

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ДЕТСКИЙ ФОНД ООН (ЮНИСЕФ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИКИ,
ДРУЖЕСТВЕННОЙ К МОЛОДЕЖИ**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2008

Содержание

Лекомендации по оценке качества деятельности клиники, дружественной к молодежи
и ее здоровью. — Санкт-Петербург, 2008.— 64 с.

Авторский коллектив:
д.м.н., профессор И. Н. Кротин,
д.м.н., профессор А. М. Кульков,
к. м. н. Т. Ю. Кожуховская.

Лекомендации по оценке качества деятельности клиники, дружественной к молодежи и ее здоровью. — Санкт-Петербург, 2008.— 64 с.	4
I. Общие положения	1
II. Цели и принципы работы КДМ	7
III. Методики оценки качества услуг, предоставленных подросткам молодежными клиниками	11
3.1. Оценка овага подростков и молодежи услугами КДМ	11
3.2. Оценка услуг, предоставленных подросткам, путем анкетирования целевых групп	15
IV. Динамика объективных показателей состояния здоровья, поведения и медицинской активности подростков как критерий эффективности деятельности КДМ	24
V. Характеристика КДМ как лечебно-профилактического учреждения	28
VI. Приложения	31
Приложение 1	31
Приложение 2	46
Приложение 3	51
Приложение 4	57

Настоящие методические рекомендации, посвященные комплексному анализу деятельности клиники, дружественной к молодежи, предлагаются вниманию руководителей учреждений лечебно-профилактической помощи матерям и детям, врачей организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов, педагогов, а также всех специалистов, принимающих участие в работе по охране здоровья и обеспечению медико-социальной помощи подросткам. Методические рекомендации основаны как на международных, так и на отечественных критериях, характеристиках и стандартах услуг/служб, дружественных к молодежи. Методические рекомендации разработаны и изданы при поддержке ЮНИСЕФ в рамках совместного проекта ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНЕСКО «Расширение программы профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи в России», финансируемого Фондом Билла и Мелинды Гейтс.

I. Общие положения

Подростковый период является одним из критических периодов в жизни человека. В этом возрасте заканчивается формирование репродуктивной, нервной, эндокринной и других систем организма, а также становление личности и характера человека. Именно в этом возрасте влияние неблагоприятных факторов внешней среды (социальных, экономических, экологических и др.) влечет за собой особенно неблагополучные последствия.

Согласно определению ВОЗ¹, подростковый возраст — это 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 выбирает профессию и овладевает ею. Опираясь на данные принципы, эксперты ВОЗ предложили считать подростками лиц в возрасте 10–20 лет.

Социальная значимость здоровья подростков обусловлена тем, что они представляют собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества. Негативные тенденции в состоянии здоровья подрастающего поколения, которые отмечаются в последнее время, в будущем могут быть одной из важнейших причин сохранения низкого уровня рождаемости, высоких показателей младенческой смертности, инфекций беременности и родов.

В связи с этим, в последние два десятилетия во всем мире стала очевидной необходимость создания служб охраны здоровья для молодых людей, которые бы отвечали их потребностям. Понятие «подростковая медицина» получило повсеместное признание, а это значит, что профессионалы, работающие в области здравоохранения и социальной помощи осознали важность создания специализированных служб, ориентированных на подростков как отдельную целевую группу. В мире существует большое количество моделей помощи подростку: от разовых выездных акций врачей-специалистов до узко специализированных поликлиник или центров, предоставляющих комплексные медицинские и социальные услуги для молодежи. На основе 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) разработала совместную программу по созданию клиник, дружественных к молодежи (КДМ).

Необходимость и целесообразность создания специальных служб по охране здоровья подростков доказана и отечественным опытом уже более десяти лет действующих подростковых центров и молодежных консультаций Санкт-Петербурга, Новосибирска и других регионов РФ и отражена в информационных письмах МЗ РФ и приказе № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». Обоснованием создания «дружественных к молодежи» служб служат следующие взаимосвязанные факторы:

- социальная значимость здоровья подростков;
- резкое ухудшение здоровья и социальной защищенности подростков;
- недостаточность базовой медицинской помощи, высокая потребность подростков в медико-социальной помощи;
- психическая и социальная незрелость подростков, отсутствие осознанного отношения к своему здоровью и навыков самостоятельного обращения за помощью, отсутствие навыков самонаближдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей;
- изменение структуры заболеваний молодежи с нарастанием удельного веса «болезней рискованного поведения»; эпидемия

¹ Всемирная организация здравоохранения.

- ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путем, употребление наркотиков вынуждают ускорить развитие служб, предназначенных для решения проблем здоровья подростков;
- сниженноe влияние семьи, ранний пубертат и позднее супружеское создают существенные проблемы в охране репродуктивного здоровья;
 - недостаточная степень информированности подростков по проблемам репродуктивного здоровья;
 - необходимость комплексного подхода и межведомственного взаимодействия в охране здоровья подростков и молодежи.
- Таким образом, для подростков и молодежи требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям, и они могут быть реализованы в «клиниках, дружественных к подросткам и молодежи». Однако КДМ должны отвечать строгим организационно-функциональным требованиям, и эффективность их деятельности должна регулярно контролироваться.

