

Мешкова О.М.

## ВПЛИВ СІМЕЙНИХ, СОЦІАЛЬНИХ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ЗВЕРТАЛИСЬ ДО «КЛІНІК, ДРУЖНИХ ДО МОЛОДІ»

Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»

***Резюме.** Надані основні негативні моменти життя суспільства, що вплинули на розвиток сучасних підлітків, характеристика захворюваності та поширеності захворювань дітей підліткового віку. Висвітлено тему впливу різних чинників (соціальних, медико-біологічних факторів, наявності шкідливих звичок) на стан психологічного здоров'я підлітків, що звертаються до «Клінік, дружніх до молоді» (КДМ). Надана схема патогенезу розвитку у них відхилень психологічного здоров'я та вказаний необхідність шляху щодо подальшого розвитку мережі КДМ з метою збереження здоров'я підлітків, в тому числі і психологічного.*

***Ключові слова:** КДМ, підлітки, медико-біологічні та соціальні фактори, шкідливі звички, психологічне здоров'я.*

Україна – це друга найбільша країна Європи із загальним населенням (згідно з даними Державного Комітету статистики України за 2008 рік) 46 млн. 143 тис. осіб, з них підлітки складають 27,5% від загальної кількості дитячого населення (0-17 років), що є значною групою населення України. З 1 млн. 824 тис. 526 підлітків - юнаків - 935 тис. 153 (51,3%), підлітків - дівчат - 889 тис. 443 (48,7%). У сільській місцевості мешкає в два рази менше підлітків, ніж в містах – відповідно 626 тис. 265 осіб (34,3%) і 1 млн. 198 тис. 331 осіб (65,7%).

Соціальна вагомість здоров'я дітей підліткового віку обумовлена тим, що вони представляють репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний та культурний потенціал держави. Сьогодні підлітки – це діти, що народились у складний час початку 90-х років та живуть в період стрімкого поширення ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб. [5,7]. Розпад Радянського Союзу, створення нових незалежних держав, в тому числі України, демократичні зміни, що відбуваються, призвели до виникнення ринкових відносин та, відповідно, до зміни соціально-економічних умов в суспільстві. Багато факторів ризику пов'язані із бідністю та поганим харчуванням, статевою поведінкою, вживанням алкоголю та наркотиків, табакокурінням, депресіями, травмуваннями тощо. [4,6]. Моделі поведінки, які наслідують підлітки, будуть впливати на все їхнє життя та здоров'я наступних поколінь. Все це накладає свій відбиток на здоров'я та соціалізацію дітей, призводить до росту сімейної дезадаптації, а

також збільшенню кількості сімей, що опинились в кризовій ситуації.

Рівень первинної захворюваності та поширеності захворювань серед дітей підліткового віку, як і в загальній популяції дитячого населення, продовжує зростати. Захворюваність серед дітей 15-17 років в 2009 році в порівнянні з 2003 роком зросла на 18%, а поширеність – на 17%. В підлітковому віці спостерігається патологія органів дихання – 62,4%, травми та отруєння – 17,4%, а також хвороби шкіри – 7,4%; частота розладів психіки та поведінки серед юнаків майже вдвічі перевищує відповідний показник у дівчаток [15].

Згідно з даними дослідження «Підлітки груп ризику: доказова база для укріплення відповіді на епідемію ВІЛ в Україні», проведеного в 2008 році Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ), третина підлітків – споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) вживають ін'єкційні наркотики щодня, ще третина підлітків вживає їх декілька раз на тиждень. Більше 15% підлітків, що живуть на вулиці, мають досвід вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. За результатами дослідження, проведеного в Україні у межах міжнародного проекту ВООЗ «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України» «сексуальна революція» серед молодого покоління, яка супроводжувала економічні перетворення в Україні на початку 90-х років, стала одним із негативних факторів незадовільного стану сексуального здоров'я підлітків. Вік «сексуального дебюту» в Україні за останнє десятиріччя знизився, збільшується також кількість статевих партнерів, що призводить до збільшення ризику ІПСШ та



ВІЛ-інфікування, непланованої вагітності. За даними Українського інституту соціальних досліджень, які були проведені у 2003, за сприяння Фонду народонаселення ООН, 2% хлопчиків мають статеві відносини у віці до 12 років, 6% - 13-14-річних дівчат, а у віці 17-18 років – 90% юнаків та 68% дівчат [8,9].

