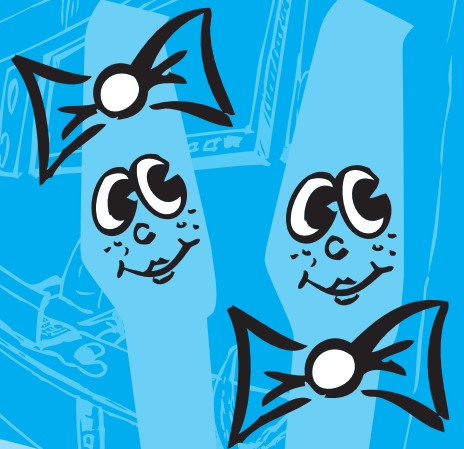


Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу



**Міністерство охорони
здоров'я України**

**Міністерство України
у справах сім'ї, молоді
та спорту**

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

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Київ 2008

УДК 346-786
ББК 65.272

В 80

Автори-упорядники:

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

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

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

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

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

Співавтори:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Рецензенти:

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

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

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

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

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

ISBN 978-966-8869-20-4

©Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2008

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

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

ЗМІСТ

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

*“З підлітків створюються покоління”
Ф.М. Достоевський*

ВСТУП

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

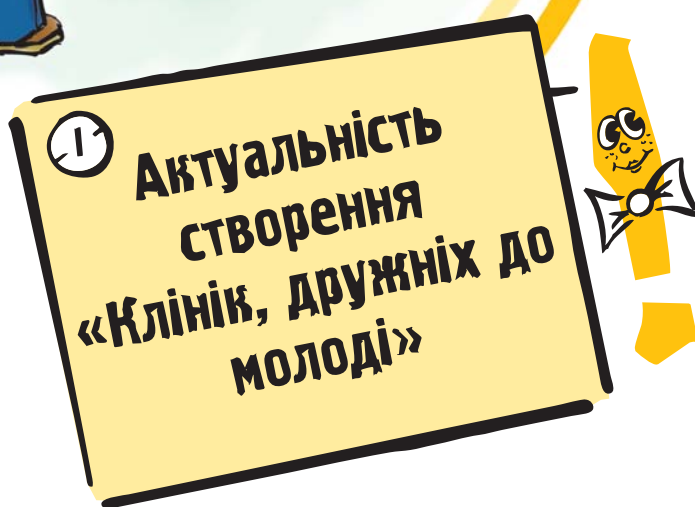


Ідея створення КДМ знаходить все більше нових прихильників серед організаторів охорони здоров’я та соціальних працівників по всій країні. На сьогодні вже розроблено нормативно-правову базу, необхідну для розвитку КДМ. У 2006 році розпочав

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

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

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



1.1 Необхідність надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді

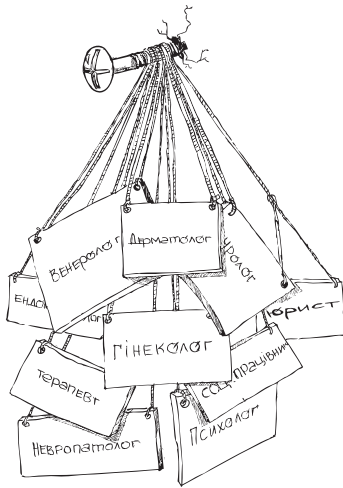
1.2 Особливості підліткового віку

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

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

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

1.1 Необхідність надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Особливості підліткового віку



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

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

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

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

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

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

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

Що відбувається та відчувається у підлітковому віці?

