



КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ К МОЛОДЕЖИ

[пособие для Организатора]



unicef

2002



Опыт и научные исследования показывают необходимость создания специальных служб, ориентированных на сохранение здоровья молодежи. Это пособие посвящено описанию новой концепции организации службы для молодежи - Клиники, дружественной к молодежи (КДМ). Идеология КДМ обусловлена подходом к оказанию помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения и сохранения здоровья.

КДМ ведет свою работу, используя эффективные технологии, направленные на сохранение здоровья, снижение рискованного поведения, социальное сопровождение и защиту подростка, на основе Принципов Доброжелательности, Доступности и Добровольности.

Это пособие поможет организатору КДМ выбрать модель клиники, исходя из местной ситуации и ресурсов, определения приоритетной специализации, направления деятельности, целевой группы; поможет построить взаимодействие с другими организациями, работающими в поле социального сервиса, с целью взаимного усиления эффективности работы и построения цепочек социального сопровождения подростка.

Пособие является результатом анализа и обобщения опыта работы организаций России, Украины и Белоруссии, которые уже оказывают помощь молодежи и подросткам и строят свою работу исходя из концепции КДМ. Этот опыт показал эффективность избранного подхода в деле сохранения здоровья молодежи и подростков.

Пособие предназначено для специалистов здравоохранения, образования, социальной защиты, комитета по делам молодежи, желающих организовать эффективную работу по сохранению здоровья подростков.

Пособие выпущено в рамках совместного проекта Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и общественной организации "Гуманитарный проект" (г. Новосибирск).
Руководители проекта со стороны ЮНИСЕФ К.А. Вартанова,
со стороны НГОО "Гуманитарный проект" Д.О. Камалдинов.
©ЮНИСЕФ, НГОО "Гуманитарный проект", 2002.

КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ К МОЛОДЕЖИ (пособие для Организатора)
- Новосибирск: Олден-полиграфия, 2002. - 266 с.

ISBN 5-94905-001-0

ББК 51.1(2)2
К-49

Авторы и составители пособия:

- Кротин П. Н.** - доктор медицинских наук, профессор кафедры подростковой медицины и валеологии СПбМАПО, действительный член Академии Ювенологии, главный врач Санкт-Петербургского городского консультативно-диагностического Центра для детей "Ювента", Санкт-Петербург.
- Лузан Н.В.** - доктор медицинских наук, руководитель консультативно-диагностического центра для детей и подростков "Ювентус", главный детский дерматовенеролог мэрии Новосибирска, профессор кафедры Управления образовательными учреждениями НИПКРО, Новосибирск.
- Куликов А.М.** - доктор медицинских наук, профессор, действительный член Академии Ювенологии, заведующий кафедрой подростковой медицины и валеологии, Санкт-Петербург
- Брюхина Е.В.** - профессор, доктор медицинских наук, руководитель центра охраны репродуктивного здоровья подростков, зав. кафедрой акушерства и гинекологии УГМАДО, действительный член Академии Ювенологии, Челябинск.
- Матыцина Л.А.** - доктор медицинских наук, руководитель Центра Репродуктивного здоровья детей, подростков, молодежи, доцент кафедры акушерства и гинекологии и перинатологии ФПО ДонГМУ, Донецк.
- Дмитриева Н.В.** - доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой психологии личности и специальной психологии НГПУ, Новосибирск.
- Симаходский А.С.** - доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней СПбГПМА, начальник отдела лечебно-профилактической помощи матерям и детям Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга
- Сапожникова Р.Б.** - кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии личности и специальной психологии НГПУ, Новосибирск.
- Петрова О.Н.** - кандидат биологических наук, доцент кафедры анатомии, физиологии и валеологии НГПУ, Новосибирск.
- Камалдинов Д.О.** - кандидат медицинских наук, председатель правления НГОО "Гуманитарный проект", Новосибирск.
- Аврукина О.М.** - врач-психотерапевт, НГОО "Гуманитарный проект", Новосибирск.
- Васильева И.А.** - студент Сибирского Университета потребительской кооперации, Новосибирск.
- Голованова Т.Ю.** - психолог, НГОО "Гуманитарный проект", Новосибирск.
- Давыдова С.В.** - врач-дерматовенеролог, социальный психолог, руководитель отделения медико-социальной реабилитации и профилактики МКДЦДиП "Ювентус", Новосибирск.
- Касик Е.П.** - психолог, программный директор НГОО "Гуманитарный проект", Новосибирск.
- Яшина Е.Ю.** - психолог, НГОО "Гуманитарный проект", Новосибирск.

Специалисты, принимающие участие в создании идеи и разработке структуры пособия:

- Романенко Л.В.** - заместитель начальника управления медицинской помощи детям и матерям (Главное управление здравоохранения Киевской городской администрации).
- Перцева Г.Н.** - заместитель начальника Управления Здравоохранения Администрации Калининградской области.
- Цымбалова Т.В.** - главный врач Калининградского Областного Центра медицинской профилактики, заслуженный врач РФ, главный специалист по вопросам общественного здоровья и здравоохранения Управления здравоохранения администрации Калининградской области.
- Кожуховская Т.В.** - кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по организационно-методической работе Санкт-Петербургского городского консультативно-диагностического Центра для детей "Ювента".
- Честнова В.И.** - врач высшей категории, внештатный специалист по подростковой наркологии департамента здравоохранения по Тверской области, заместитель главного врача по детско-подростковой работе областного наркологического диспансера, г. Тверь.
- Акопов Э.С.** - врач высшей категории, главный педиатр Тверской области.
- Коробова Т. В.** - заместитель министра здравоохранения Правительства Ставропольского края.
- Макеева Е. А.** - врач-методист отдела профилактики Ставропольского Краевого Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.
- Ходова Л.М.** - главный врач Новосибирской муниципальной специализированной детской Клинической больницы №5.
- Грахов В.Н.** - главный врач МЛПУ "Межвузовская больница", Томск.
- Новикова И.Ю.** - заместитель начальника по лечебной и профилактической работе управления здравоохранения Администрации г. Томска.
- Демьяненко Э.Р.** - зав. отделом эпидемиологии и профилактики Алтайского Краевого центра по профилактике и борьбе со СПИД, Барнаул.

- Асанова Т.А.** - кандидат медицинских наук, врач высшей категории, заместитель главного врача по организационно-методической работе Алтайской Краевой клинической детской больницы, Барнаул.
- Горшкова Н.В.** - кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный врач Государственного Учреждения Здравоохранения "Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" Комитета по Здравоохранению Администрации Волгоградской области.
- Харичкин Е.А.** - председатель Комитета по делам семьи администрации Волгоградской области.
- Брюхина Т.Г.** - клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии УГМАДО, Челябинск.
- Вартанова К.А.** - кандидат филологических наук, координатор программы "Здоровье и развитие молодежи" Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ), Москва.
- Кудря А.П.** - ассистент программы "Здоровье и развитие молодежи" Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ), Москва.
- Рощупкин Г.В.** - руководитель проекта UNODCCP Управление ООН по Контролю за Наркотиками и предупреждению преступности, Региональное Представительство в России и Беларуси, Москва.
- Сакович Е.Т.** - координатор программы "Здоровье и развитие молодежи" (Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Украине).
- Мельникова И. Д.** - координатор программы "Здоровье и развитие молодежи" (Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Беларуси).

Подготовка к выпуску осуществлялась Новосибирской городской общественной организацией "Гуманитарный проект".

- Редакторы: **Дикарев П. В., Дума Е.А., Уфимцев Д.Г.** - методисты НГОО "Гуманитарный проект" "Гуманитарный проект", Новосибирск.
- Художник **Попов А. Г.**, Новосибирск.
- Корректор **Нагибина Е.В.** - старший преподаватель кафедры истории мировой культуры НГПУ, Новосибирск.
- Верстка **Березин М. М.**, Новосибирск.
-

ВВЕДЕНИЕ

Хотите организовать эффективную службу охраны здоровья молодежи?

Если вы ответили "**Да**", то первый шаг сделан - первый шаг к созданию Клиники Дружественной к Молодежи (**КДМ**).

Что такое КДМ? Это служба, **ориентированная на подростков** и учитывающая их психологические и физиологические и социальные особенности.

Модель КДМ может быть различной: она может состоять из одного-единственного кабинета, а может включать в себя диагностическое отделение, стационар и даже комплекс различных структур. Однако какой бы ни была модель Клиники, она должна придерживаться общих Принципов КДМ - Доступности, Добровольности, Доброжелательности.

Модели Клиник, Дружественных к Молодежи, **многообразны**, а идеология их создания и деятельности **универсальна!**

Данное пособие предназначено для **Организаторов** - тех людей, которые готовы создать КДМ у себя в городе, районе, поселке, в любом маленьком или большом населенном пункте.

В данном пособии Организатором мы называем человека, **работающего** в одной из следующих областей: здравоохранение, образование, социальная защита, служба/комитет по делам молодежи, и **желающего организовать** эффективную работу по сохранению здоровья подростков.

В этом пособии Организатор может получить ответы на вопросы:

- Какую модель КДМ выбрать исходя из местной ситуации и ресурсов?
- Как строить взаимодействие с другими организациями, работающими в поле социального сервиса?
- Как повысить эффективность работы молодежной службы?
- Какие эффективные технологии, направленные на сохранение здоровья, социальное сопровождение и защиту подростка, существуют?
- Как организовать эффективный менеджмент КДМ, учитывая специфические задачи молодежных служб?

Мы знаем, что в сегодняшних условиях возможна реализация модели КДМ потому что Клиники, Дружественные к Молодежи существуют в России и Украине уже почти 10 лет: энтузиасты работают подростки - получают помощь. В этом пособии обобщен опыт работы этих организаций.

Мы пытались говорить в этой книге просто о сложном, потому что мы знаем, что Организаторы молодежных служб - это Открытые, Доступные, Доброжелательные люди с чувством юмора. И, хотя в книге мы рассматриваем очень серьезные и важные вопросы, наши рисунки помогут взглянуть на них с юмором и иронией.

Мы надеемся, что эта книга поможет сделать следующие шаги - открыть КДМ у себя в регионе и избежать возможных проблем и ошибок. **Это реально!**

Коллектив авторов

ДЕТИ УЧАТСЯ НА ПРИМЕРАХ, КОТОРЫЕ ИХ ОКРУЖАЮТ

Если дети растут в обстановке критиканства,
Они учатся во всем искать недостатки.

Если дети растут в обстановке враждебности,
Они привыкают драться.

Если дети часто подвергаются насмешкам,
Они становятся чрезмерно стеснительными.

Если детей постоянно стыдить,
У них появится комплекс вины.

Если к детям относиться с терпимостью,
Они тоже будут терпимыми.

Если дети чувствуют поддержку,
В них развивается уверенность.

Если дети видят благодарность,
Они сами учатся быть благодарными.

Если детей окружает справедливость,
Они тоже учатся быть справедливыми.

Если дети чувствуют себя в безопасности,
Они учатся доверять.

Если дети получают одобрение,
Они привыкают нравиться сами себе.

Если дети чувствуют дружеское отношение,
Они учатся находить в мире любовь.

Дороти Ло Ноулти

СОДЕРЖАНИЕ

1 ГЛАВА.	Обоснование необходимости создания Клиник, Дружественных к Молодежи (КДМ)	9
	<ul style="list-style-type: none"> ■ необходимость создания КДМ ■ обоснование идеологии КДМ ■ значение КДМ 	
2 ГЛАВА.	Целевая группа и Принципы работы КДМ	21
	<ul style="list-style-type: none"> ■ целевая группа КДМ ■ как учитывать психологические особенности подростка при организации работы КДМ ■ на каких Принципах строится работа КДМ 	
3 ГЛАВА.	Задачи Организатора, персонал и оценка деятельности КДМ	37
	<ul style="list-style-type: none"> ■ задачи Организатора КДМ ■ специфика менеджмента КДМ ■ работа с персоналом КДМ ■ оценка деятельности КДМ 	
4 ГЛАВА.	Возможные модели КДМ	51
	<ul style="list-style-type: none"> ■ какая форма собственности может быть у КДМ ■ какие услуги может оказывать КДМ ■ модели КДМ 	
5 ГЛАВА.	Взаимодействие КДМ с другими организациями в поле социального сервиса для подростков	71
	<ul style="list-style-type: none"> ■ КДМ как взаимодействующая структура ■ анализ ситуации взаимодействия КДМ с другими организациями 	
6 ГЛАВА.	Технологии деятельности КДМ	83
	<ul style="list-style-type: none"> ■ консультирование ■ правовая помощь ■ профилактическая деятельность ■ участие молодежи ■ создание информационных материалов 	
7 ГЛАВА.	Полезные приложения "Портфель Организатора"	131
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Подростковый возраст ■ Модели изменения поведения ■ Методы профилактической работы ■ Инструмент анализа степени участия и оценки его эффективности - "Лестница Харта" ■ Стратегическое и финансовое планирование в КДМ ■ Правовые аспекты медицинской деятельности ■ Опыт работы Санкт-Петербургского Городского консультативно - диагностического Центра для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье) ■ Краткое описание работающих КДМ ■ Ключевые понятия ■ Используемая и рекомендуемая литература 	<p>131</p> <p>139</p> <p>143</p> <p>147</p> <p>151</p> <p>187</p> <p>191</p> <p>201</p> <p>223</p> <p>228</p>

Глава 1.

Обоснование необходимости создания Клиник, дружественных к молодежи (КДМ)



В этой главе:

- необходимость создания КДМ,
- обоснование идеологии КДМ,
- значение КДМ.

Глава 1. Обоснование необходимости создания Клиник, дружественных к молодежи (КДМ)

В этой главе:

- необходимость создания КДМ,
- обоснование идеологии КДМ,
- значение КДМ.

У подростков и молодежи есть много проблем, обусловленных взрослением, свойственным им стремлением к риску, экспериментированию с наркотиками, алкоголем, ранним началом сексуальных отношений. Поведение, которое практикуется в настоящее время многими молодыми людьми, может негативно влиять на их жизнь и здоровье последующих поколений.



Последние 10-15 лет во всем мире растет необходимость создания служб здоровья для молодых людей, которые бы отвечали их потребностям. Понятие "подростковая медицина" получило признание, а это значит, что профессионалы в области организации здравоохранения и социальной помощи осознали важность создания специализированных служб, ориентированных на подростков как отдельную целевую группу - "уже не дети, еще не взрослые".

Эпидемии ВИЧ/СПИД, заболеваний, передающихся половым путем, и употребления наркотиков ускорили развитие служб, предназначенных для решения проблем здоровья подростков и молодежи.

В мире существует большое количество моделей помощи подростку: от разовых выездных акции врачей-специалистов до узко специализированных поликлиник или центров, комплексных медицинских и социальных услуг для молодежи.

В России первые медицинские учреждения, которые мы сегодня можем называть Клиниками Дружественными к Молодежи, появились в начале 90-х годов в Санкт-Петербурге и Новосибирске. На сегодняшний день в РФ и Украине насчитывается уже около 20 медико-социальных учреждений, строящих свою работу на принципах КДМ (Паспорта Клиник смотри на стр. 201). Комплексное оказание услуг для молодежи в виде КДМ уже начало входить в практику в России и странах СНГ. Примером могут служить модели служб (КДМ + Информационный Центр для

молодежи) в Новосибирске, Санкт-Петербурге, Челябинске, Томске, Барнауле, Донецке и Киеве). В своей работе Клиники в этих городах опираются на принципы, разработанные в мировой и отечественной практике с учетом рекомендаций ВОЗ. При разработке концепции КДМ были использованы лучшие эффективные технологии организаций, успешно оказывающих прямые медицинские услуги для подростков и молодежи.

Для обобщения имеющейся в мире информации и опыта в ноябре 1995 г. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) совместно с Фондом ООН по народонаселению (ЮНФПА) и Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) сформировала **исследовательскую группу** по разработке программ в области охраны здоровья подростков.

ЭТА ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА:

- **провела обзор научных данных**, касающийся эффективности мероприятий в области охраны здоровья подростков;
- **выделила важнейшие факторы и стратегии**, необходимые для разработки, осуществления и долговременной реализации этих программ;
- **разработала общие рекомендации** для их разработки;
- **рекомендовала первоочередные меры** по ускорению и усилению разработки программ.

МЫ ПРИВОДИМ НЕКОТОРЫЕ КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, РАЗРАБОТАННЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ГРУППОЙ:

1. Уже не дети, но ещё и не взрослые.

Подростковый возраст - период **быстрого развития** молодых людей. Они приобретают новые навыки и сталкиваются со множеством новых ситуаций, связанных с **возникновением риска для их здоровья и благополучия**. Помочь молодым людям на этом этапе - значит **направить их энергию в конструктивное русло**.



2. Современный мир, открывая привлекательные возможности для подростков, таит в себе и серьезные опасности для их здоровья.

Сегодня подростки имеют особую возможность пользоваться плодами технического прогресса. Но стремительная урбанизация, развитие средств связи и транспорта, рост миграции несут с собой и новые опасности для молодежи. **Подростки лишаются традиционной социаль-**

ной поддержки, которая помогала молодым людям понять и реализовать возможности периода перехода во взрослую жизнь. Во многих странах мира из-за **ослабления влияния семьи и изменения культурно-нравственных ориентиров** увеличивается количество сексуально активных подростков. Такая ситуация ведёт к росту заражений инфекциями, передающиеся половым путем, в том

числе, ВИЧ/СПИД, повышению уровня материнской и младенческой смертности. В молодёжной среде распространяется **насилие**, также увеличивается количество преступлений, совершаемых по отношению к подросткам.

Угрозу здоровью молодежи - как в настоящий момент, так и в ближайшем будущем, несут потенциально вредные вещества - табак, алкоголь и другие психоактивные вещества, ставшие легко доступными для подростков.



3. Подростковый возраст - самый важный для пропаганды заботы о здоровье.

В подростковом возрасте можно **предупредить** появление вредных привычек (табакокурение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ), так как в этот период жизни формируется **мировоззрение**, в том числе, многие **поведенческие нормы** (гендерные стереотипы, сексуальное поведение, привычки в питании, отношение к конфликтам и риску), которые будут влиять на **здоровье и благополучие в будущем**. Поэтому, получив основы ответственного отношения к своему здоровью в этот период, подросток руководствуется ими в последующей жизни. Заложить эти основы нелегко, однако **любопытство и интерес подростка являются огромным "подспорьем" на этом пути.**

4. Здоровье подростка зависит от социальных условий.

Многие факторы, лежащие в основе появления вредных привычек у подростков, обусловлены социальными причинами. К ним относятся нищета и безработица, дискриминация по различным признакам, негативные социальные перемены. Необходимо признать реальное существование этих факторов, которые ограничивают возможности укрепления здоровья и повышения благосостояния подростков.

Забота о здоровье и потребностях подрастающего поколения должна входить в число важнейших задач страны. Только решая эти задачи, государство обеспечит себе дальнейший экономический, социальный и политический прогресс и стабильность.

Совместная программа действий ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНФПА подчеркивает необходимость предоставления подросткам и молодым людям возможность:

- жить в безопасной и благожелательной среде;
- получать достоверную информацию по вопросам здоровья и развития;
- иметь доступ к консультативным службам;
- иметь доступ к медицинским службам.



Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) занимается разработкой программ по охране здоровья и развитию молодых людей. Программы ЮНИСЕФ призваны способствовать соблюдению прав, сформулированных в Конвенции о правах ребенка, и выполнению обязанностей государствами. В Стратегии ЮНИСЕФ в области здравоохранения (1995) охрана здоровья молодежи определяется как новая приоритетная задача организации. Проблемы молодых людей упоминаются и в ряде других решений Исполнительного Совета ЮНИСЕФ: касающихся табакокурения (1989), злоупотребления наркотиками (1989), безопасного материнства (1990), детей, находящихся в особо трудных условиях (1990), защиты детей (1996), ВИЧ/СПИДа (1992), планирования семьи (1993), равенства полов (1994) и образования (1995).

Необходимость сосредоточить внимание на здоровье и развитии молодых людей отмечается и в положениях других конвенций и решениях международных организаций. В Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, планах действий, принятых на Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 1994) и четвертой Всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 1995) содержатся положения, в которых основное внимание уделяется молодым людям, особенно девочкам-подросткам.

ПОЧЕМУ КДМ НЕОБХОДИМА СЕЙЧАС?

Мы определились в том, что необходимость создания КДМ продиктована следующими основными причинами:

- ухудшение здоровья подростков;
- недостаточность базовой медицинской помощи для подростков;
- социальная значимость здоровья молодежи.



(Эта информация может пригодиться Организатору при написании проекта и аргументации для принимающих решение политиков и руководителей).

Общие тенденции, которые наблюдаются в РФ в отношении здоровья подростков:

- по различным данным, за последние годы общая заболеваемость детей увеличилась на 10,2%, подростков – на 18,7%;
- заметно возрастает число лиц с дисгармоничным развитием, когда нарушаются оптимальные пропорции между длиной и массой тела, пропорции между морфологическими и функциональными показателями;
- отклонения в физическом развитии подрастающего поколения фактически являются маркерами нарушений в соматическом, психическом и репродуктивном здоровье населения;
- распространенность психических заболеваний у подростков на 21% выше, чем у детей. Психическая заболеваемость подростков за последние 5 лет выросла на 2,5% (структура патологии: умственная отсталость – 50,3%, непсихотические психические расстройства – 43,9%, психозы – 1,84%). Психические расстройства занимают ведущее место среди причин инвалидности детей (18,6%);
- свыше 70% подростков имеют признаки психологической и социальной дезадаптации, выражающиеся в трудности усвоения базовой образовательной программы, нарушениях дисциплины;
- резкий рост дезадаптации подростков, проявляющийся в девиантных формах поведения, также нередко связан с минимальными мозговыми дисфункциями, неврозами, психопатиями, характерологическими аномалиями личности, психопатоподобными состояниями;
- у 75% девушек имеются хронические соматические заболевания, у 10–15% – гинекологические расстройства, ограничивающие их фертильность. Число гинекологических заболеваний у девушек за последние пять лет возросло в три раза;
- распространенность андрологических заболеваний достигает,

по разным данным, от 13 до 56%, а в 2,2% случаев требуется оперативное лечение. Около 60% заболеваний у юношей в возрасте 14–17 лет могут представлять в будущем реальную угрозу бесплодия;

■ значительно увеличился временной интервал между дебютом сексуальных отношений и вступлением в брак;

■ изменение структуры заболеваний молодежи связано с нарастанием удельного веса "болезней поведения";

■ по стандартам ВОЗ, ситуация в стране становится опасной, когда потребление





ние алкоголя превышает 8 л в год на человека. В России в 1999 году этот показатель составлял 16,5л. Регулярно употребляют алкогольные напитки 77% подростков 15–17 лет;

- средний возраст приобщения к наркотикам 15–17 лет. За последние годы число наркозависимых подростков увеличилось в 2 раза. При сохранении подобной тенденции в течение года число наркопотребителей может превысить 3 млн. человек. С учетом возраста большинства наркоманов (13–25 лет) под угрозой оказывается треть молодого поколения страны. За последние десять лет число смертей от употребления наркотиков выросло среди несовершеннолетних в 42 раза;
- проблема наркомании еще не в полной мере осознана молодежью как особо важная. От 7 до 10% молодых людей не имеют четких установок на недопустимость употребления наркотиков. За легализацию наркотиков выступает 28,5 % молодых россиян. У 88% молодых людей сформированы позитивное отношение к употреблению наркотиков, мотивация к первой пробе и отсутствует четкое отношения к наркотикам;
- молодые люди в возрасте от 15 до 24 лет в наибольшей мере подвержены инфекциям, передаваемым половым путем. Например, по темпам роста заболеваемости сифилисом специалистами Минздрава ситуация оценивается как близкая к эпидемической (рост в 180 раз). С каждым годом увеличивается заболеваемость гепатитами А, В и, особенно, С. На молодежь приходится также половина всех новых случаев инфицирования вирусом иммунодефицита человека;
- качественное медицинское обслуживание для значительной части молодежи малодоступно;
- в группе молодежи в возрасте 21–22 года количество людей, удовлетворенных медицинской помощью снизилось до 24,5, а недовольных возросло до 33,3%. Ухудшение состояния здоровья привело к возрастанию потребности в медицинской помощи, однако государственное здравоохранение уже не в состоянии обеспечить необходимый базовый уровень медицинском помощи. В связи с высокой стоимостью, только небольшое число молодых людей может воспользоваться помощью квалифицированных специалистов и получить лечение с помощью современных технологий и препаратов (Рекомендации парламентских слушаний на тему: "Национальная стратегия охраны здоровья детей в России и ее правовое обеспечение" // Права ребенка.–2001.–№1.–С. 5–8.);
- современные социально–экономические условия определяют особые требования к состоянию здоровья работающих граждан. Общество и работодатели заинтересованы не только в квалифицированном, но и здоровом персонале;
- по данным Минздрава России, удельный вес молодежи 10–24 лет среди населения мира оказался равным 33,0%, а в России – лишь 22,9%. Это свидетельствует о явном снижении человеческого и общественного потенциала.
 Современную статистическую информацию о состоянии здоровья молодежи и подростков можно найти в литературных источниках (смотри на стр. 227)

ПОЧЕМУ ДЛЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ НУЖНО СОЗДАВАТЬ КЛИНИКИ, ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НА ИХ НУЖДЫ?

Для молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым.

Подростки и молодые люди зачастую не считают себя больными. Поэтому специальные молодёжные Клиники должны ориентироваться не только на наиболее типичные проблемы для обычных поликлиник, но и на другие аспекты здоровья:

- последствия негативных факторов, имевших место в детстве;
- сексуальное поведение и репродуктивное здоровье (ранние сексуальные деюты, нежелательная беременность, раннее материнство, инфекции передаваемые половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД);
- употребление алкоголя, наркотиков, табакокурение;
- плохое питание;
- депрессии, повышенный риск суицида;
- несчастные случаи и травматизм.

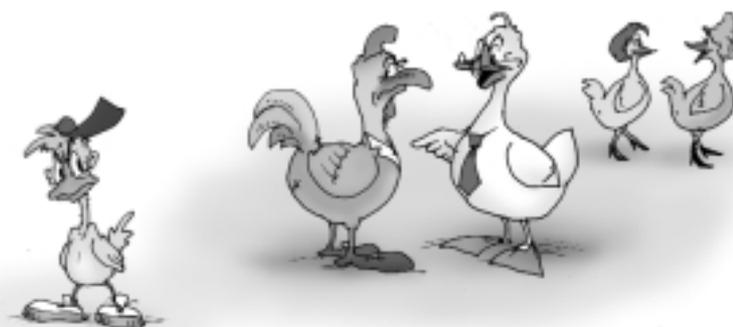
Многие из этих аспектов являются взаимосвязанными и не должны рассматриваться отдельно.

Для построения модели Клиники нам необходимо знать не только, почему она нужна молодым людям, но и то, что мешает туда обратиться: мысли чувства, страхи, опасения и т.д.

ПОЧЕМУ МОЛОДЫЕ ЛЮДИ НЕ ОБРАЩАЮТСЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ (репродуктивное здоровье, наркотическая зависимость, психическое здоровье)?

Наиболее типичные причины:

- не состоящие в браке молодые люди считают, что услуги по охране репродуктивного здоровья существуют не для них, а для людей, состоящих в браке;
- они стесняются заходить в центры, где услуги оказываются не только молодежи;
- они опасаются, что в таких учреждениях не соблюдается конфиденциальность, что об их визите туда могут узнать родители, учителя, что там они могут встретить знакомых;
- они боятся медицинских процедур, особенно, гинекологического и урологического осмотра;
- они могут стесняться того, что были когда-то изнасилованы;
- они могут бояться, что персонал будет настроен к ним враждебно;
- они не владеют информацией о риске ИППП и беременности, поэтому не знают, когда следует обращаться в клинику;
- они не знают, где находятся соответствующие медицинские учреждения и какие услуги в них оказываются;
- они не могут посещать учреждения, предоставляющие такие услуги, так как до них трудно добраться;
- они не могут позволить себе данную услугу, так как её стоимость может быть слишком высокой для подростка.



ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Если Организатору удалось построить работу КДМ так, чтобы нивелировать или свести к минимуму все вышеперечисленные страхи и опасения молодых людей, то его можно поздравить - модель эффективной Клиники получилась!

ЧЕМ КДМ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ОБЫЧНЫХ КЛИНИК?

ОПРЕДЕЛЕНИЕ:

Клиника, дружелюбная к молодежи, - это учреждение, оказывающее комплексную медико - психо - социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах Добровольности, Доступности, Доброжелательности. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.

ОТЛИЧИЕ КДМ ОТ ДРУГИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СОСТОИТ В СЛЕДУЮЩЕМ:

- КДМ оказывает более широкий спектр услуг, и в итоге обратившийся получает комплексную помощь (не только медицинскую, но и психологическую и социальную);
- КДМ как структура реализует принципы Добровольности, Доступности, Доброжелательности.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



В идеале любое медицинское учреждение, оказывающее услуги связанные с охраной здоровья, должно быть доступным, добровольным и т.д. Мы делаем акцент на Клинике для молодежи в связи с большой социальной значимостью проблемы. Кроме того, необходимо понимать, что взрослый человек сам может влиять на качество предоставляемых услуг и соблюдение конфиденциальности и выбирать учреждение, исходя из своих возможностей. Для подростка это намного сложнее. Его легче "отпугнуть" от получения медицинского сервиса, чем привлечь.

Обычное медицинское учреждение	КДМ
1. Оказываемая для подростков помощь рассчитана преимущественно на больных людей.	1. Оказываемая помощь рассчитана на здоровых и больных людей.
2. Лечение.	2. Работа с проблемой, профилактика и лечение.
3. Критерий качества - оценка по факту оказанной помощи.	3. Критерий качества - повторные обращения.
4. Узкая специализация помощи (лечебная).	4. Комплексная помощь (медицинская, психологическая, социальная, правовая).
5. "Традиционные проблемы", прежде всего, лечение соматических заболеваний.	5. "Нетрадиционные проблемы", с которыми не идут в обычную клинику.
6. Директивная модель: решение принимает специалист.	6. Модель сотрудничества: решение принимается с участием обратившегося.

ЦЕЛЬ КДМ:

сохранение здоровья подростков.

ЗАДАЧИ КДМ:

- лечение и реабилитация,
- профилактика заболеваний, проблем и рецидивов,
- информационное и консультативное сопровождение,
- создание психологически комфортных условий для каждого клиента Клиники, что облегчит прохождение лечения, решение социальных и психологических проблем.

Работа КДМ начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (диагностика лечения и реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением.

КОМУ КДМ МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗНА?

Полезьа от деятельности Клиники может определяться следующими медико-социально-психологическими показателями, например:

- уменьшением количества заболевших подростков (первичная профилактика),
- уменьшением количества подростков, которые отказались от самолечения (вторичная профилактика),
- снижением смертности, например, из-за криминальных абортов,
- увеличением количества "незаболевающих" подростков, так как у них изменилось отношение к собственному здоровью и здоровью близких им людей,
- увеличением количества подростков, прошедших реабилитацию,
- снижением количества детей, оставшихся без опеки родителей (профилактика нежелательной беременности),
- повышением рождаемости здоровых, желанных детей,
- поддержкой молодых семей,
- появлением у подростков адекватной самооценки,
- улучшением взаимоотношений с родителями и сверстниками.

Для самого **подростка** польза от работы КДМ состоит в том, что он приобретает реальную возможность получить медицинскую и психологическую **помощь**, информацию о сохранении здоровья, а значит - легче пройти **период взросления**.

Работа КДМ полезна не только для подростков и молодежи, плюсы этой работы ощутят многие.

НАПРИМЕР:

Организатор (здравоохранения, образования, службы социальной защиты службы по делам молодежи) - сможет организовать действительно эффективную, а значит - экономящую силы и средства службу, направленную одновременно как на лечение, так и на профилактику социально-значимых заболеваний; возможность организовать службу сопровождения подростка и молодой семьи; возможность организовать службу, с которой будут сотрудничать сами молодые люди, привнося свой посильный вклад в сохранение здоровья сверстников;

"государственно-мыслящие люди", политики - смогут выгодно вложить финансовые ресурсы в охрану здоровья подрастающего поколения и доказать заинтересованность в проблемах молодежи;

родители - смогут быть спокойными за здоровье своих детей, уверенными, что ребенок получит всю необходимую помощь и необходимую информацию от квалифицированных специалистов, которую родитель не может или не хочет по каким-то причинам сообщать сам.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



Для достижения наибольшей эффективности работы такой Клиники необходимо привлекать к разработке стратегии КДМ все заинтересованные стороны:

- *на государственном и административном уровне можно и нужно осуществлять рекламу Клиники и распространение информации об услугах, предоставляемых молодёжи и подросткам. Такие сведения, исходящие от официальных лиц, способствуют налаживанию сотрудничества между КДМ, образовательными учреждениями и населением;*
- *молодых людей необходимо привлекать к разработке стратегии сохранения собственного здоровья;*
- *родители, знакомые с деятельностью Клиники, могут рекомендовать своим детям и их знакомым услуги КДМ, что послужит росту ее популярности;*
- *привлечение представителей всех заинтересованных сторон как респондентов для исследования информационных нужд молодёжи и подростков в области здоровья позволяет специалистам Клиники учитывать все социальные, экономические, политические и культурные условия, в которых живут молодые люди, что значительно повышает эффективность работы КДМ.*

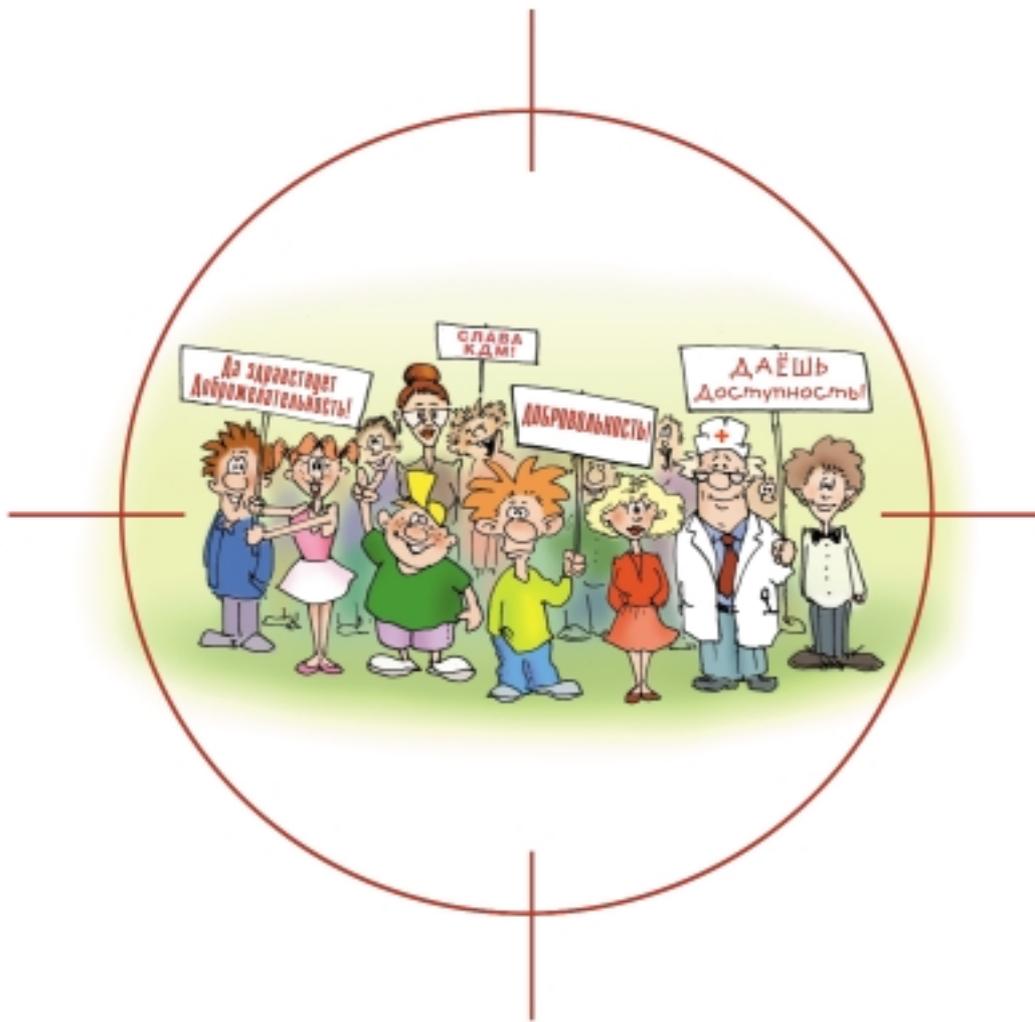
ВЫВОД:



Опыт и научные исследования показывают необходимость создания специальных служб (КДМ), ориентированных на сохранение здоровья молодежи.

Глава 2.

Целевая группа и Принципы работы КДМ



В этой главе:

- целевая группа КДМ,
- как учитывать психологические особенности подростка при организации работы КДМ,
- на каких Принципах строится работа КДМ.

Глава 2. Целевая группа и Принципы работы КДМ

В этой главе:

- целевая группа КДМ,
- как учитывать психологические особенности подростка при организации работы КДМ,
- на каких Принципах строится работа КДМ.

ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА

- это группа людей, на которую направлено определенное действие (информационное, лечебное, профилактическое, реабилитационное и др.).

В данном пособии мы не стали придерживаться какого-то одного значения целевой группы. Наша целевая группа - подростки и молодежь; врач назовет их пациентами, психолог - клиентами и т.д. **Поэтому мы используем термины "клиент" и "пациент" как равнозначные и имеем в виду подростка, обращающегося в КДМ.**

Клиентами/посетителями и даже пациентами КДМ, помимо подростков, могут быть их родственники, а также специалисты учреждений, работающих с молодежью.

Подростки и молодые люди приходят в Клинику, чтобы получить помощь: консультативную, информационную, диагностическую, лечебную и реабилитационную. Их родственники - чтобы получить информацию и консультации по вопросам урегулирования взаимоотношений с детьми, сохранения здоровья и повышения уровня информированности детей.

Для Организатора медицинского, социального и психологического сервиса подростки и молодежь - сложная и взыскательная целевая группа. Это связано:

- с их психологическими особенностями;
- с отсутствием навыков самостоятельного обращения за помощью;
- часто - с отсутствием навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей;
- с тем, что они еще материально и психологически зависимы от родителей: у них не всегда есть деньги на регулярное лечение, иногда они не хотят сообщать родителям о заболевании;
- с чувством недоверия к взрослым;
- с несерьезным отношением к своему здоровью.

Именно поэтому необходимо создание Клиник специально для подростков и молодежи - чтобы снизить проявление вышеперечисленных факторов и оказать качественную помощь.

ДЕТИ, ПОДРОСТКИ, МОЛОДЕЖЬ - РАЗБЕРЕМСЯ В ТЕРМИНАХ

В терминологии и практике Организации Объединенных Наций и Всемирной Организации Здравоохранения применяются следующие основные определения в отношении *детей и молодежи*:

дети: лица, не достигшие 18-летнего возраста;
подростки: лица в возрасте 10-19 лет (включая младший, средний и старший подростковый возраст);
молодежь: лица в возрасте 15-24 лет;
молодые люди: все лица в возрасте 10-24 лет (таким образом, непосредственно признается, что по достижении 15-летнего возраста многие меры в отношении молодежи принимать уже поздно).



Международными экспертами на совещании ВОЗ в 1974 г. подростковый возраст был определен как период, в течение которого: (а) завершается половое развитие – от появления вторичных половых признаков до наступления половой зрелости; (б) психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых; (в) происходит переход от полной социально-экономической зависимости от взрослых к относительной социальной независимости.

При таком подходе подростковый возраст включает в себя два чрезвычайно важных периода – пубертатный (от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции) и этап социального созревания, когда человек избирает профессию и овладевает ею.

Опираясь на изложенные научные принципы, комитет экспертов ВОЗ в 1977 г. предложил считать подростками лиц в возрасте 10 – 20 лет, что и принято сейчас почти во всем мире. (Здравоохранение в России считает подростками лиц в возрасте от 10 до 18 лет, в США – до 21 года.)

Если нижняя граница подросткового возраста определяется в значительной степени биологическими факторами (появление вторичных половых признаков), то верхняя – целиком зависит от нормативов социальной зрелости, принятых в том или ином обществе. Основные критерии зрелости: завершение образования, самостоятельный заработок, вступление в брак, создание семьи, принятие гражданской ответственности, реализация задач кризиса идентичности, самоактуализация, социальная компетентность.

Длительность взросления в современном обществе определяется двумя предпосылками: во-первых, фазой юности, причем она чем продолжительнее, тем выше профессиональные и социальные требования, предъявляемые к взрослым (более квалифицированный труд); во-вторых, способностью общества и государства нести большие затраты, чтобы в течение многих лет кормить, воспитывать и обучать целое поколение будущих граждан страны.

С одной стороны, нормативное удлинение периода взросления отражает заботу общества о формировании более полноценного человеческого потенциала, что следует рассматривать как благоприятный фактор. С другой стороны, удлинение периода взросления и, соответственно, "периода бесправия" создает явные предпосылки к нарастанию психосоциальной дезадаптации, асоциальных, рискованных форм поведения молодых людей, а также ряда сексуальных проблем.

Пока молодежь будет исключена из активного участия в экономической жизни, общество должно быть готово к тому, что невостребованные таланты и энергия молодости будут направляться на другие, менее полезные социальные действия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ КДМ

Как основные психологические факторы подросткового периода учитываются при организации и в работе КДМ?

ОТДАЛЕНИЕ ПОДРОСТКА ОТ СЕМЬИ

В период перехода во взрослую жизнь подросток ощущает **необходимость в самоопределении и независимости**, что приводит его то к чувству равновесия, то к растерянности.

Основное противоречие в этот период: подросток **требует признания того, что ещё не сформировалось**. Поэтому зачастую подростки активно отстаивают свои права и пренебрегают обязанностями или претендуют на те права, которыми ещё не умеют пользоваться. **Стремление к правам и излишне эмоциональное их отстаивание сочетается со страхом использования этих самых прав.**

Тем не менее, без "отдаления подростка от семьи" невозможно достижение зрелости, самостоятельности, принятия ответственности за свою жизнь. Итогом "отдаления" является не разрыв подростка с семьей, а установление новых **взаимоотношений, основанных не на принуждении, а на партнерстве**. В таком случае семья и подросток способствуют развитию друг друга.

Одним из основных аспектов поведения, которые могут влиять на развитие самосознания у взрослеющего человека, является "общественная" или альтруистическая позиция родителей. Считается, что такое поведение взрослых благоприятствует позитивному поведению подрастающего человека - сотрудничеству, взаимодействию с окружающими, что противопоставляется - агрессивности, принуждению и отчужденности.

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРА необходимо понимать, что:



- *КДМ позволяет подростку проявить свою самостоятельность, показать себе, а может, и окружающим: "Я сам обращаюсь в Клинику по поводу взрослых проблем";*
- *отношение в КДМ к подростку как к взрослому способствует его становлению как личности и помогает ему взять на себя ответственность за свое здоровье.*

МЫШЛЕНИЕ ПОДРОСТКА

У подростка развивается способность к абстрактному мышлению, то есть он может думать, "оторвавшись" от конкретных ситуаций, и концентрироваться на целом, а не на частностях. Другими словами, когда подросток оказывается перед необходимостью решить проблему, он **начинает использовать различную информацию** для обдумывания тактики и определения того, что для него **является существенным в**

данную минуту.

Логическое мышление подростка эгоцентрично. Подросток старается свести мир к тому, что логично, но теряет при этом представление о разнице между тем, что логично и тем, что реально. Ему пока **трудно понять, что мир не всегда логичен и упорядочен.**

По этой причине **подростки кажутся окружающим слишком идеалистически настроенными.** Однако этот идеализм скоро проходит, и подросток начинает смотреть на вещи как на целое и понимать разницу между целым и частным.

Чем больше у молодого человека возможностей для приобретения нового опыта, тем больше он обретает жизненных навыков.

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРА необходимо понимать, что:



- *важно использовать эгоцентризм подростка: информация, которую мы хотим донести до подростка, обращена именно к нему, к его чувствам, ориентирована на его опыт,*
- *подростковый идеализм - это та почва, на которой можно выстраивать мотивацию к сохранению здоровья и изменению поведения на менее рискованное.*

ИЗМЕНЕНИЕ ТЕЛЕСНОГО САМОВОСПРИЯТИЯ

Физиологические изменения определяют начало периода созревания и начинаются одновременно с ускорением роста.

Телесное самовосприятие возникает на основании как внутренних, так и внешних наблюдений и **реакций окружения.**

До начала полового созревания у ребенка уже сформированы взгляд на свое тело,

чувство собственности, контроля, позитивное или негативное отношение к нему. Однако теперь ситуация начинает изменяться: **цельное представление** о внешности превращается теперь во фрагментарное, **сосредотачивается на отдельных частях тела.** Эти отдельные части кажутся слишком большими или маленькими, толстыми или тонкими, и кажется, что все окружающие это замечают.

Для подростка телесное признание тесно связано с признанием сексуальной привлекательности и юношеской гиперсексу-



альностью. **Подросток страдает не от объективной сексуальной непривлекательности, а от неполучения признания сексуальной привлекательности со стороны ближайшего окружения.**

Отношение к своему телу, отражается на поведении и взаимоотношениях с окружающими.

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРА необходимо понимать, что:



- *специалисты и средний персонал могут помочь формированию положительного самовосприятия подростка, если они относятся к нему на приеме как к взрослому,*
- *персонал Клиники должен ясно представлять, какие последствия для развития личности может иметь неосторожно сказанное слово по поводу внешности или любой части тела подростка,*
- *юношеская гиперсексуальность помогает актуализации информации о том, что может влиять на репродуктивное здоровье (ВИЧ, наркотики, контрацепция и т.д.).*

САМОСОЗНАНИЕ ПОДРОСТКА

В отличие от маленького ребенка, который строит свой внутренний мир, отталкиваясь от происходящего во внешнем мире, молодой человек стоит перед необходимостью перестроить собственную внутреннюю структуру. Этот процесс основывается, главным образом, на создании новой идентичности - то есть **устойчивого самоопределения себя** в плане личностных качеств и социальных ролей, в том числе и половой. Это позволяет ему **взять на себя ответственность** за свои мысли и поступки, сформировать внутреннюю **позицию взрослого** человека, осознать себя членом общества и приобрести способность самому решать проблемы своего будущего.

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРА необходимо понимать, что:

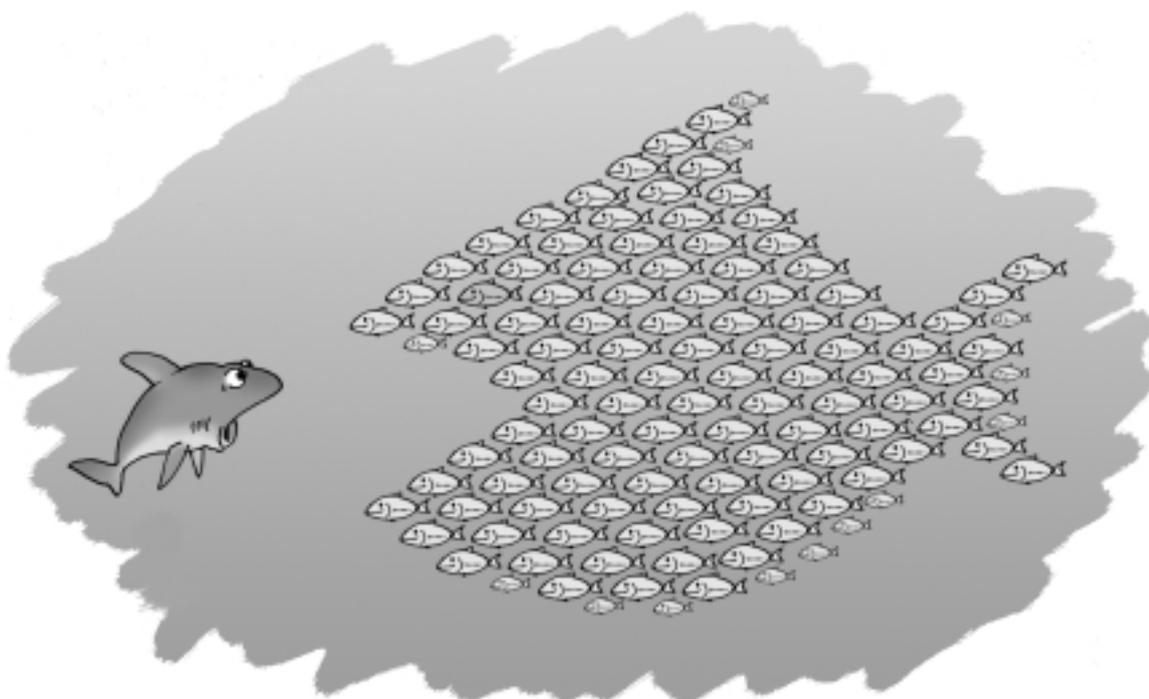


- *консультирование и модель изменения поведения - две главные составляющие профилактической работы специалистов на приеме. С помощью этих инструментов удастся сформировать ответственное поведение не только у подростков, но и у взрослых.*

ВЛИЯНИЕ ГРУППЫ СВЕРСТНИКОВ

Одна из основных задач личности подростка - **получение одобрения** семьи и других групп, которые обеспечивают ему **безопасность**. Из-за увеличения продолжительности периода взросления возрастает значение группы ровесников. Уже в старших классах средней школы группа ровесников начинает играть свою роль, ведь именно в это время предпринимаются первые попытки избежать влияния семьи.

Группы выполняют разнообразные функции (что и является причиной их "популярности" среди подростков):



- оказывают **значительную поддержку** в период отдаления от семьи и от мира взрослых вообще,
- **уменьшают чувство беспокойства**, обусловленное неуверенностью в себе,
- **помогают почувствовать себя увереннее** при совершении некоторых поступков: ведь **в группе все ведут себя подобным образом**,
- смешанные группы **позволяют молодым людям общаться друг с другом** и дают шанс испытать любовь и создать пары. Это тоже важный фактор, влияющий на развитие независимости.

Таким образом, **группа помогает справляться с физиологическими и психологическими изменениями.**

ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРА необходимо понимать, что:



- *волонтерство - один из важных компонентов КДМ, который дает возможность молодым людям социализироваться и получить желаемую поддержку со стороны группы,*
- *"зацепив" добрым отношением одного посетителя на приеме, специалист Клиники сможет привлечь для получения сервиса и профилактической информации всю компанию,*
- *в профилактических программах КДМ лучше использовать групповые методы: семинары, тренинги, акции и т.д.,*
- *если есть возможность, можно организовать у себя в КДМ "зону свободную от... наркотиков, алкоголя, насилия т.д.", где подростки смогут проводить время со сверстниками.*

Мы постарались объединить в таблице основные психологические особенности подростков и показать, как они учитываются в Принципах КДМ.

СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКА С ПРИНЦИПАМИ КДМ

Психологические особенности подростков	Как они проявляются в поведении подростка	Принципы КДМ
Юношеская гиперсексуальность	Появление полового влечения, первые свидания и привлечение внимания партнеров. Обидчивость, чувствительность к мнению окружающих по поводу внешности. Обеспокоенность физиологическими изменениями и критический взгляд на самого себя, тело становится основой самооценки и сексуальной привлекательности. Дисморфофобии.	Доброжелательность.
Влияние группы сверстников	Подростковая группа как оппозиция взрослому миру, как замена "семейной поддержки" в процессе взросления. Поведенческая, эмоциональная, оценочная независимость от взрослых. Внешний вид и манера одеваться, направленная на подчеркивание независимости. Конформность, "преданность" группе.	Участие молодежи - Доброжелательность.
Эгоцентризм	Проявляется в убеждениях, что окружающие сосредоточили свое внимание на них. Мир подчиняется их логике, потому что они исключение из всеобщих законов (они никогда не состарятся и не заболеют). Чрезмерное обдумывание происходящего: приписывание сложных мотивов поведения другим людям. Двойной стандарт: претендуя на права, отказывают в этих правах другим.	Доброжелательность, предполагающая понимание проблем подростка взрослым человеком.
Особенности эмоциональной сферы	Чувствительность, частая, резкая смена настроения, могут быть депрессии, страхи и тревожные состояния.	Доброжелательность.
Формирующееся чувство взрослости и потребность в социальном признании факта взросления	Доказать всему миру и самому себе факт собственного взросления. Притязания на социальное признание: притязания на права и пренебрежение обязанностями.	Добровольность и Доброжелательность.
Отдаление от родителей	Формирование новых отношений с родителями на основе партнерства.	Добровольность и Доброжелательность.
Освоение новых социальных ролей, новых социальных навыков	Притязания на права и новые роли.	Добровольность.

ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ КДМ

Здесь мы будем говорить о самом важном в организации КДМ - о принципах её стратегии и работы: Доступности, Доброжелательности, Добровольности.

Организатору необходимо понимать, что эти принципы основаны на психологических особенностях подростка.

Все принципы работы КДМ пресекаются и дополняют друг друга, они являются основой, на которой строится КДМ.

Сначала разберемся в терминах. Итак:

Принцип (от лат. principium "начало, основа"),

- 1) основное, исходное положение какой-либо теории, учения, науки, мировоззрения, политической организации;**
- 2) внутреннее убеждение человека, определяющее его отношение к действительности, нормы поведения и деятельности;**
- 3) основа устройства или действия какого-либо прибора, машины и т. п.**

("Большая энциклопедия Кирилла и Мефодия 2000" (БЭКМ))

Таким образом, Принципы работы КДМ - это одновременно:

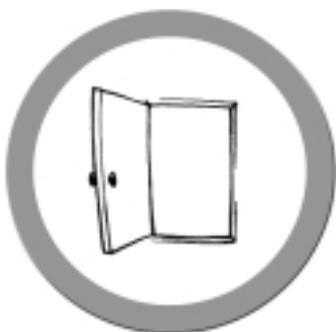
- 1) исходная идеологическая основа деятельности КДМ,**
- 2) внутреннее убеждение, свойственное всем сотрудникам КДМ, на котором строится отношение к клиентам/посетителям Клиники,**
- 3) база для функционирования КДМ как модели (организация услуг, структуры).**

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Даже если у КДМ не будет финансовых возможностей для шикарного оснащения, но Вам удастся организовать работу, основанную на Принципах КДМ - подростки к Вам пойдут!

ДОСТУПНОСТЬ



ДОСТУПНЫЙ

1. Такой, к которому или по которому можно удобно пройти.
2. Открытый для посещения или пользования; такой, к которому свободен доступ (во 2 знач.).
3. Внимательный к другим, идущий навстречу всем обращающимся к нему, не высокомерный.
4. Дешевый, получаемый за умеренную плату.
 (Толковый словарь русского языка: в 4 т. Под ред. Д. Н. Ушакова. – М., 1994.)

Под реализацией принципа Доступности мы понимаем такую организацию структуры КДМ, при которой молодой человек имеет реальную возможность получения услуг: простоту процедуры обращения, безвозмездность услуг или приемлемость их цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую интересующую информацию.

ПРИНЦИП - В ЖИЗНЬ!

- Желательно, чтобы помещение Клиники **располагалось или рядом** с основными транспортными маршрутами или в центре города.
- Кроме этого, важна и крупная, бросающаяся **вывеска**, которую невозможно не заметить с проезжей части и людям с ослабленным зрением.
- **Вход** в Клинику должен быть удобным для всех, в том числе, для инвалидов и родителей с колясками.
- Многие молодые люди предпочли бы не "афишировать" свое обращение к врачам "таких" специальностей, как наркология, гинекология, венерология, сексология, поэтому наличие других специалистов (психологи, педагоги, юристы) и **нейтральное название** КДМ помогает решить эту проблему.
- Необходимо организовать потоки посетителей так, чтобы **сократить время ожидания** клиентов. Например, можно организовать одновременную работу нескольких однопрофильных кабинетов (в одном - происходит первичный врачебный прием и обследование, во втором - проводится консультирование по полученным результатам и назначается лечение) и досуг на период ожидания очереди (видеозал, где показывают профилактические или рекламные видеофильмы, кафе, клубная комната и т.д.). Желательно, чтобы потоки посетителей были разделены по возрасту (если Клиника обслуживает и взрослых людей), а, возможно, и полу.
- Стоимость услуг, обследования и препаратов может быть снижена за счет благотворительности, взносов фармацевтических фирм и фирм, нуждающихся в рекламе (туристские услуги, товары и услуги для молодежи), оказания платных услуг взрослым, субаренды части площадей КДМ и т.д.
- Рекомендуются наладить взаимоотношения между **государственным и негосударственным сектором** (см. стр. 75). Это расширит спектр предоставляемых услуг, позволит продлить социальный патронаж после того, как молодой человек покинет Клинику.
- Необходимо давать **четкую информацию** о том, какие **виды услуг**, в какое **время** и по какой **цене** предоставляются.

- **Расписание работы** службы должно быть приспособлено к реальной жизни молодых людей. Могут ли они посещать Клинику в учебное или рабочее время? Доступны ли услуги в выходные дни? Важно убедиться, что расписание работы клиники в рекламных объявлениях и плакатах четко обозначено: если молодой человек наберется смелости пойти в учреждение, а оно будет закрыто, он может туда больше не обратиться.
- Необходимо существование **консультативного кабинета**, для визита в который **не нужна предварительная запись**. Потому что многие молодые люди не привыкли заранее звонить и договариваться о встрече, им легче просто зайти в Клинику, когда есть время, или, что более важно, когда они настроились на визит.
- Если ряд услуг КДМ планируется оказывать платно, то **цены** должны быть **минимальны** и вполне доступны для молодых людей. Все цены на услуги необходимо детально обозначить во всех видах рекламной продукции. Еще один путь решения проблемы - разделение клиентов по возрастным категориям. Например, группа до 18 лет получает все услуги бесплатно; группа с 18 до 22 лет получает частично платные услуги и т.д.). Причем можно организовать прием всех клиентов в консультативном кабинете, где для каждого заводится карточка и присваивается категория. Таким образом, документы клиентов видит только один человек в Клинике - консультант, который обеспечивает принцип конфиденциальности.
- Важно использовать **комплексный подход** для определения спектра оказываемых услуг, необходимых для молодежи. Для этого можно выяснить мнение молодых людей с помощью опросов-интервью, социологических исследований, статистических данных обращаемости в другие клиники.
- Персонал службы должен иметь возможность предоставить **информацию о других учреждениях**, в которых может быть оказана помощь или консультация по конкретному вопросу. В КДМ должна быть база данных по учреждениям, предоставляющим различную помощь молодым людям.
- Многим молодым людям большую пользу принесет не просто прием врача, а **консультирование** как услуга, которую может осуществить врач, психолог, психотерапевт или качественно обученный консультант. Это даст возможность более эффективно работать с некоторыми сложными проблемами, с которыми сталкивается молодежь.
- Важно, чтобы услуги были привлекательными и доступными **как для юношей, так и для девушек**. Подросток должен иметь возможность выбора: к какому врачу /медсестре он пойдет - женщине или мужчине.
- Многие **молодые люди, с ограниченными физическими и ментальными возможностями** имеют опыт предубежденного отношения к себе в службах, к которым они обращались. Именно поэтому концепция услуг в КДМ базируется на создании позитивного отношения к клиентам.
- Клинику посещают самые разные молодые люди, в том числе те, кто могут подвергаться дискриминации, стигматизации в повседневной жизни: **наркопотребители, гомосексуалы, лица, вовлеченные в секс-бизнес**. С персоналом Клиники необходимо проводить работу, чтобы сформировать корректное, толерантное поведение по отношению к посетителям.
- Используйте **адресное предоставление услуг**. Информацию о работе КДМ следует распространять в местах, где часто собираются подростки: клубы и организации для молодежи, приюты, где проживают молодые люди, бары и кафе; не надо забывать и о школах. Такая работа - "священная обязанность волонтеров".
- Работу с молодежью можно осуществлять не только в стенах Клиники, но и в **выездной форме** (в учебных заведениях города и области и т.д.).
- **Охват** большого количества представителей целевой группы достигается с помощью информационно-массовых мероприятий, распространения информационных материалов, продуманной **рекламной** кампании учреждения и его услуг.

ДОБРОВОЛЬНОСТЬ



ДОБРОВОЛЬНЫЙ

1. *Совершаемый по собственному желанию, без принуждения, необязательный.*
2. *Работающий на основе самостоятельности масс, при поддержке общественности.*
(Толковый словарь русского языка: в 4 т. Под ред. Д. Н. Ушакова.– М., 1994..)

Под реализацией принципа Добровольности мы подразумеваем создание условий, располагающих молодого человека к самостоятельному, осознанному обращению в КДМ и участию в ее деятельности, а также проявление доброй воли в выборе услуг КДМ.

ПРИНЦИП - В ЖИЗНЬ!

- Главный компонент для реализации этого принципа - информация, связанная с КДМ.

Эффективная информация должна быть понятной, точной, объективной, доступной - касается ли она режима работы КДМ или буклета о ВИЧ.

- Ваше учреждение предлагает **набор услуг**, из которых подросток может выбрать для себя то, что ему больше подходит (например, различные методы обследования, контрацепции, лечения и т.д.).
- Подростки получают информацию о **преимуществах и недостатках** каждого метода лечения или обследования для того, чтобы принять самостоятельное, осознанное и информированное решение.
- Для реализации этого принципа важно, чтобы подросток участвовал в дискуссии со специалистом по поводу полученной информации, что помогало бы сделать ему **осознанный выбор**.
- Персонал должен относиться с уважением к решениям, которые принимает подросток.

Об участии молодых людей в деятельности КДМ (смотри на стр. 107)

ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ



ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ

Желающий добра, готовый содействовать благополучию других, благожелательный.

Доброжелательные люди.

Доброжелательное отношение.

(В. И. Даль "Толковый словарь живого великорусского языка". Москва, 1955.)

Под реализацией принципа Доброжелательности мы подразумеваем такую организацию работы КДМ, при которой молодой человек будет получать максимально доброжелательное отношение со стороны персонала Клиники, основанное на понимании и принятии особенностей подростка, уважении, терпимости, соблюдении конфиденциальности и поддержке в выражении собственного мнения.

ПРИНЦИП - В ЖИЗНЬ!

- Первый и важный шаг в организации работы КДМ - это формирование **идеологии**, основанной на **нуждах целевой** группы, которую четко понимает персонал. При ее разработке важно учитывать, вопросы конфиденциальности, анонимности, профессиональные кодексы, юридические вопросы.
- Важно совместное обучение всего персонала как группы **единомышленников**.
- Многих молодых людей волнуют вопросы **конфиденциальности** услуг. Кто будет знать, что они посещали врача? Узнают ли родители о самом факте и подробностях их обращении в КДМ? Для многих это основные вопросы в процессе принятия решения, обращаться в службу или нет.
- В связи с **несовершенным законодательством** по вопросам здоровья подростков и возможностью различного толкования большинства законодательных актов сотрудники КДМ должны использовать ту трактовку, которая защищает права ребенка.
- **Первое впечатление от КДМ** может сильно повлиять на то, будет ли молодой человек дальше пользоваться услугами Клиники и посоветует ли ее своим друзьям.
- **Название Клиники** имеет несколько функций, включая определение того, что в ней происходит (см. паспорта организаций). Название может выбираться самими молодыми людьми, возможно, путем конкурса, что поможет созданию положительного имиджа Клиники.
- Реклама и информационные плакаты для многих будущих клиентов могут быть первым контактом с Клиникой и именно поэтому являются очень важной частью работы.



Если вы хотите, чтобы ваши информационные **материалы** были **эффективны**, не забудьте привлечь к разработке молодежь, хотя бы на этапе оценки.

■ Хорошо, если **интерьер** вашей Клиники отличается от традиционных больничных стен и "**радует глаз**" молодежи, если в Клинике есть кафе, где можно спокойно подождать своей очереди, перекусить и "прийти в себя" после приема.

😊 "ИДЕАЛЬНЫЕ" КЛИЕНТЫ КДМ:

- *относятся с должным вниманием к своему телу;*
- *заботятся о своем здоровье: регулярно приходят на профилактические осмотры;*
- *адекватно общаются с представителями обоих полов;*
- *избегают отношений, в которых ими манипулируют или они манипулируют другими;*
- *определяют собственные ценности и действуют в соответствии с ними;*
- *принимают на себя ответственность за свои поступки;*
- *осознают последствия половых отношений;*
- *осознают последствия потребления психоактивных веществ;*
- *умеют эффективно общаться с членами семьи и друзьями;*
- *не боятся задавать вопросы родителям или другим взрослым, которым они доверяют;*
- *договариваются о рамках половых отношений;*
- *адекватно реагируют на отказ в сексе;*
- *защищают себя от нежелательной беременности и заболеваний, передаваемых половым путем;*
- *демонстрируют толерантность и оценивают по достоинству различия между людьми;*
- *осознают влияние средств информации на мысли, чувства и поведение;*
- *при необходимости обращаются за информацией или услугами.*

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Если подростки Вашего административного образования соответствуют всем вышеперечисленным пунктам, то у Вас нет необходимости создавать КДМ.

