МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ФОНД ООН В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ (ЮНФПА)

НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ КАРАГАНДЫ»

**РЕАГИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЛУЧАИ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ**

*(**Методические рекомендации к внедрению образовательного модуля по специальности «Общая медицина» (бакалавриат))*

**Астана**

**2023**

**УДК: 614.2**

**ББК: 514**

**И7**

**Рецензенты:**

Исатаева Н.М., к.м.н., независимый эксперт, главный менеджер Департамент менеджмента качества Корпоративного фонда «University Medical Center»

Шиканова С.Ю, к.м.н., проф., руководитель кафедры акушерства и гинекологии №1 НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»,

Кауржабаева Ш.Е., д.м.н., заведующая Центром здоровья молодежи и семьи

**И7 Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия:** **Методические рекомендации для преподавателей образовательной программы «Общая медицина».** Ибышева А., Турдыбекова Я., Граф М., Ешманова А.// Астана: Фонд народонаселения ООН, 2023. – 271 с.

Настоящие методические рекомендации разработаны на основе руководящих принципов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения по вопросам реагирования системы здравоохранения на случаи гендерного насилия. Рекомендации включают вопросы выявления случаев гендерного насилия в медицинской практике; принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие, в том числе лицам с инвалидностью по слуху и зрению; консультирования лиц, переживших гендерное насилие; реагирования и перенаправления при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия.

Данный материал подготовлен ЮНФПА при финансовой поддержке правительства Великобритании для международного развития. Мнения, выраженные в данном материале, не обязательно отражают официальную точку зрения правительства Великобритании и ЮНФПА.

УДК: 614.2

ББК: 514

@ Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА)

Содержание

[**Введение** 5](#_Toc153200013)

[**Блок 1. Гендерное насилие** 7](#_Toc153200014)

[**Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия» (терапевтический профиль)** 8](#_Toc153200015)

[**Учебный материал к занятиям блока 1 «Гендерное насилие»** 12](#_Toc153200016)

[Занятие 1. Гендерное насилие 12](#_Toc153200017)

[Занятие 2. Выявление случаев гендерного насилия 42](#_Toc153200018)

[Занятие 3. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение 66](#_Toc153200019)

[Занятие 4. Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Оценка рисков и составление плана безопасности 108](#_Toc153200020)

[**Оценка учебных достижений** 127](#_Toc153200021)

[**Тестовые задания к блоку 1 «Гендерное насилие»** 128](#_Toc153200022)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилия» 128](#_Toc153200023)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия». 135](#_Toc153200024)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение» 138](#_Toc153200025)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение» 141](#_Toc153200026)

[**Задания к практическим занятиям к блоку 1 «Гендерное насилие»** 1](#_Toc153200027)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилия». 1](#_Toc153200028)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия». 1](#_Toc153200029)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение». 1](#_Toc153200030)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение». 1](#_Toc153200031)

[**Блок 2. Сексуальное насилие** 8](#_Toc153200032)

[**Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия» (гинекологический профиль)** 9](#_Toc153200033)

[**Учебный материал к занятиям блока 2 «Сексуальное насилие»** 13](#_Toc153200034)

[Занятие 1. Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие) 13](#_Toc153200035)

[Занятие 2. Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия 42](#_Toc153200036)

[Занятие 3. Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью 58](#_Toc153200037)

[**Оценка учебных достижений** 71](#_Toc153200038)

[**Тестовые задания к блоку 2 «Сексуальное насилие»** 72](#_Toc153200039)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)» 72](#_Toc153200040)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия» 79](#_Toc153200041)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью» 85](#_Toc153200042)

[**Задания к практическим занятиям к блоку 2 «Сексуальное насилие»** 90](#_Toc153200043)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)». 90](#_Toc153200044)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия». 95](#_Toc153200045)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью». 99](#_Toc153200046)

# **Введение**

Гендерное насилие во всем мире уже признается одной из серьезнейших проблем, однако во многих странах данная проблема не признается на должном уровне. По последним данным Всемирной организации здравоохранения, во всем мире одна треть женщин подвергается насилию, по меньшей мере, один раз в жизни.

Медицинские работники часто, причем зачастую сами того не осознавая, контактируют с пострадавшими от насилия женщинами. Зачастую именно специалист здравоохранения является «первым контактным» лицом. Создавая для лица, перенесшего гендерное насилие, безопасную и конфиденциальную обстановку, медицинский работник может играть важнейшую роль в выявлении случаев насилия, первичной оценке их состояния, оказания им необходимых медицинских и консультационных услуг в кризисных ситуациях, а также дальнейшего направления пациенток в другие структуры.

Для оценки готовности системы здравоохранения к оказанию комплексной медицинской помощи лицам, пережившим насилие (в т.ч. лицам с ограниченными возможностями здоровья), в 2020 году, ЮНФПА в проекта «Укрепление национального потенциала для улучшения профилактики и реагирования на гендерное насилие в Центральной Азии» при поддержке Правительства Великобритании проведены обследование организаций здравоохранения различного уровня и опрос руководителей и работников медицинских организаций .

В ходе обследования было выявлено:

- низкий уровень информированности специалистов здравоохранения в вопросах гендерного насилия, включая знание о специфических потребностях лиц, переживших насилие;

- восприятие медицинскими работниками случаев гендерного насилия как одного из видов соматического заболевания;

- недостаточный уровень знаний и навыков по оказанию базовой помощи лицам, переживших гендерное насилие;

- отсутствие в организациях здравоохранения безопасного и дружественного пространства, обеспечивающего конфиденциальное обследование лиц, переживших гендерное насилие;

- отсутствие в учебных программах до- и послипломного медицинского образования вопросов реагирования системы здравоохранения на случаи гендерного насилия;

- отсутствие устойчивых механизмов взаимодействия с другими секторами для целей сопровождения и реабилитации лиц, переживших гендерное насилие.

Это послужило основанием для разработки в 2021 году пакета технических документов для специалистов организаций первичной медицинской помощи по оказанию помощи лицам, пережившим насилие (клинический протокол, сестринское руководство, алгоритмы оказания социальных услуг и психологического консультирования).

Для обеспечения устойчивости знаний и навыков специалистов здравоохранения с 2022 года ЮНФПА проводит работу по формированию образовательного курса с пакетом учебно-методических материалов по вопросам реагирования медицинских работников на случаи гендерного насилия для обучающихся программ бакалавриата и резидентуры.

Данное методическое руководство представляет собой пакет методической документации, содержащей теоретический материал с практическими заданиями (клинические сценарии) и инструментами оценки знания (банк тестовых вопросов), и предназначено для преподавателей организаций медицинского образования

# **Блок 1. Гендерное насилие**

**БЛОК 1. ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ**

****

## **Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия» (терапевтический профиль)**

**Наименование дисциплины:**

* Общая врачебная практика/ Организационная деятельность, клинические коммуникативные навыки семейного врача в практике ВОП, педиатрия на ПМСП, репродуктивное здоровье (5 курс);
* Семейная медицина/ Профилактика и скрининг заболеваний, управление комплексной и долгосрочной помощью (7 курс);
* Общая врачебная практика/ Амбулаторная гинекология (7 курс).

**Цель программы:** Ознакомление с принципами оказания медицинской помощи на уровне ПМСП и стационара лицам, перенесшим гендерное насилие.

**Краткое описание программы:**

Программа, разработанная на основе руководящих принципов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, включает следующую информацию:

* Определения «гендерного насилия».
* Виды гендерного насилия.
* Последствия гендерного насилия.
* Роль медицинского работника в реагировании на гендерное насилие.
* Препятствия и барьеры для выявления случаев гендерного насилия.
* Признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью.
* Механизм выявления случаев гендерного насилия.
* Консультирование лиц пострадавших от гендерного насилия.
* Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие.
* Проведение полного медицинского осмотра.
* Документирование случаев гендерного насилия.
* Описание телесных повреждений в медицинской документации.
* Оказание медицинских услуг пострадавших от гендерного насилия.
* Система реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия.
* Система перенаправления пациентов со случаями гендерного насилия.
* Ведение случая насилия на уровне ПМСП.

**План реализации программы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование темы/раздела/дисциплин | Объем в часах | | | | | Задание |
| **лекция** | **семинар** | **тренинг** | **другие виды обучения\*** | **СРС** |
| 1 | **Гендерное насилие.** Понятие «Гендерное насилие». Определение и термины. Виды и формы гендерного насилия. Модели возникновения насилия. Распространенность гендерного насилия. | **4** | **5** |  |  | **4** | Продемонстрировать навык работы с «Колесом власти и контроля» (на примере реальных случаев). Продемонстрировать знание понятия, терминологии ГН. Продемонстрировать умение определять форму и вид ГН. |
| Мифы и факты о гендерном насилии Последствия гендерного насилия. Гендерное насилие уязвимых групп. Роль медицинского работника в реагировании на гендерное насилие | Продемонстрировать знания о последствиях ГН. Работа с клиническими случаями. Выполнение тестовых заданий. |
| 2 | Выявление случаев гендерного насилия. Признаки гендерного насилия у пациентов. Механизм выявления случаев гендерного насилия. Консультирование лиц пострадавших от насилия, в том числе лиц с инвалидностью. | **4** | **5** |  |  | **4** | Продемонстрировать навык консультирования лиц пострадавших от насилия, в том числе у лиц с инвалидностью. Работа с клиническим случаев. Работа с стандартизированным пациентом. |
| Признаки и механизмы выявления гендерного насилия у уязвимых групп (пожилые лица, лица с инвалидностью, молодые девушки). Препятствия и барьеры при выявлении случаев насилия. Обязательное информирование. Получение информированного согласия, в том числе от лица с инвалидностью | Продемонстрировать знания признаком ГН. Выполнение тестовых заданий.  Продемонстрировать умение брать информированное согласие. Продемонстрировать понимание барьеров и препятствий в работе врача в задании с колесом власти и адвокации. |
|  | Принципы работы с лицами пострадавшими от гендерного насилия, в том числе с лицами с инвалидностью. Первичная психологическая поддержка и правила консультирования. Сбор анамнеза и осмотр лица, пострадавшего от насилия. Описание повреждений и их интерпретация.  Обследование и лечение лиц, пострадавших от гендерного насилия. Последующее наблюдение после случая сексуального насилия. Сопровождение ЛПСН согласно рекомендациям ВОЗ. | **4** | **5** |  |  | **4** | Продемонстрировать навык сбора анамнеза лиц, подвергшихся насилия, в том числе лиц с инвалидностью.  Продемонстрировать навык проведения полного осмотра, описание повреждений в медицинской документации. Работа с клиническими случаями, с медицинскими формами.  Продемонстрировать навык составления плана обследования, плана лечения пострадавших от ГН. Продемонстрировать навык оказания необходимых лечебных мероприятий в случаях насилия.  Демонстрация знания алгоритма последующего наблюдения за пострадавшей от ГН. |
| **4** | Алгоритм реагирования при выявлении случая насилия. Медицинская документация, заполняемая в случаях гендерного насилия. Оценка рисков в случаях гендерного насилия. Составление плана безопасности.  Система перенаправления | 2 | 3 |  |  | 2 | Продемонстрировать знания алгоритма реагирования на случаи гендерного насилия.  Продемонстрировать навык ведения медицинской документации.  Продемонстрировать навык составления плана безопасности, навык перенаправления. |
|  |  | **8** | **14** |  |  | **14** |  |
|  | Всего | **36 часов** | | | | |  |

## **Учебный материал к занятиям блока 1 «Гендерное насилие»**

### Занятие 1. Гендерное насилие

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 1 «Гендерное насилия»**

**Цель занятия:** ознакомить с понятиями, видами и формами гендерного насилия, его последствиями, а также с ролью медицинского работника в выявлении случаев насилия

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятия, термины и определение гендерного насилия;

виды и формы гендерного насилия;

основные факторы риска возникновения насилия;

мифы и факты о гендерном насилии;

гендерное насилие у лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

последствия гендерного насилия для здоровья людей, в том числе для лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

роль медицинского работника в системе реагирования на гендерное насилие.

**уметь**

дать определение насилию, гендерному насилию, определенному виду и форме насилия;

определять вид или форму гендерного насилия (физического, сексуального, психологического насилия; и насилие со стороны партнера, насилие от лица, не являющегося партнером), в том числе для лиц с инвалидностью по зрению и смеху;

определять имеющиеся риски возникновения насилия;

уметь опровергнуть мифы реальными фактами;

уметь обосновать важность роли врача в реагировании на случаи насилия.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Понятие «Гендерное насилие». Определение и термины.
2. Виды и формы гендерного насилия.
3. Модели возникновения насилия.
4. Распространенность гендерного насилия (мировая практика и в Республике Казахстан).
5. Мифы и факты о гендерном насилии.
6. Последствия гендерного насилия.
7. Роль медицинского работника в реагировании на гендерное насилие.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 1 «Гендерное насилия».**

**Введение**

На международном уровне насилие в отношении женщин уже на протяжении почти трех десятилетий признается серьезным и повсеместно распространенным фактором, негативно влияющим на жизнь и здоровье женщин, а также нарушением их прав [1].

**Насилие –** это преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб [2].**Физическое насилие** - умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли [3] *(в соответствии с законодательством РК)*.

Как можно отметить, термин «насилие» включает в себя более широкий перечень вариантов нанесения вреда другому человеку, помимо физического насилия. Это важно понимать, переходя к термину «гендерное насилие», т.к. он включает в себя различные виды насилия, такие как **«психологическое», «физическое», «сексуальное» и «экономическое»** насилие.

**Гендерное насилие** – это насилие, направленное против человека из-за его пола. Мужчины также могут страдать от гендерного насилия, чаще это относится к юношам и мальчикам. Но женщины, в связи с тем, что они более слабы физически, а также обладают более низким положением в обществе во многих странах, более уязвимы и гораздо чаще страдают от насилия со стороны мужчин.В связи с этим, термин «гендерное насилие» в большинстве определений, употребляют в случаях насилия над женщинами.

**Гендерное насилие** – любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью женщины или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни [2,4] *(международное определение).*

Термин «гендерный» указывает на зависимость возникновения насилия от социально-приписываемых (гендерных) различий между мужчинами и женщинами [5]. Гендер относится к социальным нормам и ожиданиям, социально сконструированным ролям, поведению, деятельности и атрибутам, которые данное общество считает подходящими для женщин и мужчин, в то время как пол относится к биологическим различиям, таким как физиология, гормоны и т.д. [6].

Комитет о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин определяет гендерное насилие как «насилие, направленное против женщин из-за их половой принадлежности, или которое оказывает несоразмерное негативное влияние на женщин». Сюда входят действия, причиняющие физический, психический или сексуальный вред или страдания, угрозы таких действий, принуждение и иные виды лишения свободы [7].

**Насилие в отношении женщин** - «любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни» [8].

Различные термины могут использоваться, когда речь идет о человеке, который пережил гендерное насилие. Не рекомендуется употреблять термин «жертва» по отношению к женщинам, пострадавшим от гендерного насилия, т.к. этот термин усиливает чувство слабости, уязвимости и беспомощности - **виктимизации**. Рекомендуется употреблять термин «**лицо, подвергшееся насилию**».

Почему насилие в отношении женщин отличается от других видов насилия? У женщины, ставшей объектом насилия, могут быть свои потребности, отличающиеся от потребностей большинства остальных пациентов. В частности, у такой женщины могут существовать различные эмоциональные потребности, требующие внимания. Особую озабоченность может вызывать опасность, которой продолжает подвергаться женщина. Женщине нужна помощь, чтобы она чувствовала, что хоть как-то контролирует свою жизнь и способна принимать собственные решения [7].

Также можно отметить, что именно у женщин могут возникать особые последствия гендерного насилия, такие как нежелательная беременность, ввиду чего необходимы специальные услуги.

**Виды и формы гендерного насилия**

Женщины могут столкнуться с гендерным насилием в своей семье, на работе, на улице, в политической жизни или в государственных учреждениях. Агрессором или насильником может выступать супруг, близкий член семьи, интимный партнер, коллега, незнакомый человек, а также должностные лица, сотрудники полиции или военнослужащие [9].

Столкнуться с гендерным насилием может любая женщина, независимо от ее социального и финансового благосостояния.

Закон РК «О профилактике бытового насилия» дает нам определения трех видов насилия [3]:

* **физическое насилие** - умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли *(в соответствии с законодательством РК)*;
* **психологическое насилие** - умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понуждение) к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития *(в соответствии с законодательством РК);*
* **сексуальное насилие** - умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним *(в соответствии с законодательством РК).*

Согласно Декларации ООН об искоренении насилия в отношении женщин, «гендерное насилие» включает в себя [4]:

* физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в семье, включая избиение, сексуальное насилие над детьми женского пола в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование в браке, калечащие операции на женских половых органах и другие традиционные практики, вредные для женщин, несупружеское насилие и насилие, связанное с эксплуатацией;
* физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в обществе в целом, включая изнасилования, сексуальные надругательства, сексуальные домогательства и запугивания на работе, в учебных заведениях и в других местах, торговлю женщинами и принуждение к проституции;
* физическое, сексуальное и психологическое насилие, которое совершается государством или которому попустительствует государство, где бы оно ни происходило, также известное, как структурное насилие.

Большинство руководств по данной тематике предлагает следующие четыре формы гендерного насилия:

* домашнее насилие;
* сексуальное насилие;
* психологическое насилие;
* экономическое или финансовое насилие.

Наиболее важные и распространенные в мире формы гендерного насилия – это насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие) и сексуальное насилие.

**Домашнее насилие**

Выделяют две основные формы домашнего насилия - это насилие, совершаемое интимным партнером в отношении нынешнего или бывшего супруга или партнера, и насилие с вовлечением разных поколений, которое характерно для отношений детей и родителей [10].

Наиболее распространенной в мире формой насилия в отношении женщин является насилие со стороны мужа или интимного партнера мужского пола (физическое, сексуальное или психологическое) [11]

**Домашнее насилие** («насилие со стороны интимного партнера») означает «все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими».

Термин «[насилие со стороны интимного партнера](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B5_%D1%81%D0%BE_%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%8B_%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%91%D1%80%D0%B0)» часто используется как синоним домашнего насилия, но он конкретно относится к насилию, возникающему в отношениях между парой (то есть брак, сожительство или не-сожительствующие интимные партнеры) [12]. [Всемирная организация здравоохранения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%81%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F) добавляет к типам домашнего насилия также [**контроль поведения**](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B2%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B8_%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BB%D1%8C&action=edit&redlink=1) **как форму насилия**. Контроль поведения – это вид насилия, включающий изоляцию человека от семьи и друзей; наблюдение за их перемещениями; и ограничение доступа к финансовым ресурсам, трудоустройство, образование или медицинское обслуживание [12].

**Таблица 1 - Типы домашнего насилия**

|  |  |
| --- | --- |
| Физический вред [12] | относится к любому действию, которое приводит к телесным повреждениям, боли или ухудшению состояния. Тяжесть травмы может варьироваться от минимального повреждения тканей, которое может не потребовать медицинской помощи, до повреждений тканей и костей, которые могут потребовать неотложной медицинской помощи или госпитализации, а также травм, которые могут привести к постоянной инвалидности и/или смерти. Акты причинения физического вреда включают, но не ограничиваются следующим:   * пощечины, толчки, толчки, удары, избиение, царапанье, удушение, укусы, захват, встряхивание, плевки, прижигание, выкручивание частей тела, принуждение к приему нежелательных веществ; * использование бытовых предметов для нанесения ударов или ножевых ранений, использование оружия (ножей, пистолетов). |
| Психологическое насилие [12] | относится к любым действиям, которые приводят к нарушению психологической целостности женщины. Действия, причиняющие психологический вред включают в себя, но не ограничиваются следующим:   * угрозы насилия и причинения вреда женщине или близким ей людям, например, преследование, демонстрация оружия; * преследование и травля на рабочем месте; * унизительные и оскорбительные комментарии; * изоляция и ограничения в общении; * использование детей агрессивным сексуальным партнером для контроля или причинения боли женщине. Эти действия представляют собой как насилие в отношении детей, так и насилие в отношении женщин. |
| Сексуальноенасилие [12] | относится к действиям сексуального принуждения или контроля. Сюда могут относиться требования о совершении полового акта путем принуждения или совершение полового акта определенным образом, принуждение женщины к сексу с другими лицами, унизительное отношение к сексуальности женщины и/или настаивание на сексе без применения контрацепции   * принуждение смотреть, участвовать или подвергаться сексуальным действиям; * принуждение к сексу; * наказание за отказ от секса; * использование сексуальных оскорблений; * использование сексуальных «двойных стандартов». |
| Принудительныйконтроль [13] | относится к любым действиям, которые приводят к зависимому и подчиненному положению женщины, что ведет к ущемлению ее прав и свободной воли. Акты контролирующего поведения включают, но не ограничиваются следующим:   * нападение, угрозы, унижение и запугивание или другое жестокое обращение, которое используется для причинения вреда, наказания или устрашения жертвы/потерпевшей; * изоляция женщин от источников поддержки: коллег, семьи, друзей; * эксплуатация ресурсов и возможностей женщины в личных целях, например, запрет на работу или образование; * лишение жертв средств, необходимых для независимости, сопротивления и бегства, а также регулирования их повседневного поведения; * лишение девочек школы, запрет или препятствование доступу девочек и женщин к базовым, техническим, профессиональным или научным знаниям. |

**Сексуальное насилие**

Другой часто встречающейся в мире формой насилия в отношении женщин является сексуальное насилие со стороны любых других лиц, не являющихся нынешними или бывшими мужьями или партнерами женщин, в том числе со стороны мужчин, которые приходятся им родственниками, друзьями, знакомыми или посторонними людьми [11].

**Сексуальное насилие** — это «любой сексуальный акт, попытка его совершения или другие действия, направленные в отношении сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте. Оно включает изнасилование, определяемое как насильственное или иное принудительное проникновение внутрь вульвы или ануса с использованием пениса, других частей тела или предмета, попытку изнасилования, совершаемое против воли прикосновение сексуального характера или другие, бесконтактные формы» [14]. По данным обширного исследования, доля женщин, которые как минимум один раз на протяжении жизни подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером, оценивается на уровне 6% [11].

ВОЗ определяет «Сексуальное насилие» как любой сексуальный акт, попытка его совершения, нежелательные сексуальные комментарии или приставания или действия, направленные на торговлю людьми, или иным образом обращенные против сексуальности человека, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но не ограничиваясь ими [12]. Также можно отметить, что сексуальное насилие - это травмирующее жизненное событие, которое может иметь целый ряд негативных последствий для психического, физического, сексуального и репродуктивного здоровья женщины. Перенесшим эту форму насилия женщинам может требоваться интенсивный и иногда продолжительный курс лечения, в частности, в области психического здоровья [15].

**Другие формы сексуального насилия включают, но не ограничиваются** [4]**:**

• сексуальное рабство;

• сексуальные домогательства (включая требования секса в обмен на работу);

• торговля людьми в целях принудительной проституции;

• принудительное использование порнографии;

• принудительная беременность;

• принудительная стерилизация;

• принудительные аборты;

• принудительные браки;

• калечащие операции на женских половых органах;

• тесты на девственность.

**Модели возникновения насилия**

По данным ВОЗ, существуют различные модели возникновения насилия. И одна из таких моделей – **экологическая модель** предполагает, что насилие это результат сочетания факторов, действующих на четырех уровнях: индивидуальные, факторы отношения, сообщества и общества.

**Индивидуальные факторы**

Некоторые из наиболее устойчивых **факторов** у мужчин, **связанных с повышенной вероятностью совершения насилия в отношении своего партнера** **(партнеров)** составляет [16]:

* молодой возраст;
* низкий уровень образования;
* быть свидетелем или жертвой насилия в детстве;
* вредное употребление алкоголя и наркотиков;
* расстройства личности;
* принятие насилия (например, ощущение, что мужчина может бить своего партнера);
* прошлые случаи жестокого обращения с партнерами.

**Факторы**, **постоянно связанные с повышенной вероятностью подверженности насилию со стороны своего партнера (партнеров)** в различных условиях, включая:

* низкий уровень образования;
* подверженность насилию между родителями;
* сексуальное насилие в детстве;
* принятие насилия;
* подверженность другим формам предшествующего жестокого обращения.

**Факторы**, **связанные с риском как виктимизации женщин**, так и преступления мужчин включают:

* конфликт или неудовлетворенность в отношениях;
* мужское доминирование в семье;
* экономический стресс;
* мужчина, имеющий несколько партнеров
* неравенство в уровне образования, т.е. когда женщина имеет более высокий уровень образования, чем ее партнер-мужчина

**Сообщество и социальные факторы**

В исследованиях были обнаружены следующие факторы:

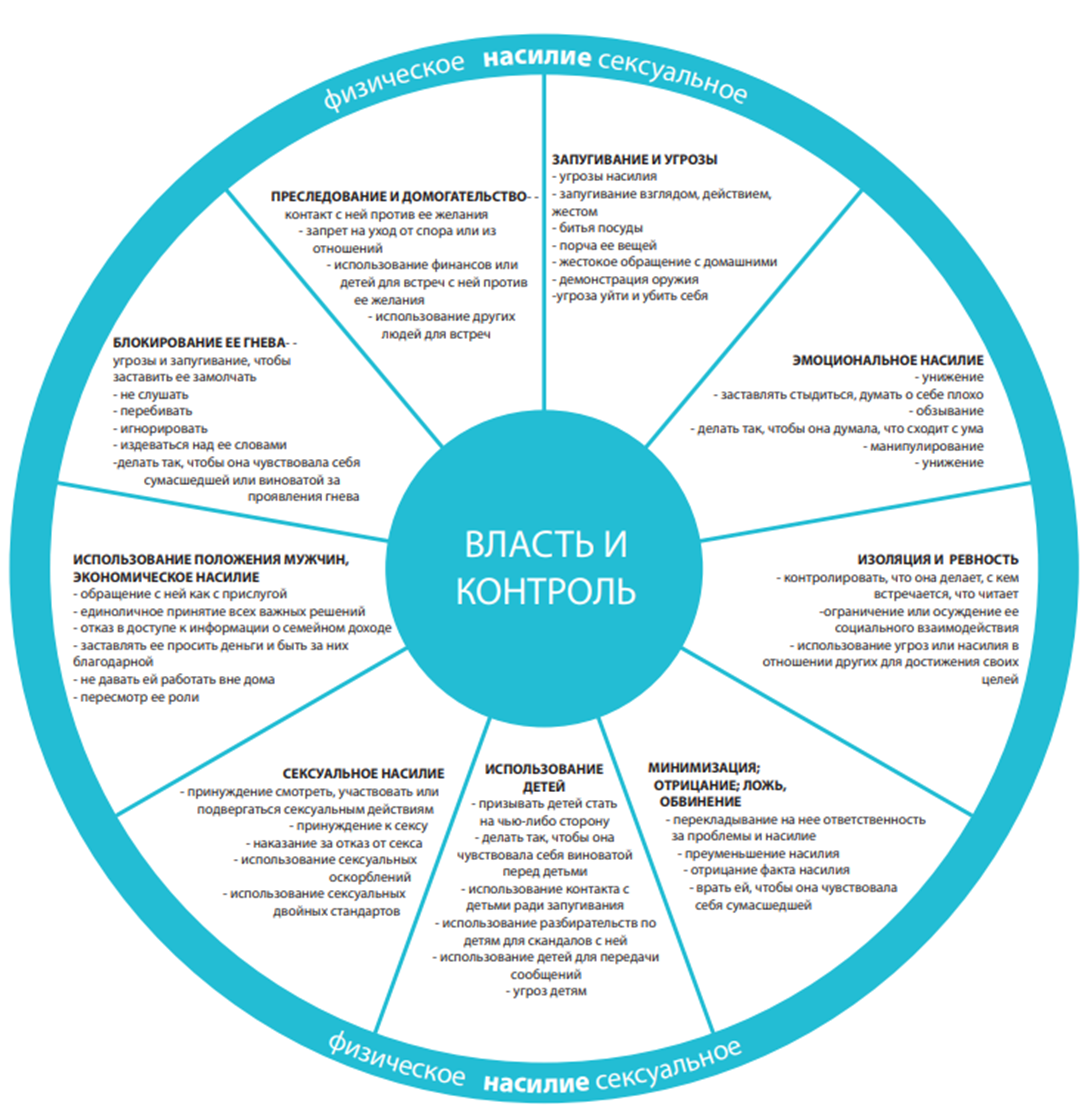
* гендерно-несправедливые социальные нормы (особенно те, которые связывают понятия мужественность к доминированию и агрессии);
* бедность;
* низкий социально-экономический статус женщин;
* слабые правовые санкции против бытового насилия;
* отсутствие гражданских прав женщин, в том числе ограничительный или несправедливый развод и законы о браке;
* слабые санкции сообщества против бытового насилия;
* широкое общественное признание насилия как способа разрешения конфликта;
* вооруженный конфликт и высокий уровень общего насилия в обществе.

Наиболее трагичным проявлением сексуального и гендерного насилия по данным ООН [17], является **фемицид** – умышленное убийство женщин и девочек. Недавнее исследование Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН) показывает, что в 2020 году около 47 тыс. женщин и девочек во всем мире были убиты своими сексуальными партнерами или другими членами семьи. Это означает, что в среднем каждые 11 минут одна женщина или девочка погибает от рук кого-то из членов своей семьи. То же исследование показывает, что «убийства в частной сфере затрагивают оба пола, но женщины и девочки несут наибольшее бремя смертельного насилия, совершаемого в семье, что составляет примерно 6 из каждых 10 убийств лиц, пострадавших от насилия, убитых интимными партнерами или другими членами семьи».

**Колесо власти и контроля**

«Колесо власти и контроля» представляет собой схему для понимания проявлений и механизмов власти и контроля в отношении между интимными партнерами. Эта модель была разработана Программами предотвращения домашнего насилия в США, с учетом опыта женщин, переживших домашнее насилие. «Колесо» описывает модели поведения, используемых человеком для контроля своего партнера и доминирования над ней.

Представлено 8 секторов поведения: запугивание, эмоциональное насилие, изоляция, уничижение, отрицание и обвинение; использование детей, пользование мужскими привилегиями, экономическое насилие, принуждение и угрозы. Эти действия совершаются для осуществления «власти и контроля» – эти слова расположены в центре «колеса». «Обод колеса» символизирует физическое и сексуальное насилие – это насилие «скрепляет» подобные отношения [9].

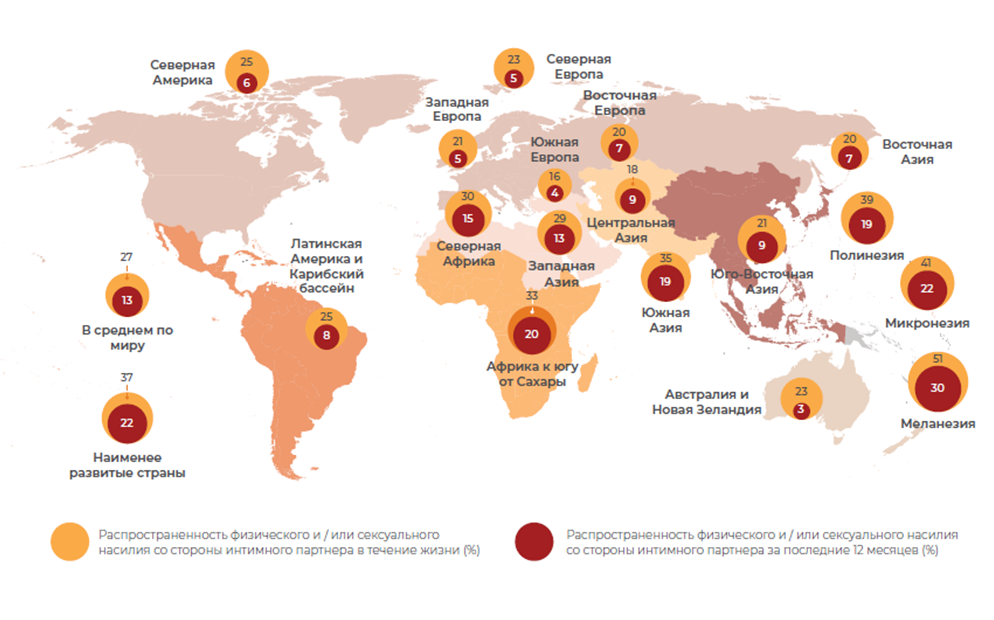


**Рисунок 1. «Колесо власти и контроля» [9]**

**Распространенность гендерного насилия**

**Ситуация в мире**

ООН опубликовали Доклад «[Оценки распространенности насилия в отношении женщин» за 2018](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1347689/retrieve), который был подготовлен путем анализа доступных данных опросов и исследований распространенности за период с 2000 по 2018 годы, полученных в ходе систематического и тщательного изучения всех имеющихся данных о распространенности домашнего насилия от интимного партнера и сексуального насилия от партнера в отношении женщин. По результатам данного доклада в среднем в 2018 году почти каждая третья женщина (или от 736 млн **до 852 млн** женщин) в возрасте 15 лет и старше как минимум однажды в течение жизни подвергались одной или обеим из этих форм насилия. А также **до 307 млн (10-16% опрошенных)** женщин в возрасте от 15 лет и старше, когда-либо состоявших в браке или имевших партнера, имеют недавний опыт физического и/или сексуального насилия со стороны интимного партнера.



**Рисунок 2. Ситуация по распространенности физического и/или сексуального насилия со стороны интимного партнера [11]**

Показатель распространенности данной формы насилия в течение жизни или за последние 12 месяцев является наиболее высоким в отношении женщин в возрасте от 20 до 44 лет. Насилие со стороны интимного партнера начинается рано, так как по данным доклада почти **каждая четвертая,** когда-либо состоявшая в браке или имевшая партнера, девушка-подросток самой молодой возрастной когорты (15–19 лет) уже как минимум один раз *в* течение жизниперенесла физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера. Общая доля женщин обеих возрастных групп (15–49 лет и 15 лет и старше), которые как минимум один раз на протяжении жизни (с момента достижения 15 лет) подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером, оценивается на уровне 6% (4–9%).

По данным некоторых исследований половина всех женщин, ставших жертвами убийств во всем мире, пострадала от своих нынешних или бывших мужей либо интимных партнеров [17]. Более 7% женщин во всем мире сообщили, что подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером [1].

**Таблица 2. Оценка распространенности насилия со стороны интимного партнера в странах Центральной Азии (результаты опроса за 2000 - 2018 годы)** [1]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Страны Центральной Азии** | **Насилие со стороны интимного партнера** | |
| **За последние 12 месяцев** | **За всю жизнь** |
| Казахстан | 6% | 16% |
| Кыргызстан | 13% | 23% |
| Таджикистан | 14% | 24% |
| Туркменистан | Нет данных | Нет данных |
| Узбекистан | Нет данных | Нет данных |
| Афганистан | 35% | 46% |

**Таблица 3. Оценка распространенности насилия со стороны интимного партнера в странах Европейского региона (результаты за 2000 - 2018 годы)** [1]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Страны Европы** | **Насилие со стороны интимного партнера** | |
| **За последние 12 месяцев** | **За всю жизнь** |
| Франция | 5% | 22% |
| Греция | 5% | 18% |
| Финляндия | 8% | 23% |
| Италия | 4% | 16% |
| Польша | 3% | 13% |
| Великобритания | 4% | 24% |

Во многих странах мира в отношении женщин и девочек происходит насилие в виде калечащих операций на женских половых органах, насильственная выдача замуж и ранние браки, «убийства чести» в отношении женщин и девочек, торговлю женщинами и девочками, умерщвление детей женского пола и другие преступные деяния [12].

Имеют место быть и так называемые «убийства чести» - это нанесение увечий или убийство женщины, или девочки в качестве наказания за действия, которые считаются неподобающими для ее пола и которые, как полагают, наносят позор семье или общине (например, обливание лица молодой женщины кислотой в наказание за то, что она навлекла позор на семью за попытку выйти замуж за человека, не одобренного семьей). Такое убийство может совершить брат, отец, дядя или другой родственник, который таким образом восстановит честь семьи. Убийства во имя чести совершаются в случаях изнасилования, супружеской неверности, заигрывания или в любых других случаях, которые считаются порочащими честь семьи. Тогда женщину убивает родственник-мужчина, чтобы восстановить честное имя семьи в обществе. Даже подозрение в нарушении правил поведения считается достаточно серьезным, чтобы запятнать честь мужчины или семьи, а поэтому этого достаточно, чтобы оправдать убийство женщины. Обычно мужчины, совершившие убийство, остаются безнаказанными или получают меньший срок [9]. По оценкам ООН, за 2010 год, ежегодно в мире происходит около пяти тысяч убийств чести, в то время как ряд [женских организаций](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%96%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), согласно данным [The Independent](https://ru.wikipedia.org/wiki/The_Independent), подсчитали в том же году, что количество таких убийств составляет примерно двадцать тысяч.

**В Казахстане**

В Казахстане в 2016 году было проведено выборочное исследование, в котором были опрошены 12 321 женщина со всех регионов Казахстана [18]. По результатам исследования было выявлено, что:

• Около 17% женщин в возрасте 18-75 лет, когда-либо имевших партнера, испытывали физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера, по крайней мере, один раз за свою жизнь.

|  |  |
| --- | --- |
| • 21%, а это каждая пятая женщина в возрасте 18-75 лет, когда-либо имевшая партнера, испытывала психологическое насилие со стороны интимного партнера в течение своей жизни.  • 50% женщин, испытывавших физическое насилие со стороны интимного партнера, сообщали о жестоких формах физического насилия, нежели только об умеренных формах. | **Рисунок 3. Опыт перенесенного насилия (распространенность насилия) со стороны интимного партнера среди женщин в возрасте 18-75 лет, по виду насилия и периоду времени** |

• Чаще акты физического и сексуального насилия происходили многократно.

• 33% женщин в возрасте 18-75 лет, испытала не менее раза в своей жизни проявление контролирующего поведения со стороны интимного партнера.

• Женщины в возрасте 18-24 и 30-39 лет наиболее подвержены риску насилия со стороны интимного партнера в настоящее время.

• 24% женщин, испытывавших какое-либо физическое, сексуальное или психологическое насилие, испытали все три формы насилия со стороны интимного партнера за свою жизнь.

• Женщины, в семьях которых в детстве также имелось домашнее насилие, чаще подвергались физическому и/или сексуальному насилию со стороны интимного партнера в течение своей жизни.

По результатам исследования выявлено, что в течении жизни 16% опрошенных женщин подвергались физическому насилию, а 3,6% сексуальному насилию. 16,5% подвергались как физическому, так и сексуальному насилию со стороны партнера в течении всей жизни.

В исследовании [18] не было выявлено существенной разницы между распространенностью насилия среди женщин, проживающих в городе (16%) и проживающих в селе (17%).

|  |  |
| --- | --- |
| В исследовании также было изучено психологическое и экономическое насилие, которое оказалось относительно распространенным. На национальном уровне 21% женщин в возрасте 18-75 лет, имевших когда-либо партнера, сообщили о том, что испытывали психологическое насилие от своего партнера, а 7% - экономическое насилие. | **Рисунок 4. Опыт перенесенного психологического и экономического насилия со стороны интимного партнера среди женщин в возрасте 18-75 лет** |

66% опрошенных женщин в Казахстане, испытавших физическое и/или сексуальное насилие со стороны партнера, сообщили о получении не менее раза вреда здоровью вследствие насилия со стороны их партнеров. Женщины чаще всего называли длительные царапины, порезы и кровоподтеки. Также распространенным актом физического насилия названы шлепки или швыряние в них предметов партнером-мужчиной (14%), затем толчки и хватание за волосы (9%)

**Мифы и факты о гендерном насилии**

Часто распространенные стереотипы и ошибочные мнения «мифы» влияют на то, как общество реагирует на насилие. Одним из распространенных мифов, является мнение о виновности жертвы. В таких случаях часто обвиняют женщину, пострадавшую от насилия, вместо того, чтобы возложить ответственность на агрессора-насильника.

Медицинские и социальные работники должны знать и распознавать разницу между существующими фактами и существующими мифами.

Распространенные мифы и факты о гендерном насилии [9]:

**Миф № 1: Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора.**

**Факты:** Женщина ни в коем случае не заслуживает насилия. Международное сообщество признало насилие в отношении женщин нарушением прав человека, которое не может быть оправдано и требует соответствующей реакции со стороны государства. Как объясняется в ряде теорий о развитии отношений между жертвой и агрессором, таких как «стокгольмский синдром» или «Колесо власти и контроля», агрессоры используют сочетание тактик контроля и насилия, что сильно затрудняет для женщин возможность избежать его. Важно также понимать, что женщины, подвергшиеся насилию со стороны интимного партнера и стремящиеся разорвать такие отношения, чтобы обеспечить безопасность себе и своим детям, парадоксальным образом сталкиваются с еще большим риском повторения и даже эскалации насилия. Кроме того, разорвать насильственные отношения им не дают чувства стыда и вины, отсутствие безопасного пристанища или убеждение в том, что развод нанесет вред детям.

**Миф № 2: Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений.**

**Факты:** «Любой человек может сорваться» – это обычное оправдание насилия со стороны интимного партнера. Однако насилие это не «потеря» контроля. Это, скорее, «завладение» контролем через угрозы, запугивание и насилие, как показано на схеме «Колесо власти и контроля». Насилие в отношениях между партнерами не нормально – это проявление исторически сложившегося неравного соотношения сил в отношениях между мужчинами и женщинами [8].

**Миф № 3: Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу.**

**Факты:** Большинство пострадавших от гендерного насилия, в особенности, со стороны интимного партнера, это женщины и девушки. Согласно мировой статистике, почти половина (47%) всех убитых женщин в 2012 году стали жертвами своих сексуальных партнеров или членов семьи. В то же время среди мужчин таких случаев только 6% [19]. По данным, собранным в странах Евросоюза, 67% случаев физического насилия и 97% сексуального насилия в отношении женщин совершают мужчины [20]. Этот факт подтверждается и исследованиями, проведенными в регионе. Например, исследование, проведенное в Молдове, показывает, что виновными в насилии в отношении женщин часто оказываются их родственники, причем подавляющее большинство из них, это мужья или бывшие мужья (73,4%), на втором месте отцы или отчимы (13,7%) [21].

**Миф № 4: Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа.**

**Факты:** Гендерное насилие – это глобальная проблема, разросшаяся до масштабов пандемии. Тридцать пять процентов женщин по всему миру хотя бы раз испытали физическое и/или сексуальное насилие со стороны своего интимного партнера или сексуальное насилие со стороны лиц, не являющихся их партнерами [1]. Хотя существуют факторы, которые могут увеличить риск гендерного насилия, домашнее насилие затрагивает всех женщин, независимо от их социально-экономического положения, уровня образования, этнической принадлежности, религиозной или сексуальной ориентации. Согласно некоторым исследованиям, женщины, живущие в условиях бедности, непропорционально часто становятся жертвами насилия со стороны интимного партнера или сексуального насилия, но остается неясным, является ли бедность, как таковая, фактором, повышающим риск насилия, или же к этому приводят другие факторы, сопутствующие бедности.

**Миф № 5: Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.).**

**Факты:** Физическое насилие – это только одно из проявлений насилия. Международное право определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам» [8]. Например, исследование распространенности гендерного насилия в Румынии показало, что 18,5% женщин испытали психологическое насилие со стороны членов семьи, в том числе, интимных партнеров; а процент экономического насилия составил 5,3% [9]. Некоторые исследования показывают, что женщины часто оценивают психологическое насилие и унижение как более разрушительное, чем физическое.

**Миф № 6: Гендерное насилие вызвано злоупотреблением веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и (или) наркотиками.**

**Факты:** Несмотря на то, что злоупотребление различными веществами часто сопутствует домашнему насилию и снижает способность подавления агрессии, это только сопутствующий фактор, но не причина насилия. Нельзя принимать злоупотребление алкоголем или наркотиками в качестве оправдания насилия. Не все виновные в насилии принимают наркотики или алкоголь, и не все злоупотребляющие наркотиками или алкоголем совершают насилие.

**Миф № 7: Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.**

**Факты:** Любая женщина имеет право на безопасность, чувство собственного достоинства и жизнь без насилия. Каждая женщина, подвергшаяся гендерному насилию, имеет право самостоятельно решить, оставаться ли ей со своим партнером-агрессором или уйти от него. В любом случае она имеет право на получение помощи и защиты от государства. Аргумент в пользу того, что женщина должна сохранять отношения с агрессивным партнером, часто оправдывают благополучием детей. Однако давно установлено, что на безопасности и здоровье детей негативно сказывается то, что они подвергаются насилию или становятся свидетелями насилия в семье. Государственная поддержка программ, обучающих мужчин- агрессоров ненасильственному поведению в межличностных отношениях, это ключ к предотвращению дальнейшего насилия и изменению насильственных поведенческих моделей [6]. Это особенно важно в тех случаях, когда женщина не хочет или не может прекратить такие отношения, например, в силу экономической зависимости от агрессора или из-за риска подвергнуться осуждению со стороны окружения, в особенности в сельской местности. Тем не менее, мероприятия по работе с агрессорами должны дополнять, но никак не заменять работу служб поддержки женщин или отнимать ресурсы, отведенные на нее.

**Миф № 8: Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой.**

**Факты:** Насилие в отношении женщины – это нарушение прав человека, происходит ли это в семье или в общественной жизни. Согласно международному законодательству в области прав человека, например, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин или Стамбульской конвенции, государства не просто имеют право на искоренение всех форм насилия против женщин, но обязаны делать это.

**Миф № 9: Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования.**

**Факты:** Международные определения изнасилования и других форм сексуального насилия [14] акцентируют внимание на типах актов насилия, при этом не учитывается тип личности насильника или подвергшейся насилию женщины. Соответственно, любой мужчина, принуждающий женщину к половому акту против ее воли, совершает изнасилование, независимо от профессии женщины. Исследование, проведенное в Боснии и Герцеговине, свидетельствует о большом числе работниц секс- индустрии, подвергавшихся насилию: каждые три женщины из пяти опрошенных заявляли о перенесенном сексуальном насилии [22].

**Миф № 10: Мужчина не может изнасиловать свою жену**

**Факты:** Как упоминалось ранее, изнасилование определяется действием, а не насильственное сексуальное сношение является изнасилованием, независимо от того, являются ли жертва и насильник супругами или нет. Это утверждение также основано на определениях, данных в международном законодательстве в области прав человека, которое охватывает все формы физического, сексуального, психологического или экономического насилия в отношении женщин независимо от того, имеют ли они место в семье или вне ее. Хотя международное право в области прав человека обязывает государства установить уголовную ответственность и преследовать в судебном порядке за изнасилование, не во всех странах изнасилование в браке признают уголовным преступлением, что ведет к безнаказанности изнасилований, совершаемых интимными партнерами.