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

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

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

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

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

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

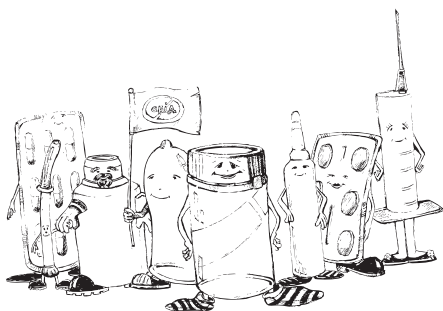
Як у критичний період народження, так і у пубертатному віці, лікар нерідко зіштовхується з низкою явищ, що стоять на межі між нормальними фізіологічними показниками і патологічним станом. Це велика група фізіологічних відхилень, які тією чи іншою мірою можуть стосуватися майже всіх найважливіших органів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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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




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

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

Ключові питання до розділу 1

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



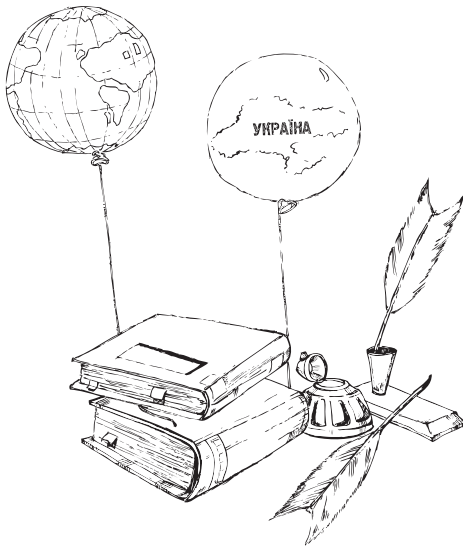
II Законодавче забезпечення охорони здоров'я дітей та молоді в Україні

2.1 Міжнародне та вітчизняне законодавство

2.2 Нормативно-правові засади діяльності КДМ

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

2.1 Міжнародне та вітчизняне законодавство



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

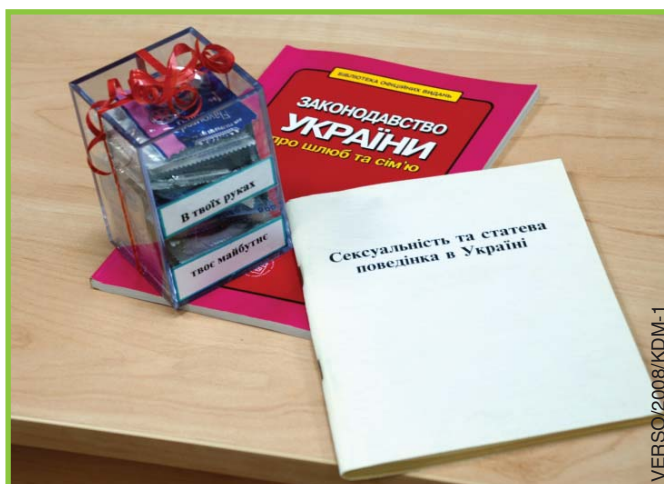
Медична допомога ВІЛ-інфікованим пацієнтам, добровільне тестування регулюються наказами МОЗ України від 19.08.05 №415 “Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”, від 17.05.06 №280 “Про затвердження Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів,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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- уникнення незапланованої вагітності;
- народження бажаних дітей;

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

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

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

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

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

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



Пріоритетними напрямками в програмі визначені:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

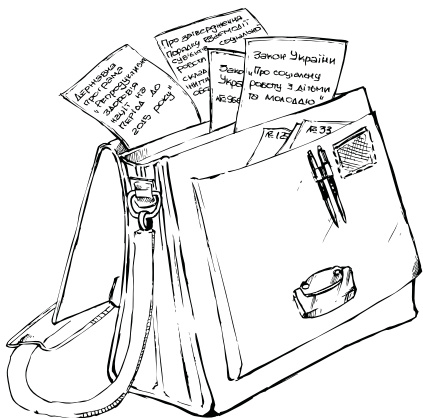
Важливим рішенням держави щодо збереження здоров'я кожного громадянина є забезпечення інформацією щодо його особистого стану здоров'я, затвердженого **статтею 23 Закону України від 02.10.1992 №2657-XII "Про інформацію"**. Стан здоров'я віднесений до основних даних про особу, які надаються з джерел документованої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

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

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



2.2 Нормативно-правові засади діяльності КДМ



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Ця норма тлумачиться по-різному.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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