ВЫВОД:



Эффективную работу КДМ можно построить только на основе Принципов Доброжелательности, Доступности и Добровольности, сформированных на понимании психологических особенностей подростка.

Глава 3.

Задачи Организатора, персонал и оценка деятельности КДМ



В этой главе:

- задачи Организатора КДМ,
- специфика менеджмента КДМ,
- работа с персоналом КДМ,
- оценка деятельности КДМ.

Глава 3. Задачи Организатора, персонал и оценка деятельности КДМ

В этой главе:

- задачи Организатора КДМ,
- специфика менеджмента КДМ,
- работа с персоналом КДМ,
- оценка деятельности КДМ.

ЗАДАЧИ ОРГАНИЗАТОРА КДМ

Руководством для Организатора может быть документ "Выводы и рекомендации исследовательской группы ВОЗ по подходам к здоровью молодежи" (По материалам "Здоровье молодежи - вызов обществу", отчет исследовательской группы ВОЗ по вопросам молодежи, и "Здоровье для всех до 2000 года", Всемирная Организация Охраны Здоровья, технический отчет серии 731, Женева, 1986 г., стр. 110-111):

- а) *на международном, государственном и местном уровнях приоритетом должна быть чуткость к конкретным потребностям и особенностям молодых людей со стороны администраторов, которые имеют влияние на состояние здоровья молодежи.*

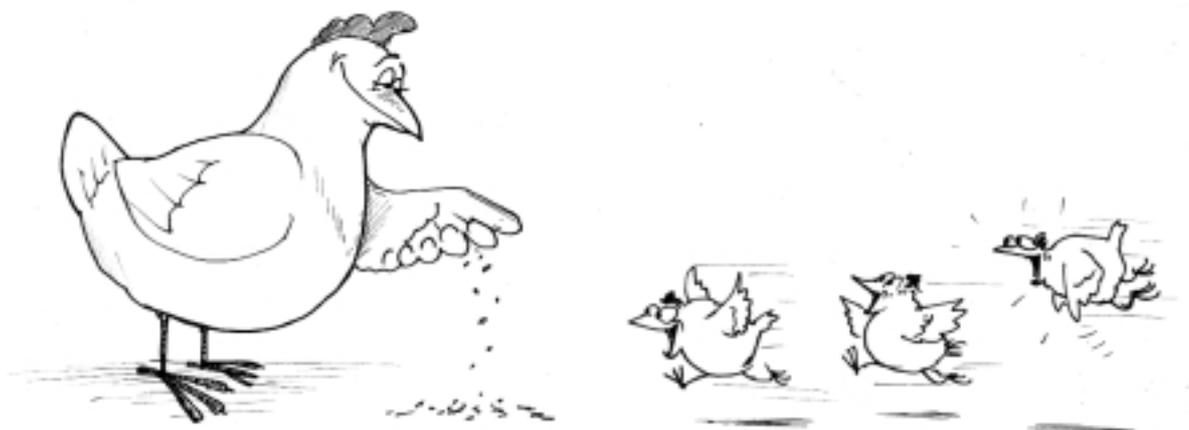
Иными словами,

Организатор, влияющий на вопросы, связанные со здоровьем молодежи, в планировании и организации сервиса для молодежи должен учитывать потребности и особенности молодых людей.

Это дает:

- возможность более целенаправленной деятельности;
- возможность предоставления действительно необходимой помощи;
- спокойное отношение к поступкам и привычкам молодежи;

- б) *молодежь должна принимать участие и разделять ответственность за развитие политики и стратегии планирования улучшения собственного здоровья.*



Иными словами,

задача Организатора - привлекать молодежь к работе сервиса.

Это дает:

- динамику развития службы;
- сохранение здоровья молодежи;
- обратную связь о работе сервиса от представителей целевой группы;
- повышение эффективности работы службы;
- стабильность положения Организатора;
- перераспределение финансирования (экономия за счет активностей, которые осуществляются молодежью);

в) молодежь необходимо обучать и активно привлекать к внедрению этой политики через волонтерские программы, в результате чего они смогут предоставлять услуги и информацию сверстникам, а также другим категориям общества, которые нуждаются в помощи.

Иными словами,

Организатору необходимо внедрять и всячески поддерживать программы равного обучения - волонтерство.

Это дает:

- возможность занять свободное время молодых людей и отвлечь их от асоциальных поступков;
- возможность привлечь молодежь к совершению общественно-полезных поступков и тем самым повысить статус молодежи в глазах общества и статус учреждения в глазах молодежи;
- возможность выработать у социально-активной молодежи активную гражданскую позицию;
- снизить степень стигматизации в молодежной среде;
- возможность расширить информационную сеть и тем самым сохранить здоровье большего числа представителей целевой группы;

- г) необходимо предоставлять молодым людям возможность придерживаться позиции сохранения здоровья и помочь им подготовиться к будущим семейным и родительским обязанностям.

Иными словами,

Организатор должен всячески способствовать поддержанию положительных стереотипов сохранения здоровья в обществе, организации "здорового" досуга, подкреплению социально-желательных форм поведения молодых людей.

Это дает:

- укрепление доверия молодых людей;
- больше шансов для изменения поведения и сохранения здоровья молодежи;
- залог здоровья будущего поколения;

- д) заботясь о здоровье молодежи, необходимо использовать комплексный подход, позволяющий учесть социальные, экономические, политические и культурные условия, в которых живут молодые люди.

Иными словами,

в своей работе Организатору необходимо учитывать социальные, экономические, политические и культурные условия жизни молодых людей и использовать эти аспекты в достижении цели сохранения здоровья. Если при организации работы КДМ учитываются все аспекты жизни конкретных представителей целевой группы, то появляется возможность влиять на изменение условий жизни молодежи.

Это дает:

- возможность целенаправленной деятельности и, как следствие, большей отдачи;

- е) необходимо предоставлять дальнейшую поддержку программам, которые уже сосредоточились на потребностях молодежи; например, работающим с проблемами, связанными с курением, алкогольным и наркотическим употреблением, половым и репродуктивным здоровьем и рискованным поведением.

Иными словами,

в работе Организатор должен учитывать опыт уже работающих профилактических и лечебных программ. в отдельно взятом регионе должна осуществляться

единая политика в области сохранения здоровья: действующие программы профилактики должны дополнять друг друга, придерживаясь принципов преемственности и непрерывности.

Это дает:

- экономию денежных средств;
- возможность внедрения единой стратегии оценки программ;
- возможность использовать опыт специалистов, работавших ранее по подобным программам;

ж) в связи с недостаточностью данных о планировании и внедрении медицинских услуг, в которых нуждаются молодые люди, необходимо развернуть деятельность в направлении сбора и распространения этих данных;

з) необходимо проводить исследования для определения личных потребностей и проблем молодежи. Необходимо предоставлять возможность молодежи принимать активное участие в этих исследованиях. Сравнение людей, которые успешно адаптировались к изменениям, с теми, у которых это не получилось, в рамках одной культуры и в разных культурах позволяет определить направление деятельности программ, связанных с укреплением здоровья.

Иными словами,

для эффективной работы Организатору необходимо проводить регулярную оценку потребностей целевой группы, в ходе чего выясняется необходимый для молодежи спектр услуг.



Это позволяет эффективно:

- проводить стратегическое планирование развития службы;
- рекламировать услуги учреждения;
- планировать услуги, исходя из потребностей целевой группы;

и) необходимо пропагандировать объективную информацию о возможностях молодых людей с помощью популярных методов с использованием всех средств массовой информации и других технологий...

Иными словами,

Организатору необходимо использовать все информационные технологии для привлечения внимания общества к потребностям молодежи.

Это позволяет:

- привлечь внимание общества к проблемам молодежи;
- создать положительный имидж Клинике;
- создать в обществе позитивный имидж здорового образа жизни.

СПЕЦИФИКА МЕНЕДЖМЕНТА КДМ КАК ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ УСЛУГИ

Услуги, в отличие от товара, характеризуются рядом особенностей:

1. Неосвязаемость. Услугу нельзя увидеть, потрогать. Поэтому потребителю очень трудно оценить качество предлагаемой услуги. Он оценивает ее качество по косвенным признакам: интерьер помещения, внешний вид персонала и т.д.

Следовательно, **необходимо оказывать особое внимание интерьеру и внешнему виду персонала КДМ.**



2. Неотделимость. Любой товар, например, хлеб, может существовать независимо от продавца, производителя и покупателя. Услуга же потребляется и предоставляется одновременно. Необходимы, как минимум, два человека: тот, кто предоставляет услугу, и тот, кто ее потребляет. На конечный результат обслуживания влияют и продавец услуги (своим мастерством и профессионализмом), и клиент, который может в процессе предоставления услуги своими пожеланиями корректировать процесс купли-продажи.

Следовательно, **работы КДМ должна быть построена на сотрудничестве профессионалов и целевой группы.**

3. Непостоянство. Рассмотрим эту особенность на примере: сшитое на заказ платье индивидуально, но при желании можно сделать точно такую же копию, взяв такой же материал и выкройки. Однако у парикмахера одна и та же прическа всегда получается по-разному, т.е. качество предлагаемых услуг непостоянно.

Следовательно, **качество работы КДМ можно повышать несколькими способами: подбирать квалифицированный персонал, проводить его дополнительное обучение, изучать потребности клиентов, их жалобы и предложения и т.д.**

4. Несохраняемость. Рассмотрим пример: авиакомпания предлагает услуги по перевозке пассажиров. На рейс были распроданы не все билеты. Самолет взлетел - места пропали, т.е. при неустойчивом спросе услуги не предоставляются и персонал "простаивает".

Следовательно, **необходимо постоянно предпринимать шаги по рекламе услуг КДМ, чтобы не было простоя. Надо понимать, что целевая группа КДМ постоянно обновляется.**

Кроме того, необходимо учитывать, что качество услуги очень трудно представить даже после ее оказания. Например, у человека прекрасное самочувствие, но при осмотре выявлена болезнь, которая его пока не беспокоит. Вылечившись, человек чувствует себя абсолютно так же и ему очень трудно оценить оказанную ему услугу. Единственное, что он может оценить - это отношение к нему врача и методы лечения.

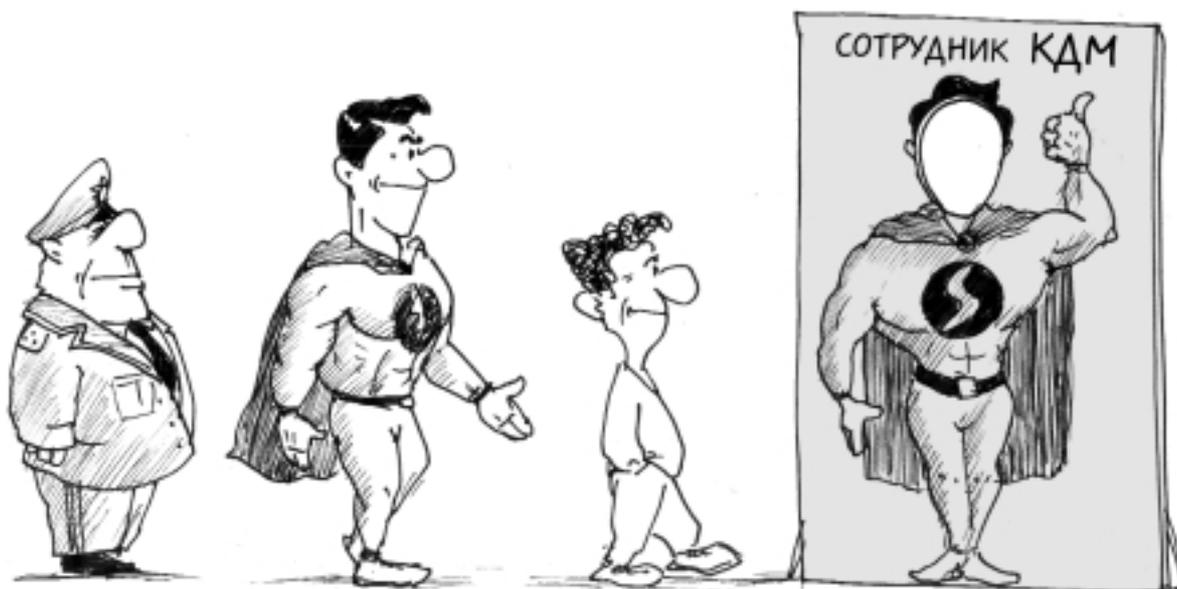
Данный фактор очень важен, т.к. от степени удовлетворенности клиента зависит, обратится ли клиент в следующий раз к Вам. Кроме того, проведенные социологические исследования показали, что **клиент, недовольный качеством оказанной услуги или качеством товара, рассказывает об этом одиннадцати знакомым, а удовлетворенный - троим.**

Реклама является одним из самых действенных и эффективных способов привлечения клиентов, а для организаций, оказывающих медицинские и консультационные услуги, - чуть ли не единственным способом.

Для любой организации, а особенно для организации, предлагающей консультационные услуги, авторитетный имидж крайне необходим. Авторитетный имидж одновременно выступает и как средство привлечения клиентов, и как гарантия качества, т.к. клиенту очень трудно оценить качество предлагаемой услуги даже после ее оказания.

ПЕРСОНАЛ КДМ: ПОДБОР, ПОДГОТОВКА, ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ

Итак, мы знаем, что "кадры решают все", и, следовательно, более половины успеха работы КДМ будет зависеть от персонала Клиники.



Важно учитывать мнение молодежи, которая высказывает в адрес работников здравоохранения следующие пожелания (Материалы Фонда ООН по народонаселению, 1999):

- создавать условия, при которых молодежь чувствовала бы себя уверенно и комфортно,
- предоставлять необходимую информацию и услуги,
- не разглашать конфиденциальные сведения,
- прислушиваться к мнению молодых людей в отношении оказываемых услуг;
- принимать молодежь такой, как она есть;
- позволять молодым людям самим принимать решения, касающиеся их жизни,
- не создавать предвзятого мнения о молодежи.

В РАБОТЕ С ПЕРСОНАЛОМ ОРГАНИЗАТОРУ НЕОБХОДИМО РЕШИТЬ НЕСКОЛЬКО ЗАДАЧ:

1. Подобрать для работы заинтересованных людей с учетом уровня профессиональной подготовки.

Персонал для работы в Клинике проходит предварительный отбор. Лучше, когда к подбору персонала привлекаются не только администраторы КДМ, но и психологи, а также дру-

гие консультанты, понимающие специфику работы по оказанию услуг молодежи.

При подборе персонала мы исходим из требований, предъявляемых к сотрудникам КДМ. Сотрудник КДМ:

- понимает необходимость и важность работы по сохранению здоровья молодежи;
- строит свою работу, основываясь на Принципах деятельности КДМ;
- является квалифицированным специалистом и стремится к совершенствованию в своей профессиональной области;
- владеет методами работы с подростками, знает их возрастные особенности;
- знает нормативно-правовую базу, в том числе, правовые аспекты работы с подростками.

Чем большему количеству требований соответствует будущий сотрудник, тем меньше ресурсов потребуется на его дополнительную подготовку.

2. Организовать базовое обучение команды профессионалов Клиники.

Базовое обучение необходимо для формирования команды и общих подходов к пониманию принципов КДМ.

Базовая подготовка предполагает формирование единых подходов и стандартов внутри данной Клиники при работе с пациентами/клиентами/посетителями.

Команда должна иметь общие подходы по следующим темам:

- Принципы КДМ (см. стр. 29),
- подростковая психология,
- некоторые специальные вопросы (например, методы контрацепции у подростков, методы лечения наркозависимости).

Для подготовки персонала желательно проводить обучение с помощью групповых семинаров-тренингов.

Лучше проводить одновременное обучение всего персонала КДМ: врачей, средних медработников, психолога, социолога и, желательно, юриста.

Лучше, если базовое обучение будут проводить специалисты из уже существующих КДМ: прежде всего - психологи и психотерапевты, которые помогут формированию идеологии, организуемой КДМ.

3. Организовать постоянное обучение, повышение квалификации и обмен опытом, учитывая обратную связь со стороны целевой группы.

Реализация данной задачи зависит от модели, структуры и ресурсов КДМ.

Обратная связь от целевой группы позволяет не только оценить качество оказываемых услуг, но и получить оперативную информацию об изменениях, происходящих в молодежной среде, которые могут влиять на состояние здоровья (появление новых наркотиков, изменение форм их потребления; появление в целевой группе новых мифов и увлечений, влияющих на здоровье). Получаемая информация позволяет оперативно планировать обучение и повысить эффективность работы.

ПРИМЕР



(Из опыта работы по подготовке специалистов на кафедре подростковой медицины и валеологии СПбМАПО, Санкт-Петербург.)

Основные трудности, декларируемые медиками в организации профилактической работы:

- *неверие в эффективность подобной работы: "если в семье подростку что-то позволено, то никакой врач не убедит его в обратном";*
- *нехватка времени: "на пациента отводится 10-12 мин., успеть бы анамнез собрать";*
- *нежелание иметь дополнительную неоплачиваемую нагрузку;*
- *отсутствии навыков подобной работы, только "умение запугивать".*

Наш опыт обучения профилактической работе с подростками свидетельствует о том, что у современных подростковых врачей часто не сформировано представление о рациональных принципах собственного образа жизни. В начале обучения максимальная заинтересованность слушателей в этой проблеме достигается через разработку собственных аспектов жизнедеятельности при разборе темы "Гигиена медицинского работника". Огромный интерес вызывает обсуждение психологии человека и обретение навыков общения на практических занятиях.

При обсуждении факторов риска в жизни взрослого человека необходимы методики оценки обсуждаемого рискованного поведения: допустимого количества выпитого алкоголя, тесты для выявления алкогольной или никотиновой зависимости, методика оценки необходимой суточной физической активности, принципов количественного формирования рациона питания. Врачи хорошо подготовлены по этим вопросам в отношении больных людей, но, к сожалению, не имеют достаточной базы знаний в отношении здоровых пациентов.

И только после обсуждения принципов сохранения здоровья взрослых, через осознание необходимости перемен в собственной жизни на основе новых знаний, можно переходить к обсуждению вопросов о формировании здорового образа жизни подростков.

Наш опыт показывает, что после обсуждения и обучения собственному здоровому образу жизни высказывания врачей обретают другой смысл и убежденность в необходимости подобных изменений для подрастающего поколения. У слушателей появляется мотивация к обучению методикам профилактической работы с подростками.

Обсуждаются правила общения с подростками, аспекты от-

ношений "взрослый-подросток". Разбираются вопросы возрастной психологии, конфликтологии. Знание психофизиологии подросткового периода позволяет оценить оптимальный объем вмешательства в образ жизни конкретного подростка. Знание психологии общения помогает врачу сформировать у подростка мотивацию к изменению рискованного образа жизни.

Итак, в обучении врачей принципам проведения профилактической работы с подростками необходим комплексный подход:

- 1) обучение должно включать в себя занятия по формированию представлений о собственном образе жизни и его составляющих.
- 2) в программу необходимо включить вопросы психологии общения.
- 3) в процессе обучения необходимо сформировать навыки оценки факторов риска подросткового периода и дать конкретные знания о степени риска для здорового подростка.

В качестве методик профилактической работы с подростками могут быть рекомендованы методики мотивационного опроса подростка по факторам риска, методика кратковременного профилактического вмешательства и методика "Помоги людям измениться", рекомендованные ВОЗ для работы семейных врачей.

На протяжении всей работы специалистов в Клинике необходимо проводить супервизию. Это могут делать представители администрации, приглашенные специалисты или коллеги. Обсуждение результатов супервизии желательно проводить доброжелательно, чтобы все участники обсуждения смогли использовать полученные результаты для личного и профессионального роста.

Естественно, что труд всех специалистов Клиники должен оплачиваться в соответствии с высокими требованиями, предъявляемыми к ним.

ЭФФЕКТИВНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ И РАБОТА С ПЕРСОНАЛОМ

От руководителя организации зависит эффективность работы персонала. Задача руководителя состоит в том, чтобы как можно более точно оценить состояние и потребности персонала, а также построить процесс мотивации.

В качестве примера мы рассмотрим психологическую теорию "Иерархия потребностей". Как и любая теория, она имеет свои плюсы и минусы, но, по нашему опыту, она доступна для понимания и помогает Организатору структурировать работу с персоналом. Итак,

американский психолог А. Маслоу описал иерархию человеческих потребностей:

- 1) основные (физиологические) потребности (обеспечение питанием, жильем, одеждой);
- 2) потребность в защищенности (стремление к безопасности и защите от риска);
- 3) социальная потребность (стремление к контактам);
- 4) потребность в общественном признании;
- 5) потребность в развитии (стремление к самовыражению).

По мнению А. Маслоу, высшие потребности набирают силу и становятся актуальными после того, как удовлетворены низшие (физиологические). В зависимости от преобладающей потребности, можно сформулировать следующие рекомендации:

для ступени "потребность в развитии":

- обеспечивайте подчиненным возможность обучения;
- давайте подчиненным сложную работу;
- поощряйте и развивайте у подчиненных творческие способности;
- поддерживайте стремление сотрудников к образованию;
- поощряйте дополнительное образование;
- организуйте внутриорганизационную систему обучения;
- совершенствуйте систему оплаты труда с учетом уровня профессионального развития сотрудников;

для ступени "потребность в признании":

- предлагайте содержательную работу с реальными, достижимыми результатами;
- обеспечивайте обратную связь (от подчиненных к руководителям);
- оценивайте работу и поощряйте работников;
- привлекайте подчиненных к выработке целей и решений;
- делегируйте подчиненным часть прав;
- продвигайте подчиненных;
- обеспечивайте обучение и переподготовку работников;

для ступени "социальная потребность в общении":

- давайте подчиненным работу, которая позволяет им общаться;
- проводите с подчиненными периодические совещания;
- не разрушайте неформальные связи;
- помогайте группе испытать общий успех;

- обеспечивайте равное внимание ко всем группам сотрудников;
 - культивируйте веру в реальность стоящих перед группой задач;
- для ступени основные (физиологические) потребности:**
- люди должны знать, что Вы делаете все возможное для повышения их материального достатка;
 - используйте материальную мотивацию (денежные премии, поощрения и т.д.). Однако помните, что при частом ее использовании она становится неэффективной.

Чтобы данные рекомендации работали, следует выбрать правильную линию поведения или стиль руководства. В работе КДМ всегда эффективен демократический стиль руководства. Демократический стиль предполагает развитие инициативности работников, поощрение творческого подхода и самостоятельности. Решения рассматриваются, обсуждаются и принимаются коллективно. При таком стиле руководства развита прямая связь (от руководителя к подчиненным) и обратная связь (от подчиненного к руководителю).

Перед руководителем стоит также другая задача - сделать представителей целевой группы своими партнерами. В чем плюсы такого положения? Партнер всегда поможет в трудную минуту, партнер привлечет к делу своих знакомых и друзей, а в будущем - и детей. Кроме того, сегодняшняя молодежь - это будущие специалисты, которые могут придти работать к Вам.

ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КДМ

Оценка деятельности КДМ проводится по следующей схеме:

1. Оценка учреждения (наличие лицензии, соответствие деятельности намеченной миссии и стратегическим задачам).
2. Оценка услуг (качество, объем, удовлетворенность потребителей, наличие лицензии на оказываемые услуги).
3. Оценка персонала (соответствие квалификации занимаемой должности, наличие необходимых знаний и навыков, дополнительная специализация, мотивация к профессиональному росту и т.д.).
4. Оценка руководителя (наличие необходимых знаний и навыков, специальное обучение управленческой деятельности, мотивация к профессиональному росту, навыки стратегического планирования, знания в области менеджмента, маркетинга и т.д.).

Оценка может быть как внутренней (когда ее проводят специалисты Клиники с целью подведения итогов и планирования деятельности), так и внешней (когда ее проводят внешние эксперты с целью определения соответствия деятельности Клиники стандартам качества работы).

КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Критерий	Характеристика
Оптимальность	Результаты обращения в Клинику пациента должны быть оптимальными и соответствовать уровню медицинской науки и таким биологическим факторам, как его возраст, заболевания, сопутствующий вторичный диагноз и другие факторы.
Удовлетворенность	Пациент должен получить максимальное удовлетворение от оказываемой медпомощи.
Удобство	Максимум манипуляций за минимум времени. Удобное время работы (напр., в учебных заведениях после учебы). Удобство препаратов и процедур в применении.
Адекватность	Обоснованность действий и технологий, которая предусматривает компетентность медицинского персонала, соблюдение апробированных и рекомендованных схем обследования и лечения отдельных групп пациентов (протоколы, руководства).
Безопасность	Риск дополнительного травмирования или нетрудоспособности должен быть минимальным, а решение сложных вопросов, касающихся пациента, - адекватным.
Доступность и своевременность	Выполнение гарантий бесплатной медицинской помощи.

(Тест для Организатора смотри на стр. 221)

Качество медицинской помощи оценивается по 3 общим направлениям: **структура, процесс и исход.**

Структура - характеристики средств/ресурсов оказания помощи:

- материальные (оборудование, финансовые средства, медикаментозные средства и т.д.),
- персонал (численность, квалификация, профессиональная пригодность).

Процесс - характеристики предоставляемой помощи (обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий, преемственность). Основные методы оценки процесса - изучение историй болезни и сбор данных с помощью заполнения форм-опросников самими медицинскими работниками.

Исход - результат оказанной помощи (изменения в состоянии здоровья и поведении клиента, удовлетворенность врачебным и медсестринским обслуживанием, динамика заболевания, осложнения лечения, смертность).

Оценка исхода как показателя качества отражает основную задачу медицинского обслуживания - помочь больному. Фактически, исходы включают в себя влияние структуры и процесса на качество.

Оценка деятельности будет полной в том случае, если рассчитанные показатели будут:

- представлены не разрозненно, а в комплексе;
- сравниваться с полученными аналогичными показателями по городу, области, республике;
- оцениваться в динамике;
- сравниваться с существующими нормативами (стандартами) обеспечения медицинской помощью подростков.

ВЫВОД:



Организатор строит эффективный менеджмент КДМ, учитывая специфические задачи молодежных служб.

Глава 4.

Возможные модели КДМ



В этой главе:

- какая форма собственности может быть у КДМ,
- какие услуги может оказывать КДМ,
- модели КДМ.

Глава 4. Возможные модели КДМ

В этой главе:

- какая форма собственности может быть у КДМ,
- какие услуги может оказывать КДМ,
- модели КДМ.

Для того чтобы рассмотреть возможные функциональные модели КДМ, нам необходимо понять место КДМ в поле социального сервиса определенной административной единицы, например, района, города.

Под **социальным сервисом** мы понимаем весь спектр услуг (медицинских, социальных, досуговых, образовательных, психологических) и помощь, оказываемую населению данного населенного пункта.

Внутри общего поля социального сервиса мы выделяем поле "**сервис для подростков**". Это вся помощь и услуги, которые может получить молодой человек в данной административной единице.

А вот уже внутри сервиса для подростков мы как отдельное поле выделим **поле сервиса по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста**. В этом поле КДМ может быть главной структурой для данной административной единицы.

В организации всего социального сервиса принимают участие все заинтересованные государственные структуры (здравоохранение, образование, комитеты по делам молодежи, социальная защита и т.д.), негосударственные некоммерческие организации и бизнес-структуры.

КДМ можно организовать в центрах социальной защиты, психологических центрах, детских и взрослых учреждениях здравоохранения, спортивных и досуговых центрах, в образовательных учреждениях, центрах социальной помощи молодежи. При этом КДМ может быть самостоятельной организацией, а может являться подразделением этих структур. В зависимости от статуса, подчинение, финансирование, взаимосвязь между КДМ и другими структурами, алгоритм оказания помощи будут различными.

КАКАЯ ФОРМА СОБСТВЕННОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ У КДМ?

1. Государственная (бюджетная).

Эта форма имеет следующие преимущества:

- стабильное финансирование из бюджета;
- обязательное медицинское страхование на определенные виды услуг/деятельности;
- доверие со стороны населения относительно качества услуг;
- государственные гарантии сотрудникам (пенсия, отпуск, оплата больничного листа и декретного отпуска);
- возможность минимальной или льготной оплаты за коммунальные услуги и аренду КДМ;

- большая вероятность того, что клиника станет экспериментальной площадкой, что предоставляет новые возможности для разработки и внедрения технологий.

Однако недостатки у этой формы собственности тоже есть:

- недостаточное финансирование в случае социально-экономического кризиса;
- ограничение на количество оказываемых льготных/бесплатных услуг;
- трудности с приобретением нового оборудования, оснащения кабинетов;
- не всегда можно реализовать новые подходы к оказанию помощи;
- возможность работы только в рамках декларируемых форм и декларируемых функциональных обязанностей;
- сложности с нахождением денег на непредвиденные расходы;
- политическая конъюнктура иногда влияет на развитие тех или иных направлений в области профилактики.

2. Государственная форма собственности с привлечением внебюджетных средств.

В этом случае часть финансирования поступает из бюджетных средств, а часть - от спонсоров, благотворительных фондов, платных услуг другим категориям населения.

Эта форма имеет следующие преимущества:

- большая материальная независимость и мобильность;
- возможность расширения сферы услуг и деятельности;
- большая свобода в экспериментировании;
- возможность сохранения всех социальных гарантий.

Недостатки этой формы собственности:

- много сил и времени затрачивается на работу со спонсорами;
- дополнительная нагрузка на специалистов Клиники;
- удвоение отчетности - как перед государством, так и перед спонсорами.

3. Негосударственная форма собственности.

Работа по грантовым заявкам, финансирование коммерческими структурами или частными спонсорами.

Эта форма имеет следующие преимущества:

- в связи с более высокой заработной платой возможно привлечение более квалифицированных специалистов;
- возможность создания более комфортных условий для целевой группы;
- возможность расширения сферы услуг и деятельности;
- большая свобода в экспериментировании.

Недостатки этой формы собственности:

- много сил и времени затрачивается на работу со спонсорами,
- дополнительная нагрузка на специалистов Клиники;
- самая уязвимая форма собственности в связи с нестабильным финансированием;
- отсутствие социальных гарантий сотрудникам Клиники;
- может не действовать система обязательного медицинского страхования для обратившихся в Клинику;
- население может меньше доверять услугам частной, а не государственной Клиники.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Вопросы финансового планирования и поиска средств см. на стр. 156 в Портфеле Организатора.

В зависимости от региона доля участия в организации всего социального сервиса любого из этих трех секторов (государственный сектор, бизнес-сектор, общественный сектор) может быть разной.

КДМ как структура может существовать внутри каждого из этих секторов или ведомств.

Но еще раз напомним о том, что наиболее приоритетной является государственная форма учреждения КДМ в связи с большой социальной значимостью проблемы сохранения здоровья подростка.

Итак, рассмотрим поле сервиса по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, которое организуют местные государственные структуры. Чаще всего это здравоохранение, образование, социальная защита и комитет по делам молодежи. КДМ может учреждаться (относиться/получать финансирование) всеми этими ведомствами, несколькими или одним из них.

Также важным моментом организации поля являются сами услуги. Вне зависимости от того, кто их предоставляет, мы условно разделили их на четыре Направления:

- консультативно-информационное,
- лечебно-диагностическое,
- реабилитационное,
- социально-психологическое.

Мы понимаем, что это искусственное разделение, так как все направления взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Консультирование является - как основным направлением предоставления услуг, так и основным методом внутри других направлений.

Работа Клиники начинается с консультирования, которое продолжается на всех последующих этапах (диагностика, лечение и реабилитация) вместе с социально-психологическим сопровождением.

Услуги КДМ в зависимости от Направлений:

- **консультативно-информационные:** предоставление клиентам информации о том, как сохранить здоровье, о средствах профилактики, контрацепции, о том, куда и к кому можно обратиться за помощью;
- **лечебно-диагностические:** проведение медицинской (выявление

заболеваний) и психологической диагностики, оказание лечебной помощи, связанной с заболеванием, социально-психологическое сопровождение процесса лечения;

- **реабилитационные:** психическое и физическое восстановление организма после перенесенного заболевания/проблемы, социально-психологическое сопровождение реабилитационного процесса;
- **социально-психологические:** консультирование молодежи по психологическим проблемам, сопровождение целевых групп и их ближнего окружения, консультирование по модели изменения поведения, адвокация интересов целевых групп.

КДМ, вне зависимости от своей модели, реализует все, несколько или одно из этих направлений. Если КДМ обеспечивает не полный объем услуг, то она выстраивает цепочку сервиса для подростка по недостающим направлениям.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Предлагаемая нами схема позволяет Организатору провести первичный анализ: чего не хватает в "поле сервиса", что необходимо создать, а что можно использовать из уже существующего.

Модель КДМ может быть различной: она может состоять из одного-единственного кабинета, а может включать в себя диагностическое отделение, стационар и даже комплекс различных структур. **Однако, какой бы ни была модель Клиники, она должна придерживаться общих Принципов КДМ.**

Модели Клиник, дружественных к молодежи, МНОГООБРАЗНЫ, а идеология их создания и деятельности УНИВЕРСАЛЬНА!

Мы знаем, что реализация модели КДМ в сегодняшних условиях возможна. Несмотря на все межведомственные трудности, Клиники, дружественные к молодежи, существуют в наших странах уже почти 10 лет: энтузиасты работают, подростки - получают помощь...

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



В идеале Принципы работы КДМ - Добровольность, Доступность, Доброжелательность - можно перенести на организацию всего социального сервиса для подростков, тогда мы получим ГОРОД, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНЫЙ К МОЛОДЕЖИ!



ВОЗМОЖНЫЕ МОДЕЛИ КДМ

Модель КДМ выстраивается, исходя из местной ситуации.

Сначала Организатор определяет:

А. Какова приоритетная специализация КДМ?

- Наркология,
- гинекология/андрология/репродуктивное здоровье,
- ВИЧ-инфекция,
- дерматовенерология,
- помощь в кризисных ситуациях,
- социальное сопровождение,
- другое...

В. На какие целевые группы будет работать КДМ?

- Все подростки/молодежь,
- молодежь с ограниченными возможностями,
- сироты,
- люди, пережившие сексуальное насилие,
- беженцы,
- сексуальные меньшинства,

- ВИЧ-инфицированные,
- дети улицы,
- секс - работницы,
- подростки находящиеся/освобожденные из мест лишения свободы,
- другие...

Затем Организатор определяется в двух следующих векторах:

А. Какие Направления в КДМ будут приоритетны?

- Консультативно-информационное,
- лечебно-диагностическое,
- реабилитационное,
- социально-психологическое.

В. Каков объем каждого из Направлений в рамках возможных моделей?

- Кабинет,
- отделение,
- центр,
- центр со стационаром,
- служба (объединение нескольких медицинских, социальных, психологических учреждений).

Мы поместили два основных вектора в таблицу для самостоятельной работы Организатора по анализу ресурсов и планированию развития. Таблица показывает, что моделей КДМ может быть очень много, тем более что Направления деятельности, так же как и названия моделей, выделены нами условно, и они могут изменяться в зависимости от ситуации.

Направления деятельности	Кабинет	Отделение	Центр	Центр + стационар	Служба
Консультативно-информационное					
Лечебно-диагностическое					
Реабилитационное					
Социально-психологическое					

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Описание технологии стратегического планирования смотри на стр. 151.

Ниже мы приводим возможные, но вовсе не окончательные, варианты формирования моделей. Так, мы не можем пока привести в качестве примера целую существующую службу, которая функционировала бы, исходя из Принципов КДМ.

Нижеследующее описание основывается на опыте существующих КДМ и не претендует на истину в последней инстанции. Это только повод для анализа и синтеза собственных мыслей Организатора по поводу создания **своей КДМ**.

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ КАБИНЕТ

Консультативный кабинет является КДМ "в миниатюре" и, следовательно, если он функционирует как самостоятельная единица, то должен выстраивать связи социального поля по всем направлениям.

По сути дела, Консультативный кабинет - это фундамент построения любой модели КДМ.

Главная цель деятельности Консультативного кабинета:

- оказание населению информационных и консультативных услуг по вопросам сохранения здоровья молодежи.



■ Объем предоставляемых услуг зависит непосредственно от размеров самого учреждения (количества кабинетов), количества ставок и специализации персонала (например, если в кабинете работают психологи, то они могут предоставлять информационные, консультативные, психодиагностические и реабилитационные услуги; если в кабинете работают врачи, то они могут оказывать информационные, консультативные, диагностические, лечебные и реабили-

тационные услуги; если в кабинете работает средний медицинский персонал, социальные работники, педагоги или прошедшие подготовку волонтеры, то они могут предоставлять информационные и консультативные услуги).

- **Наличие даже одного работающего консультанта** может быть свидетельством того, что КДМ существует. Консультант может оказать минимальный объем помощи, декларируемой КДМ: провести консультирование и информационную беседу, разобраться в сути проблемы и связаться со специалистами, необходимыми в каждом конкретном случае, т.е. переадресовать клиента. (Желательно, чтобы консультант выдавал необходимое направление с адресом учреждения, именем специалиста и временем приема или сам непосредственно договаривался со специалистом.) Данный подход требует построения связей с другими участниками поля сервиса.
- Обязательным условием эффективной работы кабинета будет, во-первых, хорошо обученный и настроенный на оказание помощи молодым людям консультант, во-вторых, налаженные связи (или подписанные договоры) с различными специалистами и лечебно-диагностическими службами города или района об оказании определенных бесплатных или льготных услуг для клиентов КДМ.
- Один из вариантов, когда Консультативный кабинет расположен на территории подросткового центра, дома молодежи, детской поликлиники, клуба и т.д. Это позволит подросткам обращаться в КДМ без опасения быть "уличенными в неприличных проблемах". Если Консультативный кабинет находится на территории таких учреждений, как наркодиспансер, СПИД-Центр, КВД и т.д., он **должен иметь отдельный вход**.
- Функцию связи между специалистами при отсутствии Консультативного кабинета может взять на себя Информационный телефон/Телефон Доверия.
- Даже на базе Консультативного кабинета можно создать волонтерское движение (социальное направление деятельности) - обучить людей и предоставить им возможность для самореализации и осуществления социально-значимой деятельности на безвозмездной основе. Добровольцами могут быть люди любого возраста, пола и профессии. Главное - чтобы они хотели работать, прошли специальное для этой работы обучение и прилагали усилия к развитию необходимых навыков. Добровольцы могут быть работниками Консультативного кабинета и Информационного телефона; могут проводить профилактическую работу в учебных заведениях или в производственных коллективах; могут организовывать массовые мероприятия; могут быть составителями информационной и рекламной продукции; могут распространять информацию о Консультативном кабинете.
(Подробнее о добровольчестве смотри на стр. 109)
- Время работы кабинета должно быть удобным для целевой группы (для этого лучше провести предварительное исследование и выяснить потребности и пожелания представителей целевой группы) - это может быть дневное или вечернее время, выходные дни, праздники или каникулы (см. Принципы КДМ на стр. 29).

- Удобнее, чтобы работа Информационного телефона была круглосуточной. Тогда подростки и молодежь смогут воспользоваться его услугами в любое удобное им время.

"ТРИ ЖИЗНИ" КОНСУЛЬТАТИВНОГО КАБИНЕТА:

1 вариант: Консультативный кабинет как самостоятельная структура (информационная, направляющая потоки, объединяющая и координирующая работу отдельных специалистов/учреждений).

2 вариант: Консультативный кабинет может быть создан как начальный/подготовительный этап развертывания Клиники, на котором определяется, какие специалисты и в каком количестве будут нужны этой Клинике, после чего он может перерасти в более комплексную модель.

3 вариант: Консультативный кабинет как подразделение любой комплексной модели КДМ.

Комментарии:

Возможный штат Консультативного кабинета.

Количество сотрудников определяется при организации кабинета, исходя из его функций. Необходимо только помнить, что главное лицо в данной модели - это Консультант.

НАПРИМЕР:

Консультант (психолог, врач, социальный работник, средний медицинский работник, доброволец, прошедший специальную подготовку) оказывает консультативную помощь по вопросам сохранения здоровья и изменения поведения, осуществляет переадресацию необходимым специалистам, оказывает психологическую поддержку.

Если кабинет оказывает медицинские услуги, то специалист со средним медицинским (фельдшерским) образованием и врач, имеющий специализацию по профилю работы кабинета и прошедший специальную подготовку, осуществляют:

- первичный медицинский осмотр,
- направление к специалистам или на обследование,
- диагностику заболеваний, лечение заболеваний (если это в компетенции специалистов кабинета),
- восстановление организма после перенесенного заболевания,
- назначение методов контрацепции (если это в компетенции специалистов кабинета).

Обслуживающий персонал

- дворник,
- сторож (или охранная система),
- уборщик или санитар
(если оказываются медицинские услуги).

PS: если кабинет находится на базе другого учреждения, потребность в обслуживающем персонале может быть сведена к минимуму.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ГОРОДСКИМИ И ОБЛАСТНЫМИ СТРУКТУРАМИ

Так как Консультативный кабинет может находиться в подчинении органов здравоохранения, образования, социальной защиты или департамента работы с молодежью, подчинение и финансирование будет происходить из соответствующих структур. Может быть и двойное подчинение (например, часть ставок оплачивает здравоохранение, часть - социальная защита).

Кабинет может находиться в районном, городском, областном, региональном и федеральном подчинении, это будет влиять на его статус, финансирование, целевую группу, количество охватываемого населения.

Независимо от статуса, Кабинет может взаимодействовать со всеми структурами города и области, работающими с молодежью. Они могут проводить совместные акции (например, при участии Информационного телефона, специалистов кабинета), организации могут размещать в кабинете свою информационную и рекламную продукцию. Между кабинетом и учреждениями (медицинскими, психологическими, социальной защиты) должна существовать тесная взаимосвязь, т.к. Кабинет - первое звено цепочки услуг, и далее подростки могут быть направлены к другим специалистам. Поэтому очень важно, чтобы между всеми организациями была твердая договоренность, и людям, направленным из Консультативного кабинета, всегда были готовы оказать помощь.

Как и у любой структуры, у Консультативного кабинета есть свои преимущества и ограничения.

Преимущества:

- мобильность;
- минимальные затраты на оборудование, оформление помещения, заработную плату;
- экономическая выгода: не нужно создавать новые структуры, а можно в полном объеме использовать уже существующие структуры, направляя туда клиентов;
- можно регулировать потоки населения по другим направлениям сервиса;
- если Консультативный кабинет отладил модель взаимодействия с другими структурами, то сокращаются сроки "попадания" человека к нужному специалисту (целенаправленная помощь в короткие сроки).

Ограничения:

- невозможность обеспечения комплексности оказываемых услуг на месте;
- ограниченная возможность по количеству принимаемых подростков и по времени, которое может быть выделено для работы с каждым из них;
- отсутствие дополнительных помещений, где бы обратившийся в Кабинет мог дожидаться консультации (холл, кафе, Интернет-клуб и т.д.);
- проблемы мониторинга эффективности работы;
- отсутствие обратной связи в работе с клиентом.

ЦЕНТР

Центр - более эффективная модель по сравнению с Консультативным кабинетом в плане оказания комплексной помощи молодежи в сохранении здоровья. Здесь молодые люди могут получить комплексную специализированную медицинскую, психологическую и консультативную помощь.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



Название Центра может отражать приоритетные направления деятельности для данного учреждения, включая сочетания таких слов, как лечебный, консультативный, социальный, психологический и т.д. Мы понимаем, что названия медицинских и социальных учреждений могут меняться (в том числе, и в связи с изменениями в законодательстве стран), поэтому мы ни в коем случае не исключаем такие словосочетания, как женская консультация, диспансер, поликлиника.

Опыт существующих КДМ показывает, насколько выгодно присваивать учреждению собственное имя. Оно позволяет сформировать положительный имидж, легко запоминается и удобнее, чем аббревиатуры.

Объем и характер услуг зависит полностью от специализации и мощности Центра. Наряду с медицинскими услугами, Центр может предоставлять психологическую, юридическую и социальную помощь.

В рамках данной модели проще организовать работу Информационного телефона и волонтеров. У волонтеров на базе Центра появляются дополнительные возможности: они могут проводить занятия (например, видеолекторий) с молодежью и подростками непосредственно в стенах Центра (что усиливает его популярность); они могут привлекать к своей работе и обучению всех работающих в Центре специалистов; у них будет помещение для сбора и занятий.

Специалисты Центра при этом могут выступать как в роли консультантов (консультировать волонтеров по медицинским вопросам), так и в качестве ведущих/тренеров в ходе обучения волонтеров.

Наличие в Центре волонтеров сделает его более популярным в глазах целевой группы, т.к. создаст атмосферу безопасности и комфорта (раз здесь так свободно чувствуют себя мои сверстники, значит, и мне не о чем беспокоиться, а "местные" специалисты действительно заслуживают доверия).

СТРУКТУРА ЦЕНТРА, ИСХОДЯ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КОНСУЛЬТАТИВНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ



ОТДЕЛЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ

Данное отделение может включать в себя следующие структурные единицы: регистратуру, Консультативный кабинет, Информационный телефон.

В функции регистратуры входит регистрация обратившихся, запись к специалистам, разделение потоков, а также ответы на телефонные звонки. Частично эту функцию могут выполнять Информационный телефон и Консультативный кабинет.

Если есть такая возможность, Регистратуру и Консультативный кабинет разместите ближе к входу в Центр.

ВАРИАНТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИЕМА ПЕРВИЧНЫХ ПОСЕТИТЕЛЕЙ:

Регистратор, консультант Информационного телефона и очный консультант, могут не только выполнять свои непосредственные обязанности, но и дублировать друг друга. Посетитель может обратиться в регистратуру, а может – и в Консультативный кабинет: все зависит от его желания. Каждый из консультантов (регистратор, консультант информационного телефона и очный консультант) сможет оказать очную консультацию, телефонную консультацию или записать посетителя на прием к специалисту. Для оказания помощи по телефону всей этой "справочной службе" необходим многоканальный телефон; для проведения очных консультаций – отдельные кабинеты со звукоизоляцией и удобной мебелью; для записи посетителей – компьютерная сеть, позволяющая с любого рабочего места произвести запись к любому специалисту. Вся информация может быть помещена на доске у входа в Центр. (Например: "Если Вы пришли к нам в первый раз и сомневаетесь, какой специалист Вам нужен, обратитесь в Консультативный кабинет ...") Таким образом, можно максимально сэкономить время клиентов. А подростки, благодаря исчерпывающей консультации, смогут сделать осознанный выбор специалиста или услуги.

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ КАБИНЕТ (см. стр. 57)

Кроме консультирования, Консультативный кабинет в ЦЕНТРЕ может выполнять и другие функции:

- функцию регистратуры (все, кто не знает, к какому специалисту нужно обратиться, в консультативном кабинете получают исчерпывающую информацию),
- информационную функцию: в Консультативном кабинете сообщается информация об услугах, предоставляемых Центром и заполняется карта с кратким описанием причины обращения.

ОТДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Во многих регионах функции информационно-методического отделения выполняются информационными молодежными ресурсными центрами на базе общественных организаций. Мировой опыт показывает, что разработка информационных кампаний и материалов, проведение исследований в труднодоступных целевых группах и т.д. более эффективно реализуются общественными организациями.

ЦЕЛЬ:

информационно-методическое сопровождение и мониторинг услуг для подростков и всей деятельности Центра.

ВОЗМОЖНЫЕ ЗАДАЧИ:

- проведение информационных профилактических кампаний;
- консультирование по юридическим и социальным вопросам, а также по вопросам сохранения здоровья и изменения поведения;
- продумывание презентационной стратегии (PR) и стратегии развития учреждения;
- оказание информационных услуг, в которых реализуются все методы профилактической работы (беседы, лекции, видеолектории, семинары, массовые акции, информационные и методические материалы, волонтерское движение), связанной с сохранением здоровья подростков и молодежи;
- мониторинг качества услуг и анализ эффективности деятельности Центра (например, исследование уровня информированности подростков и их удовлетворенности услугами, анализ необходимости и эффективности проведенных манипуляций);
- подготовка персонала КДМ;
- разработка информационных и методических материалов;
- работа со СМИ;
- работа с партнерскими организациями, спонсорами, представителями правительственных и общественных организаций;
- анализ литературы, составление литературных обзоров;
- стратегическое планирование развития Центра.

В отделении могут работать специалисты разного профиля: психологи, психотерапевты, социальные работники, педагоги, юристы, эпидемиологи, владеющие информационными технологиями. (Подробнее о технологиях КДМ смотри на стр. 83)

Кроме знаний и навыков профессионального характера, эти специалисты должны иметь информацию и уметь разбираться в общих подходах планирования, ре-

ализации и оценки профилактических программ, обладать навыками популяризации медицинской информации, разработки информационных и методических материалов. (О создании информационных материалов смотри на стр. 113) Врачи и педагоги, входящие в штат отделения, будут заниматься реализацией профилактических программ как на территории Центра, так и вне ее.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЯ



Обычно Организатор хорошо знает всю специфику организации типового поликлинического отделения. Поэтому наше описание достаточно кратко. Специализация персонала зависит от приоритетных направлений деятельности.

В качестве примера пластичного подхода к формированию структуры Центра, приведем описание диагностического отделения, функционирующего как самостоятельно, так и в рамках единого отделения диагностики, лечения и реабилитации.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ЦЕЛЬ:

проведение качественной диагностики в рамках профиля работы Клиники.

ЗАДАЧИ:

- консультирование по выбору адекватных методов диагностики;
- качественное проведение диагностики.

В зависимости от мощности и профиля Клиники, объем диагностических услуг может быть различным. На это также влияет финансирование и площадь помещений. Возможен вариант, когда в самой Клинике осуществляется необходимый минимум лабораторных и диагностических исследований, а все исследования, требующие более значительных затрат, производятся в других ЛПУ. В этом случае все подготовительные манипуляции и забор материала следует проводить в стенах клиники, а транспортировку материалов - осуществлять за счет Клиники. Если же финансирование и площади позволяют, Клиника может быть максимально оснащена на текущий момент и даже "на вырост". Правда, в этом случае есть опасность, что приобретенная техника окажется невостребованной или будет задействована частично. Таким образом, услуги специалиста по проведению мониторинга могут потребоваться и на этапе создания и оснащения диагностического отделения.

ЛЕЧЕБНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ЦЕЛЬ:

оказание диагностической, лечебной и реабилитационной помощи.

ВОЗМОЖНЫЕ ЗАДАЧИ:

- диагностика состояния здоровья, заболеваний и возможных осложнений;
- консультирование - как связанное со спецификой заболевания, так и направленное на изменение поведения пациента на менее рискованное;
- проведение амбулаторного лечения;
- оказание консультативно-диагностической помощи детям и подросткам, которые не являются посетителями Центра (организованные детские коллективы, стационары, другие лечебные учреждения);
- реабилитация.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



Главные отличия функционирования лечебного отделения от обычных отделений в поликлинике будут состоять в реализации Принципов КДМ.

Консультирование, в том числе мотивационное, - это основной метод, которым должен владеть персонал отделения.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ



Отделение **социально-психологической помощи** может быть или самостоятельным подразделением, или входить в состав лечебного отделения. В таком случае специалисты кабинета психологической и психотерапевтической помощи проводят диагностическую, лечебную и реабилитационную работу в лечебном отделении.

Содержание работы отделения зависит от специализации Центра.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

ЦЕЛЬ:

оказание психологической и психотерапевтической помощи молодежи.

ВОЗМОЖНЫЕ ЗАДАЧИ:

- консультирование: психологическая и психотерапевтическая помощь подросткам и членам их семей в зависимости от специализации КДМ (поведенческие отклонения, проблемы обучения и профориентации, нарушение межличностных отношений, трудные жизненные ситуации, сексуальное насилие, потребление психоактивных веществ и т.д.);
- реабилитация (психотерапевтическая, психологическая, социальная);
- участие в обучении медицинского персонала вопросам социальной, медицинской психологии и деонтологии.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



С какой бы проблемой подросток не обратился в Центр, он обязательно должен попасть в поле зрения специалиста Клиники, получить консультацию в отделении, реализующем данное Направление.



Мощность и цели работы отделения или кабинета напрямую зависят от профиля и мощности всего Центра. Возможен вариант, когда это отделение будет более многочисленным и оснащенным, чем лечебное. Если кадровые и финансовые возможности ограничены, целесообразно в штате отделения иметь хотя бы одного психолога или психотерапевта для работы с "трудными" клиентами или проблемами (например, для работы с жертвами сексуального насилия, с проблемами принятия решения т.д.). Дальнейшая помощь такому человеку может быть оказана в другом месте и/или другим специалистом (по договоренности или направлению), но первичную диагностику и консультативную помощь обязательно следует оказывать в Центре. Это также работает на положительный имидж КДМ.

Если приходится переадресовывать обратившегося к другому специалисту даже в пределах Клиники, то должна быть разработана надежная форма кодирования проблемы, с которой он направляется. Такое кодирование позволит избежать временных затрат на вторичный сбор анамнеза и повторения, возможно, травмирующих человека вопросов и воспоминаний. Переадресовав клиента, специалист должен убедиться, что человек обратился за помощью и про-

проблема решается. Если все же специалист вынужден направить обратившегося в другое учреждение, то необходимо выстроить такую модель отношений с этим учреждением (ЛПУ, психологический Центр, учреждение соцзащиты и т.д.), чтобы клиент был принят.

ШТАТ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Психолог или психотерапевт может понадобиться и для работы со специалистами клинического отделения. Это может быть работа с сотрудниками по предупреждению у них развития синдрома эмоционального сгорания; работа в кабинете психологической разгрузки; обучение персонала особенностям работы с подростками. Поэтому все эти и, возможно, другие виды работы следует предусмотреть при составлении контракта и рабочего графика психолога. Кроме того, следует предусмотреть возможность его обучения и консультации с супервизором.

Юрист отделения будет не только консультировать обратившихся в Клинику и защищать их права, но и следить за правовой стороной деятельности Центра.

Социальный работник будет курировать детей и подростков вне Клиники и помогать решать их проблемы, связанные с социумом.

Например, добиваться в органах соцзащиты финансирования приобретения лекарств или оплаты необходимых лечебных и диагностических манипуляций, которые не могут быть оказаны в Центре; защищать интересы несовершеннолетнего в органах опеки, комиссии по делам несовершеннолетних, если родители не могут или не хотят делать этого (в том числе, если необходимо, и защищать несовершеннолетнего от его родителей или опекунов).

Социальный работник может курировать ребенка и по месту его учебы/работы: договариваться о том, чтобы его отпустили или предоставили ему график работы/учебы, удобный для посещения Центра.

Социальный педагог, если таковой имеется в штате отделения, может заниматься диагностикой, профилактической и реабилитационной деятельностью в рамках профиля Центра среди "особых" групп клиентов: детей, лишенных родительского попечения, находящихся в местах лишения свободы, Центрах временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей и т.д. Возможно, в обязанности этих специалистов будет входить, в том числе, и работа на улицах и в местах большой концентрации представителей целевой группы.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Если нет возможности организовать полноценную работу Центра в выходные и праздники, необходимо, чтобы в Центре находились дежурные специалисты или консультанты. Они могут проконсультировать, оказать экстренную помощь, собрать первичный анамнез, осуществить первичную диагностику, подготовить документы к приему специалиста. Тогда на прием к специалисту человек придет, имея на руках данные обследований, что повысит эффективность врачебного приема.

Центр как модель КДМ имеет свои преимущества и ограничения.

Преимущества:

- усиление реализации принципа Доступности путем: возможности получения комплексной высококвалифицированной диагностической и лечебной помощи (по профилю работы Клиники); предоставления большего спектра услуг; сокращение срока, необходимого для перехода от одного специалиста к другому;
- в специализированной Клинике можно быстрее выявить новые тенденции в состоянии здоровья молодежи и быстрее на них отреагировать;
- возможность привлечения добровольцев (для этого направления можно выделить специальные помещения и отдельного специалиста);
- возможность выбора посетителем специалиста;
- возможность организации первичного консультирования - консультативного кабинета как отдельной структуры;
- возможность под предлогом посещения психолога посещать других врачей Клиники, не возбуждая лишних вопросов у родных и знакомых;
- по сравнению с разрозненными структурами и Консультативным кабинетом, больше возможностей для организации консилиума, супервизии и обучения.

Ограничения:

- большие материальные затраты на организацию и функционирование клиники (повышение квалификации специалистов, обучение всего персонала клиники работе с подростками);
- необходимость постоянного потока посетителей для обеспечения работой всех специалистов клиники;
- в Центр, в отличие от Консультативного кабинета, расположенного на "нейтральной" территории, могут пойти далеко не все подростки, нуждающиеся в услугах Центра;
- меньшая гибкость и мобильность, чем Кабинет: может возникнуть ситуация с необходимостью перепрофилирования специалистов или кабинетов во время сезонных спадов посещений. Решение этой проблемы в предугадывании спадов и переориентация специалистов;
- сложность в обеспечении посетителей всеми необходимыми услугами (материальные затраты, помещение, специалисты). Как вариант решения проблемы - заключение договоров с другими профильными учреждениями;
- необходимость координации деятельности отделений (подразделений).

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



При организации КДМ важно понимать, что сформировать общие идеологию и подходы, а также поддерживать постоянное соблюдение Принципов, проще в небольших коллективах.

ЦЕНТР +СТАЦИОНАР

Клиника со стационаром - вариант, требующий особенно тщательного планирования и больших экономических затрат. Поэтому этот вариант предъявляет самые высокие требования к администрации, работе с кадрами, организации оказываемых услуг.

Возможные направления деятельности, цели и задачи отделений описаны в разделе Центр (стр. 61). Поэтому в данном разделе мы останавливаемся только на некоторых особенностях модели "Центр+стационар".

Преимущества:

- возможность оказания целевой группе услуг на основе Принципов КДМ, соблюдение которых крайне затруднительно в других медицинских учреждениях (например, при лечении больных сифилисом, реабилитации после аборта, наблюдении несовершеннолетних беременных и т.д.);
- стационар может быть как дневным, так и круглосуточным. Круглосуточное дежурство врачей и лаборантов в приемном отделении стационара может заменять поликлиническую службу (объем помощи прежний, но она оказывается в то время, когда все обычные поликлиники не работают);
- круглосуточное дежурство специалистов, позволяет подросткам получить срочную помощь (консультация после сексуального насилия, срочная контрацепция, превентивное лечение от ИППП);
- наличие стационарной и поликлинической службы позволит избежать дублирования: сотрудники отделений могут работать как в стационаре, так и в поликлиническом отделении по графику;
- на базе Клиники **социально-психологическое и информационно-методическое** отделения могут производить более продолжительную и комплексную профилактическую и психотерапевтическую/психокоррекционную работу с людьми, находящимися в стационаре;
- в стационаре может проводиться апробация новых методов работы;
- в зависимости от направления деятельности КДМ и целевой группы (дети из районов области, дети после насилия для освидетельствования) на базе КДМ могут быть организованы гостиница, социальная гостиница или социальный приют.

Ограничения:

- большие материальные затраты;
- сложно осуществить быструю перепрофилизацию и введение новых видов услуг из-за постоянного потока посетителей;
- затруднена координация деятельности между отделениями;
- повышенные требования к управлению.

Организатору, который решил организовать КДМ, необходимо ознакомиться в Портфеле Организатора с паспортами существующих Клиник (см. стр. 201). Проанализировав эту информацию, можно определиться с тем, как организовать подобную службу.

В качестве более развернутого примера описания возможной структуры и модели КДМ приводим описание опыта Центра "Ювента" г. Санкт-Петербург (см. стр. 191).

По мнению авторского коллектива, здесь возможны два варианта развития событий.

КАК ОРГАНИЗОВАТЬ СЛУЖБУ, ДРУЖЕСТВЕННУЮ К МОЛОДЕЖИ? ХОРОШИЙ ВОПРОС!

Первый ("инициатива снизу"):

когда все учреждения, работающие в поле социального сервиса для подростков, выстраивают свою работу в тесном взаимодействии с другими "игроками".

Второй ("спущенный сверху"):

когда идеология КДМ понимается и принимается руководителем высшего звена, который может предпринять все возможные шаги по структуризации государственных учреждений с целью повышения эффективности их работы с помощью реализации принципов Доброжелательности, Доступности, Добровольности.

Возможные шаги:

специальное обучение персонала (как руководителей, так и остальных сотрудников); воздействие на рычаги межведомственного и межсекторального взаимодействия и взаимного усиления; создание координирующих информационных центров.



И в том и в другом случае **организации выстраивают цепочки социального сервиса - подросток не остается без внимания и сопровождения, какая бы проблема не возникла.**

Причем обязательным условием является то, что все присоединяющиеся к Службе Дружественной Молодежи организации претворяют в жизнь принципы Добровольности, Доступности, Доброжелательности.

Вывод:



Организатор, выбирает модель, приоритетные специализации, направления деятельности и целевые группы КДМ, исходя из конкретной ситуации и ресурсов.

Глава 5.

Взаимодействие КДМ с другими организациями в поле социального сервиса для подростков



В этой главе:

- КДМ как взаимодействующая структура,
- анализ ситуации взаимодействия КДМ с другими организациями.

5 глава.

Взаимодействие КДМ с другими организациями в поле социального сервиса для подростков

В этой главе:

- КДМ как взаимодействующая структура,
- анализ ситуации взаимодействия КДМ с другими организациями.

КДМ - развивающаяся модель, созданная на основе современных технологий, - является открытой структурой как для внедрения опыта работы других организаций, так и для трансляции своего. Открытость структуры КДМ позволяет постоянно совершенствоваться, а оценка деятельности внешними экспертами помогает адекватно оценивать работу Клиники.

Взаимодействие КДМ с другими организациями, работающими в поле социального сервиса, помогает увеличить **эффективность работы обеих сторон и построить цепочки социального сопровождения подростка.**

Что может дать взаимодействие КДМ с другими организациями и структурами:

- обмен опытом,
- обмен специалистами,
- обмен методическими разработками, программами и литературой,
- помощь при внедрении современных программ и технологий,
- возможность эффективного обучения специалистов,
- помощь при внедрении общих концепций на большой территории,
- помощь в поиске и получении дополнительного финансирования,
- привлечение сторонних специалистов для внешней оценки/мониторинга.

Мы приводим **пример** анализа ситуации возможного взаимовыгодного сотрудничества с другими организациями и структурами города N-ска.

Исходные данные КДМ:

модель КДМ - Центр; открылся 2 месяца назад, рассчитан на обслуживание подростков крупного района города. В штате Клиники: гинеколог, психотерапевт, дерматовенеролог и социальный педагог.

Миссия/Предназначение данной Клиники (подробнее о формулировке миссии, предназначении организации смотри на стр. 152) - *центр работает для сохранения здоровья подростков района, предоставляя качественный медицинский сервис, реализуя профилактические программы и привлекая молодежь к добровольческому движению.*

Для Организатора анализ взаимодействия с другими организациями может состоять из последовательных шагов.

ПЕРВЫЙ ШАГ

- анализ уровней возможного взаимодействия КДМ с другими организациями и структурами ("макроанализ").

УРОВНИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КДМ С ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И СТРУКТУРАМИ



1. Государственный уровень (Правительство, министерства, ведомства)

<p>Что КДМ может получить от государственных структур:</p> <ul style="list-style-type: none"> - финансирование программ, - обучение специалистов, - обмен опытом, - издание методических разработок, - формирование положительного имиджа в глазах населения, - экспертную оценку. 	<p>Что государственные структуры могут получить от КДМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработанные законодательные инициативы, касающиеся здоровья молодежи, - разработанные эффективные современные технологии, которые можно транслировать в другие регионы, - мероприятия (семинары, конференции и др.).
--	--



2. Местные органы власти (администрация субъекта, мэрия, Совет народных депутатов и др.)

<p>Что КДМ может получить от местных органов власти:</p> <ul style="list-style-type: none"> - финансовую поддержку деятельности, - помещения, - оборудование, - льготные тарифы на аренду и коммунальные платежи. 	<p>Что местные органы власти могут получить от КДМ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обучение специалистов других организаций, - общегородские мероприятия, - занятость молодежи, - активную профилактическую деятельность на уровне города, - тиражирование опыта, - внедрение апробированных технологий в другие сферы работы с подростками (образование, психология, медицина).
---	--



3. Местные коммерческие организации

<p>Что КДМ может получить от местных коммерческих организаций:</p>	<p>Что местные коммерческие организации могут получить от КДМ:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - благотворительную финансовую и техническую поддержку программ. 	<ul style="list-style-type: none"> - позитивный имидж компании, - реализацию социальных проектов, - прямые услуги для детей сотрудников, - прямые услуги на территории деятельности компании, - помощь в проведении исследований, информационных кампаний и других мероприятий.