Настоящие методические рекомендации, посвященные комплексному анализу деятельности клиники, дружественной к молодежи, предлагаются вниманию руководителей учреждений лечебно-профилактической помощи, материам и детям, врачей организаторов здравоохранения, акушеров-гинекологов, педиатров, а также всех специалистов, принимающих участие в работе по охране здоровья и обеспечению медико-социальной помощи подросткам. Методические рекомендации основаны как на международных, так и на отечественных критериях, характеристиках и стандартах услуг/служб, дружественных к молодежи.

II. Цели и принципы работы КДМ

Клиника, дружественная к молодежи — это учреждение, оказывающее комплексную медико-психологico-социальную помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и доверия. Помощь подросткам и молодежи оказывается через понимание их проблем, совместный поиск путей изменения поведения, направляемых на сохранение здоровья.²

Целью КДМ является сохранение здоровья и обеспечение благоприятных условий для социализации подростков. В задачи КДМ входит: лечение и реабилитация, профилактика заболеванияй, проблем и рецидивов, информационное и консультативное сопровождение, создание психологически комфортных условий для каждого подростка, что облегчит прохождение лечения, решение социальных и психологических проблем.

Фактически КДМ оказывают те услуги, которые по разным причинам не могут быть обеспечены в других лечебно-профилактических учреждениях. Однако КДМ не являются альтернативой и не должны заменить для подростков уже имеющиеся службы, например, детские поликлиники. Различные ЛПУ должны дополнять друг друга в достижении единой цели — обеспечении здоровья молодого поколения. При этом КДМ могут быть составной частью детского ЛПУ как отделение медико-социальной помощи подросткам или центр охраны репродуктивного здоровья подростков.

Отличие КДМ от других медицинских организаций состоит в следующем: КДМ оказывает более широкий спектр услуг, и в итоге обрабатывающийся получает комплексную помощь (не только медицинскую, но и психологическую и социальную); в деятельности КДМ преобладает профилактическая направленность; КДМ как структура реализует

² Примерное положение об учреждении, соответствующем статусу клиники, дружественной к молодежи, приведено в приложении I.

принципы добровольности, доступности, доброжелательности и доверия («четыре Д»).

Реализация принципов работы КДМ осуществляется следующим образом.

1. *Доступность.* Под реализацией этого принципа понимают такое организацию структуры КДМ, при которой молодой человек имеет реальную возможность получения услуг, что подразумевает: простоту процедур обращения, невозможность услуг (для подростков в возрасте до 18 лет) или приемлемость их цены, комплексность оказываемой помощи, возможность получить любую интересующую информацию; удобное расположение, четкую информацию, о предоставляемых услугах, времени работы, ценах, работу с другими организациями, информацио-рекламу в СМИ и др. Территориально КДМ могут располагаться в детской поликлинике с обязательным входом, моложежном центре, жилом доме, центре социальной помощи семье и детям, реабилитационном центре и пр. При этом важна крупная, броская 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. Большое значение имеет нейтральное название КДМ в связи с тем, что многие молодые люди предпочли бы не афишировать свое обращение к врачам психотерапевтам, наркологам, гинекологам, дерматовенерологам, сексологам. Необходимо направлять потоки посетителей так, чтобы сократить время ожидания подростков, и организовать досуг на период ожидания очереди. Расписание работы службы должно быть удобным для подростков. 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. Часть профилактической работы КДМ следует перенести в места, где часто собираются подростки: клубы и организации для молодежи, приюты, где проживают молодые люди, бары и кафе; не надо забывать и о школах.

2. *Добровольность.* Для реализации этого принципа создаются условия, располагающие молодого человека к самостоятельному, осознанному обращению в КДМ и участию в ее деятельности, а также к проявлению доброй воли в выборе услуг КДМ. Главный компонент для реализации этого принципа — информация, связанная с клиникой: телефон доверия, возможность самостоятельного выбора услуг из общего перечня с учетом информации о преимуществах и недостатках, ящик для проблемных обращений с дальнейшим ответом на вопросы и т. п.

3. *Доброжелательность.* Реализация этого принципа подразумевает такую организацию работы, при которой молодой человек будет ощущать максимально доброжелательное отношение со стороны персонала клиники, основанное на понимании и принятии особенностей подростка, уважении, терпимости, соблюдении конфиденциальности и поддержке в выражении собственного мнения. Большую роль здесь играют внешний вид сотрудников, их доброжелательный настрой, демократичная речь, умение работать в кризисной ситуации, плакат на входе «Мы тебе рады», оригинальный интерьер клиники и т. д. Многие молодые люди с ограниченными физическими и ментальными возможностями имеют опыт предубежденного отношения к себе в службах, в которые они обращались. Именно поэтому концепция услуг в КДМ базируется на создании позитивного отношения к подросткам.

4. *Принцип доверия* реализуется при выполнении всех вышеуказанных принципов. Следует особо подчеркнуть, что в КДМ необходимо жестко соблюдать принцип конфиденциальности (сохранение врачебной тайны).

КДМ должна предоставлять подростку право на выбор специалистов и услуг (например, различные методы обследования, контрацепции, лечения, профилактики и т. д.). При этом пациентам необходимо предоставить информацию о преимуществах и недостатках каждого метода лечения или обследования для того, чтобы они могли принять самостоятельное, осознанное и информированное решение. Для реализации этого принципа важно, чтобы подросток участвовал в диалоге со специалистом по поводу полученной информации, что помогало бы

сделать ему осознанный выбор. Персонал должен относиться с уважением к решениям, которые принимает подросток.
Целесообразно вовлечьение молодежи в планирование, работу и оценку качества деятельности КДМ. Для этого можно выяснить мнение молодых людей с помощью опросов-интервью, социологических исследований, статистических данных обращаемости в другие клиники.