**Миф № 11: В большинстве случаев виновники гендерного насилия -посторонние люди.**

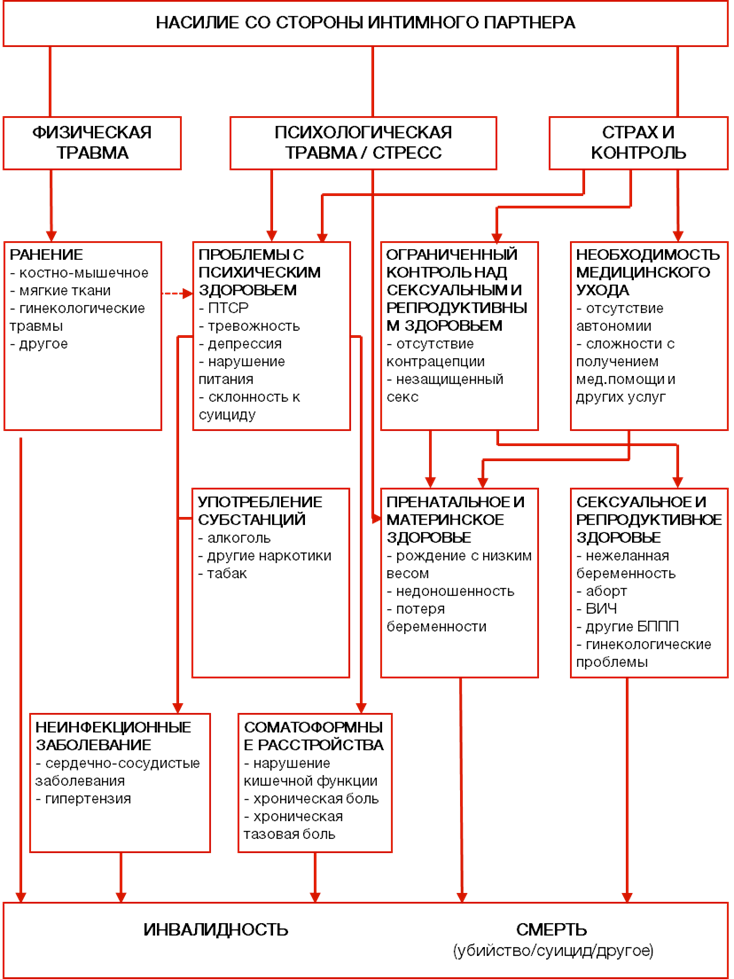
**Факты:** Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей, что подтверждается данными Глобального исследования по проблеме убийств 2013 года. По оценкам 79% среди людей, погибших от рук своих интимных партнеров, составляют женщины. Более того, 47% всех убитых в 2012 году женщин погибли от рук членов своих семей или интимных партнеров. Для мужчин значение этого же параметра составляет 6% [14]. Этот факт подтверждается, например, исследованием, проведенным в Кыргызстане, согласно которому 3% опрошенных женщин подвергались сексуальному насилию, при этом в 98% случаев преступниками были их нынешние или бывшие партнеры или мужья.

**Таблица 4. Мифы и факты о гендерном насилии [23]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Мифы** | **Факты** |
| Секс является основной мотивацией для изнасилования | Власть, гнев, доминирование и контроль - главные мотивирующие факторы изнасилования. |
| Насилуют только определенных тип женщин | Любой может стать жертвой изнасилования. Тем не менее, многие люди верят, что девушки с высокими моральными качествами («хорошие девочки») не бывают изнасилованы и что девушки низкого морального характера («плохие» девочки) бывают изнасилованы. |
| Женщины сообщают ложные факты об изнасиловании | Лишь очень небольшой процент зарегистрированных изнасилований являлись ложными. |
| Изнасилование совершается незнакомцем | Подавляющее большинство изнасилований совершается известными нападавшим. |
| Изнасилование включает в себя большое физическое насилие и использование оружия. | Большинство изнасилований не требуют большой физической силы. Большинство жертв сообщают, что они боялись получить серьезные травмы или быть убитой и поэтому оказывала малое сопротивления атаке. Это также объясняет, почему для подавления жертв не требуется много сил или наличие оружия. |
| Изнасилование оставляет явные признаки травмы | Потому что большинство изнасилований не требуют значительных усилий, поэтому не остается физических травм. Только у 1/3 жертв изнасилования есть видимые физические травмы |
| Когда женщина говорит «нет» сексу, они на самом деле означают «да». | «Нет» значит «нет» желания девочки в этом отношении должны соблюдаться. |
| Секс работницы не могут быть изнасилованы | Любой молодой человек, независимо от его/ее участия в индустрии коммерческого секса, могут быть изнасилованы. Исследования показывают, что значительная доля парней и девушек секс-работников были изнасилованы их клиентами, сотрудниками полиции или их партнерами. |
| Об изнасиловании немедленно сообщают в полицию | О большинстве изнасилований в полицию не сообщаются. Из тех, о которых сообщают, большинство сделано более чем через 24 часа после инцидента. Жертвы не сообщают вообще или откладывают сообщение, потому что они думают, что ничего не будет сделано, что насильник, возможно, будет угрожать им или их семьям; они бояться реакции семьи или общества или им стыдно; некоторые жертвы просто чувствуют, что это их личное дело или не знают, куда сообщить об инциденте. |

**Последствия гендерного насилия**

Насилие наносит огромный ущерб психологическому, физическому, а также репродуктивному и сексуальному здоровью женщин. Травмы, депрессия, тревожные расстройства, склонность к суициду, нежелательная беременность, инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ и многие другие последствия гендерного насилия могут оказывать негативное влияние на протяжении всей жизни.



**Рисунок 5. Последствия гендерного насилия**

**Физические последствия насилия:**

• травмы брюшной полости и грудной клетки;

• синяки и рубцы;

• хронические болевые синдромы;

• потеря трудоспособности;

• фибромиалгия;

• переломы;

• желудочно-кишечные расстройства;

• синдром раздраженного кишечника;

• рваные раны и ссадины;

• ухудшение зрения;

• сниженное физическое функционирование.

**Сексуальные и репродуктивные последствия насилия:**

• гинекологические заболевания;

• бесплодие;

• воспалительные заболевания в области таза;

• осложнения в период беременности/выкидыш;

• сексуальная дисфункция;

• болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД;

• опасные аборты;

• нежелательная беременность.

**Психологические и поведенческие последствия насилия:**

• злоупотребление алкоголем и наркотиками;

• депрессия и тревога;

• нарушение питания и сна;

• чувство стыда и вины;

• фобии и панические расстройства;

• физическая апатия;

• низкая самооценка;

• посттравматический стресс;

• психосоматические расстройства;

• курение;

• суицидальное поведение и нанесение себе ущерба;

• небезопасное сексуальное поведение

**Летальный исход, как последствие насилия:**

• смертность в результате прогрессирования ИППП;

• смертность при родах и во время беременности;

• убийство;

• самоубийство.

Исследование, опубликованное ВОЗ [1] в 2013 году, систематизировало данные о влиянии физического насилия и сексуального насилия на здоровье женщин, и выявили что 38% случаев убийства женщин совершают их интимные партнеры, а также, выявили другие опасные последствия насилия:

* в результате физического и сексуального насилия женщины получают физический вред здоровью и в 42% случаев получают травмы;
* в результате сексуального насилия пострадавшие женщины могут забеременеть, итогом чего могут быть аборты или роды. Женщины пострадавшие от насилия со стороны интимного партнера на 16% чаще подвержены риску родить недоношенного ребенка, для них в два раза выше вероятность искусственного прерывания беременности;
* насилие со стороны интимного партнера во время беременности также повышает риск выкидыша, мертворождения, преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела;
* как следствие насилия у пострадавших женщин часто развиваются психологические травмы, посттравматические стрессовые расстройства, а склонность к депрессии у них выше более, чем в два раза, по сравнению с женщинами, не подвергавшимися насилию;
* женщины, пережившие сексуальное насилие со стороны посторонних лиц, рискуют заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, такими как ВИЧ, гепатиты, сифилис, гонорея и т.д. У таких женщин в полтора раза выше вероятность заразиться ВИЧ и в 1,6 раз сифилисом;
* также женщины пострадавшие от сексуального насилия со стороны посторонних лиц в 2,3 раза чаще злоупотребляют алкоголем и в 2,6 раз чаще подвержены депрессиям и тревожным состояниям [24].

Факты говорят о том, что чем раньше женщина испытала насилие, особенно сексуальное, тем серьезнее и дольше проявляются его последствия. Насилие, перенесенное в одной из фаз жизни, в дальнейшем может сделать женщину подверженной к вторичным последствиям гендерного насилия, таким как суицид, депрессии, злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами [9].

Убийства в результате насилия могут произойти как следствия нанесения физического вреда, а также психологического, что в дальнейшем может привести к суициду. Также смерть может наступить в результате заражения ВИЧ и смерти от инфекции. Беременность и роды, либо попытка неудачного аборта в результате изнасилования также могут привести к летальному исходу.

Как следствие от психологической травмы у многих лиц, переживших насилие, развивается расстройство, называемое **посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)** [25]**.** Травмирующее событие возникает в результате того, что, человек подвергается реальной или угрожающей смерти, серьезной травме или сексуальному насилию. Реакция на травму может быть различной, и связана с индивидуальным восприятием события. Человек либо:

* пережил событие (лицо, пострадавшее от насилия);
* стал свидетелем события (например, дети в условиях домашнего насилия);
* узнал о событии (член семьи/близкий друг, а также специалисты, работающие с лицами, пострадавшими от насилия);
* повторно испытал или подвергся травмирующему воздействию моментов или воспоминаний о событии.



**Рисунок 6. Последствия посттравматического стрессового расстройства**

В случаях домашнего насилия психологические последствия отражаются как на потерпевших женщинах, так и на их детях, для которых дом больше не является безопасным местом. Постоянная тревога от угрозы насилия, подвергает женщин и детей, ставших свидетелями насилия, постоянному стрессу, что оказывает огромное негативное влияние на здоровье человека [25].

**Таблица 6. Домашнее насилие. Последствия для детей и подростков [9]**

|  |  |
| --- | --- |
| Ожидаемое развитие ребенка | Потенциальные последствия домашнего насилия |
| **Младенчество (от рождения до 1 года)**  Доверие – недоверие (Эриксон)  Привязанность; выживание (Боулби)  Невербальная/ сенсомоторная стадия (Пиаже)  Основное развитие мозга | * слабое здоровье; * нарушение сна; * излишнее беспокойство, плач, крики; * непредсказуемый или нарушенный уход за ребенком, приводящий к невозможности обеспечить основные потребности; * возможно, насилие нарушает или изменяет развитие мозга; * замедленное развитие моторных навыков, таких как умение сидеть, ползать, ходить. |
| **Преддошкольный возраст (от 1 года до 3 лет)**  Начинает проявлять инициативу  Основное развитие мозга Предоперациональная / символическая  стадия (Пиаже) | * нарушения/изменения развития мозга; * задержки в развитии речевых и коммуникативных навыков; * эмоциональная и физическая дисрегуляция; * сложности с регуляцией сна и приучением к туалету. |
| **Дошкольный возраст (3-6 лет)** Магическое мышление Предоперациональная/  символическая стадия (Пиаже)  Самостоятельность – стыд и сомнение (Эриксон)  Причинно-следственное мышление не развито | * признаки страха/ужаса; визг/крики; * раздраженное поведение/настроение; * склонность прятаться; * дрожание, заикание; * психологические переживания; * соматические жалобы; * регрессия к поведению, свойственному предыдущим этапам развития; * принятие на себя вины за проблемы дома, в семье. |
| **Младшие школьники (6-12 лет)**  Заметные изменения когнитивного развития  Подпериод конкретных операций (Пиаже)  Трудолюбие – чувство неполноценности (Эриксон)  Ориентированность на обучение и отно- шения со сверстниками | * плохие отношения со сверстниками и сложности с налаживанием дружеских отношений; слабые навыки общения с людьми; * плохая успеваемость; * «школьная фобия»; * соматические жалобы; * регрессия к поведению, свойственному предыдущим этапам развития; * настороженность, скрытность; отрицание; * тревожность и возбуждение; * демонстрация гнева и враждебности; * раздраженность, зачастую сопровождаемая депрессией. |
| **Подростки (12 -17 лет)** Самотождественность «Я» – ролевое смешение (Эриксон)  Отношения и отождествление со сверстниками выше отождествления с семьей  Период формальных операций (Пиаже) | * плохие отношения со сверстниками; * использование агрессии для решения проблем; * проецирование вины на других; * тревожность и отсутствие удовлетворенности собой и легкости в отношениях; * манипуляция матерями; * агрессия по отношению к матери; * насилие во время свиданий – виновник или жертва; * побеги; * преступность несовершеннолетних; * прогулы; * незаконченное школьное образование; * злоупотребление алкоголем и наркотиками. |

**Гендерное насилие уязвимых групп**

**лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

Каждый седьмой человек на планете имеет ту или иную инвалидность, а это около 1 млрд. человек [26]. И от 180 до 220 миллионов из них – молодые люди, и около 80% из них живут в развивающихся странах [26].

Такие факторы риска, как стереотипы о том, что люди с инвалидностью являются получателями благотворительной помощи, или о том, что решения за людей с ограниченными возможностями принимает кто-то другой, и они не могут сами распоряжаться своей жизнью, повышают риск насилия в отношении людей с инвалидностью. Лица с умственными и психосоциальными нарушениями, в особенности, проживающие в интернатах, могут подвергнуться изоляции, что также повышает риск быть подвергнутыми насилию [27]. Тем не менее, важно также знать, что жертвой насилия может стать не только ослабленный, одинокий и социально уязвимый, но и живущий полной жизнью, самостоятельный и не требующий постоянного ухода лицо с инвалидностью [4].

Женщины с ограниченными возможностями часто лишены возможности самостоятельно принимать решения, касающиеся их сексуальности или репродуктивной функции, что может привести к прекращению желанной беременности. Женщины с инвалидностью, в особенности женщины с ограниченными интеллектуальными возможностями, долгое время были объектами использования принудительной стерилизации и применения противозачаточных средств. И это всего лишь один пример, как инвалидность являлась основной причиной подверженности женщин гендерному насилию [28].

Недавнее исследование, проведенное в рамках программы ЮНФПА «Мы решаем», показало, что во всем мире молодые люди с ограниченными возможностями, особенно девочки, более подвержены насилию, чем их сверстники, не имеющие инвалидности. Молодые люди с ограниченными интеллектуальными возможностями, особенно девочки, находятся в зоне наибольшего риска [29].

Помимо распространенных форм гендерного насилия, лица с инвалидностью сталкиваются также с уникальными формами сексуального и гендерного насилия в силу своей инвалидности. И эти уникальные формы насилия важно знать медицинским работникам. Вот некоторые из этих уникальных форм насилия [9]:

* сексуальное насилие со стороны опекуна;
* преднамеренное некачественное лечение/уход;
* отказ в предоставлении лекарств или вспомогательных средств;
* финансовый контроль;
* ранний или принудительный брак;
* принудительные или насильственные медицинские процедуры, такие как принудительная стерилизация, контрацепция или аборт;
* ограничение средств связи;
* отказ в таких необходимых вещах, как еда, туалет или уход за собой;
* контроль над сенсорными устройствами (например, такими как слуховые аппараты для лиц с инвалидностью по слуху);
* «изнасилование девственницы»;
* насильственная изоляция.

**В качестве агрессоров по отношению к лицам с инвалидностью** чаще всего оказываются [4]:

• родственники, осуществляющие уход за лицом с инвалидностью;

• совместно проживающие люди, страдающие депрессией, алкогольной или наркотической зависимостью, а также ранее совершавшие насилие;

• лица, находящиеся в эмоциональной и/или финансовой зависимости от пожилого человека или лица с инвалидностью;

• лица, находящиеся или ранее имевшие конфликтные взаимоотношения с лицом с инвалидностью, пожилым человеком.

**Следствием жестокого обращения** с лицами с инвалидностью могут стать долговременные физические и психологические проблемы здоровья, включающие необратимые физические нарушения, лекарственную и алкогольную зависимость, ослабление иммунной системы, хронические нарушения, связанные с приемом пищи и неполноценным питанием, причинение себе вреда и безразличие к себе, депрессию, чувство страха и постоянную тревогу, склонность к самоубийству и смерть [4].

**пожилые лица**

Пожилые пациенты также часто становятся жертвами гендерного насилия и могут страдать от дискриминации по половому и возрастному принципу [31]. Такие факторы как физическая уязвимость, связанная с возрастом, возрастное слабоумие, изоляция от общества, либо зависимость от семьи или социального работника повышают риск насилия над пожилыми женщинами, в сравнении с более молодыми женщинами. Одним из самых значимых факторов, связанных с плохим обращением с пожилыми людьми, оказывается фактор социальной изоляции в обществе, он может быть как причиной, так и следствием жестокого обращения [2].

Основными формами насилия в отношении пожилых являются [2]:

* физическое - причинение боли или нанесение травмы, использование физической силы или ограничение свободы движения с помощью физической силы или наркотических средств;

• психологическое или эмоциональное жестокое обращение - причинение психических мучений;

• финансовое и материальное насилие - незаконная или неуместная эксплуатация или использование сбережений и имущества старых людей;

• сексуальное насилие - сексуальный контакт любого рода с пожилым человеком без его согласия;

• отсутствие ухода - отказ или неспособность выполнять обязанности по уходу за пожилым человеком. Это может дополняться (но не обязательно) намеренными попытками причинить физическое или эмоциональное страдание пожилому человеку.

Пожилые женщины, страдающие от гендерного насилия, с большей вероятностью могут страдать от таких последствий насилия, как страх, гнев, депрессия, обострение существующих заболеваний, растерянность и риску быть подвергнутой опасным для жизни травмам. Они также более уязвимы для финансового насилия, в случаях передачи их прав распоряжаться их финансами другим лицам. Пожилые женщины в большинстве своем знают своих обидчиков и зависят от них, что ограничивает их в возможности обращения в соответствующие службы поддержки. Кроме того, пожилым людям также мешает недостаток в информации о службах помощи, пожилой возраст, отсутствие ресурсов, а также страх, что им не поверят, а их жалобы объяснят болезнью или амнезией. Пожилые женщины также могут со временем привыкнуть к насилию или не расценивать насильственное поведение как домашнее насилие [9].

Последствия от гендерного насилия для пожилых женщин, могут быть более серьезными, чем для молодых женщин. Из-за возрастных особенностей, их состояние здоровья хуже, кости очень хрупкие, и даже незначительные травмы могут приковать пострадавшую от насилия надолго к кровати, что также может грозить тяжелыми последствиями для здоровья. Доходы у пожилых людей незначительные и ограниченные, и финансовое насилия также тяжело ими переносится. Они могут быть изолированы, одиноки или страдать от болезней - в этом случае они более уязвимы для мошенничества [2].

**молодые девушки**

Молодые девушки могут стать потенциальными жертвами таких видов насилия как ранний брак, инцеста, сексуального насилия, торговли людьми или насилия со стороны интимного партнера. Подростки в большинстве случаев знают насильника и часто находятся в зависимости от него [31]. Такие факторы как недостаток информации о службах помощи, финансовые ограничения, нерешительность, страх нарушения конфиденциальности могут стать дополнительными препятствиями для выявления насилия [9].

Во многих развивающихся странах, особенно в Центральной Азии молодые девушки подвержены особой форме гендерного насилия таким как ранние браки. Ранний, или детский, брак - это официальный либо неофициальный союз двух лиц, по крайней мере одно из которых не достигло 18 лет [32]. Самые высокие показатели официально зарегистрированных браков несовершеннолетних девочек в возрасте 15-19 лет отмечены в Албании (27,2%), Турции (23%) и Кыргызстане (19,1%), а самые низкие – в Казахстане (0,9%), Украине (2,2%) и Сербии (5,9%) [33]. Выйдя замуж в раннем возрасте бес согласия, девушки подвергаются огромному психологическому стрессу. В таких семьях, молодым девушкам приходиться выполнять много работы по дому и хозяйству. Доступ к образованию у них ограничен, также ограничен доступ к финансам. Часто им приходится вынашивать беременность, при незрелости собственного организма.

Последствия сексуального насилия для молодых девушек также очень опасны т.к. частота осложнений при ранней беременности и родам высока. Подростковая беременность, возникшая в результате сексуального насилия, связана с риском недоношенности или сниженной массы тела новорожденных, повышенной внутриутробной, ранней младенческой и детской смертности и заболеваемости.

**Роль медицинского работника в реагировании на гендерное насилие**

Медицинские работники часто, причем зачастую сами того не осознавая, контактируют с пострадавшими от насилия женщинами, так как эти женщины очень часто обращаются к услугам системы здравоохранения [34]. Исследования изучавшее взаимосвязь между насилием со стороны сексуального партнера, состоянием здоровья женщин и обращаемостью за медицинской помощью показало, что женщины, пережившие насилие, чаще обращаются за медицинской помощью, чем женщины, не подвергавшиеся насилию, даже в том случае, если они не раскрывают сам факт насилия [34]. Другое исследование выявило, что Женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимного партнера, относят медицинских работников к тем специалистам, которым они скорее всего доверяли бы, решив сообщить о жестоком обращении [34]. Таким образом медицинские работники являются «первой линией» в контакте с пострадавшими, и поэтому могут играть ключевую роль в выявлении случаев насилия.

Когда женщин спрашивают о насилии, если это делается в профессиональной и поддерживающей манере, это снимает чувство изоляции, стыда и вины, которое могут испытывать жертвы насилия [35]. Медицинские работники таким образом, занимают особое положение, позволяющее им создать для пациентки безопасную и конфиденциальную обстановку, облегчающую раскрытие ею информации о насилии, а также предложить соответствующую поддержку и направление к другим ресурсам и услугам [34]. В данной обстановке пострадавшие от насилия могут почувствовать, что помощь доступна и что лицо, пострадавшее от насилия, может воспользоваться ею, если почувствует себя готовой.

Гендерное насилие во всем мире уже признается одной из серьезнейших проблем, однако во многих странах данная проблема не признается на должном уровне. Медицинские работники могут играть важнейшую роль в выявлении случаев насилия, первичной оценки состояния пациенток, оказания им необходимых медицинских услуг в кризисных ситуациях, оформления необходимой документации, а также дальнейшего направления пациенток, и эта роль плохо понимается либо не включается в национальные программы и стратегии в области здравоохранения различных стран [34].

Медицинские работники, т.к. они одними из первых контактируют с женщинами пострадавшими от насилия, должны уметь распознать признаки насилия, уметь безопасно среагировать в ситуации, особенно в тех случаях, когда женщина не может на прямую рассказать о насилии. Кроме оказания неотложной помощи, именно медицинские учреждения являются важным пунктом, через которые женщины могут получить необходимые ей немедицинским услуги, такие как социальный работник, психолог или юридическая помощь [34].

Часто медицинский работник, должным образом оформив документы, подтверждающие случай насилия, зафиксировав телесные подтверждения, может помочь возможному судебному разбирательству.

К сожалению, иногда сами медицинские работники считают случаи домашнего насилия юридическими случаями, либо «семейными делами», в которые не нужно вмешиваться. Часто медицинские работники не обладают навыками и знаниями правильного реагирования в случаях насилия над женщинами. Необходимо больше осведомлять, информировать и обучать медицинских работников правилам

**Литература**

1. Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин: распространенность и последствия для здоровья насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия, не связанного с партнером, ВОЗ, 2013. Ссылка: <https://endvawnow.org/uploads/browser/files/who_prevalence_rus.pdf/>;
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире. /Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. - М: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376с. Ссылка: <https://www.refworld.org.ru/pdfid/5406d6f14.pdf>;
3. Закон РК «О профилактике бытового насилия» от 4 декабря 2009 года №214-IV;
4. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 23 декабря 2021 года, протокол №154 <https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5-%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B5-%D0%BA%D0%BF-%D1%80%D0%BA-2021/17015>;
5. Interagency gender-based violence case management guidelines, 2017. GBVIMS. Ссылка: <https://www.gbvims.com/wp/wp-content/uploads/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf>;
6. Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием, 2011 год. Ссылка: <https://rm.coe.int/168046253f>;
7. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence, WHO, 2014. (WHO/RHR/14.26) Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?sequence=1>;
8. Декларация об искоренении насилия в отношении женщин, принята резолюцией 48/104 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года. Ссылка: <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml>;
9. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии. Сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА, 2014. Ссылка: <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-RU.pdf>;
10. Стамбульская конвенции [: «Против насилия в отношении женщин и домашнего насилия»](https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home) ;
11. Насилие в отношении женщин, оценки за 2018 г.: Оценки глобальной, региональной и национальной распространенности насилия в отношении женщин со стороны интимного партнера и оценки глобальной и региональной распространенности сексуального насилия в отношении женщин со стороны лиц, не являющихся партнерами. Подготовлены ВОЗ для Межучрежденческой рабочей группы ООН по оценкам и данным, связанным с насилием в отношении женщин, 2021. 16с;
12. [World report on violence and health](https://web.archive.org/web/20150501075026/http:/www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf), WHO, 2002.Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1>;
13. Предоставление сектором здравоохранения скоординированных отраслевых услуг лицам, пострадавшим от сексуального и гендерного насилия – Ресурс по развитию потенциала для Центральной Азии, 2022 г. ;
14. Доклад положении дел мире в сфере профилактики насилия за 2014 года, ВОЗ, UNODC, UNDP. Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145087/WHO_NMH_NVI_14.2_rus.pdf;jsessionid=D279B7F10F1209ED8C14C9D1E563FF2E?sequence=2>;
15. Responding to Children and Adolescents Who have been sexually abused, WHO, 2017. Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>;
16. [Understanding and addressing violence against women : intimate partner violence, WHO, 2012. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77432/WHO\_RHR\_12.36\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](file:///C:\Users\acer\Desktop\Understanding%20and%20addressing%20violence%20against%20women%20:%20intimate%20partner%20violence,%20WHO,%20%202012.%20Ссылка:%20https:\apps.who.int\iris\bitstream\handle\10665\77432\WHO_RHR_12.36_eng.pdf);
17. Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide). Global estimates of gender-related killings of women and girls in the private sphere in 2021. Improving data to improve responses. UN Women. UNODC. Ссылка: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-11/Gender-related-killings-of-women-and-girls-improving-data-to-improve-responses-to-femicide-feminicide-en.pdf>;
18. Выборочное обследование по насилию в отношении женщин в Казахстане /статистический сборник / на казахском и русском языках / г.Астана 2016, 37с. ;
19. Всемирный доклад о наркотиках, 2013. Управление организации объединенных наций по наркотикам и преступности, ООН. Ссылка: <https://ecad.ru/assets/files/media/World_Drug_Report_2013_Russian.pdf?ysclid=logqr4miik2224078>;
20. Всемирный доклад 2014: Европейский союз. Ссылка: <https://www.hrw.org/ru/world-report/2014/country-chapters/260175>;
21. UN Special Rapporteur on Violence against Women calls on women and men to unite in times of economic crisis: UN Special Rapporteur VAW, 2009;
22. Борьба с насилием в отношении женщин в регионе ОБСЕ. Очерк о ситуации в регионе, передовом опыте и пути развития, 2017 года. ОБСЕ. Ссылка: <https://www.osce.org/files/f/documents/7/9/373252.pdf>;
23. Алгоритм для работников системы здравоохранения по оказанию социальной помощи в случаях гендерного насилия: Методические рекомендации / Примбетова Ш.А., Терликбаева А.М.// Нур-Султан: 2021 г. – 127 с;
24. Насилие в отношении женщин — глобальная проблема здравоохранения эпидемического масштаба, ВОЗ. 2013. Ссылка: <https://www.who.int/ru/news/item/20-06-2013-violence-against-women-a-global-health-problem-of-epidemic-proportions->;
25. Алгоритм психологического сопровождения жертв гендерного насилия: Методические рекомендации / Молчанова Е.С..// Нур-Султан: 2021 г. – 61 с;
26. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Инвалидность и здоровье. Информационный бюллетень N°352, 1 декабря 2015, доступ по следующему адресу: https://www.refworld.org.ru/docid/566ee37f4.html [последняя дата доступа 2 ноября 2023;
27. Доклад Совета по правам человека. ООН. 67-ая сессия, «53 (А/67/53), 2012 года. Ссылка: <https://www.refworld.org.ru/pdfid/50a0cc252.pdf>;
28. Доклад Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин, 29-ая сессия, ООН, 2014. Ссылка: <https://www.refworld.org.ru/pdfid/5583f6394.pdf>;
29. Путь к равенству для женщин и молодых людей с инвалидностью. Реализация прав в сфере сексуального и репродуктивного здоровья и ликвидация гендерного насилия. Ссылка: <https://kazakhstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/my_reshaem_-_klyuchevye_polozheniya.pdf>;
30. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, принята резолюцией 34/180 Генеральной Ассамблеи от 18 декабря 1979 года. Ссылка: <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/cedaw.shtml>;
31. A place of greater safety. CAADA.2012. Ссылка: <https://safelives.org.uk/sites/default/files/resources/A_Place_of_greater_safety.pdf>;
32. Конвенция ООН о правах ребенка, 1989 г. Ссылка: http://www.ohchr.org/EN/ ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx;
33. Ранние браки в странах Восточной Европы и Центральной Азии: региональный обзор. ЮНФПА. <https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Child%20Marriage%20EECA%20Regional%20Overview.pdf>;
34. Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации ВОЗ, 2013. Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO_RHR_13.10_rus.pdf?sequence=5>;
35. Учебное пособие RESPONSE по отчетности о гендерном насилии в службах женского здоровья, 2017

### Занятие 2. Выявление случаев гендерного насилия

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия»**

**Цель занятия:** ознакомить с подходами по выявлению признаков гендерного насилия, и правилами консультирования лиц, пострадавших от насилия, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

подходы по выявление случаев гендерного насилия, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

подходы к построению конструктивного диалога с пациентами, переживших гендерное насилие, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху (минимальные требования к проведению опроса, технология задавания вопросов и др.);

препятствия и барьеры, с которыми сталкиваются лица с инвалидностью по зрению и слуху, пострадавшие от насилия при обращении за медицинской помощью

**уметь**

определять признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

правильно задавать вопросы пациентам о насилии, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху;

консультировать по вопросам гендерного насилия.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху.
2. Механизм выявления случаев гендерного насилия, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху.
3. Консультирование лиц пострадавших от насилия, в том числе у лиц с инвалидностью по зрению и слуху.
4. Препятствия и барьеры, с которыми сталкиваются медицинские работники при реагировании на случаи насилия, а также барьеры, с которыми сталкиваются пострадавшие от насилия женщины при обращении за медицинской помощью

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия».**

**Признаки гендерного насилия**

По рекомендациям ВОЗ - не следует использовать всеобщий скрининг для выявления насилия, имеет больший смысл опрашивать пациентов при наличии у них определенных признаков и клинических показаний – **использовать клинический скрининг** [1]. Результаты исследований показали, что при общем скрининге - когда всех женщин, обращающихся в ПМСП, опрашивали о насилии, выявляемость насилия возрастала, но увеличивалась нагрузка на медицинских работников, а также ни во всех клиниках были условия для оказания помощи и правильного перенаправления, что в свою очередь вызывало «сопротивление» со стороны медицинских работников. В дальнейшем скрининг переходил в формальность, выполнялся без должного эффекта. Также женщины, которых опрашивали о насилии, но далее должных мер не принимали, «разочаровывались» в системе. Также не все медицинские работники знают о правильных мерах реагирования при выявлении насилия.

Медицинские работники, которые сталкиваются с пациентами, пострадавшими от насилия и, следовательно, могут участвовать в выявлении случаев гендерного насилия [2]:

* участковые медицинские работники (участковый педиатр, врач общей практики, участковая медицинская сестра), социальными работниками и психологами медицинских организаций ПМСП (во время патронажа, актива на дому, амбулаторно-поликлинического приема врача (профилактического, обращения по заболеванию);
* врачи и средние медицинские работники медицинских организаций клинико-диагностических услуг;
* врачи и средние медицинские работниками медицинских организаций с круглосуточным пребыванием (стационары, реабилитационные центры);
* врачи и средние медицинские работники организаций, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь;
* врачи и средние медицинские работники домов ребенка в системе здравоохранения;
* врачами и средними медицинскими работниками дошкольных и школьных организаций образования (детские сады, школы и т.д.);
* врачи и средние медицинские работники интернатных организаций системы образования и социальной защиты и занятости населения.

По рекомендациях ВОЗ, предпочтительнее сосредоточить внимание на повышении способности медицинских работников адекватно реагировать в случаях, когда женщина раскрывает информацию о насилии, или у пациентки наблюдаются признаки и симптомы, связанные с насилием, или она страдает тяжелой формой зависимости [1].

ВОЗ обозначил симптомы и признаки, при наличии которых медицинский работник должен задуматься о возможной связи случая с насилием.

**Примеры клинических состояний, связанных с насилием со стороны интимного партнера** [1]:

* симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стрессового расстройства, нарушения сна;
* склонность к самоубийству или причинению себе вреда;
* употребление алкоголя и других веществ;
* необъяснимые симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта;
* необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе боли в области таза, сексуальные расстройства;
* нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе множественные незапланированные беременности и(или) прерывание беременности, позднее обращение к врачу во время беременности, нежелательные результаты родов;
* необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие;
* неоднократные кровотечения из влагалища и инфекции, передаваемые половым путем;
* хронические боли (необъяснимые);
* травматические повреждения, в частности неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями;
* расстройства центральной нервной системы – головные боли, сложности восприятия, утрата слуха;
* частые консультации врача без четкого диагноза;
* присутствие на приеме врача навязчивого партнера или мужа.

**Наличие данных признаков может свидетельствовать о физическом и сексуальном насилии** [2]:

* наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д. (необходимо указать характер, локализацию, размер, цвет);
* наличие повреждений в области наружных половых органов (промежности, девственной плевы, полового члена, мошонки): кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
* наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
* наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны.

Также определенные типы поведения пациентов должны заставить врача задуматься о связи случая с насилием.

**Примеры поведения, которые могут указывать на насилие со стороны партнера** [2]:

* частое обращение к врачу с неясными симптомами;
* травмы разной локализаций на разных стадиях заживления;
* повреждения, не соответствующие рассказу пациентки;
* пациентка пытается скрыть повреждения или преуменьшить их серьезность;
* невыполнение назначений врача;
* частый пропуск приемов врача;
* редкое посещение/непосещение медицинских организаций;
* преждевременная выписка из больницы по собственному желанию.

**Поведение партнера/агрессора** во время посещения медицинских организаций также может указывать на то, что жертва подвергается насилию с его стороны.

**Возможные поведенческие проявления партнера** [2]:

* партнер/агрессор сопровождает жертву и настойчиво выступает вперед, и отвечает вместо жертвы на вопросы;
* жертва не желает говорить со своим спутником или не соглашается с ним;
* партнер/агрессор нередко отрицает или преуменьшает нанесенные повреждения;
* чрезмерная ревность или пассивность, проявляемые партнером/агрессором.

**Тревожные признаки поведения со стороны потенциального насильника** [2]**:**

* потенциальный насильник всегда приходит вместе с женщиной без необходимости;
* женщина не хочет говорить в присутствии потенциального насильника;
* пациент пассивен или боится говорить в присутствии потенциального насильника;
* потенциальный насильник агрессивный или доминирующий, говорит за женщину или отказывается выйти из кабинета.

**Правила при построении диалога с пострадавшими от гендерного насилия, в том числе с инвалидностью по слуху и зрению**

Работникам здравоохранения следует учитывать стратегии и методы при работе с пострадавшими от гендерного насилия [3]:

* Приветствуйте пациента по имени. Используй ее предпочтительное имя.
* Сделай ее своим главным объектом внимания.
* Представьте себя пациенту и скажите ему свою роль, т.е. врача, медсестру, медицинского или социального работника.
* Стремитесь к уважительному отношению, спокойному профессионализму в рамках культуры вашего пациента.
* Ведите себя спокойно. Жертва, которая была напугана и испытала страх, хочет быть в компании людей, которые не боятся.
* Будьте неторопливы. Дайте время.
* Поддерживайте зрительный контакт столько, сколько это культурно уместно.
* Будьте чуткими и непредвзятыми, когда ваша пациентка рассказывает о своих переживаниях

**Построение беседы с пострадавшей от насилия женщиной или девушкой, с полной потерей зрения или слабовидящих** [4,5]:

* Не прикасайтесь к женщине/девушке, прежде чем дадите знать о себе.
* Не думайте, что получатель услуги не видит вас вообще.
* Разговаривайте своим обычным голосом.
* Позвольте животному-поводырю постоянно сопровождать женщину/девушку.
* Ни в коем случае не забирайте у получателя услуг трость или другое средство передвижения.
* Попрощайтесь, прежде чем уйти или уехать.
* Имейте при себе информацию в формате крупного шрифта, аудио или Брайля для тех, кому она необходима.
* Заранее предоставьте информацию в цифровом формате, чтобы получатель услуг мог ознакомиться с ней с помощью устройства чтения с экрана перед приемом.
* Используйте визуальные и технические средства для тех, кто в них нуждается.

**Построение беседы с пострадавшей от насилия женщиной или девушкой, с нарушениями слуха:**

В случае лиц с полной потерей слуха и слабослышащих женщин и девушек:

* Прежде чем говорить, убедитесь, что вы завладели вниманием собеседницы.
* Если получатель услуг не обращена к вам лицом, осторожно коснитесь ее плеча.
* Не кричите и не придавайте своей речи излишней подчеркнутости.
* Смотрите непосредственно на получателя услуг и не прикрывайте свой рот.
* Как можно скорее выясните и задокументируйте предпочтительный способ общения для этой женщины/девушки.
* Говорите медленно и четко, чтобы те, кому это необходимо, могли читать по губам.
* Организуйте дежурного или заранее назначенного переводчика CART (переводчика в режиме реального времени) или сурдопереводчика.

Также по рекомендациям ВОЗ, **минимальными условиями для опроса женщин о насилии медицинскими работниками являются** [6]:

* безопасные условия - при опросе не должен присутствовать партнер;
* медицинские работники должны быть обучены как опрашивать потенциальных жертв насилия;
* медицинские работники также должны знать, как реагировать в случае выявления случая насилия.

**Минимальные требования к опросу о насилии со стороны интимного партнера** [6]

* наличие протокола или стандартной процедуры;
* обучение правильному ведению опроса, минимальным или дальнейшим мерам реагирования;
* отдельное помещение;
* гарантированная конфиденциальность информации;
* действующая система дальнейшего направления пациенток.

Отдельные помещения для опроса потенциальных лиц, пострадавших от насилия в медицинских учреждениях в нашей стране не предусмотрены. Но, по рекомендациям из Клинического протокола диагностики и лечения РК «Гендерное насилие» [7] - медицинским работникам следует попытаться встретиться с женщиной наедине и спросить ее о возможном насилии. Даже если в этот раз пациент не решится рассказать о насилии, но будет знать, что врач в курсе проблемы и сможет обратиться к нему позднее. Также из протокола: «Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях» [7]. В условиях ПМСП если есть возможность, стоит отвести пациентку в отдельный кабинет для приватной беседы, но функция этого кабинета не должна быть понятная всем, т.е., например, не должно быть надписи «для пострадавших от насилия» на кабинете, чтобы если врач ведет пациента в этот кабинет, не было нарушена конфиденциальность. Либо, можно попросить других сотрудников, младший медицинский персонал оставить вас с пациентом наедине для разговора. Но если потенциальный агрессор стоит за дверью – просить всех сотрудников выйти из кабинета может выглядеть подозрительно, в таком случае нужно искать другие варианты.

Иногда сложно попросить родственников или партнера оставить вас с пациентом наедине в кабинете, для этого можно воспользоваться предлогом – необходимостью осмотреть пациентку сказав, что это общепринятая процедура и родственников всегда просят выйти.

**Общие принципы расспроса** [8]:

* необходимо убедиться, что пациентка находится в безопасности и не испытывает дискомфорт;
* медицинский работник не должен проявлять осуждающего поведения, использовать такие слова как «жертва», избиение, насилие;
* не спрашивать о насилии в присутствии партнера, членов семье, друзей;
* не раскрывайте и не обсуждайте проблемы с партнером пациентки;
* не спрашивайте пациента, что явилось причиной насилия;
* не спрашивайте, почему пациентка не оставила своего партнера и продолжает отношения с обидчиком.

Медицинские работники могут использовать следующие критерии, чтобы определить, насколько безопасно спрашивать о гендерном насилии [9]:

* **Во-первых, необходимо убедиться, что есть уединенное помещение для конфиденциального разговора**. В особенности это актуально в условиях стационара, где медицинские работники часто опрашивают пациента в палате, в присутствии других пациентов. Иногда это может происходить за ширмой или шторой, хоть это и создает барьер, все-таки посторонние могут подслушать разговор. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.
* **Медики не должны расспрашивать женщину о гендерном насилии в присутствии семьи, друзей или детей старше 2 лет.** Хотя медицинским работникам может казаться, что пациенткам может быть полезна поддержка семьи или друзей, следует иметь в виду, что интимные партнеры, другие члены семьи или друзья могут принимать участие в насилии. Виновники насилия также могут подослать детей, чтобы те рассказали, о чем говорила женщина на приеме у врача.
* Если пациент и врач говорят на разных языках, либо если речь идет о женщинах-мигрантах, беженцах или женщинах, принадлежащих к этническому меньшинству, которые не разговаривают на языке этой страны, медицинский работник должен обеспечить присутствие при разговоре профессионального переводчика.

**Рекомендации по работе с переводчиками в условиях учреждения здравоохранения** [9]**:**

* **Избегайте помощи членов семьи, которые готовы выступить в качестве переводчика.** Данный вариант является удобным, но этого стоит избегать, т.к. это может поставить пациентку в угрожающую ситуацию. Если другого варианта нет, тогда в данной ситуации не стоит спрашивать пациентку о гендерном насилии.
* **Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно при переводчике.** Медикам следует помнить, что в малых сообществах (например, среди глухих женщин или групп, говорящих на языке меньшинств) переводчик может узнать женщину во время перевода, а затем передать информацию агрессору.
* **Убедиться, что переводчик владеет темой гендерного насилия.** Перевод специфической терминологии очень важен. Важно понимать, что в некоторых языках такие термины как жестокое обращение, риск и консультант могут переводиться иначе. Если переводчик неправильно переведет термин, пациентка может неправильно понять рекомендации врача. «НГО «Вместе против домашнего насилия» приводит следующий пример: Медик спросил женщину, хочет ли она, чтобы ее направили к консультанту (имея в виду консультацию психолога). Переводчик перевел это слово как «советник» в значении сотрудника местного органа власти. Такое различие в значении с легкостью привел к раздражению и отсутствию поддержки со стороны пациентки».

**Что делать, если вы подозреваете насилие, но женщина отказывается об этом говорить:**

* не заставляйте женщину говорить и дайте ей время решить, что она хочет вам рассказать;
* расскажите ей о доступных услугах, если женщина решит ими воспользоваться;
* предложите женщине информацию о последствиях насилия для здоровья женщины и здоровья ее детей;
* предложите женщине прийти на повторный прием.

Начиная разговор о насилии, рекомендуется начать с вводного вопроса. Прежде чем задавать прямые и более конкретные вопросы, объясните пациентке, что многие женщины страдают от гендерного насилия, а также расскажите о влиянии насилия на женское здоровье. Ниже приведены примеры вопросов, которые можно задавать при опросе лиц, возможно пострадавших от гендерного насилия.

Примеры вводных вопросов [9]**:**

* *«*Я знаю по собственному опыту, что многие женщины страдают от жестокого обращения и насилия в быту. Есть ли у Вас какая-либо похожая проблема?»
* «Мы знаем, что многие женщины зачастую испытывают насилие и жестокое обращение в быту и что это подрывает их здоровье. Скажите, пожалуйста, подвергались ли Вы когда-либо насилию дома?»
* «Мы знаем, что насилие в отношении женщин – очень распространенная проблема. Около 30% женщин в стране подвергаются насилию со стороны своего партнера. Случалось ли с Вами подобное?»
* «Некоторые женщины считают, что заслуживают насилия, потому что не соответствуют ожиданиям партнера. Но вне зависимости от того, что человек сделал или не сделал, никто не заслуживает избиения. Вас когда-нибудь били или угрожали насилием за то, что Вы сделали или не сделали?»
* «Многие мои пациентки подвергаются насилию, поскольку они живут с агрессивными партнерами.Некоторые из них слишком боятся или стесняются, чтобы заговорить об этом. Вы когда-нибудь подвергались насилию со стороны партнера?».

Примеры прямых вопросов [9]:

* «Меня беспокоит, что эти симптомы вызваны тем, что кто-то Вас ударил. Кто-то причиняет Вам боль?»
* «Наш опыт говорит о том, что такие травмы бывают у женщин, на которых напали. Кто-нибудь напал на Вас?»
* «Вас кто-то ударил? Кто это был? Это сделал Ваш партнер/муж?»
* «Скажите, Ваш партнер или бывший партнер бил Вас или близкого Вам человека когда-нибудь? Причинял ли он физическую боль?»
* «Ваш партнер когда-нибудь принуждал Вас к сексу, когда Вы не хотели этого? Он когда-либо отказывался от безопасного секса?»
* «Ваш партнер часто унижает Вас, оскорбляет и обвиняет?»
* «Ваш партнер когда-либо пытался ограничить Вашу свободу или не позволял Вам делать то, что важно для Вас (например, посещать школу, работать, встречаться с друзьями и семьей)?».

При опросе пациенток, медицинским работникам важно правильно задавать вопросы, учитывая возраст жертвы, ее образование. Сложные термины, такие как «домашнее насилие» возможно в некоторых случаях заменить или описать насилие другими простыми словами.

**Что не следует делать медицинскому работнику если женщина раскрывает факт насилия (советы по активному слушанию)** [10]**:**

* не следует принуждать женщину говорить;
* не перебивайте ее если она говорит, дождитесь, когда она закончит рассказ;
* не следует все время оглядываться на часы и не говорите слишком быстро;
* не отвечайте на телефонные звонки, не стоит смотреть на монитор или что-то записывать;
* не следует давать советы пациентке, советовать ей уйти от агрессора;
* не следует рекомендовать ударить в ответ агрессора;
* не осуждайте женщину за то, что она сделала или не сделала;
* не стоит спрашивать ее, почему она терпит это или что она сделала, чтобы он ее ударил;
* нельзя говорить: «Вам повезло, что вы остались в живых»;
* избегайте вопросов, начинающихся с «Почему?»;
* не стоит приуменьшать опасность (не воспринимая ее всерьез или говоря ей, что ей следует терпеть);
* не следует ожидать немедленных результатов;
* пытаться решить проблему женщины за нее;
* не стоит рассказывать женщине о том, что случилось с кем-то или о собственных проблемах;
* сообщать агрессору о том, что ваша пациентка рассказала о жестоком обращении;
* предпринимать действия без ее согласия - или обсуждать сказанное ею с другими коллегами без ее разрешения (за исключением случаев, когда по вопросам защиты детей вам необходимо обратиться к социальному работнику; в этом случае вы все равно можете проинформировать ее).

**Если она раскрывает факт насилия, а ее партнер ждет за дверью** [5]**:**

* не обсуждайте насилие в подробностях. Партнер может заподозрить неладное и вмешаться в разговор;
* безопаснее ограничить разговор, не позволяя женщине почувствовать, что вам это неинтересно. Предложите женщине справочную информацию и назначьте следующую встречу, чтобы обсудить все подробно, когда это будет безопаснее. Постарайтесь назначить следующую встречу в такое время, когда ее партнер не сможет прийти;
* выясните, как можно безопасно связаться с ней, чтобы обсудить все в другое время. Возможно, есть надежный друг или член семьи, который мог бы передать ей сообщение. Вы можете организовать встречу с ней у них дома, если она считает, что это безопаснее, но при этом учитывайте специфику вашего окружения, ресурсы и/или существующие услуги;
* убедитесь, что женщина в порядке, прежде чем приглашать ее партнера в комнату. Женщины, пережившие домашнее насилие, часто говорят, что боятся, что их партнер узнает, что они кому-то рассказали и это спровоцирует дальнейшее насилие;
* помогите женщине подготовить ответ на случай, если ее партнер спросит ее о том, что обсуждалось во время конфиденциального разговора. Вполне можно придумать историю вместе с ней - возможно, сослаться на предыдущую проблему со здоровьем. Главное, чтобы женщина чувствовала себя в безопасности и была готова к продолжению встречи.

