

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ МАРГИНАЛИЗАЦИЈА НА АДОЛЕСЦЕНТИТЕ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинскиот пристап при маргинализација на адолесцентите.

**Член 2**

Начинот на пристап при маргинализација на адолесцентите е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на пристап при маргинализација на адолесцентите по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на пристапот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6624/2

19 ноември 2012 година

Скопје

**МИНИСТЕР**

**Никола Тодоров**

---

## МАРГИНАЛИЗАЦИЈА НА АДОЛЕСЦЕНТИТЕ

МЗД Упатство  
5.5.2010

- Основи
- Преваленција
- Причини за маргинализација
- Здравствени проблеми на маргинализираните адолесценти
- Средба со маргинализиран адолесцент и упатување на третман

### ОСНОВИ

- Адолесцентите кои се маргинализирани поради нивните социјални и ментални проблеми добиваат мало внимание од страна на здравствената нега.
- Процесот на маргинализација е комплексен, но често е комбиниран со значајни здравствени проблеми, примарни или секундарни. Немоќта и хроничните болести го зголемуваат ризикот за маргинализација.
- Маргинализацијата може да е финален резултат од многу осиромашувачки состојби: адолесцентот станува симултано полош во однос на останатите од аспект на нивната економска состојба, образование, животни услови и учење на способностите потребни за живот.
- Дури и адолесцентите кои живеат во материјална сигурност може да бидат маргинализирани.
- Некомплетната едукација е најосновниот поединечен знак на ризик за маргинализација.

### ПРЕВАЛЕНЦИЈА

- Порано маргинилизираните адолесценти, главно, беа момчиња. Истовремено со, на пример, изедначувањето на половите разлики кај злоупотребата на алкохол и дрога, ризикот за маргинализација кај девојките, исто така, се зголеми.
- Најчести детски психијатриски пациенти се момчињата, но на возраст од 13 до 14 години засегнати се повеќе девојките.
- Со зголемување на бројот на момчиња на кои им е потребна здравствена нега, се зголемува и бројот на оние на кои им е потребна услуга од детска нега.
- Потребата за детски сервиси за заштита во историјата не доведува толку многу до маргинализација и не сите маргинализирани адолесценти имаат таква историја. Ова, делумно, се објаснува со фактот дека детските сервиси за заштита не ги препознаваат сите деца со ризик за маргинализација.

### ПРИЧИНИ ЗА МАРГИНАЛИЗАЦИЈА

- Тешки ментални растројства (депресија, психоза, развојни растројства).
- Асоцијално однесување.
- Употреба на алкохол или дроги.
- Неповолно животни опкружување, на пример, тероризирање на училиште, повлекување од социјалните релации (самиот адолесцент или неговото/нејзиното семејство).

## **ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ НА МАРГИНАЛИЗИРАНИТЕ АДОЛЕСЦЕНТИ**

- Следните три важни фактори се асоцирани со самоубиствата: употреба на алкохол, асоцијално однесување и депресија.
- Проблемите често се забележани, но средствата за помош се недоволни. Во службите за здравствена нега, адолесцентот често може да се смета како слабо мотивиран и дека му е посветено малку време.
- Што повеќе се диференцира проблемот на адолесцентот, тоа е поголема холистичката помош која ја добива тој.

## **СРЕДБА СО МАРГИНАЛИЗИРАН АДОЛЕСЦЕНТ И УПАТУВАЊЕ НА ТРЕТМАН**

- Можно ментално растројство кое води во маргинализација треба да се констатира и да се третира. Ако адолесцентот сè уште е регистриран во едукативна установа, проценката примарно се спроведува од страна на студентските здравствени сервиси.
- Дури и оној адолесцент кој е неподготвен, обично има желба да прифати поддршка ако тој/таа може да бидат сигурни дека тој/таа ќе бидат слушнати и дека тој/таа може да влијаат на начините на помош.
- Прекинатата едукација треба да биде повторно започната, обучувањето треба да биде зајакнато и можностите, на пример, за тренинг на работа, едукација со работилници или рехабилитативна окупациона активност треба да се земат предвид.
- Недоброволните начини само ретко се барани. Наместо тоа, флексибилноста, поминување доволно време со адолесцентот и бегство од рутинските приоди како и мултипрофесионалната соработка се круцијални. Неколку средби се потребни во почетокот на соработката.
- Ако индивидуата сè уште е малолетна, родителите треба да се вклучат во давањето помош. Соработката со социјалните служби, исто така, често е потребна. Се овозможуваат законите за заштита на децата и може да биде неопходно децата да се стават надвор од нивниот дом.
- Помагањето на адолесцентот со мултипли проблеми не може да биде разграничено во согласност со надлежностите на различните авторитети. Кога се проценуваат проблемите потребна е блиска соработка надвор од административните граници. Иницијативата може да потекнува од: студентските, социјалните или здравствените сервиси, општите социјални сервиси или авторитетите за вработување.
- Во адолесценцијата постои фаза кога младата личност е повеќе способна да се договори за соработка отколку да ги чува договорите. Затоа, одговорноста на младата личност во рехабилитациониот процес треба постепено да се зголеми и реализацијата на плановите треба систематски да се следи.

Автори: Matti Kaivosoja Article ID: ebm00707 (034.015) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 5.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во мај 2015 година.**