеролога

Для детальнішої інформації та запису до фахівця зверніться до телефону: 242-08-43



Застережений обласний центр соціальних служб для молоді

Ви завжди можете отримати докази відповідей під фаліксій нашого центру:

- психологів,
- соціальних педагогів,
- юристів

з питань безпечної статевих поведінки.

Якщо Вам або Вашим друзям потрібна допомога, звертайтеся до нас!

Застережений обласний центр соціальних служб для молоді

69077 м. Львів, вул. Дзержинська, 27



ЗНІМИ!



ЗАПОРІЗЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ДЛЯ СІМ'ЯХ, ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ

Ви завжди можете отримати докази відповідей під фаліксій нашого центру:

- психолога
- соціального педагога
- юриста
- психолога
- дерматовенеролога

А також «Клініка, дружня до молоді»

Застережений обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

69000 м. Запоріжжя, вул. Гоголя, 22

Телефон: 224-70-09

або на сайті: www.zosl.org.ua

Телефон довідки 0-84



ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ЗНІМИ!

ДРУЖЕ ДРУЖЕ!

Ви часто слышите о ВИЧ и СПИД и о том, что во всем мире стремительно увеличивается количество заболевших людей. К сожалению, в Украине это заболевание также распространено в больших масштабах.

Такое заболевание, как ВИЧ инфекция, опасно около 20 лет назад, но сейчас и как оно возникло, никто еще не знает. К сожалению, что хорошо известно - это то, что без своевременного лечения, оно всегда заканчивается СПИДом.

Для того, чтобы избежать себе от этого заболевания, необходимо знать о нем как можно больше. Необходимо знать, как защитить себя от ВИЧ.

ЧТО НЕ ТАКЕ ВИЧ/СПИД?

1. ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД.
2. СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита. Это конечная стадия инфекционного заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека.
3. ВИЧ живет только в крови и сперме.
4. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
5. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
6. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
7. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
8. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
9. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
10. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.

ЗНАЕШЬ ЛИ ТЫ, ЧТО ТАКОЕ СПИД?

КАША+МАША=

РАЗНОПОЛОВАЯ ДЛЯ ТЕБЯ НЕПРИЯТНОСТЬ ВОЗРАСТА

10 ОСНОВНИХ ФАКТОВ ПРО ВИЧ/СПИД

1. ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД.
2. СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита. Это конечная стадия инфекционного заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека.
3. ВИЧ живет только в крови и сперме.
4. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
5. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
6. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
7. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
8. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
9. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
10. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.

10 ОСНОВНИХ ФАКТОВ, НЕЗНАЮЩИХ ПРО ВИЧ/СПИД

1. ВИЧ - вирус иммунодефицита человека, вызывающий СПИД.
2. СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита. Это конечная стадия инфекционного заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека.
3. ВИЧ живет только в крови и сперме.
4. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
5. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
6. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
7. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
8. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
9. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.
10. ВИЧ поражает и разрушает иммунную систему человека, что приводит к развитию СПИДа.

Юний друже!

Ось настане в житті та хвилинка мить. Це період статевого становлення.

Саме зараз у тебе виникає особливий інтерес до представників протилежної статі.

У цей період дорослішання важливим стає сам факт виникнення хлопця/дівчини, представника/представниці, а дівчина - гарною представницею жіночої статі.

Спочатку виникає бажання привертати увагу до себе. Тут багато чого залежить від твого особистого стилю і вимогливості. У цей період відбувається пошук індивідуального стилю в одязі, зачісці, манері поведінки. Добре, якщо можливо створити власний імідж з допомогою досвідчених фахівців.

Принципи роботи:

- Безвідмовність
- Доброзичливість
- Конфідентційність
- Анонімність
- Неупереджений підхід до відвідувача
- Добровільність відвідування

ПАМ'ЯТАЙ! Без цього періоду становлення людини багато важко жити.

Слово "Питання" відкривається новими можливостями. Твоє відео моделі поведінки стриманого статі, твої моделі поведінки - це твоє розуміння, твоє задоволення, твоє життя.

Секс - це не дика любов, еротика. Не завжди взаємна між чоловіком і дівчиною повинна завершуватися статевим актом. Сексуальні, що сприймаються близькими, часто рухаються, і набагато важче повинні залишити сексуальний слід.

ДРУЖНЯ КЛІНІКА ДЛЯ МОЛОДІ

вул. Володимирська, 43 (наді з двою)

Ви завжди можете звернутися за допомогою в ДКМ м. Києва. До ваших послуг консультації:

- Гінеколога
- Дерматовенеролога
- Психолога
- Сімейного лікаря

Для тебе підліток!

unicef

Співпраця з українським КДМ

Методичні рекомендації
Надання медико-соціальних послуг дітям
та молоді на основі дружнього підходу

Автори-упорядники:

Голоцван О.А., канд. мед. наук; національний тренер ЮНІСЕФ
Осташко С.І., головний спеціаліст Управління материнства, дитинства МОЗ України
Мешкова О.М., заступник генерального директора з організаційно-методичної роботи НДСЛ
“ОХМАТДИТ”, лікар-педіатр вищої категорії, заслужений лікар України
Ципко О.Ю., головний спеціаліст відділу соціально-профілактичної роботи Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді
Сакович О.Т., керівник проектів з питань профілактики ВІЛ серед молоді Представництва ЮНІСЕФ в Україні

Фото, використані у виданні:

© Tsuglevitch/2006/02	© UNICEF/2006/Zaporizhzhya2
© Tsuglevitch/2006/03	© UNICEF/2006/Zaporizhzhya3
© UNICEF/2006/Zaporizhzhya1	© UNICEF/2005/UKR/01008-Pirozzi
© UNICEF/2008/Shostka1	© UNICEF/2005/UKR/00980-Pirozzi
© UNICEF/2006/Poltava1	© UNICEF/2005/UKR/00994-Pirozzi
© UNICEF/2006/Poltava2	© UNICEF/2005/UKR/01026-Pirozzi
© UNICEF/2008/Shostka2	© VERSO/2008/KDM-1 – KDM-8 (8)
© UNICEF/2006/Lviv1	

Графічне оформлення та дизайн: Євгенія Кордонець, Роман Ромащенко
Редактори: Алла Водолазська, Ельвіра Чкі
Комп'ютерна верстка та макет: Андрій Олійник

Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) Представництво в Україні
01021, Київ, Кловський Узвіз, 1
Тел.: 8044 254 2450, факс: 8044 230 2506, www.unicef.org/ukraine

Підписано до друку: 3.11.2008 р.

Папір офсетний. Друк офсетний. Формат 64х90/16
Умовн. друк. арк.: 29,95. Облік.-вид. арк: 35,94
Наклад: 1000. Зам. №432

Надруковано: ТОВ “Версо-04”.
Адреса: 03057, м. Київ, вул. Желябова, 4А. Тел./факс: 570-48-37
Свідцтво про внесення до державного реєстру: ДК №2011 від 12.11. 2004 р.