III. Методики оценки качества услуг, предоставленных подросткам молодежными клиниками

Специалистами ВОЗ разработаны инструменты и методики, помогающие оценить качество услуг, предоставляемых подросткам клиниками, дружественными к молодежи (далее — КДМ). Важной задачей при этом представляется оценка охвата подростков и молодежи услугами данных служб.

3.1. Оценка охвата подростков и молодежи услугами КДМ

Программа по исследованию «охвата» основана на модели, или «пирамиде» Танахаши (Tanahashi), которая была разработана в 1979 г. Это многоступенчатая модель, включающая в себя: изучение доступности услуг; исследование контактного охвата, т. е. определение удельного веса подростков, обращающихся в клинике; изучение эффективности предоставляемых КДМ услуг или определение удельного веса пациентов/клиентов, получивших адекватное обследование и лечение.

Охват означает способность системы здравоохранения взаимодействовать с целевыми группами населения (проводить мероприятия). Кроме того, понятие «охват» — комплексное и в данном контексте подразделяется на две составные части: «*поменциональный охват*», т. е. доля целевых групп населения, которым могут предоставляться услуги, и «*фактический охват*» — доля населения, которая пользуется услугами.

Понятие «охват» часто используется в том же смысле, что и гонятие «доступность», для обозначения процентной доли населения, нуждающегося в какой-либо услуге и имеющего доступ к ней, хотя «доступность» является всего лишь одной из составляющих охвата.

Классификация охвата населения услугами системы здравоохранения представлена следующим образом:

1. Охват по доступности: люди, которым доступна данная услуга или мероприятие.
2. Охват по достижимости: люди, которые могут пользоваться данной услугой.
3. Охват по приемлемости: люди, которые желают пользоваться услугами.
4. Охват по контакту: люди, которые действительно пользуются услугами.
5. Охват по эффективности: люди, которые получают эффективное обслуживание.

Первые три категории относятся к потенциальному охвату, а вторые две – к фактическому.

На основе методики Танахаши в Санкт-Петербурге была разработана и апробирована методика исследования охвата применительно к службам, дружественным к подросткам и молодым людям. Данная методика включает четыре компонента:

1. Анализ имеющихся эпидемиологических и социально-демографических данных, относящихся к молодежи, описание основных проблем подросткового периода, связанных с общесоматическим, репродуктивным, психическим здоровьем. К примеру, возможно проанализировать распространенность ВИЧ-инфекции, инфекций, передающихся половым путем, и др. среди подростков и молодых людей в возрасте 15–19 лет, проживающих в крупном городе.
2. Подробное описание («мэппинг») учреждений, предоставляющих помощь подросткам и молодым людям в исследуемом населенном пункте (в области, регионе, городе, районе и т. д.) в дополнение к анализу эпидемиологической и социально-демографической ситуации. Рекомендуется условно подразделять анализируемые учреждения по типу предоставляемых услуг (например, образование, медицинское обслуживание и пр.).

3. Анализ законодательной и нормативной базы, которая может способствовать или препятствовать реализации инициатив и проведению мероприятий, направленных на предотвращение модификации знаний, навыков и услуг, необходимых для укрепления здоровья и предупреждения заболеваний.
4. Обследование молодых людей для получения от них сведений об использовании, доступности и приемлемости предоставляемых услуг.

1. Анализ имеющихся эпидемиологических и социально-демографических данных по месту проведения оценки охвата

- 1.1. К социально-демографическим характеристикам населения могут относиться: оценка численности и состава населения; доля населения в возрасте 10–14, 15–19, 20–24 лет мужского и женского пола отдельно; доля молодых людей в 5-летних возрастных группах, а также лиц мужского и женского пола, посещающих школу; количество и тип школ.
- 1.2. К эпидемиологическим характеристикам населения могут относиться: средний возраст начала половой жизни для мужчин и женщин; распространность ИППП и ВИЧ; наличие и доступность контрацептивных средств в целом, в 5-летних возрастных группах для молодых людей, а также среди лиц мужского и женского пола; процент беременных среди подростков в 5-летних возрастных группах.
- 1.3. В число дополнительных параметров оцениваемых программ могут входить: наличие сходных тематических инициатив в других учреждениях здравоохранения и образования, в СМИ и пр.

2. Мэппинг имеющихся услуг

- 2.1. При описании (мэппинге) услуг здравоохранения следует разделять их на предоставляемые государственными, негосударственными и частными структурами. Внутри каждой

категории предполагается описание типов предоставляемых ими услуг (к примеру, для молодежи минимальный набором услуг, по предупреждению ВИЧ/СПИДа является доступ к контрактным средствам, выявление и лечение ИППИ, проведение анализов на ВИЧ и консультирование).

- 2.2. В сфере услуг образования мэппинг предполагает разделение на услуги, предоставляемые государственными, негосударственными и частными структурами, а также описание типов учебных заведений внутри каждой группы. Мэппинг включает и описание других видов услуг, например, обучающие программы для молодежи, находящейся вне системы образования, и в этом случае описание также следует осуществлять с учетом особенностей территории их проведения, а также классифицировать в соответствии с типом предоставляемых им учреждений.

