

UDC: 614.2-058-053.6:001

## НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МОДЕЛІ «КЛІНІК ДРУЖНИХ ДО МОЛОДІ» ПО ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ПІДЛІТКІВ АСОЦІЙОВАНОЮ З ПОВЕДІНКОВИМИ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ

Лаишул З.В. \*, Бобкова О.В. \*\*

\* – заслужений лікар України, д. мед. н.,  
завідувач кафедру соціальної медицини,  
організації і управління охороною здоров'я  
Запорізької медичної академії  
післядипломної освіти, МОЗ України.

\*\* - завідувач відділенням «Клініка дружня  
до молоді» Запорізької обласної дитячої  
клінічної лікарні. м. Запоріжжя, Україна

**Summary :** The aim of the study was carried out on the basis of previous studies substantiate multimodularity model of disease prevention among adolescents, associated with behavioral risk factors based on the "friendly approach". Justify the introduction of the introduction multimodularity model of disease prevention among adolescents associated with behavioral risk factors on the basis of "friendly approach" at the regional level. Based on the basic principles of medical and social care for adolescents: availability and kindness we have built in the three-tier model multimodularity disease prevention associated with behavioral risk factors on the basis of a friendly approach.

**Key words :** adolescents, risk factors, protective factors, multimodularity model, prophylaxis.

На основі проведених нами досліджень щодо розповсюдженості соціально-гігієнічних факторів ризику асоційованих з ризикованою поведінкою підлітків на регіональному рівні, встановлено, що в підлітковому періоді має місце розповсюдженість таких соціальних хвороб, які пов'язані з репродуктивним здоров'ям, хворобами, які передаються статевим шляхом, збільшилась кількість підлітків, які стоять на профілактичному обліку у нарколога з причин вживання алкоголю, наркотичних та психотропних засобів. Має тенденцію до зростання кількості ВІЛ інфікованих підлітків.

Дослідженням щодо розповсюдження поведінкових особистих, сімейних та соціально - гігієнічних факторів ризику у підлітків, встановлено, що їх розповсюдженість в Запорізькій області вища середніх показників по Україні.

Встановлено асоціації між виявленими факторами ризику та розповсюдженістю паління, зловживанням алкогольними напоями. На основі проведеного нами дослідження встановлено, що основними факторами ризику на регіональному рівні є неповна сім'я, психологічний дискомфорт, факти насилля в сім'ї, проживання молоді в куртожитках, низький рівень життя.

Вивчаючи основні бар'єри на шляху до якісного надання медичної та соціальної допомоги підліткам, встановлено, що сімейні лікарі не готові надавати медичну, консультативну допомогу підліткам, перш за все з питань репродуктивного здоров'я, проблем пов'язаних зі спілкуванням з батьками, вчителями, однолітками.

Багато проблем виявлено при соціальному опитуванні батьків, щодо якості надання медичної допомоги, негативного впливу способу життя самих батьків, не готовність більшості батьків надати своїм дітям поради з питань інтимного життя, профілактики небажаної вагітності, хвороб які передаються статевим шляхом. Більше половини батьків не знають своїх прав щодо вибору лікаря, лікувального закладу, прав свідомого інформування батьків та дітей щодо лікування та профілактики.

Високі показники достовірності виявлені при проведенні асоціації між соціальними факторами ризику і палінням, зловживанням алкогольними напоями.

Соціальним опитуванням встановлені значно вищі показники розповсюдженості особистих, сімейних та соціальних факторів ризику у підлітків, які проживають на селі. В той же час встановлено низьку доступність в наданні медичної допомоги підліткам на селі: не готовність її надання сімейними лікарями, відсутність «клінік дружніх до молоді» в сільській місцевості, низьку інформованість батьків щодо профілактичних засобів.

Все перераховане потребувало оптимізувати існуючу систему надання

медичної та соціальної допомоги підліткам на регіональному рівні.

**Метою дослідження** було на основі проведених попередніх досліджень обґрунтувати мультимодульну модель профілактики захворюваності серед підлітків асоційованої з поведінковими факторами ризику основаної на «дружньому підході» на регіональному рівні.

**Матеріали та методи.** На основі виявлених соціально-гігієнічних факторів ризику асоційованих з розповсюдженістю ризикової поведінки серед підлітків на регіональному рівні, методом моделювання та організаційного проектування розроблені фактори захисту та мультимодульна модель їх профілактики на основі «дружнього підходу». Застосовано методи концептуального моделювання та організаційного проектування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** З врахуванням виявлених факторів ризику та основних бар'єрів пов'язаних з системою надання медичної допомоги, самими медичними працівниками, батьками та соціально - економічними факторами, нами запропоновані основні захисні фактори (табл.1).