4. Благотворительные фонды

<p>Что КДМ может получить от доноров:</p>	<p>Что доноры могут получить от КДМ:</p>
<ul style="list-style-type: none"> - финансовую и техническую поддержку, - внедрение новых технологий, - решение социальных проблем. 	<ul style="list-style-type: none"> - эффективное целевое вложение средств, - формирование позитивного имиджа, - распространение технологий.



5. Общественные и государственные организации (работающие с молодежью)

Что КДМ может получить от общественных и государственных организаций:	Что общественные и государственные организации могут получить от КДМ:
<ul style="list-style-type: none"> - обмен опытом, - обучение и стажировки специалистов, - проведение совместных мероприятий, - обмен методическими разработками, - совместный поиск средств на реализацию программ, - экспертную оценку, супервизию, - совместное проведение мероприятий. 	



6. Научно-исследовательские учреждения, высшие учебные заведения

Что КДМ может получить от НИИ и вузов:	Что НИИ и вузы могут получить от КДМ:
<ul style="list-style-type: none"> - совместные научные исследования, - выпуск и разработку научных и популярных информационных материалов, - мониторинг и оценку деятельности. 	<ul style="list-style-type: none"> - экспериментальную площадку, - совместные исследования.

Таблица показывает полное совпадение интересов КДМ с интересами **других организаций, работающих в поле социального сервиса для подростков**. Значит, следующий шаг работы Организатора - это анализ взаимодействия именно с этими организациями.

Итак, Организатору необходимо проанализировать ситуацию и спрогнозировать возможные шаги по взаимодействию в социальном поле сервиса для подростков.

ВТОРОЙ ШАГ

Организатор должен выяснить, какие организации есть в районе. В нашем районе города N-ск это:

- Информационный центр на базе общественной организации "Гарри Поттер за права молодых магов", работающий в области прав молодежи,
- Социально-психологический центр для беспризорников,
- Молодежная биржа труда,
- торговая фирма "ИНТЕРМЕД",
- Телефон доверия для подростков,
- Волонтерской клуб студентов педагогического университета "New generation",
- Воскресная религиозная школа для подростков,
- Детская мультипликационная студия,
- Реабилитационный наркологический центр.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ЭТИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ:

1. Информационный общественный центр на базе общественной организации "ГП за права молодых магов"*, работающий в области прав молодежи.

* В данном случае ГП, это Гарри Поттер, а не Гуманитарный Проект (прим. редакторов).

"ГП за права молодых магов" проводит обучающие семинары и выпускает информационные материалы для подростков в области их прав; консультирует по правовым вопросам.



Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- специалистов (врачей) для проведения семинаров и разработки материалов в области прав на охрану здоровья,
- направление подростков на консультирование и семинары.

Что организации могут сделать вместе

- организовать консультирование пациентов юристами правового центра,
- совместный проект правовой поддержки девушек, перенесших насилие.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- расширение спектра услуг,
- осознание своих прав способствует формированию у подростка чувства защищенности,
- знание пациентом своих прав дисциплинирует и структурирует работу сотрудников КДМ.

Для правовой организации

- расширение спектра прямого сервиса за счет учета непосредственных нужд целевой группы,
- переадресация своих клиентов в КДМ в случае необходимости.

2. Социально-психологический центр для беспризорников.

Центр оказывает беспризорникам первую медицинскую помощь и обеспечивает их питанием. В своей работе он сталкивается с проблемой ВИЧ-инфекции и потребления наркотиков.



Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- консультирование специалиста КДМ на базе центра, с последующим приглашением в Клинику для лечения и реабилитации,
- семинары для сотрудников и подопечных центра по безопасному поведению и социально-значимым заболеваниям.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект передвижного консультативного пункта по оказанию первой помощи, консультированию и диагностике,
- совместный проект по реабилитации и социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных детей.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- увеличение охвата группы подростков с рискованным поведением.

Для социально-психологического центра

- подопечные центра получают медицинское обслуживание, сотрудники повышают свою квалификацию.

3. Молодежная биржа труда.



Биржа занимается трудоустройством молодежи, консультированием по вопросам профориентации молодежи и бесплатным обучением. Следовательно, биржа имеет базу данных по трудоустройству молодежи.

Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- разместить рекламу у себя в Клинике и направлять своих посетителей.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект трудоустройства наркозависимых пациентов,
- совместный проект профориентации подростков на базе Клиники.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- повышается эффективность реабилитации и социального сопровождения пациентов,
- появляются новые волонтеры.

Для биржи

- привлекаются новые клиенты,
- обновляется база профориентации.

4. Торговая фирма "ИНТЕРМЕД".

Занимается продвижением своей продукции на медицинском рынке города. Кроме этого, осуществляет социальные благотворительные программы для детей-сирот.

Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- стать клиентом этой фирмы,
- аудиторию для презентации продукции, которая рекомендована для применения специалистами Клиники,
- поддержку благотворительных программ.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект по сохранению здоровья детей- сирот.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- опыт работы с новой целевой группой - детьми - сиротами,
- КДМ получает дополнительный источник финансирования, современные медицинские препараты.

Для фирмы

- расширяется рынок сбыта,
- поддерживается позитивный имидж.

5. Телефон доверия для подростков.

Занимается консультированием подростков и их родителей и направляет их к специалистам.



Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- разместить рекламу ТД у себя и направлять своих пациентов на ТД,
- помочь в подготовке специалистов ТД.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект: тематические дежурства специалистов Клиники, организация специального ТД по проблемам, связанным с социально-значимыми заболеваниями.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- получает новый канал распространения информации о Клинике,
- экономит время на очное консультирование в Клинике за счет консультирования по телефону.

Для телефона доверия

- повышается квалификация собственных сотрудников,
- возникают новые формы работы,
- поддерживается положительный имидж службы.

6. Волонтерской клуб студентов педагогического университета "New generation".

Занимается проведением массовых акций и разработкой печатных материалов для молодежи.

Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- семинары по подготовке добровольцев, работающих в области первичной профилактики социально-обусловленных заболеваний,
- информационные материалы,
- аудиторию для отработки навыков профилактической работы.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект - массовая профилактическая работа среди молодежи.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- новый канал распространения информации о Клинике,
- добровольцев, привлекаемых для работы в КДМ,
- печатные материалы, разработанные добровольцами.

Для студенческого волонтерского клуба

- "реальная помощь в реальном деле - работе КДМ",
- повышение профессиональной подготовки членов клуба,
- взаимная экспертная оценка работы.

7. Воскресная религиозная школа для подростков.

Проводит постоянную воспитательную работу с подростками, в том числе, беспризорниками.

Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- консультирование родителей и подростков,
- консультирование социально-незащищенных подростков.

Что организации могут сделать вместе

- программы сопровождения наркозависимых,
- программы сопровождения несовершеннолетних матерей,
- программы профилактики абортов,
- разработать информационные материалы, не противоречащие идеологии обеих организаций.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- повышение доверия со стороны верующих пациентов,
- реабилитация и социальная поддержка пациентов КДМ.

Для религиозной воскресной школы

- возможность направить подростков за медицинской помощью,
- расширение поддержки социальных программ для несовершеннолетних матерей.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



- Организатору важно учитывать, что представители религиозных конфессий имеют свой взгляд на многие проблемы, которыми может заниматься КДМ. Это, например, профилактические программы в области ВИЧ-инфекций, репродуктивного здоровья, наркозависимости и др.
- Точки соприкосновения в рамках этого взаимодействия, однако, тоже есть: например, гуманное отношение к больным и нуждающимся в помощи. Кроме того, принципы КДМ - Доброжелательность, Доступность и Добровольность - очень близки к тем, о которых заявляют представители практически всех конфессий.
- Организатору, таким образом, при взаимодействии с религиозными конфессиями, важно опираться на точки соприкосновения и нивелировать разногласия (сотрудничество, а не противоборство), не забывая, что мы строим свою работу на принципах повышения эффективности оказываемой помощи и использования современных подходов к сохранению здоровья.

8. Детская мультипликационная студия.

Занимается производством мультипликационных фильмов (в том числе, социальной направленности), привлекая к разработке детей. В своей работе студия часто контактирует со СМИ.

Что в работе этой организации может быть полезно для Клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- волонтеров КДМ для работы в студии,
- семинары для обучающихся в студии и для сотрудников.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект: разработка подростками информационной кампании, включающей в себя выпуск мультипликационных роликов, буклетов и плакатов.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- новые, интересные для подростков, формы подачи профилактической информации,
- реклама Клиники в СМИ.

Для студии

- новая тематика работы,
- студейцы-подростки получают новую информацию, направленную на сохранение здоровья.

9. Реабилитационный наркологический центр.

Реализует реабилитационные программы для наркозависимых, в том числе, подростков.

Что в работе этой организации может быть полезно для клиники?

Что Клиника может дать / предложить этой организации

- поток пациентов,
- профилактические материалы,
- подготовку специалистов,
- консультирование на базе центра,
- помощь в перенесении модели КДМ на наркологическую службу.

Что организации могут сделать вместе

- совместный проект: комплексная реабилитационная программа для наркозависимых подростков.

В чем преимущества сотрудничества?

Для Клиники

- консультирование своих пациентов на базе центра,

Для центра

- повышение квалификации сотрудников.
- повышение эффективности работы.

Обобщаем результаты проведенного анализа.

КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПОЛУЧАЕТ ОРГАНИЗАЦИЯ ОТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИНИКОЙ:

- специалистов (врачей) для проведения семинаров и разработки материалов;
- консультации специалистов КДМ на базе сторонней организации, с последующим приглашением в Клинику для лечения и реабилитации;
- семинары по безопасному поведению и социально-значимым заболеваниям для сотрудников и подопечных организации;
- привлечение клиентов путем размещения рекламы организации в КДМ;
- коммерческое взаимодействие (например, продажа фармацевтической продукции организации в КДМ);
- поддержку благотворительных программ;
- подготовку добровольцев, работающих в области первичной профилактики;
- информационные материалы;
- площадку для отработки навыков профилактической работы;
- консультирование родителей и подростков из сторонних организаций;
- помощь в перенесении модели КДМ на другие службы;
- расширение спектра прямого сервиса, ориентированного на нужды молодёжи;
- поддержку положительного имиджа организации;
- экспертную оценку работы;
- поддержку социальных программ для несовершеннолетних;
- повышение эффективности работы путем внедрения модели КДМ.

КАКИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПОЛУЧАЕТ КЛИНИКА ОТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДРУГИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ:

- расширяет спектр услуг,
- способствует формированию среды, доброжелательной к подростку, - как в Клинике, так и за ее пределами,
- повышает степень доверия со стороны целевой группы,
- охватывает более широкий круг подростков,
- повышает эффективность реабилитации и социального сопровождения пациентов,
- получает дополнительный источник финансирования, современные медицинские препараты, оборудование,
- получает новый канал распространения информации о Клинике,
- экономит время и ресурсы,
- получает новые идеи, подходы и технологии для разработки информационных кампаний,
- рекламу в СМИ,
- формирует позитивный имидж,
- повышает квалификацию сотрудников.

ВЫВОД:

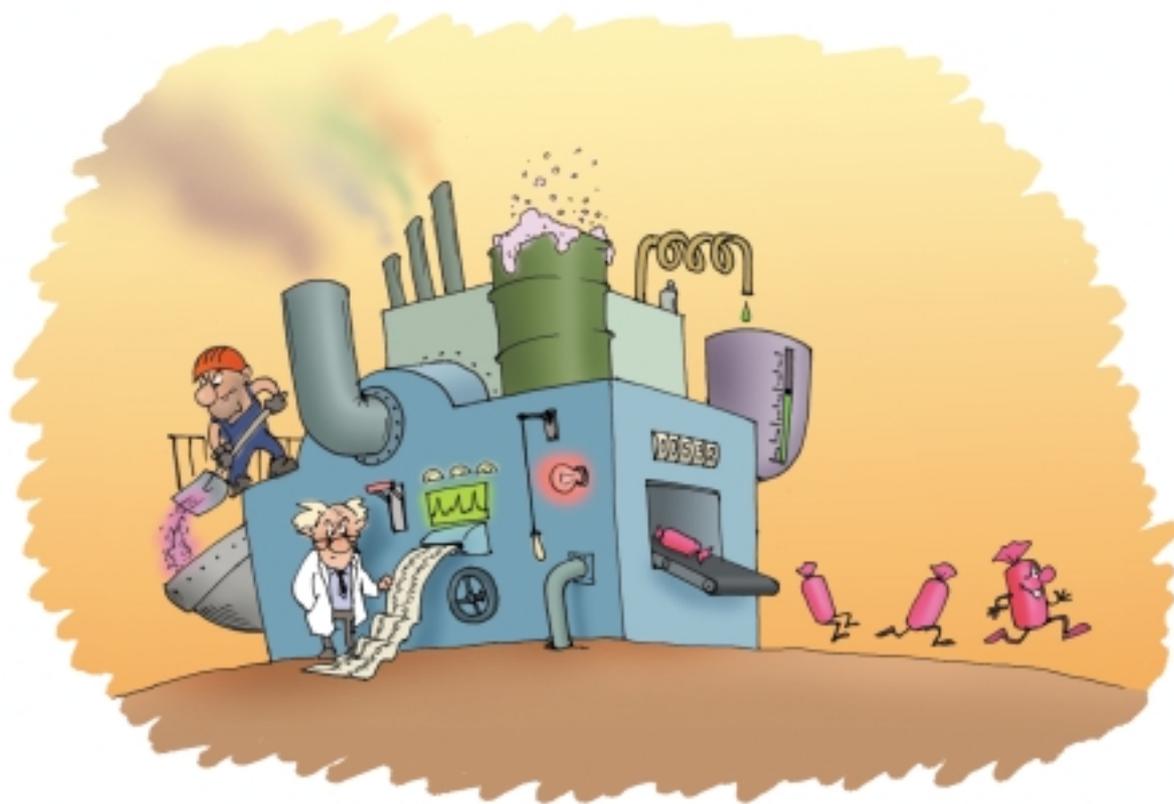


Взаимодействие КДМ с другими организациями, работающими в поле социального сервиса, помогает увеличить эффективность работы обеих сторон и построить цепочки социального сопровождения подростка.



Глава 6.

Технологии деятельности КДМ



В этой главе:

- консультирование,
- правовая помощь,
- профилактическая деятельность,
- участие молодежи,
- создание информационных материалов.

Глава 6. Технологии деятельности КДМ

В этой главе:

- консультирование,
- правовая помощь,
- профилактическая деятельность,
- участие молодежи,
- создание информационных материалов.

Каждое из стратегических направлений деятельности КДМ предполагает использование нескольких технологий.

- **Лечебно-диагностическое направление** предполагает использование технологий профилактической, лечебной и диагностической деятельности, а также консультирования и оказания правовой помощи.
- **Консультативно-информационное направление** предполагает использование технологий профилактической деятельности, консультирования, оказания правовой помощи, создания информационных материалов и участие молодежи.
- **Реабилитационное направление** предполагает использование технологий лечебной и профилактической деятельности, консультирования, оказания правовой помощи, а также создания информационных материалов.
- **Социально-психологическое направление** предполагает использование технологий профилактической деятельности, консультирования, оказания правовой помощи, создания информационных материалов и участие молодежи.

Можно выделить основные технологии и тактические направления деятельности КДМ:

- лечебная и диагностическая деятельность,
- консультирование,
- правовая помощь,
- профилактическая деятельность,
- участие молодежи,
- создание информационных материалов.

Термин **технология** подразумевает вид деятельности, который осуществляется по определенным методикам при соблюдении необходимых условий и позволяет достичь поставленной цели; при этом эффективность результатов может быть оценена.

ЛЕЧЕБНАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

КДМ как учреждение, оказывающее медицинскую помощь, использует те формы и методы работы, которые характерны для всех медицинских учреждений. Они подробно описаны в различных методических и рекомендательных документах, методических пособиях (часть из них указана в библиографии данного издания).

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ



Консультирование является важным и необходимым методом работы КДМ, который может использоваться во всех направлениях деятельности КДМ - как специалистами врачебных специальностей, так и специалистами, оказывающими социально-психологическую и правовую помощь.

Консультирование - это технология, при которой один человек оказывает помощь другому, используя для этого целенаправленную беседу.

ЦЕЛЬЮ консультирования как технологии является поиск приемлемого пути решения проблемы, который может способствовать достижению оптимального для клиента результата.

ЗАДАЧАМИ консультирования могут являться:

- информирование;
- помощь в анализе ситуации или проблемы;
- поиск путей решения проблемы;
- анализ последствий действий клиента;
- изменение поведения клиента или его отношения к проблеме;
- определение желательных изменений ситуации или решение проблемы.

В КДМ могут использоваться несколько видов консультирования:

- консультирование семей (молодых, многодетных, кризисных, имеющих детей-инвалидов, с детьми подросткового возраста);
- групповое консультирование (группы личностного роста, само- и взаимопомощи, реабилитационные группы, видеолектории, семинары и тренинги);
- индивидуальное консультирование (психологическое, психотерапевтическое, социальное, правовое);
- информационное консультирование;
- консультирование по телефону.

Каждый из перечисленных видов консультирования имеет свою специфику, детально описанную в специальных руководствах. Здесь мы представим лишь краткие комментарии.

- **Консультирование семей (молодых, многодетных, кризисных, имеющих детей-инвалидов, с детьми подросткового возраста).** Этот вид консультирования может преследовать различные цели и приобретает специфические особенности в зависимости от особенностей целевой группы - получателей этой услуги. Кон-



сультант не рассматривает каждую личность в изоляции, а работает с каждым человеком в контексте его отношений в семье и взаимного влияния членов семьи. Цель этого вида консультирования - помочь человеку и его семье изменить себя и систему, в которой они живут. Используются различные методы: парадоксальные инструкции, присоединение и отражение, драматизация, вопросы по кругу, переформулирование и др.

- **Групповое консультирование (группы личностного роста, само- и взаимопомощи, реабилитационные группы, видеолектории, семинары и тренинги).** Консультирование этого типа может преследовать различные цели и базируется на подходах различных психологических школ. Однако во всех случаях процесс консультирования основывается на этических принципах групповой работы: добровольность участия в групповом процессе, свобода выбора участия в тех или иных действиях группы; профилактика психических травм. Эффект группового консультирования основывается на следующих "лечебных факторах":

- участие в работе группы;
- эмоциональная поддержка;
- помощь другим;
- самопроявление;
- "отреагирование";
- обратная связь;
- понимание ранее не осознаваемых взаимосвязей;
- коллективный эмоциональный опыт;
- проверка и тренинг новых способов поведения;
- получение новой информации и социальных навыков.

В зависимости от типа группы используются те или иные "лечебные факторы".

- **Индивидуальное консультирование (психологическое, психотерапевтическое, социальное, правовое).** Этот вид консультирования предполагает участие двух человек - консультанта и консультируемого (клиента, пациента). Содержание консультации при этом зависит от многих факторов: заявленная проблема, специ-

ТИХОЙ
ИДЕТ ИНДИВИДУАЛЬНОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ



альность консультанта, задачи данной консультации и всего процесса др. Однако структура консультации может быть единой и состоять из 5 шагов:

- 1) приветствие, достижение взаимопонимания;
- 2) выделение проблемы и идентификация потенциальных возможностей клиента;
- 3) выявление желаемого для клиента результата или решение проблемы;
- 4) выработка альтернативных путей решения проблемы;
- 5) обобщение, переход от обучения к действию.

ЦЕЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

- раскрепостить человека для принятия более творческих и рациональных решений в контексте "личность - окружающая среда".

- **Информационное консультирование.** Этот вид консультирования отличается от других, в основном, по цели процесса. Смысловая основа процесса заключается в том, что для осмысления ситуации, эффективного поиска вариантов действий, принятия адекватного решения, и, в конечном счете, изменения поведения человек нуждается в достоверной, исчерпывающей и понятной информации. Информационное консультирование может осуществляться индивидуально или в группе. При этом важно создать эмоционально комфортные условия для консультируемого, чтобы он имел возможность задать все интересующие его вопросы и мог подробно осветить детали ситуации. Особенность этого вида консультирования заключается в том, что клиент всегда получает объем информации о проблеме, который значительно превышает его запрос. Структура консультации при этом может быть обычной, однако основное время отводится для выработки альтернативных путей решения проблемы.

- **Консультирование по телефону** включает в себя достаточно разные виды консультирования, объединяемые техническими особенностями процесса. Существует несколько типов телефонного консультирования, которые зависят от цели и запроса абонента: оказание психологической поддержки, помощь в принятии решения, информирование о проблеме и информирование о сервисе. Специфике работы консультанта и особенностям организации "телефонов доверия" посвящены специальные руководства. "Информационный телефон по ВИЧ/СПИД, ЗППП,



наркотической зависимости и контрацепции" обладает следующими особенностями:

- клиент может обратиться как за психологической поддержкой, так и за медицинской информацией или информацией о сервисе;
- консультант информационной линии должен обладать не только навыками консультирования, но и специальными знаниями по заявляемым темам;
- консультант информационной линии должен четко осознавать границы своей компетенции и ответственности, особенно, при консультировании по медицинским вопросам;
- переадресация звонков специалистам - практикуемый и даже желательный вариант работы;
- для эффективной работы телефонной линии необходима удобная, достоверная и регулярно обновляемая база данных о сервисе в области ВИЧ/СПИД, ЗППП, наркотической зависимости и контрацепции;
- преемственность - единый теоретический и идеологический подход для всех консультантов.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ

1. Дифференциация аргументов, моральных доводов и фактов.

Образ подростка, отрицающего наличие проблемы, ассоциируется у многих специалистов с чеховским человеком в футляре, пытающимся защитить себя от окружающих посредством "оболочки". Такой человек упорствует в осознании необходимости изменений и не приемлет их, следовательно, не решает задачи, связанные с личностным ростом. Чтобы "извлечь" его из этого "вакуума" и препятствовать реализации стремления замкнуться в себе, необходим разрыв "защитной оболочки". С этой **целью - как самому подростку, так и родителям - должна быть предоставлена необходимая информация о реальном поведении проблемного подростка.**

Лица, общающиеся с проблемными подростками, в основном, оперируют аргументами и морализированием - моральными призывами, например: "Так больше продолжаться не может!", "Жить так, как живешь ты, нельзя!", "До чего ты дошел/дошла?!", и т. д. Активное использование такого способа воздействия объясняется тем, что большинство фактов, из которых состоит жизнь подростка, близкие практически "не видят". Отделение аргументов и моральных доводов от достоверных фактов с последующим их анализом и интерпретацией приведёт к осознанию последствий деструктивного поведения. **Для облегчения этой дифференциации в процессе воздействия рекомендуется использовать две группы бумажных карточек: на одну из которых заносятся факты, а на другую - аргументы и моральные призывы.**

2. Предварительное планирование типа вмешательства с акцентом на конкретные и яркие поведенческие детали.

Без акцента на **конкретные детали поведения подростка** организовать и провести эффективную работу трудно.



3. Изложение фактов без комментариев.

Ряд специалистов, вычлняя в процессе интервью **необходимые для дальнейшей работы факты**, интуитивно находят детали, использующиеся в последующей коррекции. Близкое окружение подростка, состоящее из терпящих проблемное поведение лиц, к сожалению, не умеет излагать факты без комментариев. Они выражают своё отношение к происходящему с использованием большого количества

междометий типа: "Ой...!", "Ах...!", "Ну надо же...!" и др. Например: "Ой, смотри-ка...!", "Ну кто бы мог подумать...!", "Ну вот, допрыгалась и заразилась...!" и др.

4. Создание атмосферы заботы.

При работе важно создать атмосферу **заботы о подростке** и исключить детали, которые могут оскорбить его.

5. Расширенное видение проблемы.

Возможность разностороннего рассмотрения и анализа проблемы с учётом мнения окружающих может потребовать участия в работе **значимых близких**. Это позволит собрать максимальное количество разнообразной информации о подростке.

6. Помощь в принятии отвергаемой реальности.

Реальность, в которой существуют проблемные подростки, не воспринимается ими. Они отвергают её, не хотят жить в ней, поскольку, кроме переживаний и страданий, она ничего не дает. Жизнь воспринимается ими как горе и сплошное несчастье. Поэтому не устраивающая реальность отвергается непродуктивным поведением с возможным уходом в аддикции (наркотики, алкоголь).

Психологическая помощь должна быть направлена на то, чтобы **подросток принял ту реальность, в которой он существует**, и не отвергал её. В результате приходит понимание необходимости самостоятельного конструирования социальной "ниши", в которой станет возможным обретение психологического комфорта. Наилучшим результатом работы является **осознание человеком наличия у него**

ресурсов, возможностей и способностей, позволяющих найти своё место в социуме.

7. Создание специалистом ситуации реального выбора.

Необходимым условием данного шага является предоставление подростку возможности **сделать выбор самому**. Человек должен осознать, что он сам, а не его окружение, загоняет его в "угол" (болезненное или проблемное состояние). Несмотря на желание получить совет, касающийся выхода из тупика, **подросток**



ток должен сделать выбор сам, согласившись взвалить на себя нелёгкое бремя ответственности.

Самой важной, а часто, и единственной целью процесса консультирования в медицинском учреждении является изменение поведения подростка на более безопасное.

Вот почему мы говорим об изменении поведения!

В основном, человеческое поведение - это поведение, приобретенное в процессе социального "научения" и ставшее **привычным**. Привычное поведение не требует сознательных усилий, оно реализуется само собой. Оказавшись в новой ситуации, человек может начать осваивать новые формы поведения или придерживаться привычного образа действий, даже когда это неэффективно или создает проблемы. (Подробнее о модели изменения поведения смотри в Портфеле Организатора на стр. 139)

ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ.

(По материалам пособия ВОЗ "Обучение навыкам консультированию по вопросам репродуктивного здоровья подростков". Экспериментальный проект Г. Николаев, Украина AVSC International, 1998 "Организация услуг для подростков по вопросам охраны репродуктивного здоровья")

- 1. Подростковый возраст - это переход от детства к взрослой жизни, во время которого подростки начинают сами отвечать за свои поступки и принимать самостоятельные решения.**
- 2. Задача консультанта в этом переходном периоде - научить подростка принимать осознанные решения.**
- 3. Отношение консультанта к клиенту должны основываться на уважении подростка как личности.**
- 5. Уважение консультанта к подростку позволяет построить консультацию так, что в итоге консультируемый сможет воспользоваться своими ресурсами и помочь себе.**
- 6. Консультант помогает людям поверить, что они сами отвечают за свою жизнь, что они могут принимать свои собственные решения, действовать в соответствии с ними и оценивать их последствия.**
- 7. Консультант помогает клиенту разобраться в чувствах и понять, что человек не выбирает, как себя чувствовать в данный момент, и, следовательно, не должен ощущать ответственность или вину за свои чувства.**
- 8. Консультант должен понимать и суметь донести до клиента, что человеческое поведение осознанно, что обычно люди в состоянии выбирать определенный тип поведения и поэтому должны отвечать за то, что они делают.**
- 9. Если поведение человека окружающими и им самим оценивается как плохое, это не делает автоматически его плохим человеком.**
- 10. Важно, чтобы консультант воспринимал консультируемого как личность, даже если его поведение расценивается как неадекватное.**
- 11. Обсуждение конкретных действий консультируемого и анализ их последствий поможет изменить его поведение.**

12. Консультант помогает людям ощутить себя хозяевами собственной жизни, **успешными и уверенными в себе**. Такое ощущение у них появится, когда они начнут менять свое поведение.
13. **Ощущение уверенности в себе** оказывает больший положительный эффект **на развитие подростка**, чем наказания.
14. **Самовознаграждение** (похвала самого себя за достижение значимого результата) помнится дольше, чем похвала окружающих. Перед консультантом стоит задача помочь подростку прийти к самовознаграждению, так как это даст ему импульс к дальнейшей работе над собой и достижению более значимых результатов.
15. Задачей консультирования является **достижение подростком зрелости** (внутренний контроль над своим поведением, самосознание и способность планирования на длительный период).

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



- *Консультирование всегда должно иметь практическое завершение - консультируемый должен начать действовать.*
- *Часто люди сильнее всего боятся самих изменений. Большинству из них значительно больше нравится говорить о том, как они могли бы измениться, нежели реально сделать это. В конечном счете, чтобы консультирование можно было назвать эффективным, изменение со стороны консультируемого должно быть существенной составляющей всего процесса в целом.*

ПРАВОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ



При организации КДМ профессионалам, работающим в этом учреждении, приходится решать различные правовые вопросы.

Это может быть связано:

- с проблемами **подростков** - клиентов Клиники,
- с необходимостью решения различных спорных вопросов с их **родителями**,
- с необходимостью решения различных спорных вопросов **с другими организациями**, а иногда и с правоохранительными органами.

В ходе практической работы не всегда легко применять на практике Принципы КДМ, однако именно в соблюдении этих принципов и состоит коренное отличие КДМ от других учреждений. Ещё на организационном этапе важно определить, в чем состоят этические приоритеты в планируемой деятельности Клиники. Чтобы реализовать права молодых людей (клиентов Клиники), сотрудники КДМ должны не только обладать необходимым уровнем информированности по правовым вопросам, но и иметь определенные личностные черты и убеждения. Важно выработать единую тактику поведения сотрудников в проблемных ситуациях.

Законодательство стран постсоветского пространства на данном этапе находится в стадии формирования, новые законодательные акты вступают в силу, старые перестают действовать. Необходимо планировать деятельность КДМ в соответствии с законодательством своей страны. Законы, определяющие права молодых людей и регулирующие работу КДМ, имеют много общих черт в России, Украине и Беларуси. Однако имеются и существенные различия. Кроме того, деятельность лечебных, социальных и молодежных организаций регулируется местными подзаконными актами и приказами соответствующих министерств и ведомств, то есть достаточно объем-

ным массивом документов, которые не всегда легко доступны для ознакомления и зачастую трудны для понимания людей, не имеющих юридического образования. Эти довольно серьезные сложности не носят, однако, неразрешимого характера.



Как можно получить качественную информацию правового характера?

- **Заказать обзор законодательства** по интересующим вопросам у квалифицированного юриста, оговорив при этом необходимость включения в окончательный документ не только федеральных, но и местных законов, а также приказов соответствующих министерств и ведомств. При необходимости можно попросить юриста адаптировать окончательный текст этого обзора в доступный для понимания вид. Этот вариант позволяет получить наиболее полную, качественную информацию, а также дает возможность по необходимости ссылаться на эти материалы. Однако стоимость этой услуги юриста может быть достаточно высокой.
- **Произвести самостоятельный поиск в Интернете** на специализированных сайтах. Преимуществом этого способа является независимость от привлеченных специалистов. Однако пользование некоторыми сайтами требует отдельной оплаты, кроме того, для эффективного поиска информации в Интернете нужны определенные знания, навыки и довольно большое количество оплаченного времени.
- **Обращаться за консультациями по отдельным вопросам в общественные правозащитные организации**, которые обычно готовы оказывать бесплатную помощь. Проблемой может стать только отсутствие в городе такой организации. На информацию, полученную таким образом, можно также ссылаться. Однако адаптация текста для целевой группы может потребовать дополнительных расходов.
- **Использовать ресурсы партнерских организаций**, которые ранее уже проводили сбор информации по интересующим правовым вопросам.
- **Также возможно привлечение в качестве волонтеров студентов юридических учебных заведений**, которые смогут подобрать интересующие Вас документы. Преимущество заключается в том, что эта работа будет сделана бесплатно. Однако недостаток компетентности может иметь некоторые ограничения в работе.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

- *Организатор КДМ как никто другой должен хорошо ориентироваться в правовых вопросах работы своего учреждения. (Многие ответы на эти вопросы вы можете получить в Портфеле Организатора на стр. 161)*
- *Надо помнить, что такие сложные разделы работы Организатора, как правовые вопросы и бухучет, всегда зависят от личностного восприятия и трактовки тех или иных текстов человеком, который их читает. Обращайтесь к профессионалам, не жалейте ресурсов для правовой защиты себя и своего учреждения.*

ПРАВОВОЙ МИНИМУМ ДЛЯ СОТРУДНИКА КДМ.

- В каких случаях человек может рассчитывать на "анонимность", "конфиденциальность" и сохранение "врачебной тайны"? Что означают эти понятия? От чего зависит соблюдение того или иного уровня закрытости данных о пациенте? Что можно сделать при несоблюдении врачом (медработником) этих условий?
- Кого и в какой ситуации врач должен либо может ознакомить с содержанием медицинской карты ребенка?
- С какого возраста подросток может требовать предоставления ему информации по вопросам здоровья?
- С какого возраста подросток может самостоятельно решать вопросы, связанные со своим здоровьем?
- С какого возраста девушка может самостоятельно принять решение об аборте, не ставя в известность родителей?
- Имеет ли право кто-либо принуждать девушку к прерыванию беременности? В каких случаях?
- В какой ситуации человека могут подвергнуть принудительному лечению? При каких заболеваниях? Зависит ли это от возраста?
- Какие правила должен соблюдать человек в случае инфицирования сифилисом, гонореей либо ВИЧ? Чем грозит несоблюдение этих правил? Как государство гарантирует и ограничивает права человека в этой ситуации?
- Имеет ли право молодой человек либо его родители заранее ознакомиться с перечнем заболеваний, влияющих на степень годности к военной службе?
- Какими правами обладает призывник при прохождении Военно-врачебной комиссии? Возможно ли переосвидетельствование? Как можно этого добиться?
- Какими правами обладает ребенок (подросток, молодой человек), если произошла врачебная ошибка либо медицинские услуги были оказаны недобросовестно?
- Могут ли меня насильно положить в психиатрический или нарколо-

- гический стационар?
- Каких прав лишает человека постановка на учет у психиатра или нарколога? И какие в связи с этим возникают ограничения?
 - Может ли учитель требовать, чтобы подросток был осмотрен психиатром или наркологом?
 - В каких случаях при приеме на работу или учебу могут требовать справку от психиатра или нарколога?
 - Что такое психиатрическая (наркологическая) экспертиза? Кто и в каких случаях может её назначить и провести?
 - При каких условиях и в какой срок человек может быть снят с наркологического учета? Через какое время после этого исчезнут все ограничения, которые были связаны с учетом?
 - Если человек когда-либо состоял на наркологическом (психиатрическом) учете, а потом был снят с учета, кто может узнать об этом и при каких условиях?
 - Является ли насилием действие сексуального характера, если девушка не оказывала физического сопротивления?
 - Можно ли пройти судебную экспертизу без обращения в милицию? Как это сделать? Кто может провести такую экспертизу?
 - Как подросток (молодой человек) может пройти экспертизу телесных повреждений, если он стал жертвой преступного посягательства?
 - Как проводится экспертиза? Что нужно и чего не нужно делать человеку, подвергшемуся насилию, для того, чтобы было возможно проведение экспертизы?
 - С какого возраста несовершеннолетний гражданин может самостоятельно обращаться в милицию? И можно ли при этом избежать участия родителей в процессе следствия?
 - Куда подросток может обратиться за бесплатной юридической помощью?
 - Какие права имеет подросток в отношениях с родителями (опекунами)?
 - Что может сделать подросток, если его права в семье нарушаются?

Знание ответов на эти вопросы необходимо как для непосредственного функционирования КДМ, так и для возможного оказания прямого сервиса молодым людям по правовым вопросам - отдельного направления деятельности Клиники.

Если Организатор решил организовать в своей КДМ правовые услуги, ему необходимо определить:

- цели, задачи и тип предоставляемых услуг;
- круг вопросов, по которым будут оказываться услуги;
- необходимые условия и оборудование для оказания услуг;
- для каких целевых групп они будут предназначены;
- как представители целевой группы узнают о возможности получения услуг;
- будут ли эти услуги бесплатными;
- какой график работы юриста будет оптимальным;
- каким образом, в каком объеме и из каких средств будет оплачиваться работа юриста.

Прямой сервис по правовым вопросам может включать индивидуальное консультирование, консультирование посредством специализированной телефонной линии, видеолекторий, информирование на специализированных семинарах. Желательно сочетать любой из вышеперечисленных видов услуг с предоставлением специальных информационных печатных материалов по теме.

Мы предлагаем рассмотреть несколько вариантов организации консультативной правовой помощи молодежи:

Вариант 1.

Юрист может быть принят в штат КДМ, и, будучи штатным сотрудником, он будет выполнять работу в соответствии со своими производственными обязанностями. В этом случае ему могут быть поручены как консультации посетителей клиники по оговоренному кругу вопросов, так и подготовка обзоров юридических документов и их адаптация для различных целевых групп. Преимущества этого варианта многочисленны и очевидны. Сложностью может стать отсутствие соответствующей штатной единицы и финансовая сторона дела.

Вариант 2.

Юриста можно привлекать для работы в КДМ **в определенные фиксированные часы для проведения консультирования** посетителей, не включая в штат КДМ. Этот вариант возможен при соответствующей договоренности руководителей Клиники и, например, юридической консультации. То есть юрист будет вести консультативный прием на территории Клиники, являясь при этом сотрудником другой организации. Этот вариант снимает проблему зарплаты и штатного расписания. Но могут возникнуть трудности другого рода. Для КДМ важно, чтобы в её стенах работал один и тот же человек, знающий специфику деятельности Клиники и разделяющий её идеологию. Однако руководство юридической консультации может придерживаться другой позиции - ротации своих сотрудников в качестве консультантов в Клинике. При наличии хотя бы минимума средств, можно заключить договор с конкретным юристом и предложить ему доплату за услуги.

Вариант 3.

По сути, аналогичен варианту 2, однако в качестве партнера выступает **общественная правозащитная организация**. При этом варианте договор о взаимодействии между руководителями КДМ и негосударственной правозащитной организацией может быть заключен быстрее, легче и на более удобных условиях.

Вариант 4.

Для работы в Клинике могут привлекаться студенты-юристы. Эта деятельность может быть организована как добровольчество, и, соответственно, оплата не потребуется. По договоренности с администрацией ВУЗа, работа студентов может учитываться в качестве практики. Преимуществом этого варианта, кроме безвозмездности, является возможность привлечения молодых интеллектуалов к различным сферам деятельности Клиники, обогащение волонтерского направления и решение

Вариант 5.

дополнительных задач. Недостатком этого варианта может быть недостаточная компетентность студентов-юристов или сомнения в уровне их компетентности у других сотрудников и партнеров КДМ.

Предполагает, что **юридические услуги не будут оказываться непосредственно в КДМ**, но все сотрудники будут точно знать, куда направить за помощью молодого человека с правовыми проблемами. А организация-партнер будет оказывать качественные и доступные юридические услуги клиентам КДМ. Плюсом этого варианта является снятие с руководства дополнительной нагрузки по организации и поддержке юридического сервиса. Однако этот плюс порождает следующие минусы:

- теряется оперативность получения помощи,
- практически невозможно контролировать качество и соблюдение Принципа Доброжелательности;
- не каждый нуждающийся молодой человек дойдет до другого учреждения, где ему обещана помощь - т.е. нарушается принцип Доступности.

Однако при правильной организации взаимодействия, эти минусы могут быть нивелированы.

Вариант 6.

Специализированная информационная телефонная линия по правовым вопросам может быть организована по-разному в зависимости от поставленных целей и возможностей КДМ.

Телефонное консультирование по правовым вопросам может быть самостоятельным направлением деятельности КДМ (на отдельной телефонной линии) либо одним из направлений деятельности Информационного телефона по молодежным проблемам. Объем оказываемых услуг можно варьировать: от предоставления информации об имеющемся сервисе правового характера до юридических консультаций по определенному кругу вопросов. (Более подробную информацию смотри в Портфеле Организатора на стр. 166) Трудности при организации телефонной линии могут возникать в 3 аспектах: персонал, финансирование и реклама. Трудности, касающиеся персонала, затрагивают вопросы подготовки сотрудников, графика их работы и оценки уровня квалификации. Консультантами на телефонной линии могут являться юристы, студенты юридических факультетов, профессионалы в других областях, прошедшие специальную подготовку. Каждый из этих вариантов имеет преимущества и недостатки, описанные ранее в этой главе. Важно заранее подумать о расходах, которых потребует организация телефонной службы. Они могут складываться из оплаты телефонной линии, заработной платы сотрудников и затрат на рекламу. Желательно разработать схему начисления заработной платы консультантов телефонной линии, а также методы, места размещения, дизайн и содержание рекламы.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ



ЦЕЛЬ профилактической работы

- сохранение здоровья подростков и молодежи.

ЗАДАЧИ:

- 1) формирование позитивного имиджа здорового человека в обществе;
- 2) формирование у подростков и молодежи установок на сохранение здоровья;
- 3) повышение уровня информированности населения путем использования различных форм и методов профилактической работы;
- 4) развитие поведенческих навыков, способствующих сохранению здоровья;
- 5) создание условий, способствующих сохранению здоровья.

ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- **индивидуальные консультации** (очные или по телефону) по вопросам сохранения здоровья и предотвращения развития заболеваний, а также по изменению поведения на более безопасное;
- **семинары-тренинги** по повышению уровня информированности о проблемах, связанных с сохранением здоровья; по изменению поведения на более безопасное; по созданию мотивации на сохранение здоровья; по актуализации проблем, связанных с ВИЧ, наркоманией и репродуктивным здоровьем;
- проведение **лекций, бесед, видеолекториев** с клиентами Клиники и в организованных подростковых коллективах;
- проведение **информационных кампаний, массовых акций** по привлечению внимания к проблеме и повышению уровня информированности населения;
- реализация **волонтерских** программ как технология привлечения

молодежи к социально-значимой деятельности и способ распространения информации по принципу "Равный поможет равному";

- создание и распространение **информационной продукции** профилактического характера.

ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

- **адресность** - соответствие деятельности уровню психического и физического развития, культурным и социальным особенностям аудитории, региональным стереотипам массового сознания и другим факторам;
- **корректность** подачи информации - позиция или способ поведения не навязываются;
- **уважение** позиции, чувств и эмоций участников;
- **преемственность** - работа опирается на базовые знания участников;
- **комплексность** - используется информирование, мотивирование на сохранение здоровья, развитие поведенческих навыков;
- **контроль и поддержка** - контроль деятельности специалистов программы в соответствии с ее целями и задачами.

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



В стратегиях профилактики среди молодежи условно можно выделить два основных направления:

- *работа с социальной средой молодого человека (семья, школа, друзья, соседи) - выделение факторов риска и их нейтрализация;*
- *работа с личностью молодого человека - развитие устойчивости к неблагоприятным социально-психологическим факторам и воздействиям.*



Стратегические подходы в Профилактической деятельности.

1. **Информационный.** Этот подход основан на распространении информации об ИППП, ВИЧ/СПИДе, наркотиках, сохранении здоровья. Данный подход предполагает, что повышение уровня знаний будет являться эффективным толчком к формированию здорового поведения и отказу от опасных поступков. Основным эффектом информационных программ является повышение уровня знаний у обучающихся, но они могут давать толчок и к принятию ответственных решений. Методы информирования целесообразно комбинировать с другими типами воздействия, так как сами по себе они недостаточно эффективны. Повышение эффективности информационных программ может быть достигнуто за счет большей интенсивности и продолжительности.
2. **Эмоциональное обучение.** Основывается на теоретической



позиции о том, что уязвимыми в плане социально-опасных заболеваний становятся люди с недостаточно развитой эмоциональной сферой, имеющие "запрет на эмоции". У этих людей низкая самооценка, неразвитая способность сопереживания и, в связи с этим, неумение накапливать собственный и чужой опыт переживаний и принятия решений в сложных ситуациях. Часто такие люди недостаточно общительны, скованы, низко оцениваются сверстниками и поэтому готовы "заплатить" любую цену, чтобы включиться в группу сверстников и быть там принятыми.

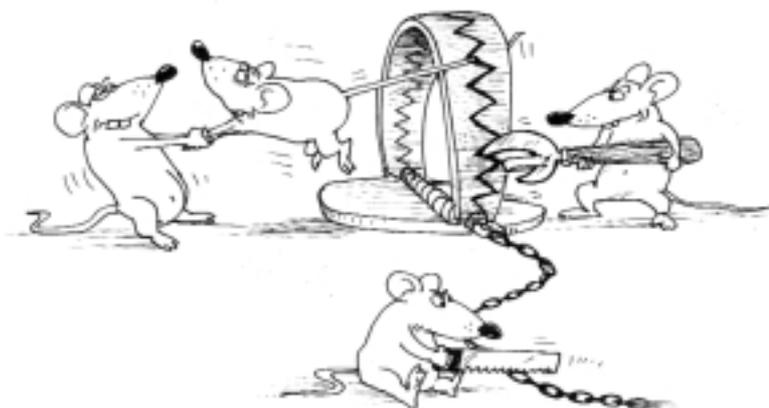
Эта модель предполагает психологическую помощь личности. Отдельно взятая, эта модель, хотя и является эффективной, не может использоваться изолированно от других, так как не содержит собственно профилактического компонента.

3. Подход, основанный на влиянии социальных факторов. Базируется на понимании того, что влияние сверстников и семьи играет важную роль, способствуя или препятствуя опасному поведению. Для реализации этого подхода создаются программы для родителей; программы, направленные на предотвращение социального давления среды сверстников. Наиболее популярным и эффективным являются тренинги по формированию навыков устойчивости к давлению сверстников, в процессе которых дети и подростки обучаются техникам отказа от предлагаемых им экспериментов с наркотиками или другими психоактивными веществами, раннего сексуального опыта и т.д.

Основные компоненты этого подхода:

- работа с лидерами – подростками, желающими пройти обучение для того, чтобы в дальнейшем осуществлять профилактическую деятельность в молодежной среде (волонтерские программы);
- работа с родителями по повышению их компетентности в рамках первичной профилактики ИППП, ВИЧ/СПИДа, наркозависимости;
- медико-психологическая подготовка школьных педагогов к проведению профилактики.

**ПРОГРАММА "РАВНЫЙ ПОМОЖЕТ РАВНОМУ"
 ("ПОДРОСТОК – ПОДРОСТКУ")**



■ представляет собой наиболее распространенный и хорошо зарекомендовавший себя вариант реализации подхода, основанного на влиянии социальных факторов. Программа "Равный поможет Равному" включает в себя подготовку подростков-волонтеров и подготовку кураторов из числа заинтересованных профессионалов. Кураторы в программе могут брать на себя организующую и поддерживающую роль.



Эффективность этой программы высока за счет самой сути деятельности волонтеров. Тот, кто знакомит с информацией других, сам усваивает 90% преподаваемого материала. Кроме этого, обучающий приобретает навыки общения, учится слушать и принимать решения.

Волонтер является "выходцем" из целевой группы, владеет языком целевой группы, и представители целевой группы больше ему доверяют. Работа в программе позволяет молодым людям проявить свои коммуникативные навыки, повысить социальный статус, занять свой досуг социально-одобряемой деятельностью, самим быть защищенными от последствий рискованного поведения. Опыт показывает, что в работу включаются социально-активные молодые люди, лидирующие в среде сверстников, что повышает их авторитет и вызывает доверие к информации. Молодые люди, желающие заниматься профилактической деятельностью, должны пройти предварительное обучение по методам и способам подачи информации, навыкам работы в молодежных аудиториях, а также приобрести теоретическую базу по проблемам.

Работающие волонтеры – это молодые люди, которые прошли отбор, тренинговую подготовку и стажировку под руководством куратора и других опытных волонтеров. Ребята сами определяют для себя формы работы, которыми бы они хотели заниматься.

4. Подход, основанный на формировании жизненных навыков использует методы поведенческой модификации и терапии. При этом проблемное поведение подростка рассматривается с точки зрения функциональных проблем и подразумевает помощь в достижении личных целей. Например, раннее начало половой жизни и экспериментирование с наркотиками может быть:

- попыткой демонстрации взрослого поведения,
- формой отчуждения от родителей,
- выражением социального протеста и вызовом по отношению к ценностям общества,
- стремлением получить новый, ранее не познанный опыт,
- поиском удовольствия и расслабления,
- "открытием двери" в группу сверстников.

Это, в свою очередь, может служить сигналом потребности в помощи в ситуациях конфликта, напряжения, давления со стороны социальной среды, актом отчаянья, ответом на неопределённые нарушения в психологическом и социальном развитии.

Программы развития жизненных навыков охватывают две области – информационную и социальную. Первый компонент программы – информационный. Он заключается в изложении и усвоении информации. Второй компонент программы направлен на развитие самоуправляемого поведения; разработку планов самосовершенствования; обучение стратегиям принятия решений и устойчивости к влиянию других.

5. Подход, основанный на развитии альтернативной деятельности. Этот подход предполагает развитие альтернативных социальных программ для молодёжи, в которых социально-приемлемыми способами реализуются стремление к риску,



поиск острых ощущений и повышенная активность, свойственные молодым. (Считается, что чем раньше человек начинает увлекаться какой-либо деятельностью, тем лучше он будет социализирован.)

При этом:

- *стремление удовлетворить специфические для подростков потребности (например, потребность в самореализации) комбинируется со специфической активностью (например, занятия творчеством или спортом);*
- *поощряется участие подростков во всех видах специфической активности (разнообразные хобби, клубы и т.д.);*
- *создаются группы молодых людей, заботящихся об активном выборе своей жизненной позиции.*

Данные программы особенно эффективны в группах с высоким риском аддиктивного поведения.

Сравнительная таблица различных методов и форм профилактической работы с целью изменения поведения

Метод и формы	Требуемые условия/ресурсы	Преимущества
Лекция	- Анализ и отбор информации; - время на подготовку и репетиции; - помещение.	- Низкие затраты; - охват большого количества слушателей; - возможность предоставить большее количество информации.
Беседа	- Время на подготовку сценария беседы; - навыки ведения групповой беседы; - помещение.	- Возможность узнать мнение окружающих; - возможность обсудить спорные вопросы; - возможность получить и предоставить обратную связь; - слушатели приобретают навыки ведения беседы.
Чтение	Если есть литература в необходимом количестве, то затраты минимальны - - только на распространение среди целевой группы. Если нет, то это метод дорогостоящий: необходимо написать и издать материал. Для читателя требуется внимательное прочтение всего материала.	- Возможность возвращения к информации в любое время и в любом месте; - самостоятельный анализ информации читателем; - тренировка забытого навыка чтения у молодежи.
Аудио-видео материалы	- изготовление/приобретение материалов; - поиск необходимого технического оборудования. (Не работает без беседы, лекции, семинара.)	- Возможность широкого охвата аудитории; - привычный способ восприятия информации целевой группой; - наглядный способ подачи информации; - воздействие на чувства; - ярко, красочно, легко воспринимается; - возможность самостоятельного изучения информации.
Наглядные пособия	- Приобретение или создание пособий; - время на разработку сценария презентации и продумывание наводящих вопросов.	- Наглядный способ подачи информации; - привлечение внимания, задействованы дополнительные каналы восприятия.
Обсуждение в группах (мозговые штурмы, дискуссии)	- Обучение специалистов этому методу работы; - время на подготовку сценария; - помещение.	- Возможность группового общения; - возможность изменения взглядов и поведения; - приобретение навыков аргументации и отстаивания позиции; - возможность более глубокого усвоения информации.
Ролевые игры	- Обучение специалистов; - время на проведение; - помещение; - подготовка сценария.	- Изменение поведения за счет проживания проблемной ситуации; - обучение навыкам прогнозирования ситуаций; - приобретение навыков использования разных моделей поведения в зависимости от ситуации.

Метод и формы	Требуемые условия/ресурсы	Преимущества
Выступление в роли обучающего ("Равный поможет равному")	<ul style="list-style-type: none"> -Время и материальные затраты на процесс обучения и дальнейшую подготовку волонтеров; -время на курирование самостоятельной работы волонтеров; -затраты на поощрение работающих волонтеров (подарки, поездки, атрибутика и т.д.). 	<ul style="list-style-type: none"> -Более полное усвоение информации (90% для самих волонтеров); -приобретение волонтерами навыков работы в аудитории, самостоятельной подготовки к выступлениям, общения с людьми разных возрастов и социальных групп; -личный рост волонтеров; -общение с единомышленниками, "своя" группа; -большее доверие к информации со стороны сверстников, экономичный способ распространения информации; -привлечение молодежи к решению социальных проблем.
Семинар - тренинг	<ul style="list-style-type: none"> -Подготовка специалистов; -питание; -канцелярские товары; -время на проведение; -помещение; -освобождение участников от занятий на время проведения тренинга. 	<ul style="list-style-type: none"> -Групповое общение; -мотивация к изменению поведения и получению информации; -приобретение навыков; -возможность увидеть разные модели поведения, взгляды и отношения к проблеме; -проживание проблемной ситуации; -возможность более глубокого усвоения информации.
Консультирование (в т.ч., по телефону)	<ul style="list-style-type: none"> -Подготовка специалистов; -оборудование; -помещение; -время на работу с каждым клиентом. 	<ul style="list-style-type: none"> -Возможность решения проблем; -индивидуальный подход; -мотивирование к изменению поведения; -личный контакт.
Массовые мероприятия (акции, митинги, шествия, круглые столы, телемосты, телепередачи)	<ul style="list-style-type: none"> -Материальные затраты для оплаты специально подготовленных специалистов, аренды помещений, рекламы; -время на подготовку; -получение официальных разрешений. 	<ul style="list-style-type: none"> -Возможность привлечения внимания к проблеме большого количества людей; -мотивирование к дальнейшему поиску информации; -предоставление информации в необычной и интересной форме.

(Описание методов профилактической работы смотри в Портфеле Организатора на стр. 143)

Подробнее об организации и проведении профилактических тренингов смотри пособие "Я хочу провести тренинг" НГОО "Гуманитарный проект", Новосибирск 2001 г.

УЧАСТИЕ МОЛОДЕЖИ



Участие молодежи - это одна из составных частей реализации принципов КДМ. А значит, это один из моментов, который делает Клинику именно Доброжелательной к Молодежи.

(Один из важнейших идеологических подходов, который обосновывает молодежное участие в принятии решений, вы можете найти в Портфеле Организатора на стр. 147)

Участие может проявляться в разных формах: от пассивного участия (например, молодежь выступает в качестве объекта исследования при проведении фокус-групп при разработке концепции КДМ и апробации информационных материалов) до непосредственного влияния на работу Клиники (например, добровольная работа волонтеров в качестве консультантов при первичном обращении в Клинику).

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



Организатору участие молодежи необходимо прежде всего для повышения эффективности работы КДМ.

Мы знаем, что эффективная профилактика невозможна без осознанного принятия решения молодым человеком, без сформированной активной жизненной позиции в пользу здоровья. Поэтому главной задачей любого администратора, который хочет создать действительно КДМ, является разработка стратегии привлечения молодежи к созданию, планированию и оценке деятельности Клиники. Таким образом, молодежь может принимать активное участие в работе КДМ на каждом этапе развития учреждения.



Рекомендации экспертов ВОЗ в документе "Здоровье молодежи – вызов и обещание, Всемирная Организация Охраны Здоровья", Женева, 1993, стр.80–81".

"Для эффективного участия молодежи в предоставлении медицинских услуг рекомендуется:

- *создать двусторонние коммуникативные каналы, чтобы обеспечить молодым людям доступ к информации и предоставить им возможность вносить свои собственные идеи;*
- *предоставить молодым людям право голоса в принятии решения по вопросам распределения ресурсов в правительственных и неправительственных организациях на местном, государственном и международном уровнях по всем вопросам, связанных со здоровьем детей и подростков;*
- *привлечь молодежь к планированию и внедрению всех исследований, которые будут использоваться в области охраны здоровья, особенно в таких сферах, как семейная жизнь, половое просвещение и профилактика рискованного поведения;*
- *органам власти поддерживать привлечение молодежи к обеспечению и защите собственного здоровья;*
- *правительству признать, что сохранение здоровья молодежи – это основа общего развития и что участие в решении этих вопросов самих молодых людей является ценным ресурсом в этой деятельности;*
- *ВОЗ и странам, которые являются ее членами, поддерживать молодежные организации в попытках пропагандировать здоровый образ жизни для всех людей".*

Для того чтобы достичь эти цели, профессиональные работники, которые приглашают молодежь присоединиться к их деятельности, должны быть внимательными к чувствам и взглядам молодых людей. Если молодым людям доверять, они станут более ответственными, чем принесут пользу всем".

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



■ *Итак, мы привлекаем молодежь к участию в работе КДМ и помним о том, что разные молодые люди в разное время могут предпочесть разные степени участия и разную степень своей личной ответственности. Важен принцип выбора: программы должны разрабатываться таким образом, чтобы каждый молодой человек имел реальную возможность принять эффективное участие в решении всех вопросов (в том числе, политических), касающихся жизни и прав молодежи.*



■ *Не надо отказываться от любой, даже самой минимальной помощи. У разных людей разные таланты, количество времени и сил. Однако в любом случае помощь будет волонтерством - бесплатной социально-значимой деятельностью, - даже если это одноразовая акция, а не годы непрерывной работы.*

КТО ТАКИЕ ВОЛОНТЕРЫ?

ЗАЧЕМ НУЖНО ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В КДМ?

Волонтер

- это человек, который в свободное время работает на благо общества, совершая социально-значимую работу. Направления деятельности и работа, выполняемая волонтерами, может быть различной: от озеленения района до "тимуровской деятельности", от распространения листовок до консультирования.

Волонтером может быть человек любого возраста и пола (если деятельность будет связана с информированием сверстников о здоровье, волонтерам, не достигшим 15-летия, но желающим работать, необходимо будет согласие родителей).

Зачем нужны волонтеры?

С развитием у себя данного движения КДМ приобретает много преимуществ:

- если волонтеры - это молодые люди, то информация о Клинике очень быстро, эффективно и бесплатно распространяется среди целевой группы Клиники;
- Клиника получает бесплатных помощников, которые, обладая недюжинной энергией, творческими, не "испорченными" профессиональной узостью способностями, получив после обучения навыки работы и знания, становятся неоценимыми помощниками в работе клиники;
- подростки гораздо с большей охотой будут обращаться в Клинику, если часть работы будут проводить их же сверстники и обстановка

- в Клинике будет доверительной;
- Клиника получает возможность выполнения большего объема работы;
- освобождается время сотрудников;
- создаются интересные и качественные инфоматериалы для молодежи с использованием опыта и идей представителей целевой группы.

ЧТО МОЛОДЕЖЬ МОЖЕТ ДЕЛАТЬ В КДМ?

Быть консультантами по вопросам интересов, предпочтений и потребностей целевой группы.

Проводить собеседования, выяснять нужды и потребности, проводить фокус-группы с целью оптимизации мероприятий, принципов и подходов работы.

Осуществлять информирование своих сверстников об услугах, предоставляемых КДМ - распространять листовки, приглашения, беседовать лично или проводить презентации для организованных коллективов.

Быть активными участниками программ, связанных со здоровьем, а значит - относиться более ответственно не только к выполняемой работе, но и к собственному здоровью.

Быть создателями новых эффективных форм и методов работы с молодежью.

Активно участвовать в работе КДМ на каждом этапе выступая в качестве дизайнеров, оформителей, подсобных рабочих, волонтеров-консультантов и т.д.

Быть экспертами реализуемой КДМ деятельности.

Посильная помощь волонтеров - это:

- реализация различных форм профилактической работы в отделениях КДМ,
- проведение циклов занятий для старшеклассников или студентов в отдельно взятом учебном заведении,
- проведение массовых мероприятий,
- составление и разработка информационных материалов,
- проведение видеолекториев,
- участие в проведении социологических опросов, обработка анкет,
- аутрич-работа (работа на улицах среди представителей целевой группы): раздача информационных материалов, беседы, приглашение в Клинику,
- если волонтерами являются взрослые люди, они могут: заниматься профилактической деятельностью в своей среде; работать со взрослыми с целью повышения уровня информированности силами семьи; работать с педагогами и родителями по вопросам толерантного отношения к молодежи,
- волонтеры могут выполнять функции специалистов КДМ: дежурить на Информационном телефоне, быть сотрудниками Консультативного кабинета, социальными работниками. Кроме этого, волонтером может быть человек со специальным образованием (юридическим, бухгалтерским), его профессиональные знания и навыки можно использовать в работе КДМ, что поможет ему совершенствовать себя в этой профессии.

КАК ПРИВЛЕКАТЬ МОЛОДЕЖЬ К УЧАСТИЮ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КДМ?

Свою эффективность доказали следующие способы:

- объявления (в СМИ, учебных заведениях, на дискотеках);
- приглашения через знакомых;
- проведение акций;
- распространение листовок с приглашениями;
- информационные стенды;
- отборочные семинары;
- приглашение на выступлениях, семинарах и беседах.

ЧЕМ ПРИВЛЕЧЬ ВОЛОНТЕРОВ?

Чтобы человек тратил свои силы и время на проведение любой, пусть даже общественно полезной работы, он должен желать этого. Мотивы, руководствуясь которыми человек принимает решение стать волонтером, могут быть разными:

- удовлетворение потребности в безопасности (работа в комфортных условиях; работа среди людей, которых знаешь и которые хорошо к тебе относятся);
- возможность сохранить или приобрести полезные профессиональные навыки;
- потребность в общении, возможность общения со сверстниками, с людьми противоположного пола, с людьми разного возраста и разного социального статуса;
- стремление к самовыражению, самореализации, приобретению чувства значимости;
- стремление начать работать по специальности или определиться с выбором будущей профессии.

Кроме этого, могут быть и другие желания: узнать что-нибудь новое, удовлетворить любопытство по давно волнующему вопросу, удовлетворить пожелания взрослых и т.д.

Человек может прийти с надеждой на реализацию этих устремлений, и, если он сможет их реализовать, это станет залогом успешной работы.

КАКИЕ ПРОБЛЕМЫ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ И КАК ИХ РЕШАТЬ?

Для успешной деятельности волонтерского движения на базе КДМ сотрудники Клиники должны учитывать *следующие моменты*:

Поддержание интереса добровольцев. Очень сложно поддерживать интерес к волонтерской деятельности на одном и том же уровне. Это, как правило, связано с процессом взросления добровольцев, изменением системы их ценностей и интересов, устройством на постоянное место работы. Основной путь решения данной проблемы - это непрерывный и постоянный процесс обучения, повышения квалификации добровольца, переориентация его на новые формы работы, исходя из изменившихся потребностей. В среднем, процесс развития и работы добровольца в организации может составлять от 2-3 до 6 лет. После истечения этого времени добровольцы чаще всего перестают принимать активное участие в деятельности ор-

ганизации, остаются просто хорошими друзьями, приходят в гости, иногда помогают в каких-нибудь акциях. "Уход волонтеров из семьи" - процесс необратимый и естественный - они достигают своих целей, женятся и выходят замуж, находят постоянное место работы и т.д. Переживать по этому поводу не стоит.

Наличие помещения, предназначенного специально для добровольцев. Отсутствие специальной комнаты для работы добровольцев снижает значимость той работы, которую они проводят. Специально отведенная комната позволяет им чувствовать себя хозяевами и быть более ответственными к выполнению работы.

Обеспечение всех добровольцев работой. Если "здесь и сейчас" не обеспечить добровольца интересной работой, его мотивация снизится. Одним из вариантов преодоления этой трудности может быть создание специальных карточек-запросов о помощи от сотрудников организации, самостоятельная разработка и реализация проектов добровольцами. Также необходимо более четко представлять потребности организации относительно помощи добровольцев и, соответственно, ограничивать их количество.

Целесообразно составить график работы: доброволец будет знать, что его деятельность упорядочена и необходима.

Преодоление скептицизма и недоверия к данной работе со стороны взрослых людей. На сегодняшний день эффективность волонтерских программ доказана не только теоретически, но и практически: многие специалисты (педагоги, психологи и медики) отмечают ее эффективность и необходимость. Одним из важных индикаторов положительной оценки данной программы являются отзывы самих подростков и молодых людей, принявших участие в семинарах-тренингах.

Поддержка активного участия молодежи в деятельности КДМ.

Самый привлекательный "бонус" для молодых людей - **оказание им доверия, признание другими важности их вклада в общее дело, осознание значения проделываемой работы для других и для себя.**

Не менее важно и то, что это **интересная, увлекательная, необычная деятельность и значимость в глазах сверстников.**

Еще один компонент: **заинтересованность взрослых людей - специалистов КДМ - в оценке деятельности работы Клиники.**



Создание системы поощрений: можно устроить "доску почета" или премирование наиболее активных молодежных лидеров. При плодотворном участии молодых людей в деятельности клиники администрация КДМ может написать благодарственные/рекомендательные письма на место учебы/работы. После окончания учебы и получения соответствующего образования некоторые молодые люди могут быть приняты на работу в Клинику.

СОЗДАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

(разработка, функция, эффективность, примеры)



Для чего Клинике, Дружественной к Молодежи, разрабатывать и издавать информационные материалы?