3. Анализ законодательной и нормативной базы

- 3.1. Анализ существующего национального законодательства, политики, директив, указов и пр., имеющих отношение к предоставлению конкретных видов услуг.
- 3.2. Описание систем и служб, ответственных за предоставление конкретных услуг (например, системы здравоохранения, а ее рамках — государственного, негосударственного и частного секторов; то же относится и к системе образования). Такое исследование может быть проведено на национальном, районном, областном и местном уровнях.
- 3.3. По завершении работы целесообразно вместе с группой лиц, принимающих решения и формирующими политику на конкретном уровне, проанализировать то, каким образом национальное законодательство претворяется в жизнь в региональных и/или местных структурах и, в конечном счете, как оно выполняется в отношении предоставления услуг. К примеру, предположим, что существует национальный закон о

целевом воспитании во всех государственных медицинских школах, но в реальности на региональном или муниципальном уровне этот закон не исполняется.

3.2. Оценка услуг, предоставляемых подросткам, путем анкетирования целевых групп

При проведении такой оценки прежде всего следует изучить уровень информированности целевой группы об услугах, предоставленных КДМ, в т. ч. в области охраны репродуктивного здоровья, а также необходимости этих услуг для подростков и молодежи (по результатам анкетирования целевых групп). При этом планируется получить ответы на следующие вопросы:

- А) актуальность проблемы, ее идентификация подростками: серия последовательных вопросов позволяет выяснить в ходе анкетирования, нуждаются ли респонденты в указанных видах услуг³, обращались ли они когда-нибудь за этими услугами и т. п.;
- Б) знание об учреждениях, в которые можно обратиться за определенной помощью;

- В) знание об услугах, которые можно получить в учреждениях.

При проведении опросов предлагается использовать апробированный в ходе pilotного исследования в Санкт-Петербурге «Вопросник для уличного опроса», включающий 17 вопросов.⁴ Для достижения назначанных выше целей рекомендуется проводить именно уличные опросы подростков как наилучший метод для изучения охвата, что обосновано следующими обстоятельствами:

1. *Доступность целевой группы.* Подавляющее большинство подростков в городе (поселке), где проводится исследование, являются потенциальными участниками уличного опроса. Большинство из них проводят

³ Это может быть уже упомянутый минимальный набор услуг для молодежи по предупреждению ВИЧ/СПИДа — доступ к контрактным средствам, выявление и лечение ИППИ, проведение анализов на ВИЧ и консультирование. Это могут быть любые другие виды услуг, предоставляемых КДМ.

⁴ Приложение 2.

много времени на улице — социализируются в компаниях сверстников, используют различные возможности для активного досуга (ролики, веселые заработки), скейтборды, футбол и пр.), приобретают экономический (случайные заработки), девиантный (пиво, курение, криминальные виды деятельности), сексуальный (поиск партнеров) опыт. Даже очевидные инициативами образования и досуга подростки фактически проводят на улице немало времени, особенно с наступлением теплого времени года. Поэтому уличной стратегией является исследование на улице в конце апреля — мае. Кроме того, подростки активно пользуются общественным транспортом для поездок в учебные заведения, на работу, в места массового досуга. Поэтому при хороший подходит для интервьюеров уличный опрос позволяет получить наиболее презентативную выборку подростков в возрасте 15–19 лет.

2. Доступ к подросткам из бедных слоев населения и групп риска.

Подростки из этих категорий населения проводят в уличных/дворовых компаниях сверстников большую часть своего свободного времени. Многие из них не учатся и не могут быть доступны в учебных заведениях. Также доступ к данным категориям затруднен по месту работы, так как многие заняты в неблагоприятных условиях, с низкой оплатой, недружественным отношением со стороны работодателя (часто околоворотничального). В то же время, уличные или дворовые компании сверстников — обычно смешанные по составу и не носят открыто криминального характера. Поэтому они не представляют серьезной опасности и доступны для исследователей, по крайней мере, в светлое время суток.

3. Соответствие темы исследования ситуации, в которой находятся подростки на улице. Улица (двор) является пространством, в котором подростки почти не контролируются взрослыми. Поэтому, в отличие от дома, школы и работы социализация на улице подразумевает активное освоение подростками взрослых ролей, в числе которых и модели сексуального и репродуктивного поведения. Можно предположить, что сексуальная инициация современных подростков в значительной мере происходит как раз в связи с практиками

времяпроживания и социализации в уличных/дворовых компаниях. Поэтому проведение исследования на тему репродуктивного здоровья в этой ситуации очень адекватно для подростков.

4. Высокая степень конфиденциальности. В связи с отсутствием контроля со стороны взрослых и тем, что исследователи, соседями пр., подростки на улице будут максимально откровенны в обсуждении деликатных тем. Кроме того, их искренность будет стимулироваться тем, что в ситуации социализации на улице наличие опыта в сексуальной сфере является символом взрослости и не табуировано, как в школе и семье.

Задача оценить охват подростков учреждениями, предоставляемыми услуги в области репродуктивного здоровья, подразумевает получение количественных оценок для того или иного города. Представляется достаточным использовать выборку размером 400 подростков, что позволит получить количественные оценки для города в целом в пределах статистической погрешности не более $\pm 5,0\%$ для уровня надежности 95,4%. Такая выборка позволит оценить существующую ситуацию в городе достаточно достоверно.

Проведение опросов учащихся в учебных заведениях представляет-

ся нецелесообразным по следующим причинам.