*Таблиця 1.*

**Основні фактори захисту при запровадженні програм профілактики захворювань, та розладів асоційованих з поведінковими, та соціальними факторами ризику**

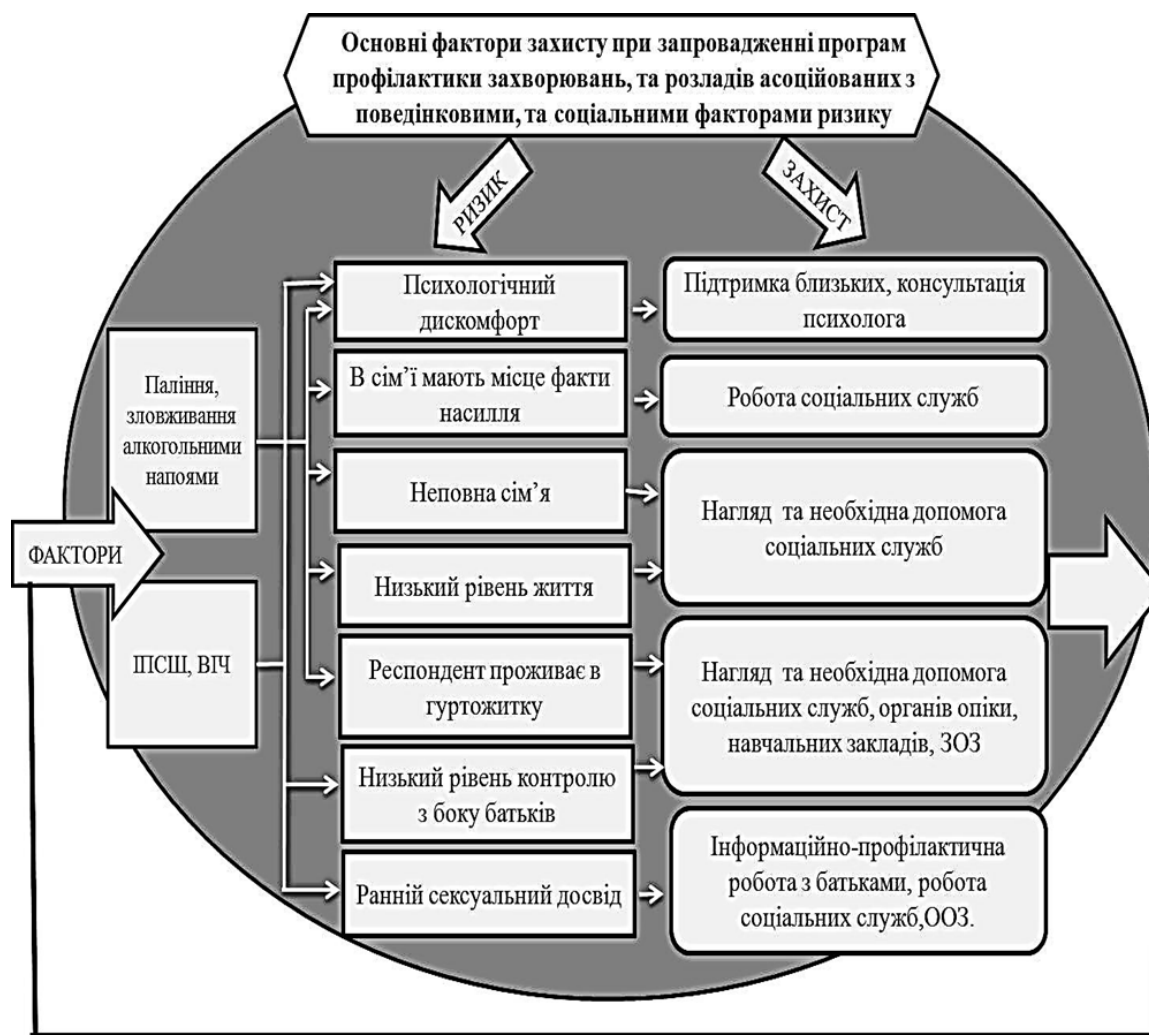
Розлади та захворювання	Фактори ризику	Фактори захисту
Вживання тютюну( <b>Z72.0</b> )	Психологічний дискомфорт	Підтримка близьких, консультація психолога
	В сім'ї мають місце факти насилля.	Робота соціальних служб

	В сім'ї палять, вживають алкоголь	Інформаційно-профілактична робота з батьками
	Неповна сім'я	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб
	Низький рівень життя	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб
	Респондент проживає в гуртожитку	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб, закладів освіти, культури, організація дозвілля
<b>Вживання алкоголю (Z72)</b>	Спадковість	Виявлення спадковості, проведення профілактичної роботи медичними працівниками
	Психологічний дискомфорт	Підтримка близьких, консультація психолога
	В сім'ї мають місце факти насилля.	Робота соціальних служб
	В сім'ї палять, вживають алкоголь	Інформаційно-профілактична робота з батьками
	Неповна сім'я	Пропаганда офіційних шлюбів. Нагляд та необхідна допомога соціальних служб
	Низький рівень життя	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб, раціональне працевлаштування батьків
	Респондент проживає в гуртожитку	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб, закладів освіти, культури, організація дозвілля
<b>Сексуальна поведінка з високим рівнем ризику (Z72.5)</b>	Низький рівень контролю з боку батьків	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб, органів опіки, навчальних закладів, ЗОЗ
	Психологічний дискомфорт	Підтримка близьких, консультація та допомога психолога
	В сім'ї мають місце факти насилля.	Робота соціальних служб, підтримка навчальних закладів, ЗОЗ
	В сім'ї палять, вживають алкоголь	Інформаційно-профілактична робота з батьками, нагляд соціальних служб
	Неповна сім'я	Пропаганда офіційних шлюбів. Нагляд та необхідна допомога соціальних служб