**Полезные вопросы и ответы для медицинского работника по поводу гендерного насилия** [10]

Ниже приводятся ответы на некоторые вопросы, которые часто задают медицинские работники, работающие с женщинами, подвергающимися насилию.

*«Почему не стоит давать женщине советы?»*

Что важно для женщины – это быть выслушанной и иметь возможность рассказать свою историю сочувствующему человеку. Большинство женщин не хотят, чтобы им указывали, что делать. На самом деле, выслушать и ответить с сочувствием – намного важнее, чем вы думаете. Возможно, это самое важное, что вы можете сделать. Женщины должны отыскать свою собственную дорогу и прийти к своим собственным решениям, а разговор об этом поможет женщине принять это решение.

*«Почему она просто не уйдет от него?!»*

Женщины сохраняют отношения с агрессивными партнерами по многим причинам. Важно не осуждать женщину и не упрашивать ее уйти. Она должна сама принять такое решение в свое время. Причины, по которым женщины не уходят:

* Она зависит от дохода партнера. В некоторых обществах женщине трудно самой себе зарабатывать на жизнь.
* Она считает, что детей должны воспитывать оба родителя и что ее собственное благосостояние не так важно, как этот идеал.
* Женщина считает, что насилие в отношениях – это нормально и что все мужчины агрессивны и контролируют женщин.
* Она опасается крайне резкой и агрессивной реакции на свой уход.
* У женщины низкая самооценка и она не верит, что сможет справиться своими силами.
* Она ощущает, что ей некуда идти или не к кому обратиться за поддержкой.
* Женщина все еще любит мужчину и верит, что он изменится.
* Она считает, что нужна ему.
* Она не хочет быть одна.
* Женщина опасается, что общество отвернется от нее за то, что она ушла от своего партнера.

*«Как она попала в эту ситуацию?»*

Важно не обвинять женщину за то, что произошло. Обвинение не позволит вам оказать женщине должную помощь. Насилие не является уместным ни в одной ситуации. Насилию или жестокому обращению нет ни извинения, ни оправдания. Если женщина сделала что-то, чтобы рассердить своего партнера, это еще не значит, что она заслуживает жестокого обращения.

*«Что же я могу сделать, если у меня так мало возможностей и времени?»*

Первая помощь (по методике LIVES) – самое полезное, что вы можете сделать. На это не нужно слишком много времени и не требуется дополнительных ресурсов. Кроме того, вы можете разузнать о возможностях помощи женщине в системе здравоохранения и на местном уровне. Вы даже можете обдумать возможность создания конфиденциальной местной группы поддержки.

*«Нас этому не учили»*

Обычно медиков учат тому, что их главная роль – диагностировать заболевание и обеспечить лечение. Однако в такой ситуации ограничиваться чисто медицинскими проблемами бесполезно. Вместо этого нужно добавить человеческий аспект: слушать, определять потребности и проблемы женщины, укреплять социальную поддержку и безопасность женщины. Кроме того, вы можете помочь женщине увидеть и перебрать возможные варианты действий и помочь ей почувствовать, что она в силах принять и выполнить важные решения.

*«Что, если она решит не заявлять в полицию?»*

Уважайте желание женщины. Дайте ей понять, что она может изменить свое решение. Однако доказательства сексуального насилия должны быть собраны в течение пяти дней. Дайте женщине знать, с кем она может еще поговорить о возможных действиях, и помогите ей составить заявление в полицию, если женщина решит обратиться в правоохранительные органы.

*«Как я могу обещать соблюдать конфиденциальность, если по закону я должен/должна сообщать в полицию?»*

Если в соответствии с законом вы обязаны сообщить о насилии в полицию, необходимо рассказать об этом женщине. Например, можно сказать: «То, что вы мне рассказываете, является конфиденциальной информацией. Это значит, что я больше никому не буду рассказывать о том, что вы мне доверили. Единственное исключение – это…»

Как медицинский работник выясните, что написано в законе, в том числе, при каких условиях вы обязаны уведомлять правоохранительные органы (например, по закону необходимо сообщать о изнасилованиях и жестоком обращении с детьми). Заверьте женщину, что кроме той информации, которую вы обязаны сообщить по закону, вы никому ничего не расскажете без разрешения женщины.

*«Что, если она расплачется?»*

Дайте женщине время поплакать. Можно сказать: «Я знаю, что об этом тяжело говорить. Не торопитесь».

*«Что делать, если подозреваешь насилие, но женщина отказывается об этом говорить?»*

Не пытайтесь заставить женщину рассказывать о насилии.

(Ваши подозрения могут оказаться ложными). В любом случае вы можете продолжить оказание помощи и предложить дальнейшую помощь.

*«Что, если она хочет, чтобы я поговорил(а) с ее мужем?»*

Не стоит брать на себя такую ответственность. Однако, если женщина чувствует, что это безопасно и что насилие от этого не усугубится, будет полезно, если с мужчиной поговорит кто-то, кого он уважает: возможно, член семьи, друг или священник. Предупредите женщину, что, если при этом не проявлять осторожность, это может привести к большему насилию.

*«Что, если ее партнер тоже мой клиент?»*

Крайне сложно продолжать принимать обоих партнеров, если в отношениях есть насилие и жестокое отношение. Самое лучшее – попытаться договориться с одним из коллег, чтобы он принял одного из партнеров, но при этом необходимо соблюдать конфиденциальность. Не предлагайте терапию для семейных пар.

*«Что, если я считаю, что партнер может убить женщину?»*

Честно расскажите женщине о своих опасениях и объясните, почему вы считаете, что она подвергается серьезному риску, а также обсудите с женщиной возможные варианты обеспечения безопасности. В такой ситуации особенно важно определить и предложить женщине безопасные альтернативные решения о том, куда она может уйти/уехать.

В зависимости от законодательства страны на вас может возлагаться обязанность сообщать о таком риске в правоохранительные органы.

Спросите у женщины, есть ли у нее доверенный человек, который также может принять участие в обсуждении и которому вы можете рассказать о таком риске.

**Признаки и выявление гендерного насилия у лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

**В качестве агрессоров по отношению к лицам с инвалидностью** чаще всего оказываются [2]:

* родственники или опекуны, осуществляющие уход за лицом с инвалидностью;
* совместно проживающие люди, страдающие депрессией, алкогольной или наркотической зависимостью, а также ранее совершавшие насилие;
* лица, находящиеся в эмоциональной и/или финансовой зависимости от пожилого человека или лица с инвалидностью;
* лица, находящиеся или ранее имевшие конфликтные взаимоотношения с лицом с инвалидностью, пожилым человеком.

**Также существуют сложности диагностирования фактов жестокого обращения с лицами с инвалидностью в семье, которые связаны с такими барьерами, как** [11]:

* Экономическая/эмоциональная зависимость, особенно от ухода- люди с инвалидностью опасаются доставить своим родственникам дополнительные хлопоты, ухудшить свое положение в семье, остаться в одиночестве.
* Страх помещения в специализированное учреждение.
* Коммуникационные барьеры, которые зачастую особенно остро ощущаются людьми с сенсорными и интеллектуальными нарушениями.
* Стереотипы и предубеждения со стороны медицинских организаций и медицинского персонала, которые не признают, что люди с инвалидностью подвержены риску насилия, или не рассматривают их как обладателей прав. Например, неправильное представление о том, что люди с инвалидностью не являются сексуально активными, может привести к тому, что лица, пострадавшие от насилия, не будут выявлены как пострадавшие от насилия.
* Страх потерять право опеки над своими детьми.
* Изоляция и отсутствие информации в доступных форматах об их правах на свободу от случаев гендерного насилия, о том, как распознать формы случаев гендерного насилия и как получить доступ к защитным услугам.
* Недоступные формы приема и другие барьеры для коммуникации, например отсутствие сурдопереводчиков. Эти барьеры не позволяют медицинским работникам точно выявить гендерное насилие и оценить потребности и риски для здоровья лиц с инвалидностью, пострадавших от насилия.
* Физические барьеры, такие как отсутствие доступного транспорта для получения услуг или недоступные помещения, например, отсутствие пандусов и лифтов.
* В случаях, когда насилие совершается членом семьи (супругом(ой), взрослыми детьми и др.), жертва испытывает чувство стыда, беспомощности, унижения, неуверенности в собственных чувствах и ощущениях, опасение быть непонятым.

Для работы с лицами с инвалидностью, имеющими барьеры в коммуникации, такими как инвалиды по слуху и речи (глухонемые), медицинским работникам необходимо привлекать сурдопереводчиков[2].

Также для осмотра лиц с инвалидностью необходимо привлекать психолога для поиска лучшего подхода и для установления полноценных коммуникаций с такими пациентами [2].

При этом во избежание недоверия, необходимо объяснить пациенту, что будет сохранена полная конфиденциальность, которая оформляется документально. И за ее нарушение эти лица понесут ответственность в соответствии с законодательством РК [2].

**К признакам насилия над лицом с инвалидностью относятся** [2]:

* утаивание еды, воды и лекарств и т.д.;
* лишение лица с инвалидностью необходимых ему вещей (очков, слуховых аппаратов или ходунков);
* изоляция от семьи и друзей;
* ограничение свободы перемещения человека (отказ отвезти в больницу или в церковь);
* контроль расходов;
* присвоение денежных средств;
* угрозы выгнать из дома или отправить в интернат для инвалидов;
* снижение или полное отсутствие активности в тех случаях, когда предполагается ответственность за благополучие и здоровье лица с инвалидностью;
* психологическое насилие, наиболее распространенными формами которого являются отсутствие внимания, изоляция, забвение, оторванность от жизни общества.

Признаки разных видов насилия характерные для лиц с инвалидностью не сильно отличаются и схожи с упомянутыми выше общими признаками насилия. При определении признаков и симптомов жестокого обращения с лицами с инвалидностью необходимо учитывать его тип.

**Таблица 6. Признаки насилия у лиц с инвалидностью [2]:**

|  |  |
| --- | --- |
| Физическое насилие | Признаки физического насилия включают наличие синяков, кровоподтеков, следов от ударов, веревок, порезов, колотых, рваных ран или незалеченных травм в разных стадиях заживления, сломанных костей, включая череп, растяжений, вывихов или внутренних травм, сломанных очков или зубов. |
| Сексуальное насилие | Признаками сексуального насилия являются синяки в районе грудной клетки и гениталий, вагинальные и анальные кровотечения, порванное или грязное нижнее белье, заявления лица с инвалидностью о сексуальном надругательстве над ним, необъясненные венерические заболевания и инфекции |
| Психологическое насилие | Подавленное, взволнованное и/или параноидальное поведение жертвы, отсутствии желания общаться, отвечать на вопросы, демонстрации необычного поведения, например, раскачиваний или укусов |
| Пренебрежения заботой | К признакам пренебрежения заботой могут относиться обезвоживание организма, недоедания, запущенные медицинские проблемы, пролежневые язвы, плохая личная гигиена, антисанитарные или опасные условия проживания, умышленное оставление инвалида в больнице, торговом центре или других общественных местах. |
| Финансовое насилие | Признаки финансовой эксплуатации проявляются внезапными изменениями на банковском счету (необоснованное снятие большой суммы денег, появление дополнительных имен на банковской карточке), изменениями в завещании или других финансовых документах, исчезновением ценного имущества, неоплаченными счетами, плохим медицинским уходом при наличии необходимых средств, подделкой подписи, внезапным появлением новых родственников, оплатой ненужных услуг и т.д. |

Следствием жестокого обращения с лицами с инвалидностью могут стать долговременные физические и психологические проблемы здоровья, включающие необратимые физические нарушения, лекарственную и алкогольную зависимость, ослабление иммунной системы, хронические нарушения, связанные с приемом пищи и неполноценным питанием, причинение себе вреда и безразличие к себе, депрессию, чувство страха и постоянную тревогу, склонность к самоубийству и смерть.

**Некоторые примеры идентификационных вопросов, которые медицинские работники могут использовать в работе с людьми с ограниченными возможностями, включают в себя следующие** [12]**:**

«Есть ли что-то, что мне нужно знать [о вас], чтобы я мог/ла предоставить вам услуги наилучшим образом?».

«Контролирует ли кто-нибудь ваше общение с другими людьми или изменяет то, что вы пытаетесь сказать?»

«Кто-нибудь забрал или сломал то, что вам необходимо для независимости? Например, трость, ходунки, инвалидное кресло, респиратор или любое другое устройство?».

«Имеет ли кто-нибудь юридический контроль над вашими деньгами или вашими решениями? Что произойдет, если вы не согласитесь с их решениями?».

«Мешает ли вам кто-нибудь пользоваться ресурсами и поддержкой, которые вам необходимы для того, чтобы быть независимым? (Например, такими ресурсами, как профессиональные услуги, персональные помощники по уходу, помощник агентства по делам инвалидов, специализированный вспомогательный персонал для обслуживания слепоглухих, чтецы или переводчики?)».

**Построение беседы с пострадавшей от насилия женщиной или девушкой, с полной потерей зрения или слабовидящих**:

• не прикасайтесь к женщине/девушке, прежде чем дадите знать о себе;

• не думайте, что получатель услуги не видит вас вообще;

• разговаривайте своим обычным голосом;

• позвольте животному-поводырю постоянно сопровождать женщину/девушку;

• ни в коем случае не забирайте у получателя услуг трость или другое средство передвижения;

• попрощайтесь, прежде чем уйти или уехать;

• имейте при себе информацию в формате крупного шрифта, аудио или Брайля для тех, кому она необходима;

• заранее предоставьте информацию в цифровом формате, чтобы получатель услуг мог ознакомиться с ней с помощью устройства чтения с экрана перед приемом;

• используйте визуальные и технические средства для тех, кто в них нуждается.

**Построение беседы с пострадавшей от насилия женщиной или девушкой, с нарушениями слуха**

В случае лиц с полной потерей слуха и слабослышащих женщин и девушек:

•прежде чем говорить, убедитесь, что вы завладели вниманием собеседницы;

• если получатель услуг не обращена к вам лицом, осторожно коснитесь ее плеча;

• не кричите и не придавайте своей речи излишней подчеркнутости;

• смотрите непосредственно на получателя услуг и не прикрывайте свой рот;

• как можно скорее выясните и задокументируйте предпочтительный способ общения для этой женщины/девушки;

• говорите медленно и четко, чтобы те, кому это необходимо, могли читать по губам;

• организуйте дежурного или заранее назначенного переводчика CART (переводчика в режиме реального времени) или сурдопереводчика.

**Индикаторы плохого обращения с пожилым человеком.**

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие физического насилия**[2]**:**

* жалобы на жестокое физическое обращение;
* необъяснимые падения и травмы;
* ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида;
* порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения;
* избыточный повторный прием лекарств или недостаточны й их прием;
* истощение или обезвоженность организма без причин, связанных с болезнью;
* свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены;
* человек обращается за медицинской помощью к разным врачам или в разные медицинские центры.

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие сексуального насилия**[2]**:**

* жалобы на сексуальное насилие;
* сексуальное поведение, нетипичное для данного пожилого человека;
* необъяснимые изменения в поведении, такие как агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий;
* частые жалобы на боль в животе;
* необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения;
* повторяющиеся генитальные инфекции, передающиеся половым путем;
* синяки в области груди или гениталий;
* разорванное, запачканное или окровавленное нижнее белье.

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие психологического насилия** [2]**:**

* изменение режима питания или проблемы со сном;
* страх, замешательство или покорный вид;
* пассивность, избегание людей или увеличивающаяся депрессия;
* беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство;
* противоречивые утверждения или другие, не связанные с психическим нездоровьем;
* нежелание говорить открыто;
* уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза;
* изоляция пожилого человека.

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие финансового насилия** [2]**:**

* частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека;
* снятие денежных сумм, слишком больших для пожилого;
* изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество оставляются «новым друзьям или родственникам»;
* потеря имущества;
* пожилой «не может найти» драгоценности или личные вещи;
* подозрительная активность с кредитной карточкой;
* отсутствие удобств, которые пожилой человек мог бы себе позволить;
* отсутствие лечения, в том числе психических расстройств;
* уровень ухода не соответствует доходу и имуществу пожилого.

**Индикаторы жестокого обращения с пожилым человеком или лицом, с инвалидностью, относящиеся к опекуну** [2]**:**

* попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс;
* попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным;
* попечитель обвиняет престарелого в таких актах как невоздержанность;
* попечитель ведет себя агрессивно;
* попечитель обращается с престарелым как с ребенком или животным;
* попечитель имеет опыт злоупотребления наркотиками, другими веществами или жестокого обращения с другими людьми;
* попечитель не хочет, чтобы пожилого опрашивали одного;
* у попечителя оборонительная реакция, когда ему задают вопросы: враждебность или уклончивость;
* попечитель ухаживает за пожилым уже долгое время.

**Препятствия, с которыми сталкиваются медицинские работники при оказании качественных услуг пострадавшим от гендерного насилия**

Приведенные ниже препятствия не позволяют медикам определить гендерное насилие как причину имеющихся симптомов, расспросить пациенток о возможном насилии и оказать им необходимую качественную помощь и психологическую поддержку [9].

* Недостаток знаний у медицинских работников о причинах и последствиях гендерного насилия: при отсутствии или недостаточных знаниях о насилии, медицинские работники могут не распознать симптомы насилия, также могут поставить пострадавшим неправильный диагноз или не оказать необходимую помощь.
* Собственные отношения и неверные представления о гендерном насилии медицинских работников могут вылиться в восприятие насилия со стороны интимного партнера как «личного семейного дела» или обвинение жертв насилия, либо посчитать то это только «юридическое дело».
* Собственный опыт гендерного насилия в прошлом, также может помешать адекватно реагировать в случаях гендерного насилия.
* Отсутствие практических навыков правильного реагирования при выявлении случаев гендерного насилия. Как следствие, медицинские работники могут неохотно задавать вопросы о гендерном насилии, чтобы «не открывать ящик Пандоры». Отсутствие знаний и навыков также могут поставить под угрозу безопасность, жизнь и благополучие пациента, например, если медицинские работники обсуждают насилие так, что это может услышать потенциально агрессивный супруг за дверью кабинета.
* Отсутствие информации о существующих службах поддержки и соответствующих контактов со специалистами, которые могли бы пригодиться для направления пациентов в необходимые службы.
* Большая загруженность медицинских работников и нехватка времени для оказания медицинской помощи в случаях выявления насилия, а также несоответствующее финансирование консультационных услуг. Бывает сложно оценить, насколько долгой окажется беседа, и медицинские работники опасаются, что у них не хватит времени на других пациентов.
* Отсутствие поддержки внутри учреждения, такой как: стандартных утвержденных протоколов и операционных систем, форм документов или обучения для персонала по вопросам общения с пострадавшими от гендерного насилия.
* Неопределенность в смысле юридических обязательств, например, правил соблюдения конфиденциальности или необходимости сообщать о случившемся.
* Отсутствие стандартных процедур, политики и протоколов, которые обеспечили бы реагирование медиков на случаи гендерного насилия в соответствии с правилами и стандартами хорошей клинической практики.
* Психологические барьеры могут влиять на отношение и реагирование медицинских работников на гендерное насилие. В таблице приведены распространенные психологические барьеры для медицинских работников на пути обсуждения гендерного насилия [13].

**Препятствия, с которыми сталкиваются пострадавшие от насилия женщины при обращении за медицинской помощью**

**Барьеры, с которыми сталкиваются женщины, пережившие насилие,** при обращении в службы женского здоровья и раскрытии информации о насилии [12]:

* стыд, чувство вины и ощущение полной или частичной ответственности за насилие;
* страх мести со стороны преступника;
* страх стигматизации и социальной изоляции со стороны семьи и общины;
* страх социальной изоляции и ощущение того, что придется справляться с пережитым насилием в одиночку;
* низкая уверенность в себе и постоянное состояние тревожности;
* отсутствие безопасных вариантов для своих детей и страх потерять опеку над детьми;
* отсутствие реалистичных вариантов (например, в отношении финансовых ресурсов, жилья, работы или безопасности);
* отсутствие возможности уединения во время приема и невозможность поговорить с медицинским работником наедине;
* опасения, что их словам не поверят из-за негативной реакции специалистов в прошлом.

**Дополнительные барьеры, с которыми сталкиваются женщины** включают в себя;

* отсутствие физического доступа к любым медицинским услугам у женщин, проживающих в отдаленных районах;
* языковые и культурные барьеры, с которыми сталкиваются женщины-мигрантки и женщины, принадлежащие к этническим меньшинствам;
* страх привлечь внимание к нелегальному иммиграционному статусу или потерять статус после расставания с супругом, совершившим насилие;
* озабоченность по поводу постоянной поддержки, если преступник является человеком, который ухаживает за женщиной, имеющей инвалидность;
* стигма или неверие, если женщина состоит в однополых отношениях;

Неверная оценка специалистами здравоохранения того, что в некоторых культурах и сообществах принято гендерное насилие.

**Обязательное информирование**

Законы об обязательном информировании можно разделить на четыре основные категории: законы, требующие сообщать о травмах, полученных в результате преступления с применением оружия, о жестоком обращении и плохом обращении с детьми, о жестоком обращении или плохом обращении с уязвимыми взрослыми и о насилии со стороны сексуального партнера.

Обязательное информирование ограничивает конфиденциальность между пациентом и врачом, поэтому специалисты здравоохранения должны информировать пациентов о том, что в случае раскрытия случаев гендерного насилия медицинские работники обязаны сообщить об этом в полицию. Специалисты здравоохранения должны быть осведомлены о национальном законодательстве по случаям гендерного насилия, включая определения соответствующих уголовных преступлений, о доступных мерах защиты и любых обязательствах по отчетности с их стороны.

В соответствии с действующим протокол «Гендерное насилие» лицо, выявившее случай насилия, должен сообщить руководителю медицинской организации и социальному работнику. После проведения оценки, руководитель медицинской организации информирует полицию, в случае если пострадавшая несовершеннолетняя или недееспособная также информирует органы опеки и попечительства.

Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия [2]:

1. При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации обязаны в течение 1 часа:

1) передать сведения органам внутренних дел (Телефон 102);

2) передать информацию территориальным органам опеки и попечительства и другим компетентным органам (в случаях, когда жертвой является несовершеннолетнее или/и недееспособное лицо);

3) оказать медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами.

1. При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, и медицинскую помощь в детских дошкольных организациях, школах, домах ребенка обязаны дополнительно передать информацию в территориальную поликлинику (ПМСП) (в течение 24 часов).
2. Действия персонала медицинской организации при выявлении/подозрении насилия в отношении пациента:

1) немедленно с момента выявления признаков насилия в отношении пациента работник медицинской организации, выявивший случай, сообщает руководителю медицинской организации и социальному работнику медицинской организации о выявленном случае;

2) в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в:

* органы внутренних дел (телефон 102); органы опеки и попечительства;
* Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав; органы социальной защиты;
* руководителю организации образования;
* организации ПМСП, если случай выявлен в стационаре или бригадой скорой и неотложной помощи на вызове.

Затем в течение дня направляет письменную информацию о выявленном случае насилия в указанные органы;

3) в течение 1 часа с момента получения информации о выявлении признаков насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации организует проведение медицинской оценки состояния жертвы, подвергшейся насилию, с фиксацией данных оценки в первичной медицинской документации.

4. При отказе законных представителей несовершеннолетнего/ недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, руководитель медицинской организации обращается в орган опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.

**Получение информированного согласия**

В соответствии с Кодексом «О здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан» [14] медицинские работники должны получить документированное информированное согласие лица, подвергшегося сексуальному насилию в отношении всех аспектов консультации [2]:

* пациентом подписывается информированное согласие при инвазивных вмешательствах;
* если лица, подвергшегося сексуальному насилию, является несовершеннолетним, согласие должно быть получено от родителей, опекунов/попечителей или иных законных представителей ребенка (усыновители/удочерители, патронатные воспитатели);
* в случае недееспособности лица, подвергшегося сексуальному насилию согласие должно быть получено от его опекуна или другого законного представителя;
* в случае поступления лиц, подвергшегося сексуальному насилию в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю, получение согласия не требуется. Однако, когда состояние пациента восстановится, он и/или его законный представитель информируется об оказанной медицинской помощи с обязательным документированием записью в медицинской документации.

Информированное согласие необходимо для проведения осмотра и лечения, а также для разглашения информации третьим лицам, например полиции и судам.

Объясните женщине, что ее осмотрят и предложат лечение только в том случае, если она этого хочет. Объясните, что она может отказаться от любого компонента осмотра (или от всего осмотра вообще) [15].

Опишите четыре компонента осмотра:

* + общий медицинский осмотр;
  + гинекологическое исследование;
  + сбор информации;
  + передача медицинской информации и собранных доказательств в полицию, если женщина хочет обратиться за правовой помощью.

Предложите женщине задавать вопросы по каждому из компонентов осмотра и давайте полные ответы на эти вопросы. Убедитесь, что женщина вас поняла. А затем попросите ее принять решение: да или нет. Отметьте ее ответ в форме.

Когда вы убедитесь, что женщина поняла, что подразумевает осмотр и что написано в форме, попросите ее подписать бумагу. При необходимости попросите свидетеля также подписать документ о согласии.

Также по рекомендациям ВОЗ [9], если лицо, пострадавшее от насилия, не умеет читать и писать, заявление об информированном согласии зачитывается лицу, пострадавшему от насилия, и получается устное согласие (об этом будет упомянуто в форме информированного согласия или в медицинской документации).

На лиц, пострадавших от насилия, не следует оказывать давление, чтобы заставить их дать информированное согласие или принять участие в каком-либо медицинском обследовании. Если согласие получено от жертвы/потерпевшей гендерного насилия устно или через форму Согласия, жертва/потерпевшая от случая гендерного насилия может в любой момент отозвать его.

Медицинский работник должен объяснить все аспекты консультации жертве/потерпевшей, чтобы она понимала все свои возможности и могла принимать информированные решения относительно своего медицинского обслуживания. В частности, медицинские работники должны указать на любые ограничения конфиденциальности, такие как любые юридические обязательства сообщать о гендерном насилии в полицию или другие органы власти. Если того требует национальное законодательство, медицинский работник должен попросить лица, пострадавшего от насилия, подписать или пометить форму согласия. Обследование лица, пострадавшего от насилия, без его согласия может привести к уголовному преследованию медицинских работников. Кроме того, в некоторых юрисдикциях результаты обследования, проведенного без согласия пациента, не могут быть использованы в судебном процессе [9].

**Получение согласия от лиц с инвалидностью**[16]

Получение информированного согласия людей с инвалидностью иногда бывает затруднено в зависимости от вида и степени их инвалидности. Поставщикам медицинских услуг никогда не следует считать, что человек с инвалидностью не способен дать независимое и информированное согласие. Поэтому важно изначально исходить из того, что все взрослые лица с инвалидностью, пострадавшие от гендерного насилия способны предоставить информированное согласие, и следовать тем же процедурам, которые описаны выше.

В случае лиц, пострадавших от насилия лиц с инвалидностью в процессе получения информированного согласия необходимо рассмотреть возможность применения концепции поддержки принятия решений.

Поддержка принятия решений - это механизм поддержки лиц с инвалидностью, которые нуждаются в помощи для самостоятельного принятия решений и сохраняют законные полномочия на принятие решений. Поддержка принятия решений «включает в себя различные варианты поддержки, при которых приоритетность отдается воле и предпочтениям человека и соблюдаются нормы прав человека. Оно должно обеспечивать защиту всех прав, включая права, связанные с независимостью (право на правоспособность, право на равное признание перед законом, право выбирать место проживания и т.д.), а также права, связанные со свободой от злоупотреблений и жестокого обращения (право на жизнь, право на физическую неприкосновенность и т.д.).

Заменяемые модели принятия решений закрепляют дисбаланс власти, что может привести к особой уязвимости женщин и девушек с инвалидностью к гендерному насилию и другим формам злоупотреблений и жестокого обращения.

К дополнительным ключевым компонентам получения независимого и информированного согласия женщин и девочек с инвалидностью относятся следующие действия:

* Спросить лица, пострадавшего от насилия, не нужно ли ему какая-либо поддержка, которая будет способствовать ее осознанному согласию.
* Предоставить всю возможную информацию, в том числе о преимуществах, рисках и альтернативах женщинам или молодым людям с инвалидностью в предпочитаемом ими формате и понятным им способом.
* Определить, понимают ли женщины или молодые люди информацию и свои решения (также известное, как «дееспособность давать согласие»). Для определения этого необходимо в полном объеме выполнить предыдущий шаг по предоставлению доступной информации и поддержки. При этом поставщик услуг должен следовать этическим и правовым стандартам своей страны для получения информированного согласия и определения дееспособности человека. Если установлено, что данное лицо не обладает дееспособностью, ее все равно необходимо включить в процесс принятия решений, а ее наилучшие интересы должны считаться приоритетными.
* Помнить, что дееспособность определенного лица давать согласие может измениться.
* Убедиться, что решения женщин или молодых людей с инвалидностью являются добровольными и принуждения со стороны других людей (например, членов семьи, лиц, осуществляющих уход или поставщиков услуг) не было.

**Литература:**

1. Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин: распространенность и последствия для здоровья насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия, не связанного с партнером, ВОЗ, 2013. Ссылка: <https://endvawnow.org/uploads/browser/files/who_prevalence_rus.pdf>
2. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 23 декабря 2021 года, протокол №154
3. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, WHO, 2003. Ссылка: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788>
4. Женщины и молодые люди с инвалидностью. Руководство по предоставлению услуг, основанных на правах человека и учитывающих гендерные аспекты, для решения проблем гендерного насилия и сексуального и репродуктивного здоровья, а также прав женщин и молодых людей с инвалидностью. ЮНФПА, 2018
5. Предоставление сектором здравоохранения скоординированных отраслевых услуг лицам, пострадавшим от сексуального и гендерного насилия – Ресурс по развитию потенциала для Центральной Азии, 2022
6. Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации ВОЗ, 2013. Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO_RHR_13.10_rus.pdf?sequence=5>
7. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 23 декабря 2021 года, протокол №154
8. Оказание сестринской помощи жертвам гендерного насилия. Практическое руководство. Умбетжанова А.Т., Исатаева Н.М., Муканова Ш.Н. //Нур-Султан: – 55 с
9. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии. Сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА, 2014. Ссылка: https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-RU.pdf
10. Медицинское обслуживание женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию. Практическое пособие. ВОЗ 2014
11. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities. UNFPA. 2018. 206р. Ссылка: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-WEI_Guidelines_Disability_GBV_SRHR_FINAL_19-11-18_0.pdf>
12. Учебное пособие RESPONSE по отчетности о гендерном насилии в службах женского здоровья, 2017
13. Алгоритм для работников системы здравоохранения по оказанию социальной помощи в случаях гендерного насилия: Методические рекомендации / Примбетова Ш.А., Терликбаева А.М.// Нур-Султан: 2021 г. – 127 с
14. Кодекс «О здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан» от 7 июля 2020 года №360-VI
15. Медицинская помощь женщинам, подвергшимся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию: Клиническое руководство. ВОЗ, ООН Женщины и ЮНФПА. 2014
16. Скоординированные услуги сектора здравоохранения по ведению случаев сексуального и гендерного насилия и перенаправлению в другие службы – Региональная модель стандартных операционных процедур для Центральной Азии, 2022 г.

### Занятие 3. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»**

**Цель занятия:** ознакомить с принципами оказания помощи лицам, перенесшим гендерное насилие, в том числе с лицами с инвалидностью по слуху и зрению; принципами выстраивания работы с лицами, перенесшими от гендерного насилия на уровне ПМСП

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

принципы работы с лицами, пережившие гендерное насилие, в том числе с лицами с инвалидностью по слуху и зрению;

алгоритм действий по оказанию помощи женщинам, переживших гендерное насилие;

правила проведения бесед и осмотра лиц, переживших от гендерного насилия (12 шагов медицинского осмотра);

подходы к обследованию и лечению лиц, переживших насилия;

правила проведения профилактики нежелательной беременности, постконтактной профилактики ВИЧ и др.;

рекомендации по проведению последующему наблюдению (физиологическое наблюдение, психологическое сопровождение).

**уметь**

проводить сбор анамнеза у лица, пережившего гендерное насилие;

проводить осмотр лица, пережившего гендерное насилие (медицинский осмотр);

фиксировать телесные повреждения в медицинских формах;

проводить оценку наличия признаков гендерного насилия;

определять следы насилия и проводить их интерпретацию;

проводить обследование и лечение, а также последующее лиц, переживших от насилия;

проводить профилактику нежелательной беременности, распространенных ИППП, вирусного гепатита В, экстренную профилактику столбняка и др.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Принципы работы с лицами, пережившие гендерное насилия, в том числе лиц с инвалидностью.
2. Рекомендации по оказанию услуг лицам, пострадавшим от гендерного насилия.
3. Рекомендации по описанию телесных повреждений в медицинской документации Обследование и лечение женщин, пострадавших от насилия.
4. Последующее наблюдение пострадавших от гендерного насилия (физиологическое наблюдение и психологическое сопровождение).

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение».**

**Принципы работы с лицами, пережившие гендерное насилия, в том числе лиц с инвалидностью**

**Гендерно-чувствительный подход**. Предоставляемые услуги должны демонстрировать использование подхода, признающего гендерную динамику, воздействие и последствия насилия в отношении женщин. Медицинским работникам необходимо учитывать потребности конкретных групп женщин и девочек, в том числе принадлежащих к маргинализированным группам. Система здравоохранения должна уважать разнообразие пользователей услуг и не допускать дискриминацию. Это подразумевает, что все женщины, пережившие насилие, имеют равный и полный доступ к медицинским услугам и социально-психологической помощи, а также получают поддержку одинакового качества.

**Ориентированность на интересах лица, пострадавшего от насилия**. Во время вмешательств, связанных с инцидентами/случаями гендерного насилия, уважение желаний, прав и достоинства лица, пострадавшего от насилия, является наиболее эффективным подходом, направленным на создание атмосферы, полной уважения, что будет способствовать возможности лица, пострадавшего от насилия, определять свои потребности и принимать решение о возможных способах действий. Медицинским работникам следует оказывать поддержку лицам, пострадавшим от насилия при принятии решений.

**Защита и безопасность**. Безопасность как жертвы, так и медицинского работника считается приоритетом при организации и оказании помощи лицам, пострадавшим от насилия. Оценка безопасности лица, пострадавшего от насилия, должна проводиться в момент идентификации и когда пациентка сообщает о том, что она пострадала в результате гендерного насилия. Также в рамках каждой консультации медицинскому работнику следует проводить оценку собственной безопасности. Начиная консультацию с лицом, пострадавшим от насилия, важно учитывать возможные угрозы (агрессивных мужей, членов семьи) и убедиться, что взаимодействие может осуществляться без вероятного вреда для себя, лица, пострадавшего от насилия, или других коллег.

**Конфиденциальность и защита личной информации**. Конфиденциальность лица, пострадавшего от насилия, должна соблюдаться всегда. Соблюдение конфиденциальности является важной мерой для обеспечения безопасности как лица, пострадавшего от насилия, так и медицинского работника. Это предусматривает обмен лишь необходимой информацией и лишь в той ситуации, в которой она необходима или запрашивается, и только с согласия лица, пострадавшего от насилия. Соблюдение конфиденциальности гарантирует, что лицо, пострадавшее от насилия не подвергнется дальнейшим угрозам и/или насилию из-за обращения за помощью, а также защищает медицинского работника от угроз со стороны агрессоров или членов семьи.

Информация может быть передана коллегам, если для этого есть медицинские показания, и медицинское учреждение направляет лица, пострадавшего от насилия, к поставщику услуг социально-психологической помощи. Необходимо разъяснить заранее этот вопрос лицу, пострадавшему от насилия, а лицо, пострадавшее от насилия, должно понимать, какая информация и кому будет передана, и необходимо получить на это его согласие. Если конфиденциальность ограничивается нормативными актами, касающимися обязательной передачи информации в случае угрозы жизни лица, пострадавшего от насилия, то оно должно быть немедленно проинформировано об этом.

**Осознанный выбор**. Любое действие должно осуществляться только с разрешения лица, пострадавшего от насилия, и после получения его информированного согласия.

**Недопущение дискриминации**. Все лица, пострадавшие от насилия, равны; к ним следует проявлять одинаковое отношение, и они должны иметь равный доступ к услугам независимо от возраста, расы, этнической принадлежности, вероисповедания, сексуальной ориентации, гендерной принадлежности, инвалидности, семейного положения, образования и социально- экономического положения.

**Правозащитный подход**. В соответствии с правозащитным подходом к предоставлению качественных основных услуг признается, что государственные и негосударственные учреждения несут основную ответственность за соблюдение, защиту и реализацию прав женщин и девочек. Насилие в отношении женщин и девочек является фундаментальным нарушением прав человека женщин и девочек, особенно их права на жизнь, свободную от страха и насилия. Правозащитный подход призывает к оказанию услуг, при которых приоритет отдается безопасности и благополучию женщин и девочек, а также к достойному, уважительному и чуткому отношению к ним. Он также призывает к применению наиболее высоких достижимых стандартов медицинских, социальных, судебных и правоохранных услуг - услуг хорошего качества, доступных, приемлемых для женщин и девочек.

**Учет культурных и возрастных особенностей**. Основные услуги, учитывающие культурные и возрастные особенности, должны отвечать индивидуальным обстоятельствам и жизненному опыту женщин и девочек с учетом их возраста, самобытности, культуры, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, этнической принадлежности и языковых предпочтений. Основные услуги также должны надлежащим образом отвечать потребностям женщин и девочек, сталкивающихся с многочисленными формами дискриминации – не только из-за того, что они являются женщинами, но и по признаку расы, этнической принадлежности, касты, сексуальной ориентации, вероисповедания, наличия инвалидности, семейного положения, рода занятий или других характеристик, либо потому, что они подверглись насилию.

**Наилучшие интересы ребенка**. Во всех случаях, касающихся ребенка, первоочередное внимание следует уделять соблюдению наилучших интересов ребенка, применять к детям все перечисленные руководящие принципы, включая их право на участие в принятии решений, которые их коснутся. К ребенку следует прислушиваться и верить ему, а его опасения должны восприниматься серьезно. Если решение принимается от имени ребенка, следует руководствоваться наилучшими интересами ребенка и соблюдать соответствующие процедуры. Определение наилучших интересов можно также посмотреть в руководстве.

**Продвижение гендерного равенства и расширение прав и возможностей женщин**. Учитывая центральную роль гендерного неравенства и дискриминации, являющихся как первопричиной, так и следствием насилия в отношении женщин и девочек, поставщикам услуг необходимо внедрить чувствительные и чуткие к гендерной проблематике политику и практику.

Поставщики услуг должны обеспечить непримиримость, нетерпимость и неприемлемость насилия в отношении женщин и девочек; им также необходимо поощрять самостоятельность женщин и девочек, с тем чтобы они были вправе принимать собственные решения, включая решения об отказе от основных услуг.

Помимо перечисленных ранее принципов работы с лицами, пострадавшими от насилия, **работа с лицами с инвалидностью** подразумевает два дополнительных принципа:

* **поддержка принятия решений для пострадавших от насилия лиц с инвалидностью**

Поддержка принятия решений – это механизм поддержки лицам с инвалидностью, которым необходима помощь для самостоятельного принятия решений, а также для сохранения ими законного права принимать решения. Системы поддержки принятия решений существуют в различных формах, таких как неформальные круги поддержки или формальные сети поддержки. Независимо от формы, все программы по содействию принятию решений имеют следующие характеристики:

позволяют лицам принимать решение самостоятельно, независимо от их инвалидности, с использованием системы поддержки принятия решений;

приоритет отдается воле и предпочтениям лица с инвалидностью;

предоставляют всю информацию в различных доступных форматах;

не устанавливают ограничений в отношении того, кто может пользоваться системой поддержки принятия решений;

не регламентируют жизнь лиц с инвалидностью;

по просьбе лица, пострадавшего от насилия, обеспечивают юридическое признание выбранного ею лица или лиц, которые будут оказывать ей поддержку, с тем чтобы они могли принимать решения;

обращаются непосредственно к лицу с инвалидностью, даже при назначении сопровождающего (если только лицо с инвалидностью прямо не попросило об ином);

не ущемляют другие права (например, права на сексуальное и репродуктивное здоровье);

предусматривают право на отказ и прекращение отношений, связанных с оказанием поддержки;

предусматривают механизмы защиты на протяжении всего процесса;

не допускают дискриминации.

* **уважительное отношение к лицам с инвалидностью, пострадавшим от насилия**

Важно помнить, что это обобщенные рекомендации и поставщикам услуг следует как можно скорее начинать диалог со своими клиентами, чтобы лучше понять их уникальные потребности и предпочтения.

***Женщины и девушки с физическими ограничениями здоровья:***

не считайте, что из-за физических недостатков у получателя услуг также есть умственные недостатки;

по возможности, сидите на уровне глаз получателя услуг;

не передвигайте костыли, трость, ходунки или инвалидную коляску без разрешения человека, который ими пользуется, или не организовав их возврата на место;

не опирайтесь на инвалидную коляску и не прикасайтесь к ней без разрешения человека, пользующегося этой коляской;

следуйте указаниям человека с инвалидностью о том, как переместить его/ее на смотровую кровать или аппарат.

***Женщины и девушки с сенсорными нарушениями***

В случае лиц с полной потерей слуха и слабослышащих женщин и девушек:

прежде чем говорить, убедитесь, что вы завладели вниманием собеседницы;

если получатель услуг не обращена к вам лицом, осторожно коснитесь ее плеча;

не кричите и не придавайте своей речи излишней подчеркнутости;

смотрите непосредственно на получателя услуг и не прикрывайте свой рот;

как можно скорее выясните и задокументируйте предпочтительный способ общения для этой женщины/девушки;

говорите медленно и четко, чтобы те, кому это необходимо, могли читать по губам;

организуйте дежурного или заранее назначенного переводчика CART (переводчика в режиме реального времени) или сурдопереводчика.

***В случае лиц с полной потерей зрения или слабовидящих женщин или девушек:***

не прикасайтесь к женщине/девушке, прежде чем дадите знать о себе;

не думайте, что получатель услуги не видит вас вообще;

разговаривайте своим обычным голосом;

позвольте животному-поводырю постоянно сопровождать женщину/девушку;

ни в коем случае не забирайте у получателя услуг трость или другое средство передвижения;

попрощайтесь, прежде чем уйти или уехать;

имейте при себе информацию в формате крупного шрифта, аудио или Брайля для тех, кому она необходима;

заранее предоставьте информацию в цифровом формате, чтобы получатель услуг мог ознакомиться с ней с помощью устройства чтения с экрана перед приемом;

используйте визуальные и технические средства для тех, кто в них нуждается.

***В случае лиц с речевыми нарушениями:***

не думайте, что если речь получателя услуг замедленная или ее трудно понять, то у нее есть трудности с обучением или пониманием;

попросите ее повторить то, что вы не поняли;

задавайте вопросы, на которые она может ответить «да» или «нет»;

дайте ей столько времени, сколько необходимо для изложения своей проблемы;

будьте терпеливы.

***Женщины и девушки с нарушением интеллектуального развития:***

используйте простые слова и короткие предложения;

повторяйте инструкции и важную информацию разными способами, используя различные средства обучения, чтобы помочь получателю услуг понять (например, анатомически корректные модели или куклы, сценарии ролевых игр);

предоставьте простые инструкции и информационные руководства, которые женщина/девушка может взять с собой для ознакомления (например, понятный язык, легкое чтение, наглядные руководства, видеоинструкции);

будьте терпеливы;

не относитесь к женщине/девушке, как к ребенку;

предоставьте получателю услуг номер телефона или иной способ связаться с поставщиком услуг для решения последующих вопросов.

***Женщины и девушки с психосоциальной инвалидностью:***

подчеркивайте важность и предпринимайте шаги для укрепления и развития доверия между вами и получателем услуг;

предложите обучение всем поставщикам услуг, персоналу и членам семьи, чтобы повысить уровень принятия, изменить отношение и укрепить доверие;

улучшите коммуникацию между поставщиками услуг по гендерному насилию и поставщиками услуг по охране психического здоровья;

предложите услуги группы поддержки;

убедитесь, что вы и весь обслуживающий персонал всегда относитесь к получателям услуг с уважением и признаете их сильные стороны;

предоставляйте информацию и рекомендации в отношении механизмов поддержки принятия решений и законного представителя пациентки, если таковой имеется. Женщина/девушка назначает законного представителя для принятия решений в сфере охраны здоровья за нее, если она не в состоянии принимать решения самостоятельно; это механизм, обеспечивающий выполнение ее пожеланий.

**Рекомендации по оказанию услуг лицам, пострадавшим от гендерного насилия**

Женщинам, рассказавшим о любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуального нападения со стороны любого лица, необходимо предложить немедленную помощь. Как минимум, если женщина сообщила о насилии, медицинские работники должны предложить первичную помощь [1].

**Первичная помощь подразумевает следующее:**

* не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;
* оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;
* спросить женщину о насилии, внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем через переводчиков);
* помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;
* помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей;
* предоставить или обеспечить помощь социальных служб.

**Медицинские работники должны обеспечить:**

* проведение консультации без посторонних,
* конфиденциальность, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности (например, если существует обязательное требование информировать соответствующие органы).

**Если медицинские работники не в состоянии оказать первичную помощь, они должны немедленно найти кого-то, кто сможет это сделать (в своем медицинском учреждении или другом месте, куда легко добраться).**

Условия для оказания помощи:

a) Любое вмешательство должно осуществляться по принципу «не навреди», с соблюдением баланса между пользой и вредом, а также безопасности женщин и их детей, как важнейшего приоритета [1].

b) Приоритетной задачей также является соблюдение принципа неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности консультаций, включая обсуждение с женщинами соответствующих записей в медицинских картах и пределов конфиденциальности предоставляемой информации. В связи с этим большое значение имеют хорошие коммуникативные навыки [1]. Законы РК, также требуют от медицинских работников, соблюдения полной конфиденциальности, в том числе и на электронных и бумажных носителях, и за ее нарушение лица понесут ответственность в соответствии с законодательством РК [2].

c) Медики должны обсуждать с пациентками возможные варианты и помогать им в принятии решений. Отношения должны быть направлены на оказание поддержки и сотрудничество; при этом должно быть соблюдено право женщин на независимость. Медики должны работать с женщинами, предлагая им варианты и возможности оказания помощи, а также соответствующую информацию, чтобы разработать эффективный план и поставить перед собой реальные цели; при этом лицом, принимающим решения, всегда должна оставаться женщина.

d) В некоторых ситуациях, таких как прием пациентки в отделении скорой медицинской помощи, максимально много должно быть сделано во время первого контакта с женщиной на тот случай, если она больше не обратится за медицинской помощью. Женщине должна быть предложена дальнейшая поддержка, медицинская помощь и обсуждение безопасных и доступных способов продолжить консультации.

e) Медицинские работники должны иметь представление о гендерной основе насилия в отношении женщин, а также об аспектах этой проблемы, касающихся прав человека.

f) Женщины, имеющие инвалидность вследствие физических или психических нарушений, подвержены повышенному риску насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия. Медицинские работники должны обращать особое внимание на их многочисленные потребности. Беременные женщины также могут иметь особые потребности.

**Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия** [2]

1. Представьтесь и кратко расскажите об услугах медицинской организации.

2. Попросите представиться пациента и его сопровождающих лиц.

3. При проведении опроса установите с жертвой насилия и его семьей доверительные отношения.

4. Относитесь к жертве насилия и его семье с доверием, внимательно, доброжелательно, демонстрируя готовность поддержки и оказания необходимой помощи.

5. Проявляйте дружелюбное отношение, эмпатическое (сочувствие) понимание, говорите спокойным тоном, не торопливо, смотрите в глаза пострадавшему (насколько это допустимо в обществе).

6. Активно слушайте пациента и сопровождающее его лицо.

7. Во время беседы помните:

* для установления контакта важно, как врач слушает;
* необходимо эмоционально поддерживать пострадавшего во время беседы;
* о свободной, расслабленной позе тела (это помогает пострадавшему начать говорить);
* не прерывайте без необходимости речь пострадавшего;
* уточняющие вопросы следует задавать лишь после того, как пострадавший закончит рассказ;
* врач сочувствием показывает, что признает тяжесть происшедшего.

8. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего.

9. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся, не осуждайте.

10. Наблюдайте за поведением пациента и сопровождающего его лица, анализируйте увиденное.

11. Сопоставляйте ответы, полученные при опросе с данными объективного осмотра и результатов наблюдения за поведением пациента и сопровождающего его лица.

12. Информируйте об обеспечении конфиденциальности информации.

13. Остерегайтесь задавать вопросы о насилии за шторами (особенно в медицинских организациях), где третье лицо может услышать разговор. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.

14. Дайте пациенту и сопровождающему его лицу возможность задать вопросы обо всем, что они посчитают важным и что им не понятно.

15. Решите уместно ли спрашивать пациента о подверженности насилию прямым текстом в присутствии сопровождающего его лица. Помните, что сопровождающее лицо само может быть лицом, совершающим насилие, вопросы о насилие могут поставить жертву в опасную ситуацию.

16. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).

**Сбор анамнеза**

ВОЗ рекомендует составить полный общий анамнез с записью всех событий, которые помогут определить, какие типы вмешательства будут уместны, Анамнез должен содержать следующую информацию:

* период времени после нападения и тип нападения;
* риск беременности;
* риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающиеся половым путем (ИППП) – Здесь нужно собрать информацию о том, если шанс заразиться ИППП;
* состояние психического здоровья**.** Задайте общие вопросыво время сбора анамнеза о том, как женщина себя чувствует и какие эмоции испытывает:
* «Как вы себя чувствуете?»
* «Как изменилась ваша жизнь?»
* «Есть ли у вас какие-либо проблемы?»
* «Трудно ли вам справляться с трудностями в повседневной жизни?»

Если в ходе общей оценки вы выявили проблемы с настроением, мыслями или поведением женщины, женщина не может функционировать в повседневной жизни, и вы заметили признаки серьезного эмоционального потрясения, у нее могут быть более тяжелые психические расстройства. Тогда задайте специальные вопросы на предмет депрессии и постравматического стрессового расстройства.

**Указание на факты насилия с уточнением таких данных, как**[2]**:**

* когда впервые произошло насилие;
* кем совершено насилие;
* было ли оно повторным;
* уточнение данных насильника, отношение его к жертве;
* длительность совершения насилия;
* характер и вид сексуального контакта: вагинальный, анальный, оральный);
* последствия насилия, если оно совершалось длительно (беременность, роды, заражение ИППП, ВИЧ).

**Осмотр лица, пострадавшего от насилия**

Рекомендуется провести полное физикальное обследование (с головы до ног, включая гениталии), соблюдая следующие общие принципы [1]:

* Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациентке возможность задать вопросы.
* Спросите пациентку, хочет ли она, чтобы осмотр проводила женщина-врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
* Нельзя оставлять пациентку одну (например, когда она ожидает осмотра).
* Попросите ее полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
* Особенно тщательно осмотрите области, скрытые под одеждой и волосами.
* Если женщина подверглась сексуальному насилию, осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
* Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
* Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
* В течение всего осмотра информируйте пациентку о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
* Пациентки могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациентки контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.

Действия при осмотре женщин-жертв сексуального насилия должны включать:

• полное описание случая, с приведением всех собранных свидетельств;

• запись истории гинекологических заболеваний жертвы и применяемых ею контрацептивов;

• стандартную запись результатов полного физического обследования;

• оценку риска беременности;

• проверку на наличие болезней, передаваемых половым путем, включая проверку на ВИЧ, и лечение этих болезней;

• предоставление неотложной контрацепции;

• консультирование по поводу аборта;

• обеспечение психологической поддержки и направление к врачу- специалисту.

В соответствии с Протокол диагностики и лечения «Гендерное насилие» важно [2]:

• описание объективного статуса должно включать в себя тип и количество повреждений, а также их расположение на теле человека. Медицинским работником в обязательном порядке проводится интерпретация соответствия имеющихся травм полученным объяснениям с записью в медицинской документации, которая может послужить доказательством в случае, если пострадавшая/ий решит подать судебный иск.

• медицинским работником проводится полный медицинский осмотр («с головы до ног») с соблюдением общих принципов по Рекомендациям ВОЗ (2013).

• для сбора образцов доказательств для судмедэкспертизы и проведения фотосъемки (в случае разрешения лиц, перенесших насилие) приглашается специалист, имеющий квалификацию в области судебной медицины.

**Общие принципы медицинского осмотра (с головы до ног) согласно рекомендациям ВОЗ:**

* Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациенту возможность задать вопросы.
* Спросите пациента, хочет ли он/она, чтобы осмотр проводила женщина – врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
* Нельзя оставлять пациента одного (например, когда она ожидает осмотра, особенно, если существует подозрения о членовредительстве или присутствует подобный риск.
* Попросите пациента полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
* Особенно тщательно осмотрите области, скрытые под одеждой и волосами.
* Осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
* Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
* Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
* В течение всего осмотра информируйте пациента о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения.
* Всегда говорите пациенту, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
* Пациенты могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациента контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.

**Осмотр лица с инвалидностью по слуху и зрению**

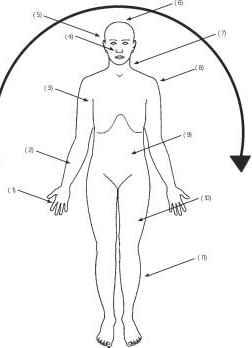
Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность по слуху, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать **сурдопереводчика** [2]**.**

Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность также для установления полноценных коммуникаций, медицинским работникам необходимо привлекать **и психолога,** который поможет найти подходы для получения более полной информации при опросе этих пациентов [2].

При этом во избежание недоверия, необходимо объяснить пациенту, что будет сохранена полная конфиденциальность, которая оформляется документально. И за ее нарушение эти лица понесут ответственность в соответствии с законодательством РК.

**Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов** [2]

Физическое обследование лиц, перенесших насилие должно проводиться следующим поэтапным образом (каждый шаг – это пронумерованный список действий относится к пронумерованным частям тела)



**Рисунок 7 - Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов**

Шаг 1

Обратите внимание на общий внешний вид и поведение лиц, перенесших насилие. Начните осмотр с рук пациента; это успокоит пациента. Определите уровень жизненно важных показателей: пульс, артериальное давление, частота дыхания и температура. Проверьте обе стороны обеих рук на наличие травм. Понаблюдайте за запястьями в поисках следов лигатуры.

Шаг 2

Осмотрите предплечья на предмет защитных повреждений; эти повреждения возникают, когда пациентка поднимает конечность, чтобы отбить силу, направленную на уязвимые участки тела. К защитным травмам относятся ушибы, ссадины, рваные раны или надрезы. Следует отметить любые места внутривенной пункции.

Шаг 3

Внутренние поверхности предплечий и/или подмышечной впадины должны быть тщательно обследованы на наличие признаков ушиба. Жертвы, удерживаемые руками, часто демонстрируют кровоподтеки кончиков пальцев на предплечьях. Аналогично, когда одежда была снята, иногда можно увидеть красные линейные петехиальные синяки

Шаг 4

Осмотрите лицо. Поищите в носу признаки кровотечения. Пальпация краев челюсти и орбиты может выявить болезненность, указывающую на кровоподтек. Ротовую полость следует тщательно осмотреть, проверяя на наличие синяков, ссадин и разрывов слизистой оболочки щеки. Петехии на твердом / мягком небе могут указывать на проникновение. Проверьте, нет ли порванной уздечки и сломанных зубов.

Шаг 5

Осмотрите уши, не забывая об области за ушами, для доказательства теневых ушибов.

Шаг 6

Пальпация волосистой части головы может выявить болезненность и припухлость, наводящие на мысль о гематомах. Возможно обнаружение выпадения волос из-за выдергивания волос во время насильственных действий

Шаг 7

Осмотр шеи: возможны синяки на шее, кровоподтеки, следы от укусов

Шаг 8

Грудь и туловище: осмотр начинать со спины, плечи следует осматривать отдельно, затем каждую грудь осмотреть по очереди

Шаг 9

В положении лиц, переживших гендерное насилие лежа провести осмотр брюшной стенки на наличие синяков, ссадин, рваных ран. Брюшная пальпация проводится для диагностики внутренней травм органов брюшной полости, беременности

Шаг 10

В положении лежа проводится осмотр ног: каждая нога осматривается отдельно, по очереди, начиная с передней части, затем внутренние поверхности бедер, колени, лодыжки, подошвы. Возможно обнаружение кровоподтеков на внутренней поверхности бедер, часто симметричных, ушибов кончика пальцев, ссадины или рваных ран, наличие признаков ограничения движения с помощью лигатур

Шаг 11

Осмотр задней части ног, ягодиц проводится в положении стоя или лежа.

Шаг 12

Наличие каких-либо татуировок должно быть задокументировано в протоколе осмотра вместе с кратким описанием их размера и формы. Кроме того, следует отметить очевидные физические деформации.

**Руководство ВОЗ по регистрации и классификации травмы**

Расширенное руководство ВОЗ предлагает обширные знания и примеры того, как следует регистрировать и классифицировать травмы [3]

* Задокументируйте все, что вы видите. Возможно, некоторые вещи могут быть не связаны с насилием, но не вам это решать.
* Всегда используйте общепринятые медицинские термины, например: «ссадина».
* Всегда используйте стандартную анатомическую номенклатуру, например: «левая подвздошная ямка».
* Используйте анатомические зарисовки тела или диаграммы для записи повреждений.
* Измерьте травму, отметьте ее на схеме и опишите, например, круглый желтый синяк 2,8x2,8 см, 5 см выше ключицы на задней стороне правой руки
* После сексуального нападения часто не бывает телесных повреждений, задокументируйте отсутствие повреждений
* Не торопитесь.

**Описание повреждений и их интерпретация (ВОЗ, 2003)**

Интерпретация травмы полностью зависит от точности и полноты описания раны при осмотре. Ниже перечислены основные характеристики ран, которые необходимо оценить при осмотре и описать, чтобы подкрепить интерпретацию травмы. Принятие системного подхода к описанию характеристик физических травм гарантируют, что ни один из критических элементов не буду опущены[3].

Существует ряд преимуществ использования стандартных, общепринятых описательных терминов для классификации ран. Использование стандартной терминологии не только помогает определить механизм, с помощью которого была получена травма, но также способствует лучшему пониманию обстоятельств, в которых травмы могли быть нанесены. Правильное использование стандартизированной системы классификации и описания ран может позволить сделать выводы о оружие или предмет, причинившем телесные повреждения. Кроме того, экспертиза характера травмы может помочь ответить на вопросы о том, были ли получены травмы в результате несчастного случая, нападения или самонанесения [3].

**Таблица 7 - Описание ран[3]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Характеристика** | **Примечание** |
| Место | Запишите анатомическое положение ран(ы). |
| Размер | Размеры ран(ы) должны быть измерены. |
| Форма | Опишите форму раны (например, линейная, изогнутая, неправильная). |
| Окружение | Обратите внимание на состояние окружающих или близлежащих тканей (например, синяки, отеки). |
| Цвет | Наблюдение за цветом особенно важно при описании синяков. |
| Направление | Прокомментируйте видимое направление приложенной силы (например, при ссадинах). |
| Содержимое | Обратите внимание на наличие постороннего материала в ране (например, грязь, стекло). |
| Возраст (этапы заживления) | Прокомментируйте любое свидетельство заживления. Обратите внимание, что комментировании этого аспекта требуется осторожности. |
| Границы или края ран | Характеристики краев ран(ы) могут дать представление об использованном оружии. |
| Глубина | Укажите глубину ран(ы). Она может быть измерена. |

**Ссадины**

Ссадины определяются как поверхностные повреждения кожи, вызванные применением тупой силы и производятся комбинацией одновременно наносящихся на кожу контактного давления и движения. Тщательный осмотр ссадины может позволить определить причинного орудия и направление приложенной силы. Существует ряд различных видов ссадин; они подразделяются следующим образом [3]:

* царапины (например, от ногтей или шипов);
* отпечаток (при этом рисунок оружия может оставлять характерные ссадины на коже);
* трение (например, ссадины от контакта с ковром или бетоном).

**Синяки**

Синяки определяются как область кровоизлияния под кожей. Синяки тоже известны как гематомы или ушибы. Кровоподтек следует за тупой травмой, обесцвечивание вызвано утечкой крови от разрыва кровеносных сосудов. Синяки также могут возникать в полости тела или внутри органа. Говоря о синяках, следует соблюдать осторожность следующие причины [3]:

* Текущее мнение состоит в том, что возраст синяка определить невозможно с любой степенью точности.
* На видимый цвет синяка может влиять пигментация кожи. (например, синяки могут быть незаметны на более темной коже) и различными при определенном освещении. Кроме того, описание цвета неизбежно включает в себя субъективный элемент.
* Место синяка не обязательно является местом травмы, например:

синяк может выходить за пределы места удара;

синяк может появиться на удаленном от места удара месте;

видимые синяки могут отсутствовать, несмотря на применение значительной силы.

* Форма синяка не обязательно отражает форму оружия. (т.к. кровь может инфильтрировать окружающие ткани).
* Размер синяка не обязательно пропорционален примененной силе.

Тем не менее, некоторые синяки имеют особенности, которые вполне могут помочь в их интерпретации:

* Следы укусов. Это овальные или круглые кровоподтеки с бледным центром; там также может быть некоторое истирание. В некоторых случаях может быть заметно рисунок зубного ряда.
* Синяки от кончиков пальцев. Они вызваны сильным приложением кончиков пальцев. Обычно они появляются в виде скоплений овальной или круглой формы размером 1–2 см, состоящих из трех или четыре синяка. Также может быть линейное или криволинейное истирание от контакта ногтем.
* Узорчатые (отпечатанные) синяки. Они возникают, когда синяк приобретает конкретную форму и характеристики используемого оружия (например, подошва обуви). Отпечаток на одежде также может произойти, когда сила передается через одежду на кожу.
* Петехиальные синяки. Это точечные кровоизлияния, вызванные разрывом очень мелких кровеносных сосудов. Этот тип синяков обычно наблюдается на лице, волосистой части головы или глазах после компрессии шеи.
* Синяки по типу «железнодорожных путей». Это параллельные линейные синяки с бледной центральной областью, производится при силовом контакте с линейным предметом (например, палкой или дубинкой).

**Рванные раны**

Рваные раны определяются как рваные или неравномерные разрывы или трещины на коже, подкожной клетчатке, тканей или органов в результате тупой травмы (например, ударной травмы).

Основными характеристиками рваной раны являются:

неровные или ушибленные края, которые могут быть инвертированы;

интактные нервы, сухожилия и тяжи ткани внутри раны;

наличие инородных тел или волос в ране.

Форма рваной раны может отражать форму причинного орудия.

**Резаные раны**

Резаные раны определяются как повреждения, нанесенные предметами с острыми краями, длина больше их глубины.

Резаные раны могут быть нанесены ножом, лезвием бритвы, скальпелем, мечом или фрагмент стекла. Важно различать рваные раны и резанные раны (также называемые надрезами или порезами), так как это может помочь в идентификации типа причинного оружия.

**Следы насилия и их интерпретация**

Классификация ран по их основным признакам (как описанные выше) позволяет сделать определенные выводы об их причинах.

Однако, как упоминалось ранее, к этой области следует подходить с осторожностью. Интерпретация моделей травм для судебно-медицинских целей должна выполняться только практикующими специалистами, имеющими значительный опыт в данной области [3].

Нападения приводят к огромному количеству различных видов травм; действительно, травмы столь же разнообразны, как и наступательные действия, которые их вызвали. Это разнообразие усложняет задачу интерпретации травмы и чаще всего исключает окончательные выводы. Тем не менее, некоторые выводы о природе и обстоятельств нападения могут быть сделаны из картины травмы во многих случаях.

**Таблица 8 - Схемы нападений[3]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Действия** | **Место** | **Возможные травмы** |
| Укусы | шея | Следы укусов, синяки, ссадины.  Петехиальные синяки аспирационного типа. |
| грудь | Следы от укусов, ссадины/рваные раны на сосках. |
| Ушибы | кожа головы | Синяки (включая гематомы), рваные раны. |
| лицо | Переломы лица (щека, челюсть, нос).  Стоматологическая травма  Внутриротовые синяки/ссадины, повреждение уздечки.  Синяки на лице (следы пощечин). |
| глаза | Периорбитальные гематомы (черные глаза).  Субконъюнктивальное кровоизлияние (кровоизлияние в склеры глаз). |
| уши | Перфорация барабанной перепонки (обычно шлепающая)  Синяки/рваные раны на ухе  Синяки на коже головы за ухом |
| шея | Травма гортани.  Изменения голоса (например, охриплость, дисфония), трудности с глотанием. |
| кисти рук | Ссадины суставов (ушибы), синяки, рваные раны, переломы. |
| конечности | Ушибы, ссадины, рваные раны, переломы. |
| туловище | Ушибы, ссадины, переломы (особенно ребер). |
| Ожоги (сигаретные ожоги) | (круговые ожоги размером 5–15 мм на любом участке тела)  Частичная или полная толщина (пламя, ошпаривание, контакт) | |
| Оборонительные следы | конечности | Кровоподтеки (особенно на медиальных и латеральных поверхностях предплечий и кистей), травмы типа «отражение».  Резаные раны (нож, бутылка).  Рваные раны, переломы (тупые предметы). |
| кисти рук | Резаные раны ладоней и паутинного пространства (захват острого оружия).  Резаные раны и синяки на спине (отклоняющие удары).  Повреждение ногтей (также может произойти при контратаке, например, царапины). |
| Волочение | конечностей | Полосовидные ссадины, синяки на открытых участках кожи. |
| туловище | Встроенный посторонний материал. |
| Падение | конечности | Ссадины, кровоподтеки, особенно костных выступов (например, локтей, коленей) и пятки рук).  Порезы, переломы. |
| Царапины от ногтей |  | Линейные ссадины-царапины на любой части тела. |
| Полет и падение | конечности | Линейные изогнутые царапины ссадины от контакта с растительностью.  Синяки от контакта с другими предметами.  Ссадины, синяки на коленях, локтях, руках и бедрах от падений. |
| Хватание | ушей | Травма, вторичная по отношению к контакту/потере серьги |
| конечности | Ушибы на кончиках пальцев, особенно на медиальной стороне плеч и предплечья, и медиальные поверхности бедер |
| Выдергивание волос | гематомы волосяных фолликулов, залысины, болезненность | |
| Инъекции | верхние конечности | Место пункции по ходу вены |
| Поцелуи | несколько мест | Контакт с усами может вызвать поверхностные ссадины и эритему |
| Лигатурная/  ручная компрессия | шея | Лигатурные следы или отпечатки синяков (ожерелье, одежда).  Синяки на кончиках пальцев, ссадины (из-за ногтей).  Лицевые петехии, внутриротовые петехии, кровоизлияния в конъюнктиву. |
| Проникновение | Рот | Ушиб глотки, ушиб неба, травма уздечки |
| Связывание или приковывание | Конечности | Следы от лигатур (запястья и лодыжки), синяки на кончиках пальцев |
| Сдавливание / прижатие |  | синяки на груди |
| Порка  веревкой/шнуром | Туловище/конечности | Линейные, изогнутые или петлевые синяки, ссадины.  Cиняки «поездных путей» на спине. |

**Проведите вагинальное исследование и осмотр анальной области**

В случае сексуального насилия необходимо провести вагинальное исследование и осмотр анальной области. Такое обследование требует особой подготовки, особенно обследование в зеркалах.

• Помогите женщине максимально расслабиться.

• Расскажите ей, когда и в каком месте вы будет к ней прикасаться.

• Помогите женщине лечь на спину, согнув ноги так, чтобы колени были разведены без напряжения.

• Прикройте ее сверху простыней. В момент проведения действуйте последовательно. Для осмотра повреждений необходим хороший источник света.

• Четко и полно зафиксируйте все результаты обследования в стандартной форме

**Таблица 9 - Вагинальное исследование и осмотр анальной области**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вагинальное исследование и осмотр анальной области** | |
| 1. Половые органы (внешний осмотр) 2. Половые органы (внутреннее обследование с использованием зеркала) 3. Анальная область (внешний осмотр) | 1. Кровотечение 2. Синяки 3. Покраснение или припухлость 4. Порезы или ссадины 5. Наличие инородного тела |

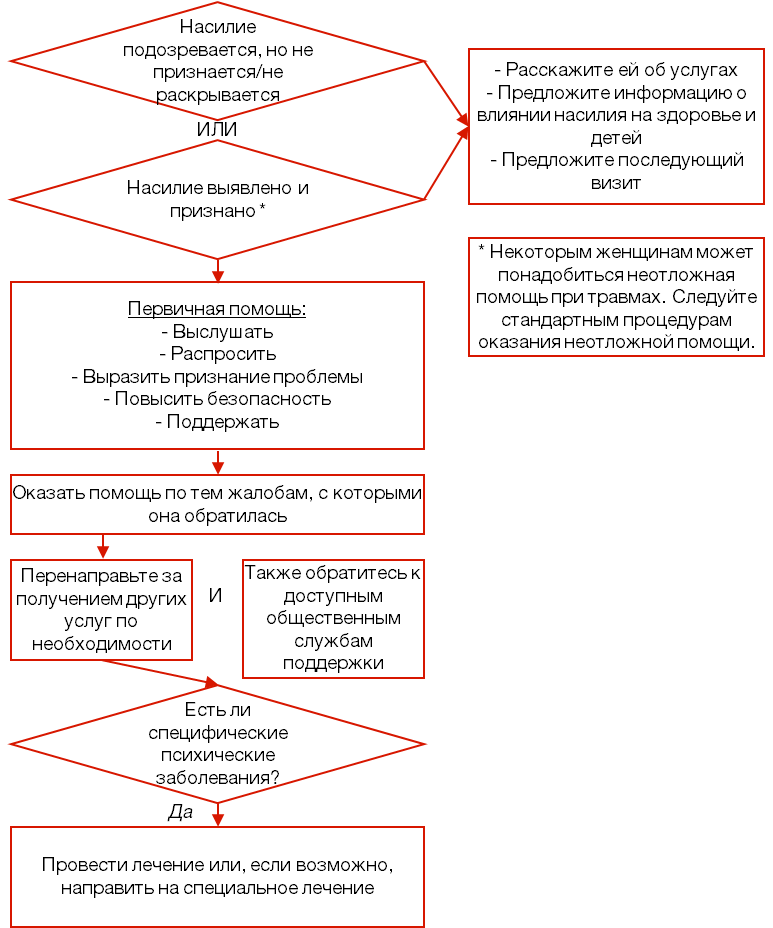
**Обследование и лечение женщин, пострадавших от насилия: Оказание первой помощи**

Пациенток с угрожающими жизни травмами или в тяжелом состоянии немедленно направьте к специалистам для оказания им неотложной медицинской помощи.

Если женщина пришла к вам **в течение пяти дней** после изнасилования, медицинская помощь будет включать шесть шагов в дополнение к шагам по методике LIVES в рамках первой помощи [4].

**Таблица 10 - Методика LIVES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L** | Выслушайте | Внимательно выслушайте женщину, сопереживайте ей, не осуждайте. |
| **I** | Спросите о потребностях и проблемах | Оцените и отреагируйте на различные потребности женщины – эмоциональные, физические, социальные и практические (например, уход за ребенком) |
| **V** | Подтвердите | Покажите женщине, что вы ее понимаете и верите ей. Заверьте женщину, что она ни в чем не виновата. |
| **E** | Обеспечьте защиту | Обсудите, как женщина сможет защитить себя, если насилие повторится. |
| **S** | Окажите поддержку | Окажите женщине поддержку: помогите ей найти нужную информацию, обратиться за необходимыми услугами и социальной помощью. |

****

**Рисунок 8 - Схема оказания помощи в случае гендерного насилия**

Во-первых, слушайте, задавайте вопросы, подтверждайте важность услышанного.

**Таблица 11 - Способы реагирования**

|  |  |
| --- | --- |
| **Чувство** | **Некоторые способы реагирования** |
| Безнадежность | «Многим женщинам действительно удается улучшить свое положение. Со временем вы убедитесь, что надежда есть» |
| Отчаяние | «Сосредоточьтесь на своих сильных сторонах и на том, как вы справились с опасной или трудной ситуацией в прошлом» |
| Бессилие, потеря контроля | «Сегодня у вас есть выбор или варианты, как поступить» |
| Болезненные воспоминания | «Объясните, что они являются обычными и со временем становятся менее распространёнными или исчезают» |
| Отрицание | «Я серьезно отношусь к тому, что с Вами произошло. Вы не несете ответственности за его поведение» |
| Вина и самобичевание | «Вы не виноваты в том, что с вами произошло. Вы не несете ответственности за его поведение» |
| Стыд | «То, что произошло, не отняло вашу честь и достоинство. Вы по-прежнему имеете ценность» |
| Беспочвенные страхи | Подчеркните: «Сейчас вы находитесь в безопасном месте. Можете поговорить о том, как обеспечить вашу безопасность» |
| Оцепенение | «Это обычная реакция на тяжелые события. Ваши чувства вернутся – всему свое время». |
| Эмоциональные перепады | Объясните, что это может быть обычным явлением и должно ослабить с процессом выздоровления |
| Злость на обидчика | Признайте, что это обоснованное чувство |
| Волнение | «Это обычное явление, но мы можем обсудить способы, которые помогут вам чувствовать себя менее тревожно». |
| Безнадежность | «Мы здесь, чтобы помочь вам» |

Затем:

* Запишите историю болезни и проведите осмотр.
* Обеспечьте лечение любых физических повреждений.
* Обеспечьте экстренную контрацепцию.
* Проведите профилактику инфекций, передаваемых половым путем.
* Проведите профилактику ВИЧ.
* План оказания помощи себе.

Затем обеспечьте безопасность и организуйте поддержку.

**«Что я могу сделать, если женщина пришла слишком поздно после нападения?»**

* Постконтактная профилактика ВИЧ следует начать как можно скорее и не позднее, чем в течение 72 часов после того, как женщина подверглась воздействию вируса. Таблетки для экстренной контрацепции следует давать как можно скорее и их можно принимать до пяти дней после незащищенного полового акта.
* Если женщина пришла слишком поздно для некоторых из вышеописанных мероприятий, вы все равно можете:

оказать первую помощь;

предложить профилактику и лечение от ИППП;

предложить иммунизацию от гепатита В;

провести тест на беременность и ВИЧ;

оценить состояние психического здоровья и предоставить необходимую помощь.

**Медицинская организация обеспечивает:**

* предоставление комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия согласно действующему клиническому протоколу;
* алгоритм ведения случая согласно действующему клиническому протоколу.

**Медицинский работник обеспечивает лицу, определенному как жертва насилия** [2]:

• медицинскую помощь (обследование и лечение);

• эмоциональную поддержку;

• тщательное документирование случая;

• информирование/отчеты;

• направление в другие службы (по потребности пациента).

Медицинское обследование является важной частью помощи жертве-насилия и проводится в следующих целях:

• выявление физических повреждений, которые требуют медицинской помощи;

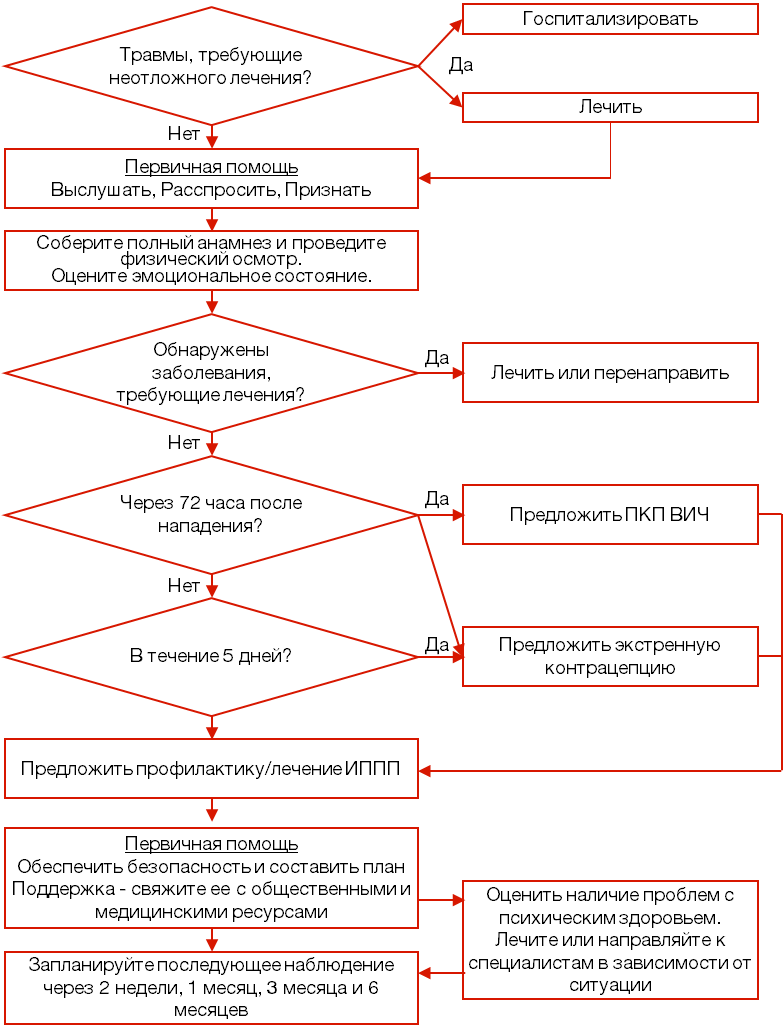
•выявление последствий изнасилования: беременность, ИППП;

• сбор доказательств, если таковые имеются, для возможного возбуждения уголовного дела.

**Обследование и лечение женщин, пострадавших от насилия: Лечение травм**

Пациенток с тяжелыми, угрожающими жизни состояниями следует незамедлительно направить для неотложного лечения. Пациенткам с менее серьезными повреждениями, например, порезами, гематомами и поверхностными ранами медицинскую помощь может оказать на месте врач, проводящий осмотр, или средний медицинский персонал. Любые раны необходимо очистить и лечить соответственно. Можно назначить следующее медикаментозное лечение [5]:

* антибиотики для профилактики инфицирования ран;
* активную противостолбнячную иммунизацию или вакцинацию (в соответствии с действующими протоколами);
* лекарственные препараты: анальгетики, седативные или снотворные.
* При наличии ран и повреждений у лиц, перенесших насилие, проводится первичная обработка ран. Объем хирургических вмешательств определяется профильным специалистом в соответствии с характером и тяжестью травматических повреждений и ран согласно клиническим протоколам [2].

****

**Рисунок 9. Схема оказания помощи после сексуального нападения**

**Обследование и лечение женщин, пострадавших от насилия: Профилактика нежелательной беременности**

**Экстренная контрацепция**

Медицинские работники должны предлагать пострадавшим от сексуального насилия экстренную контрацепцию, руководствуясь следующими правилами [1]:

* Экстренную контрацепцию следует назначать как можно раньше после эпизода насилия. Такая контрацепция наиболее эффективна в течение первых 3 дней, но ее можно назначать в течение 5 дней (120 часов).
* Медицинские работники должны предложить женщине левоноргестрел (рекомендованная доза: 1,5 мг однократно).
* При отсутствии левоноргестрела можно предложить комбинацию эстрогенов с прогестагенами и противорвотные средства, если такие имеются.
* При отсутствии препаратов для оральной контрацепции, и, если это разумно в сложившейся ситуации, женщинам, которые нуждаются в постоянной контрацепции, можно предложить медьсодержащие внутриматочные спирали (ВМС). Принимая во внимание риск ИППП, ВМС можно устанавливать в течение максимум 5 дней после сексуального насилия при отсутствии медицинских противопоказаний согласно критериям ВОЗ.
* Если женщина обращается за медицинской помощью позже срока для экстренной контрацепции (5 дней), или средства экстренной контрацепции не дают ожидаемого эффекта, или у женщины наступила беременность в результате изнасилования, ей должен быть предложен безопасный аборт в соответствии с национальным законодательством.

Для экстренной контрацепции нежелательной беременности при информированном согласии лиц, перенесших насилие, согласно рекомендациям ВОЗ используются следующие схемы приема препаратов [2].

**Таблица 12. Схемы приема препаратов экстренной контрацепции**

|  |  |
| --- | --- |
| **Название препарата** | **Схема приема** |
| Улипристал ацетат | 30 мг внутрь однократно |
| Левоноргестрел | внутрь однократной дозой 1,5 мг |
| либо, в качестве альтернативного варианта, ЛНГ принимается двумя дозами по 0,75 мг каждая с интервалом 12 часов |
| Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол и левоноргестрел, | Принимаются в два приема (метод Юзпе):   * первый прием: 100 мкг этинилэстрадиола + 0,50 мг ЛНГ * второй прием (спустя 12 часов):100 мкг этинилэстрадиола + 0,50 мг ЛНГ |

В идеале таблетки экстренной контрацепции (ТЭК) с Улипристал ацетатом (УПА), ТЭК с Левоноргестрелом (ЛНГ) или Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) следует принимать как можно раньше после незащищенного полового акта, не позднее чем через 120 часов. ТЭК с УПА, в отличие от других ТЭК, более эффективны в интервале от 72 до 120 часов после незащищенного полового акта.

Если в течение двух часов после приема дозы препарата возникает рвота, дозу следует повторить. ТЭК с ЛНГ или УПА являются более предпочтительными, чем КОК, поскольку в меньшей степени вызывают тошноту и рвоту. Не рекомендуется намеренно использовать противорвотные средства перед приемом ТЭК.

**Предоставьте экстренную контрацепцию**

Если использовать экстренную контрацепцию вскоре после изнасилования, это может помочь женщине избежать беременности.

Предложить ЭК любой женщине, ставшей жертвой насилия, вместе с консультацией, чтобы она смогла принять информированное решение.

**Факты о таблетках для экстренной контрацепции** [4]

Для экстренной контрацепции обычно используется два вида таблеток:

* **Содержащие только левоноргестрел:**

действует лучше и реже вызывает тошноту и рвоту, чем комбинированный препарат;

предпочтительная дозировка: однократная доза 1,5 мг левоноргестрела.

* **Комбинированный препарат, содержащий эстроген-прогестоген:**

используется при отсутствии таблеток, содержащих только левоноргестрел;

дозировка: две дозы по 100 мкг этинилэстрадиола плюс 0,5 мг левоноргестрела, при этом перерыв между приемом препаратов должен составить 12 часов;

любая женщина может принять таблетки для экстренной контрацепции. В таком случае не обязательно проверять состояние здоровья женщины или наличие беременности;

женщина может без вреда одновременно принимать ТЭК, антибиотики от ИППП и средства для постконтактной профилактики ВИЧ. Средства для экстренной контрацепции и антибиотики можно принимать в разное время, чтобы ослабить тошноту.

**Примечания для консультирования по вопросам экстренной контрацепции**

Вероятнее всего, женщина, ставшая жертвой изнасилования, будет волноваться, что забеременеет. Чтобы женщина не беспокоилась, объясните ей, что такое экстренная контрацепция. А также вы можете спросить ее, использовала ли она эффективный метод контрацепции, например таблетки, инъекционные контрацептивы, ВМС или женскую стерилизацию. Если это так, маловероятно, что женщина забеременеет. А также, если последняя менструация началась в течение семи дней до нападения, маловероятно, что она забеременеет.

В любом случае, если женщина хочет, она может принять средства для экстренной контрацепции.

* Использование экстренной контрацепции – это личный выбор женщины, который только она сможет сделать.
* Экстренная контрацепция может помочь женщине избежать беременности, но она не является эффективной на 100%.
* Таблетки для экстренной контрацепции действуют, препятствуя выходу яйца.
* Таблетки для экстренной контрацепции не вызывают искусственного аборта.
* Таблетки для экстренной контрацепции не предотвратят беременности в следующий раз, когда у женщины будет очередной половой контакт.
* Таблетки для экстренной контрацепции не предназначены для регулярного использования и должны уступить место более эффективному методу контрацепции, который может использоваться в течение длительного времени.
* Перед приемом таблеток для экстренной контрацепции женщине не надо проходить тест на беременность. Если она уже беременна, ТЭК не повредят течению беременности. Однако тест на беременность может помочь выявить существующую беременность, и при желании женщина может выбрать проведение такого теста.

**Инструкции** [4]

* Женщина должна принять таблетки для экстренной контрацепции как можно раньше. Женщина может их принять в течение до пяти дней после изнасилования, но с каждым днем они теряют эффективность.
* Таблетки для экстренной контрацепции могут вызывать тошноту и рвоту. Если в течение двух часов после приема таблеток для экстренной контрацепции у женщины будет рвота, она должна как можно быстрее вернуться за новой дозой лекарства. Если женщина принимает комбинированные таблетки для экстренной контрацепции, она может принять лекарство (меклозина гидрохлорид) за полчаса-час до приема таблеток для ЭК, что поможет ослабить тошноту.
* Через несколько дней после приема таблеток для экстренной контрацепции у женщины может наблюдаться кровомазание или кровотечение.
* Если после последней менструации у женщины были еще случаи незащищенного секса, возможно, она уже беременна. В таком случае таблетки для экстренной контрацепции не подействуют, но беременности это не повредит.
* Женщине надо будет снова обратиться к врачу, если следующая менструация задержится более чем на одну неделю. Если это разрешено законом, ей следует предложить безопасный аборт.

**Медная ВМС для экстренной контрацепции**

* Ее также можно использовать для экстренной контрацепции в течение до пяти дней после эпизода незащищенного секса.
* Более эффективный метод чем таблетки для экстренной контрацепции.
* Однако при использовании медной ВМС следует учитывать более высокий риск заражения ИППП после изнасилования.
* Это хороший выбор для весьма эффективной длительной контрацепции, если женщина заинтересована использовании ВМС, и ее можно немедленно направить для установки ВМС.

**Постконтактная профилактика ВИЧ**

Если женщина пришла на прием в течение 72 часов после сексуального нападения, медики должны рассмотреть возможность постконтактной профилактики ВИЧ. Решение о постконтактной профилактике ВИЧ в каждом конкретном случае должны принимать вместе врач и женщина. При оценке риска заражения ВИЧ следует учитывать следующие факторы[6]:

* заболеваемость ВИЧ в данной местности;
* ограничения постконтактной профилактики;
* ВИЧ-статус и характеристики агрессора, если они известны;
* особенности эпизода насилия, в том числе, количество насильников;
* побочное действие антиретровирусных препаратов, используемых для постконтактной профилактики ВИЧ;
* вероятность передачи ВИЧ.

Постконтактную профилактику (ПКП) ВИЧ следует начать как можно скорее, до 72 часов после возможного контакта с ВИЧ-инфицированным. Поговорите с женщиной о том, уместна ли в ее ситуации ПКП ВИЧ.

**Таблица 13. В каких случаях следует рассматривать возможность ПКП?** **[6]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ситуация/Фактор риска** | **Предложенная процедура** |
| Виновник насилия инфицирован ВИЧ, или его ВИЧ-статус неизвестен. | Обеспечьте ПКП |
| Ее ВИЧ-статус неизвестен. | Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование |
| Ее ВИЧ-статус неизвестен, и она НЕ желает проходить тест. | Обеспечьте ПКП и назначьте повторный визит пациентки к врачу |
| Она ВИЧ-позитивная. | ПКП не нужна. |
| Женщина подверглась воздействию крови или семенной жидкости (в ходе вагинального, анального или орального секса или через раны или другие слизистые оболочки). | Обеспечьте ПКП |
| Она была без сознания и не может вспомнить, что случилось. | Обеспечьте ПКП |
| Ее изнасиловали несколько человек. | Обеспечьте ПКП |

При использовании постконтактной профилактики ВИЧ медицинские работники должны [6]:

* начать терапию как можно скорее и до истечения 72 часов после нападения;
* провести тестирование на ВИЧ и психологическое консультирование во время первого приема;
* обеспечить регулярное последующее наблюдение за пациенткой;
* проинформировать пациентку о важности соблюдения назначенной схемы приема препаратов. Данный пункт важен, т.к. многие женщины, подвергшиеся сексуальному насилию, которым была предоставлена ПКП ВИЧ, не завершили полный курс профилактики, поскольку ПКП ВИЧ вызывает такое побочное действие как тошнота и рвота, может вызывать в памяти болезненные мысли об изнасиловании. Кроме того, другие проблемы в жизни пострадавших могут вытеснить из сознания необходимость профилактического приема лекарств. Медицинские работники должны осознавать, что крайне сложно добиться соблюдения пациентами назначенного лечения, а поэтому необходимо предпринимать усилия, чтобы обеспечить его. До настоящего времени не выявлено какой-либо эффективной меры, которая бы позволила улучшить соблюдение пациентами назначений.

Важно определить обстоятельства изнасилования и уместность проведения ПКП ВИЧ. Совместное руководство ВОЗ/ МОТ по постконтактной профилактике (ПКП) для предупреждения инфицирования ВИЧ рекомендует следующие критерии для проведения ПКП ВИЧ после эпизода сексуального насилия:

* изнасилование (проникновение) произошло не более 72 часов назад;
* ВИЧ-статус агрессора положительный или неизвестен;
* неизвестно, инфицировано ли ВИЧ лицо, потенциально подвергшееся воздействию инфекции (необходимо предложить тестирование на ВИЧ во время консультации врача);
* определенный риск заражения, такой как:

проникновение в вагину или анус без презерватива или с презервативом, который порвался или соскользнул; или

контакт крови или эякулята насильника со слизистой оболочкой или поврежденной кожей во время эпизода насилия; или

реципиент орального секса с эякуляцией; или

лицо, подвергшееся сексуальному насилию, было под действием препаратов/наркотиков или по иной причине без сознания во время предполагаемого эпизода насилия и не знает точно, как могло произойти потенциальное заражение; или

лицо подверглось групповому изнасилованию.

**Консультируйтесь с женщиной [6]:**

Проведение ПКП – это решение женщины. Обсудите с ней следующее, чтобы помочь ей принять решение. (В соответствии с Протоколом МЗ РК настоятельно рекомендуется)

* Насколько распространен ВИЧ в вашей местности или учреждении?
* Знает ли она, что насильник ВИЧ-позитивный?
* Характеристики нападения, в том числе количество насильников, были ли разрывы в области половых органов или другие травмы.
* ПКП может снизить вероятность заражения ВИЧ у женщины, но не обеспечивает 100% защиты.
* Ей потребуется принимать лекарство в течение 28 дней, один или два раза в сутки в зависимости от выбранной схемы.
* Примерно у половины людей, принимающих лекарства для ПКП, отмечается побочное действие, например тошнота, утомляемость, головные боли (у большинства людей побочное действие ослабляется спустя несколько дней).

Жертвы сексуального насилия проходят медицинское обследование на наличие ВИЧ-инфекции в момент обращения ВИЧ-инфекции экспресс-тестом, с последующим обследованием в ИФА через 1 и 3 месяца. Перед обследованием лиц на наличие ВИЧ-инфекции проводится обязательное дотестовое консультирование, при выдаче результата проводится послетестовое консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции[2].

Врач территориального центра СПИД письменно уведомляет обследуемого о положительном результате на ВИЧ-инфекцию, необходимости соблюдения мер предосторожности, направленных на охрану собственного здоровья и здоровья окружающих, а также предупреждает об административной и уголовной ответственности за заражение других лиц.

**Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции [2]**

Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции включает в себя:

* обследование лиц, перенесших гендерное насилие на ВИЧ проводится;
* постконтактная профилактика ВИЧ инфекции – короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования.

Показания для проведения постконтактной профилактики: контакты, связанные с риском заражения ВИЧ, в том числе половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером или партнером из группы высокого риска, особенно ситуации, связанные с совращением или насилием.

**Рекомендации при проведении постконтактной профилактики:**

* находиться под постоянным наблюдением специалиста по ВИЧ-инфекции и посещать врача еженедельно;
* избегать половых контактов или использовать презерватив для предупреждения заражения партнера;
* использовать методы контрацепции;
* исключить донорство крови и органов;
* прекратить кормление грудью.

**Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции**

Назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом – инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.

* Предпочтительные схемы АРТ:

Тенофовир (TDF) 300 мг 1 раз в сутки + Ламивудин (3TC) 150 мг 2 раза в сутки (или Эмтрицитабин (FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки) + лопинавир/ритонавир (LPV/r) 200/50 мг таблетка; 2 таблетки 2 раза в сутки.

* Альтернативные схемы АРТ:

Тенофовир (TDF) 300мг 1 раз в сутки + Ламивудин (3TC) 150 мг 2 раза в сутки (или Эмтрицитабин (FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки) + ралтегравир (RAL) 400 мг 2 раза в сутки или дарунавир (DRV) 600 мг 2 раза в сутки в комбинации с ритонавиром или эфавиренз (EFV) 400-600 мг 1 раз в сутки.

**Профилактика распространенных ИППП**

Медицинские работники должны предложить женщинам, пострадавшим от сексуального насилия, **постконтактную профилактику следующих инфекций, передающихся половым путем:**

* хламидиоз,
* гонорея,
* трихомониаз,
* сифилис, в зависимости от распространенности заболеваний.

Выбор препаратов и схемы приема должны основываться на национальных руководствах. Чтобы избежать необоснованных задержек, вместо обследования на ИППП предпочтительно презумптивное лечение (лечение наиболее вероятных ИППП). В связи с этим не рекомендуется проводить обследование на ИППП до начала лечения.

Рекомендуемый эмпирический антимикробный режим для **хламидиоза, гонореи и трихомониаза [2]:**

* цефтриаксон 250мг внутримышечно в разовой дозе + Азитромицин 1г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2г перорально в разовой дозе/ или Тинидазол 2г перорально в разовой дозе.

Препаратом выбора для лечения **хламидийной инфекции, уреамикоплазмоза является доксициклин:**

* 100мг 2 раза в день, курс 7-21 дней для лечения хламидий;
* 100мг 2 раза в день в течение 10 дней для лечения уреамикоплазмоза.