1. Недостаточный охват подростков. Не все подростки посещают школу. В возрастной группе 15–17 лет многие уже бросают учиться и начинают работать. Немало и тех, кто числится посещающим школу, но фактически бывает там очень редко. Подростки, переставшие посещать школу, потенциально являются группой риска и представляют большой интерес для исследования. Однако сейчас нет надежных статистических данных о том, какова доля подростков, не посещающих школу или другие учебные заведения, в этой возрастной группе. В возрастной группе старше 17 лет учащихся и студентов еще меньше. Дальше продолжают учиться только те, кто хочет получить профессиональную подготовку. Меньше всего в образовательных учреждениях представлены подростки из неблагополучных и бедных семей, а также те, кто живет самостоятельно и не опекается родителями.

2. **Исследование результатов исследования.** В средних учебных заведениях (школы, лицей, професиональные училища и т. д.) в настоящий момент сохраняются более авторитарные отношения между учителями и учениками, чем в обществе в целом. Вопросы о сексуальном и репродуктивном здоровье при проведении интервью в школах могут восприниматься с подозрением, и многие не станут отвечать на них искренне. Школьники будут опасаться контроля со стороны учителей и администрации, а также разглашения конфиденциальной информации их родителям. Кроме того, учебные заведения очень сильно дифференцированы по составу учащихся, качеству образования, идеологии учителей и культуре взаимоотношений между учениками и учителями. Позиции администрации школ по отношению к общественному зданию также весьма различны. Поэтому при проведении опроса только в нескольких школах высока вероятность получения ошибок, связанных с индивидуальными особенностями каждого заведения.

3. **Ограничение доступа в учебные заведения.** В школы и другие учебные заведения, особенно среднего образования (где учатся несовершеннолетние), доступ для исследователей затруднен. В них нельзя осуществлять никакую деятельность без согласования с администрацией. Это означает, что исследование в школах может охватить только те заведения, в которых администрация будет заинтересована в этом. В некоторых школах администрация будет категорически против любых исследований, так как может опасаться выявления собственных нарушений. Существует также движение школьных учителей против сексуального и т. п. образования, и его представители не допускают проведения исследования в своих школах.

Единственным существенным ограничением при проведении интервью на улице является его объем, который должен предполагать продолжительность ориентировочно не более 5–10 мин. В остальном это стандартные интервью, и тут нет никаких существенных различий по отношению к интервью в клиниках, школах, детских домах и т. д.

Задачи оценки охвата позволяют сформировать вопросник для уличного интервью, включив него индикаторы актуальности проблемы

для подростка, информированности об источниках услуг и самих услугах, наличия опыта посещения клиник дружественных к молодежи, и отношения к ним. В сочетании с данными более развернутых исследований в КДМ этот объем уличного исследования представляется достаточноным для оценки охвата.

Полевые процедуры в ходе опроса выполняет квалифицированная бригада интервьюеров последовательно во всех заранее намеченных районах города. Отбор респондентов осуществляется по специальному разработанной квоте, учитывающей демографические характеристики подростковой популяции в каждом районе, а также особенности социального статуса и социализации подростков.

В каждом районе выделяются *кластеры* — точки проведения опроса. Число кластеров определяется, исходя из ожидаемого количества опрошенных 20 человек в каждом кластере. Под кластерами подразумеваются крупные кварталы (в районах периферийной застройки) либо группы кварталов — микrorайоны (в центральных районах). Кластеры маркируются адресом условной центральной точки (улица, № дома). Точные границы кластера не устанавливаются, но интервьюерам следует придерживаться правила: работать в радиусе 1 остановки маршрутного транспорта (5 минут пешком) от центральной точки кластера.

В дополнение к квоте формулируется маршрутное задание для интервьюеров с тем, чтобы равномерно охватить различные зоны на территории районов и субъюсти пропорции в выборке: часть подростков опрашивается около транспортных артерий и локальных центров, другая часть — на внутристоронних территориях (во дворах). Поскольку подростки социализируются преимущественно компаниями, предполагается, что интервьюеры будут работать группой и, вступив в контакт с компанией подростков, приглашают к интервью сразу несколько человек. При этом сами интервьюеры должны быть индивидуальными, для чего интервьюер просит респондента отойти с ним на небольшое расстояние, чтобы их диалог не слышали остальные.

Помимо информированности целевой группы, проводится также оценка доступности различных видов услуг КДМ разным категориям детей и подростков. При этом оцениваются следующие показатели: посещаемость учреждений подростками; удовлетворенность посетителей КДМ и других учреждений оказанной им помощью (по результатам анкетирования посетителей клиник).

Для проведения анонимных опросов посетителей КДМ рекомендуется использовать «Опросный лист для клиента КДМ»⁵, неоднократно апробированный в подростковых центрах России (Новосибирск, Томск, Барнаул, 1993 г.; Санкт-Петербург, 2005 г.). Данная анкета включает 39 вопросов, в том числе 9 открытых.

Для оценки деятельности КДМ с позиции пациентов используются следующие параметры:

- A. Учреждения / молодежные клиники и услуги, дружественные к молодежи:
 - удобное расположение;
 - работа в удобное для посетителей время;
 - отсутствие очередей на прием к специалистам;
 - консультирование и прием пациентов по предварительной записи или без нее;
 - удобная зона или помещение для ожидающих приема;
 - предоставление обучающих информационных материалов.
- B. Персонал, дружественный к подросткам:
 - дружелюбность персонала и желание сотрудников помочь подросткам и молодым людям;
 - личное знакомство с пациентом, представление по имени и отчеству сотрудника пациенту;
 - легкость в общении сотрудника с пациентом;
 - объяснение действий и манипуляций пациенту во время приема;
 - уважительное отношение к подросткам;

⁵ Приложение 3.