	Низький рівень життя	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб, раціональне працевлаштування батьків
	Респондент проживає в гуртожитку	Організація нормальних умов проживання, відпочинку та дозвілля
	Зловживання алкогольними напоями	Профілактичний нагляд ЗОЗ, інформаційно-профілактична робота, допомога батьків, друзів
	Залежність від вживання наркотичних та психотропних засобів	Профілактичний нагляд ЗОЗ, інформаційно-профілактична робота, допомога батьків, друзів
<b>ПСПШ - інфекції, що передаються статевим шляхом (Z72.5)</b>	Зловживання алкогольними напоями	Профілактичний нагляд ЗОЗ, інформаційно-профілактична робота, допомога батьків, друзів
	Залежність від вживання наркотичних та психотропних засобів	Профілактичний нагляд ЗОЗ, інформаційно-профілактична робота, допомога батьків, друзів
	Психологічний дискомфорт	Підтримка близьких, консультація та допомога психолога
	В сім'ї мають місце факти насилля.	Робота соціальних служб, підтримка навчальних закладів, ЗОЗ
	В сім'ї палять, вживають алкоголь, наркотичні та психотропні засоби	Інформаційно-профілактична робота з батьками, робота соціальних служб, ООЗ.
	Неповна сім'я	Пропаганда офіційних шлюбів. Нагляд та необхідна допомога соціальних служб
	Низький рівень життя	Нагляд та необхідна допомога соціальних служб, раціональне працевлаштування батьків

На основі розроблених факторів захисту розробили організаційно-функціональну схему профілактики

поведінкових, та соціальних факторів ризику, та розладів і захворювань асоційованих з ними (рис.1).



**Рис.1 Організаційно-функціональна схема профілактики поведінкових та соціальних факторів ризику у підлітків**

Як бачимо, в схему профілактики основних факторів ризику розвитку таких розладів, як вживання тютюну (Z72.0), вживання алкогольних напоїв (Z72), сексуальна поведінка з високим рівнем ризику (Z72.5), інфекціями, які передаються статевим шляхом, (Z72.5) репродуктивними розладами, ВІЧ / СНІД, входять захисні фактори, які залежать від системи організації охорони здоров'я, готовності медичного персоналу, батьків,

органів соціальної служби, органів освіти, культури - надавати медичну, соціальну, консультативну допомогу підліткам.

Встановлені в ході нашого дослідження основні бар'єри з боку організації медичної, консультативної допомоги підліткам, бар'єри з боку батьків, соціально - гігієнічні проблемами та якістю життя підлітків, нами розроблені заходи протидії цим бар'єрам (табл.2).

Таблиця 2.

*Основні заходи протидії бар'єрам, що асоціюються з системою охорони здоров'я, сімейними лікарями, батьками, соціально-гігієнічними особливостями підлітків, якістю їх життя, по запровадженню моделі надання медико-соціальних послуг підліткам на основі дружнього підходу на регіональному рівні.*

<i>Бар'єри, які асоціюються з системою охорони здоров'я</i>		
№	Бар'єри	Заходи по їх подоланню
1.	Недоступність для підлітків КДМ в області	Створення КДМ на базі ЦПМСД
2.	Не готовність ЦПМСД надавати медичну та консультативну допомогу підліткам	
3.	Відсутність зв'язку КДМ та сімейних лікарів з соціальними службами	Розробити програму взаємодії КДМ з соціальними службами та органами освіти
4.	Відсутність правового зв'язку КДМ та сімейних лікарів з навчальними закладами	
5.	Не укомплектованість КДМ психологами, наркологами, сексолог, урологами	Розробити програму взаємодії КДМ з підлітковими відділеннями Центру Репродуктивних технологій та Наркологічного диспансеру.
6.	Не вирішене питання вертикальної підпорядкованості КДМ другого рівня, до КДМ третього рівня.	Департаменту ОЗ підготувати наказ, по затвердженню алгоритму надання медичної допомоги підліткам на первинному, вторинному та третинному рівнях.
7.	Відсутня логістика направлення підлітків до КДМ	
8.	Не організовані Школи для батьків, учителів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я.	Організувати Школи - тренінги на базі КДМ для сімейних лікарів, організаторів охорони здоров'я, учителів, батьків та підлітків.
9.	В інформаційно-просвітницькій роботі більше використовуються групові методи просвіти.	В роботі з підлітками більше використовувати індивідуальні форми (консультативні) інформаційно-просвітницької роботи.
10.	Біля 50% звернень пов'язані з репродуктивними проблемами, раннього сексуального досвіду	Розробити сумісну програму взаємодії з Центром репродуктивних технологій, Центром СНІД, укомплектувати КДМ підлітковими гінекологами
11.	Зменшення кількості небажаних вагітностей, ПСШ, ВІЧ	