У даний час проблема вживання психоактивних речовин молодими людьми набуває все більш і більш серйозних масштабів у всіх куточках світу. У багатьох країнах молоді люди починають використовувати дані речовини все в ранішому віці, а їх асортимент весь час розширюється. Вживання цих речовин більш поширене серед молодих людей, ніж серед старших груп населення [2,10].

У зв'язку з низкою причин наприкінці 90-х років з'явилась необхідність зміни до підходів щодо організації медичної допомоги підліткам. До цих причин відносились прогресивне погіршення стану здоров'я підлітків; недостатній рівень ресурсного забезпечення підліткової медицини; недостатній рівень доступності медичних послуг дітям підліткового віку; соціальний фактор у формуванні здоров'я цієї вікової категорії дитячого населення; недостатній рівень підготовки медичного персоналу, який зобов'язаний забезпечувати надання медико-соціальної допомоги відвідувачам при самостійному зверненні, а також за направленням соціальних служб та інших лікувально-профілактичних закладів і при цьому дотримуватись принципів медичної етики та деонтології.

За матеріалами Дитячого Фонду ООН/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 [1]. 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).

«Клініки, дружні до молоді» (далі – 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.

В цьому напрямку почалася активна робота після розпочатого співробітництва між Дитячим фондом ООН/ЮНІСЕФ та Урядом України у 1997 року. Постановою Кабінету Міністрів України від 14 січня 2002 року №14 була затверджена Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002-2011 роки, в якій передбачено створення та розвиток мережі «Клінік, дружніх до молоді». При визначенні «Клініки, дружня до молоді» мова йде про таку структуру, що надає комплексну медико-психосоціальну допомогу з питань збереження здоров'я, обумовлених специфікою підліткового віку, на засадах добровільності, доступності та доброзичливості [1, 4, 14].

Згідно з аналізом роботи КДМ за 2009 рік, наданий Методично-організаційним моніторинговим центром НДСЛ «ОХМАТДИТ» щодо впровадження спільних програм Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ та МОЗ України з питань покращення здоров'я дітей та матерів:

- половина клієнтів звертались до КДМ з приводу захворювань. Основною причиною звернень з приводу захворювань були проблеми у репродуктивній сфері (54,8%). Загальна кількість відвідувань КДМ з питань захворюваності на ІПСШ зменшилась з 29% до 17,5%, а розподіл відвідувань юнаками та дівчатами залишилась на рівні 2008 року (36,6-юнаки, 63,5 – дівчата).

- значно збільшилось звернення з приводу розладів психіки та поведінки (18,3% у 2009 році проти 8,4 % у 2008).

- психологічна допомога була надана 11% клієнтів КДМ.

- з появою та розвитком послуги «Телефон довіри» значно зросли (на 2000) звернення пацієнтів за допомогою по телефону.

Надання психологічної допомоги в КДМ являється одним з головних напрямків їх роботи. Тому протягом 2007–2009 років під час здійснення моніторингових візитів проводилось обстеження щодо виявлення психологічних особливостей впливу сімейних, соціальних та медико-біологічних факторів у підлітків, які звертаються до КДМ.

Для дослідження було взято 119 підлітків з КДМ 4-х регіонів України, які за ознаками цільової групи КДМ (вік, стать, місце проживання (місто, село), організованість (середня школа, професійно-технічне училище, вищий навчальний заклад), або неорганізований, сім'я (повна, неповна), взаємовідносини в сім'ї (гарні, погані), наявність шкідливих зви-



чок (вживання психоактивних речовин: табакокуріння, алкогольних напоїв, наркотичних речовин), а також питання щодо статевого життя (вік початку, наявність) були розподілені на 3 групи та подальше дослідження проводилось по визначеним групам:

- 1- соціально-адаптована (n=46 осіб);
- 2- уразлива група (n=45 осіб);
- 3- група ризику (n=28 осіб);

Проведене психологічне дослідження підлітків показало, що у частини з них спостерігаються порушення психологічного статусу в соціально-адаптованій групі порушення психологічного статусу виявляються у 10,86% підлітків. Серед підлітків уразливої групи психологічні відхилення відмічаються в 1,5 рази частіше (15,56%) ніж серед підлітків соціально-адаптованої групи. Однак ця різниця носить характер тенденції, так як не досягають порогу достовірності ( $P > 0,05$ ).