- Информационные материалы способствуют распространению информации о Клинике и **привлечению новых клиентов.**
- Качественные информационные материалы **способствуют формированию положительного имиджа Клиники** - как среди ее клиентов, так и среди коллег.
- Распространение информационных материалов позволяет охватить **профилактической работой большую аудиторию.**
- С помощью информационных материалов КДМ может **распространять свой опыт.**
- Информационные материалы - **это визитная карточка** Вашей организации для доноров.

Сегодня многие государственные и общественные организации издают собственные информационные материалы по различной тематике. Однако большинство из этих изданий оставляют желать лучшего. При изучении некоторых плакатов, буклетов, брошюр не понятно, для кого они созданы, какую цель преследовали авторы, создавая эти "шедевры наглядной агитации", - мрачные краски, пугающие образы, скучные и сухие тексты, написанные назидательным тоном. Подростки редко читают такие материалы. Затрачены силы, время и деньги - а эффективность таких материалов очень низка.

Причина подобных неудач кроется в том, что были упущены некоторые важные моменты в процессе создания информационного материала.

Создание информационного материала.

Процесс создания информационного материала вполне можно считать полноценным проектом.

ПРОЕКТ

- логическая совокупность мероприятий, которая имеет начало и окончание и осуществляется для достижения поставленных целей в рамках установленного бюджета, графика реализации и качественных показателей.

МОНИТОРИНГ

- мероприятия по получению сведений о ходе проекта и анализ этой информации.

Параметры, которые необходимо учитывать при разработке проекта создания информационного материала:

- **Качественные характеристики.**

Важно продумать, каким образом будет оцениваться полнота, актуальность и достоверность информации, а также доступность и приемлемость этой информации для той группы людей, в которой она будет распространяться. Необходимо иметь четкое представление о целевой группе и характере планируемого материала. Как будет выглядеть будущий материал? Необходимо подумать, как распространить продукт так, чтобы он дошел до целевой группы.

- **Время** (определение времени, необходимого для создания информационного материала запланированного качества).

Для того чтобы ни одна минута не пропала даром, необходимо четко разбить процесс создания материала на этапы, определить последовательность их выполнения и то, какие из них могут выполняться параллельно. Итогом анализа должно стать понимание: какова продолжительность каждого этапа и сколько времени займет весь процесс.

- **Издержки.**

Издержки включают в себя оплату труда авторов, расходы на проведение исследований и апробации, оплату услуг дизайнера/художника и верстальщика, услуг типографии, транспортные расходы, связь и т.п.

- **Распределение обязанностей.**

Исходя из объема и задач работы, необходимо определить требуемое количество людей для реализации данного проекта и распределить между ними ответственности за выполнение конкретных видов деятельности. Кто займется поиском средств на издание материала? Кто проведет исследования? Кто соберет и систематизирует информацию? Кто подготовит Ваш информационный материал? Кто будет отвечать за его распространение?

ЭТАПЫ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА (От идеи до воплощения.)

Для того чтобы создать эффективный информационный материал, необходимо иметь ясное представление о том, для кого он создается и какова его цель.

I ЭТАП - определение целевой группы.

Чтобы сделать процесс передачи информации эффективным, необходимо как можно более точно определить свои целевые группы и расположить их в порядке приоритетности, т.е. иметь ясное представление о том, кто именно те люди, до которых Вы собираетесь донести ту или иную информацию. Определение целевой аудитории обычно строится на основании демографических, психографических и поведенческих характеристик.

- **Демографию** определяют такие параметры, как возраст, пол, образование, место жительства.
- **К психографии** относятся общественные настроения внутри той или иной группы людей - такие, как консерватизм, независимость суждений, политизированность или социальная ответственность.
- **Поведенческие** характеристики определяются действиями или групповым поведением людей, которые могут оказаться существенными в рамках деятельности вашей организации.

Для КДМ можно выделить следующие **целевые группы**, на которые необходимо направлять свою информационную работу:

- в первую очередь - это, конечно же, **подростки и молодежь**. Информационной работе с подростками необходимо уделять основную массу времени и средств;
- следующей по значимости группой является, так называемое, ближнее окружение подростка: родители и специалисты (педагоги, психологи, социальные работники);
- далее идут специалисты, работающие в КДМ;
- и, наконец, люди, относящиеся к внешнему окружению КДМ и влияющие на ее состояние (политики, представители администрации, представители бизнеса).

II ЭТАП - определение цели будущего информационного материала.

О чем будет Ваш будущий материал, какая информация будет в нем содержаться? Анализ ситуации и проведение исследования сможет помочь найти ответы на эти вопросы.

Чаще всего при разработке информационного материала специалисты, работающие над ним, полагаются на свой собственный опыт, на ту информацию, которую они получают каждый день на своем рабочем месте. И это правильно. Если КДМ активно работает и, кроме того, взаимодействует с другими организациями, то у Вас есть полная информация, касающаяся заболеваемости подростков, причин обращения их в клинику и наиболее частотных проблемах.

Однако для того чтобы понять причину этих проблем и то, каким образом можно влиять на их решение, необходимо провести исследование в целевой группе.

ПРИМЕР:

Проблема: рост заболеваемости ИППП среди молодежи.

Целевая группа: молодые люди в возрасте от 15 до 20 лет. Исследование, проведенное в целевой группе может показать, что является причиной данного явления: недостаток информированности молодежи, отсутствие навыков использования презервативов, недооценка молодыми людьми серьезности проблемы, непонимание собственного риска, неэффективность или несоответствие существующих форм профилактики потребностям молодежи.

Исходя из результатов исследования, будет определена **цель информационного материала:**

- **Ознакомление с проблемой (актуализация проблемы):** исследование показало, что Ваша целевая группа совершенно не осведомлена о существовании проблемы. Например: подростки не задумываются о том, что есть риск инфицирования при незащищенных сексуальных контактах. В этом случае целью информационного материала будет актуализация проблемы, предоставление достоверной информации о существующих инфекциях и ситуациях, в которых возможно инфицирование.
- **Предоставление информации:** исследование показало, что целевая группа знает о существовании проблемы, но их знания недостаточно глубоки, что может также являться причиной риска инфицирования. Например: большинство подростков считает, что ИППП обязательно ярко проявляются внешне. А если у человека внешние проявления отсутствуют, то он здоров. В этом случае целью информационного материала будет предоставление более подробной информации с акцентами на те аспекты, по которым у подростков были выявлены пробелы в знаниях. *(Можно привести примеры "мифов", которые есть у подростков.)*
- **Изменение отношения к проблеме (разъяснение):** исследование показало, что Ваша целевая группа негативно относится к пропагандируемым нормам поведения или не принимает информацию на свой счет либо недооценивает последствия рискованного поведения, не понимает сути лечения. Например: девушки, имеющие постоянного полового партнера и не планирующие в ближайшее время рождение ребенка, избегают использования такого метода предохранения от беременности, как гормональная контрацепция по причине недоверия к данному методу и опасений за свое здоровье. В этом случае целью информационного материала будет разъяснение всех преимуществ гормональной контрацепции и изменение отношения к ней.
- **Привлечение новых клиентов:** исследование показало, что целевая группа совершенно не информирована о работе Вашей КДМ и предоставляемых в ней услугах. В этом случае необходимо разработать материалы, целью которых будет информирование подростков о работе Вашей Клиники.
- **Формирование имиджа:** исследование показало, что у потенци-

альных клиентов КДМ есть некоторое недоверие к Вашей службе (опасение в соблюдении конфиденциальности, качестве предоставляемых услуг). В этом случае целью информационных материалов является убеждение потенциальных клиентов в том, что в Клинике строго соблюдаются все заявляемые качества.

Помимо этого, в рамках работы КДМ могут издаваться информационные материалы с целью распространения наработанного опыта среди специалистов, работающих с молодежью. Например, подготовка информационных материалов для распространения их среди тех, кто может влиять на состояние Клиники: представителей администрации, представителей бизнеса, политиков, широкой общественности.

Важно помнить, что цель информационной работы всегда состоит в распространении сведений, необходимых для осуществления конкретных действий и изменения поведения людей.

Лучше всего, когда целью информационной деятельности является не "информация о...", а "информация, необходимая для...".

III ЭТАП - создание текста информационного материала.

После того как определены целевая группа, тема и цель будущего материала, можно приступать к написанию текста.

Работа по написанию текста делится на несколько блоков.

- 1. Поиск и анализ имеющейся информации** по данной теме, т.е. просмотр всей доступной литературы (книг, статей, информационных материалов, изданных другими организациями и т.п.). В последнее время стало обычным обращение к ресурсам Интернета.
- 2. Написание черновика.** К этому этапу приступают после того, как все источники будут изучены и проанализированы. Лучше всего, если написанием текста будет заниматься человек, имеющий "писательские" навыки. Это непростое занятие может занять от двух недель до двух месяцев - все зависит от объема и сложности материала. Старайтесь в этот период не отвлекать сотрудника, ответственного за написание текста, другими заданиями до тех пор, пока черновик не будет готов.
- 3. Экспертиза.** Готовый черновик предлагается для ознакомления экспертам - специалистам высокого уровня, работающим в той области, которая освещается в материале (если материал касается современных методов контрацепции, то необходимо его показать гинекологам и специалистам в области планирования семьи). Привлечение специалистов поможет Вам избежать неточностей или искажения информации (нередко, особенно если речь идет о создании информационного материала для подростков, в качестве экспертов привлекаются психологи).

Способы повышения доступности текста.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



Представьте себе лист офсетной бумаги формата А4, на котором сплошным текстом, мелким шрифтом изложена информация о здоровье. Вспомните себя - Вам трудно иногда удерживать внимание, сосредоточиться во время прочтения важной, интересующей Вас информации? Это происходит во многом потому, что она оформлена именно так, как описано выше. А теперь представьте подростка. Даже если у него возникнет интерес к данному материалу (что совсем не обязательно), скорее всего, у него не хватит терпения дочитать его до конца (тем более, что внимание у подростка неустойчиво в связи с физиологическими особенностями).

Существуют **формулы доступности**, которые основаны на подсчете таких языковых переменных, как длина слова и предложения. Длинные предложения и обилие многосложных слов в тексте обуславливают более высокий уровень навыков чтения, необходимый для его понимания.

Проверка на доступность - это просто прогнозирование приблизительного уровня образования, которым должен обладать человек для того, чтобы понимать данный текст. Практическая проверка покажет, написан ли текст на уровне, доступном большинству аудитории.

Текст должен:

- начинаться с введения, описывающего назначение материала, чтобы ввести читателя в курс дела;
- обобщать основные идеи в заключении;
- состоять из коротких предложений и параграфов;
- чередоваться с иллюстрациями к ключевым идеям;
- иметь заголовки и подзаголовки, чтобы подчеркнуть важные моменты;
- включать слова, подчеркнутые, напечатанные жирным шрифтом, курсивом или обведенные (для выделения идей);
- быть написанным в активной манере;
- в тексте должны употребляться одни и те же местоимения при обращении к читателю (т.е. или на "ты" или на "Вы");
- желательно избегать указания пола читателя, если только нет стремления подчеркнуть, что брошюра написана для лиц определенного пола;
- включать объяснения и примеры;
- использовать аналогии для объяснения сложных явлений;
- иллюстрации должны быть простыми и легко узнаваемыми, не перегруженными деталями.

Постарайтесь избегать:

- жаргонизмов и специальных профессиональных терминов и выражений;
- сокращений;
- мелкого шрифта;
- слишком длинных предложений;
- длинных параграфов;
- чрезмерного объема информации на малом пространстве;
- выравнивания строк текста по правому полю;
- некачественных фотографий;
- непрофессиональных иллюстраций (они могут представить текст в сомнительном свете);
- перегрузки негативными образами;
- двусмысленности.

Обратите внимание на эту страницу. Создавая этот информационный материал, мы постарались сделать его максимально удобным для усвоения.

IV ЭТАП - апробация.

АПРОБАЦИЯ

- это изучение реакции целевой группы на информационный материал до момента его выхода.

Для чего нужна апробация?

Исследовать эффект от воздействия информационных материалов довольно сложно, т.к. в основном информационная работа направлена на изменение поведения - показатель, который сложно измерить сиюминутно. Однако специалистами признается, что проведение информационной работы для изменения поведения посредством печатных материалов - один из самых действенных способов. Поэтому, чтобы не пускать деньги на ветер, необходимо сделать материал максимально приближенным к идеалу.

Повысить эффективность издаваемых информационных материалов поможет апробация. Также полезно проводить апробацию на стадии развития идей, когда определены аудитория и цель материала, но разработка сообщений еще не началась. Работа с целевой группой на этой стадии, обычно в форме дискуссий и фокус-групп, может помочь определить соответствующие агитационные приемы, эмоциональную окраску и подходящий стиль речи.

Предварительная апробация подготовленных материалов проводится для того, чтобы:

- оценить степень их доступности и удобства;
- оценить степень запоминаемости пропагандируемых в материале поведенческих норм;
- выявить сильные и слабые стороны материала;
- определить, имеет ли материал такую личную значимость для представителей целевой группы, чтобы стать стимулом для изменения поведения;
- выявить спорные элементы.

Апробация чернового варианта позволяет обнаружить недостатки до того, как начинают тратиться средства на производство.

Рекомендуем следующие методы:

- индивидуальные интервью-беседы один на один с респондентом;
- фокус-группы - групповые интервью, при которых происходит активный обмен мнениями между людьми. Для участия в фокус-группе обычно приглашаются 8-10 человек, имеющих сходные социально-психологические характеристики.

Методы нужно выбирать, исходя из целей апробации, и учитывать имеющиеся ресурсы и деликатность темы.

Если Вы сомневаетесь, нужна ли Вам апробация, ответьте на нижеследующие вопросы:

- Много ли Вы знаете о Вашей целевой аудитории?
- Много ли Вы знаете о ней в свете вопросов, о которых идет речь в создаваемом материале?
- Можно ли назвать тему вашего материала новой, сложной, деликатной или вызывающей полемику?
- Проводили ли Вы исследования, которые можно применить к этой теме?
- Можете ли Вы позволить себе ошибку в работе с определенным сообщением?

Как спланировать и осуществить апробацию?

Дешевле и проще провести апробацию методом фокусных групп.

Для этого необходимо:

- определить цели апробации (например: выяснить актуальность предлагаемой информации, новизну информации, понимание целевой группой основной идеи материала и т.д.);
- разработать сценарий фокус-группы в соответствии с целями апробации;
- выбрать модератора (ведущего фокус-группы). Модератор не обязательно должен хорошо разбираться в проблеме, главное - чтобы он смог "разговорить" группу и быть беспристрастным;
- по количеству участников подготовить копии печатных материалов, которые Вы собираетесь тестировать на фокус-группе;
- пригласить участников фокус-группы - типичных представителей целевой группы, обладающих всеми необходимыми характеристиками, но незнакомых друг другу (это обязательное условие!);
- фокус-групп должно быть, как минимум, две. Если результаты двух фокус-групп оказались противоречивыми, то необходимо провести третью фокус-группу.

Основные правила, необходимые для проведения фокусных групп.

1. Началом проведения фокус-группы является знакомство участников и представление целей исследования.
2. Важно то, что задачей фокус-группы является выяснение всего спектра мнений по каждому вопросу. Нет мнений правильных и неправильных.
3. Ход фокус-группы должен записываться (лучше на диктофон).
4. Каждый участник группы должен высказаться по каждому вопросу. Нарушать этот процесс нельзя. Если у модератора возникнет необходимость уточнить какие-либо детали у одного из участника фокус-группы, это следует сделать после того, как все выскажутся.
5. Не забудьте поблагодарить участников фокус-группы за участие в исследовании.

Ниже представлены вопросы, которые можно использовать при проведении апробации.

1. Какую информацию автор пытается донести на данной странице?
2. Расскажите своими словами, что означает данный текст?
3. Что изображено на данной иллюстрации?
4. Соответствует ли текст, помещенный на данной странице иллюстрации? Почему "да" или почему "нет"?
5. Что Вам нравится/ не нравится на этой странице?
6. Есть ли в тексте слова, смысл которых Вам не понятен? Какие это слова? (Если такие слова имеются, объясните смысл этих слов и попросите аудиторию предложить подходящие синонимы.)
7. Есть ли в тексте слова, которые, по Вашему мнению, трудно прочитать или понять другим людям? (Так же попросить дать синонимы.)
8. Есть ли в тексте предложения, смысл которых вам неясен?
9. Что Вам нравится/не нравится в этих пропагандируемых моделях поведения?

10. Вызывает ли у Вас информация, изложенная в данном материале, какие-либо противоречивые чувства или смущение?

11. Мы хотим, чтобы эти материалы как можно лучше и легче понимались другими людьми. Каким образом их можно было бы улучшить?

После того как Вы закончите апробацию материала, Вам необходимо внести некоторые изменения в материал в соответствии с результатами апробации.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



Апробация это инструмент, который применяется практически на всех этапах работы над материалом: разработка идеи, информационное содержание, дизайн.

V ЭТАП - оформление информационных материалов.

Материалы о здоровье могут быть написаны любым языком, но их внешний вид (т.е. их язык, стиль, шрифт, дизайн и др.) может оказать влияние на то, будет ли оно прочитано и понято.

ИЛЛЮСТРАЦИИ.

Какова роль иллюстраций в информационных материалах?

Это, прежде всего:

- техническая поддержка текста: при помощи грамотного иллюстративного ряда можно усилить некоторые особенно важные части текста;
- наглядная демонстрация, основанная на контрасте "правильно - не правильно";
- и последнее, может быть, самое важное: хорошо проиллюстрированный информационный материал воспринимается людьми легче и с большим интересом.

При выполнении технических иллюстраций (схемы строения органов и т.п.) художники обычно пользуются медицинскими учебниками. Если иллюстрации выполняются самостоятельно, они должны быть протестированы у соответствующих специалистов.

ФОТОГРАФИИ.

Основное и самое важное правило в использовании фотографий - они должны быть качественными, привлекательными и уместными.

Принимая решение об использовании в оформлении материала фотографий людей, нужно быть осторожными. Если материал вызывает эмоциональный отклик, то, возможно, образы, используемые для оформления материала, будут ассоциироваться у подростка с самим собой. Если образ непривлекательный (например, в оформлении материалов о наркозависимости часто используют фотогра-

фии наркоманов с исколотыми руками), такой материал может оставить очень негативное впечатление. Реакция на такой материал может быть приблизительно такой: "Ну, у меня с этими уродами нет ничего общего".

Будьте осторожнее в выборе фотографий. Недорогие дизайнерские фирмы часто используют в своей работе фотографии из клип-артов. Поэтому Вы так часто видите одни и те же образы в самых разных рекламных материалах.

Пример из жизни:

фирма, занимающаяся реализацией минеральной воды, заказала в полиграфической фирме рекламный плакат. Через некоторое время дизайнер предъявил вариант будущего плаката, который был утвержден руководством фирмы. Но этому плакату так и не суждено было появиться на свет, т.к. выяснилось, что используемой дизайнером образ бегущего мужчины, был применен также в рекламных плакатах другой фирмы, занимающейся продажей препаратов от диареи.



Тестирование иллюстраций и фотографий среди будущих читателей необходимо, особенно, если эти иллюстрации выглядят нестандартно. Дело в том, что некоторые читатели могут просто не понять Вашего замысла, что приведет к неправильному восприятию материала.

Графические изображения должны:

- быть правильно понятыми читателем;
- соответствовать теме материала и читательскому вкусу;
- быть простыми и не запутанными;
- должны поддерживать текст, а не конкурировать с ним за внимание.

Цветовое оформление материала.

Существует несколько вариантов цветового оформления материала - можно использовать два, три или четыре цвета. Соответственно, чем больше цветов, тем дороже обойдется печать материала. Поэтому, если необходимо сэкономить и красочность не является обязательным условием исполнения материала, можно выбрать двухцветную печать. Если вы пользуетесь услугами хорошего дизайнера, двух цветов может оказаться вполне достаточно.

Довольно сложно давать однозначные рекомендации по использованию цвета в информационных материалах и убеждать Вас в том, что красный цвет будет работать лучше на запоминание материала, чем зеленый.

При выборе цветов для оформления необходимо, прежде всего, ориентироваться на вкусовые предпочтения целевой группы.

Необходимо также учитывать следующее:

- культурно-эстетические и возрастные рамки восприятия,
- ассоциации, связанные с восприятием цветного образа.

Как привлечь внимание (вызвать интерес) к своим материалам?

Осознанное восприятие любой информации невозможно без внимания. Внимание - ориентировочная реакция сознания человека, которая позволяет настроить

органы восприятия (зрение, слух, чувства) на информационный объект.

Это может быть необычный дизайн обложки, использование в названии "ключевых" слов (например, специалиста в области профилактики ВИЧ-инфекции скорее всего будет привлекать любая литература содержащая в своем названии слово "ВИЧ-инфекция") или слов отражающих потребности и интересы целевой группы (например, заголовок "Только для тебя" вполне может вызвать интерес у подростков, т.к. для этого возраста характерна концентрация на себе).

Материал должен выглядеть так, чтобы его захотелось взять в руки и пролистать. Дело ваших дизайнеров и верстальщиков - представить информацию в наилучшем свете: интересные иллюстрации, текст оформлен и скомпонован так, что приглашает к чтению, а не ко сну. Взгляд подростка должен скользить по страницам, цепляясь за самые яркие и выделенные места, незаметно втягивая в чтение.

Виды информационных материалов.

Определение вида информационного материала зависит от нескольких параметров:

- цели будущего материала;
- финансовые возможности организации;
- объем информации.

ЛИСТОВКИ.

Если у Вашей организации не было опыта создания собственных информационных материалов, то лучше всего начать с издания листовок.

В листовке, как правило, информация представлена в сжатом виде, ее цель - привлечь внимание к проблеме, дать общее представление о ней, рассказать о Вашей организации или пригласить на какое-либо мероприятие.

К созданию листовок можно привлекать добровольцев из числа подростков. Процесс издания листовок можно сделать цикличным. Например, запланировать несколько видов листовок в течение года к памятным датам. Такая систематическая информационная работа не останется незамеченной, о Вашей организации и ее деятельности узнает большое количество людей, которым Вы в дальнейшем можете быть полезны.

Плюсы листовок:

- низкая стоимость,
- небольшой размер,
- сжатая информация (ничего лишнего),
- оперативность (возможность быстро реагировать на потребности аудитории),
- возможность частого обновления,
- возможность быстрого информирования об услугах организации или о готовящихся мероприятиях.

Минусы:

- оперативность выпуска может сказываться на внешнем виде;
- малый объем информации;
- недолговечность.

БРОШЮРЫ.

По определению, брошюра должна содержать достаточно большой объем информации с иллюстрациями. Фактически, брошюра - это небольшой учебник или пособие, поэтому информация в ней должна быть развернутой и полной. Брошю-



ры предназначены для тех, кто нуждается в дополнительной информации.

Задуматься об издании брошюры стоит тогда, когда Вы располагаете значительным количеством сведений, необходимых для целевой группы.

Если брошюра издается для подростков, то важно тщательно разработать ее оформление. Здесь не стоит экономить на дизайне. Качественное оформление помогает поддерживать интерес юного читателя при восприятии большого текста.

Если брошюра предназначена для взрослых (родителей, Ваших коллег и других специалистов), то и здесь не стоит пренебрегать профессиональной версткой. Помните - издаваемые Вашей организацией материалы, влияют на ее имидж. Кроме того, неграмотно отформатированный текст мешает воспринимать информацию.

Плюсы брошюр:

- более узкая направленность,
- подробная, развернутая информация,
- возможность тщательной проработки текста,
- возможность вместить максимум иллюстраций,
- широкие возможности для дизайна,
- хорошую брошюру могут сохранить, впоследствии ее будут перечитывать и показывать друзьям.

Минусы:

- высокая стоимость,
- большой объем может затруднить восприятие информации,
- создание брошюры требует значительного времени.

БУКЛЕТЫ.

Наиболее распространенный вид печатной продукции в виде листа бумаги, свернутого как книжечка. Буклеты могут иметь как презентационную (содержать информацию, касающуюся Вашей клиники), так и профилактическую направленность.

Плюсы буклетов:

- низкая стоимость;
- возможность разместить достаточный объем информации.

Минусы:

- может содержать только одну идею,
- недолговечность.

ПЛАКАТЫ.

Широко используются в профилактической работе для привлечения внимания к проблеме, информирования об услугах, пропаганды каких-либо идей.

Плакаты могут стать украшением медкабинета или холла медицинского/образовательного учреждения.

Плюсы плакатов:

- красочность,
- наглядность



- и доступность,
 - долговечность.
- Минусы:**
- высокая цена,
 - ограниченность информации (хороший плакат, чтобы привлечь внимание, не должен содержать больше одной идеи).

ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ.

Основной характеристикой данных видов информационных материалов является - периодичность.

Плюсы газет и журналов:

- оперативность и постоянное обновление информации;
- возможность сочетать информацию о здоровье с другой информацией;
- информация из различных источников и разнообразные мнения возбуждают интерес читателей;
- возможность обратной связи с читателем.

Минусы:

- высокая стоимость печати, особенно журналов;
- выпуск газеты или журнала трудоемкая задача, требующая усилий более чем одного человека и наличия специальных навыков.

ПОЧТОВЫЕ ОТКРЫТКИ, КАРМАННЫЕ КАЛЕНДАРИ.

Относятся к, так называемой, сувенирной продукции. Конечно, эти виды продукции нельзя назвать необходимыми, однако они могут стать дополнительными источниками информации о работе Клиники, тем более, что подросткам и молодежи очень нравятся подобного рода вещи.

Плюсы "сувенирной продукции":

- могут быть хорошим дополнением (в виде сувенира) к основному блоку информационных материалов;
- привлекательный внешний вид;
- многие люди хранят подобные сувениры.

Минусы:

- высокая стоимость;
- низкая информативность.

ФАКТОРЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Подростки чрезвычайно подвержены влиянию со стороны сверстников. В их среде крайне живучи многие "мифы", касающиеся сексуальности, контрацепции, инфекций, передаваемых половым путем и наркотиков. Эти заблуждения создаются самими подростками и распространяются ими среди друзей и знакомых. Поэтому задача специалистов - разработать такой материал, который мог бы конкурировать с "авторитетными" мнениями друзей и знакомых.

Есть общее правило, которое определяет силу воздействия сообщения на целевую аудиторию. Сила воздействия будет снижена, если аудитория, на которую это воздействие оказывается, знает о том, что у информаторов есть цель оказать это

воздействие. Это особенно важно при разработке информационных материалов для подростков, т.к. в подростковом возрасте наблюдается реакция эмансипации - стремление высвободиться из-под контроля и опеки взрослых. Подростки отвергают любую информацию, которая преподносится в назидательном тоне. При создании материалов для данной группы необходимо избегать поучительных наставлений, стремиться подавать информацию правдиво, уважительно относиться к праву подростка принять информацию и использовать ее по своему усмотрению. Информация подается с позиции равного, но панибратство или заигрывание с подростками не допускается: они это чувствуют и не принимают информацию всерьез.

Склонность к риску, острым ощущениям, отсутствие навыков прогнозирования - вот особенности, присущие подростковому возрасту. Они выражаются в том, что подростки подвергают свое здоровье опасности.

Для того чтобы информационный материал для подростков сделать более убедительным, особенно, если он касается профилактики заболеваний, необходимо учитывать ряд факторов, способствующих усилению воздействия.

ДОСТУПНОСТЬ: чем понятнее сообщение, тем выше сила его воздействия.

Количество аргументов:

- большое количество аргументов в поддержку какой-либо точки зрения при авторитетном источнике информации производит на аудиторию большее воздействие;
- человек способен запомнить ограниченное количество аргументов - от 5 до 9;
- большее воздействие производит использование нескольких, но сильных аргументов.

Награды, скрытые в сообщении: сила воздействия намного возрастает, если за аргументами сразу же следуют выводы, вытекающие из этих аргументов и говорящие о пользе, которую может получить читатель, следуя Вашим рекомендациям.

Наиболее сильное воздействие производят сообщения, которые одновременно отвечают всем условиям, приведенным ниже:

- содержат сильные аргументы, утверждающие, что аудитория может столкнуться с крайне негативными последствиями неразумного поведения;
- содержат аргументы, которые утверждают, что эти последствия наступят с большей долей вероятности, если аудитория не будет следовать предложенным рекомендациям;
- содержат аргументы, которые дают полную уверенность, что негативных последствий можно избежать, если следовать предложенным рекомендациям.

Одна точка зрения или противопоставление двух:

- на непросвещенную аудиторию более сильное впечатление производит информационный материал с аргументами в поддержку одной точки зрения.

ВАЖНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ



■ Например, подростку, который уже экспериментировал с психоактивными веществами, попадает в руки информационный материал, в котором описаны все негативные стороны употребления наркотиков, однако информация о причинах и возможных выходах из этой ситуации не приведена. Такой материал не заставит подростка задуматься о выборе в пользу здорового образа жизни и будет воздействовать только на родителей подростка (непросвещенную аудиторию), так как его собственный опыт говорит: я пробовал и ничего со мной не случилось.



■ На аудиторию, которая знакома с темой, большее воздействие производит информационный материал, содержащий аргументы в поддержку одной точки зрения и усиленный аргументами против альтернативной.

ВЫВОДЫ, СЛЕДУЮЩИЕ ИЗ СООБЩЕНИЯ:



- воздействие информационного материала значительно сильнее, когда аудитория делает самостоятельные выводы на базе предложенных аргументов (особенно, если речь идет о подготовке материалов для подростков). Однако строить свое сообщение таким образом, чтобы аудитория самостоятельно делала выводы, можно только в том случае, если аудитория знакома с проблемой;
- в тех случаях, когда аудитория с проблемой не знакома, а для Вас важно, чтобы читатели хорошо усвоили предложенные аргументы и лучше поняли суть дела, в информационном материале должны быть предложены выводы.

Еще один фактор - **повторяемость сообщения**. Воздействие сообщений, содержащихся в информационном материале, усиливается, если они неоднократно повторяются.

Оценка эффективности информационного материала.

Каждый проект должен предусматривать возможность оценки результата. Успешным можно назвать проект, если намеченные цели и задачи были успешно достигнуты и решены.

Просмотрите те задачи, которые Вы ставили перед собой, разрабатывая информационный материал, и решите, каким образом Вы могли бы определить степень их выполнения.

Это может быть:

- фактическая подготовка и распространение материалов среди целевой группы;
- количество выпущенных информационных материалов;
- способность представителей целевой группы вспомнить пропагандируемые модели поведения в ходе выборочного исследования;
- экспертная оценка содержания информационного материала;
- посещаемость Клиники;
- обращаемость на Телефон доверия;
- соответствие информационного материала критериям эффективности.

Критерии эффективности информационных материалов.

Привлекательность: достаточно ли интересен материал, чтобы привлечь и удержать внимание аудитории? Нравится ли он людям?

Понимание: понятна ли информация, содержащаяся в материале?

Приемлемость: содержится ли в материале информация, оскорбительная или вульгарная по местным меркам? Может ли что-то раздражать в данном информационном материале?

Личная вовлеченность: направлен ли информационный материал на целевую аудиторию? Чувствуют ли она, что этот материал разработан специально для нее?

Убедительность: способен ли информационный материал убедить аудиторию следовать желаемому образцу поведения?

Распространение информационных материалов.

Важный показатель эффективности проделанной работы (создание информационных материалов) - распространение Вашей продукции в целевой группе. Согласитесь: если создатели информационных материалов не задумались о том, каким образом они будут распространять тираж в целевой группе, и он остался лежать на полках, эффективность работы сведена к нулю.

Прямое распространение.

Распространять информационные материалы в целевой группе можно напрямую:

- из рук в руки с помощью добровольцев-подростков;
- на семинарах;
- на конференциях;
- выкладывать материалы для ознакомления в специально отведенных для этого местах в КДМ.

Опосредованное распространение.

Осуществлять его можно через:

- поликлиники;
- аптеки;
- наркологические диспансеры;

- органы охраны порядка;
- СПИД - центры;
- учебные заведения.

Когда Вы планируете распространять информационные материалы опосредованно, необходимо учитывать тот факт, что Ваш материал должен быть одобрен теми, кто стоит между Вами и Вашей целевой группой, т. е. ее ближним окружением (родителями, педагогами, психологами, правоохранительными органами). В противном случае этот канал распространения будет для Вас зарыт. Если плакат или брошюра не понравится ближнему окружению или оно решит, что информация сомнительна и не подтверждена научными данными, материалы до целевой аудитории так и не дойдут.

Одобрение со стороны ближнего окружения не может заменить заключение экспертов. Кроме того, иногда ближнее окружение, ознакомившись с заключением экспертов, выносит одобрение быстрее.

Независимо от способа распространения информационных материалов нужно вести их учет. Это поможет Вам оценить потребность в них целевой группы и (при необходимости и возможности) вовремя переиздать наиболее востребованные информационные материалы, а менее востребованные - доработать.

ВЫВОД:



КДМ ведет свою работу, используя эффективные технологии, направленные на сохранение здоровья, снижение рискованного поведения, социальное сопровождение и защиту подростка.

Глава 7.

ПОРТФЕЛЬ ОРГАНИЗАТОРА

Полезные приложения в помощь организатору.



В этой главе:

- подростковый возраст,
- модели изменения поведения,
- методы профилактической работы,
- инструмент анализа степени участия и оценки его эффективности - "Лестница Харта",
- стратегическое и финансовое планирование в КДМ,
- правовые аспекты медицинской деятельности,
- опыт работы Санкт-Петербургского Городского консультативно - диагностического Центра для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье),
- краткое описание работающих КДМ,
- ключевые понятия,
- используемая и рекомендуемая литература.

Подростковый возраст



В этом разделе дана подробная характеристика целевой группы КДМ - подростков. Этот раздел является дополнением к главе №2.

Подростковый возраст

В этом разделе дана подробная характеристика целевой группы КДМ - подростков. Этот раздел является дополнением к главе №2.

Культурно - исторические аспекты

Период подросткового возраста выделяется не в каждом обществе, а лишь в обществе с высоким уровнем цивилизации. Индустриальное развитие приводит к тому, что требуется все более продолжительное время для общественного и профессионального обучения детей. Следовательно, рамки подросткового возраста расширяются.

В литературе данный период назван по-разному: подростковый, переходный, пубертатный, отрочество, подростничество, негативная фаза возраста полового созревания, возраст второй перерезки пуповины. Все эти названия отражают различные стороны изменений, происходящих в жизни подростка.

Продолжительность подросткового периода также трактуется неодинаково. Как и все другие фазы жизни, подростковый период имеет начальную и заключительные стадии.

В течение этого времени подросток:

- развивает шкалу ценностей и определяет основные цели жизни;
- осознает изменения в восприятии своего тела;
- отдаляется от родителей;
- развивает логические и формальные мыслительные способности;
- становится, наконец, частью взрослого мира, т.е. берет на себя ответственность при создании семьи и планировании потомства.

В традиционном, ориентированном на семью, обществе важнейшие перио-

ды жизни были связаны с обрядами инициации или перехода. Эти обряды существовали для того, чтобы помочь подросткам достойно пройти столь важный период быстрых качественных изменений. Итогом этого периода являлось обретение статуса взрослого в социальном и сексуальном плане. Жизнь в таком обществе была разделена на ясно определенные фазы, и человек знал, какие именно права и обязанности существуют в рамках каждой из них. При всем разнообразии форм обрядов инициации обязательным компонентом выступало таинство смерти - нового рождения. Это таинство в символической форме представляло идею о том, что для рождения новых качеств необходимо "отмирание" старых, причем процесс отмирания может быть долгим и болезненным.

Упадок института семьи, появление в связи с этим нуклеарной*, а затем субнуклеарной семьи (семья из одного родителя), другие явления, характерные для современного общества (возрастающий объем информации, обособление человека в его социальных связях, ускорение темпа жизни), - все это дезориентирует молодого человека, который теперь должен самостоятельно осуществлять выбор и принимать решения, опираясь только на родительский пример.

Эти же факторы являются причиной возникновения в подростке сильной потребности проверить свои возможности, экспериментировать и справиться с

* Нуклеарная семья - это семья, состоящая из двух родителей и двоих или троих детей, которые проводят первые годы жизни почти исключительно с матерью. Такой тип семейной жизни начал доминировать одновременно с индустриализацией и окончательно утвердился в начале нашего века. Таким образом, эта относительно новая модель семьи вытеснила традиционную семью, состоящую из нескольких поколений.

проблемами, не прибегая к помощи или совету семьи.

Тем не менее молодой человек ожидает признания и поддержки со стороны родителей, чтобы почувствовать себя уверенней, и одновременно "провоцирует" их, получая таким образом "материал" для определения собственной индивидуальности. Можно сказать, что вхождение в мир взрослых происходит вместе с ростом самосознания подростка: соматические и психические изменения позволяют человеку убедиться в неизбежном наступлении новой фазы в его жизни.

Характерные черты возраста

А. Отдаление подростка от семьи.

В период взросления подросток ощущает необходимость в самоопределении и независимости, которые приводят его то к чувству равновесия, то к растерянности. Молодой человек сталкивается с множеством противоречий: он постоянно "циркулирует" между потребностью в зависимости и стремлением к независимости от семьи, между страхом перед инициативой и усилиями, необходимыми для обеспечения собственного, свойственного только ему самому, способа существования.

Чувство взрослости предполагает новый уровень притязаний, превосходящий новое положение, которого подросток ещё не достиг. В этом заключается **основное противоречие**: подросток **требует признания того, что ещё не сформировалось**. Поэтому зачастую подростки активно отстаивают свои права и пренебрегают обязанностями или претендуют на те права, которыми ещё не умеют пользоваться. Интересно то, что многих подростков не радует, когда родители разрешают им принимать самостоятельные решения. Ориентация на права и излишнее эмоциональное их отстаивание сочетается со страхом использовать эти самые права.

Тем не менее без "отдаления подрост-

ка от семьи" невозможно достижение зрелости. Итогом "отделения" является не разрыв подростка с семьей, а установление новых отношений, в которых семья и подросток способствуют развитию друг друга. Этот процесс редко протекает без осложнений, поскольку семье довольно трудно отпустить ребенка. Это происходит по разным причинам:

1) для некоторых матерей ребенок является смыслом жизни, и его отдаление делает их жизнь бессмысленной;

2) ребенок своим присутствием может сглаживать проблему нарушенных отношений между родителями;

3) ребенок служит средством удовлетворения потребности в контроле, социальном престиже и т.д. Нередко ребенок играет роль отсутствующего или плохо играющего свою роль члена семьи, например, в неполной семье или в семье с эмоционально отстраненным родителем. В таких случаях процесс отделения приводит к установлению довольно мучительной амбивалентной связи: отделиюсь/чувствую вину - присоединяюсь обратно/чувствую гнев - снова отделиюсь и так далее.

А.Хейли называет это процессом "**отлучения родителей от детей**".

Чтобы эффективно помочь подростку в решении этой задачи развития, следует определиться, на каком этапе отделения он находится. Опишем коротко эти этапы в соответствии с характеристиками Bloom.

Первый этап (11-12 лет) отмечен существующим конфликтом между *потребностью в зависимости и стремлением к автономии*. Подросток амбивалентен в своих ожиданиях в отношении родителей: он, с одной стороны, сопротивляется проявлениям их заботы и ласки, а с другой - стремится, чтобы его баловали. Подросток перестает быть таким послушным и вежливым, каким он был раньше. Если родители не понимают, что происходит с их ребенком, они, как

правило, ужесточают запреты, что может привести к эмоциональным расстройством подростка.

Второй этап - когнитивная реализация отделения (здесь трудно указать возраст, так как переход к этой стадии может затянуться на всю жизнь). Подросток доказывает всем - миру, родителям, самому себе - собственную независимость зачастую критикуя все, что делается и говорится взрослыми. Бурная реакция родителей только усиливает стремление к эмансипации. Длительность этой стадии определяется временем, необходимым родителям для принятия факта взросления подростка.

Третий этап - эмоциональные реакции на отделение. Для данного этапа характерно появление чувства вины, гнева, депрессивных реакций, взаимного страха потери любви. Родителям может потребоваться помощь, чтобы поддерживать в себе чувство гордости и радости за достижения взрослеющего ребенка.

Четвертый этап - идентификация/самоопределение. Взрослые уже признают за подростком право на самостоятельность, исчезает внешнее буйство и ранимость. Подросток сосредоточивается на своей индивидуализации. На данном этапе очень важно, чтобы подросток имел образец положительной интеграции среди значимых взрослых. Поэтому родителям подростка необходимо понять, что, только обратив внимание на собственную интегрированность или дезинтегрированность, можно помочь своему взрослеющему ребенку.

Таким образом, процесс отделения подростка от семьи завершается интегрированным состоянием. С ним устанавливаются новые отношения, основанные не на принуждении, а на партнерстве.

Стремление к независимости зависит от многих факторов, но основную роль играют связи между родителями и деть-

ми. Отметим, что, согласно результатам ряда исследований, одним из основных аспектов поведения, которые могут влиять на развитие самосознания у взрослого человека, является "общественная" или альтруистическая позиция родителей. Считается, что такое поведение взрослых благоприятствует позитивному поведению подрастающего человека - сотрудничеству, взаимодействию с окружающими, что противопоставляется агрессивности, принуждению и отчужденности.

Б. Мышление подростка.

У подростка развивается способность к абстрактному мышлению, то есть он может думать, "оторвавшись" от конкретных ситуаций, и концентрироваться на целом, а не на частностях. По мнению Ж. Пиаже, к этому моменту молодой человек уже овладел формальными мыслительными операциями и может проанализировать большее количество возможных действий.

Логическое мышление подростка эгоцентрично. Он использует логику с точки зрения единственного и общего критерия для понимания всего, что хорошо, морально и т.д. Другими словами, подросток старается свести мир к тому, что логично; но ему пока трудно понять, что мир (т.е. все, что происходит) не всегда логичен и упорядочен. В этом смысле мысль подростка, скорее, эгоцентрически-логична, а не реалистична. По этой причине подростки кажутся окружающим слишком идеалистически настроенными. Однако этот идеализм скоро проходит, а подросток начинает смотреть на вещи как на целое и понимать разницу между целым и частным. Чем больше возможностей обращаться с окружающей действительностью имеет молодой человек, тем больше он обретает навыков в наблюдении и постижении разных аспектов реальности и точек зрения, связанных с любым новым опытом.

В. Физическое развитие.

Без сомнения, физиологические изменения являются теми важными признаками, которые характеризуют начало периода созревания. Весь процесс начинается одновременно с ускорением роста тела. Позднее молодой человек будет вынужден признать и принять это изменение, меняя взгляд на самого себя. Начало физиологических изменений у девушек и юношей неизбежно приводит к осознанию своей зрелости и способности иметь потомство.

Г. Изменение телесного самовосприятия.

Телесное самовосприятие - это представления о нашем теле, которые позволяют нам не только описать и оценить его в физических категориях (вес, рост, формы), но и осознать его как подчиненное нашему "Я". Конечно, оно не является статичным, оно изменяется с изменением тела. Телесное самовосприятие возникает на основании как внутренних, так и внешних наблюдений и реакций, вызванных влиянием окружения.

Подросток обладает уже сформировавшейся точкой зрения на свое тело, чувством собственности, контроля, позитивным или негативным к нему отношением. Однако теперь ситуация начинает изменяться, и образ, существовавший до сих пор, рассеивается. Цельное представление о внешности превращается во фрагментарное, а именно - сосредотачивается на отдельных частях тела: ушах, ногах, носе и т.п. Эти отдельные части кажутся слишком большими или маленькими, толстыми или тонкими, и кажется, что все окружающие это замечают. Для подростка телесное признание тесно связано с признанием сексуальной привлекательности. Подросток страдает не от объективной сексуальной непривлекательности, а от неполучения признания сексуальной привлекательности со стороны ближайшего окружения.

Поэтому и мальчики, и девочки постоянно сравнивают себя с другими людьми,

особенно с ровесниками. Реакции других людей на телесные изменения возбуждают и усиливают напряжение по отношению к своему телу. Они могут также вызвать негативные ощущения и вытекающую из этого потребность противодействовать тому, что происходит.

В основном, подростки проявляют склонность к обезличиванию собственного тела, его объективизации; девочки делают это, считая тело предметом, который можно наблюдать, а мальчики - орудием действия. Это позволяет лучше понять, почему подростки, находясь в группах, относятся к другим людям специфически.

Кроме того, в зависимости от того, ценится тело или игнорируется, для подростка оно становится средством символического выражения его конфликтов и образцов взаимоотношений с людьми (например, потребление наркотиков можно расценивать как деструктивное отношение к телу).

Д. Самосознание подростка.

Для процесса взросления характерно развитие самосознания подростка, на основе которого разворачивается самореализация, формируются принципы и идеалы, необходимые для существования. Человек осознает себя в тот самый момент, когда он осознает других и начинает отличаться от окружения.

Подросток формирует перед собой цель - достичь выразительного и устойчивого сексуального самосознания. Для этого он должен проанализировать не только отношение к собственному телу, но и осознать свое поведение с родителями и сверстниками. В итоге, неизбежно напряжение, возникающее из-за необходимости сделать выбор: следует ли стремиться к независимости или же лучше вернуться к предыдущей фазе, которой свойственна была большая безопасность, связанная с зависимостью от взрослых.

Подросток начинает проверять собственную эмоциональную способность пе-

реживать одиночество и интимность, однако при этом он чувствует себя дезориентированным и брошенным. Именно в этот момент молодой человек освобождается от давления со стороны семьи подобно тому, как во время раннего детства он "отделил себя" от матери и вступил в новую реальность, в которой первое разграничение между собой и другими позволило ему почувствовать независимость.

В отличие от маленького ребенка, который строит свой внутренний мир, отталкиваясь от происходящего во внешнем мире, молодой человек стоит перед необходимостью перестроить собственную внутреннюю структуру. Этот процесс основывается, главным образом, на создании новой идентичности - то есть устойчивого самоопределения себя в плане личностных качеств и социальных ролей, что позволяет ему взять на себя ответственность за свои мысли и поступки.

Процесс перестройки не может обойтись без внутренних конфликтов, иначе говоря, без своеобразной "боли" из-за утраты порядка, который ранее воспринимался как нечто постоянное и завершенное, в котором человек чувствовал себя в безопасности.

Следующим важным аспектом в поведении подростка является забота о теле, до сих пор остававшемся под опекой родителей. Теперь беспокойство за него испытывает сам молодой человек, который осознает, что его тело принадлежит только ему. Это "новое" тело должно найти для себя новый язык самовыражения, что позволит установить отношения с другими людьми.

В момент, когда цели молодого человека начинают проступать яснее, приходит заключительная стадия взросления и начинается ранний "взрослый" период. Появляется и усиливается независимость от окружающего мира. Однако дальнейшее развитие личности может произойти только при условии, что предыдущие задачи были решены: что утрата и боль пережиты в полной мере, что

произошел переход из безопасного мира детства в область самостоятельных внешних связей.

Другой важный аспект развития самосознания связан с осознанием подростком своей идентичности/самотождественности. Согласно Э.Эриксону, *под идентичностью понимается ощущение собственной целостности, активности, жизненной силы, осознание собственной ценности и компетентности*. Другими словами, это результат самоопределения, связанный с:

- формированием внутренней позиции взрослого человека,
- осознанием себя членом общества,
- способностью самому решать проблемы своего будущего.

Конец детства - это как раз тот период, в котором и возникает психическая цельность, которую Э.Эриксон назвал "чувством внутренней идентичности". Именно она обеспечивает "избирательное выделение" значимых для личности идентификаций (отождествлений с другими, формирующих образы "Я") и постепенную их интеграцию, достигающую кульминации в чувстве идентичности.

С началом подросткового возраста происходит выбор между самоопределением и неопределенностью. Развитие качественно меняется: происходит объединение всех предыдущих значимых идентификаций с точки зрения новых задач и требований к взрослому человеку - сформировать мировоззрение. Для решения этих задач молодому человеку необходима некоторая "отсрочка" - "психосоциальный мораторий". Мораторий позволяет *границам* личностной целостности расширяться и включать в неё более разнообразные идентификации. При этом мораторий не переживается сознательно.

Идентичность включает в себя и ролевой аспект, представляющий концентрацию различных образов, масок и ролей, принимаемых как сбалансированную систему различных проявлений личности, составляющую её уникальное единст-

во. Противоположностями здесь выступают "другие", в сравнении с которыми личность самоопределяется.

Формирование идентичности тесно связано с представлениями о зрелости. *Зрелый человек* обладает навыками слаженного социального взаимодействия, способен критически оценивать социальные нормы и ценности и на основе накопленного опыта воспитать подрастающее поколение.

Е. Группа ровесников.

В доиндустриальную эпоху период взросления (в соответствии с современными описаниями и пониманием) собственноручно не замечался, поскольку молодой человек в этом возрасте должен был покинуть семью и начать зарабатывать на жизнь. Это означало расширение социальных связей. По тем или иным причинам сегодня подросток сохраняет зависимость от семьи еще долгое время и на многих уровнях, потому что, например, не может найти работу или продолжает обучение до 25-26 лет. А это значит, что полная профессиональная и экономическая независимость обретается значительно позже и соответственно, затягивается период подрастания.

Отметим, что одной из основных задач подростка (если он хочет испытать свои силы на общественной плоскости в полной мере) является получение одобрения семьи и других групп, которые обеспечивают ему безопасность. Из-за увеличения продолжительности периода взросления возрастает значение группы ровесников. Уже в старших классах средней школы группа ровесников начинает играть свою роль, ведь именно в это время предпринимаются первые попытки избежать влияния семьи.

Принадлежность к группе может выражаться по-разному. Один человек может принадлежать к нескольким группам одновременно.

Однако чаще всего на этой ранней фазе возникают небольшие, интимные группы, в которых человек делится с

другими своими чувствами, тайнами, желаниями, проблемами.

Небольшая группа - это своего рода попытка воссоздать семейную атмосферу чаще всего с целью заполнить пустоту, возникающую после отхода от семьи, и тем самым облегчить переход к независимости.

Добавим, что в данный период жизни подростка группы выполняют разнообразные функции, что и является причиной их популярности.

Подросток "тестирует" свой статус независимого человека внутри группы, а группа, в свою очередь, признает эту независимость.

- Кроме того, группа людей может способствовать расширению самосознания: она предлагает набор образцов поведения и ценностей, которые необходимо уважать.
- Молодой человек, будучи принятым в группу, обретает большую уверенность в себе и самоуважение.
- Группа оказывает значительную поддержку во время становления независимости от семьи и от мира взрослых вообще в тот момент, когда распадается структура ценностей, связанных с детством. Это приносит молодому человеку облегчение и уменьшает чувство беспокойства, обусловленное неуверенностью в себе.
- Группа действует как защита от власти взрослых и помогает молодому человеку почувствовать себя увереннее, совершая некоторые поступки: ведь в группе все ведут себя подобным образом.
- Кроме того, группа помогает молодому человеку справляться с физиологическими и психологическими изменениями.
- И, наконец, можно отметить, что группа позволяет подростку играть разные роли, в основном, общественные и сексуальные, а также общаться к отношениям, имеющим характер сотрудничества.

Конечно, все это происходит естественным образом, "мимоходом", а молодой человек бессознательно готовит себя к взрослой жизни.

Следующий аспект, который нельзя обойти вниманием - это выявление разницы между полами, происходящее в

группе. В реальной жизни смешанные группы позволяют молодым людям общаться друг с другом и дают шанс испытать любовь и создать пары. Это тоже важный фактор, влияющий на развитие независимости.

Ж. Психологическое сопровождение подростка.

Условия благополучного взросления и его результаты.

Выделяются четыре системы условий, способствующие успешной социальной адаптации подростка.

Системы социальной адаптации подростка

Информационная система	Чувство ответственности	Принятие себя	Навыки достойного поведения
------------------------	-------------------------	---------------	-----------------------------

Первая система - **информационная** предполагает, что подростки имеют право на получение достоверной информации по всем интересующим их вопросам (вопросы сексуальных отношений, уголовного права, наркотиков и т.д.).

Вторая система связана с развитием чувства **свободы - ответственности**. Она развивается на основе конструктивных отношений со взрослыми и сверстниками и предполагает ответственность за последствия своего свободного выбора. Сюда также можно отнести здоровое микросоциальное окружение (семья, группа сверстников), способствующее формированию социально одобряемой системы ценностных ориентаций и моделей поведения. Здесь наиболее значимый фактор - конструктивная семья. С психологической точки зрения конструктивная семья характеризуется тем, что в ней возможно обеспечение чувства защищенности и эмоциональной безопасности ее членов, проявление адекватного ролевого поведения, что создает оптимальные условия для социализации подростка.

Основной вывод, который можно сделать при анализе имеющихся в литературе данных, заключается в том, что самым важным фактором, влияющим на развитие поведенческих проблем и не-

здоровых устремлений, является влияние социальной среды на детей в раннем возрасте.

Третья система - это **чувство принятия себя** (своего тела, характера, эмоций и т.д.) и адекватная Я-концепция, которая предполагает высокую степень автономности личности с реальной самооценкой и развитым самоуважением. Здесь подросток особенно нуждается в психологической поддержке.

Четвертая система условий - **навыки достойного поведения** или социально-психологическая компетентность (коммуникативные способности, уверенность, адекватное ролевое поведение и пр.). Умение реализовывать в жизни элементы, составляющие социально-психологическую компетентность, и способность эффективно обучать этим элементам других, создает необходимые условия благополучного развития.

Необходимо отметить, что успешность адаптации личности во многом зависит от эффективности работы механизмов преодоления стресса. В свете этого имеет смысл обратиться к понятию "копинг-поведения", введенного Р. Лазарусом. "Копинг"-поведение, или совладающее поведение, - это поведение, направленное на устранение или уменьшение си-

лы воздействия стрессогенного фактора на личность ("копинг"/coping - совладение со стрессом). Совладающее поведение является результатом взаимодействия развитых личностью копинг-стратегии и имеющихся у неё личностных ресурсов. Недостаток ресурсов может обуславливать формирование пассивного дезадаптивного поведения, социальной изоляции и дезинтеграции личности.

Folkman S. (1984) выделяет следующие виды ресурсов:

- 1) физические (здоровье, выносливость и т.п.);
- 2) психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль и т.п.);
- 3) социальные (социальные связи человека и другие виды социальной поддержки).

Отечественные исследователи, в частности Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, И.И. Хажиллина, Н.С. Видерман, к ресурсам, позволяющим личности справляться со стрессогенными ситуациями, относят следующие:

Ресурсы личности:

- 1) ресурсы когнитивной сферы - возможности, позволяющие оценивать воздействие социальной среды, окружающей человека;
- 2) Я-концепция - представление человека о себе;
- 3) интернальный локус контроля - умение контролировать свою жизнь и принимать на себя ответственность за неё;
- 4) аффилиация - умение общаться с окружающими, определенная социальная компетентность, стремление быть вместе с людьми;
- 5) эмпатия - умение сопереживать окружающим, проживать с ними какой-то отрезок их жизни, накапливая при этом свой соб-

ственный опыт;

- 6) позиция человека по отношению к жизни, смерти, любви, одиночеству, вере;
- 7) духовность человека;
- 8) ценностно-мотивационная структура личности.

Ресурсы социальной среды:

- 1) система социальной поддержки - окружение, в котором живет человек (семья, общество);
- 2) социально-поддерживающий процесс - умение находить, принимать и оказывать социальную поддержку.

Как полагают авторы, успешное в плане адаптации поведение подразумевает индивидуальный способ совладания с затруднительной ситуацией в соответствии с её значимостью в жизни человека и с его личностно-средовыми ресурсами.

Собственно, эти системы можно рассматривать как основные направления коррекционной и профилактической работы, поскольку их успешное формирование препятствует развитию проблемного поведения.

Модели изменения поведения



В этом разделе содержится очень важная и универсальная информация, связанная с изменением рискованного поведения подростков. Данная технология может быть применима в процессе любого вида консультирования.

Эта информация является дополнением к главе №6.

Модели изменения поведения

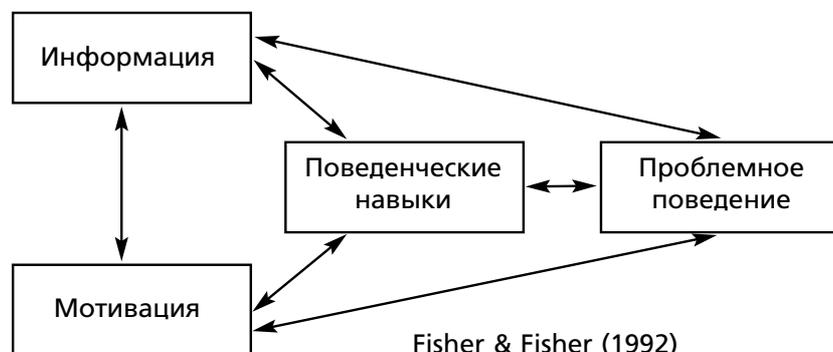
В этом разделе содержится очень важная и универсальная информация, связанная с изменением рискованного поведения подростков. Данная технология может быть применима в процессе любого вида консультирования. Эта информация является дополнением к главе №6.

Модели изменения поведения

Для организации профилактической работы очень удобна модель изменения поведения, основанная на 3 блоках: информация, мотивация и поведенческие навыки. Однако на поведение человека оказывают влияние и многие другие факторы, например, чувство уверенности в себе, тревожность и другие личностные характеристики.

нию новых поведенческих навыков и, соответственно, к изменению поведения в определенных ситуациях. Таким образом, новая информация оказывает влияние на поведение человека. Все связи на этой схеме взаимонаправлены. Это означает, что изменение в каком-либо одном блоке приводит к изменениям во всех остальных. Кроме того, дефицит в каком-либо блоке требует восполнения, иначе поведение не будет эффективно реализовываться.

Модель изменения поведения



Например: человек, никогда не использующий презерватив, в какой-то момент узнаёт о возможности заражения ВИЧ-инфекцией половым путем, т.е. получает новую **информацию**. Он не имеет опыта покупки и использования презерватива, не знает, как предложить использование презерватива своей девушке -

т.е. не владеет **поведенческими навыками**. Знания о возможности инфицирования тяжелым заболеванием активизируют **мотивацию** к сохранению здоровья. Так **информация** и **мотивация** порождают решение начать использовать презерватив, т.е. **изменить проблемное поведение**. Реализации принятого решения мешает отсутствие **поведенческих навыков**. Если человек приобретет недостающие поведенческие навыки, он, вероятно, начинает менять **проблемное поведение** на более безопасное и приемлемое.

Эмоциональное благополучие личности в определенной степени зависит от того, насколько успешно реализуется мотивация к деятельности. Мотивация, в свою очередь, связана с информацией, которой располагает человек. Информация, в данном случае, - это знания, личный опыт и дополнительные сведения о предметах и явлениях, получаемые человеком в течение жизни. Имеющаяся у человека информация может стимулировать его к приобрете-

Эта схема хорошо иллюстрирует 3 основных цели профилактических программ, направленных на формирование ответственного и безопасного поведения:

- достоверное информирование,
- создание мотивации к сохранению здоровья и безопасному поведению,
- формирование поведенческих навыков.



В 1993 году Прочаска и Диклемент предложили модель изменения поведения, включающую в себя четыре стадии изменения и стадию рецидива - возврата к проблемному поведению. Это условное описание последовательности шагов, реализуемых в процессе изменения. Реализация этой последовательности может проходить по-разному: человек может пройти только часть этапов и вернуться к проблемному поведению; может проходить ее по спирали - каждый раз уже на новом уровне; может сразу реализовать желаемые изменения.

Сразу отметим, что предлагаемая модель универсальна в том смысле, что ее можно отнести к ИЗМЕНЕНИЮ любого поведения вообще. В данном случае она может быть использована для изменения поведения в области сохранения репродуктивного здоровья, профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С, реабилитации наркозависимых.

Стадия	Действия консультанта
<p>1. Преднамерение На этой стадии люди не подозревают, что у них есть проблема и, соответственно, не думают об изменении поведения. С точки зрения окружающих, проблема может быть очевидной, но для самого человека - НЕТ, т.к. он может либо просто не обладать достаточной информацией, либо активно сопротивляться получению информации. Около 50% людей на этой стадии отрицают имеющуюся проблему, необходимость изменений и необходимость обратиться к врачу. Остальные 50% могут подозревать, что что-то в их жизни не так; однако из-за того что признать собственную неспособность контролировать свою жизнь трудно, они, как правило, рассматривают эту проблему как временную, чтобы поддерживать чувство уверенности в себе.</p>	<p><u>Основная задача консультанта</u> на этой стадии заключается в том, чтобы помочь человеку признать наличие проблемы, чтобы перейти на следующую стадию. Для этого можно использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ подчеркивание противоречий и ошибок логики; ■ развенчание "мифов" и спорных утверждений, которые существуют по поводу проблемного поведения; ■ метафоры и зарисовки, которые помогают клиенту представить, как он будет жить, если его поведение изменится; ■ подчеркнутое разделение личности человека и практикуемого им проблемного поведения.
<p>2. Намерение На этой стадии человек уже признает наличие проблемы и понимает необходимость в изменения поведения, это делает его более уязвимым. Люди, которые находятся на этой стадии, пытаются понять проблему, ищут интересующую их информацию, стараются контролировать свою жизнь. Им может потребоваться поддержка окружающих, т.к. они часто еще не готовы начать изменения и сомневаются в своих возможностях. На этой стадии анализируются необходимые затраты и возможные преимущества изменения поведения. Поэтому стадия намерения может быть довольно продолжительной.</p>	<p><u>Основная задача консультанта</u> на этой стадии - помочь человеку провести наиболее полный, подробный и объективный анализ затрат и преимуществ реализации решения об изменении поведения. Очень важно обсудить не только положительные моменты и вероятные выгоды, но и возможные трудности и затраты изменении поведения. Для перехода на следующую стадию человеку необходимо владеть по-настоящему объективной информацией. Консультанту не следует активно подталкивать консультируемого к изменению и, тем более, влиять для этого на условия его жизни, так как подобный подход может привести к нежелательным результатам, например, к отказу от намерения изменить поведение при столкновении с трудностями, которые при консультировании не обсуждались или описывались как незначительные. На этой стадии консультант может помочь человеку в поиске и анализе тех альтернативных путей выхода из нынешней ситуации, которые он не может увидеть сам. Для этого можно использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ случаи из жизни как примеры иного подхода к ситуации, ■ "дерево принятия решений" - взвешивание всех "за" и "против", ■ проективно - ролевые методики (ситуации, в которых человек может играть чужие роли и вести себя иначе, чем обычно).
<p>3. Решение Человек уже владеет достаточной информацией о своей проблеме, понимает ее значимость и необходимость действий. Принимается решение о том, будет ли человек менять проблемное поведение. Обдумываются возможные варианты действий при изменении поведения и условия, необходимые для изменений.</p>	<p><u>Консультант на этом этапе</u> может помочь человеку:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ повысить уверенность в себе; ■ осознать и начать использовать имеющиеся личностные ресурсы; ■ проанализировать возможные способы действий в имеющейся ситуации с точки зрения эффективности, "затратности" и возможных последствий; ■ продумать условия, необходимые для изменения поведения (имеются в виду внутренние психологические составляющие и жизненные обстоятельства человека, которые зависят только от него самого); ■ продумать те "изменения окружающей среды", которые могут потребоваться для эффективного и стабильного изменения

	<p>поведения, а также способы влияния на среду. (Под средой понимаются жизненные обстоятельства и отношения с окружающими, формирующиеся или сложившиеся "не по инициативе" человека.);</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ разработать "план действий", необходимый для изменения поведения.
<p>4. Действие Это стадия, на которой люди реализуют решение на практике и начинают чувствовать уверенность в себе, так как действия позволили им поверить в возможность реализации принятого решения. Окружающие также начинают замечать происходящие изменения и обычно "отдают должное" людям, решившимся изменить свою жизнь. Стадия действия обычно является самой кратковременной из всех, но в то же время она самая важная.</p>	<p>Деятельность консультанта на этой стадии может быть направлена на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ поддержание уверенности человека в правильности принятого решения; ■ развитие уверенности в себе, формирование навыков уверенного поведения как на уровне практических действий, так и на уровне убеждений; ■ анализ проблем, выработка эффективных стратегий взаимоотношения с окружающими, изменение жизненных обстоятельств.
<p>5. Поддержка На этой стадии люди пытаются поддержать достигнутые результаты и предупредить рецидив. Другими словами, их усилия направлены на освоение оптимального жизненного баланса в результате изменения поведения. Здесь важно отношение значимого окружения. Если близкие люди помогают человеку в его усилиях и одобряют достигнутые изменения, то вероятность возвращения к проблемному поведению значительно ниже. Человек может испытывать страх перед возможным возвращением проблемного поведения, но со временем чувство страха ослабевает.</p>	<p>Деятельность консультанта может быть направлена на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ профилактику срывов и рецидивов; ■ помощь в изменении взглядов на жизнь и создании веры в личные способности; ■ развитие адекватных жизненных и социальных навыков; ■ помощь в поиске альтернатив для преодоления существующих проблем, в анализе причин их возникновения и выработке новых стратегий взаимоотношений. <p>В части случаев (по просьбе или с согласия человека) может потребоваться работа с значимым социальным окружением. Консультант может помочь близким людям понять трудности данного этапа жизни человека, осознать их возможную роль в поддержании достигнутых им успехов, преодолеть "груз старых обид".</p>
<p>6. Возвращение к проблемному поведению Если человек не может поддерживать произошедшие изменения, возникает рецидив - возвращение к проблемному поведению. Это может серьезно затруднить принятие повторного решения об изменении поведения, т.к. утрачивается вера в собственные силы, в возможность реализовать собственные решения, влиять на ситуацию и контролировать свою жизнь. Однако, не исключено, что многие люди вернувшись на стадию намерения, будут готовы совершить еще один оборот по "спирали изменений".</p>	<p>Деятельность консультанта направлена не только на возвращение консультируемого вновь на стадию намерения, но и на:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ повышение уверенности в себе, возвращение самоуважения (преодоление "комплекса неудачника"); ■ анализ причин, приведших к рецидиву, и возможных способов предотвращения повторения такого рода ситуаций в будущем; ■ осознание разницы между срывом и рецидивом, а также - на совместную работу по воплощению всего комплекса мер по профилактике рецидивов. <p>Здесь может потребоваться работа с близким значимым окружением человека, т.к. разочарование из-за возникшей ситуации и неверие в возможность стабильных изменений со стороны близких может препятствовать формированию у человека осознанного желания предпринять еще одну попытку изменить поведение. Кроме того, консультирование близких может быть направлено на преодоление элементов созависимости в их отношениях с консультируемым.</p>

Источник: Prochaska & Diclemente (1996). Towds a comprehensive model of change. In. Millir, W. R. & Heather, N. (Eds.), *Treating Addictive Behaviours -Processes of Change*.