Альтернативные препараты для лечения **хламидийной инфекции:**

* левофлоксацин 500мг перорально 1 раз в сутки в течение 7 дней;
* офлоксацин 200мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней.

**Превентивное лечение сифилиса у взрослых:**

* бициллин-5 (уровень В) 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции или бензилпенициллина новокаиновая соль 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 суток.

Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина\*).

* специфическое лечение **приобретенного сифилиса** вторичного кожи и слизистых у детей проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом и исходя из возрастных доз антибиотиков с учетом того, что бициллины противопоказаны детям до 2 лет, а тетрациклины – детям до 8 лет.

**Профилактика гепатита В****[4]**

Вирус гепатита В может передаваться половым путем. Поэтому женщинам, ставшим жертвами сексуального насилия, следует предложить иммунизацию от гепатита В.

* Спросите женщину, получала ли она вакцину от гепатита В. Ответьте, опираясь на приведенную ниже таблицу.
* Если она не уверена, сначала по возможности проведите тест. Если у женщины уже выработан иммунитет (наличие в сыворотке поверхностных антигенов вируса гепатита В), дальнейшей вакцинации не требуется. Если тестирование невозможно, сделайте вакцинацию.

**Таблица 14. Проводилась ли вакцинация от гепатита В?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Прививочный статус** | **Указания по лечению** |
| Нет, никогда не проводилась вакцинация от гепатита В | Первая вакцинация: во время первого визита к врачу. Вторая вакцинация: 1–2 месяца после первой вакцинации (или во время визита через 3 месяца, если не проводилась ранее). Третья вакцинация: 4–6 месяцев после первой вакцинации. |
| Начала, но пока не закончила серию вакцинации от гепатита | Завершить серию вакцинаций по графику иммунизации. |
| Да, полностью проведена серия вакцинации от гепатита В | Нет необходимости повторно вакцинировать |

**Экстренная профилактика вирусного гепатита В [2]:**

* определяется иммунный статус лиц, перенесших гендерное насилие в отношении гепатита В по результатам лабораторного исследования на маркеры гепатита В методом ИФА.
* вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ.
* лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.
* если лица, перенесшие гендерное насилие не иммунизирован, немедленно (**не позднее 24 часов от момента контакта**) проводится специфическая иммунопрофилактика против гепатита В.

Лица, не привитые против ВГВ в сроки в соответствии с национальным календарем, прививаются по следующей схеме:

* дети до шести лет, не вакцинированные при рождении – 0-2-4 с интервалами между прививками – два месяца;
* ранее не вакцинированные дети старше шести лет и взрослые – 0-1-6с интервалами между первой и второй прививками – один месяц, между второй и третьей – пять месяцев.

**Экстренная профилактика столбняка**

Экстренная профилактика столбняка проводится при получении ранений и травм с нарушением целостности кожного покрова и слизистых. Экстренная иммунопрофилактика осуществляется дифференцированно в зависимости от предшествующей иммунизации пациента против столбняка путем введения АКДС-содержащей вакцины, АДС-М, противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (ПСЧИ), противостолбнячная сыворотка (ПСС)[2].

Экстренная активно – пассивная профилактика у ранее не привитых людей не гарантирует во всех случаях предупреждение столбняка, кроме того, она сопряжена с риском немедленных и отдаленных реакций, а также осложнений в ответ на введение ПСС. Для исключения повторного введения ПСС в случае новых травм всем лицам, получившим активно- пассивную профилактику, необходимо обязательно закончить курс активной иммунизации путем однократной ревакцинации АС – анатоксином или АДС- М – анатоксином.

**Таблица 15. Экстренная специфическая иммунизация против столбняка при травмах [2]**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№п/п** | **Иммунный статус** | **АКДС-содержащая вакцина, АДС-М** | **ПСЧИ или ПСС** | **Дальнейшие прививки** |
| 1 | Полный Первичный комплекс (3 и более доз) | Вводят по истечении 10 лет и более от последней прививки (при обширных ранах, загрязненных ранах, обморожениях, ожогах, травмах – 5 лет и более) | Вводят при загрязненных ранах, обморожениях, ожогах и травмах по прошествии 5 лет и более от последней прививки | Плановые прививки согласно календарю прививок |
| 2 | Частичная вакцинация (менее 3-х доз) | Вводится, если после последней прививки прошел 1 месяц и более | Вводится один из препаратов в случае загрязнения раны | Получает очередную прививку в цикле вакцинации и в дальнейшем должен закончить первичный комплекс прививок (не менее 3-х доз) в территориальной медицинской организации. Выбор препарата зависит от возраста прививаемого |
| 3 | Не привитой или неизвестен прививочный статус | Вводится препарат против столбняка, выбираемый в зависимости от возраста | Вводится один из препаратов | В последующем проводится полный курс иммунизации (не менее 3-х доз с учетом первой введенной дозы) в территориальной медицинской организации |

**Важно знать, что:**

* препарат против столбняка выбирается в зависимости от возраста;
* перед каждым введением препарата следует тщательно ознакомиться с инструкцией, приложенной к препарату и строго ее выполнять.

Доза ПСЧИ препарата удваивается в следующих случаях:

* рванные или инфицированные раны;
* позднее (более 24 часов после ранения) введение ПСЧИ.

У взрослых лиц, имеющих вес значительно выше среднего.

**Последующее наблюдение**

**Физиологическое наблюдение**

**Таблица 16. Повторные визиты планируют спустя 2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 2 недели [4]** | **Травма** | Проверьте, хорошо ли заживают травмы |
| **ИППП** | Удостоверьтесь, что женщина приняла полный курс любых назначенных ей лекарств |
| Проверьте соблюдение женщиной схемы ПКП, если женщине она назначена |
| Обсудите результаты тестов |
| **Беременность** | Проведите тест на беременность, если имел место такой риск. Если женщина беременна, расскажите ей о возможных вариантах. Если законом разрешены аборты, направьте ее для проведения безопасного аборта |
| **Психическое здоровье** | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки |
| При наличии каких-либо проблем запланируйте мероприятия по оказанию психосоциальной помощи и управлению стрессом, например применение техники последовательного расслабления или медленного дыхания |
| **Планирование** | Напомните женщине, что она должна снова прийти на прием через 1 и 6 месяцев для повторной вакцинации от гепатита В и через 3 и 6 месяцев для тестирования на ВИЧ или, например, для последующего наблюдения у лечащего врача |
| Попросите женщину снова прийти на прием для повторного осмотра при появлении или усугублении эмоциональных или физических симптомов стресса или при отсутствии какого-либо улучшения спустя 1 месяц после события |
| Назначьте следующий плановый визит через 1 месяц после эпизода насилия |
| **Повторный визит через 1 месяц[4]** | **ИППП** | При необходимости проведите вторую вакцинацию от гепатита В. Напомните ей о следующей вакцинации через 6 месяцев |
| **Психическое здоровье** | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание |
| Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Спросите, чувствует ли она себя лучше. Если появились новые проблемы или состояние не улучшилось, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом |
| Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства см. депрессивные расстройства. Или по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалистам-медикам, которые хорошо разбираются в проблеме сексуального насилия |
| **Планирование** | Назначьте следующий плановый визит через 3 месяца после эпизода насилия |
| **Повторный визит через 3 месяца[4]** | **ИППП** | Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование. Убедитесь, что в клинике предлагают консультации до и после тестирования на ВИЧ, и направьте женщину для профилактики и лечения ВИЧ |
| **Психическое здоровье** | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание |
| Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Если появились новые проблемы или состояние не улучшилось, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом |
| Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства,о первичной помощи. Или по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалистам-медикам, которые хорошо разбираются в проблеме сексуального насилия |
| **Планирование** | Назначьте следующий визит через 6 месяцев после эпизода насилия. А также напомните женщине при необходимости о вакцинации против гепатита В через 6 месяцев |
| **Повторный визит через 6 месяцев[4]** | **ИППП** | Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование, если это не было сделано раньше. Убедитесь, что в клинике предлагают консультации до и после тестирования на ВИЧ, и направьте женщину для профилактики и лечения ВИЧ |
| **Психическое здоровье** | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание |
| Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Если появились новые проблемы или не разрешились прежние, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом |
| Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства, по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалисту-медику, который хорошо разбирается в проблеме сексуального насилия. |

**Психологическое сопровождение в первые 3 месяца**

В случае сексуального насилия медицинские работники должны соблюдать три основных правила:

1. В течение первых дней после эпизода насилия медицинские работники:
   * должны продолжать оказывать первичную помощь;
   * предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса;
   * не должны применять психологический дебрифинг, необходимо оказать психологическую помощь для разрядки напряжения. Для этого человека просят кратко, но последовательно пересказать свое восприятие ситуации.
2. В течение трех месяцев после травмы медицинские работники:

* должны продолжать оказывать первичную помощь;
* обеспечить динамическое наблюдение в течение 1-3 месяцев после события (то есть объяснять женщине, что ей, скорее всего, станет лучше со временем и предложить ей прийти еще раз. Для этого необходимо записать пациентку на прием через регулярные промежутки времени). Однако методику динамического наблюдения не следует применять, если женщина находится в депрессии, злоупотребляет алкоголем или наркотиками, имеет суицидальные мысли или с трудом выполняет повседневные обязанности;
* организовать когнитивную поведенческую терапию или десенсибилизацию и коррекцию переработки информации с помощью движения глазных яблок в тех случаях, когда пациент не способен выполнять повседневные дела в связи с последствиями изнасилования (то есть она не может нормально функционировать в повседневной жизни). Эти вмешательства должен проводить медицинский работник, подготовленный по оказанию помощи в случае насилия.

1. По истечении трех месяцев после травмы медицинские работники:
   * должны оценить расстройства психики (симптомы острого стресса/ посттравматического стрессового расстройства, депрессии, злоупотребление алкоголем/наркотиками, суицидальность или причинение себе вреда) и обеспечить лечение депрессии, злоупотребления алкоголем или других психических;
   * если пострадавшие страдают посттравматическим стрессовым расстройством, организовать лечение этого расстройства с помощью когнитивной поведенческой терапии или десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок.

**Депрессивное расстройство умеренной-тяжелой степени**

Женщины, испытавшие насилие со стороны интимного партнера или подвергнувшиеся изнасилованию, могут испытывать очень сильные эмоции: постоянный страх, чувство вины, стыда, горя утраты и безысходности. Такие эмоции, хоть и всепоглощающие, обычно со временем проходят и являются нормальной реакцией на недавние трудности. Если женщина неспособна найти способ справиться с трудностями и эти симптомы не проходят, это значит, что она может страдать от психического расстройства, например, от депрессивного расстройства[4].

У людей депрессивные расстройства могут возникать даже в случае отсутствия критических событий в жизни.

В любой общности людей бывают те, у кого уже существует депрессивное расстройство. Если женщина ранее уже страдала депрессивным расстройством до эпизода насилия, она гораздо больше подвержена ему.

Примечание: Решение о лечении депрессивного расстройства умеренной-тяжелой степени следует принимать лишь в том случае, если у женщины, по крайней мере, в течение двух недель не проходят симптомы, и она не может выполнять свою обычную работу.

**Типичные жалобы, свидетельствующие о депрессивном расстройстве [4].**

* недостаток энергии, утомляемость, проблемы со сном;
* множество физических симптомов без ясной причины (например, общие боли);
* постоянное грустное или депрессивное настроение; тревожность;
* слабая заинтересованность или отсутствие удовольствия от дел.

**Оценка депрессивного расстройства умеренной-тяжелой степени**[4].

1. Есть ли у женщины депрессивное расстройство умеренной-тяжелой степени

Оцените следующие показатели:

* У женщины наблюдались любые из следующих основных симптомов депрессивного расстройства по меньшей мере в течение двух недель:

постоянное депрессивное настроение (для детей и подростков: раздражение или депрессивное настроение);

явно сниженный интерес или отсутствие удовольствия от дел, в том числе от тех, которые раньше приносили удовлетворение.

* У женщины отмечались несколько из следующих дополнительных симптомов депрессивного расстройства серьезной степени или множество перечисленных симптомов более слабой степени выраженности по меньшей мере в течение двух недель:

нарушение сна или слишком длительный сон;

существенное изменение аппетита или массы тела (снижение или повышение);

мысли о своей несостоятельности или излишнее чувство вины;

утомляемость или упадок сил;

сниженная способность к концентрации внимания и удержанию внимания на выполняемых задачах;

нерешительность;

наблюдаемое тревожное возбуждение или физическое беспокойство;

речь или движения медленнее, чем обычно;

отсутствие надежды на будущее;

мысли о самоубийстве или такие действия.

* Женщина испытывает серьезные сложности с функционированием в личной, семейной, социальной, профессиональной или других важных сферах жизни.

Спросите женщину о различных аспектах повседневной жизни, например, о работе, школе, домашних или общественных делах.

Если A, B и C – все вместе – присутствуют в течение, по меньшей мере, двух недель, вероятно наличие депрессивного расстройства умеренной-тяжелой степени.

2. Имеются ли другие возможные объяснения для этих симптомов (кроме депрессивного расстройства умеренной-тяжелой степени)?

Исключите любые физические состояния, которые могут напоминать депрессивное расстройство.

Исключите или вылечите анемию, недостаток питания, гипотиреоз, инсульт или побочное действие лекарств (например, перемена настроения из-за стероидов).

* Исключите наличие в анамнезе эпизода(ов) мании. Оцените, был ли в прошлом женщины такой период, когда одновременно наблюдалось несколько из следующих симптомов:

сниженная потребность в сне;

эйфория (интенсивное ощущение счастья), несдержанность или раздраженное настроение;

мысли, перескакивающие с одного предмета на другой; легко отвлекается;

повышенная активность, ощущение увеличенной энергии или быстрая речь;

импульсивное или безрассудное поведение, например, излишняя азартность или растраты, принятие важных решений без адекватного планирования;

необоснованно завышенное самомнение.

У женщины наличие эпизода мании вероятно, если несколько из вышеперечисленных пяти симптомов присутствовали дольше одной недели, и, если эти симптомы серьезно мешали женщине справляться с повседневными обязанностями или представляли опасность для женщины или окружающих. Если это так, то вероятно, что депрессия является частью другого нарушения – биполярного расстройства, – и в этом случае требуется другое лечение. Проконсультируйтесь со специалистом.

* + - Исключите нормальные реакции на насилие. Реакция скорее всего является нормальной реакцией, если:

со временем наблюдается заметное улучшение без клинического вмешательства;

в анамнезе отсутствует депрессивное расстройство умеренной-тяжелой степени или эпизод мании; а также

симптомы серьезно не мешают в повседневной жизни.

**Ведение депрессивного расстройства умеренной-тяжелой степени**[4]

1. Предложите информацию о психическом здоровье

Основные послания для женщины (и человека, осуществляющего уход, если уместно):

* + - * Депрессия – это очень распространенное состояние, которое может случиться с кем угодно.
      * Наличие депрессии не означает, что женщина слаба или ленива.
      * Негативное отношение окружающих (например, «вам следует быть сильнее», «соберитесь») может быть обусловлено тем фактом, что депрессия не проявляется явно (в отличие от перелома или шрама), а также ложной идеей о том, что люди могут запросто справиться с депрессией простым усилием воли.
      * Люди, страдающие от депрессии, склонны думать о себе, своей жизни или будущем негативно. Существующая ситуация может быть очень тяжелой, однако депрессия может вызывать необоснованные мысли о безысходности и собственной несостоятельности. Если справиться с депрессией, скорее всего эти мысли исчезнут.
      * Обычно лечение начинает действовать спустя несколько недель.
      * Даже если сложно, женщина должна попытаться сделать как можно больше из нижеперечисленного. Все эти действия помогут поднять настроение женщины:

постарайтесь продолжать занятия, которые раньше приносили вам удовольствие;

постарайтесь спать и просыпаться в одно и то же время;

постарайтесь быть максимально физически активны;

постарайтесь есть регулярно несмотря на изменения аппетита;

постарайтесь проводить время с доверенными друзьями и родственниками;

постарайтесь максимально участвовать в жизни местной общины и других общественных делах;

следите за мыслями о причинении себе вреда или о самоубийстве. Если вы заметили такие мысли, не поступайте в соответствии с такими мыслями. Скажите доверенному лицу и немедленно обратитесь за помощью.

2. Усильте социальную поддержку и научите

3. При наличии квалифицированных психотерапевтов, работу которых можно проконтролировать, обдумайте возможность направления женщины для краткого лечения от депрессии, если ей смогут предложить следующие услуги:

консультирование по решению проблем;

межличностная терапия;

когнитивная поведенческая терапия;

поведенческая активация.

4. Рассмотрите возможность применения антидепрессантов

Назначайте антидепрессанты только в том случае, если вы прошли подготовку и знаете, как их использовать.

5. Проконсультируйтесь со специалистом, если:

• Женщина не может получать межличностную терапию, когнитивную поведенческую терапию или антидепрессанты, или

• Женщина подвергается непосредственному риску самоубийства / причинения себе вреда.

**Литература:**

1. Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации ВОЗ, 2013. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO\_RHR\_13.10\_rus.pdf?sequence=5

2. Клинический протокол диагностики и лечения «Гендерное насилие», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2021 года, протокол №154

3. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. WHO. 2003

4. Медицинское обслуживание женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию. Практическое пособие. ВОЗ 2014

5. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии. Сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА, 2014. Ссылка: https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-RU.pdf

6. Меры реагирования в случаях насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин: Клинические и стратегические рекомендации ВОЗ, 2013.

### Занятие 4. Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Оценка рисков и составление плана безопасности

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 4 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Оценка рисков и составление плана безопасности»**

**Цель занятия:** ознакомить с принципами реагирования при выявлении или подозрении на случаи гендерного насилия; принципами ведения случая гендерного насилия на уровне ПМСП

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

алгоритм реагирования при выявлении случая гендерного насилия;

основную медицинскую документацию, заполняемую в случаях гендерного насилия;

основы составления плана безопасности;

систему перенаправления пациентов с признаками гендерного насилия.

**уметь**

заполнять основную медицинскую документацию, заполняемую в случаях гендерного насилия;

уметь составлять план безопасности в случаях насилия со стороны интимного партнера;

перенаправлять лиц, подвергшихся гендерному насилию в соответствующие службы.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

* 1. Алгоритм реагирования при выявлении случая насилия.
  2. Медицинская документация, заполняемую в случаях гендерного насилия.
  3. Управление рисками возникновения случаев гендерного насилия;
  4. Составление плана безопасности.
  5. Система перенаправления пациентов со случаями гендерного насилия

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 4 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Оценка рисков и составление плана безопасности».**

**Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия**



**Рисунок 10. Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия**

1. При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации обязаны в течение 1 часа:

* передать сведения органам внутренних дел (Телефон 102);
* передать информацию территориальным органам опеки и попечительства и другим компетентным органам (в случаях, когда жертвой является несовершеннолетнее или/и недееспособное лицо);
* оказать медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами.

1. При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, и медицинскую помощь в детских дошкольных организациях, школах, домах ребенка обязаны дополнительно передать информацию в территориальную поликлинику (ПМСП) (в течение 24 часов).
2. Действия персонала медицинской организации при выявлении/подозрении насилия в отношении пациента:

* немедленно с момента выявления признаков насилия в отношении пациента работник медицинской организации, выявивший случай, сообщает руководителю медицинской организации и социальному работнику медицинской организации о выявленном случае;
* в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в:

органы внутренних дел (телефон 102); органы опеки и попечительства;

Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав; органы социальной защиты;

руководителю организации образования;

организации ПМСП, если случай выявлен в стационаре или бригадой скорой и неотложной помощи на вызове.

Затем в течение дня направляет письменную информацию о выявленном случае насилия в указанные органы;

* в течение 1 часа с момента получения информации о выявлении признаков насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации организует проведение медицинской оценки состояния жертвы, подвергшейся насилию, с фиксацией данных оценки в первичной медицинской документации.

1. Работником медицинской организации, выявившим/заподозрившим случай насилия в отношении пациента:

* заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту»;
* проводится регистрация случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту»;
* в течение 24 часов передается «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» социальному работнику территориальной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

1. При отказе законных представителей несовершеннолетнего/недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, руководитель медицинской организации обращается в орган опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.
2. Оценка наличия насилия в отношении проводится по критериям согласно утвержденной методике, с заполнением «Акта об угрозе здоровью, жизни и безопасности граждан и мерах его защиты».
3. Оценка наличия насилия в отношении жертвы проводится совместно со специалистами компетентных органов:

* социального работника, врача, психолога медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в медицинских организациях, имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;
* врача, работников органов внутренних дел, органов опеки и попечительства и органов социальной занятости и защиты населения – в медицинских организациях, не имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;
* психолога, медицинской сестры, врача школы/детского сада, социального работника медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в организациях образования.

1. В случаях выявления случая насилия в отношении граждан в выходные, праздничные дни первичную оценку наличия насилия осуществляет специалист, который выявил данный случай.
2. В случае подтверждения факта насилия в отношение пациента формируется Команда по сопровождению случая в составе социального работника, психолога, врача. Роль менеджера (руководителя) случая возлагается на социального работника.
3. В случаях подтверждения факта насилия проводится оценка степени опасности для пациента нахождения совместно с насильником.
4. При определении опасности для пациента нахождения совместно с насильником разрабатывается план обеспечения безопасности.
5. В случаях не подтверждения факта насилия в отношение лица:

* когда проблемы пациента/семьи, которые носят другой характер, данный случай сопровождается как социальный случай;
* когда проблемы ребенка/семьи отсутствуют, то сигнал закрывается;
* принятые решения документируются в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия или пренебрежения по отношению к гражданам».

1. Командой проводится оценка потребностей пациента, пострадавшего от насилия и составляется «Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении пациента».

**Ведения медицинской документации**

В соответствии с законом медицинские работники всегда обязаны подробно записывать, как проходил прием пациента. Из этих записей должно быть понятно, о чем шла речь (что говорил пациент), что было обнаружено и сделано (врачом). В случаях гендерного насилия особую важность имеет подробное и тщательное документирование случая в медицинской документации. Наличие подробной медицинской документации может помочь другим медикам, которые будут оказывать помощь пациенту, потому что они будут знать о пережитом гендерном насилии и смогут предоставить соответствующий уход и лечение.

Также медицинские записи можно использовать в суде как доказательство, например, в случае уголовного преследования или разбирательства по поводу опеки над ребенком. Документы с записями о последствиях насилия для здоровья пострадавших могут быть полезны суду при вынесении решения, а также станут возможным доказательством о насилии в прошлом. Пострадавшая пациентка может обратиться в полицию или в суд, для этого все детали должны быть хорошо описаны, в том числе [1]:

* паспортные данные (например, имя, возраст, пол);
* полученные согласия;
* анамнез (общий и гинекологический анамнез);
* рассказ об эпизоде насилия;
* результаты медицинского осмотра;
* обследования и результаты анализов;
* план лечения;
* принятые или назначенные лекарственные препараты;
* обучение пациентов;
* направления пациентов к другим специалистам.

Почему медицинские работники должны документально оформлять случаи гендерного насилия?

Приведенный ниже контрольный список разработан в помощь медицинским работникам и поможет развить навыки ведения документов:

* Зафиксировать объем проведенного медицинского осмотра, а также все «нормальные» или относящиеся к делу отрицательные результаты осмотра.
* Документально оформить всю относящуюся к делу информацию, делать это надо точно и разборчиво.
* Записи и схемы необходимо делать во время приема; так они будут намного точнее, чем заметки, сделанные по памяти.
* Записи нельзя изменять за исключением тех случаев, когда такие изменения четко обозначены как более поздние дополнения или изменения. Удаляемый текст необходимо зачеркнуть один раз и подписать, нельзя стирать его полностью.
* Убедиться, что записи точны; недочеты могут поставить под сомнение качество оценки.
* Где это возможно, необходимо цитировать точные слова пострадавших, заключая их в кавычки. Это лучше, чем записывать интерпретацию сказанного самим медицинским работником. Например, следует записать «Муж ударил меня палкой», а не «Пациентку избили палкой».
* Использовать нейтральный язык, например, «….. говорит: ...», а не фразы типа «Пациентка утверждает, что, якобы...».
* Нельзя исключать информацию, которая напрямую не относится к медицинским данным, например, «Я сама виновата, что он меня ударил, потому что...» или «Я заслужила побои, потому что...».
* При документальном оформлении направления пациентки к другим специалистам в интересах ее безопасности не следует записывать имена, адреса или телефонные номера приютов, которые сообщают пациентке.

Медицинскому работнику необходимо помнить, что в случае необходимости медицинские работники также могут давать показания в суде. Выделяются некоторые рекомендации в таких случаях [2].

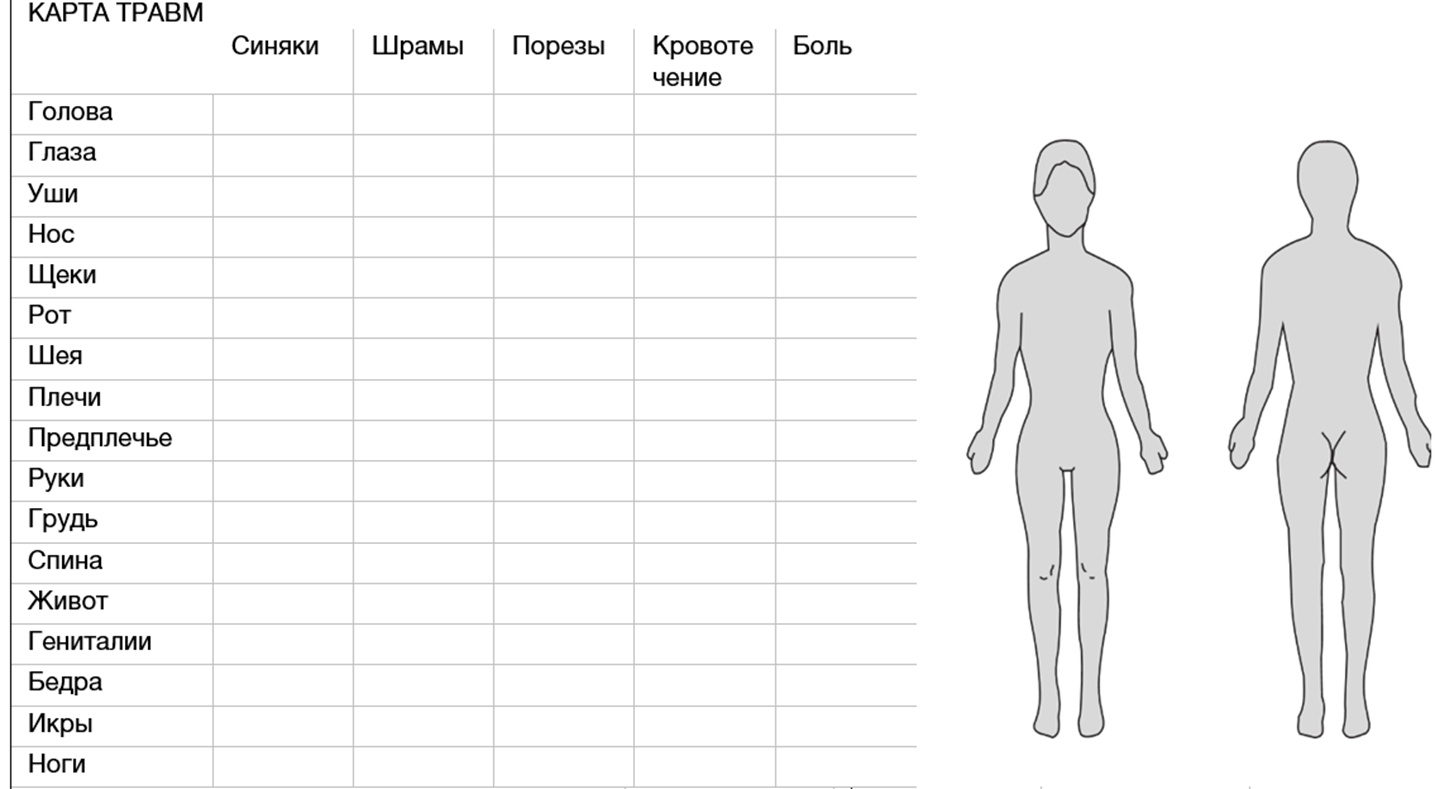
**Таблица 17. Рекомендации по написанию отчетов и дачи показаний**

|  |  |
| --- | --- |
| **Написание отчетов** | **Дача показаний** |
| Объясните, что вам сказали и что вы наблюдали. | Будьте готовы |
| Используйте точную терминологию. | Слушайте внимательно. |
| Сохраняйте объективность. | Говорите четко. |
| Оставайтесь в пределах своей компетенции. | Используйте простой и точный язык. |
| Различайте факты и мнения. | Не выходите за рамки своей компетенции |
| Подробно описывайте все собранные образцы. | Разделяйте факты и мнения. |
| Говорите или пишите только то, что вы готовы повторить под присягой в суде. | Оставайтесь беспристрастным. |

Помимо тщательного оформления медицинской документации случая насилия, медицинским работникам необходимо также заполнять обязательные стандартные формы.

Согласно клиническому протоколу диагностики и лечения «Гендерное насилие» РК, медицинские работники при выявлении случаев гендерного насилия должны действовать в соответствии с алгоритмом реагирования [3]:

* Работником медицинской организации, выявившим/заподозрившим случай насилия в отношении пациента заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту». В течение 24 часов данный «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» передается социальному работнику территориальной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.
* Также медицинский работник, выявивший случай насилия проводит регистрацию случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту»;
* Также врачи, работающие в стационаре, заполняют Вкладной лист 12 к медицинской карте стационарного пациента (форма 001/у):
* Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения



**Рисунок 11. Карта для фиксации полученных травм**

**Управление рисками возникновения случаев гендерного насилия**

**Оценка степени опасности**

Безопасность женщин и их детей, пострадавших от гендерного насилия, является первоочередной задачей при реагировании со стороны системы здравоохранения. Домашнее насилие имеет тенденцию к повторению. В случаях, когда женщина пытается прервать цикл насилия, решив уйти или развестись, риск насилия возрастает: большинство убийств, покушений на убийства и актов опасного насилия совершаются, когда жертвы пытаются разорвать отношения со склонным к насилию партнером. Как это ни парадоксально, иногда женщине безопаснее терпеть насилие в отношениях, чем окончательно их разорвать.

Работники здравоохранения могут помочь повысить безопасность женщин, подвергающихся насилию, проведя совместную оценку потенциальных рисков повторения насилия и спланировав план безопасности, а также предложив направление в приют для женщин или кризисный центр. Медицинские работники также должны направлять пациенток к социальному работнику, т.к. социальные работники обучены определению рисков и планировании мер безопасности. Медицинские работники обычно не проводят полную и очень подробную оценку риска из-за нехватки времени. Оценка риска должна основываться на оценке динамики или эскалации насилия, мнении пациентов о безопасности, некоторых систематически задаваемых вопросах о контексте и поведении преступника, и, наконец, на сотрудничестве по оказанию помощи, предложенном социальным работником в партнерстве с женскими специализированными службами[4].

Термин «высокий риск» используется в отношении ситуаций, в которых женщины и их дети рискуют столкнуться с серьезными формами нарушения их прав на жизнь, здоровье и свободу. Высокий риск не является характеристикой лица, пострадавшего от насилия, а скорее уровень опасности, исходящей от абьюзера.

Для адекватной оценки безопасности, специалисты в области здравоохранения должны знать факторы риска повторения или эскалации насилия. Приведенный ниже перечень факторов риска включает факторы риска с высоким уровнем опасности в случаях насилия со стороны интимного партнера.

Существует ряд факторов риска, которые необходимо принять во внимание.



**Рисунок 12. Факторы риска**

**К истории насилия** относятся:

* предыдущие случаи домашнего насилия;
* насилие по отношению к детям или другим членам семьи;
* в целом, агрессивное поведение;
* предыдущие нарушения защитного приказа/предписания.

**К формам и моделям насилия** относятся:

* тяжесть и частота насильственных действий;
* применение оружия/угрозы оружием;
* контролирующее поведение и изоляция;
* преследование;
* сексуальное насилие;
* угрозы убить, угрозы причинить вред, принуждение;
* удушение и удушье.

**Факторы риска, связанные с поведением и отношением абьюзеров**:

* вопросы, связанные с употреблением наркотиков и алкоголя;
* чувство собственности, крайняя ревность и другие формы вредных установок;
* проблемы, связанные с плохим психическим здоровьем, включая угрозы и попытки совершить самоубийство;
* экономический стресс.

**Восприятие риска лицом, пострадавшим от насилия** включает в себя:

* страх за себя и других;
* всегда должно учитываться при проведении оценки рисков.

**Отягчающими факторами** могут быть:

* разъезд (сепарация);
* контакт с детьми;
* приемный ребенок, живущий в семье;
* насилие во время беременности.

«Оценка степени опасности» Кэмпбелл (Danger Assessment by Campbell, 2004)[5] - один из инструментов, который часто используется, чтобы оценить, насколько женщине угрожает серьезная опасность или убийство со стороны нынешнего или бывшего партнера. Она состоит из двух элементов:

1) календаря, на котором женщина должна отметить частоту и тяжесть (по шкале от 1-5) инцидентов с применением насилия, произошедших за прошедший год; и

2) списка из 20 вопросов, на которые нужно ответить утвердительно или отрицательно.

Вопросы отражают значимые факторы риска, такие как расставание, применение оружия или насилие во время беременности, а также отражают факторы, которые указывают на более низкий уровень риска (например, отсутствие совместного проживания, отсутствие беременностей от агрессора).

Согласно действующему клиническому протоколу диагностик и лечения «Гендерное насилие» МЗ РК, медицинским работникам предлагается провести оценку безопасности пациента задав несколько вопросов[3]:

* Усилилось ли насилие за последний год?
* Принимает ли обидчик наркотики или алкогольные напитки?
* Угрожал ли обидчик убить Вас?
* Имеется ли у Вас в доме какое-либо оружие?
* Боитесь ли Вы возвращаться домой?

Для оценки риска можно также использовать дополнительные вопросы [2]:

* Безопасно ли вам возвращаться домой?
* Что может произойти, чего вы боитесь?
* Ваш партнер/насильник угрожал вам?
* Есть ли угрозы риска для детей, новорожденных или плода?

Благодаря этим вопросам и ответам на них, пациентка узнает, насколько высока степень опасности, которой она подвергается. Зная о степени грозящей опасности, медицинский работник и пациентка смогут продумать имеющиеся варианты для дальнейших действий. Следующим шагом в оказании помощи, если необходимо, станет проработка с пациенткой плана обеспечения ее безопасности.

**Составление плана безопасности**

Медицинские работники играют важную роль, направляя пациента к социальному работнику, имеющему опыт в оценке риска и планировании безопасности. Если законодательство и организационные структуры позволяют, социальный работник должен работать в тесном сотрудничестве со специальными службами поддержки лиц, пострадавших от насилия, для разработки оценки риска и планов безопасности.

План безопасности является частью вмешательства по делу об гендерном насилии, должен разрабатываться совместно с лицом, пострадавшим от насилия, и социальным работником/другими специалистами сектора социально- психологической помощи и позволит предотвратить будущие случаи насилия или избежать эскалации, либо подверженности экстремальным ситуациям[6]. План безопасности разрабатывается с учетом факторов риска и имеющихся ресурсов.

Зачастую барьеры, связанные с коммуникацией, особенно остро ощущаются людьми с сенсорными и интеллектуальными нарушениями и являются препятствием для получения ими услуг по планированию безопасности. Необходимо обеспечить доступность для женщин и девочек с инвалидностью услуг по оценке рисков и планированию безопасности, предоставляемых подготовленными специалистами.

**Ключевые аспекты:**

* План безопасности может быть полезным ресурсом.
* Его разработку ведет сама пациентка и она может закончить его, как в процессе консультации, так и после её окончания. Пациентка может забрать план безопасности с собой, если это безопасно для нее.
* План включает в себя информацию о том, что делать в чрезвычайной ситуации, телефоны доверия и контакты для консультаций

Необходимо разработать индивидуальный план обеспечения безопасности, а при необходимости предложить и организовать безопасное и без какой-либо стигматизации перенаправление лица, пострадавшего от гендерного насилия, в зависимости от ее пожеланий.

Если лицо, пострадавшее от гендерного насилия, хочет вернуться домой, то содержание плана безопасности должно побуждать ее к следующему [2]:

* Указать лиц (друзей, соседей), которым она может позвонить в чрезвычайной ситуации.
* Определить одного или нескольких соседей, которым она может рассказать о насилии и попросить их о помощи, если они слышали о происходящем в ее доме.
* Собрать «сумку безопасности» и хранить ее в таком месте, откуда ее можно будет с легкостью взять в чрезвычайной ситуации.
* Полагаться на свои инстинкты и суждения. Если ситуация стала опасной, рассмотреть возможность дать абьюзеру то, что он хочет, чтобы успокоить его. Она имеет право защищать себя и своих детей.
* Подумать о возможности обратиться за помощью в будущем к другим поставщикам услуг.
* Также можно продумать места, которых следует избегать, когда начинается насилие. Например, кухня – место, где много потенциально опасных предметов.
* Места, где можно спрятать важные телефонные номера, например, номера телефонов доверия.
* Продумать потенциальный выход из дома в случае эскалации насилия.
* Как обезопасить детей, когда начинается жестокое обращение. Например, оставить их у соседей, научить их звонить на горячую линию.
* Хранить важные личные документы в одном месте, чтобы их можно было взять, если женщине придется внезапно уйти.
* Сообщить кому-либо о факте насилия, чтобы его можно было зафиксировать (это важно, например, для дел, которые передаются в суд, или для подачи заявлений на иммиграцию

Если лицо, пострадавшее от насилия, не хочет возвращаться домой, то содержание плана безопасности должно побуждать ее к следующему [2,6]:

* Указать лиц (друзей, соседей), которые могли бы предоставить ей убежище на несколько дней.
* Потренироваться на практике, как безопасно выбраться из дома.
* Собрать сумку безопасности и хранить ее в таком месте, откуда ее можно будет с легкостью взять в чрезвычайной ситуации.
* Подумать о возможности обратиться за помощью в будущем к другим поставщикам услуг.
* Составить планы, кому звонить и куда идти. Пример, приют для пострадавших домашнего насилия или кризисный центр.

**Система перенаправления**

Женщины, пострадавшие от гендерного насилия сталкиваются со множеством проблем, в том числе с проблемами здоровья физического и психического, социальными и экономическими проблемами, с проблемой безопасности, поэтому они имеют многочисленные и сложные потребности. Это, в том числе, медицинская помощь, безопасное место для проживания женщины и ее детей, психологическое консультирование, охрана со стороны полиции и юридические консультации. Таким образом, эффективная борьба с гендерным насилием подразумевает предоставление полного спектра этих услуг. Так как одна организация не в состоянии оказать все вышеперечисленные услуги требуемого качества и в полном объеме, то для решения данной задачи необходимо использовать интегрированный межведомственный подход, позволяющий координировать услуги, оказываемые всеми соответствующими поставщиками услуг, и тем самым оказывать всестороннюю поддержку пострадавшим от гендерного насилия. В системе ведения случая гендерного насилия перенаправление пациентов является важным элементов, наряду с рассмотрением дел в суде, мониторингом и последующей поддержкой пострадавших.

Система перенаправления – подразумевает систему, когда пострадавшая женщина обращается к отдельным специалистам или учреждения, а те в свою очередь, сотрудничают и обмениваются между собой информацией, чтобы обеспечить пострадавшей всестороннюю поддержку. Партнерами в системе перенаправления пострадавших обычно являются различные государственные ведомства, женские организации, общественные организации, медицинские учреждения и др. Существует также возможность самостоятельного перенаправления, когда женщина самостоятельно обращается в службы. Как правило, в надлежащей клинической практике перенаправление должно происходить с согласия самой женщины. Тем не менее, в некоторых случаях оправданным может быть перенаправление пострадавшей в связи с обращением члена семьи или ведомства без ее согласия, особенно в тех случаях, когда ее жизнь находится под угрозой, например, при высоком риске самоубийства, угрозах убийства или детских браков [7].

**Медицинские работники** часто являются первой линией при реагировании на гендерное насилие, поэтому они оказывают пострадавшим от насилия услуги первой необходимости, которые включают неотложную медицинскую помощь и перенаправление в другие службы поддержки, а также обращение в правоохранительные органы, если того требует законодательство. Перенаправления к другим медицинским специалистам, таким как психолог и социальный работник, при выявлении признаком депрессии, постравматического стрессового расстройства или склонности к суициду направление к психиатру, при выявлении опасных инфекций направление к специалисту по ВИЧ или инфекционисту, к специалисту по судебной экспертизе, а также к другим специалистам в зависимости от проблем со здоровьем пациентки. Направление в другие службы, такие как приюты или организации, предоставляющие психосоциальные или юридические консультации. В свою очередь, специалисты здравоохранения и специалисты ПМСП также могут получать перенаправления по поводу женщин, переживших насилие, например, перенаправление от правоохранительных органов, женских приютов или других специалистов здравоохранения для оказания неотложной медицинской помощи и лечения травм, полученных в результате насилия.

**Роль социальных работников/работников службы поддержки** в качестве специалистов, работающих в области гендерного насилия[4]:

* Могут проводить полную оценку рисков
* Оказывать поддержку лицам, пострадавшим от насилия, в создании плана безопасности и обсуждении вариантов ухода и решений.
* Иметь связь с местными службами поддержки и быть в состоянии оказать поддержку лицам, пострадавшим от насилия, в получении дополнительной социальной помощи в зависимости от имеющихся ресурсов.
* Уметь поддерживать процесс планирования, включая последующее информирование полиции, органов опеки и попечительства (в случае если пострадавшая несовершеннолетняя или находится под попечительством опекунов) или других уполномоченных учреждений, ответственных за документирование и информирование о случаях гендерного насилия.
* Понимать свою роль в отношениях с другими ключевыми заинтересованными сторонами, в основном с медицинскими работниками и полицией.

**Роль правоохранительных органов:**

* Проводить расследования и преследовать в судебном порядке случаи гендерного насилия.
* Поддерживать лиц, пострадавших от насилия, в документировании и сообщении о преступниках.
* Заверять лиц, пострадавших от насилия, в их защите.
* Предоставлять лицам, пострадавшим от насилия, доступ к соответствующей защите, бесплатной юридической помощи, а также обращаться и допрашивать их в деликатной, уважительной манере, чтобы избежать риска дальнейшего травмированию.
* Участвовать в тренингах по выявлению и информированию о случае гендерного насилия, используя подход, ориентированный на лиц, пострадавших от насилия.

Правоохранительные органы и система уголовного правосудия несут ответственность за расследование и судебное преследование случаев гендерного насилия, которые являются уголовными преступлениями в соответствии с национальным законодательством, и за определение уголовной ответственности обвиняемого. В некоторых странах полиция имеет юридические полномочия выдавать и приводить в исполнение запретительные судебные приказы.

Гражданские суды принимают решения о разводе и опеке над детьми и, в некоторых странах, могут издавать охранные приказы, запрещающие преступникам приближаться к жертве. В зависимости от обстоятельств конкретного дела, иски о компенсации ущерба, понесенного выжившим в результате случая гендерного насилия, могут рассматриваться в гражданских и/или уголовных судах

Механизмы перенаправления пациентов работают на основе налаживания эффективных каналов коммуникации и определяют четкие пути и процедуры перенаправления пострадавших, с указанием ясных и простых схем действий. Прохождение пострадавшей через систему перенаправления позволяет ей получить комплексную и специализированную помощь и поддержку с учетом индивидуальных потребностей женщины.

Установление четких и простых схем перенаправления [7]:

* поможет снизить загруженность персонала, так как можно рассчитывать на поддержку других партнерских учреждений;
* поможет медикам увереннее задавать вопросы о насилии в семье, зная, что они смогут предложить действительную помощь;
* позволяет им правильно действовать при выявлении пострадавших от гендерного насилия, поскольку существование системы перенаправления для получения дальнейшей помощи является основным условием, способным побудить специалистов в области здравоохранения задавать вопросы о гендерном насилии.

На практике медицинские работники сталкиваются с проблемой ограниченного времени и ресурсов при работе в клинике, поэтому могут считать процесс перенаправления пострадавших от гендерного насилия сложным и отнимающим много времени. В такой ситуации может оказаться полезным такой подход: относиться к гендерному насилию как к любому другому симптому, который в иных случаях медики исследуют, диагностируют, а затем направляют пациентов для лечения к узким специалистам в ходе выполнения своей обычной работы [7].

**Для эффективной работы системы перенаправления, медицинские работники** [7]**:**

* **Должны уметь распознавать случаи гендерного насилия и оказывать необходимую первичную помощь.**
* **Должны уметь проводить оценку рисков и потребности пациентки, в частности уровень риска дальнейшего насилия или его усугубления**. Если уровень риска оценивается как высокий, то пострадавшая нуждается во вмешательстве в кризисную ситуацию, например, в предоставлении немедленной медицинской или психологической помощи и (или) доступа в приют. В соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения «Гендерное насилие» МЗ РК, при подтверждении насилия и выявлены угрозы для здоровья и жизни пациента, руководитель медицинской организации и социальный работник информируют полицию [3]. Если уровень риска невысок, будет уместнее перенаправить ее в другую службу социальной, психологической или правовой поддержки.
* **Должны хорошо ориентироваться в существующей системе перенаправления и имеющихся услугах и помогают пострадавшей выбрать оптимальные варианты.** Для этого медицинские работники должны иметь под рукой контактную информацию служб, предоставляющих соответствующие услуги, в частности приютов и полиции. Полезным инструментом может послужить база данных системы перенаправления, в которых также должна быть указана информация о протоколах, необходимых для приема в приюты. В некоторых странах приюты принимают пострадавших только после направления от конкретных государственных ведомств. Мелкие, на первый взгляд, детали могут оказаться крайне важными в момент реального перенаправления. Медицинские работники также должны иметь в виду, что пострадавшие могут быть ограничены в возможности посещения различных служб из-за отсутствия денег, времени и свободы перемещения. Таким образом, они должны попытаться предложить наиболее эффективный маршрут и давать предельно четкие указания, с тем, чтобы свести к минимуму количество контактов и дать пациентке возможность получить максимальное количество внимания и поддержки при первом же приеме.
* **Знают национальное законодательство в сфере гендерного насилия**, в том числе определения соответствующих уголовных преступлений, доступные меры обеспечения защиты и все обязательства по представлению отчетности.
* **Получают согласие потерпевшей до передачи информации** о ее случае другим учреждениям или службам, и соблюдают порядок обеспечения конфиденциальности женщины.