12.	З усіх відвідувань в зв'язку з психологічними проблемами, 56% пов'язані з кризовими взаємовідносинами з батьками, вчителями, однолітками.	Розробити сумісну програму взаємодії з Наркологічним диспансером, укомплектувати КДМ психотерапевтами
13.	Кількість підлітків, які вживають алкогольні напої згідно даних нашого соціологічного дослідження складає 15%,(150 осіб), тоді як на диспансерному і профілактичному обліку у нарколога всього 46 осіб	
<i>Бар'єри, які асоціюються з сімейними лікарями</i>		
№	Бар'єри	Заходи по їх подоланню
1.	80% сімейних лікарів мають труднощі в спілкуванні з підлітками	Провести тренінги для сімейних лікарів з питань надання медичної та консультативної допомоги підліткам
2.	Тільки 41% сімейних лікарів володіють сучасними методами статевого виховання	
3.	Тільки 56% сімейних лікарів володіють сучасними методами контрацепції	
4.	Тільки 38% сімейних лікарів проводять роботу з підлітками по формуванню здорового способу життя	
5.	Всього 12% сімейних лікарів співпрацюють з соціальними службами і 35% з закладами освіти	Розробити та прийняти програму взаємодії надання медичної допомоги підліткам Системою охорони здоров'я з соціальною службою, органами освіти, культури, поліції
6.	Незадоволеність наданням медичної допомоги сімейними лікарями на селі становить 38,1% в містах 61,7%	Департаменту охорони здоров'я, місцевим органам влади забезпечити контроль якості надання медичної допомоги, особливу увагу звернути на її якість та доступність в сільській місцевості.
7.	Неможливість вибрати лікаря на селі в 61,8%, в містах 29,6%	
8.	Неуважне грубе відношення персоналу на селі в 21,2%, у жителів міста в 16,2% випадків.	
9.	Незручні часи прийому серед опитаних на селі становить 51,8%; в містах – 16,2%	

10	Незадоволені своїм сімейним лікарем 54,6% респондентів на селі і 34,4% в містах	
<b>Бар'єри, які асоціюються з батьками</b>		
1.	В ході дослідження встановлено, що батьки палять -34% серед жителів села і 64,3 серед жителів міст	Організувати Школи та навчання методом ОНЛАЙН по профілактиці поведінкових факторів ризику для батьків
2.	83,4% батьків з міст і 97,5 з сіл вживають алкогольні напої в присутності дітей.	
3.	За порадами інтимного життя до батьків звертаються тільки 20% на селі і 48,7% в містах	
4.	Тільки 39% батьків на селі і 61% в містах можуть дати поради своїм дітям з питань інтимного життя	
5.	Більшість батьків в сільській місцевості не знають свого права на вибір лікаря, лікувального закладу, на право згоди та відмови від медичної допомоги.	Підготувати інформаційні листи для батьків з питань медичного права
<b>Бар'єри, які асоціюються з соціально-гігієнічними проблемами та якістю життя підлітків</b>		
1.	Низький рівень життя: дохід на одного члена сім'ї серед опитаних батьків становить менше 500 гривень	Місцевим органам влади, соціальним службам виявляти такі сім'ї, надавати субсидії та інші пільги для покращання якості життя членів родини. Вести боротьбу з фактами фізичного та психологічного насилля в сім'ях.
2.	В сім'ях палять, вживають алкогольні напої	
3.	В сім'ях є факти насилля (на селі в 10,8%, в містах 13,6%)	
4.	Проживають в гуртожитках	В молодіжних гуртожитках створювати нормальні побутові умови, контроль з боку адміністрації та батьків за організацією відпочинку та дозвілля підлітків

По результатах дослідження встановлено, що для реалізації цих заходів необхідна програма, яка могла б об'єднати всі ці відомства.

Підґрунтям для розроблення мультимодульної моделі профілактики захворюваності, серед підлітків пов'язаною

з поведінковими факторами ризику стали: світовий досвід розвинених країн, напрацювання світових професійних товариств, а також результати власних досліджень, які висвітлені в попередніх розділах наукової роботи.



Нами розроблено модель мультимодульної системи профілактики захворюваності, серед підлітків пов'язаною з поведінковими факторами ризику на основі дружнього підходу, в яку включено декілька модулів різної спрямованості, тісно пов'язаних між собою. Модулі:

з системою охорони здоров'я», «Мінімізації факторів ризику асоційованих з сімейними лікарями», «Здорова поведінка», «Мінімізації факторів ризику пов'язаних з батьками», «Політичні та адміністративні рішення», «Участь громадських організацій» (рис. 2).