N.B. Для того чтобы человек принял решение об изменении поведения, необходимо помочь ему в формировании устойчивой мотивации к изменению.

Любое изменение требует личностных усилий - это ежедневная работа, направленная на то, чтобы новое поведение стало ПРИВЫЧНЫМ.

Методы профилактические работы



Этот раздел включает в себя описание методов профилактической работы и анализ их эффективности. Информация является дополнением к главе №6.

Методы профилактические работы

Этот раздел включает в себя описание методов профилактической работы и анализ их эффективности. Информация является дополнением к главе №6.

1. ЛЕКЦИЯ.

Это наиболее быстрый способ предоставления необходимой информации неограниченному количеству слушателей. Это привычный для врача способ санитарно-просветительской работы. Обычно он используется при работе в организованных подростковых и молодежных коллективах во время медицинских профилактических осмотров.

Лекция позволяет:

- обеспечить целостность и логичность изложения;
- сжато изложить информацию о проблеме;
- донести до слушателей новые теоретические положения и фактические данные, которые еще не нашли отражения в учебной литературе;
- заложить основы научных знаний.

Однако при использовании этого метода нужно учитывать, что из услышанного усваивается только 5% информации. Остальные 95% остаются в воздухе, а душевный порыв лектора идет на "обогрев улицы". Поэтому, в целях повышения эффективности лекторской работы, можно обогатить этот метод другими, более интерактивными (беседа, использование наглядных пособий, видео материалы, дискуссия и т.д.).

2. БЕСЕДА

Предполагает, что ведущий задает участникам вопросы, а не просто излагает информацию. Таким образом, свой рассказ ведущий строит на вопросно-ответном методе: вопрос ведущего - ответ слушателей - комментарии и корректировка ведущего. Это позволяет сделать процесс информирования преемственным - опирающимся на имеющиеся знания слушателей по изучаемому вопросу. Кроме того, комментарии ведущего позволяют удерживать внимание слуша-

телей, тем самым процент усвоения информации при использовании этого метода повышается до 10%.

3. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛА - ЧТЕНИЕ.

Этот метод значительно облегчает работу ведущего и позволяет читателям усвоить 10% информации. Однако при использовании этого метода нужно:

1) замотивировать участников прочесть определенный фрагмент текста. Это не так уж и просто, т.к. чтение сегодня - хорошо забытое многими молодыми людьми занятие. Поэтому либо печатный материал должен быть необычайно красив и привлекателен, либо желание его изучить должно быть могучим и непреодолимым. Это можно сделать с помощью уговоров, ультиматумов, убеждений или недирижистских манипуляций;

2) чтобы участники дочитали материал до конца и при этом запомнили важную информацию. Для этого ведущий может подготовить для них вопросы, ответы на которые они должны найти в тексте. При этом читатели должны по какой-то причине сильно хотеть ответить на вопросы правильно.

4. АУДИО-ВИЗУАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

К этим средствам относятся аудиокассеты с записью, видеофильмы и видеосюжеты. Их использование позволяет сделать процесс изложения материала очень интересным, т.к. участники не только смогут получить информацию привычным для них способом (ведь многие молодые люди предпочитают смотреть телевизор и слушать радио, а не читать), но и эмоционально пережить ее, тем самым лучше усвоив.

В процессе обучения видеоматериалы выполняют определенные функции:

- формируют образы познаваемых

- предметов и явлений, раскрывают взаимосвязи, углубляют представления о сути вещей и их соотношении;
- убеждают в достоверности демонстрируемых событий и процессов;
- расширяют кругозор, миропонимание, обеспечивают широту взглядов;
- способствуют активизации внимания и усвоения материала.

Однако эффективность усвоения данного материала не очень высока - 20%. В процессе усвоения знаний большую роль играет не только тщательный отбор наглядных средств, соответствующих содержанию курса, но и организация их восприятия. Поэтому очень важно, чтобы в момент предъявления наглядного материала перед участниками стояла задача, что именно в данном материале необходимо найти, определить, сравнить и т.п. Именно указание на способ работы с наглядным материалом формирует активность, динамичность и осознанность восприятия, тем самым, повышая эффективность работы ведущего.

5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАГЛЯДНЫХ ПОСОБИЙ.

Наглядный материал - это полный или частичный аналог предмета изучения.

Все многообразие видов наглядности можно свести к нескольким типам, различным по своему содержанию и функциям:

- натуральные, вещественные модели (муляжи, геометрические тела, макеты различных предметов), их перспективные изображения (фотографии, художественные репродукции);
- условные графические изображения, отличающиеся разнообразием форм и содержания (чертежи, карты, схемы);
- знаковые модели (графики, диаграммы, формулы, уравнения).

Используя наглядные пособия, ведущий помогает участникам запомнить и усвоить информацию всеми каналами восприятия: зрением, слухом, осязанием и обонянием, тем самым увеличивая процент усвоения информации до 30%.

Задачи использования наглядного материала:

- повысить эффективность процесса

обучения;

- расширить возможности познания предмета изучения;
- ускорить передачу научной информации;
- сообщить наиболее полные сведения об изучаемом явлении;
- улучшить изложение материала, убедительно и доходчиво в короткий промежуток времени раскрыть содержание сложных явлений;
- обеспечить лучшее усвоение и закрепление новых знаний;
- организовать и направить внимание, усилить интерес, активизировать мыслительную деятельность, вызвать определенное эмоциональное отношение к учебному материалу.

6. ОБСУЖДЕНИЕ В ГРУППАХ.

Этот метод позволяет обсудить свое отношение к проблеме, мысли и идеи, возникшие в процессе изучения информации, выяснить отношение к проблеме других участников.

Дискуссия дает возможность участникам выразить свое мнение по тому или иному вопросу на основании своих знаний и предшествующего опыта, а также расширить, углубить его, а в ряде случаев - изменить на противоположное. Нередко дискуссия принимает острый характер, и стороны не достигают единодушия. Тем не менее при этом формируются ценностные установки, запоминаются новые факты, впоследствии оказывающие влияние на поведение человека. У подростков эти споры проходят более жарко, чем у взрослых, но и изменениям они поддаются проще. Чтобы дискуссия не вышла за рамки уважительного общения, ведущему нужно подытожить рассуждения всех сторон и обсудить сходство и различие позиций. Как бы дискуссия ни проходила, в той или иной мере всегда удастся найти общее решение и выработать определенные рекомендации.

В дискуссии могут принимать участие двое и более человек. Идеальный вариант - 6-8 человек. Это дает возможность каждому из участников в полной мере

выразить свое мнение, взгляды и внимательно выслушать партнеров по дискуссии.

Обязательный компонент конструктивных дискуссий - желание понять друг друга. Чтобы дискуссия имела положительный результат, участники должны развивать в себе следующие навыки: правильно обозначать цель дискуссии; четко определять предмет дискуссии; быть компетентным в обсуждаемых вопросах; мыслить в процессе диалога.

Мозговой штурм представляет собой хороший способ быстрого включения всех членов группы в работу на основе свободного выражения своих мыслей по обсуждаемому вопросу.

Основные правила проведения "Мозгового штурма":

- сформулировать вопрос/задание;
- фиксировать/записывать все поступающие от участников предложения;
- высказываемые предложения не критиковать и не оценивать.

Методика проведения: ведущий разбивает группу на подгруппы по 3-6 человек и предлагает обсудить проблемную ситуацию. Задание для участников обычно начинается со слов "почему, зачем, как решить, что можно сделать", т.е. участники должны найти решение или ответ на вопрос.

Этапы мозгового штурма:

1 этап (продолжительность 10-15 мин.).

Каждая подгруппа выбирает человека, который фиксирует в тетради или на ватмане все, что говорят участники.

Участники высказывают все мысли, которые приходят им в голову.

Высказывания не критикуются, не оцениваются и записываются без изменений, несмотря на то, что некоторым участникам обсуждения могут казаться глупыми, смешными или неверными

При записи поступающих предложений необходимо быть внимательным и не пропускать ни одного из них. Иногда человек, переборов свою стеснительность, выражает свою мысль и надеется, что она будет принята во внимание при обсуждении всего списка идей. Если оказывается, что ее не заметили, то этого может быть достаточно, чтобы человек за-

мкнулся, ушел в себя, думая, что с ним не хотят считаться. Следует ценить мнение каждого участника, это даст общую характеристику знаний группы по заданному вопросу и будет способствовать созданию атмосферы совместной работы.

2 этап (продолжительность 5 минут).

В микрогруппе идет обсуждение и редактирование высказываний: выбор из общей массы тех, которые кажутся участникам наиболее приемлемыми и полезными.

3 этап (продолжительность 15 минут).

Каждая группа представляет результаты своих трудов. Ведущий записывает все наработанные идеи на ватмане, уточняя формулировки, суть идей, обсуждая приемлемость и реалистичность предложенных способов.

Этот метод хорош тем, что помогает демократично и ненавязчиво обсуждать многие проблемы. Он также помогает определить уровень знаний и основные направления интересов участников группы. Собранная информация может служить основой для более глубокой содержательной работы и дискуссий.

Эффективность этих методов составляет 50%.

Видеолекторий - эта форма работы, совмещающая в себе преимущества использования видеоматериалов, беседы и дискуссии. Проводится он следующим образом: участникам предлагается просмотр видеоматериала (учебных или художественных фильмов). По окончании просмотра ведущий проводит обсуждение увиденного, сообщая участникам дополнительную информацию. Ведущий также может проводить обсуждение и сообщать информацию в процессе фрагментарного просмотра видеоматериала.

Эффективность этого методов составляет 30 - 50 %.

7. ОБУЧЕНИЕ ПРАКТИКОЙ ДЕЙСТВИЯ.

Этот метод включает использование ролевых игр, проигрывание ситуаций, практические занятия, лабораторные работы, самостоятельные исследования - т.е. все виды работы, которые предпо-

лагают, что человек, пытается "влезть" в шкуру изучаемого объекта или испытать процесс изменения объекта, происходящий в результате какого-либо явления.

Ролевые игры представляют собой небольшие, произвольного характера сценки, отражающие варианты жизненных ситуаций, в которых участники играют роль какого-то персонажа. Люди меньше смущаются, когда нужно высказаться по тем или иным вопросам или выразить свои чувства от лица выдуманного героя.

При подготовке к ролевой игре и разработке ее сценария не следует точно копировать реальные жизненные ситуации, в которых могли побывать участники процесса.

Ролевая игра не может быть постоянным, раз и навсегда утвержденным стереотипом действий персонажей в конкретных ситуациях. Для разных аудиторий одну и ту же ролевую игру можно провести по-разному, смещая акценты на те или иные моменты постановки в зависимости от потребностей аудитории в информации и навыках.

Другая полезная сторона ролевой игры - тренировка вариантов поведения в тех ситуациях, в которых могут оказаться участники. Например, неплохо попробовать обыграть вариант покупки презервативов в аптеке или ситуацию, когда компания "друзей" уговаривает попробовать наркотик. Подготовка молодежи к встрече с подобными ситуациями в жизни позволит им заранее обрести ряд навыков, помочь ответить отказом на реально опасное предложение.

Эффективность этого методов составляет 70%.

Семинар-тренинг - это совокупность многих методов работы, организованная таким образом, что возникающий в результате обучающий процесс переживается как часть реальной жизни, что позволяет добиться очень высокой эффективности.

В самом широком смысле под тренингом обычно понимают активные формы усвоения знаний, познания себя и окружающего мира, формирования отдельных умений и навыков. Человек ус-

ваивает информацию быстрее, когда он имеет возможность одновременно с получением информации обсуждать неясные моменты, задавать вопросы и тут же практически отрабатывать полученные знания. Кроме того, такая форма обучения делает процесс познания более эмоциональным и творческим.

Приобретение собственного опыта является основой процесса познания во время тренинга. Неформальную обстановку общения на тренинге обеспечивает ведущий. Он общается с участниками на равных: он - такой же, как и все, он - часть группы. Он вместе с группой устанавливает правила работы. Он ведет группу к поставленной цели. Все вышесказанное отличает тренинг от традиционных занятий. Кроме того, для тренинга характерно необычное расположение участников в аудитории - они рассаживаются по кругу. Круг, или как его еще называют - тренинговый круг, является необходимым условием таких занятий. Кроме того, нахождение в кругу ассоциируется в сознании человека с безопасностью, чувством доверия, наличием интереса и внимания.

К одной из особенностей тренинга можно отнести большие затраты времени для работы с небольшим количеством участников.

Качество семинара-тренинга прямо пропорционально профессионализму ведущего. Хороший ведущий владеет необходимой, интересной и достоверной информацией; знает основы возрастной психологии и физиологии; умеет работать с аудиторией и знает, как ее заинтересовать; обладает навыками ведения группы.

Все результаты тренинга невозможно оценить сразу после его завершения. Результаты могут проявиться намного позже, когда человек, прошедший обучение, реализует полученные знания и навыки в реальных жизненных ситуациях.

Профилактический семинар-тренинг является настолько важным и полезным методом, что заслуживает отдельного подробного описания. Эту информацию можно найти в пособии "Я хочу провести тренинг" НГОО "Гуманитарный проект".

Инструмент анализа степени участия и оценки его эффективности - "лестница Харта"



***Этот раздел является дополнением к главе №6
"Участие молодежи".***

По материалам пособия "Участие детей и молодежи в процессах принятия решений" (Сборник ресурсных материалов. Опыт реализации проектов) - ЮНИСЕФ, Киев, 2002.

Инструмент анализа степени участия и оценки его эффективности - "лестница Харта"

(из материалов R. Hart *Children's Participation: The Theory and Practice of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care*, UNICEF, New York, 1997)

Этот раздел является дополнением к главе №6 "Участие молодежи".

Роджер Харт, используя метафорический образ лестницы, разработал замечательный инструмент для анализа разных уровней участия.

Концепция Харта определяет качество и условия взаимоотношений между молодежью и взрослыми. Эта точка зрения соответствует Конвенции ООН о правах ребенка и развивающей концепции.

Без сомнения, дети - это члены общества, которых чаще всего фотографируют и реже всего слушают. Среди части взрослых наблюдается сильная тенденция недооценивать компетенцию детей, используя их в то же время в некоторых вопросах для влияния на ход событий. Существует множество проектов, созданных и проводимых взрослыми, где дети играют лишь четко отведенные им роли. Это чрезвычайно полезный опыт - как для детей, так и для взрослых. Однако детские танцы, песни или театральные постановки хороши до тех пор, пока люди понимают, что это постановки. Проблемы возникают, когда участие детей становится сомнительным или ими просто манипулируют.

"Лестница участия" должна служить исходной типологией. Сама метафора лестницы была позаимствована Роджером Хартом из эссе Шерри Арнстайн (1969), посвященного участию взрослых.

Роджер Харт предлагает нам рассматривать 8 ступеней "лестницы участия". Перечислим их, начиная с высшей:

- 8) решения, которые принимаются по инициативе детей/молодежи вместе с взрослыми;**
- 7) решения, которые принимаются по инициативе детей/молодежи**

- при руководстве взрослых;**
 - 6) решения, которые принимаются по инициативе взрослых вместе с детьми/молодежью;**
 - 5) консультирование и информирование детей/молодежи;**
 - 4.) решение взрослых и информирование детей/молодежи.**
- Формы неучастия:**
- 3) токенизм/болтология;**
 - 2) декорирование;**
 - 1) манипулирование.**

Низшая ступень участия называется манипулирование.

Один из примеров - участие младших школьников в предвыборной кампании кандидата в депутаты - работника городского отдела образования. Листовки с предложением поддержать этого кандидата в депутаты на выборах в руках малышей, одетых в маечки с символикой предвыборного блока, может, и умиляют кого-то, но не имеют никакого отношения к проблемам детей этого возраста. Дети не понимают ни символику, ни лозунги организации, которую якобы представляют. Им приятно получить подарок - яркую майку, набор фломастеров и пр., но они не понимают сути проблемы и, следовательно, не понимают необходимости своих действий.

Подобное манипулирование под маской участия вряд ли является подходящим путем знакомства детей с демократическими политическими процессами.

Декорирование стоит на одну ступень выше манипулирования, потому что в этом случае взрослые не притворя-

ются, что дети были инициаторами мероприятия. Они просто используют детей, чтобы косвенным путем поддержать мероприятие, "украсить" его.

Пример: участие детей младшего школьного возраста в демонстрации учителей, которые требуют повышения заработной платы. Дети 6-8 лет несут плакаты, смысл которых им непонятен. Требования о повышении заработной платы работникам образования не соотносятся ни с правом детей на образование, ни с какими-либо другими правами. В этом случае, как и в предыдущем, дети не понимают необходимости своих действий.

Термин **токенизм или болтология** можно использовать для описания того, каким образом дети используются при проведении заседаний, конференций и прочих массовых мероприятий. Симпатичные ребята (которых выбрали взрослые) с хорошей артикуляцией и внешними данными принимают участие в дискуссиях, по теме которых они имеют или незначительную подготовку, или не имеют ее вообще. При этом никому не объясняется, каким именно образом были выбраны эти молодежные представители, чьи интересы они представляют. Самое печальное то, что какими бы непредставительными их бутафорские выступления не были, они заслужат не только аплодисменты (формальное одобрение взрослых), но и создадут внешний эффект полноценного участия.

Проводится конференция о реализации государственной молодежной программы. Среди почетных гостей и выступающих находятся и "представители молодежи" - знакомый пример, не правда ли? Заранее отобранные и подготовленные взрослыми, эти представители произнесут прекрасную речь и, может быть, даже позволят себе одобренную "сверху" критику. В этой ситуации ребята не выражают взгляды и надежды своих ровесников, а являются средством для достижения целей взрослых.

Модели настоящего участия.

Назначение взрослыми и информирование.

На этой ступени проект, чтобы обеспечить настоящее участие, должен удовлетворять нескольким важным требованиям:

- дети/молодежь понимают цели и задачи проекта,
- они знают, кто и почему принимает решение об их участии,
- их роль имеет смысл (дети не являются декорацией для действий взрослых), они добровольно становятся участниками проекта после того, как им объяснили его смысл.

Сотрудники молодежной телестудии направляются социальной службой для участия в международной конференции, посвященной роли молодежных СМИ (средств массовой информации) в пропаганде здорового образа жизни. Молодые люди знают, кто и почему их выбрал для участия. Они гордятся результатами своего труда и благодарны за возможность рассказать о своем проекте, продемонстрировать его продукцию.

В результате этой поездки молодежная телестудия получила дополнительное финансирование на создание цикла передач для людей с проблемами слуха и поддержку для размещения этого цикла на центральных национальных каналах телевидения.

Консультирование и информирование.

Дети и молодежь могут быть для взрослых очень ценными консультантами. Никто так хорошо не объяснит, в чем состоит дефект обуви, как тот, кому эта обувь натерла ноги. На этой ступени проект разрабатывается и воплощается взрослыми, но дети понимают процесс, и к их мнению относятся серьезно. Исходя из их оценки и рекомендаций, возможный продукт не только переделывается, но представляется для одобрения той же детской/молодежной экспертной группе. Это в значительной степени от-

личается от обычного использования детей в маркетинговых исследованиях, когда дети только участвуют в обсуждении продукта, но с результатами обсуждения взрослые их не знакомят.

При разработке концепции новой молодежной передачи ее создатели обратились в социальную службу с просьбой помочь провести встречи с молодыми представителями различных социальных групп. Изначально передача планировалась как развлекательная с обширными рекламными блоками, посвященными продукции, которая рассчитана на молодого потребителя. Для этой работы было подобрано 5 групп, представляющих школьников, студентов, работающих молодежь, спортсменов и молодых музыкантов. В работе каждой из групп приняло участие от 15 до 20 человек.

На первом этапе они обсудили концепцию передачи и высказали свои предложения по ее наполнению. На втором - просмотрели представленную разработчиками отредактированную концепцию и первую версию передачи. Также были сделаны предложения по стилю ведущих и декорациям площадки и замечания по продолжительности сюжетов содержательной и рекламной части. И ТОЛЬКО НА ТРЕТЬЕМ ЭТАПЕ работы групп было принято решение о финальной концепции передачи и ее целевой аудитории.

В результате появилась молодежная передача, рассчитанная на 12-15-летних подростков, в которой большое внимание уделяется обучению и вопросам здоровья. Познавательные викторины с приглашением спонсоров программы и представлением их продукции в виде подарков для победителей сделали не нужными обширные рекламные блоки.

Решения, принимаемые по инициативе взрослых совместно с детьми.

Шестая ступень лестницы: проекты создаются по инициативе взрослых, одна-

ко решения принимаются совместно с молодыми людьми.

Создание молодежного информационного центра инициируется взрослыми - работниками социальной службы или общественной организации, принятие решения о направленности деятельности МИЦ, разработка программы и ее реализация предпринимается совместно с молодыми людьми.

Если же создание молодежного информационного центра стало инициативой молодых людей, а разработка проекта, подготовка к его реализации прошли под руководством взрослых, такое мероприятие относится к седьмой ступени "лестницы участия" - **решения, которые принимаются по инициативе детей/молодежи при руководстве взрослых.**

В социальную службу обратилась группа ребят с инвалидностью с просьбой поддержать инициативу создания компьютерной программы интерактивного обучения для молодых людей, ограниченных в перемещении. К сожалению, их уровень квалификации было недостаточно для реализации подобного проекта. Социальная служба заключила договор о сотрудничестве с несколькими коммерческими структурами, заручилась поддержкой городских властей и создала условия для работы инициативной группы молодых людей с функциональными ограничениями. Разработка проекта и его программного обеспечения происходили по инициативе молодых людей, но под четким руководством взрослых.

И, наконец, восьмая наивысшая ступень участия - **решения, которые принимаются по инициативе детей/молодежи вместе с взрослыми.** Такие практики достаточно редки и иногда абстрактны. Но если они существуют, то есть и реальная возможность их развития и воплощения.

Если развивать используемый выше пример проекта по созданию молодежного информационного центра, то на

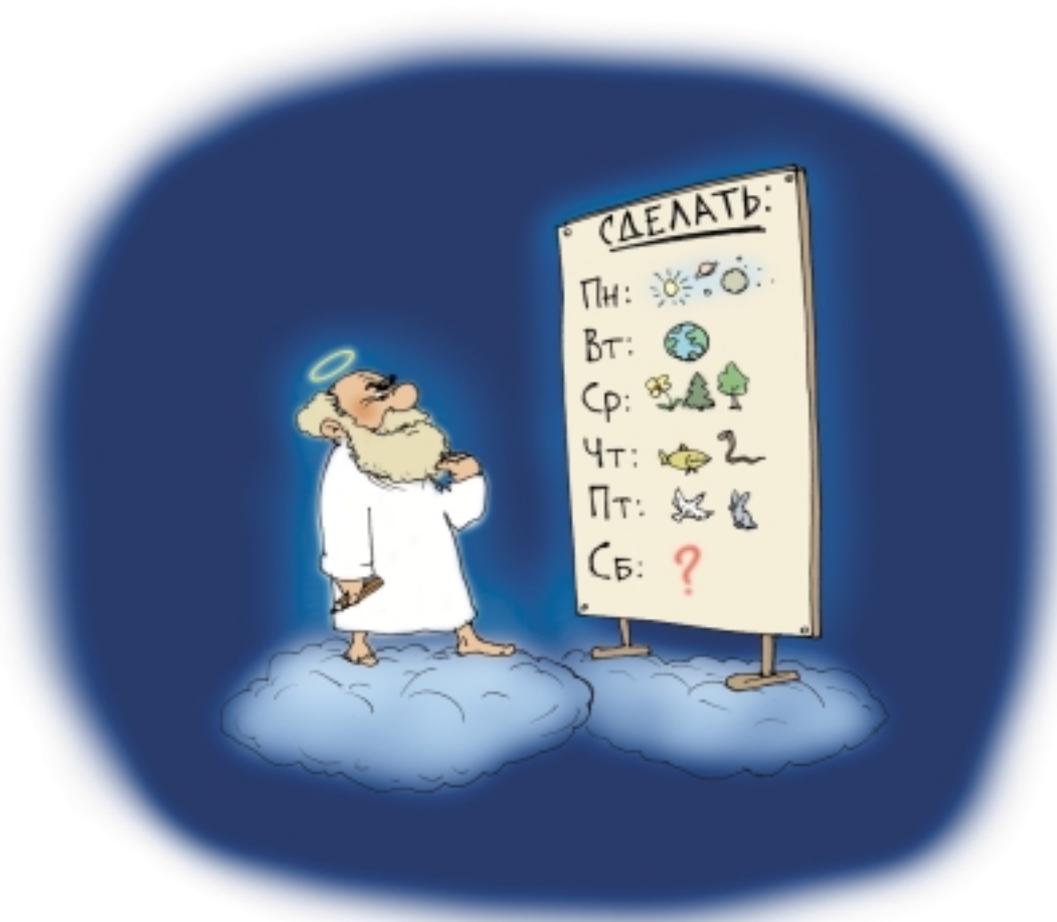
этой ступени проект не только инициируется молодежью. Ребята самостоятельно детально разрабатывают этот проект и представляют его взрослым не столько для того, чтобы заручиться их поддержкой и переложить на их плечи контроль за его реализацией, сколько для того, чтобы получить дополнительные ресурсы для обеспечения реализации проекта. В данном случае молодые люди самостоятельно планируют, реализуют, оценивают проект и несут полную ответственность за его результаты.

Детям и молодежи следует как можно чаще принимать участие в реализации проектов наравне со взрослыми. Нереально ожидать, что они (дети и молодежь) станут ответственными гражданами в возрасте 16, 18 лет или 21 года без предварительного опыта. Понимание демократического участия, компетентность, доверие друзей и взрослых можно приобрести только постепенно на практике, этому нельзя научить абстрактно.

Разные молодые люди в разное время могут предпочесть разные степени участия и разную степень своей ответственности. Функциональная ценность типологии лестницы не в однозначной оценке, а в разумном балансе разных уровней участия. Важен принцип выбора - программы должны разрабатываться таким образом, чтобы сделать максимальной возможность каждого человека выбрать участие на самом высоком уровне своих способностей.

(По материалам пособия "Участие детей и молодежи в процессах принятия решений" (Сборник ресурсных материалов. Опыт реализации проектов) - ЮНИСЕФ, Киев, 2002.)

Стратегическое и финансовое планирование в КДМ



Эта глава посвящена стратегическому планированию и методам оценки эффективности работы КДМ. Эта информация нужна как Организатору, так и всем сотрудникам КДМ. Удачное планирование и оценка работы - это результат коллективного труда.

Стратегическое и финансовое планирование в КДМ

Эта глава посвящена стратегическому планированию и методам оценки эффективности работы КДМ. Эта информация нужна как Организатору, так и всем сотрудникам КДМ. Удачное планирование и оценка работы - это результат коллективного труда.

Планирование развития Клиники позволяет заранее продумать и учесть возможные проблемы, наметить долгосрочную программу действий; оценка - учесть недостатки и избежать их в будущем, а также - показать реальные результаты работы целевой группе и донорам.

Планирование может быть разным: касаться деятельности определенного человека, реализации отдельного проекта/активности, судьбы всей организации, может быть ежедневным (распорядок дня), недельным/месячным/квартальным или долгосрочным.

В этой главе мы предлагаем Вашему вниманию описание основных положений, касающихся долгосрочного стратегического планирования деятельности организации, однако более подробную информацию можно найти в специальной литературе (смотри список рекомендованной литературы).

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Технология стратегического планирования развития организации в наших странах (Россия, Украина, Беларусь) более известна в бизнес-структурах и общественных организациях и пока практически не используется государственными организациями, работающими в области социального сервиса. Поэтому мы и предлагаем Организатору ознакомиться с данной методикой и восполнить пробелы в информации.

Целью стратегического планирования является повышение качества работы учреждения.

Задачи планирования:

- оценка реально существующей ситуации, в которой работает или собирается работать КДМ, и факторов окружающей действительности, влияющих на работу учреждения (особенности социально-экономической ситуации, особенности целевой группы);
- оценка ресурсов учреждения: выявление возможностей и определение сильных и слабых сторон организации;
- продумывание системы более эффективного использования ресурсов;
- определение перспектив развития организации;
- определение критериев оценки достигнутых результатов.

Стратегический план - это оформленный в письменном виде документ, служащий руководством к деятельности организации в течение долгого (от 3 до 5 лет) периода.

Части стратегического плана:

- 1) формулирование миссии/предназначения организации;
- 2) определение базовых принципов работающей организации;
- 3) определение цели деятельности (она может быть определена как на 1 год, так и на несколько лет), она зависит от ресурсов организации, долгосрочности ее планов;
- 4) определение стратегических задач, которые касаются реализации деятельности организации и ее развития;

- 5) оценка имеющихся ресурсов:
 - кадры,
 - материально-техническая база,
 - партнеры,
 - время;
- 6) определение препятствий на пути достижения стратегических задач;
- 7) определение конструктивных способов преодоления препятствий;
- 8) определение значимого окружения организации и его влияния на достижение стратегических задач (партнеры, конкуренты, нейтральные организации).

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ



Лучше, если процесс планирования проводит приглашенный профессионал, знакомый с данной технологией.

Процесс планирования

I ЭТАП. Процесс планирования начинается с определения смысла существования организации, ее целей и задач. На этом этапе очень важно определить идеологию, базовые принципы и миссию организации - тот идеал, к которому весь коллектив будет стремиться.

Миссия / Предназначение организации - резюме, краткое описание характера деятельности организации, ее целей и задач. Правильно сформулированная миссия дает возможность сотрудникам, руководителям, клиентам увидеть целостную структуру деятельности организации, позволяет правильно ставить цели и задачи в соответствии с возможностями и ресурсами.

- Миссия отвечает на вопросы: кто мы?, для кого работаем?, где?, как?, зачем?
- Миссия раскрывает конечную цель организации.
- Миссия отражает ценности организации.

- Миссия отражает нацеленность на конкретную группу людей.
- Миссия подчеркивает уникальность организации.
- Миссия кратка и динамична.

Примеры формулировок Миссии КДМ.

- Мы, профессионалы, работающие в Клинике, Дружественной к молодежи, трудимся для сохранения, укрепления здоровья подростков и молодежи города N-ска и профилактики социально-значимых заболеваний.
- Специалисты нашей Клиники работают на благо молодежи нашего города для того, чтобы они сохранили репродуктивное здоровье и смогли родить здоровых детей.
- Специалисты нашей Клиники работают, чтобы снизить количество новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП среди подростков и молодежи нашего города.
- Специалисты нашей Клиники работают, чтобы медицинская и информационная помощь для всех жителей нашего города была доступной.

Базовые принципы работы организации - это ценностные установки и нравственные идеалы, которые лежат в основе всей идеологии деятельности учреждения (у КДМ это принципы Добровольность, Доступность, Доброжелательность).

Базовые принципы и миссия организации должны основываться на декларируемых ценностях организации.

Цели и задачи можно разделить на три группы: стратегические, тактические и оперативные.

Стратегические цели и задачи - конечные или долгосрочные цели организации. Они позволяют нарисовать картину желаемого будущего для организации: степень ее жизнеспособности, мес-

то (ниша) организации в городе/стране/..., объем и качество предоставляемых услуг, доступные для нее материальные и финансовые ресурсы, стиль и методы руководства, репутации, авторитеты, и т.д.

Стратегические **цели** должны:

- четко указывать направление деятельности,
- быть реальными/адекватными/исполнимыми,
- концентрировать внимание на результате.

(Например:

- "Через 2 года открыть при Клинике стационар",
- "Обеспечить всех обращающихся в Клинику бесплатными медикаментами",
- "Выпустить книгу с описанием опыта КДМ" и т.д.)

Тактические цели и задачи дают возможность определять промежуточные этапы, которые необходимо пройти, чтобы достичь желаемого будущего. Они позволяют правильно распределять ресурсы и поэтому должны быть реалистичными, измеряемыми и взаимосвязанными. Кроме того, их необходимо ранжировать по степени важности.

Оперативные цели и задачи определяют конкретные шаги по реализации промежуточных этапов. Именно эти задачи мы решаем каждый день.

Цели и задачи должны быть:

- **конкретны и измеряемы.** Конечно, далеко не все можно выразить "сухим языком цифр", но по возможности, к этому стоит стремиться. С конкретными результатами иметь дело гораздо легче (например: провести информационную акцию среди 3.000 человек; научить методике правильного использования презерватива 100 старшеклассников);
- **сложны, но выполнимы.** Недостижимые цели и задачи подавляют и обескураживают Ваших сотрудников.

Слишком простые - расхолаживают;

- **ориентированы на результат, а не на процесс.** Не нужно ставить слишком мелкие задачи, не оставляющие места для творчества - не важно, какими средствами будут достигнуты поставленные цели и задачи;
- **ограничены во времени.** Поставленный срок должен быть необходимым и достаточным для качественного выполнения конкретной задачи.

II ЭТАП планирования направлен на определение факторов, влияющих на выполнение поставленных перед организацией задач. Их можно разделить на внешние и внутренние (по отношению к организации).

Внутренние факторы могут включать психологический климат в коллективе, наличие необходимого оборудования, отлаженные системы управления и отчетности и т.д.

Внешние факторы - это, например, политическая и экономическая ситуация в стране или регионе, законодательство, общественное мнение и др.

Оценка ресурсов и возможностей организации позволяет должным образом проанализировать позитивные и негативные факторы, влияющие на ее развитие, и своевременно реагировать на них. Хорошим инструментом для оценки является SWOT анализ (*англ. Сильные и Слабые стороны, Возможности, Угрожающие факторы*).

Чем больше факторов будет включено в таблицу анализа, тем объективнее будет дальнейшая оценка.

Например:

Сильные стороны (внутренний фактор)	Слабые стороны (внутренний фактор)
<ul style="list-style-type: none"> ■ дружный коллектив, ■ положительный имидж, ■ выгодное местоположение, ■ умение зарабатывать деньги, ■ высокая квалификация специалистов и т.д. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ плохая система коммуникации внутри организации, ■ не отлаженная технология работы с добровольцами, ■ долги за неуплату коммунальных услуг и т.д.
<p>Возможности (внешний фактор):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ интерес целевой группы, ■ крепкие международные связи, ■ благоприятная политическая ситуация и т.д. 	<p>Угрозы (внешний фактор):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ высокая конкуренция, ■ неблагоприятная экономическая ситуация, ■ медленное внедрение технологических новшеств и т.д.

Проведение оценки существующей ситуации основывается на трех видах информации: статистической, социологической и экспертной.

При анализе существующей ситуации **статистическим методом** можно оценить, например, *демографическое положение, уровень заболеваемости, обращаемость населения за медицинской помощью, обеспеченность врачами и койками, число оперативных вмешательств* - т.е. провести анализ официальной статистической информации.

Статистический метод предполагает использование результатов, полученных из отчетов медицинских учреждений.

Показатели, полученные на основании статистических данных, могут быть использованы для анализа общих тенденций, характерных для групп людей/ряда медицинских учреждений/нескольких территорий, а не конкретных объектов.

При анализе существующей ситуации **социологическим методом** можно оценить, например, *мнение, отношение целевой группы к состоянию своего здоровья, планы, связанные со своим здоровьем, объективные и субъективные данные о состоянии здоровья, удовлетворенность целевой группы медицинским обслуживанием, работу медицинского персонала, известность службы для це-*

левой группы и т.д. - т.е. отношение целевой группы к тому или иному явлению.

Социологический метод предполагает использование анкет и проведение интервью. Социологические исследования могут быть качественные и количественные.

Качественные исследования в большей степени предполагают выявление отношения, мыслей и чувств людей к исследуемой проблеме.

Основными методами качественного исследования являются индивидуальные глубинные интервью и фокусные группы.

Количественные исследования проводятся, чтобы выяснить, сколько представителей целевой группы относится (думают) определенным образом к проблеме.

Основными методами количественного исследования являются анкеты и опросники.

Различия между качественным и количественным исследованием

Качественные	Количественные
<ul style="list-style-type: none"> ■ обеспечивают глубокое понимание, ■ содержат вопросы типа "почему"?, ■ субъективны, ■ наводят на открытия, ■ носят исследовательский характер, ■ позволяют понять поведение, ■ предоставляют толкование. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ измеряют распространенность явлений, ■ содержат вопросы типа "сколько"?, "как часто"?, ■ изучают действия, ■ объективны, ■ предоставляют доказательства, ■ носят окончательный характер, ■ измеряют силу действий, ■ описывают.

Для проведения оценки **экспертным методом/методом рецензии** необходимо привлечение специалистов оцениваемой области. Также возможно привлечение независимых экспертов, однако критерии оценки, сценарии интервью, анкеты в таком случае должны разрабатываться профессионалами. Для проведения оценки эксперты могут использовать наблюдение, интервью с персоналом, целевой группой и населением, анкеты и опросы, проверку отчетов, медицинской и финансовой документации.

Эксперты должны быть объективны в своей оценке.

При анализе существующей ситуации этим методом можно оценить, например, *мнение, отношение целевой группы к состоянию своего здоровья, планы, связанные со своим здоровьем, объективные и субъективные данные о состоянии здоровья, качество оказания помощи, качество подготовки специалистов, необходимый объем услуг, оснащение учреждения и т.д.*

Эксперты могут привлекаться для оценки работы всего учреждения по нескольким и по одному критерию. Этот метод оценки достаточно дорогостоящ, т.к. требует оплаты работы высококвал-

лифицированных специалистов (привлекаемых непосредственно для экспертной работы "на месте" или для разработки критериев оценки, которые будут потом использованы любыми исследователями).

III ЭТАП.

Корректировка первоначальных целей и задач в соответствии с проведенным анализом ситуации. Составление рабочего плана.

Для конкретного плана нужно:

- составить список всех мероприятий;
- сгруппировать их по функциональному признаку (например, управление, реклама и т.д.);
- распределить обязанности и назначить ответственных;
- определить сроки реализации намеченных мероприятий;
- определить необходимые ресурсы и финансовые затраты;
- определить критерии оценки.

Итогом этой работы может стать настенный план-календарь или план-сетка, в который каждый сотрудник может в случае необходимости заглянуть и где можно делать "зарубки" о выполнении задач.

План-календарь может выглядеть примерно так:

Мероприятие	Срок выполнения	Ответственный	Необходимые ресурсы	Примерная стоимость	Критерии оценки

Полезно также, если каждый сотрудник составит свой план-календарь, это позволит ему планировать свое время и держать процесс под контролем.

Сотрудники, отвечающие за конкретные задачи, должны знать, как будет вознаграждено их качественное выполнение.

IV ЭТАП - оценка деятельности.

Оценка - это не только взгляд назад, но и попытка заглянуть в будущее. И ее смысл в том, чтобы понять, выдерживается ли задуманный курс, была ли эффективна работа, как выстроить дальнейшие планы с учетом прежних ошибок.

Процесс оценки можно разделить на три этапа:

- 1 - анализ правильности выбора стратегии;
- 2 - сравнение полученных результатов с ожидаемыми;
- 3 - коррекция стратегии и тактики.

Процесс оценки должен быть:

- оптимальным - избыток информации иногда даже более вреден, чем ее недостаток;
- своевременным - пока есть время для исправления ошибок и учета полученного опыта в будущем;
- объективным;
- открытым - каждому сотруднику должны быть ясны критерии и цели оценки;
- простым для понимания любого сотрудника.

Финансовое планирование

Шаги составления финансового плана:

- 1) оставьте смету расходов на запланированную деятельность,
- 2) планируйте бюджет на первый год, а также финансовый план на следующие годы в соответствии с Вашим стратегическим планом,
- 3) спланируйте процедуру эффективной финансовой отчетности.

Некоторые расходы спланировать сравнительно легко (аренда помещения, транспортные расходы и т.д.), а некоторые (обучение специалистов, расходы на банковские операции, износ и ремонт оборудования, непредвиденные расходы) с первого взгляда не видны, и, соответственно, могут быть не учтены при планировании. Однако только учет всех расходов позволит успешно реализовать цели деятельности.

Возможные затраты КДМ:

- заработная плата;
- расходы на социальное страхование сотрудников;
- расходные материалы (шприцы, перчатки и т.д.)
- диагностика;
- медикаменты;
- расходы на обучение сотрудников;
- коммунальные услуги;
- аренда помещения;
- канцелярские товары;
- транспортные расходы;
- банковское обслуживание;
- техническое оснащение;
- ремонт оборудования;
- издательская деятельность;
- почтовые расходы.

Чтобы реализовать стоящие перед Клиникой задачи и провести запланированные мероприятия нужно необходимое финансирование. Мы уже говорили о возможных формах собственности/финансирования КДМ. Однако любая КДМ может столкнуться с необходимостью поиска дополнительных средств. Это может быть связано с нестабильной экономической ситуацией, желанием реализовать дополнительный проект, не заложенный в бюджете, с необходимостью обучения специалистов и т.д.

Дополнительные средства можно найти:

- в различных фондах (написать заявку на получение гранта);
- в бизнес-структурах;
- в государственных администрациях;
- у индивидуальных доноров;
- в некоммерческих организациях

(гражданские ассоциации, церковь и др.).

Работа с фондами (Сбор средств) - деятельность организации по привлечению ресурсов, необходимых для достижения стоящих перед ней целей. Прежде чем приступить к деятельности по сбору средств, организации необходимо иметь ответы на следующие вопросы:

- какие проблемы, стоящие перед организацией, могут заинтересовать донора (источник средств) и заставить его оказать финансовую поддержку для их разрешения? ;
- в чем состоит актуальность, значимость проблемы, на решение которой Вам необходимы средства?;
- кто получит пользу от ее разрешения? В чем заключается эта польза? Каковы будут конкретные результаты вашей деятельности?;
- какой способ изменения ситуации в лучшую сторону Вы предлагаете? В чем его преимущество перед другими способами?;
- почему нужно выделить средства именно Вашей организации?;
- какова общая стоимость проекта?;
- как и на что будут потрачены денежные средства? Как будут использоваться иные ресурсы?;
- кто еще заинтересован в решении беспокоящей Вас проблемы? Какие источники ресурсов доступны, а какие - нет? Почему?;
- какие выгоды могут получить доноры в случае оказания поддержки Вашей инициативе?

Примеры выгод:

- известность;
- улучшение имиджа организации-донора на местном и национальном уровне;
- реклама товара, услуг;
- освещение факта благотворительности в СМИ;
- улучшение отношения к организации со стороны вышестоящих структур;

- улучшение взаимоотношений с инвесторами;
- доступ к определенным рынкам;
- обращение к целевым группам;
- ассоциирование с высококачественным или престижным мероприятием;
- привлечение новых работников;
- демонстрация социальной ответственности фирмы;
- налоговые льготы (при исчислении налога на прибыль облагаемая прибыль уменьшается на суммы взносов на благотворительные цели - но не более 3% от облагаемой налогом прибыли).

Основные этапы эффективного фандрайзинга

- 1.** Отбор потенциальных спонсоров (исследование "рынка" спонсоров, изучение их возможностей и потребностей, поиск возможных точек соприкосновения). Если у спонсора имеется четкая политика благотворительности, надо тщательно проанализировать ее (если ваш проект не попадает в рамки этой политики, то шансов на успех мало). Источники информации: годовые отчеты потенциального спонсора, буклеты, публикации в прессе, информация от других организаций, получавших поддержку от спонсора. Надо иметь четкое представление о том, сколько времени и денег придется затратить на привлечение средств; каково соотношение этих затрат и результата; есть ли иной способ для получения этих денег с использованием меньших затрат; есть ли способ как-то уменьшить затраты.
- 2.** Телефонный звонок в организацию с целью установления начальника организации и контактного лица, работающего с обращениями. Постарайтесь побольше узнать об этих людях.
- 3.** Письмо-обращение к потенциальному спонсору, в котором основной упор делается на то, что вам известно

о направлении деятельности организации и результатах проводимой ею благотворительности (*Нам порекомендовали Вас как организацию, которой небезразлично будущее нашего города... Мы знаем, что Вы участвовали в программах..., и благодаря Вам в нашем городе налажена...*). В письме должны содержаться предложение о сотрудничестве и перечень тех преимуществ, которые получит организация-донор.

4. Встреча с потенциальным спонсором. Вы должны заранее продумать, как будет проходить встреча. В процессе подготовки необходимо учесть возможные возражения и заранее продумать аргументы. Кроме того, важно продумать несколько вариантов окончания встречи.
5. Презентация и демонстрация проекта (программы). Необходимо, чтобы Ваш проект можно было "увидеть, пощупать". Для этого можно использовать наглядные пособия: брошюры, буклеты, схемы, макеты, модели, слайды, альбомы, видеофильмы, таблицы.
6. Получение согласия и заключение соглашения или получение отказа в выделении средств. Вы можете потратить много времени на поиски спонсора, однако из каждой встречи можно извлечь новый опыт. Фактически, те потенциальные спонсоры, которые отказали Вам в финансировании, могут в то же время предоставить ценнейшую информацию о других потенциальных источниках финансирования.
7. Благодарность может выражаться в виде имени донора, напечатанного на всех материалах, выпущенных на его средства, или быть представлена иным способом - о благотворительности должно узнать как можно больше представителей целевой группы. Кроме этого, благодарность может заключаться в направлении благодарственных писем и отзывов об организации-доноре в вышестоящие организации, упоминании о доноре на всех

мероприятиях, проводимых в рамках Вашего проекта.

8. Анализ и оценка результатов. Вы должны предоставить донору подробный отчет об использовании средств и результатах Вашей деятельности.
9. Долгосрочные взаимоотношения. Поддержание заинтересованности. (*Приглашение на Ваши мероприятия в качестве почетного гостя, ознакомление его с планами и результатами работы организации, печатной продукцией т.д.*)

Работа с фондами

Фондом признается не имеющая членства некоммерческая организация, учрежденная гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов, преследующая социальные, благотворительные, культурные, образовательные или иные общественно полезные цели (ст. 118 ГК РФ).

Грант - средства, безвозмездно передаваемые фондом организации или частному лицу для выполнения определенного проекта.

Заявитель - организация или частное лицо, подающее заявку на грант.

Заявка - письменное обращение заявителя в фонд с просьбой о выделении гранта.

Составление заявки

Обычно при объявлении грантовых конкурсов фонды по Вашему требованию предоставляют собственные формы заявок.

Титульный лист должен содержать следующее: название проекта, организацию-исполнителя (название, адрес и телефоны, расчетный счет), организацию-заявителя, поддерживающие организации, руководителя и бухгалтера проекта (имя, адрес, телефон, факс и должность), географию и срок выполнения проекта, его стоимость (полная и требуемая).

Краткая аннотация должна содержать ясное описание сути заявки и быть объемом не более страницы. Включайте предложения, отвечающие на вопросы: кто будет выполнять проект, почему и кому он нужен, что получится в результате и сколько средств потребуется.

Во **введении** изложите сведения об организации, объясните, кто подает заявку, кто будет выполнять проект (заявители/исполнители) и почему (в силу своей квалификации, опыта, убеждений, репутации...) они наилучшим образом выполняют задачи проекта.

В той части, где описана **постановка проблемы** нужно четко сказать, почему возникла необходимость в выполнении проекта и как поставленная проблема соотносится с целями и задачами организации. Здесь важно убедить фонд в том, что Ваш проект решает поставленную проблему.

Далее определите цели и задачи, а также предполагаемые результаты заявленного проекта. **Цель** - это то, во имя чего предпринимается проект. **Задачи** - конкретный эффект, достичь которого требуется в ходе выполнения проекта. Задачи и результаты подвергаются количественной оценке. Из раздела должно быть ясно, что получится в **результате** выполнения проекта, какие положительные изменения произойдут в ныне существующей ситуации.

Укажите **мероприятия**, которые будут проведены для достижения намеченных результатов и решения поставленных задач. Необходимо указать, что будет сделано, кто и как будет осуществлять действия, когда и в какой последовательности, какие ресурсы будут привлечены.

Из Вашей заявки должно быть ясно, как Вы предполагаете **оценить**, достиг ли проект цели, и как Вы будете контролировать процесс выполнения проекта, в какой форме Вы отчитаетесь о проде-

ланной работе и затраченных средствах.

Укажите, каким образом, за счет каких ресурсов Вы надеетесь **сохранить и расширить достижения данного проекта**; старайтесь убедить грантодателя в том, что после окончания финансирования найдутся ресурсы для поддержания данной инициативы.

Составляя **бюджет**, включите в него список всех ресурсов, необходимых для проведения планируемых мероприятий.

Ответьте на вопросы:

- сколько средств потребуется от грантодателя?,
- из каких источников будут получены все остальные требующиеся для выполнения проекта ресурсы, и на что они будут потрачены?

Составление отчета

Фонд вполне закономерно будет требовать от Вас отчетов на различных этапах выполнения проекта. Отчеты можно разделить по содержанию на программные и финансовые, а по времени предоставления - на промежуточные и итоговые.

Отчеты составляются в соответствии с требованиями, содержащимися в договоре о выделении средств, а также - в сравнении с первоначальными планами реального состояния дел.

В программном отчете необходимо суммировать факты и дать обзор результатов реализации проекта. Информация из Вашего отчета может быть использована фондом в публичных документах, а также - в специальных тематических отчетах, направляемых в другие организации.

Отразите в отчёте:

- соотношение поставленных целей и достигнутых результатов;
- какие конкретные изменения произошли в результате выполнения проекта? Кому он принес реальную пользу в чем она выражается?;
- какие сложности и слабые места

обнаружились в проекте?;

- статьи/публикации/видеоматериалы о проекте;
- сведения об общем числе участников семинаров/тренингов, а также статистические данные об участниках и какие страны (регионы, города) они представляли;
- долговременное влияние проекта;
- иные источники финансовой поддержки проекта.

Финансовый отчет должен содержать:

- копии всех первичных документов;
- копию приказа о назначении штатных работников организации по должностям для выполнения программы гранта;
- договоры на привлечение внештатных работников с приложением акта приемки работ;
- расчетно-платежную ведомость с подписями людей, получивших деньги;
- копии платежных поручений;
- копии командировочных удостоверений, билетов, авансовых отчетов и копии первичных документов;
- при покупке оборудования - копии счет-фактур, карточек инвентарного учета на каждую единицу основных средств, опись всего прочего оборудования;
- для любых выплат, сделанных на основании договоров, - копии договоров и копии платежных поручений;
- для организаций, использующих валютный счет, - банковские документы, подтверждающие подлинность используемого курса конвертации валюты;
- копии счетов, на основании которых оплачиваются телефонные переговоры в рамках выполнения программы гранта;
- реестр расходов по гранту.

Примечание. Каждый финансовый отчет должен быть подписан бухгалтером проекта и лицом, распоряжающимся деньгами гранта.

Работа с бизнес-структурами

При выборе спонсора, важно выяснить, какова политика фирмы в плане спонсорства в настоящее время:

- использует ли фирма благотворительность и спонсорство в качестве одного из инструментов своего маркетинга и рекламы?;
- поддерживает ли фирма организации определенной направленности (сфера культуры, здоровья) или для ее благотворительной деятельности направление значения не имеет?;
- какие конкретные организации фирма уже поддерживает?;
- поддерживает ли фирма национальные или локальные программы (есть ли конкретные регионы, на которые распространяется поддержка фирмы)?;
- каковы личные интересы руководства фирмы?;
- активна ли фирма в своей благотворительной и спонсорской деятельности, или она ждет обращений с предложениями конкретных проектов?

Примечание. Сбор средств нельзя рассматривать отдельно от других аспектов работы организации. Деятельность в этом направлении является продолжением стратегии и тактики организации по планированию и управлению.

В этом разделе приведена информация, которую организатор может использовать при создании и организации работы Клиники, обучении специалистов КДМ правовым аспектам медицинской деятельности.

Законодательные источники, которые необходимо учитывать при организации сервиса для молодежи.

Здесь приведены законодательные документы 2 стран (Россия, Украина), принятые на государственном уровне, однако в каждом регионе существуют действующие документы, принятые на местном уровне, которые тоже влияют на работу Клиники.

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Вид документа	Название документа	Издавший орган	Номер	Дата
Основы Законодательства	Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (с изменениями и дополнениями от 24.12.93, 02.03.98., 20.12.99., 02.12.00.)	СНД ВС РСФСР (РФ)	5487-1	22.07.93
Федеральный закон	"О предотвращении распространения в Российской Федерации заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека"	Государственная Дума ФС РФ	8-ФЗ	09.01.97
Федеральный закон	"Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями от 20.07.00)	Государственная Дума ФС РФ	124-ФЗ	24.07.98
Федеральный закон	"О наркотических средствах и психотропных веществах"	Гос. Дума ФС РФ	3-ФЗ	08.01.98
Приказ	"Об утверждении инструкции и порядке проведения операции искусственного прерывания беременности методом вакуум-аспирации"	Мин. здравоохранения РФ	757	05.06.87
Приказ	"О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению РФ"	Мин. здрав. РФ	186	15.11.91
Приказ	"Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности"	Мин. здрав. РФ	302	28.12.93
Приказ	"О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации"	Министерство здравоохранения РФ	170	16.08.94
Приказ	"О президентской программе "Дети России"	Мин. зд. РФ	295	20.12.94
Приказ	"Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов"	Минздравмедпром РФ	60	14.03.95
Приказ	"О перечне социальных показаний и утверждении инструкции по искусственному прерыванию беременности"	Министерство здравоохранения РФ	242	11.06.96
Приказ	"О проведении анкетирования пациентов центров планирования семьи и репродукции"	Министерство здрав. РФ	392	26.11.96
Приказ	"О совершенствовании деятельности диагностических центров"	Мин. здрав. РФ	336	14.11.97

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ, продолжение

Вид доку-мента	Название документа	Издавший орган	Номер	Дата
Приказ	"О неотложных мерах по предупреждению заболеваний, передающихся половым путём"	Мин. здрав. РФ	91	27.03.98
Приказ	"О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста"	Мин. здрав. РФ	154	05.05.99
Приказ	"О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путём"	Мин. здрав. РФ	291	30.07.01
Постановление правительства	"Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"	Правительство РФ	1017	13.10.95
Решение коллегии	"О ходе выполнения федеральной целевой программы "Планирование семьи"	Мин. здрав. РФ	Протокол №1	09.01.96
Решение Коллегии МЗ	"О мерах по совершенствованию медицинской помощи подросткам, направленных на охрану их здоровья"	Мин. здрав. РФ	Протокол №3	17.02.97
Указ	"О мерах профилактики заражения вирусом СПИД" (с изменениями и дополнениями от 23.04.90)	Президиум Верховного Совета СССР	7612-XI	25.0887
Требования	Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний	Мин. здрав. РФ	(извлечения) 3.1/3.2558-96	
Указание	"О штатно-организационной структуре центров планирования семьи и репродукции"	Мин. здрав. РФ	219-У	23.03.98
Инструкция	"О медицинских стандартах по планированию семьи"	Мин. здрав. РФ	06/15-10	26.03.98
Методические указания	"Методические указания по организации лечебно-диагностической помощи и диспансерного наблюдения за больным ВИЧ-инфекцией и СПИДом"	Мин. здравоохранения РФ	Приложение №1 к приказу МЗ РФ №170	16.08.94
Информационное письмо	"Организация медико-социальной помощи по планированию семьи мальчиков-подростков"	Мин. здравоохранения РФ	13-03/10-24	13.01.97
Информационное письмо	"О посткоитальной контрацепции"	Мин. здрав. РФ	2510/8883-99-92	11.08.99
Справка	Справка к Коллегии МЗ и МП РФ 09.01.96г. по вопросу "О ходе выполнения федеральной программы "Планирование семьи"	Министерство здравоохранения РФ	Материалы к заседанию	01.09.96

УКРАИНА

Вид доку-мента	Название документа	Автор	Номер	Дата
Закон	"О предупреждении заболевания синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) и социальная защита населения"	Верх. Рада Украины	№ 1972-ХП	1992
Закон	"Основы законодательства об охране здоровья"	В. Рада Укр.	2801-XII	19.11.92
Закон	"Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения"	Верх. Рада Украины	4004-XII	24.02.94
Закон	"О средствах противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и злоупотреблению ими"	Верх. Рада Украины	60/95-ВР	15.02.95
Закон	"О защите населения от инфекционных заболеваний"	В. Рада Укр.	1645-ПІ	06.04.00
Закон	"О защите детства"	В. Рада Укр.	2402-III	26.04.01
Закон	"О предупреждении насилия в семье"	В. Рада Укр.	2789-III	15.11.01
Приказ	"О дополнительных мерах по улучшению медицинской помощи населению Украины"	Президент Украины	963/2000	08.08.00
Приказ	"О дополнительных мерах по улучшению медицинской помощи населению Украины"	Верх. Рада Украины	963/2000	8.08.00
Приказ	"О неотложных мерах по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции/ СПИДа"	Верх. Рада Украины	1182	01.11.00
Приказ	"О дополнительных мерах по обеспечению выполнения Национальной программы "Дети Украины" на период до 2005 года"	Верховная Рада Украины	42/2001	24.01.01
Приказ	"О национальной программе "Репродуктивное здоровье 2001-2005 года"	Президент Украины	203/2001	26.03.01
Постановление	"О порядке искусственного прерывания беременности от 12 до 28 недель"	Кабинет Министров Укр.	926	12.11.93
Постановление	"О национальной программе планирования семьи"	Кабинет Министров Укр.	736	13.09.95
Постановление	"Об обязательном профилактическом наркологическом осмотре и порядок его проведения"	Кабинет Министров Укр.	1238	06.11.97
Постановление	"О мерах по усилению охраны материнства и детства"	Кабинет Министров Укр.	1929	4.12.98
Постановление	"Вопросы предупреждения и защиты населения от ВИЧ - инфекции и СПИДа"	Кабинет Министров Укр.	2026	18.12.98
Постановление	"Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров"	Кабинет Министров Укр.	770	06.05.00
Постановление	"О Программе профилактики ВИЧ - инфекции/СПИДа на 2001-2003 года"	Кабинет Министров Укр.	790	11.07.01
Постановление	"О долгосрочной программе улучшения состояния женщин, семьи, охраны материнства и детства"	Кабинет Министров Украины	431	28.07.02
Постановление	"Об утверждении Межотраслевой комплексной программы "Здоровье нации" на 2002-2011 года"	Кабинет Министров Укр.	14	10.01.02
Распоряжение	"О реорганизации медицинской помощи детям до 18 лет"	КМДА Украины	1704	18.10.99
Конституция Украины	Часть I Государство: гарантии граждан в отрасли	Верх. Рада Укр. V сессия		28.06.96
Указ	"О мерах по совершенствованию медико-санитарной помощи подросткам"	МЗО СССР	387	10.04.81
Указ	"О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению"	МЗО СССР	60	19.01.83
Указ	"О создании Киевского Центра диагностики и реабилитации репродуктивной функции человека и его филиалов"	МОЗ Украины	111	02.07.92
Указ	"Об усовершенствовании консультативной помощи детям и матерям Украины"	МОЗ Украины	97	05.05.93
Указ	"Об утверждении временных квалификаци-	МОЗ Украи-	208	20.09.93

УКРАИНА, продолжение

Вид доку-мента	Название документа	Автор	Номер	Дата
Указ	онных характеристик докторов специалистов" "Об утверждении инструкций о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности и о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации"	ны МОЗ Укра-ины	111	28.12.94
Указ	"Об усовершенствовании службы детской и подростковой гинекологии"	МОЗ Укра-ины	391	27.12.96
Указ	"Об утверждении Временных отраслевых унифицированных стандартов медицинских технологий диагностико-лечебного процесса стационарной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических учреждениях Укра-ины и Временных стандартов объемов диагностических исследований, лечебных меро-приятий и критерии качества лечения детей"	МОЗ Укра-ины	226	27.07.98
Указ	"Об утверждении Порядка проведения меди-цинского осмотра и медицинского обследо-вания лиц, которые злоупотребляют нар-котическими средствами или психотропны-ми веществами"	МОЗ Укра-ины	158/417	16.06.98
Указ	"О штатных нормативах и типичных штатах заведений охраны здоровья"	МОЗ Укра-ины	33	23.02.00
Указ	"Об усовершенствовании организации меди-цинской помощи больным с ВИЧ-инфек-цией/СПИДом".	МОЗ Укра-ины	120	25.05.00
Указ	"Об организации исполнения распоряжения Премьер Министра Украины от 6.11.2000р. № 18452/1 к указу Президента Украины от 01.11.2000г. № 1182 "О неотложных мерах по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции / СПИДа".	МОЗ Укра-ины	363-Адм.	14.12.00
Указ	"Об утверждении плана реализации допол-нительных мер по обеспечению исполнения Национальной программы "Дети Украины" на период до 2005 года"	МОЗ Укра-ины	79/10	26.02.01
Указ	"Об утверждении методических рекоменда-ций по усовершенствованию организации медицинской помощи больным с ВИЧ-ин-фекцией/СПИДом".	МОЗ Укра-ины	344	15.12.00
Указ	"Об утверждении и внедрении программы "Предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку на 2001 - 2003 года".	МОЗ Укра-ины	488	07.12.01

**ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ВЕДОМСТВЕННОГО
 СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ, ИСПОЛЗУЮЩИХСЯ В РАБОТЕ
 МОЛОДЕЖНЫХ КЛИНИК/КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ
 (все государства имеют свои законодательные акты. В данном случае
 законопроекты России рассматриваются как пример)**

№ формы	Наименование	Кем и когда утверждена
12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения	Постановление Госкомстата России от 29.06.99 № 49
13	Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)	Постановление Госкомстата России от 29.06.99 № 49
14	Сведения о деятельности стационара	Постановление Госкомстата России от 29.06.99 № 49
16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности	Постановление Госкомстата России от 29.06.99 № 49
17	Сведения о медицинских кадрах	Постановление Госкомстата России от 31.07.99 № 110
30	Сведения о лечебно-профилактическом учреждении	Постановление Госкомстата России от 25.07.96 № 82
52	Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе обязательного медицинского страхования	Постановление Госкомстата России от 25.07.96 № 82.

Обзор законодательства России, Беларуси и Украины по правам молодых людей в области сохранения здоровья

Этот раздел является дополнением к главе №6.

1. В каких случаях человек может рассчитывать на сохранение "врачебной тайны", "анонимность", "конфиденциальность"? Что означают эти понятия? От чего зависит соблюдение того или иного уровня закрытости данных о пациенте? Что можно сделать при несоблюдении врачом (медработником) этих условий?

Законодательство России.

Статья 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1 дает понятие врачебной тайны.

Врачебную тайну составляет информация: о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме следующих случаев:

с согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

Из этого правила имеются следующие исключения. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность. (Действующим законодательством уголовной и административной ответственности за разглашение врачебной тайны не установлено.)

Таким образом, по общему правилу, нарушение конфиденциальности возможно, если врач сообщает о заболевании ребенка в возрасте до 15 лет. При этом передаваемая информация предназначена только для родителей либо законных представителей и исключает возможность получения ее другими лицами.