- внимание к решению, принятым подростками;
 - уважение к способности юных пациентов принимать решения;
 - высокая профессиональная подготовка сотрудников;
 - корректное поведение сотрудника во время приема.
- B. Конфиденциальность и приватность:
- уверенность юных пациентов в том, что их визит сохранится в тайне;
 - необходимость обязательного информирования и получения согласия родственников для посещения КДМ;
 - удовлетворенность пациентов уровнем конфиденциальности и приватности;
- G. Информированность:
- удовлетворение посетителей КДМ полученной информацией по вопросам, связанным с организацией работы учреждения, приема специалистов и т. п.;
 - предоставление раздаточных информационных брошюр и буклетов, наличие наглядных пособий и материалов для посетителей.
- D. Доступность услуг:
- наличие бесплатных услуг для подростков и молодежи;
 - приемлемость цен на платные услуги;
 - гендерная доступность услуг КДМ.
- E. Комплексность оказываемой помощи.
- Ж. Привлечение подростков и молодых людей к работе КДМ.
- При анонимных опросах посетителей рекомендуется проводить сплошное исследование, предлагая заполнить анкету каждому посетителю КДМ за определенный промежуток времени. Предполагаемое число посетителей, которых возможно опросить за один день — 25 человек.
- Анализ полученных данных проводится путем расчета экстенсивных показателей, как правило, на 100 респондентов, ответивших на данный вопрос анкеты.

Пример расчета

$$\text{Удельный вес подростков,} \\ \text{отвечающих на 18-й вопрос анкеты} \\ \text{считающих опросение к ним} = \frac{\text{Число респондентов, отвечающих} \\ \text{положительно на 18-й вопрос анкеты}}{\text{Число ответивших} \\ \text{на 18-й вопрос анкеты}} \times 100$$

В целях расширения возможностей оценки эффективности деятельности КДМ рекомендуется, кроме опросов посетителей молодежных клиник, проводить также *анкетирование их сотрудников*, для чего целесообразно использовать «Опросный лист для сотрудника КДМ» (приложение 4), также неоднократно апробированный в молодежных клиниках. Данная анкета содержит 32 вопроса, в том числе 11 открытых.

Вопросы в анкете структурированы в семь разделов:

- учреждения, дружественные к молодежи (5 вопросов);
- информированное согласие, конфиденциальность и приватность (9 вопросов);
- виды услуг (3 вопроса);
- профессиональная подготовка персонала (8 вопросов);
- инструкции и алгоритмы (2 вопроса, включая 1 в табличной форме);
- информационный менеджмент (2 вопроса);
- привлечение молодежи к сотрудничеству (2 вопроса).

Респондентам разрешается вносить комментарии к ответам на все вопросы, включая закрытые. Формулировка вопросов позволяет использовать этот вопросник для проведения анкетирования основных сотрудников КДМ, а также совместителей и волонтеров клиники.

В целях *интегральной оценки* деятельности учреждения по каждому оценочному вопросу анкеты подсчитывается удельный вес положительных ответов, который впоследствии переводился в баллы по следующей шкале:

- 90% и более положительных ответов — 5 баллов;
- от 70 до 90% положительных ответов — 4 балла;
- от 50 до 70% положительных ответов — 3 балла;

- от 30 до 50% положительных ответов — 2 балла;
- 30% и менее положительных ответов — 1 балл.

Полученные результаты следует соотносить со стандартными уровнями эффективности деятельности клиник, дружественных к молодежи:

- уровень 3 (полное соответствие стандартам): не менее 70% персонала и 70% посетителей отмечают достижение результата на ожидаемом уровне; интегральная оценка по результатам опроса посетителей и персонала (произведение двух баллов по каждому признаку) — 16 баллов и более;
- уровень 2 (частичное соответствие стандартам): не менее 50% персонала и 50% посетителей отмечают достижение результата на ожидаемом уровне; интегральная оценка — 9–15 баллов;
- уровень 1 (несоответствие стандартам): менее 50% персонала и 50% посетителей отмечают достижение результата на ожидаемом уровне; интегральная оценка — менее 9 баллов.

IV. Динамика объективных показателей состояния здоровья, поведения и медицинской активности подростков как критерий эффективности подростков как критерий эффективности деятельности КДМ

Результатирующими критериями эффективности деятельности КДМ, беспорно, являются позитивные или негативные изменения объективных показателей состояния здоровья (в частности, репродуктивного), поведения и медицинской активности подростков. Разумеется, невозможно отнести любую динамику указанных параметров на счет деятельности КДМ, однако все же их оценка очень важна. Положительная динамика при отсутствии существенных социально-экономических сдвигов за изучаемый период в данном регионе (городе) вполне может служить критерием эффективности работы клиники. В целях изучения состояния здоровья, поведения и медицинской активности подростков могут быть использованы данные официальной медицинской статистики (заболеваемость, инвалидность, число абортов и др.), результаты медицинских осмотров, а также данные социологических опросов.