**Рис. 2. Модель мультимодульної системи профілактики захворюваності, серед підлітків пов'язаною з поведінковими факторами ризику на основі дружнього підходу.**

Центральною складовою мультимодульної моделі виступає населення регіону, яке згідно рекомендаціям ВОЗ розділяється на три рівні впливу: популяційний, груповий та індивідуальний. Як показано на рисунку 2, наша Модель спрямована на окремого індивідуума – підлітка, який формує

групаду, і яка свою чергу, є складовою усього населення.

Запропоновані заходи, що стосуються всього населення будуть мати вплив і на окремого індивідуума – підлітка. Основою нашої моделі з формування здорової поведінки: це модуль: «Здорова поведінка», та модуль «Мінімізація ризиків асоційованих з батьками». Для організації

профілактичної та спеціалізованої медичної допомоги включені: «Модуль ризиків, що асоціюються з системою охорони здоров'я» та «Модуль ризиків, що асоціюється з сімейними лікарями».

Безперечно, що заходи модулів, які спрямовані на населення – «Структурно – організаційні рішення», «Участь громадськості» - будуть торкатися також окремого індивідуума, але і мати вплив на усе населення регіону. Відповідно, що політичні та адміністративні рішення спрямовані на усе населення регіону, стосується як громади, так і її членів.

Дослідженням встановлено, що більшість виявлених недоліків з профілактики поведінкових факторів ризику серед підлітків та захворюваності асоційованими з ними, пов'язані з організаційно - управлінськими аспектами системи охорони здоров'я і залежить від імплементації *Модуля «Мінімізація ризиків асоційованих з системою охорони здоров'я»*.

Якість профілактики захворювань підлітків пов'язаних з поведінковими факторами ризику характеризується і оцінюється якістю ресурсів і базується на трьох основних компонентах: процесі, структурі і результативності, які запропонував А. Donabedian для оцінки якості медичної допомоги, а також організаційними формами профілактики, що забезпечується відповідною структурою [1].

Структурний аспект може визначатися як по відношенню до закладу охорони здоров'я (підрозділу, служби) з його ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним), організацією роботи, так і до кожного медичного працівника окремо. У цьому випадку оцінюються його професійні якості: сума знань, умінь, навичок з проведення профілактичних заходів.

Попередження захворювань, пов'язаних з поведінковими факторами ризику, вимагає якісної організації, як первинної ланки системи охорони здоров'я, так і вторинного та третинного рівнів надання медичної, соціальної допомоги підліткам, та перш за все ідентифікації осіб з високим ризиком, забезпечення регулярного моніторингу за їх поведінкою та станом здоров'я.

Процесна компонента профілактики захворювань з поведінковими факторами ризику у підлітків є складовою сучасного управління організацією медичної допомоги пацієнтам в системі охорони здоров'я в цілому. Вона включає профілактичні, діагностичні, лікувальні та реабілітаційні технології надання медичної та соціальної допомоги враховуючи особливості підліткового віку [2-4].

Здатність забезпечити довгостроковий моніторинг осіб з високим ризиком є важливим завданням для ефективної профілактики захворювань, пов'язаних з особливостями підліткового віку. Як встановлено нашим дослідженням, послуги первинної медичної допомоги на рівні сімейного лікаря надавали лише епізодичний догляд, так як у лікарів первинної ланки пріоритетом є менеджмент гострих станів, таких як інфекції, травми, і хронічні захворювання, які вимагають лікування протягом багатьох років.

В той же час, дослідження показало, що сімейні лікарі в своїй більшості не готові надавати медичні, консультативні, профілактичні послуги підліткам, що підтверджено результатами опитування як самих сімейних лікарів, так підлітків і їх батьків.

Важливою складовою мультимодульної системи є сучасні технології профілактики захворювань серед підлітків пов'язаних з поведінковими

факторами ризику. До цих технологій нами віднесені організаційні технології, які базуються на дружньому відношенні до дітей та підлітків. Такими організаційними структурами у всьому світі стали Клініки дружні до молоді [5-6].

Високий рівень доказовості мають сучасні технології суто медичного характеру з профілактики поведінкових факторів ризику, вирішення одночасно діагностичних, лікувальних, консультативних, психотерапевтичних та соціальних проблем.

Сюди нами включені сучасні комунікативні технології, якими повинні займатися працівники органів місцевої влади, органів освіти, соціальної служби, які на сьогодні не володіють ними і мають бути навченими до їх використання.

Результат – це компонента системи, що відображає ефективність наданої комплексної медичної допомоги. Оцінка за результатами включає в кінцевому рахунку попередження захворюваності, інвалідності та смертності підлітків в наслідок захворювань пов'язаних з поведінковими факторами ризику [7-9].