Понятие "конфиденциальность" является элементом или составляющей "врачебной тайны". Конфиденциальность предполагает, что информация о пациенте известна только врачу.

Понятие "анонимности" подразумевает обезличенность информации о пациенте, т.е. врач не знает, кто обратился за медицинской помощью. Так, в соответствии со ст. 8 Федерального закона от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" по желанию освидетельствуемого лица добровольное медицинское освидетельствование может быть **анонимным**.

В то же время отдельными законами устанавливаются иные требования к конфиденциальности информации. Так, в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)", врач обязан уведомить о наличии заболевания, вызываемого вирусом ВИЧ, родителей либо законных представителей, у несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным.

При несоблюдении врачебной тайны лицо вправе защищать свои законные права и интересы в судебном порядке. Так, если в результате разглашения врачебной тайны лицу причинен моральный либо иной ущерб, оно вправе обратиться в суд с исковым заявлением о компенсации морального вреда в соответствии со ст. 151 Гражданского кодекса РФ.

При этом защита нарушенного права несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет осуществляется через родителей либо законного представителя.

Содержание медицинской карты ребенка относится к врачебной тайне. Ее содержание может быть передано кому бы то ни было только с согласия пациента, т.е. с согласия ребенка старше 15 лет и с согласия его родителей, если ребенку не исполнилось 15 лет.

Без согласия родителей или законных представителей сведения о состоянии здоровья ребенка (т.е. содержание мед. Карты), могут быть переданы в следующих случаях:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовом отравлении и поражении;
- 3) по запросу органов дознания и следствия, прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Законодательство Беларуси.

Статья 19. Закона о здравоохранении Республики Беларусь Организация оказания медицинской помощи населению.

Медицинская помощь оказывается анонимно в порядке и на условиях, определяемых Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Статья 30. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента.

Лечащий врач, заведующий отделением, иные должностные лица организации здравоохранения предоставляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях.

Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

В отношении несовершеннолетних и лиц,

признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья пациента предоставляется их законному представителю, а в отношении пациентов, по состоянию здоровья не способных принять осознанное решение, - супругу, а при его отсутствии - близким родственникам.

В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в медицинской документации.

Информация должна сообщаться в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии.

Информация, содержащаяся в медицинской документации, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами.

Статья 45. Медицинское освидетельствование лиц на наличие у них заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения.

Лица, желающие пройти добровольное медицинское освидетельствование для определения наличия или отсутствия у них заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, имеют право на анонимное медицинское освидетельствование.

Статья 60. Обязанность медицинских и фармацевтических работников сохранять врачебную тайну.

Информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе, результатах диагностических исследований и лечения, иные сведения, в том числе, личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти - о результатах патологоанатомического вскрытия, составляют врачебную тайну.

Использование сведений, составляющих врачебную тайну, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается:

- по запросу государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовом отравлении и поражении;
- по письменному запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обосновании необходимости и объема запрашиваемых сведений;
- **в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему; лицу, признанному в установленном порядке недееспособным; лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осо-**

знанного решения, для информирования его законных представителей, супруга, близких родственников;

- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинской документации в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Таким образом, по общему правилу нарушение конфиденциальности возможно, если врач сообщает о заболевании ребенка в возрасте до 18 лет. При этом передаваемая информация предназначена только для родителей либо законных представителей и исключает возможность получения ее другими лицами.

2. С какого возраста подросток может требовать предоставления ему информации по вопросам здоровья? С какого возраста подросток может самостоятельно решать вопросы, связанные со своим здоровьем?

Законодательство России.

Права несовершеннолетних, связанные с вопросами сохранения здоровья, закреплены в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1.

Статья 24 Основ устанавливает следующее:

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

- 1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации;
- 2) медико-социальную помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых правительством Российской Федерации, за счет средств бюджетов всех уровней;
- 3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;
- 4) бесплатную медицинскую консультацию за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

Защита нарушенного права несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет осуществляется через родителей либо законного представителя.

Законодательство Украины.

Верховная Рада Украины от 19.11.1992 Т 2801- XII Редакция от 22.02.2000 (последняя) Основы законодательства Украины об охране здоровья. ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Статья 40. Врачебная тайна.

Медицинский персонал и другие лица, которые в связи с исполнением профессиональных обязанностей узнали о болезни, медицинском обследовании, осмотре и их результатах, интимной и семейной стороне жизни гражданина, не имеют права разглашать эту информацию, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

При использовании информации, которая является врачебной тайной, в учебном процессе, научно - исследовательской работе, в том числе в случаях ее публикации в специальной литературе, должна быть обеспечена анонимность пациента.

- 5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со статьями 32, 33, 34 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств бюджетов всех уровней, благотворительных и иных фондов, а также за счет средств родителей или лиц, их заменяющих.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с по-

следующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей граждан.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитар-

ным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Таким образом, согласно действующему законодательству, несовершеннолетний вправе самостоятельно решать вопросы, связанные с его здоровьем, при достижении 15 лет. В том числе, требовать от врача предоставления ему информации о состоянии своего здоровья, отказываться от лечения (за исключением случаев, установленных ст. 34 Основ).

Законодательство Беларуси.

Права несовершеннолетних, связанные с вопросами сохранения здоровья, закреплены в Законе о здравоохранении Республики Беларусь.

Статья 43. Организация оказания медицинской помощи детям и подросткам.

Государственные организации здравоохранения осуществляют наблюдение детей и подростков в возрасте до восемнадцати лет.

При стационарном лечении детей в возрасте до трех лет, а также детей в возрасте до четырнадцати лет (ребенка-инвалида - до восемнадцати лет), нуждающихся, по заключению врача, в дополнительном уходе, одному из родителей или лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком, предоставляется возможность находиться с ним в организации здравоохранения.

Матери с детьми в возрасте до трех лет при стационарном лечении ребенка в государственной организации здравоохранения обеспечиваются условиями для дополнительного ухода за ним и питанием за счет средств республиканского или местных бюджетов.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития содержатся в организациях здравоохранения, системы социальной защиты за счет средств республиканского или местных бюджетов, благотворительных средств, а также средств родителей или иных лиц.

Дети в возрасте до трех лет и дети-инвалиды в возрасте до восемнадцати лет обеспечиваются лекарственными средствами бесплатно по рецептам лечащего врача в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

Статья 26. Методы и средства профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и

протезирования и порядок их применения.

В медицинской практике применяются методы и средства профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и протезирования, разрешенные Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

В исключительных случаях в интересах пациента допустимо применение научно обоснованных, но еще не разрешенных в установленном порядке к применению методов и средств профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и протезирования. Решение об их применении принимается с письменного согласия пациента, а в отношении:

- **лиц, не достигших восемнадцатилетнего возраста, если по закону они раньше не приобрели гражданскую дееспособность в полном объеме (далее - несовершеннолетние), - с письменного согласия одного из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей (далее - законные представители);**
- **лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, - с письменного согласия их законных представителей;**
- **пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, - с письменного согласия супруга, а при его отсутствии - близких родственников.**

При отсутствии или невозможности установить местонахождение лиц, указанных в части второй настоящей статьи, решение принимается консилиумом врачей.

Порядок применения методов и средств профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и протезирования определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Статья 27. Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие информированного пациента.

Сложные медицинские вмешательства (хирургические операции, переливание крови, сложные методы диагностики) проводятся с письменного согласия пациента, ознакомленного с их целью и возможными результатами.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, согласие дают их законные представители, а в отношении пациентов, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, - супруг, а при его отсутствии - близкие родственники.

Согласие на медицинское вмешательство оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей настоящей статьи.

В случае, когда медицинское вмешательство неотложно, а указанные лица отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение принимается консилиумом врачей, при невозможности собрать его - врачом, оказывающим медицинскую помощь, с оформлением за-

писи в медицинской документации с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения и иных лиц, указанных в настоящей статье.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента. Отзыв согласия оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей настоящей статьи.

Статья 28. Отказ от медицинского вмешательства, госпитализации.

Пациент либо лица, указанные в части третьей статьи 27 настоящего Закона, имеют право отказаться от госпитализации, медицинского вмешательства или потребовать их прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью шестой статьи 27 и статьями 45 и 46 настоящего Закона.

При отказе пациента от медицинского вмешательства или госпитализации ему либо лицам, указанным в части третьей статьи 27 настоящего Закона, в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

Отказ от медицинского вмешательства, а также от госпитализации с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо лицами, указанными в части третьей статьи 27 настоящего Закона, а также медицинским работником.

Таким образом, согласно действующему законодательству, гражданин вправе самостоятельно решать вопросы, связанные с его здоровьем, в том числе, требовать от врача предоставления ему информации о состоянии своего здоровья, отказываться от лечения только при достижении 18 лет (за исключением случаев, установленных Законодательством).

Законодательство Украины.

Статья 43. Согласие на медицинское вмешательство.

Согласие проинформированного (согласно статьи 39 этих Основ) пациента необходимо для применения методов диагностики, профилактики и лечения. Что касается пациента, которому не исполнилось 15 лет, а также пациента, признанного в установленном законом порядке недееспособным, медицинское вмешательство происходит при согласии его законных представителей. (Части первая статьи 43 в редакции Закона Т 1489- Ш (1489- 14) от 22.02.2000.)

В безотлагательных случаях, когда жизнь пациента подвергается реальной угрозе, согласие больного или его законных представителей на медицинское вмешательство не нужно.

3. С какого возраста девушка может самостоятельно принять решение об аборте, не ставя в известность родителей?

Законодательство России.

Согласно Инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения от 11.06.1996 г. № 242, согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители.

Таким образом, девушка, достигшая возраста 15 лет, вправе самостоятельно решать вопрос об аборте на основании ст. 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Законодательство Беларуси.

Согласно Инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5.04.1994 № 71, согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 18 лет, дают их законные представители.

Таким образом, девушка, достигшая возраста 18 лет, вправе самостоятельно решать вопрос об аборте на основании ст. 27 Закона о здравоохранении Республики Беларусь.

4. Имеет ли право кто-либо принуждать девушку к прерыванию беременности? В каких случаях?

Законодательство России.

В соответствии с действующим законодательством, никто не может принудить девушку к искусственному прерыванию беременности, этот вопрос решается исключительно самой девушкой, достигшей 15 лет. Однако бывают ситуации, когда по медицинским показаниям (при наличии определенных заболеваний) врач рекомендует прервать беременность. Этот вопрос решается только с согласия девушки. Так, Приказом Минздрава от 11.06.1996 г. № 242 установлено, что искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии **медицинских показаний и согласия женщины** - независимо от срока беременности.

Приказом Минздрава РФ от 11.06.1996 г. № 242 установлен перечень социальных показаний, при которых беременность может быть прервана только по инициативе женщины.

ПЕРЕЧЕНЬ СОЦИАЛЬНЫХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Наличие инвалидности I - II группы у мужа.
2. Смерть мужа во время беременности.
3. Пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы.
4. Женщина или ее муж признаны в установленном порядке безработными.
5. Наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав.
6. Женщина не состоит в браке.
7. Расторжение брака во время беременности.
8. Беременность в результате изнасилования.
9. Отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире.
10. Женщина имеет статус беженца или вынужденного переселенца.

11. Многодетность (число детей 3 и более).
12. Наличие в семье ребенка-инвалида.
13. Доход на 1 члена семьи менее прожиточного минимума, установленного для данного региона.

Законодательство Беларуси.

В соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь никто не может принудить девушку к искусственному прерыванию беременности, этот вопрос разрешается исключительно самой девушкой, достигшей 18 лет. Однако бывают ситуации, когда по медицинским показаниям (при наличии определенных заболеваний) врач рекомендует прервать беременность. Этот вопрос решается только с согласия девушки. Так, Приказом Минздрава Республики Беларусь от 5.04.1994 г. № 71 установлено, что искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии **медицинских показаний и согласия женщины** - независимо от срока беременности.

5. В какой ситуации человека могут подвергнуть принудительному лечению? При каких заболеваниях? Зависит ли это от возраста?

Законодательство России.

Согласно действующему законодательству, принудительному лечению может быть подвергнуто лицо, независимо от возраста, в строго определенных случаях.

Такие случаи установлены ст. 34 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, **представляющими опасность для окружающих; лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; лиц, совершивших общественно опасные деяния**, на основаниях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей - судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, установленном **Законом** Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Законодательство Беларуси.

Согласно действующему законодательству, при-

нудительному лечению может быть подвергнуто лицо независимо от возраста в строго определенных случаях.

Такие случаи установлены ст. 46, ст. 48 Закона о здравоохранении Республики Беларусь.

Статья 46. Принудительная госпитализация и лечение лиц, имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения.

Лица, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, в случае уклонения от лечения могут быть подвергнуты принудительной госпитализации и лечению в государственных организациях здравоохранения по решению суда в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь.

Иностранные граждане и лица без гражданства, имеющие заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, и отказывающиеся от лечения, могут быть выдворены за пределы Республики Беларусь в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

Статья 48. Порядок организации медицинской помощи лицам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Государство обеспечивает систему мер по предупреждению и лечению алкоголизма, наркомании и токсикомании.

Порядок признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией определяется Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Принудительное обследование в целях установления диагноза хронического алкоголизма, наркомании и токсикомании осуществляется на основании постановления органов внутренних дел, а принудительное лечение - по решению суда в порядке, определяемом законодательством Республики Беларусь.

Законодательство Украины.

Статья 31. Обязательные медицинские осмотры.

С целью охраны здоровья населения организовываются профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, беременных женщин, работников предприятий, заведений и организаций с вредными и опасными условиями труда, военнослужащих и лиц, чья профессиональная или другая деятельность связана с обслуживанием населения или повышенной опасностью для окружающих.

6. Какие правила должен соблюдать человек в случае инфицирования сифилисом, гонореей либо ВИЧ? Чем грозит несоблюдение этих правил? Как государство гарантирует и ограничивает права человека в этой ситуации?

Законодательство России.

Статьей 17 Федерального закона от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ "О предупреждении распространения в

РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" установлен запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных.

Согласно этой статьи, не допускаются: увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения и учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также ограничение иных прав и законных интересов ВИЧ-инфицированных на основании наличия у них ВИЧ-инфекции, равно как и ограничение жилищных и иных прав и законных интересов членов семей ВИЧ-инфицированных, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом.

Лица, больные венерическими заболеваниями, ограничиваются в приеме на работу, связанную с соблюдением строгих санитарных норм (например, медицинские работники, работники общественного питания, работники торговли и др.).

В целях исключения распространения ВИЧ-инфекции и венерических заболеваний установлена уголовная ответственность за умышленное заражение такими болезнями. "Умышленное заражение" - предполагает знание лица о наличии у него болезни, но вступление в половую связь либо передачу инфекции другому лицу иным образом.

Уголовную ответственность за заражение предусматривают следующие статьи уголовного кодекса:

Статья 121. Заражение венерической болезнью.

1. Заражение другого лица венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается штрафом в размере от двухсот до пятисот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от двух до пяти месяцев, либо исправительными работами на срок от одного года до двух лет, либо арестом на срок от трех до шести месяцев.
2. То же деяние, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, - наказывается штрафом в размере от пятисот до семисот минимальных размеров оплаты труда или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от пяти до семи месяцев либо лишением свободы на срок до двух лет.

Статья 122. Заражение ВИЧ-инфекцией.

1. Создание ситуации, в которой одно лицо подвергает другое опасности заражения ВИЧ-инфекцией, наказывается ограничением свободы на срок до трех лет либо арестом на срок от трех до шести месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года.
2. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается лишением свободы на срок до пяти лет.
3. Деяние, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо в отношении заведомо несовершеннолетнего, - наказывается лишением свободы на срок до восьми лет.
4. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения ли-

цом своих профессиональных обязанностей - наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Законодательство Беларуси.

Статья 47. Предупреждение лиц о наличии у них венерических заболеваний или вируса иммунодефицита человека Закона РБ о здравоохранении.

Лица, в отношении которых получены данные о наличии венерических заболеваний или заражении вирусом иммунодефицита человека, предупреждаются организациями здравоохранения в письменной форме о наличии у них таких заболеваний, о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению этих заболеваний и об уголовной ответственности в соответствии с законодательством за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

Статья 157. Заражение вирусом иммунодефицита человека.

1. Заведомое поставление другого лица в опасность заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией) - наказывается штрафом или лишением свободы на срок до трех лет.
2. Заражение другого лица по легкомыслию или с косвенным умыслом ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается лишением свободы на срок от двух до семи лет.
3. Действие, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц, либо заведомо несовершеннолетнего, либо с прямым умыслом, - наказывается лишением свободы на срок от пяти до двенадцати лет.

Статья 158. Заражение венерической болезнью.

1. Заведомое поставление другого лица через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается штрафом или исправительными работами на срок до одного года, или арестом на срок до трех месяцев, или ограничением свободы на срок до двух лет.
2. Заражение венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, - наказывается штрафом или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на срок до двух лет.
3. Действие, предусмотренное частью второй настоящей статьи, совершенное в отношении двух или более лиц либо заведомо несовершеннолетнего, - наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет или лишением свободы на тот же срок.

Законодательство Украины.

Законодательство Украины об охране здоровья. Раздел IV. Профилактика и предоставление медицинской помощи больным с опасными инфекционными заболеваниями (туберкулез, инфекционные заболевания, которые передаются половым путем, СПИД, проказа).

Статья 24. Предоставление медицинской помощи больным с социально опасными инфекционными заболеваниями.

Больные с социально опасными инфекционными заболеваниями подлежат своевременному и качественному лечению, периодическим обследованиям и медицинскому надзору.

Лечение, обследование и медицинский надзор за больными с социально-опасными инфекционными заболеваниями в государственных и коммунальных заведениях охраны здоровья и государственных научных учреждениях проводятся бесплатно (за счет Государственного бюджета Украины и местных бюджетов).

Статья 26. Лечение и правовая защита больных с инфекционными заболеваниями, которые передаются половым путем.

Больные с инфекционными болезнями, которые передаются половым путем, подлежат обязательному лечению (по их желанию - анонимно).

Данные о заражении человека инфекционным заболеванием, которое передается половым путем, о проведении медицинских осмотров и обследований в связи с этим, а также данные интимного характера, полученные в связи с исполнением профессиональных обязанностей должностными лицами и медицинским персоналом учреждений здравоохранения, являются врачебной тайной. Предоставление такой информации разрешается в случаях, предусмотренных законами Украины.

Криминальный кодекс Украины. Раздел II. Преступления против жизни и здоровья человека.

Статья. 130. Заражение вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой инфекционной болезнью.

1. Сознательно подвергать другое лицо опасности заражения вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой инфекционной болезнью, которая является опасной для жизни человека, - караются арестом до трех месяцев или ограничением свободы до 5 лет, или лишением свободы до 3 лет.
2. Заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой инфекционной болезнью лицом, которое знало о том, что он (она) является носителем этого вируса, - караются лишением свободы от 2 до 5 лет.
3. Действия, предусмотренные частью второй этой статьи, причиненные двум или больше лицам или несовершеннолетнему, - караются лишением свободы от 3 до 8 лет.
4. Преднамеренное заражение другого лица вирусом иммунодефицита человека или другой неизлечимой инфекционной болезнью, которая является опасной для жизни человека, - караются лишением свободы от 5 до 10 лет.

Статья 133. Заражение венерическим заболеванием.

1. Заражение другого лица венерическим заболеванием лицом, которое знало о наличии у него (нее) этой болезни, - караются исправительными работами до 2 лет, или арестом до 6 месяцев, или ограничением свободы до 2 лет, или лишением свободы на тот же срок.
2. Действия, предусмотренные частью первой этой статьи, причиненные лицом, ранее судимым за заражение другого лица венерическим заболеванием, а также заражением двух или больше лиц или несовершеннолетнего, - караются ограничением свободы до 5 лет или лишением свободы до 3 лет.
3. Действия, предусмотренные частями первой или второй этой статьи, если они привели к тяжелым последствиям, - караются лишением свободы от 2 до 5 лет.

7. Имеет ли право молодой человек либо его родители заранее ознакомиться с перечнем заболеваний, влияющих на степень годности к военной службе? Какими правами обладает призывник при прохождении Военно-врачебной комиссии? Возможно ли переосвидетельствование? Как можно этого добиться?

Законодательство России.

Права призывников регламентируются ст. 25 Основ об охране здоровья граждан.

Военнослужащие имеют право на медицинское освидетельствование для определения годности к военной службе и досрочное увольнение с военной службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.

Граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, проходят медицинское освидетельствова-

ние и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы и показаниях на отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в соответствии со статьей 53 на-

стоящих Основ и (или) обжалование заключений военно-врачебных комиссий в судебном порядке.

Военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на получение медицинской помощи в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Порядок организации медицинской помощи военнослужащим устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства обороны Российской Федерации и других министерств, государственных комитетов и ведомств, в которых законом предусмотрена военная служба. Деятельность медицинских комиссий военных комиссариатов обеспечивают и финансируют Министерство обороны Российской Федерации и другие министерства, государственные комитеты и ведомства, в которых законом предусмотрена военная служба.

Статья 53. Независимая медицинская экспертиза.

При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы, по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная статьями 48 и 51 настоящих Основ.

Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации.

При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов.

В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом.

Законодательство Беларуси.

Молодой человек либо его родители заранее могут ознакомиться с перечнем заболеваний, влияющих на степень годности к военной службе, данный Перечень утвержден приказом Министра обороны и Министра здравоохранения от 12 июня 1998 года № 369/173.

В соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 01.06.1998г. №868 "гражданин, несогласный с вынесенным в отношении его заключением военно-врачебной комиссии, может его обжаловать в центральную военно-врачебную комиссию или в суд". Кроме того, призывники в соответствии с Законом о здравоохранении Республики Беларусь ст.53 имеют право на проведение независимой экспертизы.

Статья 53. Независимая медицинская экспертиза.

При несогласии граждан с заключением медико-реабилитационной экспертной комиссии, военно-врачебной экспертизы по их заявлению проводится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида. Экспертиза признается независимой, если проводящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от организации или комиссии, проводящих медицинскую экспертизу, а также от государственных органов, организаций, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

При проведении независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов. При несогласии граждан с заключением окончательное решение по результатам медицинской экспертизы выносится судом.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Советом Министров Республики Беларусь.

8. Какими правами обладает ребенок (подросток, молодой человек), если произошла врачебная ошибка либо медицинские услуги были оказаны недобросовестно?

Законодательство России и законодательство Беларуси.

Защита нарушенных прав несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет осуществляется через его

родителей (законных представителей) в судебном порядке, если его здоровью причинен вред либо ему нанесен моральный ущерб в результате действий врача.

11. Могут ли подростка насильно положить в психиатрический или наркологический стационар?

Законодательство России.

Порядок оказания психиатрической помощи регламентируется **Законом РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и га-**

рантиях прав граждан при ее оказании" (в ред. Федерального закона от 21.07.98 N 117-ФЗ), (далее - "Закон о психиатрической помощи"). Порядок оказания наркологической помощи регламентируется Федеральным законом от 8

января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Ст. 4 Закона о психиатрической помощи.

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных этим Законом. Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей (родителей) в порядке, предусмотренном этим Законом.

В соответствии с ч. 4 ст. 11 Закона о психиатрической помощи, лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным **статьей 29** этого Закона.

В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

Статья 28 Закона о психиатрической помощи определяет следующие основания для госпитализации:

- 1) основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях, либо постановление судьи;
- 2) основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации;
- 3) помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных **статьей 29** настоящего Закона, осуществляется добровольно - по его просьбе или с его согласия;
- 4) несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде;
- 5) полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законно-

го представителя и врача-психиатра.

Ст. 97 Уголовного кодекса РФ.

Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

- а) совершившим деяния, предусмотренные статьями особенной части Уголовного кодекса, в состоянии невменяемости;
- б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;
- в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;
- г) совершившим преступление и признанным нуждающимся в лечении от алкоголизма или наркомании.

При этом указанным лицам принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда, либо с опасностью для себя или других лиц.

Согласно ст. 99 Уголовного кодекса РФ, видами принудительных мер медицинского характера являются:

- а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;
- б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;
- в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;
- г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

В то же время, согласно ст. 29 Закона о психиатрической помощи, лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, **а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:**

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Таким образом, принудительное помещение несовершеннолетнего лица в психиатрический стационар возможно только при наличии следующих обстоятельств:

- совершения преступления и решения суда о применении принудительных мер медицинского характера;
- медицинских показаний и наличия заклю-

чения комиссии врачей о помещении в стационар при условии, что психическое заболевание является тяжелым и связано с опасностью для окружающих или для самого несовершеннолетнего, с беспомощностью и невозможностью самостоятельно проживать, а также в ситуации, когда возможно ухудшение состояния несовершеннолетнего, если ему не оказать стационарную помощь.

Законодательство Беларуси.

Закон о психиатрической помощи в РБ:

Порядок оказания психиатрической помощи регламентируется Законом Республики Беларусь от **1 июля 1999 г. N 274-З "О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ"** (далее "Закон о психиатрической помощи").

В соответствии со статьей 6 Закона о психиатрической помощи.

Психиатрическая помощь оказывается гражданину при его добровольном обращении или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных этим Законом.

Несовершеннолетнему в возрасте до четырнадцати лет, а также гражданину, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

В соответствии со статьей 13 Закона о психиатрической помощи.

Лечение гражданина, страдающего психическим расстройством (заболеванием), проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до четырнадцати лет, а также гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, **может быть дано их законными представителями после сообщения им информации, предусмотренной частью первой настоящей статьи.**

Лечение гражданина, страдающего психическим расстройством (заболеванием), без его согласия либо без согласия его законного представителя может проводиться только при применении принудительных мер безопасности и лечения по основаниям, предусмотренным Уголов-

ным кодексом Республики Беларусь, а также при госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 30 настоящего Закона. В этих случаях, кроме оказания неотложной психиатрической помощи, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

Принудительное лечение и госпитализация определяются статьями 15 и 30 Закона.

Статья 15. Принудительные меры безопасности и лечения.

Принудительные меры безопасности и лечения применяются по решению суда в отношении граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, предусмотренных Уголовным и Уголовно-процессуальным кодексами Республики Беларусь.

Принудительные меры безопасности и лечения применяются в психиатрических (психоневрологических) учреждениях. Граждане, госпитализированные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер безопасности и лечения, имеют права, предусмотренные статьей 38 настоящего Закона.

Статья 30. Основания для принудительной госпитализации и лечения в психиатрическом стационаре.

Гражданин, страдающий психическим расстройством (заболеванием), может быть госпитализирован в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до решения суда, если его обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство (заболевание) обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих;
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

Решение о принудительной госпитализации и лечении гражданина, страдающего психическим расстройством (заболеванием), до его освидетельствования в соответствии со статьей 33 настоящего Закона принимается комиссией врачей-психиатров и решения суда принимается врачом-психиатром. Принятое решение оформляется записью в медицинской документации.

12. Каких прав лишает человека постановка на учет у психиатра или нарколога? И какие в связи с этим возникают ограничения?

Законодательство России.

Статья 5 Закона о психиатрической помощи устанавливает права лиц, страдающих психическими расстройствами, согласно которой:

1. Лица, страдающие психическими расстрой-

вами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и

республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

2. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:
 - уважительное и гуманное отношение, исключая унижение человеческого достоинства;
 - получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния, информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;
 - психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;
 - содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
 - все виды лечения (в том числе, санаторно-курортное) по медицинским показаниям;
 - оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
 - предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;
 - приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего, для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;
 - помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.
3. Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения на диспансерном наблюдении в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Эти же правила распространяются и на лиц, страдающих наркоманией.

Таким образом, ограничение каких-либо прав несовершеннолетних, страдающих психическими заболеваниями либо наркотической зависимостью, недопустимо. Однако, из этого правила есть исключение - когда такое ограничение прямо предусмотрено Законом.

Это связано, в частности, с осуществлением профессиональной деятельности. Так, согласно

ст. 6 Закона о психиатрической помощи:

1. Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего пересвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний, и может быть обжаловано в суд.
2. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Постановлением Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" (с изменениями от 23 мая, 31 июля 1998 г., 21 июля 2000 г.) установлен перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, а также Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, связанной с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов.

Согласно данным перечням, лицам, страдающим психическим расстройством, а также алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, запрещается работать на предприятиях различных отраслей народного хозяйства. В частности, если такая работа связана с химической, биологической промышленностью, атомной энергетикой, работой на высоте, работой, связанной с источниками повышенной опасности: железнодорожный транспорт, автотранспорт, горные работы, а также иные виды деятельности.

Также Постановлением Правительства РФ от 25 февраля 2000 г. N 163 "Об утверждении перечня тяжелых работ и работ с вредными или опасными условиями труда, при выполнении которых запрещается применение труда лиц моложе восемнадцати лет" запрещен труд несовершеннолетних на предприятиях с вредными и опасными условиями труда.

Кроме того, ведомственными нормативными актами отдельных отраслей промышленности, органов правопорядка и прокуратуры, Законом

"О государственной службе РФ" установлены определенные требования для лиц, принимаемых на работу (поступающих на службу). Эти требования связаны с обязательным прохождением медицинского осмотра и недопущением приема на работу лиц, страдающих психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

Поэтому постановка на учет у врача-психиатра либо нарколога может повлечь ограничения прав при приеме на работу.

Законодательство Беларуси.

Права и ограничения прав граждан устанавливаются статьями 7,8,9 Закона о психиатрической помощи.

Статья 7. Ограничение прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

Ограничение прав и свобод граждан, связанное с наличием психического расстройства (заболевания), допускается только в случаях, предусмотренных законами Республики Беларусь.

Не допускается ограничение прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), только на основании диагноза психического расстройства (заболевания), фактов пребывания под диспансерным наблюдением в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения.

Статья 8. Права граждан при оказании им психиатрической помощи.

Граждане при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

- уважительное и гуманное отношение, исключающее жестокость, бесчеловечность и унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также получение в доступной для них форме и с учетом их психического состояния сведений о характере имеющихся у них психических расстройств (заболеваний), применяемых методах лечения и предполагаемой продолжительности лечения;
- оказание ее в наименее ограничительной для них форме, по возможности по месту жительства;
- содержание в психиатрическом стационаре в течение срока, необходимого для обследования и лечения;
- все виды лечения, необходимого по медицинским показаниям;
- дачу предварительного согласия или отказ на любой стадии оказания психиатрической помощи от использования их в качестве объектов испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- и киносъемки;
- приглашение по их требованию любого

специалиста Республики Беларусь, оказывающего психиатрическую помощь, с согласия этого специалиста для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

- помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Эти же правила распространяются и на лиц, страдающих наркоманией.

Таким образом, ограничение каких-либо прав несовершеннолетних, страдающих психическими заболеваниями либо наркотической зависимостью, недопустимо. Однако из этого правила есть исключение - когда такое ограничение прямо предусмотрено Законом.

Статья 9. Ограничение осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

Гражданин может быть признан временно непригодным вследствие психического расстройства (заболевания) для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и (или) деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании обследования состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждаемым Правительством Республики Беларусь. Решение врачебной комиссии может быть обжаловано в суде.

Кроме того, ведомственными нормативными актами (органы правопорядка, обороны, прокуратуры и др.) установлены определенные требования для лиц, принимаемых на работу (поступающих на службу). Эти требования связаны с обязательным прохождением медицинского осмотра и недопущением приема на работу лиц, страдающих психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

Поэтому постановка на учет у врача-психиатра либо нарколога может повлечь ограничения прав при приеме на работу или учебу.

13. Может ли учитель требовать, чтобы подросток был осмотрен психиатром или наркологом?

Законодательство России.

По общему правилу, согласно **ст. 23 Закона** о психиатрической помощи, психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого.

В отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суде.

Но в особых случаях осмотр (освидетельствование) несовершеннолетнего может быть проведено в ином порядке. Так, **статья 25 Закона** о психиатрической помощи устанавливает порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя.

Это связано с обстоятельствами, установленными **п. 4 ст. 23 Закона** о психиатрической помощи, когда по имеющимся данным обследуемый **совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства.**

При этом заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами (в том числе, и учителем).

В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

Законодательство Беларуси.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование.

Психиатрическое освидетельствование проводится: гражданина после 14 лет - по его просьбе или с его согласия;

несовершеннолетнего в возрасте до четырнадцати лет - по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя;

гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, - по просьбе или с согласия его законного представителя.

В случаях возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законно-

го представителя психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до четырнадцати лет, а также гражданина, признанного в установленном законом порядке недееспособным, проводится по решению органа опеки и попечительства. Решение органа опеки и попечительства может быть обжаловано в суде.

Врач, который проводит психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как врач-психиатр.

Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой также указываются причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 25. Психиатрическое освидетельствование гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя.

Психиатрическое освидетельствование гражданина может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным этот гражданин совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства (заболевания), которое обуславливает:

его непосредственную опасность для себя и (или) окружающих;

его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

Психиатрическое освидетельствование гражданина может быть проведено также без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 28 настоящего Закона.

В случаях, предусмотренных абзацем вторым части первой и частью второй настоящей статьи, решение о психиатрическом освидетельствовании гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

В случаях, предусмотренных абзацами третьим и четвертым части первой настоящей статьи, решение о психиатрическом освидетельствовании гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя принимается главным врачом территориального специализированного лечебно-профилактического учреждения по согласованию с территориальным органом здравоохранения.

Статья 26. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом осви-

детельствовании гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя.

Решение о психиатрическом освидетельствовании гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью второй статьи 25 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром или главным врачом территориального специализированного лечебно-профилактического учреждения по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, указанных в части первой статьи 25 настоящего Закона.

Заявление о психиатрическом освидетельствовании гражданина может быть подано в письменной форме его родственниками, врачом любой медицинской специальности, должностным лицом.

В случае, когда по полученным сведениям гражданин представляет непосредственную опасность для себя и (или) окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

При отсутствии непосредственной опасности гражданина для себя и (или) окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования, и указание на отказ этого гражданина либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Главный врач территориального спе-

циализированного лечебно-профилактического учреждения вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения.

Установив, что в заявлении о психиатрическом освидетельствовании гражданина отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных абзацами третьим и (или) четвертым части первой статьи 25 настоящего Закона, главный врач территориального специализированного лечебно-профилактического учреждения отказывает в психиатрическом освидетельствовании этого гражданина в письменной форме с изложением мотивов отказа.

Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании гражданина, главный врач территориального специализированного лечебно-профилактического учреждения направляет в территориальный орган здравоохранения мотивированное заключение в письменной форме о необходимости психиатрического освидетельствования гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя, заявление о психиатрическом освидетельствовании гражданина и другие необходимые материалы.

Согласование заключения главного врача территориального специализированного лечебно-профилактического учреждения о необходимости психиатрического освидетельствования гражданина без его согласия или без согласия его законного представителя с территориальным органом здравоохранения производится в трехдневный срок со дня получения всех необходимых материалов.

14. В каких случаях при приеме на работу или учебу могут требовать справку от психиатра или нарколога?

Законодательство России.

Статья 8 Закона о психиатрической помощи запрещает требовать сведения о состоянии психического здоровья. В частности, эта статья устанавливает следующее:

при реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Такие случаи устанавливаются, когда имеются ограничения в приеме на работу в определенных отраслях производства, сферах деятельности, связанных с особыми условиями труда, использованием повышенных источников опасности, а также с повышенными требованиями к психологическому состоянию работников (правоохранительные органы, органы суда и прокуратуры, государственные служащие и др.). Ограничения в приеме на учебу по медицинским показаниям имеются и в специальных учебных заведениях Министерства обороны, МВД, ФСБ, и иных заведениях.

Законодательство Беларуси.

Статья 11 Закона о психиатрической помощи запрещает требовать сведения о состоянии психического здоровья.

В частности, эта статья устанавливает следующее:

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства (заболевания), фактах обращения его за психиатрической помощью и лечении в психиатрическом (психоневрологическом) учреждении, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются профессиональной тайной, охраняемой законом.

Представление сведений о состоянии психического здоровья гражданина либо об обследовании его врачом-психиатром допускается только в случаях, установленных законодательными актами Республики Беларусь.

Для осуществления прав и защиты законных интересов гражданина, страдающего психическим расстройством (заболеванием), по его просьбе либо просьбе его представителя могут быть представлены сведения о состоянии психического здоровья этого гражданина и об оказанной

ему психиатрической помощи.

Сообщение сведений, указанных в настоящей статье, допускается также по письменному запросу, в котором содержатся обоснование такой необходимости и объем необходимых при этом сведений, государственным органам, контролирующим оказание психиатрической помощи, а также судебным и правоохранительным органам в случаях, предусмотренных законодательными актами Республики Беларусь. Научным работникам и специалистам, работающим в области преподавания психиатрии, в связи с проведением ими научной работы, осуществлением преподавания, лечения или оказанием иной помощи гражданам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), сведения, указанные в настоящей статье, должны даваться в форме, исключающей представление сведений личного характера.

Сведения о характере психического расстройства (заболевания), рекомендациях по лечению, уходу и наблюдению за гражданином, страдающим психическим расстройством (заболевани-

ем), должны быть сообщены членам его семьи, осуществляющим уход и наблюдение за ним.

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром (наркологом) допускаются лишь в случаях, установленных нормативными правовыми актами Республики Беларусь.

Такие случаи, например, устанавливаются, когда имеются ограничения в приеме на работу в определенных отраслях производства, сферах деятельности, связанных с особыми условиями труда, использованием повышенных источников опасности, а также с повышенными требованиями к психологическому состоянию работников (правоохранительные органы, органы суда и прокуратуры, государственные служащие и др.). Ограничения в приеме на учебу по медицинским показаниям имеются и в специальных учебных учреждениях Министерства обороны, МВД, КГБ и иных учреждениях.

15. Что такое психиатрическая (наркологическая) экспертиза? Кто и в каких случаях может её назначить и провести?

Законодательство России.

Согласно ст. 14 Закона о психиатрической помощи, судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Как судебно-психиатрическая, так и наркологическая экспертизы назначаются и проводятся на основании постановления органа дознания, следствия или суда для установления в отношении лица, привлекаемого к уголовной ответственности, того, страдает ли оно психическим заболеванием либо наркоманией, влияет ли психическое состояние на оценку его действий при совершении преступления, имеются ли основания для применения принудительных мер медицинского характера.

Такие экспертизы производятся специальной экспертной комиссией, состоящей из врачей-психиатров, наркологов.

Кроме того, психиатрическая экспертиза может быть назначена судом при рассмотрении гражданского дела для установления дееспособности лица либо его психического состояния при совершении сделок.

Таким образом, круг лиц, которые могут назначить проведение экспертизы, ограничен, и ее назначение может иметь место лишь при расследовании (рассмотрении в суде) уголовного дела либо рассмотрении гражданского дела в суде.

Законодательство Беларуси.

Статья 16. Судебно-психиатрическая экспертиза.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится по основаниям и в порядке, предусмотренным законодательством Республики Беларусь.

Статья 17. Психиатрическое освидетельствование подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего.

Основания и порядок психиатрического освидетельствования подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего по уголовному делу определяются Уголовно-процессуальным кодексом Республики Беларусь и иным законодательством Республики Беларусь.

Как судебно-психиатрическая, так и наркологическая экспертизы назначаются и проводятся на основании постановления органа дознания, следователя и суда для установления в отношении лица, привлекаемого к уголовной ответственности, того, страдает ли оно психическим заболеванием либо наркоманией, влияет ли психическое состояние на оценку действий при совершении преступления, имеются ли основания для применения принудительных мер медицинского характера.

Такие экспертизы производятся специальной экспертной комиссией, состоящей из врачей-психиатров, наркологов.

Кроме того, психиатрическая экспертиза может быть назначена судом при рассмотрении гражданского дела для установления дееспособности лица, либо его психического состояния при совершении сделок.

Таким образом, круг лиц, которые могут назначить проведение экспертизы, ограничен, и ее назначение может быть лишь при расследовании (рассмотрении в суде) уголовного дела, либо при рассмотрении в суде гражданского дела.

16. При каких условиях и в какой срок человек может быть снят с наркологического учета? Через какое время после этого исчезнут все ограничения, которые были связаны с учетом?

Законодательство России и законодательство Беларуси.

Медицинское наблюдение за больными наркоманией осуществляется в виде амбулаторного, диспансерного наблюдения и стационарного лечения. Снятие с учета, т.е. прекращение лечения (наблюдения), возможно тогда, когда в его результате происходит выздоровление. Таким образом,

17. Если человек когда-либо состоял на наркологическом (психиатрическом) учете, а потом был снят с учета, кто может узнать об этом и при каких условиях?

Законодательство России.

Сведения о заболевании наркоманией и, соответственно, о том, что лицо состояло на учете у врача-нарколога, относятся к врачебной тайне.

Так, согласно ст. 61 Основ законодательства РФ "Об охране здоровья граждан в РФ" от 22.07.1993 г. № 5487-1, информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме следующих случаев:

- с согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе, должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях;
- предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:
 - 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
 - 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовом отравлении и поражении;
 - 3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
 - 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;
 - 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

снятие с учета лица, страдавшего наркотической зависимостью, означает его выздоровление.

Все ограничения, связанные с заболеванием наркоманией, могут иметь место лишь при наличии самого заболевания, поэтому при снятии с учета таких ограничений при реализации своих прав бывшим наркоманом не должно быть.

Таким образом, из перечисленных выше условий передачи сведений о том, что лицо состояло на наркологическом учете, наиболее вероятным является условие, предусмотренное п. 3, т.е. по запросу правоохранительных органов. Но при этом эти сведения будут носить лишь информационный характер, их использование никаких правовых последствий не повлечет.

Законодательство Беларуси.

Сведения о заболевании наркоманией и, соответственно, о том, что лицо состояло на учете у врача-нарколога, относятся к врачебной тайне.

Статья 30. Предоставление информации о состоянии здоровья пациента.

Лечащий врач, заведующий отделением, иные должностные лица организации здравоохранения предоставляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях.

Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья пациента предоставляется их законному представителю, а в отношении пациентов, не способных принять осознанное решение по состоянию здоровья, - супругу, а при его отсутствии - близким родственникам.

В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в медицинской документации.

Информация должна сообщаться в форме, со-

ответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии.

Информация, содержащаяся в медицинской документации, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами.

Статья 60. Обязанность медицинских и фармацевтических работников сохранять врачебную тайну.

Информация о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, результатах диагностических исследований и лечения, иные сведения, в том числе, личного характера, полученные при его обследовании, лечении, а в случае смерти - о результатах патологоанатомического вскрытия, составляют врачебную тайну.

Использование сведений, составляющих врачебную тайну, в учебном процессе, научной литературе допускается только с согласия пациента.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается:

по запросу государственных органов и иных организаций здравоохранения в целях обследования и лечения пациента;

при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

по письменному запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством при обосновании необходимости и объема запрашиваемых сведений;

в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, лицу, не способному по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, для информирования его законных представителей, супруга, близких родственников;

при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, для сообщения в правоохранительные органы.

Обязанность сохранять врачебную тайну наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками распространяется также на лиц, которым в установленном настоящим Законом порядке стали известны сведения, составляющие врачебную тайну.

Организации здравоохранения обеспечивают хранение медицинской документации в соответствии с требованиями сохранения врачебной тайны.

За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

18. Правда ли то, что если девушка не оказывала физического сопротивления сексуальному контакту, то это не считается насилием?

Законодательство России.

Если речь идет об изнасиловании, то Уголовное законодательство не связывает факт совершения насильственных действий при совершении полового акта с сопротивлением, оказываемым потерпевшей. Для квалификации действий лица как изнасилования необходимо установить, что половой акт был совершен помимо воли потерпевшей. При доказательстве насилия важное значение имеет факт выражения девушкой своего нежелания вступить в половое сношение. Это может быть как словесное выражение протеста, так и совершение определенных действий, т.е. девушка может убежать, отстраняться от насильника и т.п.

Вопрос установления границы между добровольным согласием девушки на половое сношение и совершением полового акта помимо ее воли очень сложный. Поэтому насильственный характер действий мужчины определяется конкретно установленными фактическими данными. Такими данными могут быть наличие телесных повреждений (синяков, ссадин, следов связывания и т.п.), повреждения одежды девушки и ряд других обстоятельств, которые, в совокупности, позволяют установить картину преступления.

Насильственным признается половое сношение, совершенное не только с применением силы, но и в случае высказывания угроз о применении наси-

лия к потерпевшей, а также к иным лицам (это могут быть родственники, подруги, знакомые).

Изнасилованием также признается использование беспомощного состояния потерпевшей. Беспомощным считается такое состояние, когда потерпевшая в силу своего физического или психического состояния (малолетний возраст, физические недостатки, психические расстройства, иное болезненное либо бессознательное состояние и т.п.) не могла понимать характера и значения совершаемых с нею действий или не могла оказать сопротивления виновному, и последний, вступая в половое сношение, сознавал, что потерпевшая находится в таком состоянии. В условиях беспомощного состояния из-за психического расстройства, сильного опьянения, малолетства потерпевшая может не оказывать сопротивления, и внешне событие может выглядеть как добровольное половое сношение.

Возможны случаи, когда робкие, неопытные девушки могут не оказать сопротивления решительным действиям насильника, подчиниться его воле, находясь в состоянии психологического ступора. В этих случаях, с учетом заключения психологической экспертизы, состояние потерпевшей может быть признано беспомощным.

В случаях, когда потерпевшая находилась в состоянии опьянения, считается, что беспомощным

состоянием может быть признана лишь такая степень опьянения, которая лишала потерпевшую

возможности оказать сопротивление виновному.

19. Можно ли пройти судебную экспертизу без обращения в милицию? Как это сделать? Кто может провести такую экспертизу? Как подросток (молодой человек) может пройти экспертизу телесных повреждений, если он стал жертвой преступного посягательства?

Законодательство России.

Согласно Правилам судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью, утвержденным Приказом Минздрава РФ от 10.12.1996 г. № 407, судебно-медицинскую экспертизу тяжести вреда здоровью производят только на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или по определению суда.

При наличии письменного поручения органов прокуратуры, МВД и суда может производиться судебно-медицинское освидетельствование.

Т.е. для установления тяжести причиненного вреда здоровью, а также установления факта со-

вершения насильственного полового сношения, необходимо обратиться с соответствующим заявлением в правоохранительные органы, по постановлению которых будет назначена экспертиза.

Однако в случае причинения вреда здоровью при изнасиловании, а также для проведения медицинского осмотра у врача-гинеколога любое лицо вправе обратиться за медицинской помощью как в отделение скорой помощи, так и в поликлинику. В этом случае, если у врача имеются основания полагать, что вред здоровью причинен в результате преступления, он обязан сообщить об этом в правоохранительные органы.

20. Как проводится экспертиза? Что нужно и чего не нужно делать человеку, подвергшемуся насилию, для того чтобы было возможно провести экспертизу?

Законодательство России.

Экспертизу проводят судебно-медицинские эксперты.

При проведении освидетельствования для обнаружения на теле потерпевшей следов преступления, как правило, участвует врач-гинеколог. При проведении экспертизы врач производит осмотр потерпевшей, в необходимых случаях изучает материалы дела, может привлекать других врачей-специалистов. При изнасиловании врач-гинеколог берет мазок из влагалища потерпевшей.

Для того чтобы обеспечить наиболее качественное проведение экспертизы, а также для того, чтобы сохранить наибольшее количество доказательств совершения преступных действий, существует несколько правил (рекомендаций) для потерпевшей (в частности, при изнасиловании), которые следует соблюдать:

- чем быстрее будет произведен осмотр врачом с момента совершения преступления - тем лучше;
- не следует опасаться (стесняться) проведения экспертизы;
- до проведения осмотра не следует мыться, так как на теле (во влагалище потерпевшей)

остаются следы спермы, крови, волос, слюны преступника, которые в дальнейшем сыграют доказательственную роль в подтверждении причастности лица к преступлению;

- ни в коем случае нельзя стирать, а тем более уничтожать одежду, в которой находилась потерпевшая, лучше всего всю одежду (особенно нижнее белье), включая обувь, сложить в отдельные полиэтиленовые пакеты. В этом случае будет исключена утрата важных доказательств (остатков спермы, волос, слюны, крови, ворсинок ткани с одежды преступника);
- нельзя стричь ногти на руках, так как в подногтевом содержимом, которое путем простой манипуляции изымается, могут остаться частицы крови, кожи преступника, если потерпевшая оказывала сопротивление.

Поскольку на момент проведения экспертизы несовершеннолетние в возрасте до 16 лет имеют определенное процессуальное положение - потерпевших -, то проведение экспертизы (освидетельствования), как правило, производится в присутствии (с ведома) родителей либо законных представителей.

21. Начиная с какого возраста несовершеннолетний гражданин может самостоятельно обращаться в милицию? И можно ли при этом избежать участия родителей в процессе следствия?

Законодательство России.

Действующее законодательство не ограничивает возраст человека, по достижении которого он может обратиться в милицию. Сотрудники мили-

ции обязаны принять сообщение о совершенном преступлении как в отношении самого несовершеннолетнего, так и в отношении других лиц, независимо от возраста.

При этом при проведении предварительного расследования следователь обязан уведомлять родителей потерпевшего, не достигшего возраста 16 лет, о проведении следственных действий. В исключительных случаях родители не уведомляются, это зависит от обстоятельств дела, когда участие

родителей может затруднить расследование.

Таким образом, вопрос об уведомлении родителей находится в компетенции следателя и, если у несовершеннолетнего до 16 лет будут веские аргументы, то информирования родителей можно избежать.

22. Какие права имеет подросток в отношениях с родителями (опекунами)?

Законодательство России.

Права несовершеннолетних детей (не достигших восемнадцати лет) в отношениях с родителями установлены главой 11 Семейного кодекса РФ.

При отсутствии родителей, при лишении их родительских прав и в других случаях утраты родительского попечения право ребенка на воспитание в семье обеспечивается органом опеки и попечительства.

Кодексом закреплены следующие права детей:

- право жить и воспитываться в семье;
- право на заботу родителей;
- право на совместное проживание с родителями, за исключением случаев, когда это противоречит интересам ребенка;
- право на воспитание своими родителями, обеспечение интересов ребенка, всестороннее развитие, уважение его человеческого достоинства;
- ребенок имеет право на общение с обоими родителями, дедушкой, бабушкой, братьями, сестрами и другими родственниками. Расторжение брака родителей, признание его недействительным или раздельное проживание родителей не влияют на права ребенка;
- в случае раздельного проживания родителей ребенок имеет право на общение с каждым из них. Ребенок имеет право на общение со своими родителями также в случае

их проживания в разных государствах;

- ребенок, находящийся в экстремальной ситуации (задержание, арест, заключение под стражу, нахождение в лечебном учреждении и другое), имеет право на общение со своими родителями и другими родственниками в порядке, установленном законом;
- ребенок вправе выражать свое мнение при решении в семье любого вопроса, затрагивающего его интересы, а также быть заслушанным в ходе любого судебного или административного разбирательства. Учет мнения ребенка, достигшего возраста десяти лет, обязателен, за исключением случаев, когда это противоречит его интересам; ребенок имеет право на получение содержания от своих родителей и других членов семьи;
- ребенок имеет право собственности на доходы, полученные им, имущество, полученное им в дар или в порядке наследования, а также на любое другое имущество, приобретенное на средства ребенка;
- ребенок не имеет права собственности на имущество родителей, родители не имеют права собственности на имущество ребенка. Дети и родители, проживающие совместно, могут владеть и пользоваться имуществом друг друга по взаимному согласию.

23. Что может сделать подросток, если его права в семье нарушаются?

Законодательство России.

Статьей 56 Семейного кодекса РФ закреплено, что ребенок имеет право на защиту своих прав и законных интересов.

Защита прав и законных интересов ребенка осуществляется родителями (лицами, их заменяющими), органом опеки и попечительства, прокуратурой и судом.

Несовершеннолетний, признанный в соответствии с законом полностью дееспособным до достижения совершеннолетия, имеет право самостоятельно осуществлять свои права и обязанности, в том числе, право на защиту.

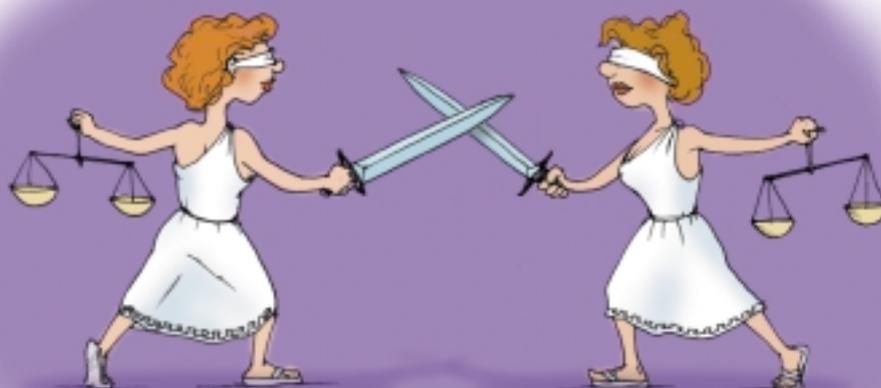
Ребенок имеет право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (лиц, их заменяющих).

При нарушении прав и законных интересов ребенка, в том числе, при невыполнении или при ненадлежащем выполнении родителями (одним из них) обязанностей по воспитанию, образованию ребенка, либо при злоупотреблении роди-

тельскими правами, ребенок вправе самостоятельно обращаться за их защитой в орган опеки и попечительства, а по достижении возраста четырнадцати лет - в суд.

Должностные лица организаций и иные граждане, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, о нарушении его прав и законных интересов, обязаны сообщить об этом в орган опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. При получении таких сведений орган опеки и попечительства обязан принять необходимые меры по защите прав и законных интересов ребенка.

Правовые аспекты медицинской деятельности



В данном разделе нет информации, отражающей специфику работы КДМ: эти права распространяются на всех клиентов, обращающихся за медицинской помощью.

Всем нам приходится сталкиваться с необходимостью обращения за медицинской помощью. И тогда мы оказываемся в ситуации пациента - человека, на которого направлена медицинская помощь. В данной главе пойдет речь о правах и обязанностях пациента любого медицинского учреждения (на основе Законодательства РФ).

Права клиентов медицинского учреждения

В данном разделе нет информации, отражающей специфику работы КДМ: эти права распространяются на всех клиентов, обращающихся за медицинской помощью.

Всем нам приходится сталкиваться с необходимостью обращения за медицинской помощью. И тогда мы оказываемся в ситуации пациента - человека, на которого направлена медицинская помощь. В данной главе пойдет речь о правах и обязанностях пациента любого медицинского учреждения (на основе Законодательства РФ).

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь является одним из конституционных социальных прав человека и заключается в возможности получения бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

При обращении за медицинской помощью и ее получении любой пациент, в соответствии с Российским законодательством, имеет следующие права:

- право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- право на облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- право на получение информации о своих правах и обязанностях;

Право на получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного страхования.

- право на допуск к больному адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- право на допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе, на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
- право на неразглашение врачебной тайны (см. подробно стр. 166).

Ниже мы более подробно описываем следующие права пациента:

- право на медико-социальную помощь;
- право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него;
- право на информацию о состоянии здоровья;

- право на выбор врача;
- право на выбор медицинского учреждения;
- право на отказ от участия в проведении клинического испытания (научного исследования);
- право на проведение консилиума и консультаций других специалистов;
- право на бесплатную диагностику и медикаментозное обеспечение;
- право на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи.

Право на медико-социальную помощь.

Все граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь, одинаковую по объему и качеству. Медико-социальная помощь включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, в том числе, выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

Это право предполагает, что в конечном итоге пациент сам принимает решение, каким методом лечения или обследования воспользоваться. Медицинские работники обязаны получить от пациента разрешение (выраженное в ясной форме) на то или иное медицинское вмешательство. В случае, если из-за тяжести своего состояния больной не может выразить свое согласие/ несогласие, вопрос о проведении необходимого обследования или лечения будет решать консилиум врачей.

Право на информацию о состоянии здоровья.

Информация о состоянии здоровья клиента предоставляется ему лично (в отношении лиц, не достигших 15 лет, - их законным представителям)

или назначенному пациентом лицу.

Медицинский работник обязан перед началом лечения или обследования в доступной для больного форме предоставить ему необходимую информацию о состоянии его здоровья, о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними осложнениях и рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах. Клиент может воспользоваться временем для раздумий или для того, чтобы посоветоваться с другими врачами или близкими людьми.

Информация о состоянии здоровья не может быть дана клиенту против его воли. Он имеет право заявить врачу, что не хочет ничего знать о своем здоровье или хочет получить только часть информации.

Клиент имеет право непосредственно ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Он также имеет право на консультации других врачей.

Право на выбор врача.

Пациент имеет право на выбор лечащего врача, и это право ограничено только согласием последнего.

Если клиент решается на переход от одного врача к другому, он должен объяснить своему врачу, по каким причинам он это делает. Российским законодательством предусматривается, что в случае требования клиента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого специалиста.

Лечащий врач также вправе (по согласованию с соответствующим должностным лицом) отказать клиенту в наблюдении и лечении (если это не угрожает его жизни и здоровью окружающих). Это может произойти в тех случаях, когда клиент не соблюдает предписания врача или нарушает правила внутреннего распорядка учреждения.

Право на выбор медицинского учреждения.

Клиент имеет право на выбор медицинского учреждения, в котором желает лечиться, но эта возможность может быть ограничена тем, что бюджетные организации не принимают клиентов, проживающих на других, не подведомственных территориях. Если клиент застрахован, это право ограничено договором медицинского страхования (т.е. выбранное учреждение должно входить в число медицинских учреждений, с которыми данная страховая компания имеет договор об оказании медицинских услуг).

Право на отказ от участия в проведении клинического испытания (научного исследования).

Разрешенные к применению, но находящиеся

на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения, лекарственные средства могут использоваться в интересах лечения клиента только после его добровольного письменного согласия. При этом ему должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах биомедицинского исследования. Клиент имеет право в любой момент выйти из исследования даже в ходе его проведения. Это не должно влиять на качество медицинского обслуживания и внимание, которое ему оказывается.

Право на проведение консилиума и консультаций других специалистов.

Если больной сомневается в правильности проводимого лечения, он вправе требовать у своего врача приглашения консультантов и организации консилиума. Рекомендации консультантов реализуются только с согласия лечащего врача, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного.

Право на бесплатную диагностику и медикаментозное обеспечение (в отношении людей, инфицированных ВИЧ).

Статьей Федерального закона "О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" предусмотрено "бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной помощи ВИЧ-инфицированным - гражданам РФ, бесплатное получение ими медикаментов при лечении в амбулаторных и стационарных условиях...".

Это право в настоящее время является одним из наиболее часто нарушаемых. В России зарегистрированы и разрешены к применению около пятнадцати антиретровирусных препаратов. Лечение, проводимое комбинацией не менее чем из трех препаратов, позволяет достичь следующих результатов:

- смягчить течение ВИЧ-инфекции;
- значительно сократить число оппортунистических заболеваний и осложнений ВИЧ-инфекции;
- значительно отсрочить развитие СПИД и наступление смерти.

Из всех антиретровирусных препаратов, зарегистрированных и разрешенных к применению в России, только два выпускаются российским производителем. Остальные препараты закупаются за рубежом, и их стоимость очень высока. В большинстве регионов России больным ВИЧ-инфекцией для лечения бесплатно предоставляется (не всем и не всегда) только один препарат российского производства. Однако лечение, проводимое одним препаратом, дает лишь кратковременные результаты. Остальные препараты не

предоставляются потому, что они очень дороги, а бюджетные средства, выделяемые на лечение больных ВИЧ-инфекцией, ограничены. Чем бы власти не объясняли нарушение прав ВИЧ-инфицированного пациента на бесплатное получение лекарств, это в любом случае явное нарушение закона, ведущее к тяжким последствиям. Тем же законом признается, что ВИЧ-инфекция "остаётся неизлечимой и приводит к неотвратимому смертельному исходу". Оставление пациента по воле властей без эффективного лечения - это покушение на его конституционное право на жизнь.

Право на возмещение ущерба.

В случае недобросовестного выполнения медицинскими или фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, в результате чего был нанесен вред здоровью клиента или наступила его смерть, виновные обязаны возместить ущерб в соответствии с гражданским законодательством. Вопросы возмещения ущерба решаются только в судебном порядке. В последние годы в России суды все чаще становятся на сторону потерпевшего.

Ответственность (обязанности клиента):

- полно и ясно информировать медицинского работника о состоянии здоровья, образе жизни, о том, как выполняются его рекомендации, чтобы он мог оказать полноценную квалифицированную помощь;
- выполнять советы медицинского работника и его назначения, особенно если клиент выразил свое согласие на лечение;
- уважать конфиденциальность и профессиональную тайну медицинского работника;
- объясниться при расхождении во мнениях, жалобах или других проблемах.

(Были использованы материалы "ВИЧ-инфекция и СПИД. Информация и практические советы людям с диагнозом ВИЧ и СПИД". Москва, 2001.)

Опыт работы Санкт-Петербургского Городского консультативно-диагностического Центра для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье)

Данный раздел является иллюстрацией к главе №4 - реальные примеры работающих моделей КДМ.

Первый консультативно - диагностический центр репродуктивного здоровья подростков в России был создан в Санкт-Петербурге в 1993 г. на базе подросткового гинекологического кабинета городского центра репродукции, функционировавшего с 1991 года, и получил название "Ювента". Структура Центра включает следующие подразделения и кабинеты:

- администрация;
- административно-хозяйственная часть;
- кабинеты врачей, осуществляющих прием, в том числе: кабинеты акушеров-гинекологов, гинекологов-эндокринологов, дерматовенеролога, терапевта, эндокринолога, андролога-уролога, психотерапевта-сексолога, дерматолога - косметолога;
- вспомогательные лечебно-диагностические подразделения: рентгенологический кабинет, кабинеты ультразвуковой диагностики, тепловидения, функциональной диагностики, рефлексотерапии, физиотерапии, эфферентных методов лечения;
- клиническая лаборатория;
- кабинет социально-правовой помощи подросткам;
- дневной стационар;
- организационно-методический отдел;
- лечебно-оздоровительное отделение;
- хозрасчетное отделение.

Структура Центра, его задачи и функции определены соответствующим Уставом, утвержденным вышестоящими органами управления Администрации Санкт-Петербурга. Основные задачи Центра можно условно разделить на семь групп:

- 1) выявление и лечение нарушений репродуктивной функции и сексуальных расстройств; прерывание беременности на ранних стадиях, в том числе по медицинским и социальным показаниям; профилактика и лечение осложнений беременности и оказание помощи жертвам сексуального насилия;
- 2) профилактика нарушений сексуального поведения и репродуктивной функции, аборт, заболеваний, передающихся половым путем, у подростков;
 - 1) диагностика и комплексное лечение венерических заболеваний, воспалительных, предопухолевых и опухолевых заболеваний половых органов;
 - 2) оказание психотерапевтической помощи подросткам с акцентуациями характера и нарушениями психополовой ориентации и полоролевого поведения, нервно-психическими расстройствами, обусловленными нежелательной беременностью, сексуальным насилием,;
 - 3) оказание косметологической помощи подросткам;
 - 4) проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на улучшение соматического здоровья (исправления осанки и др.);
 - 5) оказание социально-правовой помощи подросткам.

Структура Городского консультативно-диагностического центра для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье).



Решению важнейших задач Центра способствует не только структура, но и штатное расписание данного лечебно-профилактического учреждения. Перечень врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием и оказывающих помощь во вспомогательных лечебно-диагностических подразделениях, позволяет осуществлять полноценное обследование и проводить комплексное лечение не только заболеваний половых органов и сексуальных нарушений, но и целого ряда сопутствующих соматических заболеваний.

Штатное расписание ГКДЦ "Ювента" 1993-2000г.