Найвища питома вага психологічних відхилень встановлена в групі ризику (57,14%), яка перевищує таку в соціально-адаптованій групі в 5,2 рази та в уразливій групі в 3,6 рази.

Таким чином, група ризику являється найбільш несприятливою по відношенню до виникнення порушень психологічного статусу.

В якості психологічних відхилень, які потребували психологічного супроводу виступали: нервова булімія або анорексія, порушення комунікаційних зв'язків або психосоціального розвитку, неврастенія та невротичний синдром, шизотипові порушення, девіантна поведінка, порушення особистого розвитку (порушення контролю над агресією в стосунках з однолітками), соціальні фобії, анти-соціальні порушення, депресивні порушення, конфлікт розвитку (кризи ідентичності), гостра психогенна реакція (спроба суїциду), порушення сну неорганічної природи, мастурбація в школі, страх повторного зараження або виникнення небажаної вагітності.

З метою визначення впливу сімейних, соціальних та медико-біологічних факторів на стан психологічного статусу всі досліджені були розподілені на альтернативні групи:

- без відхилення психологічного статусу (n = 91)
- з відхиленнями психологічного статусу (n = 28)

По відношенню до полу виявлена тенденція до більш частому розвитку психологічних відхилень серед осіб жіночого полу. Так, в гру-

пі з порушеннями психологічного статусу питома вага підлітків – дівчаток складає 83,33%, а в альтернативній групі майже на 11% менше (72, 53%).

Розподіл серед досліджених по віку та ІМТ (індексу маси тіла) був ідентичним в групах, що вказує на те, що ці ознаки не впливають на психологічний статус досліджених підлітків.

Достовірним фактором, який виявив зв'язок з порушеннями психологічного статусу виявилась захворюваність підлітків. При цьому відсутність захворюваності було характерним для групи з порушеннями психологічного статусу, так як в 10 разів частіше відмічалась наявність захворювань серед підлітків без порушення психологічного здоров'я (відповідно у 2,19% та 21,43%). Таким чином, виявляється зворотна кореляція між захворюваністю та психологічними порушеннями у підлітків, які звертались до КДМ.

Однак, під час аналізу характеру захворюваності виявлено, що вищевказана направленість кореляції зберігається по відношенню до захворювань органів дихання, які в 4,6 рази частіше відмічались у підлітків без відхилень психологічного здоров'я (відповідно у 16,48% та 3,57%) та захворювань репродуктивної сфери (відповідно у 50,55% та 21,41%). Крім того, у підлітків без відхилень психологічного статусу виявлена тенденція до більш високої питомої ваги захворювань шкіри ( в 2,4 рази), ендокринної системи ( в 1,5 рази), шлунково-кишкового тракту ( в 1,5 рази).

З іншого боку, що стосується неврологічної або психіатричної патології, то вона домінує у підлітків з порушеннями психологічного статусу та в 2,7 рази частіше спостерігається у них в порівнянні з альтернативною групою (відповідно у 53,57% та 19,78%).

Необхідно звернути увагу і на особливості зв'язку соціальних факторів та станом психологічного здоров'я досліджених.

Одним з таких факторів являється характер сім'ї. При цьому неповна сім'я значно частіше зустрічається серед підлітків з порушеннями психологічного здоров'я ( відповідно у 50% та 31, 87%).

Негативний вплив на стан психологічного здоров'я досліджених здійснює незадовільний сімейний клімат, так як погані взаємовідношення в сім'ї визначались достовірно частіше серед підлітків з психологічними відхиленнями (75%), ніж в групі порівняння (29,47%).