Враховуючи вище обґрунтування, ми запровадили в області «клініки дружні до молоді» третього і другого рівнів, які між собою пов'язані організаційно та функціонально. Крім того встановлено функціональний зв'язок «клінік дружніх до молоді» третього рівня з Обласною дитячою лікарнею, Обласним медичним центром репродукції людини, Обласним центром профілактики та боротьби зі СНІДом, Обласним клінічним наркологічним диспансером.

Створені «клініки дружні до молоді» другого рівня в містах та районах області організаційно підпорядковані «Клініці дружньої до молоді» третього рівня і функціонально Центральним районним

лікарням та органам місцевого самоврядування.

Первинну медичну та профілактичну допомогу підлітки одержують сімейними лікарями ЦПМСД.

Впровадження Модуля «Мінімізація ризиків, що асоціюються з сімейними лікарями» проведено на основі наших досліджень щодо бар'єрів по запровадженню запропонованої моделі від сімейних лікарів.

Нашими дослідженнями показано, що основними ризиками, пов'язаними з сімейними лікарями, на шляху імплементації програм профілактики є: недостатність знань з питань надання медичної та консультативної допомоги підліткам: так тільки 41% сімейних лікарів володіють сучасними методами статевого виховання, 80% сімейних лікарів мають труднощі в спілкуванні з підлітками, тільки 56% сімейних лікарів володіють сучасними методами контрацепції, тільки 38% сімейних лікарів проводять роботу з підлітками по формуванню здорового способу, всього 12% сімейних лікарів співпрацюють з соціальними службами і 35% з закладами освіти, незадоволеність наданням медичної допомоги сімейними лікарями на селі становить 38,1% в містах 61,7%, незадоволені своїм сімейним лікарем 54,6% респондентів на селі і 34,4% в містах.

Тому для зменшення бар'єрів, що пов'язані з сімейними лікарями, нами розроблено комплекс заходів спрямованих перш за все на підвищення рівня знань сімейних лікарів шляхом відкриття Шкіл для сімейних лікарів на базі КДМ третього рівня, проведення тренінгів, та включення в програму первинної спеціалізації сімейних лікарів питань надання медичної, консультативної та профілактичної допомоги підліткам.

Модуль «Здорова поведінка» передбачає протидію зростаючим в масових масштабах різноманітних форм шкідливих звичок серед підлітків. До яких відноситься тютюнопаління, алкоголізація, наркотизація, токсикоманія, сексуальна поведінка з високим рівнем ризику ранні, комп'ютерну залежність і інші явища.

Для імплементації цих заходів в області розроблені та прийняті Запорізькою обласною радою Програми:

- 1) з оздоровлення та відпочинку дітей та підлітків, сімейної та гендерної політики на 2017-2021рр;
- 2) протидії ВІЛ – інфекції, СНІДу в Запорізькій області на 2015-2018рр;
- 3) репродуктивного здоров'я на період до 2015 року.

В виконанні яких задіяні департаменти освіти і науки, соціального захисту населення, молоді, фізичної культури та спорту, охорони здоров'я, культури, управління поліції.

Координує роботу цих органів влади Координаційна рада ОДА, під головуванням заступника голови обласної державної адміністрації.

Заходи прийняті цими програмами направлені на інформаційно-просвітницьку роботу по формуванню здорового способу життя у дітей та підлітків та організації профілактичної роботи на первинному, вторинному та третинному рівнях.

Одним з важливих розділів в профілактиці поведінкових факторів ризику є інформаційно - просвітницька робота з батьками.

Найбільш ефективна імплементація Модулю «Мінімізація ризиків з боку батьків», на рівні сімейного лікаря, так, як він знає кожну свою сім'ю, спадковість, сімейні проблеми, які можуть вплинути на розвиток поведінкових факторів ризику у дітей. Створені Школи для батьків, на рівні

сімейного лікаря, направлені на індивідуальну, тобто персоналізовану роботу, як з батьками так і з підлітками, зберігаючи конфіденційність.

Школи для батьків створені на базі «клінік дружніх до молоді» другого та третього рівнів, проводять групові та індивідуальні заняття для батьків з питань: профілактики вживання тютюну, профілактики вживання алкоголю, профілактики вживання психотропних та токсичних речовин, профілактики раннього материнства, профілактика ПСШ, ВІЛ/СНІДУ, права підлітків на медичну допомогу та інш. Крім того на базі «клінік дружніх до молоді» третього рівня створена система навчання ОНЛАЙН.

Залучення батьків до занять проводиться з допомогою закладів освіти і науки, соціальних служб та самих підлітків. Заняття проводять підготовлені фахівці ЗОЗ третього рівня: центру репродукції людини, центру профілактики ВІЧ/СНІДу, наркологічного диспансеру, соціальні працівники, психологи, юристи.

Вирішення питань координації діяльності органів та закладів різного підпорядкування вирішено за рахунок імплементації Модуля «Організаційно-управлінські рішення».