НАИМЕНОВАНИЕ ДОЛЖНОСТЕЙ		Количество штатных должностей		
		1993	1997	2000
1.	Врачи всего	22	43	55
	в том числе:			
1.1)	руководители	2	2	2
1.2)	терапевты	1	2	2
1.1)	дерматолог - косметолог	1	1	1
1.2)	эндокринологи	1	1	1
1.3)	физиотерапевты	1	1	1
1.4)	врачи ЛФК	1	1	1
1.5)	врачи функциональной диагностики	1	1	2
1.6)	урологи-андрологи	1	1	1
1.7)	анестезиологи-реаниматологи	1	2	2
1.8)	акушеры-гинекологи	2	8	14
1.9)	психотерапевты	4.5	5.5	5.5
1.10)	сексологи	0.5	1	1
1.11)	дерматовенерологи	1	3	3
1.12)	врачи-лаборанты	1	5	6
1.13)	врачи ультразвуковой диагностики	1	2	4
1.14)	рентгенологи	1	1	1
1.15)	методисты	1	2	2
1.16)	офтальмолог		0.5	0.5
1.17)	стоматолог			1
1.18)	хирург		1	1
1.19)	хирург крови		1	1
1.20)	фитотерапевт		0.5	0.5
1.21)	иглорефлексотерапевт		0.5	1
1.22)	невролог			0.5
2.	Специалисты с высшим немедицинским образованием	1	5	6
3.	Средний медицинский персонал	25	50.5	74
4.	Провизоры	1	1	1
5.	Фармацевты	1	3	3
6.	Младший медицинский персонал	9	14	14
7.	Прочие	32	52	60

Причем зачастую (по данным центра "Ювента" 28,2%), коррекция соматической, эндокринной, психоневрологической патологии позволяет получить положительный эффект в лечении нарушений менструальной функции без применения традиционных гинекологических (гормональных) методов терапии.

Соотношение врачей и средних медицинских работников (физических лиц) в 1993 г. составило 1:1,1; в 1997 г. - 1:1,2 и в 2000 г. - 1:1,3. Данный показатель имеет важное значение не только в стационарных, но и в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного типа, так как отсутствие медицинской сестры или акушерки на амбулаторном приеме не только увеличивает степень загруженности врача, но и, несомненно, оказывает негативное влияние на качество оказываемой медицинской помощи, увеличивает длительность ожидания приема. Увеличение количества среднего медицинского персонала позволило организовать самостоятельный прием

медсестрами в кабинетах планирования семьи и доврачебного приема, что одновременно повышает роль среднего медицинского персонала в оказании помощи подросткам, а также качество и эффективность врачебных приемов.

Высокий уровень коэффициента совместительства (1,7) практически среди всех категорий медицинского персонала Центра, с одной стороны, естественно, способствует перегруженности медицинских работников и частично может быть объяснен привлечением большого количества высококвалифицированных консультантов - профессоров, доцентов и ассистентов кафедр и НИИ. С другой же стороны, большинство сотрудников лечебно-профилактических учреждений в последние годы в связи с низким уровнем заработной платы вынуждено не только работать по совместительству по своему основному месту работы, но и искать дополнительных заработков в других медицинских учреждениях и коммерческих (в том числе и немедицинского профиля) организациях.

Несмотря на увеличение числа врачей, ведущих амбулаторный прием, средняя нагрузка врачей на приеме значительно превышает установленный руководством Центра норматив - 15,0 человек в смену, в том числе в 1993 г. на 57,2%; в 1997 г. - на 52.9% и в 2000 г. - на 35.6%.

Следует подчеркнуть, что достаточно устойчивая тенденция превышения плановой нагрузки на амбулаторном приеме обусловлена значительным ростом числа посещений Центра по инициативе пациентов, тем более, что по Положению все пациенты, обратившиеся за помощью, получают возможность попасть на прием к врачу в тот же день. С другой стороны, увеличению нагрузки, конечно, способствовала активизация профилактической деятельности Центра и, прежде всего, проведение профилактических осмотров в школах, а также активное привлечение для более углубленного обследования и лечения подростков, имеющих ту или иную патологию со стороны репродуктивной функции.

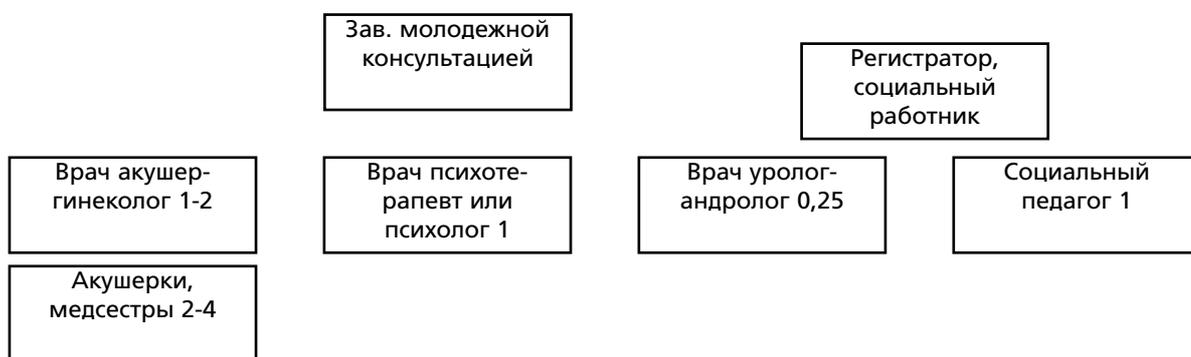
Целесообразность организации дневного стационара в структуре ГКДЦ "Ювента" обусловлена рядом причин:

1. Сложность организации интенсивного комплексного обследования и лечения, а также дооперационной подготовки в амбулаторных условиях.
2. Экономическая несостоятельность подростков для проведения курсов лечения в амбулаторных условиях.
3. Необходимость проведения малых хирургических вмешательств с организацией наблюдения за послеоперационными больными и сложностью госпитализации этого контингента больных (15-18 лет удельный вес 89,1% в детские отделения госпитализация невозможна, во взрослые - нежелательна).
4. Диспансерное наблюдение, контроль за проведением медикаментозного лечения и выполнением врачебных рекомендаций по сравнению с амбулаторным лечением (пациенты с ИПП - 15%).

Структура районной молодежной консультации

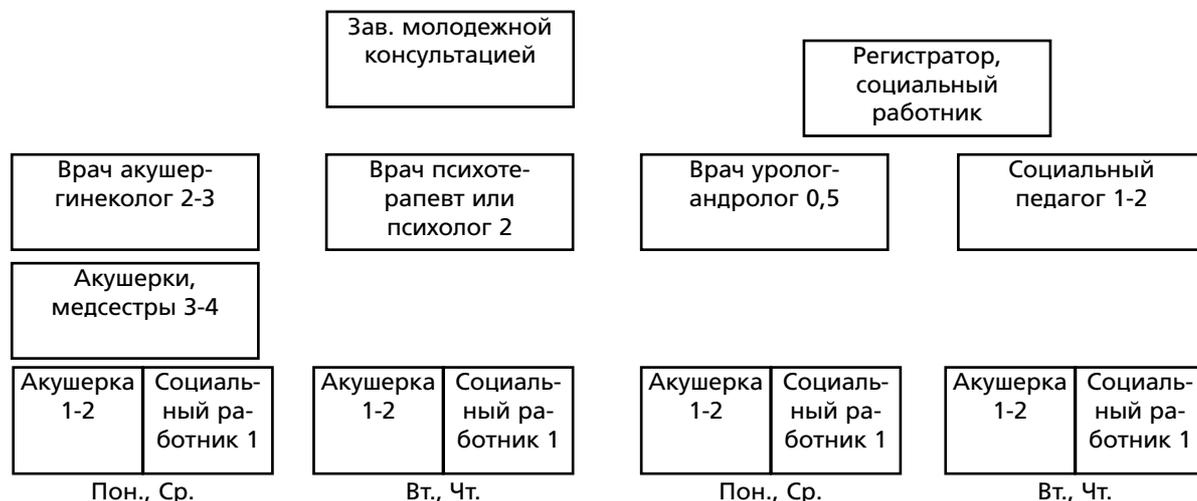
Вариант 1

(компактный район с численностью проживающего населения 100-200 тыс. чел.)



Вариант 2

(район большой протяженности территории и численностью проживающего населения более 200 тыс. чел.)



Для оптимизации профилактических осмотров, динамического наблюдения за состоянием здоровья девушек-подростков, планирования и оценки эффективности проводимых мероприятий может быть предложена апробированная методика количественной оценки репродуктивного потенциала девочек-подростков на основании одного из наиболее эффективных методов ранней профилактики в системе массового медицинского обслуживания населения - метода угрозометрии. В основе метода лежит количественная

оценка риска неблагоприятного исхода для пациента и автоматическое определение адекватного уровня помощи по алгоритму, снижающему степень угрозы вплоть до ее ликвидации. Предлагаемая методика использует выделенную и упорядоченную совокупность анамнестических признаков и параметров общего и гинекологического осмотров, взятую в баллах путем суммирования соответствующих (признакам) весовых коэффициентов.

Формализованная диспансерная карта оценки репродуктивного потенциала девушек-подростков

№ карты _____
 Ф.И.О. _____
 Домашний адрес _____
 Место работ (учебы) _____
 Должность _____, тел _____

Год рождения _____
 Шифр МКБ _____

Моменты наблюдения (год) Возраст (полных лет)	200__г	200__г	200__г	200__г
I. Данные анамнеза				
1. Вредные привычки:				
1) нет	*	*	*	*
2) есть (курение, алкоголизм, нарк.)	*	*	*	*
2. Раннее начало половой жизни:				
1) нет	*	*	*	*
2) есть	*	*	*	*
3. Частая смена половых партнеров:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+1	+1	+1	+1
4. Аборт, др. гинеколог. заболевания:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+1	+1	+1	+1
5. Хр.соматические заболевания:				
1) нет	-1	-1	-1	-1
2) есть (ССС, ЖКТ, ЛОР _____)	+2	+2	+2	+2
6. Врожденные пороки развития:				
1) нет	-1	-1	-1	-1
2) есть	+4	+4	+4	+4
7. Эндокринные заболевания:				
1) нет	-1	-1	-1	-1
2) есть	+3	+3	+3	+3
8. Психические заболевания:				
1) нет	-1	-1	-1	-1
2) есть	+5	+5	+5	+5
9. Венерические заболевания:				
1) нет	*	*	*	*
2) есть	*	*	*	*
10. Отклонение в сроке менархе:				
1) нет	0	0	0	0
2) раннее менархе	+1	+1	+1	+1
3) позднее менархе	+2	+2	+2	+2
11. Длительное становление менструального цикла:				
1) нет	*	*	*	*
2) есть	*	*	*	*
12. Нарушение менструального цикла:				
1) нет	*	*	*	*
2) есть	*	*	*	*
13. Социальные условия:				
1) живет в семье	-1	-1	-1	-1
2) живет в общежитии	+1	+1	+1	+1
3) живет самостоятельно	0	0	0	0
Сумма баллов раздела I				

Моменты наблюдения (год) Возраст (полных лет)	200__г	200__г	200__г	200__г
II. Объективные данные				
14. Воспаление гениталий:				
1) нет	-3	-3	-3	-3
2) хронич. без обострения (осложн.)	-2	-2	-2	-2
3) острое	-1	-1	-1	-1
4) хронич. с обостр (осложн)	+3	+3	+3	+3
15. Нарушение полового развития:				
1) нет	-1	-1	-1	-1
2) отставание	0	0	0	0
3) опережение	+1	+1	+1	+1
4) беременность при физич. незрелости	+5	+5	+5	+5
16. Нарушение менструального цикла:				
1) нет	-3	-3	-3	-3
2) нормализация цикла проф.леч.	-2	-2	-2	-2
3) нормализация цикла горм.леч.	-1	-1	-1	-1
4) другие нарушения кр.аменореи	+1	+1	+1	+1
5) аменорея	+5	+5	+5	+5
17. Врожденные аномалии гениталий:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+3	+3	+3	+3
18. Опухоли гениталий:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+2	+2	+2	+2
19. Соматические заболевания, ограничивающие репродуктивную функцию:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+2	+2	+2	+2
20. Психические заболевания:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+5	+5	+5	+5
21. Наследственные заболевания:				
1) нет	0	0	0	0
2) есть	+4	+4	+4	+4
Сумма баллов раздела II				
Общая сумма баллов (разделы I-II)				
ПЛАН диспансеризации Коды уровней помощи*)				
Назначения				

Рекомендуемые пороговые значения сумм баллов для принятия тактических решений в плане диспансеризации

-10 и менее	Половое воспитание, санитарное обучение
от -9 до -7	Профилактическое лечение
от -6 до -4	Амбулаторное лечение (конс. или опер.)
от -3 до -1	Специализированная помощь
0 и более	Обусловленное деторождение

*) кодировка уровней помощи: 1 - половое воспитание, санитарное обучение; 2 - профилактическое лечение; 3а - амбулаторное, консервативное лечение; 3б - амбулаторное, оперативное лечение; 4 - специализированная помощь; 5 - обусловленное деторождение.

Данные раздела I собираются и заполняются акушеркой, раздела II - врачом.

Репродуктивный потенциал оценивается как величина обратная уровню помощи.

Обследование 1357 девушек-учащихся школ и лицеев в 1997 году позволило установить максимальный репродуктивный потенциал равный пя-

ти всего у 13,5%. Полученные результаты использовались при планировании работы по половому воспитанию и организации лечебно-профилактических мероприятий. В результате в 1999 году доля девушек-подростков, имеющих максимальный репродуктивный потенциал пять, составила уже 41%. Таким образом, предложенная методика количественной оценки репродуктивного потенциала позволяет повысить эффективность профосмотров, своевременно разработать меры медико-социального характера, позволяющие качественно улучшить репродуктивное здоровье подрастающего поколения.

УСТАВ

государственного учреждения здравоохранения

Городской консультативно-диагностический центр для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье)

Санкт-Петербург 2000г.

1. Общие положения.

1.1. Государственное учреждение здравоохранения Городской консультативно-диагностический центр для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье), сокращенное наименование: ГКДЦД "Ювента".

"Учреждение" создано в процессе реорганизации в форме переименования на основании распоряжения губернатора от "___" _____ 2000г.

Учреждение является правопреемником Городского консультативно-диагностического центра репродуктивного здоровья подростков "Ювента", созданного 17 февраля 1993 года Комитетом по здравоохранению Мэрии Санкт-Петербурга, зарегистрировано Решением Регистрационной Палаты Мэрии Санкт-Петербурга №3792 от 10 июня 1993 года, в полном объеме.

1.2. Собственником имущества учреждения является город Санкт-Петербург в лице уполномоченных государственных органов (далее - Собственник).

1.2. Учреждение находится в ведении Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга, осуществляющего организационно - методическое руководство и контроль за деятельностью Учреждения (далее - Орган Администрации).

1.3. Учреждение является юридическим лицом, имеет круглую печать, счета в уполномоченных банках Санкт-Петербурга.

1.4. Учреждение является некоммерческой организацией.

1.5. Учреждение отвечает по своим обязательствам находящимися в его распоряжении денежными средствами. При их недостаточности субсидиарную ответственность по обязательствам Учреждения несет Собственник имущества.

1.6. Местонахождение Учреждения: 198020, Санкт-Петербург, пр. Старопетергофский, дом 12.

2. Предмет и цели деятельности.

2.1. Целью деятельности Учреждения является: оказание диагностической, консультативной, лечебной, профилактической помощи детям и подросткам Санкт-Петербурга в целях сохранения репродуктивного потенциала молодежи города.

2.2. Для достижения уставных целей Учреждение осуществляет следующие виды деятельности:

2.2.1. Амбулаторная помощь:

2.2.1.1. Гинекологическая.

- 2.2.1.2. Хирургическая.
- 2.2.1.3. Терапевтическая.
- 2.2.1.4. Анестезиологическая.
- 2.2.1.5. Психотерапевтическая.
- 2.2.1.6. Рефлексотерапевтическая.
- 2.2.1.7. Физиотерапевтическая.
- 2.2.1.8. Эндокринологическая.
- 2.2.1.9. Дерматовенерологическая.
- 2.2.1.10. Андролого-урологическая.
- 2.2.1.11. Эндоскопическая.
- 2.2.1.12. Эфферентная.
- 2.2.1.13. Реабилитационная.
- 2.2.1.14. Врачебно-контрольная комиссия.
- 2.2.1.15. Лечебная физкультура.
- 2.2.1.16. Сексологическая.
- 2.2.1.17. Офтальмологическая.
- 2.2.1.18. Невропатологическая.
- 2.2.1.19. ЛОР.
- 2.2.1.20. Косметологическая.
- 2.2.1.21. Массаж.
- 2.2.1.22. Водолечебница.
- 2.2.2. Диагностические исследования:
 - 2.2.2.1. Служба лучевой диагностики.
 - 2.2.2.2. Функциональная диагностика.
 - 2.2.2.3. Клинико-диагностическая лаборатория.
- 2.2.3. Аптека Учреждения.
- 2.2.4. Стационар кратковременного пребывания:
 - 2.2.4.1. Гинекология.
 - 2.2.4.2. Андрология-урология.
 - 2.2.4.3. Дерматовенерология.
- 2.2.5. Санитарно-просветительская деятельность:
 - 2.2.5.1. Беседы для подростков по вопросам охраны репродуктивного здоровья и здорового образа жизни.
 - 2.2.5.2. Обучение медицинских работников современным методам санпросветработы с подростками.
- 2.2.6. Осуществление контроля и оказания организационно-методической помощи амбулаторным учреждениям районного подчинения.
- 2.3. Учреждение, при условии соблюдения действующего законодательства и п.п. 3.9 и 7.2 настоящего Устава, по согласованию с Органом Администрации вправе осуществлять следующие виды предпринимательской деятельности:
 - 2.3.1. Амбулаторная помощь.
 - 2.3.1.1. Гинекологическая.
 - 2.3.1.2. Хирургическая.

- 2.3.1.3. Терапевтическая.
- 2.3.1.4. Анестезиологическая.
- 2.3.1.5. Психотерапевтическая.
- 2.3.1.6. Рефлексотерапевтическая.
- 2.3.1.7. Физиотерапевтическая.
- 2.3.1.8. Эндокринологическая.
- 2.3.1.9. Дерматовенерологическая.
- 2.3.1.10. Андролого-урологическая.
- 2.3.1.11. Эндоскопическая.
- 2.3.1.12. Эфферентная.
- 2.3.1.13. Врачебно-контрольная комиссия.
- 2.3.1.14. Профилактические осмотры.
- 2.3.1.15. Лечебная физкультура.
- 2.3.1.16. Сексологическая.
- 2.3.1.17. Офтальмологическая.
- 2.3.1.18. Невропатологическая.
- 2.3.1.19. ЛОР.
- 2.3.1.20. Косметологическая.
- 2.3.1.21. Массаж.
- 2.3.1.22. Водолечебница.
- 2.3.2. Диагностические исследования:
 - 2.3.2.1. Служба лучевой диагностики.
 - 2.3.2.2. Функциональная диагностика.
 - 2.3.2.3. Клинико-диагностическая лаборатория.
- 2.3.3. Аптека Учреждения:
 - 2.3.3.1. Изготовление и розничная реализация рецептурных форм для амбулаторных больных.
 - 2.3.3.2. Мелкооптовая закупка и розничная реализация для амбулаторных больных.
 - 2.3.3.3. Изготовление и мелкооптовая реализация препаратов для Учреждений здравоохранения.
- 2.3.4. Стационар кратковременного пребывания:
 - 2.3.4.1. Гинекология.
 - 2.3.4.2. Андрология-урология.
 - 2.3.4.3. Дерматовенерология.
- 2.3.5. Санитарно-просветительная деятельность:
 - 2.3.5.1. Обучение населения методам санпросветработы по охране репродуктивного здоровья и здорового образа жизни с подростками.

Для жителей Санкт-Петербурга старше восемнадцати лет и иногородних граждан.

- 2.4. Объем работ (услуг), который должно обеспечить Учреждение, по видам деятельности, полностью или частично финансируемой из бюджета Санкт-Петербурга, указывается в заданиях органа Администрации.
- 2.5. Право Учреждения осуществлять деятельность, на занятие которой необходимо получение лицензии, прохождения аккредитации и/или аттестации, возникает с момента получения соответствующего документа.

3. Имущество, финансирование, учет.

финансирование, учет

3.1. Имущество учреждения составляют:

3.1.1. В зависимости от источника поступления:

- имущество, передаваемое Учреждению Собственником в оперативное управление;
- средства, получаемые из государственного бюджета,
- средства, получаемые от юридических и (или) физических лиц, за оказание услуг, выполнение работ, использование имущества, в соответствии с п.2.3 Устава;
- добровольные имущественные взносы и пожертвования;
- дивиденды (доходы, проценты), получаемые по акциям, облигациям, другим ценным бумагам и вкладам;
- другие, не запрещенные законом поступления.

3.1.2. В зависимости от правового режима:

- имущество, закрепленное на праве оперативного управления;
- имущество, поступившее в соответствии с п.2 ст.298 ГК РФ в самостоятельное распоряжение Учреждения.

3.2. В оперативное управление Учреждению поступают:

- 3.2.1. денежные средства, выделенные Собственником по смете,
- 3.2.2. имущество, закрепленное Собственником;
- 3.2.3. имущество, приобретенное за счет средств, находящихся в оперативном управлении;
- 3.2.4. часть дохода от приносящей доходы деятельности в размере, необходимом для возмещения затрат Учреждения, возникших в результате использования имущества, в том числе денежных средств, находящихся в оперативном управлении;
- 3.2.5. добровольные имущественные взносы и пожертвования.

3.3. Учреждение не вправе отчуждать или иным способом распоряжаться (в т.ч. сдавать в аренду, передавать в безвозмездное пользование, передавать для ведения совместной деятельности, вносить в уставные капиталы других юридических лиц и т.д.) имущество, находящееся у него на праве оперативного управления, без письменного согласия Собственника.

3.4. Руководитель Учреждения, нарушивший порядок, условия использования и распоряжения имуществом Учреждения, несет ответственность в соответствии с законодательством и контрактом.

3.5. Изъятие и (или) отчуждение имущества, закрепленного за Учреждением на праве оперативного управления, осуществляется по решению Собственника, принятому в установленном порядке, в

- случаях, когда это имущество излишнее, не используется или используется не по назначению.
- 3.6. Средства, находящиеся у Учреждения в оперативном управлении, должны быть использованы по целевому назначению в соответствии с утвержденной сметой или в ином порядке, установленном Комитетом финансов.
- 3.7. Если в соответствии с п. 2.3. настоящего Устава Учреждению предоставлено право осуществлять приносящую доходы деятельность, то доходы и имущество, перечисленные в п.3.8 Устава, поступают Учреждению в самостоятельное распоряжение.
- Такие доходы и имущество должны учитываться на отдельном балансе.
- 3.8. В самостоятельное распоряжение Учреждения поступают:
- 3.8.1. доходы от самостоятельной деятельности за вычетом указанных в п.3.2.4 средств;
- 3.8.2. имущество, приобретенное за счет доходов, указанных в п.3.8.1.
- 3.9. Собственник имеет право на получение части дохода от использования имущества, находящегося в оперативном управлении и полученного Учреждением от деятельности, приносящей доход, в случаях, размере и порядке, установленных распоряжением губернатора Санкт-Петербурга.
- 3.10. Собственник осуществляет финансирование Учреждения по нормативам и в соответствии со сметой, утверждаемой Комитетом финансов.
- 3.11. Учреждение ведет об установленном законодательством порядке бухгалтерский и статистический учет и отчетность.

В целях реализации уставной деятельности

4. Права и обязанности Учреждения.

- 4.1. Учреждение имеет право:
- 4.1.1. планировать и осуществлять свою деятельность, исходя из уставных целей, заданий Собственника, в пределах видов деятельности, предусмотренных настоящим Уставом;
- 4.1.2. совершать различные виды сделок, не противоречащих настоящему Уставу, не запрещенных действующим законодательством и направленных на достижение целей, поставленных Собственником;
- 4.1.3. владеть, пользоваться имуществом и средствами, находящимися у Учреждения в оперативном управлении, в соответствии с действующим законодательством, настоящим Уставом и задания-

- ми Собственника;
- 4.1.4. самостоятельно распоряжаться имуществом и доходами, полученными от деятельности, предусмотренной п.2.3 настоящего Устава, в соответствии с действующим законодательством и требованиями настоящего Устава;
- 4.1.5. определять структуру, штаты, нормы, системы, размеры и условия оплаты труда работников Учреждения в соответствии с действующим Уставом и заданиями органа администрации;
- 4.1.6. по согласованию с органом Администрации создавать обособленные подразделения, необходимые для достижения уставных целей;
- 4.1.7. получать при согласии Собственника кредиты в банках и иных финансово-кредитных учреждениях. Для дачи согласия Собственнику должны быть предоставлены а письменном виде данные о размерах кредита, условиях его предоставления и обеспечения, сроках погашения, ответственности и т.д.
- 4.2. Учреждение обязано:
- 4.2.1. осуществлять деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Санкт-Петербурга и настоящим Уставом;
- 4.2.2. обеспечить выполнение в полном объеме надлежаче выданных заданий Собственника;
- 4.2.3. участвовать в выполнении общегородских программ, соответствующих профилю Учреждения, в объеме предоставляемого для этого финансирования;
- 4.2.4. обеспечивать безопасные условия труда, осуществление мер социальной защиты работников и нести ответственность в установленном законодательством порядке за ущерб, причиненный работникам;
- 4.2.5. осуществлять страхование государственного имущества, а также личное страхование работников в порядке и в случаях, предусмотренных законодательством к предписаниями Собственника.

5. Управление Учреждением.

- 5.1. Управление Учреждением осуществляется в соответствии с законодательством РФ и Санкт-Петербурга, настоящим Уставом и предписаниями Собственника.
- 5.2. Учреждение возглавляет Главный врач (далее - Руководитель), назначаемый на должность и освобождаемый от должности органом Администрации, в ведении которого находится Учреждение.
- Компетенция и условия деятельности Руководителя, а также его ответственность оп-

- ределяется в контракте, заключаемом между Комитетом по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга и Руководителем.
- 5.3. Руководитель осуществляет оперативное руководство деятельностью Учреждения и наделяется полномочиями в соответствии с законодательством, Уставом и Контрактом.
- Руководитель несет персональную ответственность за деятельность Учреждения и действует на основе единоначалия.
- 5.4. Руководитель без доверенности осуществляет действия от имени Учреждения в порядке, предусмотренном законодательством, Уставом и Контрактом, в том числе: заключает гражданско-правовые и трудовые договоры, выдает доверенности, открывает в банках счета, пользуется правом распоряжения средствами, утверждает штатное расписание, издает приказы и дает указания, обязательные для лечебных работников Учреждения, утверждает должностные инструкции и Положения о подразделениях.
- 5.5. Руководитель обязан обеспечивать надлежащее оформление сделок, а также ведение всей необходимой в деятельности Учреждения документации.
- 5.6. Руководитель обязан от имени администрации Учреждения заключить коллективный договор с трудовым коллективом, если последним будет принято такое решение. Вопросы, поставленные для включения в коллективный договор и затрагивающие интересы Собственника (в т.ч. финансирование Учреждения) вступают в силу только после согласования с Собственником.
- 5.7. Заместители Руководителя и главный бухгалтер назначаются на должность Руководителем Учреждения по согласованию с органом Администрации, в ведении которого находится Учреждение.
- 5.8. Руководитель имеет право передать часть своих полномочий заместителям, а также руководителям обособленных подразделений, в т.ч. на период своего временного отсутствия.

6. Контроль за деятельностью Учреждения.

- 6.1. Учреждение обязано представлять уполномоченным государственным органам запрашиваемую ими информацию и документы.
- 6.2. Ревизии и проверки деятельности Учреждения производятся на основании решения Учредителя либо органа, в ведении которого находится Учреждение.

7. Реорганизация и ликвидация Учреждения.

- 7.1. Реорганизация и ликвидация учреждения проводятся по решению Собственника или суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
- 7.2. Оставшиеся после удовлетворения требований кредиторов денежные средства и имущество учреждения, в том числе поступившие ему в самостоятельное распоряжение, за вычетом средств по погашению обязательств передаются Собственнику.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РАБОТАЮЩИХ КЛИНИК, ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ



КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ РАБОТАЮЩИХ КЛИНИК, ДРУЖЕСТВЕННЫХ К МОЛОДЕЖИ

I. Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями "Клиника, дружелюбная к молодежи" (г. Барнаул)

Адрес, телефон, электронная почта	656010, г. Барнаул, ул. 5-я Западная, 62 тел/факс (3852) 33-45-31, тел. 33-45-70, E-mail: altaids@ab.ru
Год создания	1999 г.
ФИО руководителя	Главный врач - Султанов Ленар Васильевич.
Подчинение	Структурное подразделение Государственного учреждения здравоохранения
Источники финансирования	<ul style="list-style-type: none"> ■ Совместный проект с Детским Фондом ООН "ЮНИСЕФ", ■ бюджетные средства, выделяемые Учреждению, ■ внебюджетные средства, ■ средства, выделяемые в рамках ЦКП.
Направления деятельности	<ul style="list-style-type: none"> ■ обеспечение доступа подростков Барнаула к бесплатной, анонимной и качественной медицинской (включая лабораторную диагностику ИППП), психологической и информационной помощи; ■ работа добровольцев (работа в качестве лекторов в школах, летних лагерях, среди своих сверстников по вопросам профилактики, реклама Клиники, внесение предложений по повышению эффективности работы Клиники); ■ обучение медицинских работников и специалистов учреждений и ведомств, работающих с молодежью; ■ работа со СМИ; ■ внедрение опыта работы в ЛПУ края; ■ анкетирование пациентов по определению социально-психологического климата в семье, его влияния на становление личности.
Целевые группы	Молодежь в возрасте до 18 лет (в первую очередь, из неблагополучных слоев населения: дети улиц, сироты и другие).
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Родители, специалисты заинтересованных учреждений и ведомств, журналисты.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Дерматовенеролог, гинеколог, терапевт, психотерапевт, психолог-нарколог, социолог.
Наличие стационара	Девушки с гинекологическими заболеваниями и беременные направляются в клинично-диагностическое отделение краевого перинатального центра; с заболеваниями кожи - в Барнаульский городской кожвендиспансер; с ИППП - в краевой кожвендиспансер; с наркотической зависимостью - в краевой наркологический диспансер; с хроническими вирусными гепатитами В и С - в КИЗы по месту жительства.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Для оказания лечебно-диагностической помощи подросткам и молодежи выделены и оборудованы 4 кабинета, которые расположены в отдельном крыле лечебного отдела. Пациент приходит к психотерапевту, который определяет причины, приведшие молодого человека в клинику, необходимый объем помощи и направляет его к другим специалистам. Клиника имеет отдельный вход.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	г. Барнаул и близлежащие территории: (92,8%) - городские, (7,2%) - сельские. Проводится обучение специалистов на рабочем месте из 11 территорий края.
Наличие телефонного консультирования	33-47-19 - психотерапевт проводит консультирование по телефону с 8.00-14.00.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	В рамках проекта разработан дизайн и растиражированы буклеты "Здоровье подростка", "Знай. Учись. Живи", "Твое здоровье, подросток" - (15.000 экз.).
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	<ol style="list-style-type: none"> 1. Основные направления мер противодействия широкому распространению ВИЧ/СПИДа на территории Алтайского края: Материалы VI съезда врачей инфекционистов, микробиологов, эпидемиологов и паразитологов Алтайского края. - Барнаул, 2001. 2. Основные направления профилактики ВИЧ-инфекции в Алтайском крае: Материалы I-ой Российской научно-практической конференции по вопросам ВИЧ-инфекции/СПИД и парентеральных гепатитов. - Суздаль, 2001.

Трудности в работе Клиники	Оказание помощи молодым людям, которым не исполнилось 15 лет (прием подростка до 15 лет без родителей не допускается Законодательством РФ). В каждом отдельном случае подход индивидуальный. Даже в тех случаях, когда присутствие родителей было необходимо, конфликтных ситуаций удалось избежать. Лечение сифилиса, гонореи. Наш Центр не имеет лицензии на данный вид деятельности. Была достигнута договоренность со специалистами кожно-венерологического диспансера об оказании помощи пациентам Клиники с соблюдением конфиденциальности и доброжелательности. Официально это было подтверждено приказом комитета администрации края по здравоохранению.
Уникальность Клиники	Наш проект с самого начала был запланирован как пилотный. Работа Клиники показала, что нужно изменить, чтобы у молодых людей появилось доверие к медицинским работникам, прием каких специалистов, спектр каких видов медицинской услуг необходим молодым людям. Отработаны принципы работы, формы и направления. Благодаря нашему опыту, Клиника для молодежи открыта в г.Бийске и пользуется огромной популярностью; обучены специалисты учреждений и ведомств, работающих с молодежью, специалисты, работающие в Клинике и детских поликлиниках г.Бийска, медицинские работники 10 территорий края; проводятся стажировки на базе Клиники г.Барнаула.

II. Муниципальное лечебно профилактическое медицинское учреждение "Межвузовская больница", в структуру которого входит Молодежный медицинский Центр (г. Томск)

Адрес, телефон, электронная почта	г. Томск, ул. Киевская 74, тел.8 (3822) 585-070, 584-022, факс 555-932, mmvb@mail.tomsknet.ru
Год создания	МЛПМУ "Межвузовская больница" основано в 1970 году Администрацией г. Томска. В 2000 г. на базе МЛПМУ "Межвузовская больница" в качестве подразделения создан Молодежный медицинский Центр при финансировании ЮНИСЕФ, ЮНФПА, управления здравоохранения Администрации г. Томска, спонсорской поддержке различных организаций.
ФИО руководителя	Грахов Виталий Николаевич - главный врач МЛПМУ "Межвузовская больница". Суродеева Марина Александровна - руководитель Молодежного медицинского Центра.
Подчинение	Муниципальное лечебно профилактическое медицинское учреждение "Межвузовская больница" подчиняется Управлению здравоохранения Администрации г.Томска.
Источники финансирования	МЛПМУ "Межвузовская больница" финансируется из страховых компаний; Молодежный медицинский центр - из муниципального бюджета, за счет грантов, спонсорской помощи, платных услуг лицам старше 18 лет.
Направления деятельности	МЛПМУ "Межвузовская больница" оказывает различные медицинские услуги общетерапевтического профиля, ведутся приемы узких специалистов, работают дневной и круглосуточный стационары. Молодежный медицинский центр: <ul style="list-style-type: none"> ■ оказывает медицинскую помощь подросткам и молодежи в области профилактики ИППП, ВИЧ/СПИДа, заболеваний репродуктивной сферы, ■ оказывает психологическую помощь подросткам и молодежи, ■ оказывает информационную и практическую поддержку специалистов, работающих с подростками и молодежью, в том числе, с группой риска, ■ обучает волонтеров программы "равный помогает равному". Добровольцы центра используют полученные знания и навыки и самостоятельно работают с подростками и молодежью, проводя профилактическую работу в школах, на городских мероприятиях, в летних лагерях. Число подростков и молодежи, охваченных акциями волонтеров, составляет около 3000 человек. На сегодняшний день Молодежный медицинский центр оказывает подросткам все медицинские услуги бесплатно. Центр тесно сотрудничает с партнерскими организациями: Департаментами образования и социальной защиты, медико-социальным центром "Семья", организацией помощи детям, подвергшимся насилию "Тереза", Областным Центром "Анти - СПИД"; заключены договоры со всеми школами и профучилищами на проведение совместных профилактических мероприятий.
Целевые группы	Подростки до 18 лет
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Работа с врачами, педагогами, социальными работниками, сотрудниками приютов, детских домов, приемников-распределителей, родителями, а также представителями СМИ. Предоставляется информация (пособия, брошюры, буклеты, плакаты), проводятся тренинги, семинары, индивидуальные и групповые консультации.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Количество специалистов - 16 человек. Специальности: врачи - гинекологи, врач - андролог, психолог, врач-консультант кабинета анонимного обследования на ВИЧ, врач дерматовенеролог, психологи-консультанты информационной телефонной линии, врач-методист, врач УЗ диагностики, врач-лаборант, средние мед. работники.
Наличие стационара	Нет
Наличие отдельного	Молодежный Медицинский центр располагается на базе МЛПМУ "Межвузов-

помещения (или название учреждения, на базе которого располагается клиника)	ская больница".
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники (район, округ, город, область)	Деятельность Клиники распространяется на г. Томск.
Наличие телефонного консультирования	В клинику действует информационная телефонная линия по вопросам контрацепции, ИППП, ВИЧ/СПИДа, здорового образа жизни. Тел. 584-022.
Занимается ли клиника издательской деятельностью	Клиника разрабатывает и выпускает информационные формы (буклеты, плакаты, стикеры и др.) по темам: здоровый образ жизни, профилактика насилия или рискованного поведения, ИППП, ВИЧ/СПИДа, контрацепция.
Перечислите (если есть) не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	<p>Научные публикации в сборниках, опубликованных по результатам региональных научно-практических конференций:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Никитин А.В. Репродуктивное здоровье мальчиков-подростков. 2. Агранович Т.Ф. Инфекции, передающиеся половым путем в гинекологии подросткового возраста. 3. Никитина Г.А. Необходимость профилактической работы с девушками - подростками в условиях современной медицины. 4. Максимович Н.В. Роль консультирования в Молодежном Медицинском центре в формировании контрацептивного выбора подростков. 5. Новикова Т.Н. Психологическое здоровье подростков.
Трудности в работе Клиники	Взаимодействие со средствами массовой информации было недостаточно эффективным. Хотя наш проект и не был непосредственно направлен на работу со СМИ, все же мы ожидали более долгосрочного интереса к проблемам подростков. СМИ не освещали проблемную тематику, практически всегда преследуя коммерческие интересы.
Уникальность	<p>В Клинике работают специалисты, уже в течение нескольких лет неформально интересующиеся вопросами оказания помощи подросткам. Все сотрудники молодцы, но прошли очень серьезное обучение - как в профессиональном плане, так и в области общения с подростками и пациентами группы риска. Также в нашем Центре раз в 3 месяца проводятся коммуникативные тренинги для самих сотрудников, с помощью которых постоянно поддерживается дух доброжелательного отношения к пациентам. Мы гордимся обстановкой в нашем центре, создать которую (включая цветовую гамму, темы информации на стендах, размещение мебели) помогли сами подростки.</p> <p>Все сотрудники ММЦ, включая средний и младший медицинский персонал, а также некоторые врачи "Межвузовской больницы" прошли:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ обучение по работе с молодежью, включая обучение навыкам общения с представителями групп риска, ■ подготовку по консультированию подростков, ■ повышение квалификации по подростковой гинекологии, диагностике, лечению и профилактике ИППП, ВИЧ/СПИДа, ■ стажировки на рабочем месте и встречи со специалистами подростковых и молодежных центров Москвы, С-Петербурга, Новосибирска.

III. "Служба помощи молодежи" на базе Волгоградского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (Волгоград)

Адрес, телефон, электронная почта	Россия, г. Волгоград, ул. Бажова 2, а/я 2639. Тел: 8-(8442)-73-68-24; 73-79-30 gorshkova@vlink.ru, pershina@vlink.ru
Год создания	2001г.
ФИО руководителя	Горшкова Надежда Васильевна
Подчинение	Комитет по здравоохранению Администрации Волгоградской области
Источники финансирования	<ol style="list-style-type: none"> 1. Совместный проект с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ), 2. Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 3. Автономная некоммерческая организация "Центр профилактики ВИЧ/СПИДа "Элпис".
Направления деятельности	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение социологических исследований (среди учащихся средних учебных заведений; специалистов, работающих с подростками и молодежью; клиентов Проекта) по вопросам ВИЧ/СПИДа и репродуктивного здоровья. 2. Организация поликлинического приема для социально-незащищенных детей, подростков и молодежи в Областном СПИД-Центре (обследование на ВИЧ, гепатиты В, С, ИППП, беременность, гинекологические и урологические заболевания; консультирование, в том числе, до- и после-тестовое консультирование на ВИЧ, организация лечения, направление в учреждения социально-психологиче-

	<p>ской помощи). Все обследования и консультации проводятся бесплатно. Если проблема, с которой обращаются клиенты, выходит за рамки компетенции специалистов службы, то им предлагаются учреждения, где такая помощь может быть оказана.</p> <p>3. Информирование детей, подростков, молодежи, специалистов, работающих с молодежью, административных работников и корреспондентов СМИ.</p> <p>4. Распространение информационных материалов по вопросам ВИЧ/СПИДа и репродуктивного здоровья среди первичной (подростки и молодежь) и вторичной целевой группой (специалисты, работающие с молодежью), рекламной продукции с символикой (значки, футболки), презервативов среди социально-незащищенных подростков и молодежи.</p> <p>5. В работу клиники вовлекаются волонтеры, которые работают по следующим направлениям:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ информационные акции в учебных заведениях; ■ ток-шоу (актуальные молодежные проблемы) в колледжах и профилактических Центрах; ■ пикеты волонтеров на многоярусных остановках (волонтеры рассказывают молодежи о "службе помощи" и раздают брошюры, листовки, карточки-приглашения, развешивают стенды-раскладушки с информацией); ■ беседы с ровесниками о проблемах ВИЧ/СПИДа, наркомании, ИППП.
Целевые группы	Первичная - социально-незащищенные дети, подростки и молодежь; вторичная - специалисты, работающие с детьми, подростками и молодежью; административные работники; журналисты.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	<p>Работа с:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ родителями, родственниками, партнерами подростков (психологическое консультирование, направление в учреждения социально-психологической помощи); ■ специалистами по работе с подростками и молодежью (педагоги, психологи, инспектора отделов по профилактике правонарушений несовершеннолетних ОПН УВД, секретари комиссий по делам несовершеннолетних, медицинскими работниками - проведение семинаров, тренингов, встреч); ■ административными работниками (директоры учебных заведений, руководители Комитетов по делам молодежи, семьи, ОПН, секретари комиссий по делам несовершеннолетних, заместители глав Администраций сельских районов - проведение семинаров, конференций, предоставление информационных материалов); ■ корреспондентами региональных и местных СМИ - проведение пресс-конференций, встреч, интервью, брифингов.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Координатор проекта, врач-эпидемиолог, медицинский психолог, инфекционист, гинеколог, стоматолог, педиатр, дерматовенеролог, врач-лаборант, фельдшер - 2 чел., лаборант, медицинская сестра - 2 чел., бухгалтер. Всего - 15 человек.
Наличие стационара	Не имеется
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается клиника)	"Служба помощи молодежи" расположена на базе областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Деятельность проекта "Служба помощи молодежи" распространяется на г. Волгоград, но клиентами проекта являются и жители районов области.
Наличие телефонного консультирования	Ежедневные консультации с 8.30 до 16.00 по телефону 73-79-30 (кроме субботы и воскресенья). Консультации по четвергам с 17.30 до 19.30 по телефону 73-04-78. Круглосуточные консультации по телефону 73-90-94.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	В результате реализации проекта "Служба помощи молодежи" были изданы: брошюры "Как важно быть защищенным", "Здоровье подростков. Вопросы и ответы", листовки "Приглашаются молодые люди!", "5 реальных преград на пути ВИЧ/СПИДа", визитки-приглашения для целевой группы.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Научных публикаций не было.

IV. Отдел репродуктивного здоровья детей, подростков, молодежи (состоит из отделения детской и подростковой гинекологии, отделения "Молодежная клиника", общественной организации "Здоровье молодежи") (г. Донецк)

Адрес, телефон, электронная почта	83114, Украина, г. Донецк, пр. Панфилова, 3 lubore@interstar.net.ua, lubore@dptm.donetsk.ua, center@drcom, d.donetsk.ua, healthofyouth@org.ua, www.healthofyouth.org.ua; www.lubore.dptm.donetsk.ua
Год создания	Отдел репродуктивного здоровья детей, подростков, молодежи - 2002 г. Отделение "Молодежная клиника" - 1999 г. Общественная организация "Здоровье молодежи" - 1995 г. Отделение детской и подростковой гинекологии - 1992 г.
ФИО руководителя	Д.м.н., доцент Матыцина Любовь Александровна.
Подчинение	Областной отдел здравоохранения
Источники финансирования	1. Бюджет. 2. Совместный проект с Детским Фондом ООН ЮНИСЕФ в Украине.
Направления деятельности	Лечебная, диагностическая, консультативная, профилактическая, информационная, санитарно-просветительная. Профилактическая деятельность включает в себя и работу волонтеров. Для подготовки волонтеров выбраны три учебных учреждения: медицинский лицей, медицинское училище, медицинский университет, охвачены разные возрастные категории, подростки, проживающие в районах города и области. Подростки и молодые люди, стремящиеся получить медицинское образование, пользуются популярностью среди сверстников, именно из их уст информация о контрацепции, профилактике ИППП, будет звучать наиболее авторитетно.
Целевые группы	Дети, подростки, молодежь.
Работает ли клиника с ближайшим окружением целевой группы	С учителями, родителями, социальными работниками, молодежными и общественными организациями.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	53 человека: детские и подростковые гинекологи, психолог-1, психотерапевт-1, дерматовенеролог-1, терапевт-1, уролог-1, сексолог-0,5.
Наличие стационара	Стационар на 50 коек.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	На базе Донецкого регионального центра охраны материнства и детства.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	На Донецкую область.
Наличие телефонного консультирования	Круглосуточно действует телефон "Доверие" 8-0622-58-43-62 8-0622-56-06-23
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Да
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	1. Я выбираю жизнь. Молодежи о СПИДе // "Легко ли быть молодым?". - Донецк. - Вып. 1. - 1999. - 42 с. (Л.А.Матыцина, Е.В.Аноприенко, С.В.Горелова). 2. Сексуальное образование в Донецком регионе. О сексуальности подростков и заболеваниях, передающихся половым путем // Тез. региональной научно-практической конф. "Теория и практика совр. деятельности соц. служб для молодежи по социально-психолог. исследованию личности" // Донецк, 1996. - С. 36-39 (Л.А.Матыцина). 3. Контрацепция у подростков (алгоритмы для врачей) // Методические рекомендации. - Донецк, 2000. -6 с. (Л.А.Матыцина, Л.Ф.Липчанская). 4. Заболевания, передающиеся половым путем // Сексуальное здоровье молодежи. - Донецк, 1997. - Вып. 1. -45 с. (Н.Н.Дацун, Л.А.Матыцина). 5. Проведение медицинских профилактических осмотров в школах и дошкольных учреждениях (Методические рекомендации). -Донецк, 2001. - 46 с. (В.К.Чайка, Л.А.Матыцина).
Уникальность	Благодаря наличию 2-х отделений стала возможной круглосуточная работа телефона "Доверие". Благодаря общественной организации "Здоровье молодежи" и кафедры ФПО ДонГМУ, осуществляется работа информационно-методического отдела, хотя он и не выделен как отдельная структура. Тесная связь с общественными организациями и центрами социальных служб для молодежи: сотрудничество позволяет расширить сеть волонтеров и информацию о целях и задачах отдела. Тесная связь с молодежными центрами города и области по всем направлениям работы (информационно-методической, лечебно-консультативной).

V. Муниципальный консультативно-диагностический центр для детей и подростков "Ювентус" (Новосибирск)

Адрес, телефон,	630004 г. Новосибирск, ул. Ленина, 55, т/ф (383 2) 18-27- 72.
Год создания	1991г. - отделение при детской больнице (КСДБ №5) - городской центр медико-социальной адаптации молодежи (ЦМСАМ). 1993г. - самостоятельный муниципальный консультативно-диагностический центр для детей и подростков "Ювентус".
ФИО руководителя	Лузан Наталья Владимировна - д. м. н., главный детский дерматовенеролог мэрии Новосибирска, профессор кафедры Управления образовательными учреждениями Новосибирского института повышения квалификации работников образования (НИПКРО).
Подчинение	1. Здравоохранение. 2. Комитет по делам молодежи мэрии Новосибирска.
Источники финансирования	1. Здравоохранение. 2. Комитет по делам молодежи мэрии Новосибирска. 3. Гранты.
Направления деятельности	Консультативная, диагностическая, лечебная, психолого-психотерапевтическая, социальная, профилактическая. Участие добровольцев в работе Клиники: <ul style="list-style-type: none"> ■ волонтеры распространяют буклеты, листовки на слетах, конференциях, форумах, при непосредственном общении со сверстниками, распространяют информацию о клинике в молодежной среде, ■ проводят профилактические семинары в организованных коллективах, например в ЦВИНП,- принимают участие в разработке методических и информационных материалов. Работа с детьми до 18 лет проводится бесплатно.
Целевые группы	<ul style="list-style-type: none"> ■ Дети и подростки г. Новосибирска и Новосибирской области, в том числе: с выявленными ИППП, беременные, жертвы сексуального насилия, несовершеннолетние правонарушители и др.; ■ родители; ■ специалисты, профессионально занимающиеся обслуживанием несовершеннолетних, в том числе профилактической деятельностью (врачи, педагоги, работники социальных и молодежных служб).
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Врачи - 19 + 3 совместителя (дерматологи, гинекологи, дерматовенерологи, уролог, андролог, психотерапевты). Психологи - 3, социальный педагог- 1, методист -1, бухгалтер - 1, статистик - 1, экономист - 1. Всего специалистов - 30. Средний медицинский персонал - 16.
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	2 отдельных помещения: 1 - клиническое отделение по ул. Ленина, 55; 2 - отделение медико-социальной реабилитации и профилактики по ул. Серебренниковская, 23.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Новосибирск, Новосибирская область. Методическая помощь оказывается специалистам более 26 регионов РФ.
Наличие телефонного консультирования	Да. 23-49-50
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Да.
Перечислите (если есть) не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Опыт работы муниципального консультативно-диагностического центра для детей и подростков "Ювентус" (г. Новосибирск). // Заболевания, передающиеся половым путем. -М., -1997. - № 1. 2. Концепция первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), у несовершеннолетних. - М., 1999. 3. Медико-социальные исследования полового поведения подростков Новосибирской области за 5 лет (1994-1998г.г.) //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - М., 1999.- № 6. 4. Профилактика ИППП в свете преодоления проблем "аномального детства" // Бюллетень Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук.- Новосибирск, 2000. 5. Медико-профилактическая помощь несовершеннолетним с инфекциями, передаваемыми половым путем. - Новосибирск, 2001.

	6. Reproductive behavior of adolescents for four years \ VII Europe Congr. Pediatr. Adol. Gynecol. - Vienna, Austria, 1997.
Трудности в работе Клиники	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие полной анонимности, ■ не все диагностические услуги бесплатны, ■ трудно организовать полный охват клиентов клиники психологической и психотерапевтической помощью из-за ограниченности помещениями, штата, ■ продолжается отток обученных квалифицированных кадров (во-первых, в связи с недостаточным финансированием, во-вторых, существующая система последипломного обучения ограничивает возможность квалификационного, а административная структура карьерного роста для специалистов, в третьих, отсутствие возможности взять оплачиваемый тайм-аут (отпуск от 2-х и более месяцев) или получить хорошее обучение с оплатой из средств учреждения таит опасность сгорания для специалистов), ■ нет полной добровольности в продолжении или прекращении наблюдения клиентов в клинике. В первую очередь, это касается больных ИППП и беременных. Это связано с существующим законодательством РФ. В обоих случаях клиент либо должен пройти наблюдение в Центре в течение всего положенного срока и с положенными интервалами, либо он будет передан для наблюдения в территориальное ЛПУ, ■ проблемы с подготовкой и тиражированием методических и санитарно-просветительских материалов: работа авторов, художника и т.д. требует дополнительного финансирования и времени. В этом же ряду стоит проблема технического оснащения, средств связи, литературы, видеоматериалов и др. накладных расходов.
Уникальность	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Ювентус" - это модель, где объединены ресурсы здравоохранения и комитета по делам молодежи. 2. Проведение специалистами Центра выездной работы в учебные заведения и организованные подростковые и детские коллективы. 3. В Клинике ведет приемы генетик. Это позволяет более качественно проводить консультирование молодых людей, пришедших за помощью в планировании семьи. 4. В нашем Центре разработан и эффективно используется видеолекторий. Видеолекторий, находясь на стыке лекционного метода и метода групповой работы, обеспечивает участников информацией и формирует у них модели психологически зрелого, социально ответственного поведения в отношении собственного здоровья.

VI. Молодежный медицинский центр (г. Томск)

Адрес, телефон, электронная почта	г. Томск, ул. Нахимова, 5, e-mail: t_aids@land.ru, t_aids@mail.ru
Год создания	2002 г.
ФИО руководителя	Борзунова Елена Михайловна.
Подчинение	Департамент здравоохранения Томской области.
Источники финансирования	<ul style="list-style-type: none"> ■ совместный проект с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) по программе "Здоровье и развитие молодежи"; ■ бюджетное финансирование (средства областной целевой программы "Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции на территории Томской области" и средства областного Центра "АнтиСПИД"); ■ внебюджетное финансирование (средства из платных услуг областного Центра "АнтиСПИД"); ■ благотворительные средства от юридических и физических лиц.
Направления деятельности	<ul style="list-style-type: none"> ■ Обучение, оснащение и организация деятельности групп инструкторов общественной молодежной службы профилактики и аутич "Color line". ■ Развитие добровольческого движения. ■ Социологические исследования. ■ Создание информационной базы (создание и поддержка веб-сайта "Наша клиника", выпуск специальных брошюр, рекламно-информационной продукции, информационно-игрового материала для целевой группы и т. д.). ■ Аутич-работа, рейды аутич-инструкторов совместно со специалистами "Наша клиника" в места наибольшего скопления уязвимой молодежи, профилактические десанты инструкторов ОМС "Color line" со специалистами в районы области. ■ Летняя программа профилактической работы в оздоровительных лагерях для уязвимых детей и молодежи (беседы, конкурсы, фестивали, добровольное консультирование специалистами "Нашей клиники" по вопросам ВИЧ/ИППП, наркомании, социально-психологическое консультирование, прием инфекциониста, терапевта и др. специалистов). ■ Работа с местными СМИ. ■ Разработка и осуществление различных по уровню обучающих мероприятий и программ для молодежи, добровольцев, инструкторов "Color line", специалистов, работающих с молодежью, родителей. ■ Для подростков и молодежи анонимно и бесплатно проводится консультации различных специалистов (дерматовенеролога, гинеколога, терапевта, инфекциониста, психолога/психотерапевта), анонимное и бесплатное тестирование на ВИЧ, сифилис, трихомоноз, вирусные гепатиты, хламидиоз.

Целевые группы	Уязвимые группы детей и молодежи: бездомные, безнадзорные, экспериментирующие с наркотиками и сексом, оказавшиеся в трудных жизненных ситуациях, малообеспеченные и малообразованные, жители области и др.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Специалисты, работающие с молодежью (педагоги, психологи, соц.работники и др.), родители.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Дерматовенеролог, гинеколог, терапевт, инфекционист, иммунолог, психолог/психотерапевт, социальный работник, нарколог.
Наличие стационара	Отработана система направлений в специализированные стационары (закреплены приказом начальника Департамента здравоохранения Томской области).
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается клиника)	Отдельное одноэтажное здание, полезная площадь 76 кв. м.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Томск и районы области.
Наличие телефонного консультирования	Информационная линия по ВИЧ/СПИД/ИППП/наркомании.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Разработан фирменный стиль "Нашей клиники", логотип, баннер, визитки, указатели, вывеска, информационный стенд, изданы наборы открыток для целевой группы (6 штук по 3000 экз.), игральные карты с профилактической информацией, планируется выпуск настольных игр и игрового материала для проведения семинаров-тренингов.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Нет.

VII. Клиника, дружественная молодежи (г. Бийск)

Адрес, телефон,	659328. Алтайский край, г.Бийск, ул. Новая, 14, тел/факс 24-15-55.
Год создания	2001Год
Ф.И.О. руководителя	Зязин Павел Анатольевич.
Подчинение	Комитет Администрации г.Бийска по здравоохранению.
Источники финансирования	Совместный проект с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ). Администрация г.Бийска.
Направления деятельности	<ul style="list-style-type: none"> ■ Психологическое консультирование подростков, ■ проведение лабораторных исследований, ■ медицинское консультирование (дерматовенеролог, гинеколог), ■ распространение печатной продукции, ■ закупка оборудования, оснащение лабораторий и мед. кабинетов, ■ проведение пресс-конференций, ■ сан. просвет. работа в молодежных коллективах.
Целевые группы	Подростки г.Бийска, в первую очередь, из неблагополучных слоев населения.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Родители, друзья, половые партнеры.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	<ul style="list-style-type: none"> ■ Врач-дерматовенеролог, ■ врач-гинеколог, ■ психолог, ■ регистратор.
Наличие стационара	Центральная городская больница. Кожно-венерологический диспансер.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается клиника)	На базе Городского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Бийск и ближайшие районы.
Наличие телефонного консультирования	Нет.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Планируется по сбору достаточного объема информации.
Научные публ.	Нет.
Трудности в работе Клиники	Очень низкий уровень информированности как молодых людей, так и их родителей.
Уникальность	Приходящего к нам пациента встречает регистратор, провожает в гардероб и далее - к врачу-специалисту. Ни документов, удостоверяющих личность, ни страхового полиса предъявлять не надо.

VIII. Государственное Учреждение "Областной центр социальной помощи семье и детям" (г. Волгоград)

Адрес, телефон,	г.Волгоград, ул.Коммунистическая, 23; 34-69-65, ф. 34-42-48.
Год создания	1992 г.
ФИО руководителя	Крутов Олег Николаевич.
Подчинение	Комитет по делам семьи Администрации Волгоградской области.
Источники финансирования	Областной бюджет.
Направления деятельности	Квалифицированное и своевременное оказание населению различных видов психологической, социально-экономической, юридической, социально-медицинской и социально-педагогической помощи, а также оказание информационно-методической помощи территориальным учреждениям обслуживания семьи и детей. Волонтерская программа - волонтерами проводились беседы, участия в акциях, теле- и радиопередачах. Волонтерами взяты под опеку классы в школах г. Волгограда, где на протяжении учебного года проводили профилактические уроки с игровыми моментами и готовилась новая смена волонтеров. Ребята распространяют информацию о подобных клиниках во время проведения профилактических мероприятий в учебных заведениях и уличной работы. Программа реализуется совместно с факультетом психологии и социальной работы Волгоградского Государственного Педагогического Университета, что позволило за три года подготовить 120 студентов-волонтеров, которые по окончании курса представили авторские работы. 37 лучших студенческих проектов были апробированы на практических площадках в 82 учреждениях (школы, колледжи, институты, студенческие общежития) г. Волгограда и области.
Целевые группы	Население г.Волгограда и Волгоградской области, нуждающееся в социальной помощи.(неполные, многодетные, малообеспеченные семьи и семьи, имеющие детей инвалидов).
Работает ли клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	I. Аппарат центра: директор, зам. директора, главный бухгалтер, бухгалтер, начальник хозяйственного отдела, программист, водитель автомобиля, сторож, уборщик служебных помещений, рабочий по обслуживанию здания. II. Отделение первичного приема граждан: заведующий отделением, социальный работник. III. Консультативно-правовое отделение: заведующий отделением. IV. Отделение психологической помощи: заведующий отделением, психолог, специалист по социальной работе. V. Отделение социальной адаптации и творческого развития детей и молодежи: заведующий отделением, социальный педагог. VI. Отделение адресного социального обслуживания: заведующий отделением, социальный работник, специалист по социальной работе. VII. Отделение социально-валеологической профилактики: заведующий отделением, методист, специалист по социальной работе. VIII. Организационно-методическое отделение: заведующий отделением, специалист по социальной работе, старший методист.
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается клиника)	Отделение социально-валеологической профилактики на базе ГУ "Областной центр социальной помощи семье и детям".
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Центральный, Советский районы города Волгограда. Среднеахтубинский, Светлоярский, Дубовский районы и.Камышин, Волжский.
Наличие телефонного консультирования	Да, по определенным дням 2 раза в неделю.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Да.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Заболевания, передающиеся половым путем. Что вы знаете о СПИДе? Между нами, девочками, говоря... Основы безопасного поведения. Волонтеры.
Трудности в работе Клиники	Конкуренция, противодействующая взаимодействию наших специалистов и специалистов медицинских учреждений (особенно в сельских районах).Нехватка оборудованных помещений (отсутствие воды, надлежащего ремонта, отдельного входа). Недостаточное финансирование, необходимое для печати информационных материалов, средств контрацепции, оплаты труда привлекаемых специалистов.
Уникальность	Прием ведется без документов и страховых полисов. Все виды услуг оказываются бесплатно. Нет талонов и очередей.В целях оказания действенной методической помощи работникам муниципальных центров "Семья" была создана областная выездная бригада из числа специалистов различных учреждений, занимающихся профилактической работой.

IX. Общероссийская общественная организация Российская Ассоциация по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, "Санам" (г. Москва)

Адрес, телефон, электронная почта	119048, Москва, ул. Доватора, 13; т: 245-54-70; 246-86-45 ф: 245-49-93, E-mail: sanamclinic@comtv.ru
Год создания	1990 г.
ФИО руководителя	Дубовская Лали Константиновна.
Подчинение	Здравоохранение.
Источники финансирования	Проекты, самофинансирование.
Направления деятельности	Разработка, апробация и внедрение новых эффективных методов диагностики и лечения ИППП. Внедрение современных методов контроля и профилактики ИППП. Распространение среди врачей новейшей научной информации по проблемам ИППП. Санитарное просвещение населения по вопросам ИППП с целью сохранения репродуктивного здоровья. Разработка и реализация программ, направленных на снижение заболеваемости в группах населения с повышенным риском заражения ИППП. Аутрич работа, выездные тренинги для подростков. Работа волонтеров.
Целевые группы	Врачи, организаторы здравоохранения, уязвимые слои населения: подростки, РКС, лица без определенного места жительства, НГО.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	<ul style="list-style-type: none"> ■ Родители, ■ центры временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей, ■ сутенеры, ■ ГУВД, ■ полиция нравов г. Москвы.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	50 человек: дерматовенерологи, гинекологи, андрологи, урологи, УЗИ-диагностика, консультант по профилактике, фельдшер-лаборант, врач-лаборант, микологи.
Наличие стационара	Стационара - нет. Амбулаторное лечение - поликлиническая помощь.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается клиника)	В структуре Ассоциации.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Город, область. В Ассоциацию "Санам" входят 57 региональных подразделений на территории Российской Федерации, из них 13 региональных организаций, 39 филиалов, 5 региональных представительств.
Наличие телефонного консультирования	Да, но не горячая линия.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Да.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	И.В. Калмыкова, Л.К. Дубовская, Г.Д. Шматова Факторы риска заражения ИППП и ВИЧ-инфекцией среди подростков - воспитанников детских домов. // ИППП. - 2001. - № 5.
Уникальность	<ul style="list-style-type: none"> ■ Независимая научная деятельность, ■ внедрение новых технологий, ■ синдромный подход.

X. Центр охраны репродуктивного здоровья подростков (г. Челябинск)

Адрес, телефон, электронная почта	г. Челябинск, 454084 ул. Калинина, 12. Тел. (3512) 93-87-65, ta@rambler.ru
Год создания	1993 г.
ФИО руководителя	Брюхина Елена Владимировна, д.м.н., профессор.
Подчинение	Управление здравоохранения администрации г. Челябинска.
Источники финансирования	Бюджетное финансирование. В 2001 - совместный проект с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ).
Направления деятельности	Лечебно-диагностическая, профилактическая.
Целевые группы	Девушки-подростки от 12 до 21 года.
Работа Клиники с ближайшим окружением целевой группы	Педагоги, родители.
Количество специалистов (персонал), перечень специальностей	Руководитель центра, 2 врача акушера-гинеколога, 2 медицинской сестры, 1 психолог.
Наличие стационара	Выделено 10 мест в родильном доме и 10 мест в гинекологическом отделении городской клинической больницы №3, являющейся клинической базой кафедр

	ры Акушерства и гинекологии Уральской Государственной Медицинской Академии Дополнительного образования.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Клиника располагается на базе ГКБ №3 (стационар) и ГКБ №5 (консультативный прием).
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Челябинск.
Наличие телефонного консультирования	В дневное время с 9-17 часов по тел. (3152) 93-87-65.
Издательская деятельность Клиники	Сотрудники подготовили к изданию буклеты для подростков: "Письма к ровесницам дочери", "Можно ли предупредить наступление нежелательной беременности", "Аборт и его последствия".
Трудности	У нас не получилась планомерная профилактическая работа со школьниками. Причину этого мы видим в том, что попытались одновременно во всех школах города внедрить программу „Изменения,„. Несмотря на то, что мы встречались предварительно и с педагогами, и с родителями, в 1 школе учителя и члены родительского комитета обратились в законодательное собрание области с просьбой запретить просветительскую деятельность нашего центра как растлевающую школьников. Наш печальный опыт свидетельствует о том, что профилактическая работа должна проводиться постепенно, поэтапно, на каждом этапе следует тщательно анализировать возможные проблемы и неудачи.
Уникальность	Мы отладили систему медико-психологической помощи подросткам, у которых беременность наступила в результате сексуального насилия. Известно, что часть этих подростков обращается к медикам за помощью только тогда, когда факт беременности скрыть невозможно. Нами разработана система, по которой эти подростки направляются в акушерский стационар при нашей клинике, где им проводится полноценное обследование, психологическая реабилитация, бережное родоразрешение и, при необходимости, легальный отказ от нежеланного ребёнка. Мы поддерживаем тесную связь со службами социальной защиты для того, чтобы помочь юным родителям в плане социальной реабилитации.