Крім того, важливу роль у формуванні психологічних порушень відіграє частота проблем під час спілкування в сім'ї. Спороадичність таких проблем була характерною для підлітків без психологічних порушень (відповідно 61,54% та 32,14%). Та, навпаки, часті проблеми при спілкуванні в сім'ї майже в 2 рази частіше виявлялись серед підлітків з порушеннями психологічного здоров'я (відповідно 60,71% та 34,66%).

Таким чином, сімейний фактор у вигляді неповної сім'ї, поганих сімейних відносин та виникнення частих проблем у підлітка при внутрішньо сімейних взаємовідносинах являються фактором ризику розвитку порушень психологічного статусу у підлітків, які звертаються до КДМ.

Наряду із сімейним важливу катаксічну роль відіграє шкільний фактор. Так, відсутність проблем відношень з вчителями в 7 разів частіше спостерігалось в соціально-адаптованій групі (23,08%), ніж в групі порівняння (3,57%). З іншого боку, кількість респондентів, які не відповідали на це запитання серед підлітків з порушеннями психологічного здоров'я, в 3,6 рази більше, ніж серед здорових осіб (відповідно 35,77% та 9,89%). Відсутність бажання підлітків відповідати на це запитання, скоріш за все, пов'язано з особо неприємними відносинами підлітка з вчителями, нагадування про яких навіть в анкеті викликало у дослідженого фрустрацію з блокуванням негативних емоцій в свідомості. Крім того, відсутність відповіді на це запитання може бути слідством селективності проблем, які виникають тільки з одним вчителем.

При проведенні дослідження частоти проблем, які виникають у підлітка з вчителями, встановлено, що їх відсутність в 7 разів частіше виявляється в групі без порушень психологічного статусу (відповідно 21,58% та 3,57%). У підлітків з частими проблемами в 2 рази частіше переважають особи з психологічними відхиленнями (відповідно 25% та 13,19%). Що стосується респондентів, які не надавали відповіді на це запитання, то вона була ідентичною з відповіддю на запитання про наявність проблем відносин з вчителями.

Звертає увагу, що такий шкільний фактор, як наявність проблем в спілкуванні з однолітками, а також частота цих проблем, не мав значних розбіжностей в групах, тобто не виявлено зв'язку з розвитком психологічних порушень в даному контингенті підлітків.

Отримані дані свідчать про те, що дискримінуючим шкільним психологічним фактором являється вертикальні (старший – молодший: «начальник-підлеглий») міжособисті психологічні конфлікти. Наявні горизонтальні (між однолітками) міжособисті психологічні конфлікти не впливають на формування психологічних розладів в даному контингенті підлітків.

Враховуючи, що частота проблем відносин підлітків з вчителями та між однолітками приблизно однакові, патогенетична значимість встановлена лише у відношенні між особистих конфліктів підлітків з вчителями. Це свідчить про те, що в якості головної причини таких проблем стоїть педагог.

Але й не означає, що педагог викликає психологічне протистояння з учнем, а лише вказує на те, що в конфлікті, який виникає, психологічні та, особливо соціальні ресурси вчителя, значно вище, ніж учня. У міжособистих конфліктах між однолітками вказані ресурси розподіляються приблизно однаково, тому такі проблеми не формують у підлітків патогенетичну психопатичну детермінанту.

Достовірним маркером стану психологічного здоров'я підлітків явився початок їх статевого життя. При цьому підлітки соціально-адаптованої групи достовірно частіше (63,93%) мають інтимні стосунки у порівнянні з групами, які мають відхилення в психологічному здоров'ї (46,42%). Однак, розглядаючи вік початку статевого життя, для підлітків з порушеннями психологічного здоров'я характерно більш ранній початок інтимних відносин. Так, початок статевого життя серед підлітків з порушеннями психологічного статусу віком  $\leq 14$  років встановлено у 46,15%, а в альтернативній групі більш ніж в 2 рази менше (20,75%). З іншого боку, пізніший початок статевого життя ( $\geq 17$  років) встановлено лише у підлітків без відхилень психологічного статусу (22,64%).