**Компоненты эффективной системы перенаправления**[7]**:**

* **Общее понимание единых целей сотрудничества,** под которыми могут подписаться все партнеры, и для которой осуществления которых все партнеры готовы выделить необходимые ресурсы. Формулировка общего видения должна в одном выражении описывать то, чего хотят достичь партнеры. Процесс выработки общего видения почти так же важен, как и само видение.
* **Способная к работе структура, которая состоит из стратегической группы,** уполномоченной на определение целевых показателей для партнерских организаций и в консультациях с ними, а также рабочей группы, которую поддерживают тематические подгруппы. Стратегическое направление и конкретную работу по оказанию услуг необходимо поддерживать эффективным финансированием и механизмами обеспечения ответственности.
* **Совместная стратегия,** описывающая стратегические цели и индикаторы для их достижения, вместе с рабочим планом, в котором определяются основные конечные и непосредственные результаты, ответственные за достижение непосредственных результатов, график проведения работ, бюджет и система внесения изменений, и контроль качества.
* Участие **стратегического руководящего звена** на уровне стратегического руководства, менеджеров среднего звена, имеющих доступ к сотрудникам на рабочем уровне, и персонал, непосредственно работающий с клиентами на уровне подгрупп, то есть те, кто реализует планы и с кем советуются о возможных действиях. В этом процессе должен принимать участие представитель НПО.
* Рабочий план должен дополняться **соответствующими кадровыми и финансовыми ресурсами.**
* **Координатор обеспечивает выполнение общей задачи, но именно деятельность участвующих организаций позволяет реализовать партнерские отношения.**
* **Обучение всех вовлеченных в работу специалистов,** направленное на разрушение существующих мифов, развитие навыков и повышение уверенности среди персонала, отражающее местную специфику, порядок реализации и доступные услуги. Партнеры должны внести вклад в выработку основной идеи тренингов и привлекать менеджеров и руководителей в процесс обучения в качестве участников и в качестве помощников тренера.
* **Разработка полезного набора данных** для реализации и контроля сотрудничества. Это означает согласование базового набора данных в поддержку стратегии, согласование целей и индикаторов и регулярный обзор данных, представленных партнерскими организациями в ходе встреч партнеров.
* Наличие стратегий, протоколов и стандартного порядка работы для обеспечения устойчивости и ответственности партнерства (по материалам «Вместе против домашнего насилия».

**Организации, предоставляющие женщинам специализированную помощь**

Организации, предоставляющие женщинам специализированную помощь такие как женские приюты, кризисные центры, телефоны доверия, играют важную роль в межведомственном процессе реагирования на гендерное насилие. Эти организации часто обладают многолетним опытом реагирования на гендерное насилие.Специализированные женские службы поддержки для переживших гендерное насилие могут предоставить различные виды помощи, в том числе, приюты для женщин, женские телефоны доверия, центры для женщин, различные виды помощи без предоставления убежища, а также специальную помощь жертвам сексуального насилия. Данные организации могут оказывать помощь в конкретных случаях, например, насилие со стороны интимного партнера, торговля людьми или сексуальное насилие), либо принадлежащих к определенным группам (например, женщин с детьми, девочек-подростков или работниц секс-индустрии).

* **Телефоны доверия для женщин** часто могут стать первым шагом для помощи пострадавшим от насилия, которым нужна информация об имеющихся услугах и правовая консультация. Таким образом, «горячие линии» или «телефоны доверия» - широко рекламируемые номера телефонов, позвонив по которым можно получить поддержку, помощь в кризисных ситуациях и перенаправление в такие службы, как приюты или полиция, являются важнейшим элементом межведомственного реагирования на гендерное насилие. Женские телефоны доверия должны работать 24 часа в сутки, 7 дней неделю, быть бесплатными и анонимными и работать с пострадавшими от всех видов гендерного насилия. Все женщины в стране должны иметь доступ к горячей линии, то есть должен существовать как минимум один национальный телефон доверия, по которому бы оказывалась поддержка на всех основных языках, используемых в стране, по крайней мере в течение значительного количества часов в неделю.
* **Женские приюты** предоставляют безопасное место для пострадавшей женщины от гендерного насилия, и ее детей в экстренных случаях. Кроме того, они обеспечивают всестороннюю поддержку и способствуют расширению прав и возможностей, помогая пострадавшим от насилия преодолеть печальный опыт, восстановить свою самооценку и заложить основы для дальнейшей самостоятельной жизни. Приюты должны быть доступны 24 часа в сутки, 7 дней неделю. В них должны применяться специальные меры предосторожности, включая оценку вероятности рисков и планирование обеспечения безопасности для каждого конкретного случая. Их расположение должно храниться в секрете, здание должно быть оборудовано системами охраны, чтобы обеспечить безопасность от нападений со стороны агрессоров. Необходимо обеспечить достаточное количество приютов на территории страны. Ориентировочно на 10 000 жителей должно приходиться одно семейное место в приюте. Важной частью работы приюта для женщин является последующая поддержка, чтобы помочь женщинам и девочкам заново вписаться в общество после выхода из приюта. Для этого необходимо учитывать существующие риски, навыки клиентки (получение доходов и средств к существованию), а также другие факторы. Процесс реинтеграции должен проходить под постоянным контролем, женщина и ее дети должны быть в безопасности, а в дальнейшем процесс должен контролироваться социальным работником.
* **Женские кризисные центры** или «женских консультационные центры» предоставляют широкий спектр услуг, несвязанных с предоставлением жилья (психологическое консультирование, получение правовой или иной информации и консультаций, практическая поддержка, сопровождение в суде и т.д.), для женщин, переживших насилие на гендерной почве и их детей. Особенно важную роль они играют в тех странах или регионах, где не существует женских приютов. Кроме того, они предоставляют информацию и оказывают содействие женщинам, которым не требуется размещение в приюте, но которые нуждаются в получении поддержки и консультаций со стороны иных специалистов.
* **Специализированные центры поддержки жертв сексуального насилия** необходимы по причине травматического характера сексуального насилия, требующего крайне осторожного подхода со стороны специально обученных специалистов. Данные услуги включают оказание неотложной медицинской помощи и помощи при травмах, среднесрочную и долгосрочную психологическую помощь, а также возможность проведения судебно-медицинской экспертизы для сбора доказательств, необходимых для представления в суде. Правильным решением будет проведение судебно-медицинской экспертизы независимо от того, собирается ли жертва сообщать в полицию. В любом случае необходимо взять и сохранить пробы, чтобы пострадавшая позже смогла принять решение о том, следует ли сообщать об изнасиловании в полицию.

Актуальную информацию о женских организациях и о других вариантах перенаправления, с контактами и адресами важно иметь в организациях ПМСП, чтобы медицинские работники могли перенаправить и информировать пострадавших от гендерного насилия женщин.

Собранную информацию о всех вариантах перенаправления необходимо организовать в каталог служб [7] для направления пострадавших. В него должна войти, в частности, контактная информация, а также информация о типе оказываемых услуг, группах населения, которым предоставляется обслуживание, и критерии отбора клиентов. Каталог организаций для пострадавших может быть полезным для медиков, так как знакомит их с существующими вариантами услуг для пострадавших от насилия как в рамках официально существующего механизма перенаправления, так и при отсутствии такового. Руководство учреждений здравоохранения должно предоставить экземпляры этого каталога всем медицинским работникам учреждения, которые взаимодействуют с пациентками. Тогда они смогут использовать этот каталог при направлении пациентов в другие службы. При ограниченности ресурсов в учреждении здравоохранения должен быть хотя бы один экземпляр каталога в удобном, доступном месте.

Важно также отметить, что информирование пациентки о возможных услугах – необходимое условие, которое поможет женщине выбрать подходящее решение ее проблемы. Печатные материалы для раздачи женщинам должны быть незаметными, чтобы агрессивным партнерам было трудно их найти. Примеры информационных материалов, которые учреждения здравоохранения могут предоставлять своим сотрудникам, приведены ниже [7]:

* Каталог организаций для перенаправления пострадавших, в котором перечисляются соответствующие службы и контактная информация, а также критерии отбора клиентов;
* Плакаты с отрывными листками, проспекты или буклеты в кабинетах врачей и женских туалетах, чтобы пациентки могли взять их или прочесть вдали от чужих глаз;
* Карточки с телефонными номерами небольшого размера (чтобы поместились в кармане.

**Литература:**

1. Руководство по медико-юридической помощи жертвам сексуального насилия. ВОЗ. 2003

2. Учебное пособие RESPONSE по отчетности о гендерном насилии в службах женского здоровья, 2017

3. Клинический протокол диагностики и лечения «Гендерное насилие», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2021 года, протокол №154

4. Предоставление сектором здравоохранения скоординированных отраслевых услуг лицам, пострадавшим от сексуального и гендерного насилия – Ресурс по развитию потенциала для Центральной Азии, 2022 г

5. Алгоритм для работников системы здравоохранения по оказанию социальной помощи в случаях гендерного насилия: Методические рекомендации / Примбетова Ш.А., Терликбаева А.М.// Нур-Султан: 2021 г. – 127 с.

6. Скоординированные услуги сектора здравоохранения по ведению случаев сексуального и гендерного насилия и перенаправлению в другие службы. Региональная модель стандартных операционных процедур для Центральной Азии, 2022

7. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии. Сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА, 2014. Ссылка: https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-RU.pdf

## **Оценка учебных достижений**

**Оценка учебных достижений слушателей**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид контроля | Методы оценки |
| Текущий | тестирование знаний по разделам, ситуационные задачи |
| Итоговый | тестирование знаний |

**Балльно-рейтинговая буквенная система оценки учебных достижений слушателей**\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Оценка по буквенной системе | Цифровой эквивалент баллов | %-ное содержание | Оценка по традиционной системе |
| А | 4,0 | 95-100 | Отлично |
| А- | 3,67 | 90-94 |
| В+ | 3,33 | 85-89 | Хорошо |
| В | 3,0 | 80-84 |
| В- | 2,67 | 75-79 |
| С+ | 2,33 | 70-74 | Удовлетворительно |
| С | 2,0 | 65-69 |
| С- | 1,67 | 60-64 |
| D+ | 1,33 | 55-59 |
| D | 1,0 | 50-54 |
| F | 0 | 0-49 | Неудовлетворительно |

## **Тестовые задания к блоку 1 «Гендерное насилие»**

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилия»

**Вопрос 1**. Подберите наиболее подходящий термин к определению «Умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли» (в соответствии с законодательством РК)?

1. Гендерное насилие
2. Сексуальное насилие
3. Физическое насилие
4. Насилие от интимного партнера
5. Насилие контроля

**Вопрос 2.** Подберите наиболее подходящий термин к определению «Умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понуждение) к совершению правонарушений или деяний» (в соответствии с законодательством РК)?

1. Гендерное насилие
2. Сексуальное насилие
3. Физическое насилие
4. Психологическое насилие
5. Домашнее насилие

**Вопрос 3.** Подберите наиболее подходящий термин к определению «Любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью женщины или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни».

1. Гендерное насилие
2. Сексуальное насилие
3. Физическое насилие
4. Насилие от интимного партнера
5. Домашнее насилие

**Вопрос 4.** Термин, который указывает различия между мужчинами и женщинами небиологические по своей природе, также относится к социальным нормам и ожиданиям, культурным ролям, поведению, деятельности и атрибутам, которые данное общество считает подходящими для женщин и мужчин.

1. Пол
2. Гендер
3. Социальная роль
4. Социальный статус
5. Половая идентификация

**Вопрос 5.** Кем может быть агрессор по отношению к пострадавшей от гендерного насилия? (*может быть несколько верных ответов*)

1. Супруг
2. Партнер
3. Коллега
4. Незнакомец
5. Родственник

**Вопрос 6.** Где может подвергаться гендерному насилию женщина? (*может быть несколько верных ответов*)

1. В семье
2. В рабочем коллективе
3. На улице
4. В тюрьме
5. На учебе

**Вопрос 7.** Подберите наиболее подходящий термин к определению «Физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в семье, включая избиение, сексуальное насилие над детьми женского пола в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование в браке».

1. Насилие от интимного партнера
2. Сексуальное насилие
3. Физическое насилие
4. Психологическое насилие
5. Домашнее насилие

**Вопрос 8.** Подберите наиболее подходящий термин к определению «проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими»

1. физическое насилие
2. сексуальное насилие
3. домашнее насилие
4. насилие от интимного партнера
5. гендерное насилие

**Вопрос 9.** Женщина в браке 12 лет. Ежедневно муж ее очень сильно эмоционально подавлял, часто критиковал, периодически устраивал скандалы, крики. Он также контролировал все ее действия, не позволял общаться с родственниками. Супруг также контролировал все денежные расходы, не разрешал самостоятельно распоряжаться заработанными деньгами. Определите форму насилия (форма отличается от вида насилия): (*может быть несколько правильных ответов*)

1. физическое насилие
2. сексуальное насилие
3. домашнее насилие
4. насилие от интимного партнера
5. насилие от лица, не являющимся партнером

**Вопрос 10.** Женщина 68 лет, пенсионерка. Проживает с сыном 45 лет. Сын часто злоупотребляет алкогольными напитками. Периодически он отнимает пенсию своей пожилой матери. В последнее время он стал толкать и бить пожилую мать. Какая форма насилия имеет место в данном случае (не путать с видами насилия): (*может быть несколько правильных ответов*)

1. физическое насилие
2. сексуальное насилие
3. домашнее насилие
4. насилие от интимного партнера
5. насилие от лица, не являющегося партнером

**Вопрос 11.** Женщина обратилась к гинекологу с целью провериться на факт беременности и возможного заражения ИПП, т.к. два дня назад подверглась изнасилованию неизвестным мужчиной. Определите форму насилия:

a) физическое насилие

b) сексуальное насилие

c) домашнее насилие

d) насилие от интимного партнера

e) психологическое насилие

**Вопрос 12.** Женщина 70 лет, пенсионерка. Проживает одна. Незнакомец под видом представителя акимата вошел в доверие к пенсионерке, и обманным путем отнял пенсию пожилой женщины. Определите какие формы и виды насилия присутствуют, в соответствии с законодательством РК:

1. домашнее насилие, тип - физическое насилие
2. сексуальное насилие
3. домашнее насилие, тип - финансовое насилие
4. экономическое или финансовое насилие
5. психологическое насилие

**Вопрос 13.** Женщина в браке 12 лет. Ежедневно муж ее очень сильно эмоционально подавлял, часто критиковал, периодически устраивал скандалы, крики. Он также отнимал всю ее заработную плату. Женщина долгое время подвергалась периодическим избиениям со стороны мужа, угрозам убийства. Определите виды насилия, которые присутствуют в данном случае, в соответствии с законодательством РК: (*может быть несколько правильных ответов*)

a) физическое насилие

b) сексуальное насилие

c) контролирующее поведение

d) финансовое насилие

e) психологическое насилие

**Вопрос 14.** После брака муж запретил жене общаться с родителями и друзьями. Он отнял у нее телефон, и разрешал совершать звонки с его разрешения и в его присутствии. Также он строго контролировал денежные расходы жены, не позволяю покупать ей даже предметы гигиены. Он не разрешал ей самостоятельно посещать врача. Она весь день проводила в доме занимаясь хозяйством и детьми. Определите виды насилия, которые присутствуют в данном случае, в соответствии с законодательством РК: (*может быть несколько правильных ответов*)

a) физическое насилие

b) сексуальное насилие

c) контролирующее поведение

d) финансовое насилие

e) психологическое насилие

**Вопрос 15.**  После брака муж запретил жене общаться с родителями и друзьями. Он отнял у нее телефон, и разрешал совершать звонки с его разрешения и в его присутствии. Также он строго контролировал денежные расходы жены. Он не разрешал ей самостоятельно посещать врача. Она весь день проводила в доме занимаясь хозяйством и детьми. Определите формы и вид насилия, которые присутствуют в данном случае:

a) домашнее насилие, тип - физическое насилие

b) домашнее насилие, тип - психологическое насилие

c) домашнее насилие, тип - контролирующее поведение

d) домашнее насилие, тип - финансовое насилие

e) насилие от лица, не являющегося партнером

**Вопрос 16**. Подберите верные утверждения или определения для термина «убийства чести»: (*может быть несколько верных ответов*)

1. обливание лица молодой женщины кислотой в наказание за то, что она навлекла позор на семью за попытку выйти замуж за человека, не одобренного семьей
2. убийство мужем жены из-за его ревности
3. убийство совершается в случаях изнасилования, супружеской неверности, заигрывания или в любых других случаях, которые считаются порочащими честь семьи
4. подозрение в нарушении правил поведения считается достаточно серьезным, чтобы запятнать честь мужчины или семьи, а поэтому этого достаточно, чтобы оправдать убийство женщины.
5. убийства женщины во время семейной ссоры, в состояния аффекта

**Вопрос 17.** Укажите уникальные формы насилия, с которыми сталкиваются лица с инвалидностью. (*может быть несколько правильных ответов*)

1. психологическое насилие
2. Сексуальное насилие со стороны опекуна
3. Отказ в предоставлении лекарств
4. Отказ в предоставлении вспомогательных средств
5. физическое насилие

**Вопрос 18.** Почему медицинские работники играют важную роль в выявлении и реагировании на гендерное насилие? *может быть несколько правильных ответов*)

1. Медицинские работники часто контактируют с пострадавшими от насилия женщинами
2. Женщины, подвергающиеся насилию, скорее всего доверялись бы именно медицинским работникам, решив сообщить о жестоком обращении
3. Большинство медицинских работников - это женщины, которые на собственном опыте пережили гендерное насилие, поэтому понимают пострадавших от насилия женщин
4. Медицинские работники занимают особое положение, позволяющее предложить пострадавшим от насилия соответствующую поддержку и направление к другим ресурсам и услугам
5. Врачи, по стереотипам, считаются справедливыми людьми, и поэтому они справятся лучше всех

**Вопрос 19.** Какие препятствия существуют для медицинских работников при реагировании на гендерное насилие? (*может быть несколько правильных ответов*)

1. Недостаточные знания о гендерном насилии, мешающие распознать его
2. Недостаток времени и большая загруженность на приеме
3. Незнание как правильно реагировать при выявлении случаев насилия
4. Недостаток информации о контактах для дальнейшего перенаправления
5. Отсутствие внедренных стандартных процедур им алгоритмов

**Вопрос 20.** Найдите верные утверждения: «Пострадавшие от сексуального насилия женщины …» (*может быть несколько правильных ответов*)

1. часто получают травмы
2. чаще подвержены риску родить недоношенного ребенка, также выше вероятность искусственного прерывания беременности
3. часто развиваются психологические травмы, ПТСР, склонность к депрессии у них выше
4. рискуют заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, такими как ВИЧ, гепатиты, сифилис
5. чаще ведут неблагополучный образ жизни, занимаются проституцией

**Вопрос 21.** В каких случаях может наступить летальный исход при насилии: (*может быть несколько верных ответов*)

1. В следствии травм
2. В следствии суицида
3. В следствие убийства
4. В следствии неудачного аборта или родов
5. В следствии инфекций, таких как ВИЧ

**Вопрос 22**. Женщина пережила домашнее насилии в течении 10 лет брака. В течении этих лет она неоднократно подвергалась избиениям, в результате чего она стала страдать от сильных головных болей, т.к. несколько раз перенесла ушибы и сотрясения головного мозга. Также у нее несколько раз были диагностированы переломы пальцев рук. Она развелась с мужем и ушла от него. До сих пор она страдает от тревожных состояний, плохо спит по ночам, так как ей сняться «кошмары». Она признается, что не может получать удовольствие от жизни, ей назначили антидепрессанты. Одна из причин ее депрессий, это факт нескольких прерванных беременностей и выкидышей, в результате побоев от мужа во время брака. У нее так и не получилось родить ребенка после развода. Какие последствия от насилия вы выявили: (*может быть несколько верных ответов*)

1. Физические
2. Летальный исход
3. Репродуктивные
4. Психологические
5. Сексуальные

**Вопрос 23.** К вышеописанному случаю. Какие психологические последствия от насилия вы выявили в данном случае: (*может быть несколько верных ответов*)

1. Ушиб и сотрясения головного мозга
2. Попытки суицида
3. Депрессия
4. Переломы пальцев
5. Тревожные состояния

**Вопрос 24.** К вышеописанному случаю. Какие репродуктивные последствия от насилия вы выявили в данном случае: (*может быть несколько верных ответов*)

1. Ушиб и сотрясения головного мозга
2. Бесплодие
3. Депрессия
4. Аборты и выкидыши
5. Травмы брюшной полости

**Вопрос 25.** Какие опасные последствия насилия могут в будущем развиться у пострадавшей женщины? (*может быть несколько верных ответов*)

1. Бесплодие
2. Попытки суицида
3. Депрессия
4. Алкогольная зависимость
5. Летальный исход

**Вопрос 26**. Укажите факторы риска, увеличивающие вероятность насилия над лицами с инвалидностью: (*может быть несколько верных ответов)*

1. Проживание в интернате
2. Умственные или психологические нарушения
3. Изоляция (например, в доме)
4. Мужской пол
5. Женский пол

**Ключи к тестовым вопросам**

**к занятию 1 «Гендерное насилия»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | A | **14** | C, D, E |
| **2** | D | **15** | C |
| **3** | A | **16** | A, C, D |
| **4** | B | **17** | B, C, D |
| **5** | A, B, C, D, E | **18** | A, B, D |
| **6** | A, B, C, D, E | **19** | A, B, C, D, E |
| **7** | E | **20** | A, B, C, D |
| **8** | D | **21** | A, B, C, D, E |
| **9** | C, D | **22** | A, C, D |
| **10** | C, E | **23** | C, E |
| **11** | B | **24** | B, D |
| **12** | D | **25** | B, E |
| **13** | A, D, E | **26** | A, B, C, E |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия».

**Вопрос 1.** Отметьте признаки, наличие которых может свидетельствовать о сексуальном насилии (*может быть несколько верных ответов*)

1. частое обращение к врачу с неясными симптомами;
2. наличие повреждений в области наружных половых органов (промежности, девственной плевы, полового члена, мошонки): кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
3. употребление алкоголя и других веществ;
4. наличие повреждение ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
5. расстройства центральной нервной системы – головные боли, сложности восприятия, утрата слуха.

**Вопрос 2.** Отметьте признаки, наличие которых может свидетельствовать о физическом насилии (*может быть несколько верных ответов*)

1. наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д.
2. расстройства центральной нервной системы – головные боли, сложности восприятия, утрата слуха;
3. частые консультации врача без четкого диагноза;
4. склонность к самоубийству или причинению себе вреда;
5. травматические повреждения, в частности неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями.

**Вопрос 3**. Отметьте типы поведения пациентов, которые, должны заставить врача задуматься о связи случая с насилием: (*может быть несколько верных ответов*)

a) частое обращение к врачу с неясными симптомами;

b) повреждения, не соответствующие рассказу пациентки;

c) скандалы и постоянная критика в адрес врача;

d) преждевременная выписка из больницы по собственному желанию;

e) частое оформления больничных листов.

**Вопрос 4.** Отметьте типы поведения пациентов, которые, должны заставить врача задуматься о связи случая с насилием (*может быть несколько верных ответов*)

1. пациентка пытается скрыть повреждения или преуменьшить их серьезность;
2. частый пропуск приемов врача;
3. пациентка постоянно переживает о своем здоровье, боится серьезных заболеваний;
4. пациент просит выписать ему сильные обезболивающие препараты;
5. травмы разной локализаций на разных стадиях заживления.

**Вопрос 5.** Отметьте тревожные признаки поведения со стороны потенциального насильника или агрессора (*может быть несколько верных ответов*)

1. потенциальный обидчик агрессивный или доминирующий, говорит за женщину или отказывается выйти из кабинета;
2. потенциальный обидчик чрезмерно беспокоиться за здоровье женщины, задает много вопросов;
3. потенциальный обидчик всегда приходит вместе с женщиной без необходимости;
4. партнер/агрессор нередко отрицает или преуменьшает нанесенные повреждения;
5. жертва не желает говорить со своим спутником или не соглашается с ним.

**Вопрос 6.** По рекомендациям ВОЗ, минимальными условиями для опроса женщин о насилии медицинскими работниками являются: (*может быть несколько верных ответов*)

1. медицинские работники также должны знать, как реагировать в случае выявления случая насилия;
2. в медицинском учреждении всегда должна дежурить охрана;
3. безопасные условия - при опросе не должен присутствовать партнер;
4. медицинские работники должны быть обучены как опрашивать потенциальных жертв насилия;
5. отдельное помещение.

**Вопрос 7.** Что делать, если вы подозреваете насилие, но женщина отказывается об этом говорить: (*может быть несколько верных ответов*)

1. не заставляйте женщину говорить и дайте ей время решить, что она хочет вам рассказать;
2. расскажите ей о доступных услугах, если женщина решит ими воспользоваться;
3. направьте женщину на консультацию к психологу;
4. предложите женщине информацию о последствиях насилия для здоровья женщины и здоровья ее детей;
5. предложите женщине прийти на повторный прием.

**Вопрос 8.** Как задать вопрос женщине, если вы подозреваете насилие? (*может быть несколько верных ответов*)

1. «Наш опыт говорит о том, что такие травмы бывают у женщин, на которых напали. Кто-нибудь напал на Вас?»;
2. «У одной моей пациентки были похожие травмы, их ей нанес ее муж. Ваш муж вас бил?»;
3. «Меня беспокоит, что эти симптомы вызваны тем, что кто-то Вас ударил. Кто-то причиняет Вам боль?»;
4. «Почему вы скрываете причину этих травм? Вас кто-то ударил?»;
5. «Вас кто-то ударил? Кто это был? Это сделал Ваш партнер/муж?».

**Вопрос 9.** У Вас на приеме пациентка, ее сопровождает супруг. Вы подозреваете насилие в отношение этой пациентки. Что стоит сделать?

1. Увести ее в отдельный кабинет;
2. Попросить выйти из кабинета весь медицинский персонал;
3. Попросит выйти супруга из кабинета;
4. Спросить ее о насилии;
5. Позвать в кабинет охрану.

**Вопрос 10.** Если она раскрывает факт насилия, а ее партнер ждет за дверью, необходимо: (*может быть несколько верных ответов*)

1. не обсуждайте насилие в подробностях;
2. безопаснее ограничить разговор, не позволяя женщине почувствовать, что вам это неинтересно;
3. выясните, как можно безопасно связаться с ней, чтобы обсудить все в другое время;
4. направить ее в полицию;
5. убедитесь, что женщина в порядке, прежде чем приглашать ее партнера в комнату.

**Ключи к тестовым вопросам**

**к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | B, D | **6** | А, C, D, E |
| **2** | A, B, E | **7** | А, D, E |
| **3** | A, B, D | **8** | A, C, Е |
| **4** | A, B, E | **9** | C |
| **5** | A, C, D, E | **10** | A, B, C, E |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»

**Вопрос 1.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины

1. Проведение ПКП ВИЧ не требуется
2. Требуется провести ПКП ВИЧ без проведения тестов
3. Необходимо провести тестирование на ВИЧ экспресс тестом и затем провести ПКП ВИЧ
4. Необходимо провести тестирование на ВИЧ методом ИФА и затем провести ПКП ВИЧ.

**Вопрос 2.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины. Не вакцинировалась в детстве. Рваных и резаных повреждений, ссадин на теле нет. Выберите правильную медицинскую услугу для нее

1. Вакцина от гепатита В без тестов, ПКП ВИЧ
2. Вакцинация от Гепатита В и Столбняка без тестов
3. Сдать маркеры ИФА на гепатит В, при отрицательном результате вакцинация от гепатита В
4. Сдать маркеры ИФА на гепатит В, при положительном результате вакцинация от гепатита В

**Вопрос 3.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины. Вакцинирована в детстве по национальному календарю вакцинации, все прививки получила. Рваных и резаных повреждений на теле нет. Выберите правильную медицинскую услугу для нее

1. Вакцина от гепатита В без тестов, ПКП ВИЧ
2. Вакцинация от Гепатита В и Столбняка без тестов, ПКП ВИЧ
3. ПКП ВИЧ, сдать маркеры ИФА на гепатит В, при отрицательном результате вакцинация от гепатита В
4. Вакцинация от Гепатита В не требуется

**Вопрос 4.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины 48 ч. назад. Контрацепцию не использовала. Повреждений на теле нет. Выберите правильную медицинскую услугу для нее

1. Назначить однократную дозу 1,5мг левоноргестрела, ПКП ВИЧ
2. Назначить однократную дозу 1,5мг левоноргестрела, назначить антибактериальную терапию от ИППП, ПКП ВИЧ
3. Провести ПЦР на ИППП, при положительном результате назначить лечение, назначить левоноргестрел, ПКП ВИЧ
4. Провести тест на беременность, при положительном результате назначить левоноргестрел, ПКП ВИЧ

**Вопрос 5.** Женщина пострадала от сексуального насилия от своего постоянного полового партнера, 48 ч. назад. Не вакцинирована. Контрацепцию не использовала. Выберите правильную медицинскую услугу для нее. Беременность не желает.

a) Назначить однократную дозу 1,5 мг левоноргестрела, ПКП ВИЧ

**b)** Назначить однократную дозу 1,5 мг левоноргестрела, назначить антибактериальную терапию от ИППП, ПКП ВИЧ, вакцинация от гепатита В

c) Провести ПЦР на ИППП, при положительном результате назначить лечение, назначить левоноргестрел, провести ПКП ВИЧ

d) Провести тест на беременность, при положительном результате назначить левоноргестрел, провести ПКП ВИЧ

**Вопрос 6.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины 8 дней назад. Контрацепцию не использовала. Не вакцинирована. Открытых ран нет. Выберите правильную медицинскую услугу для нее

1. Назначить однократную дозу 1,5 мг левоноргестрела, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ
2. Провести тест на беременность, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ
3. провести тест на беременность, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ, вакцинация от гепатита В
4. провести тест на беременность и ВИЧ, назначить антибактериальную терапию от ИППП, вакцинация от гепатита В

**Вопрос 7.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины 8 дней назад. Контрацепцию не использовала. Вакцинирована с детства. Открытых ран нет. Выберите правильную медицинскую услугу для нее

1. Назначить однократную дозу 1,5 мг левоноргестрела, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ
2. Провести тест на беременность, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ
3. провести тест на беременность и ВИЧ, назначить антибактериальную терапию от ИППП
4. провести тест на беременность и ВИЧ, назначить антибактериальную терапию от ИППП, вакцинация от гепатита В

**Вопрос 8.** Женщина пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины 2 дня назад. Контрацепция – ВМС. Вакцинирована с детства. Открытых ран нет. Выберите правильную медицинскую услугу для нее

1. Назначить однократную дозу 1,5 мг левоноргестрела, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ
2. Провести тест на беременность, назначить антибактериальную терапию от ИППП, провести ПКП ВИЧ
3. Провести ПКП ВИЧ, назначить антибактериальную терапию от ИППП
4. провести тест на беременность и ВИЧ, назначить антибактериальную терапию от ИППП, вакцинация от гепатита В

Вопрос 9. Вакцинация от гепатита В проводится:

1. При первом обращении и через 1 месяц
2. При первом обращении, через 1 месяц и 6 месяцев
3. При первом обращении, через 3 месяца и 6 месяцев
4. через 1 месяц, 3 и 6 месяцев

**Вопрос 10.** В течение первых дней после эпизода насилия медицинские работники: (несколько верных ответов)

1. должны продолжать оказывать первичную помощь
2. предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса
3. должны применять психологический дебрифинг,
4. необходимо оказать психологическую помощь для разрядки напряжения

**Ключи к тестовым вопросам**

**к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | C | **6** | C |
| **2** | А | **7** | C |
| **3** | B | **8** | C |
| **4** | D | **9** | B |
| **5** | D | **10** | A, B, D |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»

**Условие:**

Салтанат 23 лет проживает с супругом М. 28 лет. Салтанат и Максат имеют общих двоих детей – мальчика 4 лет и девочку 2 лет. В начале отношений Максат был внимательный и заботливый, но после рождения детей, он стал контролировать жену, когда она была вне дома. В последние 3 года отношения в семье ухудшились, это началось во время второй беременности, когда Максат сильно толкнул Салтанат и она ударилась о стену. Максат часто стал выпивать алкогольные напитки, кричал и устраивал скандалы по несерьезным причинам, в основном связанные с ревностью. Он часто говорил, что она без него не справиться, что она ничего не умеет. Несколько раз он кидал стулья, утюг и разные предметы, несколько раз попадал в Салтанат. Один раз Салтанат решилась уйти из дома, но Максат не позволил ей забрать детей, сказал, что отправит их к своим родителям в другую область, в аул, а Салтанат изобьёт и она детей больше не увидит. И Салтанат осталась.

**Вопрос 1.** Что из факторов повторения или эскалации насилия (блок оценка рисков), относящихся к истории насилия вы выявили?

a) Предыдущие случаи домашнего насилия

b) Насилие по отношению к детям или другим членам семьи

c) В целом, агрессивное поведение

d) Предыдущие нарушения защитного приказа/предписания.

е) Преследование

**Вопрос 2.** Что из факторов повторения или эскалации насилия (блок оценка рисков), относящихся к формам и моделям насилия вы выявили?

a) Тяжесть и частота насильственных действий

b) Применение оружия/угрозы оружием

c) Контролирующее поведение и изоляция

d) Преследование

e) Сексуальное насилие

**Вопрос 3.** Что из факторов повторения или эскалации насилия (блок оценка рисков), связанные с поведением и отношением абьюзеров вы выявили? *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) Вопросы, связанные с употреблением наркотиков и алкоголя

b) Чувство собственности, крайняя ревность и другие формы вредных установок

c) Проблемы, связанные с плохим психическим здоровьем, включая угрозы и попытки совершить самоубийство

d) Экономический стресс.

е) Насилие во время беременности

**Вопрос 4.** Что из факторов повторения или эскалации насилия (блок оценка рисков), относящихся к «Отягчающим факторам» вы определили? *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) Разъезд (Сепарация);

b) Контакт с детьми;

c) Приемный ребенок, живущий в семье;

d) Насилие во время беременности

е) Экономический стресс

**Вопрос 5.** Какие медицинские документы заполняет медицинский работник выявивший случай насилия? *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту

b) Вкладной лист 12 к медицинской карте стационарного пациента (форма 001/у)

c) Карта медицинского осмотра при обращении в организацию здравоохранения, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

d) Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту

e) Индивидуальный план мероприятий

**Вопрос 6.** Оценка наличия насилия в отношении жертвы проводится совместно со специалистами компетентных органов (в городских поликлиниках): *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) социального работника

b) врача

c) психолога медицинской организации

d) работников органов внутренних дел

e) работников органов опеки и попечительства

**Вопрос 7.** В соответствии с алгоритмом в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в случае, если жертва совершеннолетняя и дееспособная:

a) органы внутренних дел (телефон 102);

b) органы опеки и попечительства;

c) Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав;

d) органы социальной защиты;

e) руководителю организации образования;

**Вопрос 8.** В соответствии с алгоритмом в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в случае, если жертва несовершеннолетняя и недееспособная): *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) органы внутренних дел (телефон 102);

b) органы опеки и попечительства;

c) Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав;

d) органы социальной защиты;

e) руководителю организации образования;

**Вопрос 9.** Врач выявивший случай насилия немедленно обязан сообщить: *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) Органам внутренних дел

b) Органам опеки и попечительства

c) Психологу

d) Руководителю медицинской организации

e) Социальному работнику

**Вопрос 10.** Какие варианты перенаправления необходимы в том случае, если женщине пострадавшей от насилия не куда идти после выписки из стационара? *(можно быть несколько вариантов ответа)*

a) Кризисный центр

b) Женский приют

c) Консультация социального работника

d) Консультация социального юриста

e) Консультации психолога

**Ключи к тестовым вопросам**

**к занятию 4 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | C | **6** | A, B, C, D, Е |
| **2** | C | **7** | A |
| **3** | A, B | **8** | A, B, C, D, Е |
| **4** | A, D | **9** | D, Е |
| **5** | A, B, C | **10** | A, B |

## **Задания к практическим занятиям к блоку 1 «Гендерное насилие»**

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилия».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №1 «Салтанат»**

**Условие:** Салтанат 23 лет проживает с супругом М. 28 лет. Салтанат и Максат имеют общих двоих детей – мальчика 4 лет и девочку 2 лет. Салтанат и ее супруг в браке уже 5 лет. В детстве Салтанат была свидетелем жестокого обращения ее отца с матерью, они часто ругались, но все равно жили вместе. У Салтанат и Маската нет собственного жилья, они арендуют квартиру. Максат работает разнорабочим на стройке. Он не смог получить среднее образование. Салтанат не работает, она вышла замуж после окончания школы. С тех пор была домохозяйкой. Она хотела работать хотя бы на пол дня, но муж не разрешил ей. В начале отношений Максат был внимательный и заботливый, но после рождения детей, он стал контролировать жену, когда она была вне дома. Он часто звонит ей на телефон, по приходу домой заставляет отчитываться за каждое опоздание. В последние 2 года отношения в семье ухудшились. Максат часто выпивает алкогольные напитки, кричит и устраивает скандалы по несерьезным причинам. Он часто говорил, что она без него не справиться, что она ничего не умеет. Несколько раз он кидал стулья, утюг и разные предметы, несколько раз попадал в Салтанат. Один раз Салтанат решилась уйти из дома, но Максат не позволил ей забрать детей, сказал, что отправит их к своим родителям в другую область, в аул, а Салтанат изобьёт и она детей больше не увидит. И Салтанат осталась.

Однажды он бросил стул и попал в Салтанат, после этого у нее были ссадины на теле и сильно болела голова.

После этого она пришла на прием к врачу, на вопрос врача откуда у нее синяки и ссадины, она сказала, что поскользнулась и упала с лестницы. Врач выписал ей НПВС в таблетках и гелях. Рекомендовал быть аккуратнее. Через 2 месяца Салтанат снова обратилась к врачу, с жалобами на боли в плече. Она сказала, что поскользнулась и упала. Врач отправил ее на рентген, и выявился перелом плечевой кости. Наложили гипсовую повязку и назначили НПВС.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Определите какие проблемы имеются в данном случае?
2. Имеется ли насилие? Какие виды и формы насилия имеют место в данном случае?
3. Какие факторы риска совершения насилия присутствуют у агрессора?
4. Какие факторы риска подверженности насилию вы выявили у Салтанат?
5. Как вы оцениваете поведение Салтанат? Как вы думаете, что мешает ей уйти от агрессора?
6. Как вы расцениваете поведение врача?

**2. Практическое задание №2**

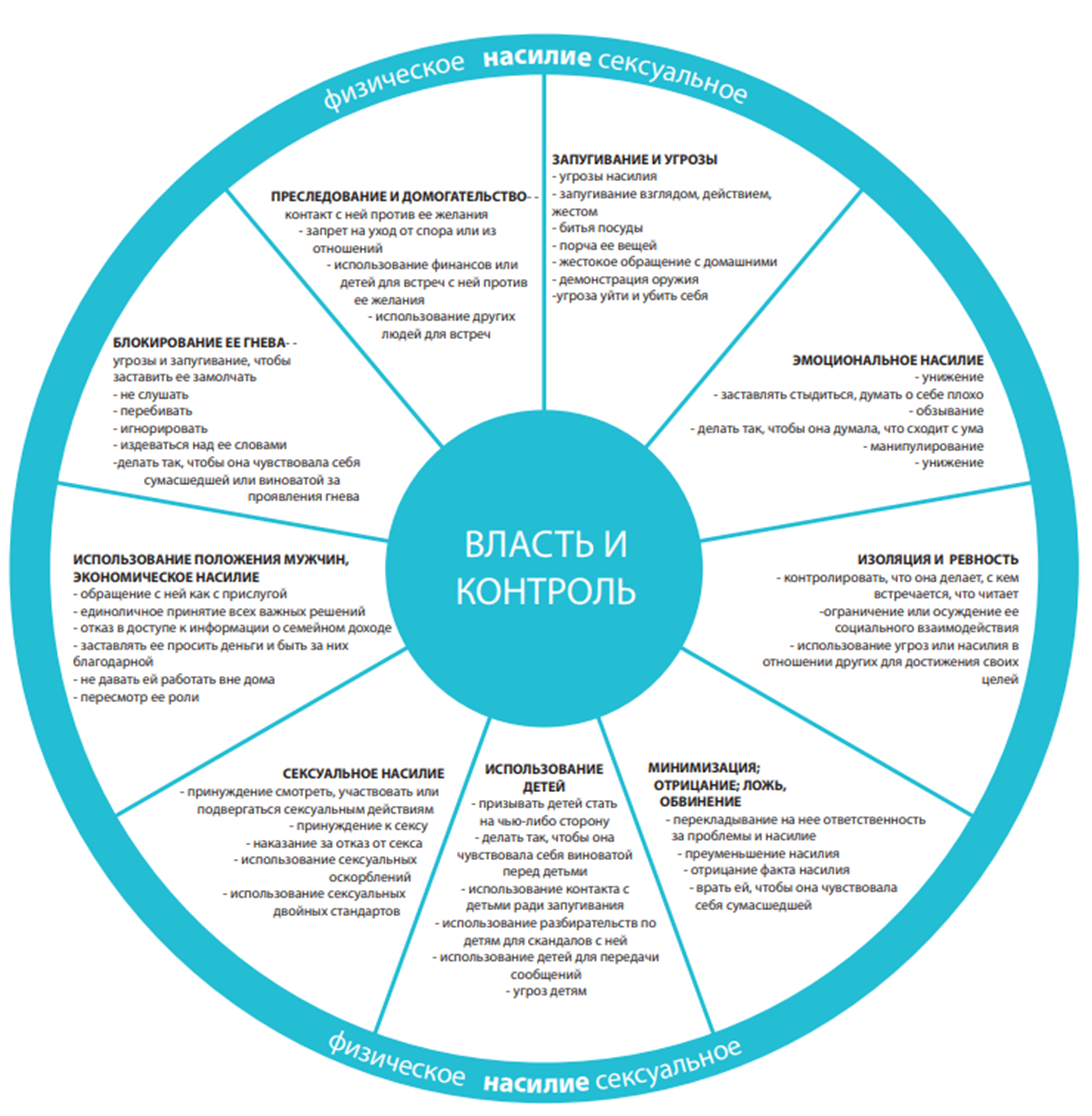
**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** упражнение с Колесом власти и контроля

**Выделенное время на задание**: 35-40 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся должны ознакомиться с содержимым секторов Колеса власти и контроля. На листе А4 изобразить круг с 8 пустыми секторами. Необходимо соотнести данные из Клинического случая №1 «Салтанат» к колесу власти и контроля, заполнить сектора в соответствии с случаем. На выполнение работы 20 минут. На обсуждение – 15 минут.

**Раздаточный материал к практическому заданию**



**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** таблица «Примеры гендерного насилия, зафиксированного в странах Восточной Европы и Центральной Азии»

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения примеров гендерного насилия, зафиксированного в странах Восточной Европы и Центральной Азии. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Раздаточный материал к практическому заданию**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Форма насилия** | **Определение** | **Примеры стран** |
| Похищение невесты и другие формы принудительных браков | Похищение невесты – это похищение женщины или девушки против ее воли путем обмана или силой, а также применение физического или психологического принуждения, чтобы заставить ее выйти замуж за одного из похитителей. Брак по принуждению – это союз двух лиц, из которых по крайней мере одно не дало свое полное и свободное согласие на брак | Казахстан, Кыргызстан, Турция |
| Ранний брак / брак с детьми | Брак с несовершеннолетними – это союз двух лиц, из которых по крайней мере одно моложе 18 лет | Наблюдается в большинстве стран региона |
| Выбор пола будущего ребенка в пользу мальчиков | Выбор пола будущего ребенка, который может происходить до установления беременности, во время беременности путем определения пола будущего ребенка и избирательных абортов или после рождения ребенка путем убийства младенцев или неисполнения родительских обязанностей по отношению к ребенку. | Албания, Армения, Азербайджан, Грузия |
| Дурное обращение и пытки при содержании под стражей | Насилие, совершаемое по отношению к женщинам, содержащимся под стражей (например, в камерах предварительного содержания, тюрьмах и центрах временного содержания нелегальных иммигрантов). Формы насилия по отношению к женщинам в условиях содержания под стражей включают: сексуальное насилие, в том числе, изнасилование; незаконное наблюдение во время приема душа или раздевания; обыск с полным раздеванием, проводимый мужчинами или в присутствии мужчин, а также вербальное сексуальное преследование или требования вступить в половую связь в обмен на привилегии, товары или вещи первой необходимости. Кроме того, сотрудники служб охраны правопорядка могут применять жестокое обращение, внесудебную казнь, пытки, изнасилование или сексуальное насилие при содержании женщин под стражей, чтобы заставить женщин выдать место пребывания их родственников мужского пола или «сознаться» в преступлениях. | Наблюдается во многих странах региона |
| Убийства во имя чести | Практика убийства женщин или девушек, подозреваемых в том, что они опорочили честь своей семьи недостойным поведением. Такое убийство может совершить брат, отец, дядя или другой родственник, который таким образом восстановит честь семьи. Убийства во имя чести совершаются в случаях изнасилования, супружеской неверности, заигрывания или в любых других случаях, которые считаются порочащими честь семьи. Тогда женщину убивает родственник-мужчина, чтобы восстановить честное имя семьи в обществе. Даже подозрение в нарушении правил поведения считается достаточно серьезным, чтобы запятнать честь мужчины или семьи, а поэтому этого достаточно, чтобы оправдать убийство женщины. Обычно мужчины, совершившие убийство, остаются безнаказанными или получают меньший срок | Албания, Турция |
| Сексуальные домогательства на рабочем месте | Преследование лица из-за ее или его пола как посредством нежелательных сексуальных домогательств, так и посредством других форм дискриминации по половому признаку, которые означают для жертвы преследования потерю доходов, психологические страдания и т.д. | Наблюдается во многих странах региона |
| Сексуальное насилие как средство ведения военных действий | Сексуальное насилие, используемое или поощряемое в качестве тактики ведения военных действий, умышленно нацеленное на гражданское население, или совершаемое в рамках широко распространенного или систематического нападения на гражданское население. | Наблюдается во многих странах региона |
| Самоубийства вследствие домашнего насилия, самоубийство, к которому подстрекают члены семьи | Самоубийства, совершаемые женщинами, чтобы избавиться от насилия и угнетения; иногда к самоубийствам подстрекают члены семьи, упрекая женщину в «несоответствующем» или «недостойном» поведении. В некоторых случаях зарегистрированные случаи самоубийства могут на самом деле прикрывать фактические убийства. | Наблюдается во многих странах региона |
| Торговля женщинами | Наем, перевозка, передача, укрывательство или прием женщины путем угроз или применения силы или других форм принуждения, захвата, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимым положением или совершения или приема платежей или выгод для получения согласия лица, контролирующего женщину, с целью эксплуатации. Эксплуатация включает, как минимум, эксплуатацию проституции других лиц или другие формы сексуальной эксплуатации, принудительный труд или обслуживание, рабство или практики, аналогичные рабству, порабощение или удаление органов | Наблюдается во многих странах региона |
| Насилие и преследование в отношении работниц секс- индустрии | Применение преследования или насилия: психологического, физического, сексуального или экономического против работниц секс-индустрии. Сексуальное насилие также может включать принуждение к половому акту без презерватива | Наблюдается во многих странах региона |

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №2 «Анна и Руслан»**

**Условие:** Анна и Руслан в браке 12 лет. Анне 30 лет. Руслану 32. У них есть трое общих детей. Анна вышла замуж сразу после окончания средней школы. В детстве Анна росла, наблюдая за скандалами между родителями, отец часто поднимал руку на маму Анны. У Руслана в семье также была неблагоприятная обстановка, он часто защищал мать от побоев отца. Со школьного возраста Руслан стал употреблять алкоголь, с тех пор зависимость усилилась. За 12 лет брака Руслан неоднократно поднимал на жену руку, постоянно обзывал ее непристойными словами. Анна решила развестись с мужем.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите факторы риска подверженности насилию, которые есть у Анны
2. Опишите факторы совершения насилия, которые есть у Руслана?