Пусковим моментом в імплементації наших досліджень, стало прийняття програм на рівні Обласної державної адміністрації, та рішень по її виконанню на рівні міст і районів. Одним із важливих моментів, щодо формування здорового способу життя у населення, стала децентралізація та створення Об'єднаних територіальних громад, які на своєму рівні розробляють та приймають рішення протидії факторам ризику захворюваності, інвалідності та смертності населення Об'єднаних територіальних громад, в тому

числі пов'язанні з поведінковими факторами ризику у підлітків.

Доповнює роботу цього модуля, Модуль «Участь громадськості» який впливає перш за все на поліпшення системи профілактики захворювань підлітків асоційованих з поведінковими факторами ризику завдяки плідній співпраці медичних працівників з громадою. Досвід багатьох країн з організації системи профілактики демонструє, що низка повноважень медичного персоналу переходить на активних членів громади, які не є медичними працівниками, шляхом створення ініціативних груп, які беруть на себе значну частину з освіти населення громади з питань ухилення від поведінкових факторів ризику [10].

Для виконання цих задач, ВОЗ рекомендує залучення та навчання сильних активістів місцевого співтовариства, а також ресурсне забезпечення закладів державного сектора і тих, хто працює з громадами, які мають можливість розвивати знання і навички, необхідні для залучення спільнот [11].

На сьогодні «клініки дружні до молоді» в області тісно співпрацюють з наступними громадськими організаціями: Благодійним Фондом «Сподівання», Запорізьким обласним відділення ВБО, «Всеукраїнською мережею людей, що живуть з ВІЛ/СНІД», Обласною організацією товариства Червоного Хреста

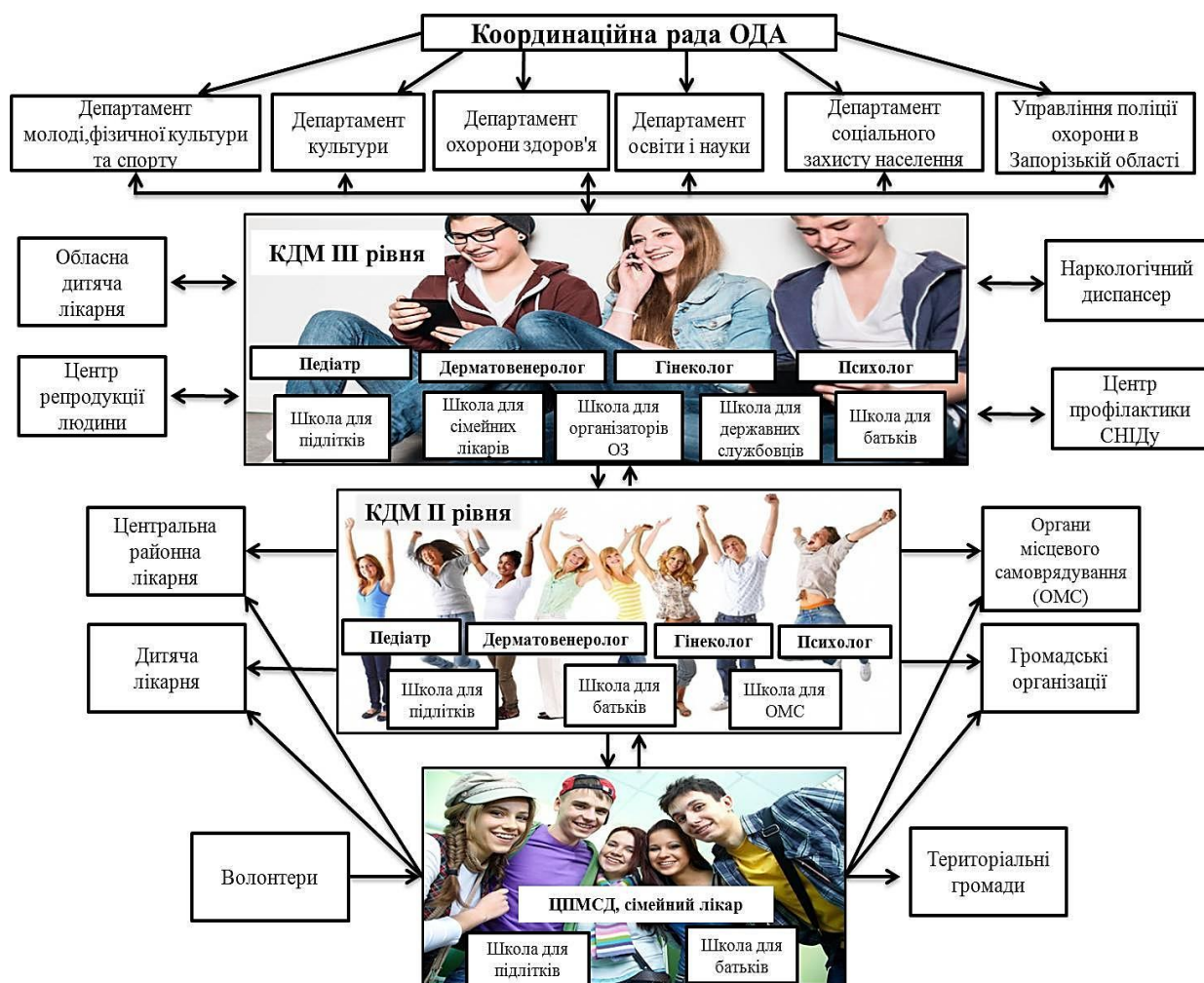
України, Запорізьким обласним благодійним фондом «Гендер Z», ГО «Всеукраїнська молодіжна асоціація студентів-медиків».