XI. Калининградский областной Центр медицинской профилактики (поликлиника, доброжелательная к подростку)

Адрес, телефон, электронная почта	236006, г. Калининград, ул. Литовский вал, 64-а, тел./факс 46-72-71. ОСМР@ОСМР.Koenig.ru
Год создания	1992г. (поликлиника-14 декабря 2000г.).
ФИО руководителя	Цымбалова Татьяна Владимировна.
Подчинение	Управление здравоохранения администрации области (Детский фонд ООН ЮНИСЕФ).
Источники финансирования	I. Бюджетное. II. Средства, предусмотренные проектом "Поликлиника, доброжелательная к подростку - безопасное пространство и база формирования жизненных навыков". III. Федеральные программы.
Направления деятельности	Формирования ЗОЖ через гигиеническое обучение и воспитание населения (сохранение репродуктивного здоровья подростков, профилактика ИППП, токсикомании, наркомании). Работа волонтеров: - "ящик вопросов и ответов" - свободный обмен мнениями и размышлениями по самым разным темам. "Ящик" работает в школах, куда приходят волонтеры на встречи с ребятами, на акциях и конференциях. Общие проходят в непринужденной обстановке, на природе, с чаепитием и играми, песнями под гитару. Работа проводится в школах, профессиональных учебных заведениях, подростковых клубах, загородных лагерях. Молодежь работает по принципу: "встречать людей там, где они находятся, а не там, где мы находимся". Волонтеры привлекают подростков в поликлинику, куда те могут прийти не только как пациенты или клиенты, но и как хозяева в подростковый клуб. Волонтеры занимаются в театральной студии, где ставят спектакли и небольшие сценки, заставляющие задуматься о смысле жизни, важных психологических проблемах. Ребята готовят телепередачи, информационные материалы (памятки, буклеты, сборники, справочники), участвуют в выездных городских и областных акциях, на которых распространяют информационную литературу. Ребятами организовано движение "Дети Мазая", активно работает лидерская группа "Регион". В центре выпускается своя газета "Волонтер", стенды с ответами на вопросы подростков. В этом участвуют и специалисты центра (психологи, психотерапевты, гинекологи), и родители. Волонтерское движение расширяется и в школах области.
Целевые группы	Дети, подростки.

Работает ли клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да: 1) педагоги, психологи, валеологи школ, 2) родители, 3) социальные работники, 4) юристы.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Персонал (врачи, мед. сестры - 21 человек): врач-гинеколог, дерматовенеролог, эндокринолог, подростковый терапевт, психиатр-нарколог, врач ЛФК, врач УЗИ - диагностики, врач-лаборант, юрист, стоматолог (в ближайшее время).
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Поликлиника, доброжелательная к подростку, создана на базе областного Центра медицинской профилактики S=3030 м ²
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Город Калининград, города и районы Калининградской области.
Наличие телефонного консультирования	Телефон доверия 46-95-87. Телефон регистратуры 46-79-12.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Да - 17 наименований (газета "Берегите здоровье", буклеты, листовки, памятки и др.).
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	1. Поликлиника, доброжелательная к подростку: новые подходы к профилактике заболеваний в молодежной среде. 2. Роль средств массовой информации в формировании здоровья подростков. 3. Предупреждение преждевременной смертности среди молодежи через профилактику аддиктивного поведения. 4. Социологические исследования по проблемам курения среди детей и молодежи. 5. Состояние здоровья школьников Калининградской области. Пути межведомственного решения актуальных проблем.
Уникальность	<ul style="list-style-type: none"> ■ Все формальности, необходимые для получения медицинских услуг, сведены к минимуму: у молодого человека не потребуют паспорта, прописки или страхового полиса, можно не говорить ни своей фамилии, ни имени. Продолжительность приема не ограничена, он осуществляется в удобное для подростков время. Если подросток не знает, к какому специалисту обращаться, социальный работник, направляет его к тому или иному специалисту и объясняет молодому человеку его права. ■ Один-два раза в месяц специалисты ОЦМП организуют поездки в различные школы области. ■ Работа в Центре специалистов, "нетрадиционных" для клиники - косметолог, массажист, врач ЛФК, в центре есть тренажерный зал, зал для занятия шейпингом и космогимнастикой, методический кабинет, комната волонтеров, молодежный клуб (самая важная функция клуба быть безопасным и доброжелательным пространством), отдел спортивной медицины. Ежедневно проводятся групповые и индивидуальные занятия с детьми и подростками, страдающими различными видами нарушения осанки, имеющими проблемы с опорно-двигательным аппаратом.

XII. Некоммерческая организация "Планирование семьи и сексуальное просвещение молодежи и подростков" (НОПС) (г. Москва)

Адрес, телефон, электронная почта	123182 г.Москва, ул. Сосновая, д.11, тел./факс 190-51-41. NOPS.MIRIZ@MTU-net.ru
Год создания	Ноябрь 1992 г.
ФИО руководителя	Сафина Эльвира Мансуровна.
Подчинение	Учредитель: Российская ассоциация "Планирование семьи" (РАПС) (общественная организация).
Источники финансирования	Целевое финансирование. Реализация проектов, выполнение социальных заказов. 2002 год: 1) участие в проекте Российской ассоциации "Планирование семьи" и Детского фонда ООН "Повышение уровня знаний учащихся ПУ России по вопросам здорового образа жизни, планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья, профилактики ИППП, ВИЧ/СПИДа"; 2) Комитет по делам семьи и молодежи Правительства г.Москвы; программа "Здоровая молодежь - здоровое будущее" 3) Префектура Северо-западного административного округа г.Москвы; 3 4) социальный заказ "Деятельность телефона "Доверие" для подростков, молодежи и их родителей"; 5) московские представительства фармацевтических компаний "Шеринг-АГ" и "Гедеон Рихтер"; 6) программа "Укрепление репродуктивного здоровья подростков г.Москвы".

Направления деятельности	Просветительская деятельность, медицинское консультирование, психологическое консультирование, телефон "Доверие" для подростков и их родителей, работа с молодыми семьями и молодежью, вступающей в брак, подготовка специалистов, работающих с подростками, подготовка волонтеров, работа с родителями, информационная работа.
Целевые группы	1. Подростки. 2. Молодежь. 3. Родители. 4. Специалисты, работающие с подростками.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да, по запросу.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Всего 12 чел. Директор, зам. директора (педагог), гл. бухгалтер, администратор, врач гинеколог-консультант - 2 чел., врач дерматовенеролог-консультант, психолог-консультант - 2 чел., врач-лаборант, мед. сестра, уборщица.
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Занимаем отдельное помещение (отдельный вход). Находимся на базе женской консультации при родильном доме № 26 (СЗАО г.Москва).
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Москва. Большая часть работы - Северо-западный административный округ г. Москвы.
Наличие телефонного консультирования	Телефон "Доверие".
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Нет.
Трудности в работе Клиники	Низкая посещаемость взрослыми семинаров-тренингов - "Школа для родителей", которые были организованы специально для тех, кто хочет лучше понять особенности подростковой/молодежной психологии и физиологии, наладить контакт со своими детьми, помочь им сохранить свое здоровье. Решением этой проблемы стал выход на родительский актив учебных заведений. Мы провели ряд встреч с представителями родительских активов, в результате на последующие "Школы для родителей" приходило уже по 10-20 человек, некоторые с детьми-подростками. Важно, чтобы информация о НОПС и семинарах заинтересовала, а затем передавалась "от равного к равному" - от родителя к родителю.
Уникальность	- Это единственная негосударственная некоммерческая организация (все услуги бесплатны). - За 10 лет работы НОПС стала не просто медицинской клиникой, а методическим центром по вопросам охраны репродуктивного здоровья молодежи, планирования семьи, здорового образа жизни и ответственного безопасного поведения. - В летний период мы выезжаем в семейные оздоровительные лагеря, где информационно-тренинговая работа ведется параллельно с родителями и с детьми, что помогает им по-новому увидеть друг друга и попытаться понять особенности мировосприятия каждой из сторон взаимоотношений. - Волонтерское движение "МИРИЗ" заинтересовало представителей ВОЗ и ЮНФПА, и в сентябре 2001 года наиболее активные его участники получили возможность посетить югославскую молодежную организацию "Youth of JAZAS" ("Молодежь Югославии против СПИДа", г.Белград) для знакомства с опытом их работы с молодежью. В ходе визита волонтеры смогли сравнить формы и методы работы с юношеством в Югославии и России.

ХIII. Центр медико-социальной адаптации подростков города Барнаула "ЮНИКС"

Адрес, телефон, электронная почта	Адрес: 656 011, г.Барнаул, ул. Кулагина, 10, тел/факс : (3852) 75-73-79, 77-52-07, e-mail: mscuix@ab.ru
Год создания	2001 г.
ФИО руководителя	Бурцева Ольга Михайловна.
Подчинение	Комитет по делам здравоохранения города Барнаула.
Источники финансирования	Бюджет.
Направления деятельности	Профилактическое, лечебное, диагностическое, консультативное. Работа волонтеров - проведение информационных бесед, акций.
Целевые группы	Подростки.
Работает ли клиника с ближайшим окружением целевой группы	Педагоги сверстники, родители.
Количество специалистов (персонала), перечень	Заведующая клиникой, дерматовенеролог, подростковый гинеколог, андролог, психолог, медицинские сестры, санитарки, медицинский регистратор.

чень специальностей	
Наличие стационара	Гинекологическое отделение больницы.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Клиника расположена на базе МУЗ ГКБ №5.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Город, частично, край.
Наличие телефонного Консультирования	Нет.
Занимается ли клиника издательской деятельностью	Нет.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Опыт работы 1 год, публикаций нет.

XIV. Специализированная социальная служба для молодежи "Дружественная клиника для молодежи" Центра социальных служб для молодежи Оболонской районной государственной администрации (г. Киев)

Адрес, телефон,	г.Киев, ул Вышгородская, 44-в. тел/факс 430 56 91.
Год создания	2001
ФИО руководителя	Директор ЦССМ - Спирина Людмила Петровна. Руководитель "Дружественной клиники для молодежи" - Романюк Людмила Петровна.
Подчинение	Городскому центру социальных служб для молодежи Киевской городской государственной администрации. Оболонской районной в г.Киеве государственной администрации. Центру социальных служб Оболонского района г.Киева.
Источники финансирования	Городской центр социальных служб для молодежи. Киевской городской государственной администрации. Оболонская районная в г.Киеве государственная администрация. UNICEF (гуманитарная помощь: медицинское оборудование, шприцы).
Направления деятельности	Консультативная деятельность нарколога, гинеколога, психотерапевта, психолога, социальных работников; тренинговая работа с подростками, волонтерами по первичной профилактике негативных явлений; уличная социальная работа с целевой группой по профилактике ВИЧ/СПИДа, профилактическая работа в школах.
Целевые группы	Наркозависимые, подростки, молодежь с психологическими проблемами подростков и молодежь, которой необходима помощь врача-гинеколога.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Руководитель-психолог, нарколог, психотерапевт, гинеколог, медсестра, социальный работник, социальный педагог.
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Районным управлением образования предоставлено в аренду отдельное помещение.
Территория, на которую распространяется деятельность клиники	Район г. Киева.
Наличие телефонного консультирования	Нет.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Выпускается только социальная реклама о видах консультативных услуг клиники.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Научных публикаций нет.
Трудности	В силу ограниченных возможностей нет достаточного информирования молодежи района о деятельности клиники.

XV. Государственное Учреждение Здравоохранения Областной Наркологической Диспансер (г. Тверь)

Адрес, телефон.	170003, Россия, Тверь, С.-Петербургское шоссе, 37, 8-0822-55-66-35; 8-0822-56-23-30; 8-0822-55-51-95.
Год создания	1977 г.
ФИО руководителя	Тимонин Владимир Николаевич.
Подчинение	Департамент здравоохранения администрации Тверской области.
Источники финансирования	Реализация совместного проекта с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ). Бюджет.
Направления деятельности	Первичная профилактика зависимости от психоактивных веществ, диагностика, лечение и реабилитация больных наркологического профиля, социально-психологическая помощь детям, подросткам и молодежи. В рамках проекта задействованы волонтеры: <ul style="list-style-type: none"> ■ молодые люди, имевшие опыт потребления наркотиков, находящиеся в ремиссии; ■ учащиеся средних специальных учебных, активно занимающиеся социологическими исследованиями в рамках реализуемого проекта, а также проводящих исследование воздействию рекламы слабоалкогольных напитков на своих сверстников.
Целевые группы	<ul style="list-style-type: none"> ■ Социально-незащищенные дети, подростки и молодежь, ■ специалисты, включая медицинских работников, работающих с детьми, подростками и молодежью, административных работников, журналистов СМИ, иных лиц, работающих в молодежных организованных коллективах и в неорганизованной детско-подростковой и молодежной среде, в том числе, представители негосударственных организаций.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Психиатры-наркологи, психотерапевты, психологи, общее число штатных специалистов - 7. Кроме этого, в центре работают специалист по социальной работе, социальные работники, юрист-совместитель, средние и младшие медицинские работники. Осуществление проекта происходит в рамках исполнения персоналом своих функциональных обязанностей (увеличение объемов работы и интенсификация труда).
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Центр медико-психологической помощи для детей и подростков. Отдельно стоящее здание общей площадью 400м ² .
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Тверь и Тверская область.
Наличие телефонного консультирования	Да.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Буклеты, карманные календари, памятки.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Подготовлен к печати аналитический материал по результатам анкетирования целевых групп в рамках проекта.
Уникальность	Центр является единственным в регионе учреждением наркологического профиля, где реализуются ведущие принципы проекта: дружелюбность, доступность, добровольность. Начата совместная работа со специалистами областного врачебно-физкультурного диспансера по реализации психотерапевтических программ для участников проекта, занимающихся физической культурой и спортом, а также использование врачебно-физкультурных методик в комплексе работы с зависимостями.

XVI. Медико-педагогический центр для подростков и молодежи Общественная организация Ставропольского края

Адрес, телефон,	355001 г. Ставрополь, ул. Октябрьская, 66(8652) 34-65-40.
Год создания	1990 г.
ФИО руководителя	Ванников Владимир Федорович - директор.
Подчинение	В начале деятельности центр был отделением Краевой Ассоциации "Планирование семьи" и являлся практической базой Российской Ассоциации "Планирование семьи". В настоящее время организация является общественной, сотрудничает с Министерством здравоохранения, социальной защиты населения.
Источники финансирования	Самофинансирование. Финансирование от различных международных организаций.
Направления деятельности	<ul style="list-style-type: none"> ■ Информационная работа (ЗОЖ, сексуальное воспитание, профилактика ВИЧ, алкоголизма, табакокурения, наркомании); ■ обеспечение социально-психологической поддержки и реабилитации подростков и молодежи, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в т.ч., беженцев и вынужденных переселенцев); ■ содействие в трудоустройстве молодежи; ■ подготовка медицинских, педагогических, социальных работников; ■ профессиональное обучение для безнадзорных, "трудных" подростков, "детей улиц"; ■ организация социально-правовой, медицинской и психологической помощи безнадзорным детям и подросткам; ■ медико-социальная и психологическая помощь по направлениям: <ul style="list-style-type: none"> ■ планирование семьи, ■ индивидуальный подбор контрацепции, ■ лечение и профилактика ИППП, ВИЧ, ■ внутрисемейные конфликты и психология общения, ■ юридические вопросы; ■ работа волонтерской программы.
Целевые группы	<ul style="list-style-type: none"> ■ Специалисты (психологи, акушеры-гинекологи, врачи учебных заведений, социальные работники, юристы, средний медицинский персонал, руководители предприятий, активисты из числа беженцев и вынужденных переселенцев, журналисты); ■ девушки-подростки (7, 9 классы); ■ девушки-подростки (учащиеся ПТУ).
Работа Клиники с ближайшим окружением целевой группы	<ul style="list-style-type: none"> ■ Журналисты; ■ преподаватели учебных заведений. Проведение семинаров, круглых столов, совещаний.
Количество специалистов (персонал), перечень специальностей	Директор, администратор/регистратор, бухгалтер, гинеколог, венеролог, андролог, терапевт, средний медицинский персонал, преподаватель-методист по сексуальному образованию, социальный педагог, юрист, психолог, консультант, специалист по работе с подростками, технический персонал.
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	В Медико-педагогическом центре оборудован медицинский кабинет для проведения индивидуальных консультаций. Центр арендует 4 аудитории в профессиональном лицее для проведения групповых занятий.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Ставрополь и Ставропольский край.
Наличие телефонного консультирования	Телефон доверия с 1997 года.
Издательская деятельность Клиники	Издательской деятельностью Клиника не занимается, однако у нее есть возможность закупки и размножения литературы.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Нарыжная Л.А. Психологические отношения детей и родителей. // Губернские ведомости; Гударенко Р.Ф. Россия сильна семьей. // Северо-Кавказский регион; Бережная И.Ф. - видеофильм на ТВ по программе "Предупреждение распространения ИППП, СПИДа и сохранения репродуктивного здоровья девушек-подростков, обучающихся в системе профессионально-технического образования г. Ставрополя"; Шевченко О.М. Особенности психологической посткризисной адаптации женщин-беженек. // Вечерний Ставрополь.

XVII. МУЗ Новосибирская муниципальная специализированная детская клиническая больница № 5 (НМСДКБ № 5)

Адрес, телефон, электронная почта	Новосибирск - 5, 630005, ул. Лермонтова, 38, MSDKB5@nvc.com.ru
Год создания	1991 г.
ФИО руководителя	Ходова Людмила Михайловна.
Подчинение	Управление здравоохранения Мэрии г. Новосибирска.
Источники финансирования	Бюджет.
Направления деятельности	Охрана репродуктивного здоровья девочек до 19 лет (профилактика, лечение, диспансеризация).
Целевые группы	Дети от 0 до 10 лет, подростки до 19 лет.
Работает ли клиника с ближайшим окружением целевой группы	Работа с родителями, с преподавателями, с партнерами
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	Детские и подростковые гинекологи - 7, дерматовенеролог - 1, андролог - 1, сексолог - 1,
Наличие стационара	Стационар на 50 коек - круглосуточных. Дневной стационар на 20 коек. Стационар работает с августа 2002 года.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Клиника располагается в помещении женской консультации и в стационаре НМСДКБ № 5.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Новосибирск.
Наличие телефонного консультирования	Телефонная линия по неотложной контрацепции 24-75-68.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Нет.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	<ol style="list-style-type: none"> 1. В.Д. Петерсон, Г.А. Скосырева, В.В. Гаузер, Т.И., Рябиченко, И.Ю. Кузнецова, В.Г. Селятицкая, А.В. Дударева, Л.М. Ходова, Н.А. Пальчикова. Комплексная оценка физического развития, психосоматического здоровья и генеративной функции у девушек г. Новосибирска // Комплексные гигиенические исследования на пороге 21 века: - Новокузнецк, 1999. 2. В.Д. Петерсон, Т.И. Рябиченко, В.В. Гаузер, Г.А. Скосырева, Т.Г. Касьянова, В.Е. Горбатовская, И.В. Ничаева, Л.М. Ходова, А.В. Дударева. Особенности становления репродуктивной функции девочек и подростков // Методические рекомендации. - Новосибирск, 2000. 3. Н.В. Алексеева, Е.В. Городкова, А.М. Харченко, М.А. Шеховцова, Л.М. Ходова. Комплексная характеристика конституционального типа женщин раннего репродуктивного возраста // Тезисы 62 итоговой научной конференции студентов и молодых Ученых: - Новосибирск, - 2001. 4. В.А. Изранов, Л.М. Ходова, Т.В. Киселева. Особенности ультразвуковой морфологии молочных желез у девушек - подростков // Методические рекомендации. г. Новосибирск, - 2002.
Трудности	Молодежной клинике исполнился 1 год. Однако за это время персонал клиники понял, что для эффективной лечебной работы не хватает знаний по психологии подросткового периода, умения общаться, что не всегда запретами можно добиться результатов. Очень не хватает в работе психолога, подростки часто импульсивны, они не погружаются в болезнь, как взрослые, и часто возникают ситуации, которые медицинские работники решить не в силах. Не срабатывает в клинике запрет курения, несмотря на постоянные беседы о его вреде. Поскольку в клинике прерывают беременность подростки со всего города, в отделении складывается особый "микроклимат", это своеобразная школа жизни с непредсказуемыми последствиями, поэтому иногда подростков, которые проходят лечение по поводу воспаления или нарушений менструального цикла, родители забирают домой во избежании отрицательного информационного опыта.
Уникальность	Уникальность клиники заключается в концентрации больных одного возраста и одного профиля, причем мы старались собрать всю возможную патологию (врожденные пороки, травмы, гинекологические заболевания, прерывание беременности и т.д.).

XVIII. Государственное учреждение "Краевой молодежный социальный медико-педагогический центр" (г. Хабаровск)

Адрес, телефон, электронная почта	680000, г.Хабаровск, ул.Гоголя 21, оф.26,(4212) 30-45-85, E-mail: irina@family.khv.ru
Год создания	1994 г.
ФИО руководителя	Таенкова Ирина Олеговна.
Подчинение	Комитет по молодежной политике Министерства средств массовой информации, молодежной политики и спорта Хабаровского края.
Источники финансирования	Краевой бюджет, раздел "Государственная молодежная политика".
Направления деятельности	Медико-психолого-педагогическая, социально-правовая, просветительская, издательская.
Целевые группы	Подростки и молодежь 13-29 лет, родительская аудитория.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	НКО Хабаровского края, специалисты социальной сферы (медицинские, педагогические, социальные работники), СМИ.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	105 штатных единиц, из них специалистов, непосредственно оказывающих услуги, - 60 человек. Специальности: специалист по планированию семьи, гинекологи, наркологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе, социальный педагог, психологи, педагоги-организаторы, методисты, юрист, руководители кружков, социолог и др.
Наличие стационара	С сентября вводится в строй загородный центр социальной реабилитации подростков, склонных к употреблению наркотических веществ (структурное подразделение центра).
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Центр расположен в здании ГУ "Краевой Дом Молодежи".
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Хабаровский край, Дальневосточный регион.
Наличие телефонного консультирования	Имеется круглосуточный телефон доверия и телефонная контрацептивная линия "Измени своей жизни концепцию, узнай правду о контрацепции" (в часы работы центра).
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Да, в виде методических пособий и авторских медико-социальных программ, буклетов, брошюр, листовок и проспектов.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	<ul style="list-style-type: none"> ■ Опыт использования срочной контрацепции в работе молодежного медико-социального ("кризисного") центра // Дальневосточный медицинский журнал. - 2000.- №3.- с.78-79. ■ Планирование семьи и контрацептивный выбор молодежи // Тезисы докладов VIII русско-японского симпозиума. - Благовещенск, - 2000,- с.234-236. ■ Репродуктивное поведение и пути оптимизации контрацептивных установок у молодежи Хабаровского края // Контрацепция и здоровье женщины.- 2001. - №2.- с.32-35. ■ Репродуктивное поведение и возможные пути его формирования у молодежи Хабаровского края // Социальная защита детства: теория, опыт: Сборник трудов научно-практической конференции. - Хабаровск, 2002, - с.119-123. ■ Роль молодежных социальных служб в сохранении репродуктивного здоровья // Управление здравоохранением. - 2002. - №3.

XIX. Государственное учреждение здравоохранения Городской консультативно-диагностический центр для детей "Ювента" (репродуктивное здоровье) (г. Санкт-Петербург)

Адрес, телефон, электронная почта	198020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 12, тел. (812) 251-2267, E-mail: juvena@bk.ru
Год создания	1993 г.
ФИО руководителя	Кротин Павел Наумович.
Подчинение	Комитет по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга.
Источники финансирования	Бюджет.
Направления деятельности	<i>Профилактическое:</i> профилактика нарушений сексуального поведения и репродуктивной функции, абортов, ИППП у подростков. <i>Работа волонтерских программ:</i> проведение обучения волонтеров, последующая работа волонтеров в школах и ПТУ города, в летних лагерях отдыха (совместно с общественной организацией "Взгляд в будущее"); проведение акций, конференций.

	<p><i>Лечебно-диагностическое:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ выявление и лечение нарушений репродуктивной функции, сексуальных расстройств, прерывание беременности до 12 недель, оказание помощи жертвам сексуального насилия; ■ диагностика и комплексное лечение ИППП, воспалительных, предопухолевых и опухолевых заболеваний половых органов; ■ оказание психотерапевтической помощи подросткам с акцентуациями характера, нервно-психическими расстройствами, обусловленными нежелательной беременностью, сексуальным насилием, с нарушениями психологической ориентации и полоролевого поведения; ■ оказание косметологической помощи подросткам 12-18 лет;- проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий, направленных на улучшение соматического здоровья (исправления осанки и др.); ■ диагностика и лечение общесоматической патологии, оказывающей неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию юношей и девушек. <p><i>Организационно-методическое:</i> реализация образовательных программ по половому воспитанию и пропаганде здорового образа жизни; курация и контроль за эффективностью деятельности специалистов молодежных клиник города и врачей-детских и подростковых гинекологов, а также обеспечение необходимой методической помощи.</p>
Целевые группы	Подростки 12-18 лет, проживающие в Санкт-Петербурге.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Профилактическая работа с родственниками, родителями подростков. Сотрудничество с педагогами, социальными работниками, психологами.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	122 специалиста, в том числе, врачей - 38. Специальности: детские и подростковые гинекологи, гинекологи-эндокринологи, педиатры, подростковые терапевты, эндокринологи, урологи-андрологи, психотерапевты, дерматовенерологи, дерматологи-косметологи, физиотерапевт, иглорефлексотерапевт, невролог, окулист, отоларинголог, рентгенолог, анестезиолог, хирург, -маммолог, врачи мануальной терапии, стоматолог, фитотерапевт, трансфузиолог.
Наличие стационара	В центре организован дневной стационар на 23 койки (гинекология, урология, дерматовенерология) с целью проведения искусственного прерывания беременности ранних сроков, лапароскопических, урологических операций, а также лечения тяжелых форм нарушений менструальной функции, воспалительных заболеваний половых органов, ИППП и др.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Центр располагается в отдельном здании (бывшего родильного дома №8) площадью 4000 кв. метров.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	Санкт-Петербург.
Наличие телефонного консультирования	Круглосуточная консультативная помощь по "Телефону доверия" (консультации психотерапевтов и медицинских психологов) 251-00-33.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Издание учебно-методических пособий, публикация научных статей, сотрудничество со СМИ (редакциями молодежных газет и журналов), подготовка информационных писем.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	<ol style="list-style-type: none"> 1. "Об опыте консультативно-диагностического центра "Ювента" г. Санкт-Петербурга по организации работы в области охраны репродуктивного здоровья девочек до 18 лет" (Информационное письмо МЗ РФ №2510/9471 01 25 от 06.09.2001 г.), 2. "О состоянии службы охраны репродуктивного здоровья детей до 18 лет в Санкт-Петербурге (Информационное письмо Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга №04/40 106 02 от 27.05.2002 г.), 3. "Распространенность и ранняя диагностика заболеваний репродуктологического профиля у мальчиков" (Информационное письмо КЗ Администрации Санкт-Петербурга №09 2/13 3153 от 12.05.2000 г.), 4. В.К. Юрьев, Т.Ю. Кожуховская, Г.И. Куценко, Д.В. Заславский "Репродуктивный потенциал современных мальчиков - будущих отцов" (Санкт-Петербург, 2000 г., 170 стр.), 5. А.М. Куликов, П.Н. Кротин "Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты" (Пособие для врачей. С-Пб, 2001 г.), 6. И.И. Гоготадзе, В.Е. Самохвалов "Нервная анорексия" (Учебно-методическое пособие. С-Пб, 2002 г.).
Уникальность	ГКДЦ "Ювента" является первой специализированной клиникой в России, созданной специально для подростков. В настоящее время центр является самой большой молодежной клиникой в Европе. Ежегодно количество посещений подростков достигает 200000. Накопленный за 10 лет опыт работы врачей центра в сочетании с возможностью сотрудничества с преподавателями кафедр медицинских вузов, работающих на базе "Ювенты", может служить для передачи и организации работы других молодежных клиник город и РФ. В настоящее вре-

	<p>мя центр осуществляет координацию, курацию и контроль за эффективностью деятельности районных молодежных клиник.</p>
Трудности	<p>Недостаток финансовых средств, выделяемых на проведение ремонта здания и поддержания материально-технической базы центра в удовлетворительном состоянии. "Ювента" располагается в старом здании, требующем капитального ремонта. Указанная проблема не рассматривается и не имеет поддержки со стороны руководства города. Непривлекательный вид внутренних помещений затрудняет работу врачей, препятствует обновлению медицинского оборудования, а также - созданию и функционированию новых подразделений (информационно-вычислительный центр, современный спортивно-оздоровительный комплекс и косметический салон для молодежи, учебно-методический центр).</p>

XX. Дружественная клиника для молодежи Шевченковского района г. Киева

Адрес, телефон, электронная почта	Украина, г. Киев, ул. Владимирская, 43, Тел. (38044) 221-13-26(58)
Год создания	1998 г.
ФИО руководителя	Бобырь Галина Михайловна.
Подчинение	Главное управление здравоохранения Киевской городской администрации/Центр социальных служб для молодежи Киевской городской администрации/
Источники финансирования	Районный бюджет UNICEF (гуманитарная помощь: медицинское оборудование, лекарства)
Направления деятельности	Лечебная, диагностическая, консультативная, профилактическая, информационная, социально-психологическая. Волонтеры в ДКМ - это студенты ВУЗов, которые заинтересованы в собственном профессиональном росте, например по специальности психология, социальная работа. Они принимают участие в консультировании и приёме.
Целевые группы	Подростки 14-18 лет, молодежь из "групп риска" - 18-28 лет.
Работает ли Клиника с ближайшим окружением целевой группы	Да - родители, педагоги, доверенные лица, партнеры.
Количество специалистов (персонала), перечень специальностей	7 человек: гинеколог, дерматовенеролог, психолог, психотерапевт, сексолог, семейный врач, терапевт. Все сотрудники клиники обладают навыками первичного психологического консультирования.
Наличие стационара	Нет.
Наличие отдельного помещения (или название учреждения, на базе которого располагается Клиника)	Детская поликлиника при ДКБ №6 Шевченковского района г. Киева.
Территория, на которую распространяется деятельность Клиники	г. Киев, Киевская область.
Наличие телефонного консультирования	Осуществляется.
Занимается ли Клиника издательской деятельностью	Нет.
Перечислите не более 5-ти научных публикаций, основанных на опыте работы Клиники	Нет.
Трудности	<p>В самом начале работы клиники мы хотели заниматься оказанием разнообразных медицинских услуг, но имели отрицательный опыт с организацией наркологического приёма на базе нашей клиники. В связи с тем, что к нам стали обращаться молодые люди с наркотической зависимостью, они приходили на приём зачастую в состоянии наркотического опьянения. Соответственно работа и нашей клиники, и детской поликлиники, на территории которой мы располагаемся, была сорвана. Поведенческие особенности наркозависимых сделали невозможным их приём вместе с другими пациентами, которые пришли на приём к другим специалистам (гинекологу, дерматовенерологу, психологу и др.). Вследствие этого приём нарколога был приостановлен. На данный момент разрабатывается стратегия работы с данной категорией клиентов. Считаем, что ДКМ должны быть по-возможности специализированными.</p>
Уникальность	<p>В отличие от других медицинских учреждений, где на приём одного пациента отводится от 12 до 15 минут, в нашей клинике уделяется не менее получаса. В клинике нет очередей на приём к специалистам, что, в свою очередь, обеспечивает доступность и конфиденциальность получения помощи.</p>

Тест для Организатора

Этот тест состоит из вопросов, ответы на которые позволят Организатору определить, насколько его учреждение соответствует статусу КДМ и отвечает потребностям молодежи.

Если выполнение какого-либо пункта из представленных ниже является проблемой для Вашего учреждения или если Вы считаете, что он требует более детального обсуждения, отметьте его.

1. Ваша Клиника известна целевой группе (это можно проверить, опросив подростков на улице или в учебных заведениях).	качества информационных материалов и предлагаемых услуг.
2. Часто молодые люди узнают о Вашей Клинике от своих знакомых и родственников.	18. Сотрудники Клиники активно проводят информационную работу в местах сбора молодежи.
3. Посещаемость Клиники, поток клиентов зависит только от сезонности и предсказуем.	19. Все специалисты Клиники знакомы с технологией изменения рискованного поведения и используют ее в своей консультативной и профилактической работе.
4. Молодые люди обращаются в Клинику не только с фактом какого-либо заболевания, но и по другим вопросам.	20. Объем предоставляемых Клиникой услуг диктуется не только необходимостью оказания медицинской помощи, но и потребностями молодых людей (например, услуги косметолога, массажиста, врача ЛФК).
5. Клиенты обращаются в Клинику для профилактических осмотров.	21. В Клинике существует специальный кабинет для первичной регистрации посетителей, чтобы молодые люди не говорили о необходимых им услугах в присутствии третьих лиц.
6. Обычно один клиент получает помощь более, чем одного специалиста Клиники.	22. Время последующих посещений назначается с учетом пожеланий подростков.
7. Все специалисты обладают навыками консультирования подростков и совершенствуют их в процессе обучения и супервизии.	23. Все сотрудники, которые консультируют подростков относительно клинических процедур, сами наблюдали и знают, как проводятся эти процедуры.
8. Сотрудники Клиники имеют возможность проходить обучение и повышать квалификацию по мере желания и необходимости не только в государственных, но и в частных структурах.	24. Все сотрудники знают, куда направить молодого человека для получения информации о здоровье или услуг, которые находятся вне компетенции данного учреждения.
9. Консультирование, проводимое специалистами на каждом приеме, позволяет добиться регулярного посещения клиентами лечения и обследования.	25. Персонал следит, чтобы молодой человек действительно попал в ту службу, куда его направляли.
10. Клиенты приводят с собой в Клинику друзей, родителей, знакомых.	26. Сотрудники различных подразделений общаются между собой с целью обмена информацией и направления клиентов, посещают другие подразделения для обсуждения возникших медицинских проблем.
11. Клиенты приглашают специалистов Клиники в свои учебные заведения для проведения информационной работы.	27. Руководитель Клиники активно осуществляет и приветствует поиск дополнительного финансирования для расширения спектра услуг для молодежи, снижения стоимости услуг, обеспечения молодежи медикаментами и средствами контрацепции.
12. Информационные материалы Клиники всегда пользуются спросом, и клиенты принимают активное участие в их создании и распространении.	28. Руководитель Клиники активно поощряет стремление сотрудников внедрять новые технологии в работе с клиентами.
13. Специалисты мотивированы к изучению мнения и отношения молодых людей к работе Клиники и используют результаты анализа в своей работе.	29. Руководитель Клиники открыт для переговоров с сотрудниками (обсуждение проблем, в том числе, финансовых).
14. Специалисты привлекают подростков к работе КДМ:	
15. Специалисты обучают подростков и молодежь знаниям и навыкам о сохранении здоровья, которыми они могли бы поделиться со своими сверстниками (по принципу "равный обучает равного").	
16. Подростки информируют своих сверстников об услугах, предлагаемых Клиникой.	
17. Подростки предлагают идеи по улучшению	

Пример анкеты, которую можно использовать для анализа удовлетворенности посетителей услугами КДМ.

ОПРОС КЛИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ УСЛУГАМИ _____

Дата: __/__/__

Возраст _____

Ваше образование:

Школа ____ класс

Техникум/училище/лицей ____ курс

ВУЗ _____ курс

1. Почему Вы сегодня пришли в наш центр?

- узнать о методах предотвращения беременности
- узнать о профилактике заболеваний, передаваемых половым путем
- пройти обследование
- пройти регулярный профилактический осмотр
- на лечение
- на консультацию специалиста (_____)
- за компанию с друзьями
- получить другие услуги (_____)

2. Легко ли Вам было добраться до Центра?	Да	Нет
3. Удобны ли для Вас часы приёма?	Да	Нет
4. Вы комфортно себя чувствуете в помещении Центра?	Да	Нет
5. Как долго Вам пришлось ждать приема специалиста?		
6. Было ли Вам удобно ждать приема специалиста?	Да	Нет
7. Обращался ли к Вам персонал доброжелательно и вежливо?	Да	Нет
8. Во время приема позаботился ли специалист о том, чтобы в кабинете не было посторонних?	Да	Нет
9. Во время приема у специалиста была ли у Вас возможность задавать интересующие Вас вопросы и было ли достаточно времени для их обсуждения?	Да	Нет
10. Получили ли Вы ту помощь, за которой обратились в Центр?	Да	Нет

11. Удовлетворены ли Вы оказанными услугами?

Удовлетворен(а) полностью__ Скорее Удовлетворен(а)__

Скорее не удовлетворен(а) __ Полностью не удовлетворен(а)__

12. Чем Вы не удовлетворены, что бы Вы хотели изменить? _____

13. Что Вы можете предложить для улучшения качества предоставляемых Центром услуг?

КЛЮЧЕВЫЕ ПОНЯТИЯ

Здоровье

В научной литературе анализируется более 200 определений понятия "здоровье". В настоящее время понятие "здоровье" подразумевает не только физическое, но и психоэмоциональное, духовное и социальное здоровье человека.

Здоровье определяется как философская, социальная, экономическая, биологическая, медицинская категория, как объект потребления, вложения капитала, индивидуальная и общественная ценность, явление системного характера, динамическое, постоянно взаимодействующее с окружающей средой.

Функционирование системы здравоохранения обеспечивает здоровье населения не более чем на 10%. Остальные 90% приходятся на экологию (около 20%), наследственность (около 20%), и больше всего - на условия и образ жизни (около 50%). Отсюда происходит общепринятое в международном сообществе определение здоровья, изложенное в Преамбуле Устава ВОЗ (1948):

"Здоровье - это состояние физического, духовного и социального благополучия, а не лишь отсутствие болезней или физических недостатков".

Выделяют несколько компонентов (видов) здоровья:

- соматическое здоровье - текущее состояние органов и систем организма,
- физическое здоровье - уровень развития и функциональных возможностей органов и систем,
- психическое здоровье - его основу составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения;
- сексуальное здоровье - совокупность факторов, исключающих нарушения в репродуктивной сфере,
- нравственное здоровье - система ценностей, установок и мотивов поведения личности в социуме, которые зависят от духовности, знаний и воспитания.

Определение здорового образа жизни и формирование здорового образа жизни.

Образ жизни охватывает все сферы жизни: труд и быт, общественную жизнь и культуру, поведение людей и их духовные ценности.

На формирование здорового образа жизни большое влияние оказывают: питание (в том числе, потребление качественной питьевой воды, необходимого количества витаминов, микроэлементов, протеинов, жиров, углеводов, специальных продуктов и пищевых добавок), быт (качество жилья, условия для пассивного и активного отдыха, уровень психологической и физической безопасности), условия труда (безопасность не только в физическом, но и психологическом аспекте, наличие стимулов и условий профессионального развития), двигательная активность (физическая культура и спорт, использование методов разных систем оздоровления, направленных на повышения уровня физического развития, его поддержку, восстановление сил после физических и психологических нагрузок).

Из суммы факторов, определяющих здоровье человека, 50-55% приходится на образ жизни.

Образ жизни включает в себя три основные категории:

1. Уровень жизни - это степень удовлетворения материальных, культурных, духовных потребностей. Это, прежде всего, экономическая категория.
2. Качество жизни - характеризует комфорт в удовлетворении человеческих по-

требностей. Это социальная категория.

3. Стиль жизни - поведенческая особенность жизни человека. Это социально-психологическая категория, которая определяется традициями и личными наклонностями.

Здоровый образ жизни объединяет все то, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в наиболее оптимальных для здоровья и развития человека условиях.

Поведение является одним из важнейших элементов образа жизни в целом, степень влияния которого значительно превышает влияние многих других факторов.

Формирование здорового образа жизни в идеологии КДМ - создание условий для поведения, способствующего сохранению здоровья, или для изменения поведения на более безопасное.

Репродуктивное здоровье?

Это понятие включает гармоничность и сбалансированность полового, физического, психосексуального, психосоциального развития, соматического и психического здоровья. Репродуктивное здоровье становится междисциплинарной задачей, в решении которой должны участвовать врачи разных специальностей. Это выдвигает требования к формированию комплексного подхода к проблеме репродуктивного здоровья.

Социально-значимые заболевания

- заболевания, негативно влияющие на все компоненты здоровья, обусловленные рискованным поведением людей (в данном пособии под социально-значимыми заболеваниями имеются в виду ИППП, ВИЧ-инфекция, алкоголизм, наркомания, "инъекционные" гепатиты В, С).

Профилактика

- это комплекс мер, направленных на предотвращение какого-либо негативного явления.

Виды профилактики:

Первичная профилактика - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих возникновение заболевания.

Вторичная профилактика - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, предупреждающих формирование болезни и развитие осложнений.

Третичная профилактика - комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на предотвращение срывов и рецидивов заболевания.

Типы профилактики

Общесоциальная (неспецифическая) профилактика - сфера деятельности, не затрагивающая непосредственно проблему заболевания, а влияющая на нее косвенно - через административные механизмы, педагогическими средствами, при помощи информационных технологий.

Например, к мероприятиям неспецифической профилактики употребления наркотиков можно отнести благоустройство подъездов домов (установку замков, светильников, изоляцию подвалов и чердаков): затрудняется доступ к потенциальным

местам употребления наркотиков. К этому же типу относятся программы и мероприятия по организации досуга подростков (работа подростковых клубов, спортивные соревнования и праздники): создается альтернатива приему наркотиков, организуется занятость подростков в свободное время.

Специфическая профилактика - мероприятия и программы этого типа призваны влиять на те или иные проявления проблемы и их медицинские и социальные последствия. К таким программам относятся, например, специализированные кампании в средствах массовой информации, уроки, психологические тренинги или тематические семинары и занятия для подростков, выпуск специальной литературы, терапевтические программы для заболевших, программы снижения вреда.

Уровни профилактики

Личностный - на этом уровне воздействие на целевую группу сфокусировано таким образом, чтобы содействовать формированию качеств личности, которые способствовали бы повышению уровня здоровья отдельного человека. К профилактике на личном уровне можно отнести консультирование, лечение, тренинги личностного роста.

Семейный уровень предполагает влияние на "микросоциум" - семью, поскольку семья подростка и его ближайшее окружение во многом способны повлиять на вероятность приобщения молодого человека к наркотикам. Сюда относятся тематические родительские собрания, семейные консультации, вовлечение родителей в общественную работу в школе.

Социальный уровень профилактики, способствует изменению общественных норм в отношении заболеваний или заболевших. Это помогает создать благоприятные условия для работы на личностном и семейном уровнях.

Подростковая медицина

Цель подростковой медицины - охрана и укрепление здоровья, гармоничное развитие личности подростков.

Целевая группа

Это группа людей, характеризующаяся какими-то общими признаками и чертами (возраст, пол, привычки, уровень образования, место жительства и т.д.), группа, на которую направлена деятельность организации/проекта/программы.

Аддиктивное поведение

- стремление к уходу от реальности путём изменения своего психического состояния посредством приёма веществ или фиксации на каких-то активностях (видах деятельности) или предметах, что сопровождается интенсивным развитием эмоций.

Девиантное (отклоняющееся) поведение

- система поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе правовым или нравственным нормам.

Анонимный кабинет

(пункт, приём), при обращении в который не требуется сообщать паспортные данные и/или адрес.

Конфиденциальный

- термин, относящийся к информации, которой нельзя делиться без разрешения.

Навыки

(действие автоматизированное, автоматизм вторичный) - действие, сформированное путем повторения, характеризующееся высокой степенью освоения и отсутствием сознательной регуляции и контроля.

Поведение

- присущее живым существам взаимодействие со средой, опосредованное их внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью. Термин применим как к отдельным особям и индивидам, так и к их совокупностям (поведение биологического вида, социальной группы).

Поведение высокого риска - привычки и стереотипы поведения, увеличивающие шансы подвергнуться опасности заражения. Такое поведение включает в себя незащищенные половые контакты и использование грязных игл. Не существует групп высокого риска - есть высоко рискованное поведение.

Клиент

- человек, обращающийся за услугами.

Пациент (lat. *patiens, patientis* - страдающий)

- лицо, которому оказывается медицинская помощь.

Рефлексия

- психологический механизм самосознания, способность к анализу самого себя, своих внутренних состояний. Возможна направленная рефлексия на осознание внутренних мотивов деятельности. В рефлексии выделяют 6 основных позиций: Я-действительное, Я-как я себя представляю, Я-как меня видят другие; зеркально отраженные позиции со стороны группы: Субъект на самом деле, Субъект - как его представляют; Субъект - как он видит самого себя.

Социальная роль

- ее выполнение - это осуществление совокупности действий, ожидаемых социальным окружением.

Я-концепция

- система представлений человека о себе. Включает в себя три структурных элемента: когнитивный (Я-образ), аффективный (самооценка), поведенческий (проявление двух первых в поведении).

Установки

- готовность, предрасположенность субъекта к восприятию будущих событий и к действиям в определенном направлении; обеспечивает устойчивый, целенаправленный характер протекания соответствующей деятельности, служит основой целеобразной и избирательной активности человека.

Эмпатия

- термин, обозначающий чрезвычайно неоднозначное состояние человеческой психики, которое характеризуется постижением эмоционального состояния другого человека в форме сопереживания. Как особые формы эмпатии выделяют: сопереживание, принятие и вчувствование.

В этой литературе Вы найдете современную статистическую информацию о состоянии здоровья молодых людей РФ.

1. РЕКОМЕНДАЦИИ ПАРЛАМЕНТСКИХ СЛУШАНИЙ "О демографической ситуации в России и мерах Правительства Российской Федерации по ее оптимизации" г. Москва 30 мая 2000 года
2. А.Г. Ильин, И.В. Звездина, М.М. Эльянов, И.К. Рапопорт и др. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков Гигиена и санитария. - 2000. - №1 - С. 59-62.
3. Н.Е. Миронов. Охрана психического здоровья детей и подростков в России // Информац. письмо.-М., МЗ РФ, 1999.- 16с.
4. Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения КОЛЛЕГИЯ МЗ РФ 15 мая 2001г.
5. Куликов А.М., Кротин П.Н. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты.- С. Пб, СПб МАПО.-2001.-59с.
6. Репродуктивный потенциал мальчиков - будущих отцов. (В.К. Юрьев, Т.Ю. Кожуховская, Г.И. Куценко, Д.В. Заславский) -С. Пб.-2000.-170с.
7. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков: Информационное письмо.-М.: МЗ РФ, 1999.-47с.
8. Об опыте консультативно-диагностического центра "Ювента" г. Санкт-Петербурга по организации работы в области охраны репродуктивного здоровья девочек до 18 лет (информационное письмо).- М., МЗ РФ. 2001.-30с.
9. Основы ювенологии: Опыт комплексного междисциплинарного исследования / Под ред. Е.Г. Слуцкого.-С. Пб.: ИРЭ РАН, НАЮ.-2001.-360с.
10. Молодежь Российской Федерации: положение, выбор пути (государственный доклад) / Здоровье молодежи.-М., 2000.-С. 33-40.
11. Баклаенко Н.Г., Л.В. Гаврилова Современное состояние охраны репродуктивного здоровья подростков Здравоохранение. - 2000. - №7 - С. 26-33.
12. Горячева С.П. Демографические и социальные проблемы России: некоторые пути их законодательного решения // Права ребенка.-2001.-№1.-С.9-11.
13. Минздрав: здоровых детей становится меньше (аналитические материалы к парламентским слушаниям на тему: "Национальная стратегия охраны здоровья детей в России и ее правовое обеспечение" // Права ребенка.-2001.-№1.-С.21-26.
14. Герасименко Н.Ф. Проблемы законодательного обеспечения охраны здоровья детей // Права ребенка.-2001.-№1.-С.15-17.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ И РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Айви А, Айви М., Саймэн-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: Практическое руководство. - М., 2000. - 487 с.
2. Акция для молодежи: Руководство по работе с молодежью в области профилактики СПИД. - М., 1994.
3. Анкирская А.С., Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз: особенности клинического течения, диагностика и лечение // Русский медицинский журнал, - 1999. - 5.
4. Баева И.А. Проблемы общения со сверстниками: риск и перспективы риска. Наш проблемный подросток: понять и договориться / Под ред. Л.А. Регуш.-СПб., 2001.-С.127-145.
5. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков. - М., 2000.
6. Брюхина Е.В. Реабилитация девочек-подростков в послеродовом и послеабортном периодах: Методические рекомендации № 96/119 Челябинск, 1996.
7. Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М. О некоторых медико-демографических и социальных аспектах развития подростков //Здравоохранение Российской Федерации.-1999.-№2.С.41-47.
8. Буко М., Герстли Л. Маркетинг: руководство к действию. - Институт Политических Исследований Университета Джона Хопкинса, 1997.
9. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия (курс лекций).- С. Пб., 1996.
10. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия: Актуальные проблемы. - Уфа, 1992.-192с.
11. ВИЧ-инфекция и СПИД. Информация и практические советы людям с диагнозом ВИЧ и СПИД. - М., 2001.
12. Воронков Б.В. Эндогенные психические заболевания у подростков: Лекции. - С. Пб., 1996.
13. Воробьева Н.А., Ивановская О.Д., Ипполитова М.Ф. Трубецкая Т.Е. Молодежная консультация, как новая структура лечебно-профилактического учреждения. С. Пб., 2001.- с.5-29.
14. Вудс Эбнер К. Социальный маркетинг для некоммерческих организаций. - М., 2000., - 196с.
15. Гаврилова Л.В. Репродуктивное поведение населения Российской Федерации в современных условиях-М., 2000.-160с.
16. Герасименко Н.Ф. Проблемы законодательного обеспечения охраны здоровья детей // Права ребенка.-2001.-№1.-С. 15-17.
17. Гребёнкин Ю. Психология в рекламе. - Новосибирск, 2000., 214с.
18. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. - С. Пб., 2000.-573с.
19. Гуркин Ю.А., Сулопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. - С. Пб., 2001.-352с.
20. Детская сексология. Susan Meredith, Robin Gee/ Пер. с англ. Комиссарова Е.В. - М., 1997.
21. Джилл Таббот-Генри, Каролин Смит. Роль консультирования в профилактике и лечении инфекций, передаваемых половым путем // Планирование семьи.- 2000.-№3-4.-С.38-42.
22. Диагностика и статистический учёт заболеваемости в детской и подростковой андрологии: Информационное письмо. - М., 2001.-28с.
23. Дмитриева Н.В., Четвериков Д.В. Психология аддиктивного поведения. - Новосибирск, 2002.

24. Змушко Е.И., Белозеров Е.С. ВИЧ-инфекция. /Руководство для врачей. - С. Пб., 2000.
25. Ильин А.Г., Рапопорт И.З., Звездина И.В., Ямпольская Ю.А. Состояние здоровья подростков: тенденции и проблемы //Врач.-1999.-№9.-С.4-6.
26. Кон И.С. Введение в сексологию. - М., 1989.
27. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. - Минск,1999. - 524 с.
28. Консультирование до и после теста на ВИЧ-инфекцию: Информационный набор. СПИДинфосвязь. - М., 1998.
29. Котлер Ф. Основы маркетинга - М., 1996. - 704 с.
30. Кравченко А.И. Основы социологии: Учеб. пособ. для студентов средних и спец. уч. завед. - М., Екатеринбург, 1998 - 384 с.
31. Краткий словарь по социологии / Под. общ. ред. Д. М. Гвишиани, Н. И. Лапина; сост. Э. М. Коржева, Н. Ф. Наумова. - М.,1988 - 479 с.
32. Куликов А.М., Кротин П.Н. Здоровье девушек: соматические и репродуктивные аспекты.- С. Пб., -2001.-59с.
33. Лендвинова Я. Деньги, деньги повсюду. Привлечение средств в сообществе. - Институт Политических Исследований Университета Джона Хопкинса, 1997.
34. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.-256с.
35. Малова И.О. Бактериальный вагиноз в детском возрасте: особенности течения и основные принципы лечения. // Вестник дерматологии и венерологии, 1999; №1. -С.: 38-42.
36. Малышева С.В. Современные аспекты клинического течения и лечения бактериального вагиноза у подростков РМЖ. - Т. 9. - № 19. - 2001.
37. Медико-санитарное просвещение в школе в целях профилактики СПИДа и ЗППП. Учебное пособие для составителей программ. ВОЗ и Организация ООН по вопросам образования, науки и культуры. - 1996.
38. Медведев В.П., Куликов А.М. Роль семейного врача в охране здоровья подростков. III. Психосексуальное развитие и его оценка // Росс. семейный врач.-1998.-№2.-С.26-32.
39. Медведев В.П., Куликов А.М. Оценка развития подростков. Методические рекомендации. - С.-Пб.,1996.
40. Медведев В.П., Куликов А.М. Роль семейного врача в охране здоровья подростка. VII. Психосоциальное развитие подростков // Российский семейный врач.-2001.-№4.
50. Медведев В.П., Куликов А.М., Четвериков В.А. Основы организации лечебно-профилактической помощи подросткам // Руководство по подростковой медицине. - С. Пб., 1999.-С.704-724.
51. Медицинская этика в детской гинекологии. Методические рекомендации. - С.-Пб., 1998.
52. Молодежь Российской Федерации: положение, выбор пути (государственный доклад) / Здоровье молодежи. - М., 2000.-С. 33-40.
53. Молодежные консультации // СПИД. Секс. Здоровье.-2001.-№3.-С.16-18
54. Молль А. Половая жизнь ребёнка. /Пер. с нем. Л. Рохальского, под ред. Бентовика Б.И. Издание книжного склада „Новая жизнь,, 1909.
55. Об опыте консультативно-диагностического центра "Ювента" г. Санкт-Петербурга по организации работы в области охраны репродуктивного здоровья девочек до 18 лет (информационное письмо).- М., МЗ РФ. 2001.-30с.
56. Овчаров Е.А., Радионова Л.В., Борш Е.Е. Здоровье школьников (медико-социальные, экологические и педагогические аспекты). Учебное пособие. Нижне-

- вартовск, 2000. - 383 с.
57. Орлов-Скоморовский Ф.М. Голгофа ребёнка. Из цикла „К человечеству,, Государственное издательство, 1921.
 58. Основы ювенологии: Опыт комплексного междисциплинарного исследования./Под ред. Е.Г. Слуцкого.- С. Пб., 2001.-360с.
 59. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. - М.,1999.
 60. Охрана репродуктивного здоровья мальчиков и юношей-подростков: Информационное письмо. - М.: МЗ РФ, 1999.-47с.
 61. Очман М., Джордан П. Волонтеры: ценный источник. - Институт Политических Исследований Университета Джона Хопкинса, 1997.
 62. Планирование семьи. Методы контрацепции. Практическое руководство. Под редакцией Айламазяна Э.К. С.-Пб., 1997.
 63. Плиева З.А. Особенности урогенитального хламидиоза у девочек // Гинекология.-2000.- Т. 2- №3.
 64. Подростковая медицина. Руководство для врачей/Под ред. Л.И.Левиной.- С.-Пб.,1999.-723с.
 65. Пособие "Работа программ профилактики: информационная работа и подготовка публикаций"/ "Врачи без границ".- М., 2000.
 66. Психопанализ детской сексуальности. Зигмунд Фрейд, Карл Абрахам, Карл-Густав Юнг, Эрнст Джонс, Шандор Ференци. С. Пб., 1997.
 67. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Пер. с англ.- С. Пб., 1999.
 68. Рекомендации парламентских слушаний на тему: "Национальная стратегия охраны здоровья детей в России и ее правовое обеспечение" // Права ребенка.-2001.-№1.-С. 5-8.
 69. Рекомендации по проведению добровольного обследования населения на наличие антител к ВИЧ.- МЗ РФ, 1997.
 70. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. М., 1994.
 80. Роль медицинских работников в оказании помощи женщинам, пострадавшим от насилия. -М.,1999.
 81. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении/Под ред. И.С. Глазунова, Р.Г. Оганова, Н.В. Перовой, Р.А. Потемкиной.- М., 2000. - 216 с.
 82. Севортьян А, Колесникова В., Пособие "Работа с журналистами и защита общественных интересов".- М., 2001.
 83. Серия: Домашняя юридическая энциклопедия - М., 2000.
 84. Сирота Н.А, Ялтонский В.М., Хажиллина И.И., Видерман Н.С. Профилактика наркомании у подростков. - М., 2001. - 215 с.
 85. Смотри по жизни вперед. Руководство по работе с подростками. - С. Пб., 2001 г.
 86. Содействие здоровью и обучение здоровому образу жизни в школах Российской Федерации. М., 2000. - 146 с.
 87. Социология: Учебник для вузов / В. Н. Лавриненко, Н. А. Нартов, О. А. Шабанова, Г. С. Лукашова; Под. ред. проф. В. Н. Лавриненко. - М., 1998. - 349 с.
 88. Справочник врача подросткового кабинета. /Под ред. Костюрика Г.Н. и др. - К.,1991.
 89. Справочник педиатра-эндокринолога. Под редакцией Алексеева Р.М., Жуковского М.А. и др. - М., 1992.
 90. Терек М. Стратегическое планирование. - Институт Политических Исследований Университета Джона Хопкинса, 1997.
 91. Уильямс Р. Недизайнерская книга о дизайне. Основы дизайна и типографики

- для новичков. С. Пб., 2002.- 128 с.
92. Ушакова Г.А., Елгина С.И. Репродуктивное здоровье детей и подростков. Методическое пособие. - Кемерово, 1996.
 93. Формы и методы профилактической работы врача-дерматовенеролога с несовершеннолетними (методические рекомендации).-Новосибирск, 2000.-23с.
 94. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции - М., 2001. - 208 с.
 95. Хачатрян А. Пособие по созданию информационных материалов (для программ Снижения вреда).- М., 2000.
 96. Чичерин Л.П., Коротких Р.В., Жилиева Е.П. К проблеме защиты прав в области охраны здоровья детей и подростков // Проблемы социальной гигиены и история медицины.-1998.-№3.- С.37-42.
 97. Юрьев В.К., Кожуховская Т.Ю., Г.И. Куценко, Д.В. Заславский Репродуктивный потенциал мальчиков - будущих отцов. - С. Пб.,-2000.-170с.
 98. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии.- С. Пб., 2000. - 640 с.
 99. Ярославский В.К., Гуркин Ю.А. Неотложная гинекология детей и подростков. Руководство для врачей. - С. Пб., 1997.
 100. Я хочу провести тренинг. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. НГОО "Гуманитарный проект".- Новосибирск, 2001.
 101. Adolescents and Human Immunodeficiency Virus Infection: The Role of the Pediatrician in Prevention and Intervention (RE0031) American Academy of Pediatrics. Policy Statement . Pediatrics., 2001;107: 188-190.
 102. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Condom availability for youth. Pediatrics. 1995;95:281-285.
 103. American Academy of Pediatrics, Committee on Adolescence. Sexually transmitted diseases. Pediatrics. 1994;94:568-572.
 104. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS. Education of children with human immunodeficiency virus infection. Pediatrics., 2000;105:1358-1360.
 105. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Adolescents and Human Immunodeficiency Virus Infection: The Role of the Pediatrician in Prevention and Intervention. Pediatrics., 2001;107:188-190.
 106. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Sexually transmitted diseases. Pediatrics., 1994;94:568-572.
 107. Counselling Skills Training in Adolescent Sexuality and Reproductive Health. A Facilitator's Guide. - WHO/ADH, 1993.
 108. Sexuality Education for Children and Adolescents. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Pediatrics.-2001; 108: 498-502.
 109. Futterman D., Chabon B., Hoffman ND. HIV and AIDS in adolescents. Pediatr Clin North Am. 2000;47:171-188.
 110. Disclosure of Illness Status to Children and Adolescents With HIV Infection. Pediatrics.1999;103:164-166.
 111. Education of Children With Human Immunodeficiency Virus Infection. Pediatrics., 2000; 105:1358-1360.
 112. Education of Children With Human Immunodeficiency Virus Infection .Pediatrics. 2000; 105: 1358-1360.
 113. Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Education In Schools. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Pediatrics. 1998;101: 933-935.
 114. Swedwn's Youth Centers Policy Program and Guide to Start Your Own Center.-

- FSUM, 1994.
- 115.** American academy of pediatrics. Suicide and suicide attempts in adolescents // Pediatrics.-2000.-v.105, n 4.-p.871-874.
 - 116.** Care of the Adolescent Sexual Assault Victim // Pediatrics.-2001.-V.107, N.6.- pp. 1476-1479.
 - 117.** Centerval E. Sexuality education for adolescent boys.- RFSU: Stockholm, 2000.
 - 118.** Gonorrhea in Prepubertal Children (RE9803) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS Policy Statement // Pediatrics Volume 101, Number 1 January 1998, pp. 134-135.
 - 119.** Prochaska & Diclemente (1986). Towards a comprehensive model of change. In. Millir, W.R. & Heather,N. (Eds.), Treating Addictive Behaviours. - Processes of Change.

Информацию по правовым вопросам можно получить на Web-сайтах:

<http://www.nsu.ru/orgs/po/>

<http://go.nsk.su/res/23715.html>

Уважаемые коллеги!

Просим Вас ответить на вопросы заключительной анкеты.

Ваша оценка очень важна для нас.

Мы могли бы учесть Ваши замечания при переиздании этого пособия.

ДАННАЯ АНКЕТА СЛУЖИТ ЗАЯВКОЙ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВТОРОГО ИЗДАНИЯ ПОСОБИЯ.

Укажите, пожалуйста, место работы, профессию, должность

Город, контактный телефон, почтовый адрес, индекс и адрес электронной почты

Какой процент предлагаемой в пособии информации был полезен именно Вам?

100 80 60 40 20 0

Почему?

Что, на Ваш взгляд, необходимо изменить в

- структуре пособия

- характере подачи информации

- оформлении

- содержательной части

Какие темы следует раскрыть более широко?

Что можно исключить из пособия? Почему?

Какой информации, необходимой для Вашей работы, не оказалось в пособии?

Оцените по 5-балльной шкале содержание глав:

Название главы	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1. Обоснование необходимости создания Клиник, дружественных к молодежи (КДМ)					
2. Целевая группа и Принципы работы КДМ					
3. Задачи Организатора, персонал и оценка деятельности КДМ					
4. Возможные модели КДМ					
5. Взаимодействие КДМ с другими организациями в поле социального сервиса для подростков					
6. Технологии деятельности КДМ					
7. Полезные приложения - Портфель Организатора					

Спасибо за искренность!

Анкеты можно высылать по адресу modul@ngs.ru

Если в Вашем регионе работает структура, информация о которой не вошла в это пособие, Вы можете сообщить о ней по адресу e-mail: modul@ngs.ru. Описание КДМ Вы можете сделать по примеру других Клиник, информация о которых помещена в Приложении. Паспорт Вашей Клиники будет помещен во второе издание Пособия.

Анкета для организаторов КДМ

Уважаемые коллеги!

Данная Анкета служит заявкой на получение второго издания пособия

Укажите, пожалуйста, название Вашей Клиники

Регион, в котором/на который работает Клиника

Специализация Клиники

Статус Клиники, подчинение

Сколько времени работает Ваша Клиника _____
Почтовый адрес, индекс и адрес электронной почты, контактный телефон

Какие проблемы возникают в работе Вашей Клиники _____

Как Вы решаете эти проблемы

Должность, которую Вы занимаете в Клинике

Как давно Вы работаете в этой должности _____
Какая информация в этом пособии оказалась для Вас наиболее важной и полезной _____

Какой информации, необходимой Вам для работы, не оказалось в этом пособии _____

Укажите, пожалуйста, вопросы по организации медицинского сервиса для молодежи, ответы на которые желательно осветить в следующем издании пособия _____

Если Вы хотите, чтобы специалисты Вашей Клиники получили это пособие, пришлите эту анкету и Вашу заявку в электронном виде по адресу:
e-mail: modul@ngs.ru

ISBN 5-94905-001-0



9 795949 050018

ISBN 5-94905-001-0

ББК 51.1(2)2
К-49

КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ К МОЛОДЕЖИ (пособие для Организатора)

Новосибирск: ООО Олден-полиграфия

ИД № 05941 от 28 сентября 2001 г.

г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 15, оф. 516. тел.: (3832) 12-56-36

e-mail: kasik@exp.nsk.su

Подписано в печать 8.10.2002 г. Печать офсетная. Тираж 2000 экз.

Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии Авангард

Клиника, Дружественная к Молодежи, – это учреждение, оказывающее комплексную медико - психо - социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах Добровольности, Доступности, Доброжелательности. Реализацией идеологии КДМ является оказание помощи подросткам и молодежи через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направленных на сохранение здоровья.