У відношенні таких показників, як: місце проживання, освіта, задоволеність житловими умовами та харчуванням, положенням в сім'ї, відношеннями з батьками та в класі, в тому числі і наявність проблем спілкування в сім'ї та з однолітками, а також частота проблем в спілкуванні з однолітками достовірної різниці в групах порівняння не встановлено.

Таким чином, результат дослідження свідчить про те, що міжособисті конфлікти, які виникають як в школі з вчителями, так і в сім'ї, являються суттєвим психотравмуючим



фактором, який сприяє виникненню відхилень психологічного статусу у підлітків, що звертаються до КДМ.

Зупинимось на наявності деяких шкідливих звичок та взаємозв'язку зі станом психологічного статусу підлітків. Однією з таких звичок являється табакокуріння. Серед підлітків з порушеннями психологічного здоров'я табакокуріння відмічалось в 2 рази частіше, ніж в групі порівняння (відповідно у 60,71% та 35,16%).

При цьому причинами, які спонукали підлітків з психологічними відхиленнями палити, достовірно частіше, ніж в групі порівняння, виступали: зняття напруги та для самовпевненості (відповідно у 57,25% та 37,76%), а серед досліджених без психологічних порушень – частіше інші причини («погані стосунки з батьками», «від нічого робити», «для задоволення», «не може відмовитись»), (відповідно у 50% та 26,93%).

Не виявлено достовірного зв'язку із станом психологічного статусу кількість випалених цигарок за добу ( $P > 0,05$ ) та вік початку табакокуріння ( $P > 0,05$ ).

Негативний вплив на стан психологічного здоров'я підлітків встановлено і у відношенні вживання алкогольних напоїв. Серед підлітків з психологічними відхиленнями 67,86% вживали алкогольні напої, а серед підлітків, які не мали відхилень в психологічному статусі, цю шкідливу звичку було виявлено на 17% випадків менше. Крім того, виявлено достовірний зв'язок між станом психологічного здоров'я досліджених та віком початку вживання алкогольних напоїв. При цьому підлітки з психологічними порушеннями починали вживати алкогольні напої в більш ранньому віці ( $\leq 13$  років), ніж підлітки без відхилень в психологічному статусі (відповідно у 45,83% та 20,25%).

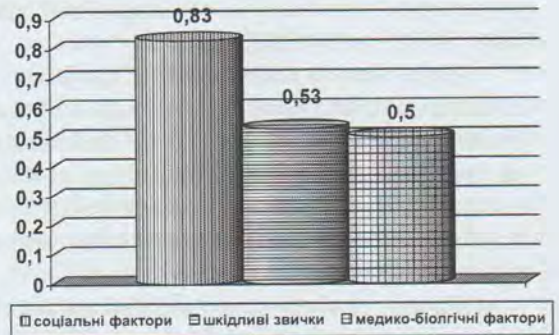
Що стосується частоти, причини вживання та виду алкогольних напоїв, то вони не виявили достовірного зв'язку із станом психологічного здоров'я у досліджених. Виключенням являється лише вживання вина, перевагу якому достовірно частіше надавали підлітки з порушеннями психологічного статусу (відповідно 36,84% та 15,22%).

Вживання наркотичних речовин зустрічалось рідко в обох групах (відповідно у 7,14% та 5,49%) та не мають достовірної відмінності.

Таким чином, проведене дослідження встановило, що безліч медико-біологічних,

соціальних факторів та наявність шкідливих звичок виявили зв'язок із станом психологічного здоров'я підлітків, які звертаються до КДМ.

Співвідношення зазначених чинників, що впливають на психологічний стан підлітків, представлені на малюнку:



На підставі отриманих результатів була розроблена рангова блок-схема патогенезу розвитку психологічних відхилень у підлітків, які звертаються до КДМ

**Рангова схема патогенезу розвитку відхилень психологічного здоров'я підлітків, які звертаються до КДМ**



Подальший розвиток мережі КДМ, особливо поширеність їх кількості в сільській місцевості, дозволить більш детально вивчити чинники, які впливають на захворюваність підлітків, в тому числі на їх психологічний стан, а також окреслити коло профілактичної роботи, що спрямовується на збереження здоров'я підлітків, в тому числі і психологічного.



## ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ, СОЦИАЛЬНЫХ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В «КЛИНИКИ, ДРУЖЕСТВЕННЫЕ МОЛОДЕЖИ»

Мешкова О. М.

*Резюме.* Указаны основные негативные моменты жизни общества, имеющие влияние на развитие современных подростков. Дана характеристика заболеваемости и распространенности заболеваний детей подросткового возраста. Главная тема - влияние различных факторов (социальных, медико-биологических, навредных привычек) на состояние психологического здоровья подростков, которые обращаются в «Клиники, дружественные к молодежи» (КДМ), дана схема патогенеза развития у них отклонений психологического здоровья и указана необходимость пути дальнейшего развития сети КДМ с целью сохранения здоровья подростков, в том числе и психологического.

*Ключевые слова:* КДМ, подростки, медико-биологические и социальные факторы, вредные привычки, психологическое здоровье.

## EFFECT OF FAMILY, SOCIAL AND BIOLOGICAL FACTORS ON THE PSYCHOLOGICAL STATE TEENAGERS CONTACT «YOUTH-FRIENDLY CLINICS»

Meshkova O. M.

*Abstract.* There are the main negative sights of social life, influencing on adolescents. It's shown impact of different factors on teenagers, who turn to "Friendly to young people hospitals". There is scheme of pchycological disorders pathogenesis and explanation of necessity of next development of «Friendly to young people hospitals network».

*Keywords:* phsycological health, negative sights, young people.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- 1 Характеристика служб, дружніх до молоді, що рекомендовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я - Київ, 2002. - 29 с.
- 2 Расстройства поведения детского и подросткового возраста: Пер. с англ./ Под ред.: Дж. Хилла, Б. Моэн. - К.: Сфера, 2006. - 528 с.
- 3 Пархоменко Л.К. Ювенология/ Пархоменко Л.К.- Харьков, 2004.- 220 с.
- 4 Надання медико-соціальної допомоги підліткам та молоді на основі «дружнього підходу: методичні рекомендації МОЗ України за сприянням ЮНІСЕФ.- Київ, 2008. - 49,
- 5 National AIDS Programmes: A guide to indicators for monitoring and evaluating national HIV/AIDS prevention programmes for young people. WHO, 2004.
- 6 Модуль Б «Значення підліткового періоду та його важливість для системи охорони здоров'я» Орієнтаційної програми «Здоров'я підлітків», для Медичних Працівників та інших працівників, що надають медико-соціальні послуги підліткам, адаптованої та погодженої МОЗ України від 25 березня 2010 року.
- 7 Адаптований текст з публікації: Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis. («ВІЛ/СНІД серед молодих людей: можливості у кризовій ситуації»), UNICEF/UNAIDS/WHO, New York, 2002.
- 8 Балакірева О.М. Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України/ Балакірева О.М., Рингач М.О., Левін Р.Я. та ін.- Київ, 2007.— 59 с.
- 9 Балакірева О.М., Левін Р.Я., Сосидко Т.І. — Київ: Український інститут соціальних досліджень, 2006. — 64 с.
- 10 Сучасні методи залучення до здорового способу життя, профілактики шкідливих звичок та захворювань у дітей та підлітків/ Голов. упр. освіти і науки Київ. міськ. держадмін.; За заг. ред. Б.Жебровського ; Упоряд. : В.Герасименко, Л.Ткачук. - К., 2001. — 290 с.
- 11 Носачев Г.Н. Способ скрининг-диагностики психического напряжения и невротических тенденций у детей и подростков/ Носачев Г.Н., Хайретдинов О.З., Печуров Д.В.,



Уваровская О.Ю.; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2007.

12 Орієнтаційна програма «Здоров'я підлітків», ВООЗ, адаптовано та затверджено МОЗ України, 2010р.

13 Орієнтаційна програма «Підлітки групи ризику», ВООЗ, адаптовано МОЗ України, 2009р.

14 Оцінка клінік, дружніх до молоді. Звіт Аналітичного центру «Соціоконсалтинг».- Київ, 2008. – 45 с.

15 Звіт Центру медичної статистики МОЗ України, 2008 та 2009 рр.