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №3 «Гульмира и Руслан»**

**Условие:** Врачу ВОП поступил вызов на дом. Причина вызова - плохое самочувствие пациентки. Врач ВОП посетил семью Гульмиры и Руслана. Дверь врачу открыл супруг Гульмиры, Руслан. Врач ВОП заметил, что Руслан был в нетрезвом состоянии.

Гульмира и Руслан в браке 7 лет. Гульмире 36 лет, она является инвалидом по зрению. Руслану 40, работает строителем.

Гульмира является инвалидом по зрению с детства.

При разговоре с пациенткой, врач выяснил, что Гульмира имеет проблемы с Артериальным давлением, при последнем измерении оно было повышено - 150/90 мм рт ст. Она отмечает нестабильное АД в течении 4х дней, максимальные цифры АД за эти дни - 160/90. Также она жалуется на головные боли. Свое состояние Гульмира связывает с эмоциональными переживаниями. Со слов Гульмиры, она не принимала свои препараты от давления уже 5 дней, т.к. препараты закончились, а самостоятельно сходить в поликлинику за рецептом она не могла, а Руслан был занят. Она признается, что очень зависит от своего супруга.

На вопрос Врача, почему Гульмира не вызвала скорую помощь или врача раньше, она призналась, что ни она, ни Руслан не могла найти ее телефон в квартире несколько дней.

Врач отметил, что в квартире не убрано.

При осмотре врач отметил на теле Гульмиры следы от ушибов, разных оттенков, от светло желтых, до сине-фиолетовых. Также на коже рук врач заметил несколько свежих ссадин, и синяки в виде кончиков пальцев. На вопрос врача о причине ушибов, Гульмира ответила, что часто натыкается на шкафы и другие предметы.

Врач спросил: «Нужна ли Вам какая-то помощь, кроме как рецепта на лекарственные препараты?»

Гульмира ответила: «Спасибо, доктор. Больше мне ничего не нужно».

Врач выписал рецепт на лекарства, предварительно снизив уровень АД приемом сублингвально каптоприла, и ушел.

**Вопросы для обсуждения:**

* + - 1. Опишите, имеются ли возможное насилие в данном случае? Попробуйте его классифицировать.
      2. Опишите возможные факторы, приведшие к насилию в данном случае?
      3. Почему Гульмира не призналась врачу?

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №4 «Римма»**

**Условие:** Врач ВОП обслуживает вызов на дом. Пациентка Римма 70 лет. Является пенсионеркой. Состоит на Д-учете по АГ и деформирующий артроз.

Повод вызова врача – повышение АД до 150/90 мм. Рт. ст. Со слов пациентки в течении трех дней она наблюдает нестабильное АД.

Врач заметил, что в квартире не убрано, грязно, нестиранное постельное белье, также неприятный запах. На кухне много пустых бутылок из-под алкоголя.

При осмотре пациентки – уровень АД -150/90 мм. Рт. ст. Пульс 80 уд/мин. Пониженного питания. Кожа бледная, тургор снижен. На грудной клетке и спине пациентки виднеются множество ссадин и кровоподтеков, различных оттенков от синего до зеленого. Со слов пациентки она часто падает, даже ходунки не спасают.

Пациентка Римма в основном находится в лежачем положении на кровати, иногда самостоятельно с помощью ходунков передвигается по квартире. Из дома пациентка не выходит, из-за больных суставов. Со слов пациентки она иногда забывает и пропускает прием антигипертензивных препаратов, а иногда препараты заканчиваются. Из-за этого она жалуется на головные боли, также отмечает слабость, головокружение, ухудшение памяти и потерю в весе на 5-7 кг за 3 месяца.

На вопрос Врача о питании, она признается, что плохо питается. Сын редко ходит за продуктами, а она самостоятельно сходить не может в магазин. Сын распоряжается ее пенсией, и на продукты до конца месяца не хватает. Сын не работает. Тратит много денег на алкоголь. Пациентка питается в основном кашами на воде, варит супы из кур, в основном ест гречку и рис, иногда несколько варенных яиц в неделю. При разговоре она плачет.

Врач спросил: Может ли кто-то из родственников помочь пациентке? Она ответила, что других родственников у нее нет, только сын. Сына одного она тоже оставить не может, «иначе он совсем пропадет». И она снова плачет.

Врач назначила антигипертензивные препараты, рекомендовала не пропускать прием препаратов. Также рекомендовала лучше питаться.

Врач назначила забор крови на дому медицинской сестрой для проведения анализов на анемию, дефицит витаминов, гормонов щитовидной железы и общего белка для оценки питания. Она также сказала, что сообщит социальному работнику, чтобы он навестил пациентку на дому. Врач попрощался и ушёл.

При выходе из подъезда, соседка пациентки рассказала врачу, что периодически слышит, как пьяный сын кричит на мать, и, по ее мнению, иногда на свою мать «поднимает руку».

**Вопросы для обсуждения:**

1. Определите какие проблемы имеются в данном случае?

2. Имеется ли насилие в данном случае? Какие виды и формы насилия имеют место в данном случае?

3. Какие факторы риска совершения насилия присутствуют у агрессора?

4. Как вы оцениваете поведение пациентки Риммы? Как вы думаете, что мешает ей уйти от сына?

5. Какие возможные последствия для здоровья могут быть для пациентки Риммы?

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №5 «Мая»**

**Условие:** Мая 19 лет, замужем уже 1,5 года. Ее мужу 25 лет. Ее родители выбрали для нее мужа с приличной работой и из хорошей семьи. Родители не спрашивали, хочет ли Мая выйти замуж сейчас. Она вышла замуж сразу после окончания школы. Ее мама тоже когда-то вышла замуж за ее отца, когда ей было 17 лет.

Она пришла на прием к ВОП с ребенком 5 месяцев. Врач в очередной раз предлагает вакцинировать ребенка, но Мая отказывается и пишет посменный отказ от вакцинации. Муж Маи категорически против вакцинации, он запретил прививать ребенка. Ей пришлось с ним согласиться. Также Мая на 4 месяце беременности. Она признается, что ей очень сложно справляться с 5 месячным ребенком, будучи беременной. Она хотела подождать со следующей беременностью, когда ребенку будет 3 года, как рекомендовал ей гинеколог, чтобы успеть восстановиться. Первую беременность Мая перенесла с осложнениями, у нее был сильный токсикоз, и тяжелая анемия. Но ее муж против контрацептивов, он запретил ей использовать противозачаточные таблетки и ВМС. В семье ее мужа было много детей, и он тоже хочет много детей. И так вышло, что она уже на 4 месяце беременности. У Маи по анализам выраженная анемия и токсикоз, она уже потеряла в весе 5 кг с началом беременности. Она жалуется на слабость, головокружения, тошноту.

Мая, ее муж и сын проживают с родителями мужа. У них большой дом, и есть хозяйство: куры, овцы. За домом и хозяйством следит Мая.

Врач назначает железосодержащие препараты, и рекомендует лучше питаться и больше отдыхать, на что Мая говорит, что это невозможно, когда у тебя 5 месячный ребенок и нужно следить за домом.

**Вопросы для обсуждения:**

Определите какие проблемы имеются в данном случае?

Имеется ли насилие? Какие виды и формы насилия имеют место в данном случае?

Какие факторы риска подверженности насилию вы выявили у Маи?

Какие последствия насилия могут быть в случае Маи?

**8. Практическое задание №8**

**Форма:** индивидуальная работа

**Инструмент:** опросник «Мифы или факты о гендерном насилии?»

**Выделенное время на задание**: 10 мин

**Задание практического задания:** Обучающимся раздается Опросник «Мифы или факты о гендерном насилии?». На ответы выдается 3-5 минут, с дальнейшим обсуждением ответов участников – 5 мин.

**Раздаточный материал к практическому заданию**

|  |  |
| --- | --- |
| **ОПРОСНИК**  **«МИФЫ ИЛИ ФАКТЫ О ГЕНДЕРНОМ НАСИЛИИ?»** | |
| Отметьте правильный на ваш взгляд ответ: «верно» или «неверно» | |
| ***1. Женщины позволяют интимным партнерам совершать в отношении себя сексуальное насилие. Если бы они действительно хотели, могли бы уйти от партнера-агрессора*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***2. Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| **3.** ***Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| **4.** ***Домашнему насилию подвергаются только личности определенного типа*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***5. Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.)*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| **6.** ***Гендерное насилие вызвано злоупотреблением веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и (или) наркотиками*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***7.******Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***8.******Домашнее насилие – это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Обращение мужчины с женой никого не касается*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***9. Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***10. Мужчина не может изнасиловать свою жену*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |
| ***11. В большинстве случаев гендерное насилие совершают посторонние люди*** | |
| ꙱ верно | ꙱ не верно |

**9. Практическое задание №9**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** Список мифов о гендерном насилии

**Выделенное время на задание**: 15 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения мифов. Обучающие пересматривают утверждения (Список мифов о гендерном насилии) в свете следующих вопросов:

1. Верно или неверно это утверждение?

2. Почему оно верно или неверно?

3. Откуда оно взялось?

4. Как это влияет на формы работы с пациентами в вашей повседневной деятельности?

На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Раздаточный материал к практическому заданию**

|  |  |
| --- | --- |
| **Список мифов о гендерном насилии** | |
| Миф 1 | Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора |
| Миф 2 | Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений |
| Миф 3 | Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу |
| Миф 4 | Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа |
| Миф 5 | Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.) |
| Миф 6 | Гендерное насилие вызвано злоупотреблением веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и (или) наркотиками |
| Миф 7 | Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи |
| Миф 8 | Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой |
| Миф 9 | Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования |
| Миф 10 | Мужчина не может изнасиловать свою жену |
| Миф 11 | В большинстве случаев виновники гендерного насилия - посторонние люди |

**10. Практическое задание №10**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание:** 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №6 «Мария»**

**Условие:** Мария, 37 лет, живет в пригороде. Она замужем, у нее двое детей; Мария живет с семьей с родителями мужа. Однажды Мария обратилась за медицинской помощью в травмпункт в больнице. У нее кровотечение из уха, несколько синяков на животе и ногах; когда врач спросила ее о причине травм, она ответила, что упала с лестницы. Из медицинской карты Марии видно, что за последнее время она несколько раз обращалась в больницу с необъяснимыми симптомами (хроническая боль в животе и инфекции мочевого пузыря); она также дважды обращалась по поводу экстренной контрацепции из-за нежелательной беременности. Врач обеспокоен здоровьем пациентки и считает, что эти симптомы могут быть последствием насилия со стороны интимного партнера. Он не знает, что делать, понимая, что Мария не желает говорить о причине этих проблем со здоровьем.

**Вопросы для обсуждения:**

1. В чем, на ваш взгляд, заключается роль врача при общении с такой пациенткой как Мария?

2. Перечислите несколько вариантов возможных действий врача.

3. Чего, на ваш взгляд, врач не должен делать?

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №1 «Сания»**

**Условие.** Сания, 34 года, живет в ауле. Она замужем, у нее двое дочерей; Сания с супругом и детьми живет с родителями мужа в большом доме. Однажды Сания обратилась за медицинской помощью в травмпункт в ближайшую районную больнице (ЦРБ). Она обратилась с жалобами на головную боль, а также на кровоточащую рану на голове.

Сания обратилась с целью прекратить кровотечение из раны на голове. Когда врач спросила ее о причине травм, она ответила, что поранилась, когда упала с лошади, так как периодически ездит верхом. Из медицинской карты Сании видно, что за последнее время она несколько раз обращалась в ЦРБ: 5 и 3 месяца назад обращалась с незначительными травмами кистей и травмой плеча, в причинах получения травм указаны - падения. Два раза лечилась стационарно, 1 год назад, когда была госпитализирована с самопроизвольным выкидышем на сроке 22 недели, в следствии падения и травмы живота. Подобное также происходило два года назад, тогда у Сании также был выкидыш на сроке 20 недель из-за травмы живота;

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите имеющиеся симптомы насилия в данном случае
2. Какие виды насилия могут присутствовать в данном случае?
3. Опишите возможные последствия насилия для Сании?

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №2 «Сания»**

**Условие:** Сания, 34 года, живет в ауле. Она замужем, у нее двое дочерей; Сания с супругом и детьми живет с родителями мужа в большом доме. Однажды Сания обратилась за медицинской помощью в травмпункт в ближайшую районную больнице (ЦРБ). Она обратилась с жалобами на головную боль, а также на кровоточащую рану на голове.

Сания обратилась с целью прекратить кровотечение из раны на голове. Когда врач спросила ее о причине травм, она ответила, что поранилась, когда упала с лошади, так как периодически ездит верхом. Из медицинской карты Сании видно, что за последнее время она несколько раз обращалась в ЦРБ: 5 и 3 месяца назад обращалась с незначительными травмами кистей и травмой плеча, в причинах получения травм указаны - падения. Два раза лечилась стационарно, 1 год назад, когда была госпитализирована с самопроизвольным выкидышем на сроке 22 недели, в следствии падения и травмы живота. Подобное также происходило два года назад, тогда у Сании также был выкидыш на сроке 20 недель из-за травмы живота.

Врач травматологического пункта заподозрил насилие в случае Сании. Он спросил: «Сания, Вам кто-то причинил вред?» Но Сания отрицала, и не изменила тему разговора.

Врач не знает, что делать, понимая, что Сания не желает говорить о причине этих проблем со здоровьем.

**Вопросы для обсуждения:**

* + - 1. В чем, на ваш взгляд, заключается роль врача при общении с такой пациенткой как Сания?
      2. Перечислите несколько вариантов возможных действий врача.
      3. Чего, на ваш взгляд, врач не должен делать??

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** ролевая игра с участием стандартизированного пациента

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. Среди участников определяются два «пациента, подвергшихся насилию» и два «медицинских работника», остальные участники выполняют роль наблюдателей. Участники знакомятся с условиями ситуационной задачи. На подготовку выделяется до 10 мин.

**Клинический случай №3 «Лаура»**

**Условие.** В ВОП обратилась пациентка Лаура. Она жалуется на боль в спине. Со слов пациентки она упала 2 дня назад. Она просит выписать ей обезболивающие препараты и направить к травматологу. Из данных мед. карты врач заметил, что пациентка обращалась с подобными жалобами уже дважды, 3 месяца назад и 1 месяц назад, в записи отмечено, что на спине были обнаружены гематомы и синяки.

При осмотре врач в этот раз также выявил на коже живота и спины гематомы, синяки разных оттенков – от синего до зеленого. На коже рук в области предплечий синяки, похожие на следы от пальцев. Врач подозревает возможное насилия в отношении пациентки.

**Задания для групп:**

1) ***Задание для выступающего участника №1*** - Провести опрос стандартизированного пациента №1, у которого подозревается насилие.

Сценарий для стандартизированного пациента №1

Врач опрашивает пациентку. Пациентка не хочет говорить о насилии. Отрицает насилие. Реплики:

- Доктор, почему вы задаете мне эти вопросы?

- Доктор, я же сказала вам, что я поскользнулась и упала, сильно ударилась. Со мной все хорошо. Мой муж меня любит, у нас все хорошо.

- Можно мне мой рецепт, мне нужно домой, я тороплюсь

- Вы только мне задаете такие вопросы?

2) ***Задание для выступающего участника №2*** - Провести опрос стандартизированного пациента №2, у которого подозревается насилие.

Сценарий для стандартизированного пациента №2

Врач опрашивает пациентку. Пациентка сначала отрицает насилие, потом начинает признавать факт насилия. Она разговаривает очень тихо.

- Доктор, со мной все хорошо. Я просто упала.

- Меня еще никто до Вас не спрашивал о таком…

- Мне сложно говорить об этом…Не знаю стоит ли говорить

- Мне стыдно о таком рассказывать…вдруг все узнают…

- Я боюсь, что мой муж узнает о нашем разговоре

- Иногда мой муж меня бьет…иногда сильно толкает…один раз он кинул в меня тяжелый предмет

- Он часто кричит на меня, обзывает разными словами.

- У нас дети…я хочу сохранить семью

- Мне нужно все обдумать доктор

3) ***Задание для наблюдателей***.

Оценить коммуникативные навыки медицинского работника по чек листу (Вкладка 1).

Так же отметить для себя, что сделал правильно и неправильно медицинский работник при консультировании лица пострадавшего от насилия (Вкладка 2).

**Раздаточный материал №1 к практическому заданию**

**Чек-лист оценки коммуникативных навыков**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Навыки** |  | **10**  **Эффективно, полностью, уместно** | **5**  **Формально, не полностью, неуместно** | **0**  **Не выполнено** |
| 1 | Приветствие и самопрезентация | Приветствовал пациента. Познакомился с пациентом, либо назвал его по имени в случае повторного приема. Представился как доктор, и предложил пациенту усаживаться; (устанавливает зрительный контакт на протяжении всего интервью) |  |  |  |
| 2 | Соблюдение дистанции | Соблюдал (принял) оптимальную дистанцию для пациента. Позаботился о комфорте пациента. Доктор может, не вставая с места, свободно дотянуться до пациента рукой. |  |  |  |
| 3 | Управление интервью | Задавал достаточное количество открытых вопросов, побуждая пациента говорить (сбор жалоб, анамнеза). Активно выявлял точку зрения пациента |  |  |  |
| 4 | Активное слушание (пауза) | Слушал внимательно, не перебивая пациента; соблюдал адекватные паузы в интервью при объяснениях для уточнения понимания пациентом |  |  |  |
| 5 | Активное слушание (резюмирование, поощрение) | Использовал технику «резюмирования», для более полного и точного понимания сказанного пациентом, произносил звуки «угу», кивал головой для поощрения пациента говорить дальше |  |  |  |
| 6 | Управление речью | Соблюдал соответствующие интонацию и темп речи при беседе с пациентом.  Выделял голосом главные моменты. |  |  |  |
| 7 | Применение  эмпатии | Проявил вербальный и невербальный компоненты эмпатии |  |  |  |
| 8 | Комментирование | Во время осмотра/манипуляций объяснил пациенту, что, как и зачем он будет делать, комментировал свои действия и предупреждал о неприятных ощущениях, боли и т.д., а также уместно использовал отвлекающие вопросы для «разрядки» обстановки. Озвучил результаты осмотра. |  |  |  |
| 9 | Информирование и планирование | Информировал пациента о состоянии его здоровья на доступном пациенту языке; обсудил диагноз, причины, ход событий, прогноз и осложнения. Избегал научных и медицинских терминов. При планировании принял во внимание точку зрения пациента. Использовал двустороннее обсуждение плана дальнейших действий (спросил мнение/ согласие пациента). |  |  |  |
| 10 | Сбор обратной связи и суммирование | Проверил, насколько хорошо пациент понял рекомендации врача и план дальнейших действий – попросил повторить некоторые рекомендации.  Суммировал результаты приема пациента.  Попрощался с пациентом. |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |  |

**Раздаточный материал №2 к практическому заданию**

**Техника активного слушания**

|  |  |
| --- | --- |
| **Что можно и чего нельзя делать при активном слушании** | |
| **Можно** | **Нельзя** |
| ***Ваши действия*** | |
| Будьте терпеливы и спокойны. | Не принуждайте женщину рассказывать о том, что произошло. |
| Дайте ей знать, что вы слушаете; например, кивайте головой или говорите «гм, да...» | Не посматривайте на часы и не говорите слишком быстро. Не отвечайте на телефонные звонки, не смотрите в экран компьютера и не пишите. |
| ***Ваше отношение*** | |
| Покажите, что вы понимаете, как чувствует себя женщина. | Не осуждайте женщину за то, что она сделала или не сделала, или за то, что она чувствует. Нельзя говорить: «Вам не стоит так думать», или «Вы должны радоваться, что остались в живых», или «Бедняжка». |
| Позвольте женщине рассказать, что случилось, в удобном для нее темпе. | Не торопите ее. |
| ***Ваши слова*** | |
| Дайте женщине возможность сказать то, что она хочет. Спросите: «Как мы можем помочь?» | Не думайте, что вы лучше знаете, что лучше для женщины. |
| Попросите женщину продолжать говорить, если она этого хочет. Спросите: «Может быть, вы хотите рассказать еще что-то?» | Не перебивайте. Прежде чем задавать вопросы, дождитесь, пока женщина закончит рассказ. |
| **Что можно и чего нельзя делать при активном слушании** | |
| **Можно** | **Нельзя** |
| Не бойтесь пауз. Дайте женщине время подумать. | Не пытайтесь закончить за женщину ее мысль. |
| В центре внимания должно быть то, что случилось с женщиной, и предложение ей помощи. | Не рассказывайте женщине о том, что случилось с кем-то еще, и не рассказывайте о собственных проблемах. |
| Покажите женщине, что вы знаете о том, чего она хочет, и что вы уважаете ее желания. | Не думайте и не действуйте так, будто вы должны решить за женщину ее проблемы. |

**Раздаточный материал: Консультирование**

**Примеры вводных вопросов:**

* “Я знаю по собственному опыту, что многие женщины страдают от жестокого обращения и насилия в быту. Есть ли у Вас какая-либо похожая проблема?”
* “Мы знаем, что многие женщины зачастую испытывают насилие и жестокое обращение в быту и что это подрывает их здоровье. Скажите, пожалуйста, подвергались ли Вы когда-либо насилию дома?”
* “Мы знаем, что насилие в отношении женщин – очень распространенная проблема. Около 30% женщин в стране подвергаются насилию со стороны своего партнера. Случалось ли с Вами подобное?”
* “Некоторые женщины считают, что заслуживают насилия, потому что не соответствуют ожиданиям партнера. Но вне зависимости от того, что человек сделал или не сделал, никто не заслуживает избиения. Вас когда-нибудь били или угрожали насилием за то, что Вы сделали или не сделали?”
* “Многие мои пациентки подвергаются насилию, поскольку они живут с агрессивными партнерами.Некоторые из них слишком боятся или стесняются, чтобы заговорить об этом. Вы когда-нибудь подвергались насилию со стороны партнера?”

**Примеры прямых вопросов:**

* *“*Меня беспокоит, что эти симптомы вызваны тем, что кто-то Вас ударил. Кто-то причиняет Вам боль?”
* “Наш опыт говорит о том, что такие травмы бывают у женщин, на которых напали. Кто-нибудь напал на Вас?”
* “Вас кто-то ударил? Кто это был? Это сделал Ваш партнер/муж?”
* “Скажите, Ваш партнер или бывший партнер бил Вас или близкого Вам человека когда-нибудь? Причинял ли он физическую боль?
* “Ваш партнер когда-нибудь принуждал Вас к сексу, когда Вы не хотели этого? Он когда-либо отказывался от безопасного секса?”
* “Ваш партнер часто унижает Вас, оскорбляет и обвиняет?”
* “Ваш партнер когда-либо пытался ограничить Вашу свободу или не позволял Вам делать то, что важно для Вас (например, посещать школу, работать, встречаться с друзьями и семьей)?”).

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №3 «Лаура»**

**Условие.** Врач ВОП посещает Пациентку Кристину, 16 лет. Кристина является инвалидом с детства. Страдает от ДЦП и сильно зависит от родственников. Кристина не может самостоятельно передвигаться, принимать пищу и проводить гигиенические процедуры. Проживает с мамой и бабушкой. Мама Кристины несколько раз была в нетрезвом состоянии при посещении их врачом, в данный момент она не работает. О Кристине в основном заботиться бабушка, но она в последнее время часто болеет. В момент, когда мама Кристины уходит в другую комнату, Кристина тихим голосом признается, что часто бывает голодной, т.к. не может самостоятельно принимать пищу, когда хочет этого. Но тут же оправдывает маму, говоря, что ее мама заботиться о ней как может, т.к. у нее также есть маленькие брат и сестра. И если бы она не была такой беспомощной и бесполезной, она бы сама помогала бы своей маме.

При осмотре у Кристины выявлены воспаленные пролежни.

Врач объясняет ее маме, что Кристина требует регулярных гигиенических процедур. Врач также говорит, что она уже давно не посещала реабилитационный центр. Кристина говорит, что раньше с ней ездила бабушка, но в последнее время из-за плохого самочувствия она не может ее сопровождать. Мама Кристины говорит, что у нее нет времени, чтобы собрать необходимые документы для госпитализации, т.к. у нее еще есть двое маленьких детей от другого брака, а уж тем более она не может сопровождать ее. А пособие по инвалидности уходит на продукты для всей семьи, на массаж и физиопроцедуры на дому денег не хватает. А в поликлинику Кристину никто привести не сможет, это слишком тяжело для женщины.

Врач рекомендует тщательнее следить за пролежнями, проводить профилактику их появления. Также говорит, что направит к ним социального работника для поиска решения их проблем.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите присутствует ли насилие в данном случае? Какие виды?

2.Почему Кристина не считает ее маму агрессором и оправдывает ее? Опишите свое мнение

3.Опишите возможные последствия насилия для Кристины.

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** ролевая игра с участием стандартизированного пациента

**Инструмент:** вопросы

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на две группы:

* 1. Группа, работающая над определением препятствий для пострадавших, в том числе лиц с инвалидностью
  2. Группа, работающая над определением препятствий для медицинских работников

В каждой рабочей группе определяются препятствия, мешающие обеспечить эффективное реагирование здравоохранения на гендерное насилие.

Группа, работающая над определением препятствий для пострадавших:

1. Какие препятствия, не позволяющие женщинам, пострадавшим от гендерного насилия, получить доступ к медицинскому обслуживанию и само обслуживание (препятствия для пострадавших)? Также отдельно указать, какие препятствия возникают у людей с инвалидностью? (можно воспользоваться как примером клиническим случаем Кристины)

2 . Что вы как медик можете сделать в своей повседневной работе, чтобы устранить эти препятствия? (2-3 варианта)

3. Какая помощь со стороны администрации вашего учреждения вам нужна, чтобы справиться с этими препятствиями?

Группа, работающая над определением препятствий для медицинских работников:

1 . Назовите препятствия, не позволяющие медицинским работникам оказывать эффективную помощь и обеспечивать лечение пациентов, подвергшихся гендерному насилию (препятствия для медицинских работников). Отдельно можно указать сложности в оказании помощи лицам с инвалидностью. (можно использовать как пример случай Кристины)

2 . Что вы как медицинский работник можете сделать в своей повседневной работе, чтобы устранить эти препятствия? (2-3 варианта)

3. Какая помощь со стороны администрации вашего учреждения вам нужна, чтобы справиться с этими препятствиями?

На обсуждение в группах отводится 20 минут. В каждой группе необходимо назначить одного докладчика, который представит всем участникам тренинга результаты обсуждения (максимум 5 минут на 1 группу

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** Колесо власти и контроля

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на две группы:

Одной группе раздается незаполненное колесо власти и контроля в контексте медицины. Другой группе раздается незаполненное колесо адвокации.

**Задание:**

Дайте возможность обеим группам заполнить оба колеса в соответствии с их знаниями (15 минут).

Группа с колесом власти и контроля должна рассмотреть, как реакция медицинского работника может привести к сотрудничеству с абьюзером, лишить лица, пострадавшего от насилия, прав и возможностей, помешать лицу, пострадавшему от насилия, обратиться за поддержкой и т.д. Группа должна привести примеры, чтобы заполнить пару сегментов колеса, например, передача информации без согласия, предложение поговорить с партнером/ членом семьи, совершившим насилие, и т.д.

Группа с колесом адвокации должна рассмотреть, как реакция медицинского работника может поддержать, помочь и дать возможность лицу, пострадавшему от насилия, обратиться за поддержкой. Группа должна привести примеры, чтобы заполнить пару сегментов колеса, например, выслушать и выразить признание проблемы, предложить перенаправление и т.д.

Каждая группа должна дать обратную связь по нескольким сегментам, прежде чем представить на пленарном обсуждении готовое колесо. Каждая группа должна назначить своего спикера, который представит остальным готовое колесо (по 5 минут на каждую презентацию).

В конце упражнения преподаватель может раздать участникам заполненные колеса.

**Раздаточный материал к практическому заданию №6**

**Для обучающихся:**

**Колесо власти и контроля в контексте медицины**



**Колесо адвокации**



**Для преподавателей:**

**Колесо власти и контроля в контексте медицины**



**Колесо адвокации**



### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий**,** фотографии

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. Каждой группе раздаются разные фото повреждений и карты тела. Группам необходимо описать процесс проведения медицинского осмотра и выявленные повреждения, используйте линейку для измерения повреждений.

**Клинический случай №1 «Пациентка 1»**

**Условие:**

На приеме у ВОП женщина. Со слов пациентки, она подверглась избиению своим сожителем два дня назад. Жалуется на головные боли, боли по всему телу, особенно на участках тела, которые пострадали от ударов рук и ног

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** ролевая игра

**Инструмент:** клинический сценарий, Карта сбора анамнеза (ВОЗ) и материал Алгоритм осмотра 12 шагов

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания**: Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. Среди участников определяются два «пациента, подвергшихся насилию» и два «медицинских работника», остальные участники выполняют роль наблюдателей. Участники знакомятся с условиями ситуационной задачи. На подготовку выделяется до 10 мин

**Клинический случай №2 «Пациентка 2»**

**Условие:** На приеме у ВОП женщина, она очень расстроена. Со слов пациентки, она хочет обследоваться на половые инфекции. Пришла к вам за направлением для сдачи анализов.

Врач заметил на теле у пациентки ссадины. Врач подозревает насилие.

**Задания для групп:**

На первом этапе проводится сбор анамнеза. Участник №1 использует сценарий. Далее проводится осмотр. Во время проведения осмотра роли участников могут поменяться, либо роли выполняют другие участники. Во время проведения осмотра важно отметить соблюдение последовательности проведения осмотра, отношение к пациентке, комментирование осмотра.

Сценарий для участника №1 (пациентка):

Пациентка очень расстроена, немного плачет, переживает, говорит тихо и с паузами.

Ответы на вопросы врача:

- Я ничем не болела до этого, в поликлинику обращалась редко.

- Аллергии нет.

- Никаких лекарств не принимаю.

- В детстве я прививалась как положено по календарю (все положенные вакцины в соответствии с национальным календарем вакцинации РК), но после 16 лет не делала никакие прививки.

- на ВИЧ я не проверялась.

- два дня назад (48 ч) я была на вечеринке у друзей, где познакомилась с молодым человеком, ночью, когда мы выпили много алкогольных напитков, этот человек начал приставать ко мне, и не смотря на мой отказ, он подверг меня сексуальному насилию.

- раньше такого со мной не происходило.

- я сопротивлялась, он сильно сдавил мое тело, несколько раз ударил в живот, удерживал руки.

- он совершил сексуальное насилие (проникновение во влагалище).

- презерватив он не использовал.

- после этого я была в ужасном состоянии, два дня я была дома, не выходила, я принимала душ несколько раз, но сегодня я заставила себя прийти к врачу, я боюсь, вдруг он мог меня заразить какими-нибудь болезнями.

- я не использую контрацепцию (ситуационно раньше пользовалась презервативом, но это было 3 месяца назад).

- последняя менструация была 15 дней назад.

- у меня не было беременностей до этого.

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий, фотографии, Медицинская карта случая насилия (ВОЗ)

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания**: Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. Каждой группе раздаются разные фото повреждений и карты тела. Необходимо задокументировать случай насилия

**Клинический случай №3 «Пациентка 3»**

**Условие:** На приеме у ВОП женщина. Со слов пациентки, она подверглась избиению своим сожителем два дня назад. Жалуется на головные боли, боли по всему телу, особенно на участках тела, которые пострадали от ударов рук и ног

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания**: Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая.

**Клинический случай №4 «Пациентка 4»**

**Условие:** На приеме у ВОП женщина, она очень расстроена. Со слов пациентки, она хочет обследоваться на половые инфекции. Пришла к вам за направлением для сдачи анализов. Врач заметил на теле у пациентки ссадины. Врач подозревает насилие

**Задания для групп:** Слушатели разбиваются на две подгруппы. Обсуждаются моменты собранного анамнеза с предыдущего занятия (тот же клинический случай), на основании анамнеза и описания повреждений, подгруппы должны составить план обследования пациентки, назначить лечение, составить план дальнейшего обследования). Далее подгруппы по очереди докладывают свои планы по пунктам.

Из анамнеза:

- Я ничем не болела до этого, в поликлинику обращалась редко.

- Аллергии нет.

- Никаких лекарств не принимаю.

- В детстве я прививалась как положено по календарю, но после 16 лет не делала никакие прививки.

- На ВИЧ я не проверялась.

- Два дня назад (48 ч) я была на вечеринке у друзей, где познакомилась с молодым человеком, ночью, когда мы выпили много алкогольных напитков, этот человек начал приставать ко мне, и не смотря на мой отказ, он изнасиловал меня.

- Раньше такого со мной не происходило.

- Я сопротивлялась, он сильно сдавил мое тело, несколько раз ударил в живот, удерживал руки.

- Он совершил сексуальное насилие (проникновение во влагалище).

- Презерватив он не использовал.

- После этого я была в ужасном состоянии, два дня я была дома, не выходила, я принимала душ несколько раз, но сегодня я заставила себя прийти к врачу, я боюсь, вдруг он мог меня заразить какими-нибудь болезнями.

- Я не использую контрацепцию.

- Последняя менструация была 15 дней назад.

- У меня не было беременностей до этого.

Пациентка очень расстроена, немного плачет, переживает, говорит тихо и с паузами.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий**,** Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая и заполнения «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия». На обсуждение выделяется 7-10 мин.

**Клинический случай №1 «Эмма»**

**Условия:** На приеме у ВОП пациентка Цветкова Эмма 40 лет, со своей дочерью 9 лет. Эмма является инвалидом по зрению, она незрячая. Эмма очень расстроена. Со слов пациентки, у нее сильно болит рука и она хочет сделать рентген правой руки, т.к. с ее слов, два дня назад она упала и сильно ударилась об дверь. Она говорит, что она часто падает. Пришла к вам за направлением на рентген.

Со слов Эммы она имеет двоих детей, девочку 9 лет и мальчика 5 лет. Ее муж Эрик не работает. Семья живет на пособие по инвалидности Эммы.

Врач при осмотре заметил различные ссадины на теле у пациентки, по цвету различной давности. Также на лице у Эммы имеются ссадины и синяки.

При анализе данных электронной карты Эммы, врач отметил, что за последние 2 года Эмма неоднократно обследовалась и лечилась от травм и переломов конечностей. Один раз Эмма была госпитализирована бригадой скорой помощи, и лечилась в отделение в травматологии. Тогда Эмма также утверждала, что упала. Также есть записи о нескольких случаев прерывания беременности.

Врач подозревает насилие, т.к. описанные повреждения не сходятся с словами пострадавшей, также данные анамнеза и медицинской истории Эммы указывают на возможные признаки насилия.

Врач задала несколько вопросов о возможном насилии в семье, на которые Эмма промолчала, но позже подтвердила факт насилия.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Обговорите алгоритм действий врача

2. Заполните сигнальный лист по данному случаю

**Раздаточный материал к практическому заданию №1**

**Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОТПРАВИТЕЛЬ:** | | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинская организация: | | | | Местность: | | | | Дата и время отправления: | | | № Отправления / сигнального листа: | | | |
| **ПОЛУЧАТЕЛЬ:** Социальный работник организации первичной медико-санитарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя, фамилия | | | | | | | | | | | | | | |
| **ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЖЕРТВЕ НАСИЛИЯ** | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя, фамилия | | | | | | | | Возраст | | | | Пол:  □Ж  □M | | |
| Aдрес: | | | | | | Контактный телефон: | | Место нахождения ребенка в момент подачи сигнала: | | | | | | |
| **ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЕ (ЛЯХ) / ОПЕКУНЕ (АХ)** | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Родитель;  □ Опекун | | Имя, фамилия | | | | | | | | | | | | |
| Aдрес: | | | | | | | | Контактный телефон: | | | | | | |
|  | **ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ / ПОДОЗРЕВАЕМОЙ СИТУАЦИИ НАСИЛИЯ** | | | | | | | | | | | | |  | |
| Дата, время | | Место происшествия: | | | | | | | | | | | | |
| Краткое описание наблюдаемой ситуации: | | | | | | | | | | | | | | |
| **ДАННЫЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ / ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАСИЛЬНИКЕ (АХ)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Отношение к предполагаемой жертве: □родитель  □родственник  □работник / специалист  □житель сообщества  □другой ребенок  □неизвестный | | | | | | | Доступ насильника к жертве:  □постоянный  □частичный / ситуативный  □не имеет доступа | | | | | | | |
| **ТИП СЛУЧАЯ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **НАСИЛИЕ** | | | | | | | **ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ** | | | | | | | |
| □ физическое | | | | | | | □ воспитательное | | | | | | | |
| □ сексуальное | | | | | | | □ в обеспечении безопасности | | | | | | | |
| □ психологическое | | | | | | | □ в кормлении | | | | | | | |
| □ экономическое | | | | | | | □ в обеспечении гигиены | | | | | | | |
|  | | | | | | | □ в одевании | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ИНДИКАТОРЫ / КРИТЕРИИ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИЗИЧЕСКИЕ** | | | | | | | **ПСИХО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ** | | | | | | | |
| □ переломы | | | □ синяки | | | | □ страх взрослых | | | □ побеги из дома | | | | |
| □ ожоги | | | □ порезы | | | | □ тревожность | | | □ сексуализированное поведение | | | | |
| □ энурез | | | □ заболевания передаваемые половым путем | | | | □ агрессия | | | □ попытки суицида | | | | |
| □ головная боль | | | □ травмы половых органов/ануса | | | | □ депрессия | | | □ отклоняющееся/ девиантное поведение | | | | |
| □ физическое недоразвитие | | | □ беременность | | | | □ неуспеваемость в школе | | | □ другие критерии | | | | |
| □ грязная одежда, несоотвествующая времени года | | | | | □ другие критерии | | | |  | | | |  |
| □ | | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| □ | | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Имя специалиста / работника, который заполнил сигнальный лист    Подпись Ф.И.О. | | | | | | | | | Имя социального работника, который получил и зарегистрировал сигнальный лист  №записи в журнале регистрации и учета сигналов о  случаях насилия или пренебрежения по отношению к ребенку  Подпись  /Ф.И.О./ | | | | |

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий**,** Таблица «Риски и меры безопасности»

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая и заполнения таблицы «Риски и меры безопасности».

**Клинический случай №2 «Елена»**

**Условия:** Елена и Алексей женаты уже 12 лет. Алексей работает менеджером по продажам, а Елена является домохозяйкой. У Елены есть ребенок от первого брака, и двое совместных с Алексеем детей. Алексей известен соседям тем, что напал на свою бывшую супругу. Алексей очень требовательный в ведении хозяйства, он считает, что Елена должна выполнять все домашнюю работу идеально, а также заниматься детьми, т.к. она домохозяйка. Впервые Алексей поднял руку на Елена, когда она была беременной, он ударил ее по лицу. После того случая он извинился, но с тех подобные инциденты повторялись несколько раз, однажды он пнул Елену, и сильно толкнул ее. Однажды он бросил ей в голову стеклянную бутылку.

Елена надеется, что, если она будет делать все так, как хочет Алексей, его поведение изменится, и он увидит, как она старается. Она часто оправдывает его и думает, что, если бы она вела себя лучше, Алексей не был бы так зол на нее. Но иногда она боится, что он не остановится и может быть способен на худшие поступки. Елена планирует уехать на некоторое время к своей подруге, т.к. она хотела бы побыть одной, но она боится реакции Алексея. У нее мало друзей и нет поддержки от родителей – они не одобряют ее отношения с Алексеем.

**Вопросы для обсуждения:**

Заполнить таблицу «Риски и меры безопасности»

**Раздаточный материал к практическому заданию №2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **История насилия** | **Формы и характер насилия** | **Факторы связанные с абьюзером** | **Восприятие риска пострадавшим лицом** | **Отягчающие факторы** |
| Видимые факторы |  | | | | |
| Обеспокоенность, выраженная в рамках профессиональных суждений |  | | | | |
| Действия по снижению рисков | Относительно пациентки | Относительно Абьюзера | | Относительно детей | |

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий**,** Таблица «Риски и меры безопасности»

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая и заполнения таблицы «Риски и меры безопасности»

**Клинический случай №3 «Салтанат»**

**Условия:** Салтанат 23 лет проживает с супругом М. 28 лет. Салтанат и Максат имеют общих двоих детей – мальчика 4 лет и девочку 2 лет. Салтанат и ее супруг в браке уже 5 лет. В детстве Салтанат была свидетелем жестокого обращения ее отца с матерью, они часто ругались, но все равно жили вместе.

У Салтанат и Маската нет собственного жилья, они арендуют квартиру. Максат работает разнорабочим на стройке. Он не смог получить среднее образование. Салтанат не работает, она вышла замуж после окончания школы. С тех пор была домохозяйкой. Она хотела работать хотя бы на пол дня, но муж не разрешил ей.

В начале отношений Максат был внимательный и заботливый, но после рождения детей, он стал контролировать жену, когда она была вне дома. Он часто звонит ей на телефон, по приходу домой заставляет отчитываться за каждое опоздание. В последние 3 года отношения в семье ухудшились, это началось во время второй беременности, когда Максат сильно толкнул Салтанат и она ударилась о стену. Максат часто стал выпивать алкогольные напитки, кричал и устраивал скандалы по несерьезным причинам, в основном связанные с ревностью. Он часто говорил, что она без него не справиться, что она ничего не умеет. Несколько раз он кидал стулья, утюг и разные предметы, несколько раз попадал в Салтанат. Один раз Салтанат решилась уйти из дома, но Максат не позволил ей забрать детей, сказал, что отправит их к своим родителям в другую область, в аул, а Салтанат изобьёт и она детей больше не увидит. И Салтанат осталась.

Однажды он бросил стул и попал в Салтанат, после этого у нее были ссадины на теле и сильно болела голова.

После этого она пришла на прием к врачу, на вопрос врача откуда у нее синяки и ссадины, она сказала, что поскользнулась и упала с лестницы. Врач выписал ей НПВС в таблетках и гелях. Рекомендовал быть аккуратнее. Через 2 месяца Салтанат снова обратилась к врачу, с жалобами на боли в плече. Она сказала, что поскользнулась и упала. Врач отправил ее на рентген, и выявился перелом плечевой кости. Наложили гипсовую повязку и назначили НПВС.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите виды и формы насилия в описанном случае
2. Опишите имеющиеся риски подверженности насилию у Салтанат
3. Опишите риски приверженности насилию у Максата
4. Опишите имеющиеся риски эскалации насилия в данном случае
5. Опишите необходимую тактику врача в данном случае
6. Как может Врач помочь Салтанат
7. Опишите возможные варианты перенаправления для Салтанат и ее детей

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** ролевая игра с участием стандартизированного пациента

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** В ролевой игре участвуют три персонажа: Динара (пострадавшая от гендерного насилия, обратившаяся за помощью), врач/медсестра, работающая в медицинском центре, остальные участники - наблюдатели.

Задача врача/медсестры - определить факторы риска и разработать минимальный план безопасности, осуществить перенаправление пациента

Наблюдатели будут следить за тем, как общаются между собой Динара и врачом/медсестрой и определит, что было сделано правильно, а что следует добавить или улучшить.

**Клинический случай №4 «Динара»**

**Условия:** Динара обратилась за медицинской помощью в медицинский центр в своем городе из-за хронических болей в желудке и проблем со сном. Врач отмечает несколько синяков на ее руках и шее. Динара сообщает, что муж неоднократно избивал ее, а иногда и детей.

Несколько раз он принуждал ее к половому акту. Он также словесно оскорбляет ее и угрожает убить, если она уйдет от него. Динара хочет уйти, но боится, что он сделает, если она уйдет от него. Вместе с мужем и детьми она живет у своих свекров. От родителей мужа она не ждет помощи - они регулярно оскорбляют ее и обвиняют в жестоком поведении мужа.

Динара спрашивает врача, что она может сделать для своей безопасности

**Вопросы для обсуждения:**

Вопросы для участника в роли лица, пострадавшего от насилия:

1. Как вы чувствовали себя в своей роли?

2. Было ли поведение врача/медсестры конструктивным?

3. Что врач/медсестра могли бы сделать по-другому?

Вопросы для участника в роли медицинского работника:

1. Как вы чувствовали себя в своей роли?

2. Что вам удалось хорошо?

3. Что было для вас самым сложным?

4. Что бы вы могли сделать иначе?

5. Что вам нужно предпринять в своей рабочей практике, чтобы оказать поддержку пациентам в планировании безопасности?

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

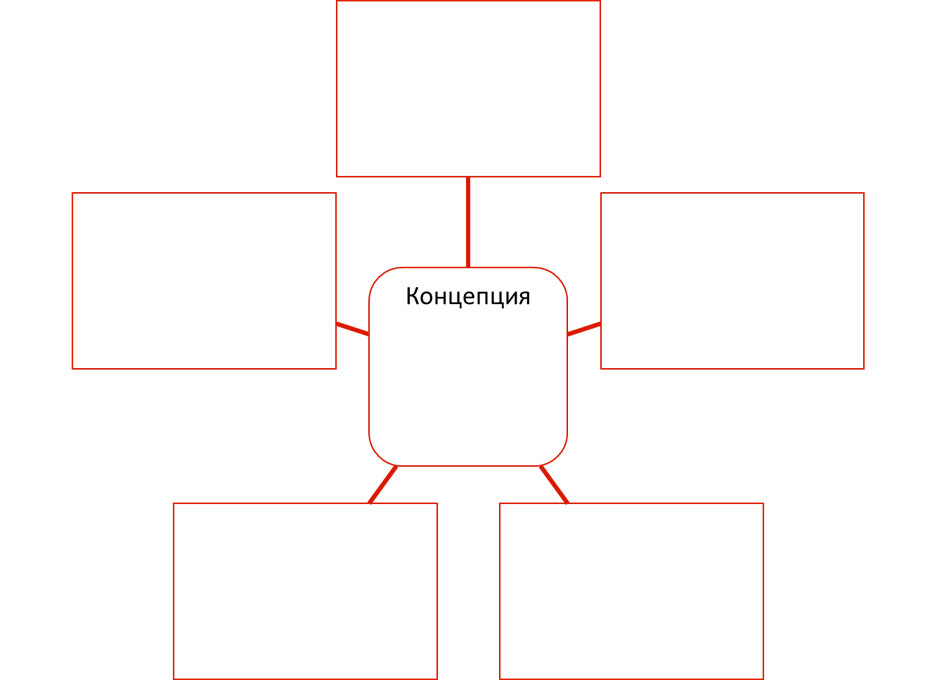
**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Участники делятся на небольшие группы по 3-5 человек. Каждая группа получит чистый лист бумаги, на котором каждая группа излагает видение возможного перенаправления пострадавшей от насилия женщины, и те услуги, которые может дать конечный пункт перенаправления.

**Раздаточный материал к практическому заданию №5**

**Таблица «Концептуальная карта - Перенаправление»**



# **Блок 2. Сексуальное насилие**

**БЛОК 2. СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ**

****

## **Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия» (гинекологический профиль)**

**Наименование дисциплины:**

* Консультирование по акушерско-гинекологическим вопросам/ Здоровье женщины (5 курс)
* Общая врачебная практика/ Амбулаторная гинекология (7 курс)

**Цель программы:**

Ознакомление с принципами оказания гинекологической помощи лицам, перенесшим гендерное насилие; системой перенаправления и межсекторального взаимодействия в решении проблем насилия

**Краткое описание программы:**

Программа, разработанная на основе руководящих принципов и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, включает следующую информацию:

* Международные и национальные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья
* Признаки гендерного (сексуального) насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью
* Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие (сексуальное насилие)
* Система реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия (сексуальное насилие)
* Постконтактная профилактика ИППП, ВИЧ
* Профилактика нежелательной беременности.