В медико-социальных исследованиях для количественной оценки группового здоровья традиционно принято использовать следующие индикаторы.

1. *Демографические показатели*. К ним могут относиться численность подростков (общая, по годам жизни, по полу), рождаемость у несовершеннолетних матерей (с распределением по годам жизни), материнская смертность несовершеннолетних.

2. *Заболеваемость и инвалидность*. Прежде всего, следует говорить о заболеваемости по данным обращаемости в лечебно-профилактические учреждения — общей и по основным классам болезней в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Поскольку КДМ обычно занимаются в основном репродуктивным здоровьем подростков, в пер-

вую очередь следует анализировать распространенность нарушений со стороны репродуктивной системы подростков, включая ИППП.

Необходимо различать первичную заболеваемость, то есть учет новых, пыгде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных у населения заболеваний, и накопленную заболеваемость (общую заболеваемость, болезненность, или распространенность), в ходе расчета которой учитываются все имеющиеся у населения заболеваний, как впервые выявленные в данном календарном году, так и зарегистрированные в предыдущие годы, но по поводу которых большиной вновь обратился за медицинской помощью в данном году. Все амбулаторно-поликлинические учреждения составляют отчетную форму 12 — «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», которая и может служить источником данных официальной медицинской статистики.

Однако заболеваемость по данным обращаемости зависит от многих объективных и субъективных факторов (в частности, от медицинской активности подростков), а потому не отражает в полной мере состояния здоровья. В связи с этим рекомендуется использовать такой параметр, как патологическая пораженность, или заболеваемость по данным медицинских осмотров.

Все перечисленные показатели принято рассчитывать как в целом, так и по отдельным возрастно-половым группам и выражать в интенсивных показателях, как правило, на 1000 лиц соответствующего возраста и пола.

Пример расчета

$$\text{Патологическая пораженность нарушениями менструального цикла, выявленными при медицинском осмотре}_{\text{в возрасте } 15-17 \text{ лет}} = \frac{\text{Число случаев нарушений менструального цикла, выявленных при медицинском осмотре}}{\text{Число осмотренных девочек в возрасте } 15-17 \text{ лет}} \times 1000$$

3. *Физическое развитие*. Его показатели делятся на антропометрические (основанные на измерении размеров тела скелета человека),

антропоскопические (основанные на описании тела в целом и отдельных его частей: развитие жирового слоя, мускулатуры, форма грудной клетки, спины, живота, ног, пигментация, волосяной покров, вторичные половые признаки и т. д.) и физиометрические (признаки, которые определяют физиологическое состояние, функциональные возможности организма: жизненная емкость легких, мышечная сила кистей рук и др.)

К сожалению, показатели физического развития не являются обязательными для официального статистического анализа и не отражаются в отчетности, что не позволяет повсеместно и постоянно следить за уровнем и динамикой физического развития детей и подростков. Поэтому изучение физического развития возможно лишь в ходе специально организованных медицинских осмотров.

Существенным подспорьем для анализа деятельности КДМ при этом может стать анализ данных обследования призывников медицинскими комиссиями военных комиссариатов. При оценке физического развития могут применяться как параметрические (ситмальные), так и непараметрические (центильные) критерии.

Существенным моментом в оценке эффективности деятельности КДМ является *анализ поведения и медицинской активности подростков*. Среди важнейших показателей следует назвать: средний возраст начала половой жизни для мужчин и женщин; заболеваемость подростков ИППП и ВИЧ-инфекцией; доля сексуально активных подростков, использующих средства защиты при половых контактах, а также эффективные контрацептивные средства; число и частота беременностей и абортов (в т. ч. на ранних сроках) у несовершеннолетних и т. д.

Указанные показатели принято анализировать как в целом, так и по отдельным возрастно-половым группам, отдельным заболеваниям, отдельным группам контрацептивов и т. д., выражая в абсолютных и относительных (на 1000 или на 100 лиц соответствующего возраста и пола) величинах.

Пример расчета

$$\frac{\text{Удельный вес юношей, начавших половую жизнь,}}{\text{к 15 годам}} = \frac{\text{Число юношей, начавших половую жизнь}}{\text{Число опрошенных юношей в возрасте 15 лет}} \times 100$$

Важным критерием эффективности профилактической работы КДМ является осведомленность молодежи, проживающей в районе ее деятельности, о факторах риска возникновения заболевания, о правилах сохранения общего и репродуктивного здоровья, состоянии полового воспитания и образования. Оценка динамики такой осведомленности за время работы КДМ проводится, разумеется, методом социологического опроса. Методика его проведения уже рассмотрена в разделе III.

V. Характеристика КДМ как лечебно-профилактического учреждения

Как в любом лечебно-профилактическом учреждении, руководитель, КДМ должен проводить учет деятельности персонала и подразделений, составляя ежегодные (а при необходимости, полугодовые, квартальные, ежемесячные) отчеты и анализируя статистические данные. Сбор информации, проведение текущего мониторинга, а также регулярный анализ показателей работы в динамике позволяет более объективно оценивать объем, качество и эффективность предоставляемых услуг.

Предлагаемая ниже отчетная форма «Сведения о молодежном консультативном центре /молодежной консультации за _____ год» разработана и апробирована в Санкт-Петербурге в клиниках, дружественных к молодежи, используется для составления ежегодных отчетов об их работе. Отчет включает следующие основные разделы:

1. Структура и материально-техническая база: занимаемые площади, основные подразделения КДМ, их оснащение лечебной и диагностической аппаратурой, мебелью, оргтехникой и т. д.