Крім того, з метою реалізації цього модуля, на базі КДМ створено Школи для державних службовців, органів місцевого самоуправління, організаторів охорони здоров'я для яких проводяться семінари-тренінги, круглі столи.

По результатах проведеного дослідження, в області прийняті Програми по оптимізації надання медичної, соціальної, консультативної допомоги підліткам на основі дружнього підходу. Виконання програми контролює Координаційна Рада, яку очолює Заступник голови Обласної державної адміністрації.

В основу програми покладено між секторальну систему основу на мултимодульній моделі. В основу реалізації нашої програми покладено основні принципи надання медичної та соціальної допомоги підліткам з поведінковими факторами ризику: доступність, ефективність проведення інформаційно-просвітницької роботи на основі міжвідомчої участі та відповідальності, залучення в організацію цієї допомоги органів освіти, охорони здоров'я, соціальної допомоги населенню, органів місцевого самоврядування, батьків (рис.4).

Рис.4. Мультимодульна модель надання медико-соціальної допомоги підліткам  
основаної на дружньому підході.



**Висновки.** За результатами даного дослідження розроблено та запроваджено мультимодульну модель профілактики захворювань та розладів у підлітків асоційованих з поведінковими факторами ризику на основі «дружнього підходу».

Спираючись на основні принципи надання медико-соціальної допомоги підліткам: доступності та доброзичливості, ми побудували в області трьох рівневу систему надання медико-соціальної допомоги підліткам.

*Перший рівень – це сімейний лікар.*

*Другий рівень - КДМ другого рівня, які створюються на базі консультативно-*

*діагностичних центрів, як функціональні підрозділи.*

*Третій рівень - КДМ третього рівня, яка може бути, як окрема юридична особа, або підрозділом Обласної дитячої лікарні. Координує надання медико-соціальної допомоги підліткам Координаційна рада, до складу якої входять фахівці департаменту освіти, культури, соціального захисту населення, пенітенціарної служби, громадських організацій.*

**Перспективи подальших досліджень:** пов'язані з вивченням медико – соціальної ефективності запропонованої моделі.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Слабкий Г.О. Соціально-економічні детермінанти алкоголізму у дорослого населення Закарпаття [Електронний ресурс] / Г.О.Слабкий, І.М.Рогач, Р.Ю.Погоріляк [та інш]. - Режим доступу:<http://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/2070>
2. Корнійчук О.П. Соціально-економічні підвалини розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Україні на засадах сімейного лікаря /О.П. Корнійчук //Україна. Здоров'я нації. - 2012. - №1. - С.69-79.
3. Equity, social determinants and public health programmes. – Geneva: WHO, 2010.
4. Pancino G. Models of protection against HIV/SIV: Avoiding AIDS in humans and monkeys / G. Pancino, G. Silvestri, K.Fowke. – UK-USA-Canada: Academic Press, 2012.– 345 p.
5. Стандарты сексуального образования в Европе:документы для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения //Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения, ФЦПСЗ. - Кельн, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010.
6. Профілактична медицина: здобуткисьогодення та погляд у майбутнє: матеріалинауково-практичноїконференції з міжнародноюучастю/за редакцією д. мед. н., професораЛеханВалеріїМикитівни, д. мед.н., професора Шевченко ОлександраАнатолійовича. –Дніпропетровськ, 2016. -176с.
7. Анфілова М.Р. Соціальний портрет сучасного підлітка із захворюваннями, що передаються статевим шляхом /М.Р. Анфілова //Український журнал дерматології, венерології, косметології. - 2012. - № 3, (46). - С.144-147.
8. Крисько М.О. Результати оцінки з питань інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень. /М.О.Крисько // Україна. Здоров'я нації. -2015.- №4(36). - С.102-106.
9. Надання медико – соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу: методичні рекомендації /[ О.А.Голоцван, С.І.Осташко, О.М. Мешкова, О.Ю.Ципко, О.Т. Сакович]. – К.:ТОВ Версо-04,2008. -179 с.
10. Профілактика ВІЛ – інфекції серед підлітків груп ризику:досвід впровадження цільових моделей в Україні / [дослідж. І.О.Яременка]. – К.:Версо 04,- ЮНІСЕФ, Укр.Ін. – т соц., 2010. -88 с.
11. Сучасні моделі надання медичної допомоги підліткам та молоді в різних клінічних ситуаціях: [методичні рекомендації]. – К., 2013,-197с.