2. Штаты КДМ: число штатных и занятых (в том числе физическиими лицами) должностей; распределение работников с высшим и средним медицинским, общим, немедицинским образованием по специальностям; процент укомплектованности ставок (в том числе физическими лицами).

3. Режим и организация работы КДМ.

4. Обслуживаемые контингенты: общее число и возрастно-половая структура детского и подросткового населения, проживающего на территории обслуживания КДМ; находящиеся в районе деятельности образовательные учреждения.

5. Работа персонала КДМ: общее число посещений, в том числе с профилактической целью и по поводу заболевания; удельный вес первичных посещений; возрастно-половая структура пациентов; число посещений в смену, нагрузка врачей на приеме, в том числе на профилактических осмотрах; функция врачебной должности у врачей разных специальностей.

6. Профилактическая работа КДМ: проведение профилактических осмотров разных возрастных групп, в том числе учащихся дошкольных учреждений, школ, средних специальных учебных заведений; частота выявления патологии по основным возрастно-половым группам и классам болезней.

7. Диагностическая работа: объем выполненных лабораторных и инструментальных исследований пациентам КДМ в самой КДМ и других ЛПУ по направлению КДМ.

8. Работа по контрацепции: количество консультаций по поводу контрацепции (девушек и юношей) до и после начала половой жизни; число обращений по поводу аварийной контрацепции; количество консультаций по поводу беременности и ее прерывания на разных сроках; число проведенных абортов; количество консультаций по поводу назначения и отмены гормональных контрацептивных средств.

9. Выявление и лечение гинекологической и андрологической патологии (анализируется по основным возрастно-половым группам и нозологическим формам); диспансерное наблюдение за подростками с нарушениями со стороны репродуктивной системы.

10. Выявление и лечение инфекций, передаваемых преимущественно половым путем (анализируется по основным возрастно-половым группам и нозологическим формам).

11. Работа социального педагога КДМ: сведения о семьях и детях, находящихся под наблюдением (дети-инвалиды, сироты, дети из детских домов и приютов, употребляющие алкоголь и наркотики, состоящие на учете в милиции, дети беженцев, семьи инвалидов, неполные, многодетные и асоциальные семьи); взаимодействие с психолого-педагогическими медико-социальными центрами, с органами социальной защиты и народного образования, с детской комнатаю милиции.

12. Работа психотерапевта (медицинского психолога): проведенные индивидуальные и групповые консультации; проведенные тренинги, беседы и лекции; семейная психотерапия; работа телефона доверия.

13. Учебно-методическая и информационная работа: число проведенных сотрудниковами (раздельно в КДМ, в образовательных учреждениях, в других местах) тренингов, бесед, семинаров, лекций для подростков, родителей, педагогов, других контингентов по охране общего и репродуктивного здоровья детей и подростков, физиологии и гигиене периода полового созревания, профилактике ИППП, аддиктивного поведения, нежелательной беременности, психолого-психологическим и сексологическим проблемам подросткового периода и т. п. Публикация сотрудниками КДМ статей, брошюр, книг санитарно-просветительной направленности.

14. Научная работа: исследовательские проекты, научные публикации, выступления на научных конференциях, защита диссертаций.

Для получения более широкого представления о КДМ, изучение качества и эффективности ее услуг руководителям учреждения и вышестоящим органам управления здравоохранением целесообразно проводить комплексную экспертизу клиники. Процедура внешней или внутренней экспертизы позволяет получить более объективную и достоверную информацию о работе специалистов, а также предоставить, возможность оценить соответствие деятельности клиники принципам КДМ.

Работу по проведению экспертизы можно условно разделить на два этапа. Первый этап — самооценка. Руководитель учреждения проводит самооценку, заполняет соответствующие разделы протокола экспертизы (столбец «Самооценка» или «СО» и разделы «Для руководителя» в таблицах протокола), готовит всю необходимую документацию, а также оформляет часть для самооценки в карте итогов экспертизы.

На втором этапе проводится экспертиза оценка. Внешние эксперты проводят проверку учреждения и анализируют представленные данные по деятельности учреждения, отражают свое мнение в столбце «Экс» (экспертиза), а также в заключении по результатам экспертизы и в карте итогов экспертизы.

По требованию экспертов любой членовой показатель должен быть подтвержден соответствующими документами. Полный протокол экспертизы КДМ приведен в приложении 1.

VI. Приложения

Приложение 1

ПРОТОКОЛ ЭКСПЕРТИЗЫ КДМ

Протокол заполняется руководителем и/или главным врачом учреждения.

Пункты «Только для эксперта» заполняются только внешними экспертами.

Оценка соответствия учреждения требованиям КДМ выражается в условных обозначениях:

- «+» — полное соответствие;
- «+/-» — частичное соответствие;
- «-» — полное несоответствие;
- «Н» — требование неприменимо;
- «?» — затруднения с ответом.

Общая информация

Полное название учреждения: _____

Дата открытия (число/месяц/год): _____

Тип учреждения:
• Больница
• Самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение (АПУ)

- Структурное подразделение АПУ
- Офис врача частной практики
- Структурное подразделение стационара
- Мобильная (выездная) служба
- Другое (уточните, что именно)

Почтовый адрес учреждения: _____
Ф. И. О. руководителя: _____
контактный телефон _____ e-mail _____