**План реализации программы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование темы/раздела/дисциплин | Объем в часах | | | | | Задание |
| **лекция** | **семинар** | **тренинг** | **другие виды обучения\*** | **СРС** |
| 1 | **Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие** **(сексуальное насилие).** Международные и национальные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья.  Виды гендерного насилия (сексуальное насилие). Насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие). Признаки гендерного (сексуального) насилия.  Рекомендации по оказанию услуг лицам, пережившим гендерное (сексуальное) насилие  Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного (сексуального) насилия. Принципы оказания первой помощи. Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного (сексуального) насилия. | 1 | 2 |  | 1 | 2 | Продемонстрировать навык оказания первой помощи лицам, пережившим насилие (ситуационные задачи) |
| 2 | **Профилактика нежелательной беременности.** Правила профилактики нежелательной беременности; Подходы к консультированию по вопросам экстренной контрацепции  **Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия.** Гонорея. Хламидиоз. Триномониаз. Сифилис. Гепатит В.  **Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия.** Алгоритм действий при использовании постконтактной профилактики ВИЧ. Подходы к консультированию при проведении постконтактной профилактики ВИЧ |  | 3 |  | 1 |  | Продемонстрировать навык проведения постконтактной профилактики нежелательной беременности, ИППП и ВИЧ (ситуационный анализ) |
| 3 | **Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью.** Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт. Этапы консультирования по вопросам прерывания беременности (доабортное консультирование; информированное согласие, прерывание нежелательной беременности; поста-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание). Процедура прерывания нежелательной беременности (медикаментозный аборт до 12 недель и вакуум аспирации содержимого полости матки) |  | 1 | - | 4 | - | Продемонстрировать навык консультирования во вопросам прерывания беременности (клинический случай) |
|  |  | **1** | **6** |  | 6 | **2** |  |
|  | **Всего:** | **15 часов** | | | | |  |

## **Учебный материал к занятиям блока 2 «Сексуальное насилие»**

### Занятие 1. Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 1 «Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)»**

**Цель занятия:** ознакомить с понятиями, видами и формами гендерного насилия, а также подходы к оказанию помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

международные и национальные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья;

виды и формы гендерного насилия;

основные факторы риска возникновения насилия;

мифы и факты о гендерном насилии;

правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия;

принципы оказания первой помощи;

алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия;

последующее наблюдение после случая сексуального насилия (2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия).

**уметь**

дать определение насилию, гендерному насилию;

определять вид или форму гендерного насилия (физического, сексуального, психологического насилия; и насилие со стороны партнера, насилие от лица, не являющегося партнером);

определять имеющиеся риски возникновения насилия (сексуального);

уметь опровергнуть мифы реальными фактами;

проводить беседы и осмотра пострадавшего от гендерного (сексуального) насилия;

применять основные принципы оказания первой помощи;

применять на практике алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного (сексуального) насилия;

проводить последующее наблюдение после случая сексуального насилия (2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия).

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

* + - 1. Международные и национальные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья
      2. Понятие «Гендерное насилие». Виды гендерного насилия (сексуальное насилие).
      3. Насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие).
      4. Мифы о гендерном насилии.
      5. Признаки гендерного насилия.
      6. Рекомендации по оказанию услуг лицам, пережившим гендерное насилие
      7. Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью по зрению и слуху
      8. Принципы оказания первой помощи при гендерном (сексуальном) насилии.
      9. Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия.
      10. Последующее наблюдение после случая сексуального насилия (2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия).

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 1 «Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)».**

**Международные и национальные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья**

На международном уровне насилие в отношении женщин уже на протяжении почти трех десятилетий признается серьезным и повсеместно распространенным фактором, негативно влияющим на жизнь и здоровье женщин, а также нарушением их прав, которые закреплены рядом законодательных актов [1]:

Международная хартия прав человека (Всеобщая декларация прав человека;

Международный пакт об экономических социальных и культурных правах и Международный пакт о гражданских и политических правах);

Всеобщая декларация прав человека (1948);

Конвенция о правах ребенка (1989);

Рекомендация ЮНЕСКО о воспитании в духе международного взаимопонимания, сотрудничества и мира, и воспитания в духе уважения прав человека и основных свобод (1974).

Казахстан подписал Пекинскую платформу действий (1995), ратифицировал Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин CEDAW (1998), и подписал Факультативный протокол CEDAW (2001).

**Репродуктивные права или «сексуальные и репродуктивные права»** – это права человека, признающие и обеспечивающие свободу человека в отношении деторождения и доступа к репродуктивному здоровью. Сексуальные и репродуктивные права включают в себя свободный доступ к целому ряду медицинских услуг, товаров и средств, которые обеспечивают полное осуществление прав на сексуальное и репродуктивное здоровье. Нарушение этих прав, как, например, при принятии решений о сексуальном и репродуктивном здоровье человека без его/ее информированного согласия, является сексуальным и гендерным насилием.

По различным причинам, в том числе биологическим, социальным, культурным и религиозным, нарушение сексуальных и репродуктивных прав в основном и несоразмерно сильнее затрагивает женщин и девочек. Вредные гендерные стереотипы, а также многочисленные и взаимопересекающиеся формы дискриминации и насилия по гендерному признаку приводят к нарушению прав женщин на сексуальное и репродуктивное здоровье. Более того, воспрепятствование полному осуществлению женщинами и девочками своих сексуальных и репродуктивных прав представляет собой гендерное насилие, поскольку это равносильно ограничению доступа к услугам, в которых нуждаются только женщины и девочки. С другой стороны, некоторые нарушения сексуальных и репродуктивных прав и здоровья представляют собой сексуальное насилие.

Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» РК**,** статьей 79 «Права граждан РК и семьи в сфере охраны репродуктивного права» регламентируется право на [2]:

свободный репродуктивный выбор;

получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи;

получение достоверной и полной информации о состоянии своего репродуктивного здоровья;

лечение бесплодия, в том числе с применением современных вспомогательных репродуктивных методов и технологий, разрешенных в РК;

предотвращение нежелательной беременности;

безопасное материнство;

донорство половых клеток, ткани репродуктивных органов;

использование и свободный выбор методов контрацепции;

хирургическую стерилизацию;

искусственное прерывание беременности;

защиту своих репродуктивных прав;

свободное принятие решения относительно количества детей и времени их рождения в браке или вне брака, интервалов между рождениями, необходимых для сохранения здоровья матери и ребенка;

хранение половых клеток, ткани репродуктивных органов, эмбрионов в порядке, установленном законодательством РК.

**Понятие «Гендерное насилие». Виды гендерного насилия (сексуальное насилие). Насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие)**

**Гендерное насилие** – это насилие, направленное против человека из-за его пола. Термин «гендерный» указывает на зависимость возникновения насилия от социально-приписываемых (гендерных) различий между мужчинами и женщинами [3]. Гендер относится к социальным нормам и ожиданиям, социально сконструированным ролям, поведению, деятельности и атрибутам, которые данное общество считает подходящими для женщин и мужчин, в то время как пол относится к биологическим различиям, таким как физиология, гормоны и т.д. [4].

Термин «насилие» включает в себя более широкий перечень вариантов нанесения вреда другому человеку, помимо физического насилия.

Комитет о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин определяет гендерное насилие как «**насилие, направленное против женщин из-за их половой принадлежности, или которое оказывает несоразмерное негативное влияние на женщин**». Сюда входят действия, причиняющие физический, психический или сексуальный вред или страдания, угрозы таких действий, принуждение и иные виды лишения свободы [5]. Термин «гендерное насилие» включает в себя различные виды насилия, такие как **«психологическое», «физическое», «сексуальное» и «экономическое»** насилие.

Насилие в отношении женщин — «любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни» [6].

Почему насилие в отношении женщин отличается от других видов насилия? У женщины, ставшей объектом насилия, могут быть свои потребности, отличающиеся от потребностей большинства остальных пациентов. В частности, у такой женщины могут существовать различные эмоциональные потребности, требующие внимания. Особую озабоченность может вызывать опасность, которой продолжает подвергаться женщина. Женщине нужна помощь, чтобы она чувствовала, что хоть как-то контролирует свою жизнь и способна принимать собственные решения [5].

Также можно отметить, что именно у женщин могут возникать особые последствия гендерного насилия, такие как нежелательная беременность, ввиду чего необходимы специальные услуги.

Столкнуться с гендерным насилием может любая женщина, не зависимо от ее социального и финансового благосостояния.

Закон РК «О профилактике бытового насилия» [7] дает нам определения трех видов насилия:

* **физическое насилие** - умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли.
* **психологическое насилие** - умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понуждение) к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития.
* **сексуальное насилие** - умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним.

Согласно Декларации ООН об искоренении насилия в отношении женщин [8], «Гендерное насилие» включает в себя:

• Физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в семье, включая избиение, сексуальное насилие над детьми женского пола в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование в браке, калечащие операции на женских половых органах и другие традиционные практики, вредные для женщин, несупружеское насилие и насилие, связанное с эксплуатацией

• Физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в обществе в целом, включая изнасилования, сексуальные надругательства, сексуальные домогательства и запугивания на работе, в учебных заведениях и в других местах, торговлю женщинами и принуждение к проституции

• Физическое, сексуальное и психологическое насилие, которое совершается государством или которому попустительствует государство, где бы оно ни происходило, также известное, как структурное насилие.

В последние десятилетия выделяется четвертый вид гендерного насилия – «**экономические или финансовое насилие**» со стороны партнера. Экономическое насилие - это форма насильственного контроля, когда у одного человека есть полная финансовая власть над другим, и он использует ее в своих интересах. Главная проблема экономического насилия заключается в том, что его трудно диагностировать. Женщины страдают от финансового насилия в три раза чаще, чем мужчины.

Наиболее важные и распространенные в мире формы гендерного насилия – это **насилие со стороны интимного партнера (домашнее насилие) и сексуальное насилие**.

**Таблица 18. Последствия для здоровья от гендерного насилия**

|  |  |
| --- | --- |
| **Физические последствия насилия** | **Сексуальные и репродуктивные последствия насилия:** |
| * травмы брюшной полости и грудной клетки; * синяки и рубцы; * хронические болевые синдромы; * потеря трудоспособности; * фибромиалгия; * переломы; * желудочно-кишечные расстройства; * синдром раздраженного кишечника; * рваные раны и ссадины; * ухудшение зрения; | * бесплодие; * воспалительные заболевания в области таза; * осложнения в период беременности/выкидыш; * сексуальная дисфункция; * болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД; * опасные аборты; * нежелательная беременность. |
| **Психологические и поведенческие последствия насилия:** | **Летальный исход, как последствие насилия:** |
| * злоупотребление алкоголем и наркотиками; * депрессия и тревога; * нарушение питания и сна; * чувство стыда и вины; * фобии и панические расстройства; * физическая апатия; * низкая самооценка; * посттравматический стресс; * психосоматические расстройства; * курение; * сунцидальное поведение и нанесение себе ущерба; * небезопасное сексуальное поведение. | * смертность в результате прогрессирования ИППП; * смертность при родах и во время беременности; * убийство; * самоубийство. |

Наиболее распространенной в мире формой насилия в отношении женщин является насилие со стороны мужа или интимного партнера мужского пола (физическое, сексуальное или психологическое) [1]. Домашнее насилие означает «все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими».

**Таблица 19. Типы домашнего насилия в отношении женщины:**

|  |  |
| --- | --- |
| Физический вред [9] | относится к любому действию, которое приводит к телесным повреждениям, боли или ухудшению состояния. |
| Психологическоенасилие [9] | относится к любым действиям, которые приводят к нарушению психологической целостности женщины. |
| Сексуальноенасилие [10] | Относится к действиям сексуального принуждения или контроля. Сюда могут относиться требования о совершении полового акта путем принуждения или совершение полового акта определенным образом, принуждение женщины к сексу с другими лицами, унизительное отношение к сексуальности женщины и/или настаивание на сексе без применения контрацепции.   * принуждение смотреть, участвовать или подвергаться сексуальным действиям; * принуждение к сексу; * наказание за отказ от секса; * использование сексуальных оскорблений; * использование сексуальных «двойных стандартов». |
| Принудительный[9] контроль | относится к любым действиям, которые приводят к зависимому и подчиненному положению женщины, что ведет к ущемлению ее прав и свободной воли. |

**Сексуальное насилие**

**Сексуальное насилие** - это «любой сексуальный акт, попытка его совершения или другие действия, направленные в отношении сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте. Оно включает изнасилование, определяемое как насильственное или иное принудительное проникновение внутрь вульвы или ануса с использованием пениса, других частей тела или предмета, попытку изнасилования, совершаемое против воли прикосновение сексуального характера или другие, бесконтактные формы» [11]. По данным обширного исследования, доля женщин, которые как минимум один раз на протяжении жизни подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером, оценивается на уровне 6% [11].

ВОЗ определяет «Сексуальное насилие» как любой сексуальный акт, попытка его совершения, нежелательные сексуальные комментарии или приставания или действия, направленные на торговлю людьми, или иным образом обращенные против сексуальности человека, совершаемые любым человеком, независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но не ограничиваясь ими [12]. Также можно отметить, что сексуальное насилие — это травмирующее жизненное событие, которое может иметь целый ряд негативных последствий для психического, физического, сексуального и репродуктивного здоровья женщины. Перенесшим эту форму насилия женщинам может требоваться интенсивный и иногда продолжительный курс лечения, в частности, в области психического здоровья [13].

Согласно определению ВОЗ (2002), сексуализированным насилием считаются любые действия сексуального характера, которые происходят без активного согласия человека и с помощью принуждения или применения к нему силы. При этом не имеет значения, какие взаимоотношения были у агрессора и лицо, пережившее гендерное насилие, и где это произошло.

К таким действиям относятся [14]:

*принуждение к аборту*. Принудительный аборт – это преступление, заключающееся в преднамеренном прерывании или организации прерывания беременности посредством любой процедуры без предварительного, полного, добровольного и информированного согласия беременной.

*сексуальное рабство*. Рабство представляет собой ситуацию, когда одно лицо владеет другим лицом. Сексуальное рабство – особая форма рабства, связанная с актами сексуального насилия и лишением сексуальной независимости жертвы. Сексуальное рабство также является международным преступлением и при наличии необходимых контекстуальных элементов может преследоваться как преступление против человечности, и как военное преступление, как в рамках международного, так и немеждународного вооруженного конфликта. Сексуальное рабство является также серьезным нарушением прав человека, и оно было признано таковым ООН, которая учредила мандат специальных процедур и механизмы для решения проблемы широко распространенного характера рабства, включая сексуальное рабство.

*сексуальные домогательства* (включая требования секса в обмен на работу);

*торговля людьми в целях принудительной проституции*. Торговля людьми, или «незаконная перевозка людей», означает «осуществляемые в целях эксплуатации вербовку, перевозку, передачу, укрывательство или получение людей [...]». Секс-торговля является одной из подкатегорий торговли людьми, когда люди продаются в целях сексуальной эксплуатации, в том числе для принуждения к проституции или сексуального рабства. Торговля людьми определяется как «осуществляемые в целях эксплуатации вербовка, перевозка, передача, укрывательство или получение людей путем угрозы применения силы или ее применения, или других форм принуждения, похищения, мошенничества, обмана, злоупотребления властью или уязвимостью положения, либо путем подкупа, в виде платежей или выгод для получения согласия лица, контролирующего другое лицо». В случаях торговли людьми вопрос о согласии жертвы не уместен. Женщины и девочки вместе составляют около 70% от общего числа жертв торговли людьми; среди этих жертв более четырех женщин из пяти и почти три девочки из четырех становятся жертвами торговли людьми в целях сексуальной эксплуатации. Торговля людьми и секс-торговля особенно распространены во время вооруженных конфликтов в связи с более высокой уязвимостью некоторых лиц, раздробленностью институтов правосудия и правоохранительных органов, а также перемещением населения.

*принудительная беременность*. Принудительная беременность – это акт принуждения женщины или девушки к беременности или, когда женщине, или девушке отказывают в возможности прервать беременность; принудительная стерилизация; принудительные браки; калечащие операции на женских половых органах тесты на девственность;

*принудительная контрацепция*. Контрацепцией называются меры, принимаемые для предотвращения беременности – либо необратимые (например, стерилизация), либо временные (с помощью обратимых методов, таких как: противозачаточные таблетки, имплантаты, инъекции, диафрагмы, внутриматочные средства и т.д.). Возможность самостоятельно решать, использовать или не использовать средства контрацепции, является сексуальным, репродуктивным и семейным правом, признанным в международном праве. Поэтому, принудительная контрацепция является нарушением прав человека, в связи с чем государство несет ответственность за предупреждение, наказание и реабилитацию в тех случаях, когда происходит данное нарушение.

*принудительное обнажение*. Под принудительным обнажением понимается акт принуждения другого человека к частичному или полному раздеванию, в том числе к выполнению различного рода движений в обнаженном виде. Это форма сексуального насилия, которая не требует физического контакта и обусловлена главным образом стремлением унизить жертв, заставить их чувствовать себя уязвимыми и оскорбить их достоинство. Принудительная нагота была признана несколькими судами и трибуналами, а также органами по правам человека как бесчеловечное и унижающее достоинство обращение, оскорбление личного достоинства, нарушение неприкосновенности личности, или форма «сексуальной пытки». В особенности это относится к тем случаям, когда принудительная нагота включала в себя элемент публичности, как, например, в случае, когда акт обнажения был совершен перед другими лицами, такими как сообщники преступника, члены семьи жертвы или незнакомые лица.

*принудительная или насильственная проституция*. Принудительная или насильственная проституция является одной из форм сексуального насилия и торговли людьми, которая может быть приравнена к «современному рабству». Это акт принуждения лица к совершению одного или нескольких действий сексуального характера с другим лицом с целью получения материальной или иной выгоды (например, в обмен на пищу, жилье, наркотики или иное) или под угрозой раскрытия личной информации или материалов, которые могли бы угрожать или очернить лицо, принуждаемое к занятию проституцией. Выгода, полученная в результате принуждения к занятию проституцией, не обязательно должна быть получена преступником; она может быть получена или предназначена для получения третьим лицом.

*принудительная стерилизация*. Насильственная стерилизация представляет собой акт необратимого лишения лица его репродуктивной способности без получения предварительного информированного и подлинного согласия, или, когда это не требуется или не оправдано медицинской необходимостью. Примеры включают принудительную стерилизацию лиц с психическими или физическими недостатками, ВИЧ-инфицированных, коренных и этнических меньшинств, транссексуалов и интерсексуалов, женщин-заключенных, правозащитников и неимущих женщин. Насильственная стерилизация несоразмерно сильнее и в основном затрагивает женщин и девочек.

*принудительные браки*. Принудительный брак заключается в том случае, когда, по крайней мере, одна из сторон не дала полного, свободного и подлинного согласия на этот юридический союз или не имеет возможности его расторгнуть, «в том числе в результате вынуждения или интенсивного социального, или семейного давления». Существует множество различных форм принудительного брака, включая брак, заключенный по принуждению партнера, родителей, семьи или общины. Принудительные браки также имеют место в тех случаях, когда внутреннее законодательство или практика позволяют или поощряют насильника вступать в брак с жертвами, чтобы избежать уголовного наказания, обычно с согласия их семей. Факторы, способствующие возникновению или увеличению риска принудительных браков включают в себя: бедность, неадекватные и вредные законы и/или обычные, традиционные, религиозные или племенные обычаи и правила, потребность в защите и безопасности, во многих случаях с идеей о том, что это «в наилучших интересах» девочки, в частности в районах, где девочки подвержены высокому риску домогательств и физических или сексуальных посягательств, а также в условиях конфликтов и чрезвычайных гуманитарных ситуаций; миграция; и так называемые достоинство и честь семьи, например, в случае изнасилования или внебрачной беременности; и отсутствие образования.

*калечащие операции на женских половых органах*. Калечащие операции на половых органах – это одна из форм ампутации или физического повреждения половых органов. Несмотря на то, что это в несоразмерно большей степени затрагивает женщин (калечащие операции на женских половых органах), от этого страдают также мужчины и мальчики (принудительное мужское обрезание).Эта процедура зачастую осуществляется на основе унаследованных от предков, дискриминационных, сексистских и патриархальных культурных норм, которые связывают подобную пагубную практику с такими понятиями женственности, как добродетель и чистота, или убежденностью в том, что такое увечье будет усиливать желание и способность к вступлению в брак. Эта практика не имеет медицинской необходимости и не приносит никакой пользы. Напротив, часто наносится непоправимый ущерб здоровью женщин и девочек, подвергающихся такой практике. В связи с его инвазивным характером и тяжелыми физическими и психическими долгосрочными последствиями, и представляет собой нарушение прав женщин и девочек равносильное жестокому обращению или пыткам. По мнению Генеральной Ассамблеи ООН, «калечащие операции на женских половых органах являются непоправимым, необратимым надругательством, которое отрицательно сказывается на правах человека женщин и девочек» и «вредной практикой, представляющей серьезную угрозу для здоровья женщин и девочек, в том числе их психологическому, сексуальному и репродуктивному здоровью».

*тесты на девственность*. Проверка на девственность направлена на определение того, является ли девушка или женщина девственницей. Она практикуется во многих странах, зачастую принудительно, в ряде контекстов, в том числе в местах содержания под стражей; в отношении женщин, заявляющих об изнасиловании; в отношении женщин, собирающихся вступить в брак; в отношении женщин, обвиняемых властями в проституции; и в рамках государственной или социальной политики, направленной на контроль за сексуальным поведением. Проверка на девственность равнозначна сексуальному и гендерному насилию и является нарушением прав женщин и девочек. Это унизительная и травмирующая практика, которая может оказать серьезное пагубное воздействие на физическое и психологическое здоровье женщин и девочек. Наиболее распространенной проверкой на девственность является так называемый «двухпальцевый тест». Этот тест до сих пор используется в различных странах для определения того, является ли женщина девственницей, в зависимости от наличия у нее девственной плевы, и ведет ли она активную половую жизнь, исходя из размера и эластичности ее влагалища. В соответствии с международным правом в области прав человека такое «вагинальное обследование пальцами» может быть приравнено к изнасилованию. В некоторых странах жертвы изнасилования проходят проверку на девственность, якобы для того, чтобы удостовериться в том, что изнасилование имело место. Затем результаты используются в суде, главным образом против жертвы и с целью подорвать доверие к ней на основании ее предполагаемого сексуального поведения. Действительно, согласно этой вредной и сексистской интерпретации, может считаться, что жертвы были согласны, если проверка на девственность якобы доказывает, что она была сексуально активной и «нечистой».

*принуждение к просмотру порно или других сексуальных действий*;

*бесконтактные формы*. Такие, как распространение интимных фотографий без согласия пострадавшей; скрытая съёмка, которую потом могут использовать как порнографию; непрошенный интимный контент, который присылают в соцсетях или дейтинговых приложениях.

**Мифы о гендерном насилии**

Часто распространенные стереотипы и ошибочные мнения «мифы» влияют на то, как общество реагирует на насилие.

Медицинские и социальные работники должны знать и распознавать разницу между существующими фактами и существующими мифами.

Распространенные мифы и факты о гендерном насилии:

Миф № 1: *Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора*. Факты: Женщина ни в коем случае не заслуживает насилия. Международное сообщество признало насилие в отношении женщин нарушением прав человека, которое не может быть оправдано и требует соответствующей реакции со стороны государства.

Миф № 2: *Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений*. Факты: «Любой человек может сорваться» – это обычное оправдание насилия со стороны интимного партнера.

Миф № 3: *Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу*. Факты: Большинство пострадавших от гендерного насилия, в особенности, со стороны интимного партнера, это женщины и девушки. Согласно мировой статистике, почти половина (47%) всех убитых женщин в 2012 году стали жертвами своих сексуальных партнеров или членов семьи. По данным, собранным в странах Евросоюза, 67% случаев физического насилия и 97% сексуального насилия в отношении женщин совершают мужчины.

Миф № 4: *Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа*. Факты: Гендерное насилие – это глобальная проблема, разросшаяся до масштабов пандемии. 35% женщин по всему миру хотя бы раз испытали физическое и/или сексуальное насилие со стороны своего интимного партнера или сексуальное насилие со стороны лиц, не являющихся их партнерами (ВОЗ, 2013). Хотя существуют факторы, которые могут увеличить риск гендерного насилия, домашнее насилие затрагивает всех женщин, независимо от их социально-экономического положения, уровня образования, этнической принадлежности, религиозной или сексуальной ориентации.

Миф № 5: *Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.).* Факты: Физическое насилие – это только одно из проявлений насилия. Международное право определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам».

Миф № 6: *Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи*. Факты: Любая женщина имеет право на безопасность, чувство собственного достоинства и жизнь без насилия. Каждая женщина, подвергшаяся гендерному насилию, имеет право самостоятельно решить, оставаться ли ей со своим партнером-агрессором или уйти от него. В любом случае она имеет право на получение помощи и защиты от государства. Аргумент в пользу того, что женщина должна сохранять отношения с агрессивным партнером, часто оправдывают благополучием детей. Однако давно установлено, что на безопасности и здоровье детей негативно сказывается то, что они подвергаются насилию или становятся свидетелями насилия в семье.

Миф № 7: *Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой*. Факты: Насилие в отношении женщины – это нарушение прав человека, происходит ли это в семье или в общественной жизни.

Миф № 8: *Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования*. Факты: Международные определения изнасилования и других форм сексуального насилия (ВОЗ 2013) акцентируют внимание на типах актов насилия, при этом не учитывается тип личности насильника или подвергшейся насилию женщины. Соответственно, любой мужчина, принуждающий женщину к половому акту против ее воли, совершает изнасилование, независимо от профессии женщины.

Миф № 9: *Мужчина не может изнасиловать свою жену*. Факты: Как упоминалось ранее, изнасилование определяется действием, а не насильственное сексуальное сношение является изнасилованием, независимо от того, являются ли жертва и насильник супругами или нет. Это утверждение также основано на определениях, данных в международном законодательстве в области прав человека, которое охватывает все формы физического, сексуального, психологического или экономического насилия в отношении женщин независимо от того, имеют ли они место в семье или вне ее.

Миф № 10: *В большинстве случаев виновники гендерного насилия - посторонние люди*. Факты: Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей. По оценкам 79% среди людей, погибших от рук своих интимных партнеров, составляют женщины.

**Признаки гендерного насилия**

Клиническим протоколом диагностики и лечения Министерства здравоохранения РК «Гендерное насилие» в качестве признаков сексуального насилия выделено [15]:

* наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д.;
* наличие повреждений в области наружных половых органов: кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
* наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
* наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны.
* симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стресса, нарушения сна; суицид или членовредительство;
* необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе, боли в области таза, сексуальные расстройства;
* нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе, множественные незапланированные беременности и (или) прерывание беременности, слишком позднее обращение по беременности;
* осложнения течения беременности и родов;
* необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие симптомы;
* неоднократные кровотечения из влагалища, прямой кишки и инфекции, передаваемые половым путем.

**Рекомендации по оказанию услуг лицам, пострадавшим от гендерного насилия**

По рекомендациям ВОЗ [16] - не следует использовать всеобщий скрининг для выявления насилия, имеет больший смысл опрашивать пациентов при наличии у них определенных признаков и клинических показаний– **использовать клинический скрининг.**

Женщинам, рассказавшим о любой форме насилия со стороны интимного партнера (или другого члена семьи) или сексуального нападения со стороны любого лица, необходимо предложить немедленную помощь. Как минимум, если женщина сообщила о насилии, медицинские работники должны предложить первичную помощь [16].

**Первичная помощь подразумевает следующее:**

* не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;
* оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;
* спросить женщину о насилии, внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем через переводчиков);
* помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;
* помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей;
* предоставить или обеспечить помощь социальных служб.

Медицинские работники должны обеспечить:

* проведение консультации без посторонних,
* конфиденциальность, причем необходимо рассказать женщинам о пределах конфиденциальности (например, если существует обязательное требование информировать соответствующие органы).

Если медицинские работники не в состоянии оказать первичную помощь, они должны немедленно найти кого-то, кто сможет это сделать (в своем медицинском учреждении или другом месте, куда легко добраться).

**Правила проведения беседы и осмотра пострадавшего от гендерного насилия** [15]

1. Представьтесь и кратко расскажите об услугах медицинской организации.

2. Попросите представиться пациента и его сопровождающих лиц.

3. При проведении опроса установите с жертвой насилия и его семьей доверительные отношения.

4. Относитесь к жертве насилия и его семье с доверием, внимательно, доброжелательно, демонстрируя готовность поддержки и оказания необходимой помощи.

5. Проявляйте дружелюбное отношение, эмпатическое (сочувствие) понимание, говорите спокойным тоном, не торопливо, смотрите в глаза пострадавшему (насколько это допустимо в обществе).

6. Активно слушайте пациента и сопровождающее его лицо.

7. Во время беседы помните:

* для установления контакта важно, как врач слушает;
* необходимо эмоционально поддерживать пострадавшего вовремя беседы;
* о свободной, расслабленной позе тела (это помогает пострадавшему начать говорить);
* не прерывайте без необходимости речь пострадавшего;
* уточняющие вопросы следует задавать лишь после того, как пострадавший закончит рассказ;
* врач сочувствием показывает, что признает тяжесть происшедшего.

8. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего.

9. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся, не осуждайте.

10. Наблюдайте за поведением пациента и сопровождающего его лица, анализируйте увиденное.

11. Сопоставляйте ответы, полученные при опросе с данными объективного осмотра и результатов наблюдения за поведением пациента и сопровождающего его лица.

12. Информируйте об обеспечении конфиденциальности информации.

13. Остерегайтесь задавать вопросы о насилии за шторами (особенно в медицинских организациях), где третье лицо может услышать разговор. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.

14. Дайте пациенту и сопровождающему его лицу возможность задать вопросы обо всем, что они посчитают важным и что им не понятно.

15. Решите уместно ли спрашивать пациента о подверженности насилию прямым текстом в присутствии сопровождающего его лица. Помните, что сопровождающее лицо само может быть лицом, совершающим насилие, вопросы о насилие могут поставить жертву в опасную ситуацию.

16. Не решайте за пострадавшего, что ему сейчас необходимо (он должен ощущать, что не потерял контроля над реальностью).

**Сбор анамнеза**

ВОЗ рекомендует составить полный общий анамнез с записью всех событий, которые помогут определить, какие типы вмешательства будут уместны. Анамнез должен содержать следующую информацию:

* период времени после нападения и тип нападения;
* риск беременности;
* риск заражения ВИЧ и другими ИППП – Здесь нужно собрать информацию о том, если шанс заразиться ИППП, информацию о
* состояние психического здоровья**.** Задайте общие вопросыво время сбора анамнеза о том, как женщина себя чувствует и какие эмоции испытывает:
* «Как вы себя чувствуете?»
* «Как изменилась ваша жизнь?»
* «Есть ли у вас какие-либо проблемы?»
* «Трудно ли вам справляться с трудностями в повседневной жизни?»

Если в ходе общей оценки вы выявили проблемы с настроением, мыслями или поведением женщины, женщина не может функционировать в повседневной жизни, и вы заметили признаки серьезного эмоционального потрясения, у нее могут быть более тяжелые психические расстройства. Тогда задайте специальные вопросы на предмет депрессии и постравматического стрессового расстройства.

**Указание на факты насилия с уточнением таких данных, как** [15]**:**

* когда впервые произошло насилие;
* кем совершено насилие;
* было ли оно повторным;
* уточнение данных насильника, отношение его к жертве;
* длительность совершения насилия;
* характер и вид сексуального контакта: вагинальный, анальный, оральный);
* последствия насилия, если оно совершалось длительно (беременность, роды, заражение ИППП, ВИЧ).

**Осмотр лица, пострадавшего от насилия**

Рекомендуется провести полное физикальное обследование (с головы до ног, включая гениталии)[16], соблюдая следующие общие принципы:

* Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациентке возможность задать вопросы.
* Спросите пациентку, хочет ли она, чтобы осмотр проводила женщина-врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
* Нельзя оставлять пациентку одну (например, когда она ожидает осмотра).
* Попросите ее полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
* Особенно тщательно осмотрите области, скрытые под одеждой и волосами.
* Если женщина подверглась сексуальному насилию, осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
* Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
* Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
* В течение всего осмотра информируйте пациентку о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
* Пациентки могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациентки контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.

Действия при осмотре женщин-жертв сексуального насилия должны включать:

полное описание случая, с приведением всех собранных свидетельств;

запись истории гинекологических заболеваний жертвы и применяемых ею контрацептивов;

стандартную запись результатов полного физического обследования;

оценку риска беременности;

проверку на наличие болезней, передаваемых половым путем, включая проверку на ВИЧ, и лечение этих болезней;

предоставление неотложной контрацепции;

консультирование по поводу аборта;

обеспечение психологической поддержки и направление к врачу- специалисту.

В соответствии с Клиническим протоколом диагностики и лечения «Гендерное насилие» важно[15]:

• описание объективного статуса должно включать в себя тип и количество повреждений, а также их расположение на теле человека;

• медицинским работником проводится полный медицинский осмотр («с головы до ног») с соблюдением общих принципов по Рекомендациям ВОЗ (2013);

• для сбора образцов доказательств для судмедэкспертизы и проведения фотосъемки (в случае разрешения лиц, перенесших насилие) приглашается специалист, имеющий квалификацию в области судебной медицины.

**Общие принципы медицинского осмотра (с головы до ног) согласно рекомендациям ВОЗ:**

* Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациенту возможность задать вопросы.
* Спросите пациента, хочет ли он/она, чтобы осмотр проводила женщина – врач (в особенности это касается случаев сексуального насилия).
* Нельзя оставлять пациента одного (например, когда она ожидает осмотра, особенно, если существует подозрения о членовредительстве или присутствует подобный риск.
* Попросите пациента полностью раздеться и надеть больничный халат. Так можно увидеть скрытые повреждения.
* Особенно тщательно осмотрите области, скрытые под одеждой и волосами.
* Осматривать необходимо все тело, а не только гениталии и область живота.
* Осматривайте как серьезные, так и незначительные повреждения.
* Одновременно необходимо обращать внимание и на эмоциональные и психологические симптомы.
* В течение всего осмотра информируйте пациента о ваших действиях и спрашивайте ее разрешения.
* Всегда говорите пациенту, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Покажите ваши инструменты, объясните их предназначение.
* Пациенты могут отказаться от всей процедуры осмотра или от некоторых ее составляющих, и следует уважать их решение. Возможность пациента контролировать в определенной степени процедуру осмотра является важным элементом исцеления.

**Осмотр лица с инвалидностью**

Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность по слуху, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать **сурдопереводчика** [15].

Для осмотра жертв насилия, имеющихинвалидность по зрению, необходимо установить полноценные коммуникации: в течение всего осмотра информируйте пациентку о всех ваших действиях шаг за шагом и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Если вам требуется использовать какой-либо инструмент, скажите об этом пациентке, объясните предназначение этого инструмента, при необходимости можно дать потрогать этот инструмент сначала пациентке, и затем только его использовать, если пациентка даст на это согласие. Уважайте выбор пациента. Среди инвалидов с детства по зрению, особенно тех, кто живет в сельской местности, многие не имеют школьного образования. Поэтому ваша речь должная быть достаточно простой и понятной, не перегружайте ее медицинскими терминами. У людей с инвалидностью по зрению, приобретенной в результате травм, болезней, отмечается резкое снижение самооценки, наблюдаются сложности в адаптации к ситуации незрячести, поэтому не оставляйте пациентку одну в комнате; если вам нужно провести пациентку в другое помещение, то объясните, как вы будите идти, какие препятствия могут быть на пути, предложите свою помощь в сопровождении. На протяжении всего осмотра обеспечьте для пациента «безопасное» пространство, чтобы избежать дополнительной травматизации пациента при движении.

Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность также для установления полноценных коммуникаций, медицинским работникам необходимо привлекать **и психолога,** который поможет найти подходы для получения более полной информации при опросе этих пациентов [15].

При этом во избежание недоверия, необходимо объяснить пациенту, что будет сохранена полная конфиденциальность, которая оформляется документально. И за ее нарушение эти лица понесут ответственность в соответствии с законодательством РК.

**Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов** [15]

Физическое обследование лиц, перенесших насилие должно проводиться следующим поэтапным образом (каждый шаг – это пронумерованный список действий относится к пронумерованным частям тела)

Шаг 1 - Обратите внимание на общий внешний вид и поведение лиц, перенесших насилие. Начните осмотр с рук пациента; это успокоит пациента. Определите уровень жизненно важных показателей: пульс, артериальное давление, частота дыхания и температура. Проверьте обе стороны обеих рук на наличие травм. Понаблюдайте за запястьями в поисках следов лигатуры.

Шаг 2 - Осмотрите предплечья на предмет защитных повреждений; эти повреждения возникают, когда пациентка поднимает конечность, чтобы отбить силу, направленную на уязвимые участки тела. К защитным травмам относятся ушибы, ссадины, рваные раны или надрезы. Следует отметить любые места внутривенной пункции.

Шаг 3 - Внутренние поверхности предплечий и/или подмышечной впадины должны быть тщательно обследованы на наличие признаков ушиба. Жертвы, удерживаемые руками, часто демонстрируют кровоподтеки кончиков пальцев на предплечьях. Аналогично, когда одежда была снята, иногда можно увидеть красные линейные петехиальные синяки

Шаг 4 - Осмотрите лицо. Поищите в носу признаки кровотечения. Пальпация краев челюсти и орбиты может выявить болезненность, указывающую на кровоподтек. Ротовую полость следует тщательно осмотреть, проверяя на наличие синяков, ссадин и разрывов слизистой оболочки щеки. Петехии на твердом / мягком небе могут указывать на проникновение. Проверьте, нет ли порванной уздечки и сломанных зубов.

Шаг 5 -Осмотрите уши, не забывая об области за ушами, для доказательства теневых ушибов.

Шаг 6 – Пальпация волосистой части головы может выявить болезненность и припухлость, наводящие на мысль о гематомах. Возможно обнаружение выпадения волос из-за выдергивания волос во время насильственных действий

Шаг 7 - Осмотр шеи: возможны синяки на шее, кровоподтеки, следы от укусов

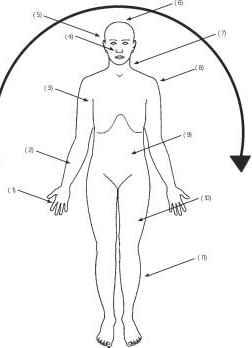
Шаг 8 – Грудь и туловище: осмотр начинать со спины, плечи следует осматривать отдельно, затем каждую грудь осмотреть по очереди

Шаг 9 - В положении лиц, переживших гендерное насилие лежа провести осмотр брюшной стенки на наличие синяков, ссадин, рваных ран. Брюшная пальпация проводится для диагностики внутренней травм органов брюшной полости, беременности

Шаг 10 - В положении лежа проводится осмотр ног: каждая нога осматривается отдельно, по очереди, начиная с передней части, затем внутренние поверхности бедер, колени, лодыжки, подошвы. Возможно обнаружение кровоподтеков на внутренней поверхности бедер, часто симметричных, ушибов кончика пальцев, ссадины или рваных ран, наличие признаков ограничения движения с помощью лигатур

Шаг 11 - Осмотр задней части ног, ягодиц проводится в положении стоя или лежа.

Шаг 12 - Наличие каких-либо татуировок должно быть задокументировано в протоколе осмотра вместе с кратким описанием их размера и формы. Кроме того, следует отметить очевидные физические деформации.



**Рисунок 13 - Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов**

**Существующая методика оценки (индикаторы)**

**Таблица 20 – Индикаторы оценки сексуального насилия**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Сексуальное насилие** |
| 1 | Изнасилование, то есть половое сношение с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшей или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшей (половой акт, мануальный, оральный, генитальный, анальный секс (включая инцест), взаимная мастурбация, или другие телесные контакты с половыми органами, введение предметов в половые органы) |
| 2 | Совершение развратных действий без применения насилия в отношении лица, заведомо не достигшего  Четырнадцатилетнего возраста (сексуальная эксплуатация ребенка для порнографических целей или вовлечение в проституцию, демонстрация эротических или порнографических материалов с целью сексуальной стимуляции, совершение полового акта в присутствии ребенка, демонстрация обнаженных гениталий, груди или ягодиц ребенку(эксгибиционизм), подглядывание за  ребенком во время совершения им интимных процедур(вуайеризм), а также принуждение ребенка к раздеванию и другие действия) |
| 3 | Понуждение лица к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или совершению иных действий сексуального характера |

**Принципы оказания первой помощи**

Первая помощь подразумевает пять простых действий. Она одновременно направлена на удовлетворение эмоциональных и практических потребностей. Буквы в слове «LIVES» (с англ. «жизни») помогут вам запомнить эти пять действий, чтобы защитить жизнь женщины:

**L** ВЫСЛУШАЙТЕ - внимательно выслушайте женщину, сопереживайте ей, не осуждайте.

**I** СПРОСИТЕ О ПОТРЕБНОСТЯХ И ПРОБЛЕМАХ - оцените и отреагируйте на различные потребности женщины – эмоциональные, физические, социальные и практические (например, уход за ребенком)

**V** ПОДТВЕРДИТЕ- покажите женщине, что вы ее понимаете и верите ей. Заверьте женщину, что она ни в чем не виновата.

**E** ОБЕСПЕЧЬТЕ ЗАЩИТУ - обсудите, как женщина сможет защитить себя, если насилие повторится.

**S** ОКАЖИТЕ ПОДДЕРЖКУ - окажите женщине поддержку: помогите ей найти нужную информацию, обратиться за необходимыми услугами и социальной помощью.

Если женщина пришла к вам **в течение пяти дней** после изнасилования, медицинская помощь будет включать шесть шагов в дополнение к шагам по методике LIVES в рамках первой помощи [17]:

Во-первых, *слушайте, задавайте вопросы, подтверждайте важность услышанного*. Затем:

* Запишите историю болезни и проведите осмотр.
* Обеспечьте лечение любых физических повреждений.
* Обеспечьте экстренную контрацепцию.
* Проведите профилактику инфекций, передаваемых половым путем (ИППП).
* Проведите профилактику ВИЧ.
* План оказания помощи себе.

Затем обеспечьте безопасность и организуйте поддержку.

Медицинская организация обеспечивает:

* предоставление комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия согласно действующему клиническому протоколу;
* алгоритм ведения случая согласно действующему клиническому протоколу.

Медицинский работник обеспечивает лицу, определенному как жертва насилия [15]

• медицинскую помощь (обследование и лечение);

• эмоциональную поддержку;

• тщательное документирование случая;

• информирование/отчеты;

• направление в другие службы (по потребности пациента).

Медицинское обследование является важной частью помощи жертве-насилия и проводится в следующих целях:

* выявление физических повреждений, которые требуют медицинской помощи;
* выявление последствий изнасилования: беременность, ИППП;
* сбор доказательств, если таковые имеются, для возможного возбуждения уголовного дела.

**Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия**

* 1. При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации обязаны в течение 1 часа:
* передать сведения органам внутренних дел (Телефон 102);
* передать информацию территориальным органам опеки и попечительства и другим компетентным органам (в случаях, когда жертвой является несовершеннолетнее или/и недееспособное лицо);
* оказать медицинскую помощь в соответствии с клиническими протоколами.
  1. При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, и медицинскую помощь в детских дошкольных организациях, школах, домах ребенка обязаны дополнительно передать информацию в территориальную поликлинику (ПМСП) (в течение 24 часов).

**Действия персонала медицинской организации при выявлении/подозрении насилия в отношении пациента:**

* немедленно с момента выявления признаков насилия в отношении пациента работник медицинской организации, выявивший случай, сообщает руководителю медицинской организации и социальному работнику медицинской организации о выявленном случае;
* в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в:

органы внутренних дел (телефон 102); органы опеки и попечительства;

Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав; органы социальной защиты;

руководителю организации образования;

организации ПМСП, если случай выявлен в стационаре или бригадой скорой и неотложной помощи на вызове.

Затем в течение дня направляет письменную информацию о выявленном случае насилия в указанные органы;

* в течение 1 часа с момента получения информации о выявлении признаков насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации организует проведение медицинской оценки состояния жертвы, подвергшейся насилию, с фиксацией данных оценки в первичной медицинской документации.

**Работником медицинской организации, выявившим/заподозрившим случай насилия в отношении пациента:**

* заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/ подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» согласно Приложению 4 к настоящему Алгоритму;
* проводится регистрация случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту» согласно Приложению 5 к настоящему Алгоритму;
* в течение 24 часов передается «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» социальному работнику территориальной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.
  1. При отказе законных представителей несовершеннолетнего/ недееспособного лица от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, руководитель медицинской организации обращается в орган опеки и попечительства и (или) в суд для защиты их интересов.

Оценка наличия насилия в отношении проводится по критериям согласно методике, указанной в Приложении 6 с заполнением «Акта об угрозе здоровью, жизни и безопасности граждан и мерах его защиты».

Оценка наличия насилия в отношении жертвы проводится совместно со специалистами компетентных органов:

* + социального работника, врача, психолога медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в медицинских организациях, имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;
  + врача, работников органов внутренних дел, органов опеки и попечительства и органов социальной занятости и защиты населения – в медицинских организациях, не имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;
  + психолога, медицинской сестры, врача школы/детского сада, социального работника медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в организациях образования.
  1. В случаях выявления случая насилия в отношении граждан в выходные, праздничные дни первичную оценку наличия насилия осуществляет специалист, который выявил данный случай.
  2. В случае подтверждения факта насилия в отношение пациента формируется Команда по сопровождению случая в составе социального работника, психолога, врача (далее – Команда). Роль менеджера (руководителя) случая возлагается на социального работника.
  3. В случаях подтверждения факта насилия проводится оценка степени опасности для пациента нахождения совместно с насильником согласно приложению 8 к настоящему Алгоритму.

При определении опасности для пациента нахождения совместно с насильником разрабатывается план обеспечения безопасности.

7) В случаях не подтверждения факта насилия в отношение лица:

* + когда проблемы пациента/семьи, которые носят другой характер, данный случай сопровождается как социальный случай;
  + когда проблемы ребенка/семьи отсутствуют, то сигнал закрывается;
  + принятые решения документируются в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия или пренебрежения по отношению к гражданам».

Командой проводится оценка потребностей пациента, пострадавшего от насилия и составляется «Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении пациента».

**Последующее наблюдение после случая сексуального насилия**

**Таблица 21. Повторные визиты планируют спустя 2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия [17]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 2 недели** | | |
| Травма | Проверьте, хорошо ли заживают травмы. |  |
| ИППП | Удостоверьтесь, что женщина приняла полный курс любых назначенных ей лекарств. |  |
| Проверьте соблюдение женщиной схемы ПКП, если женщине она назначена. |  |
| Обсудите результаты тестов. |  |
| Беременность | Проведите тест на беременность, если имел место такой риск. Если женщина беременна, расскажите ей о возможных вариантах. Если законом разрешены аборты, направьте ее для проведения безопасного аборта. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Повторный визит через 2 недели | | |
| Психическое здоровье | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание.  Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. |  |
| При наличии каких-либо проблем запланируйте мероприятия по оказанию психосоциальной помощи и управлению стрессом, например применение техники последовательного расслабления или медленного дыхания. |  |
| Планирование | Напомните женщине, что она должна снова прийти на прием через 1 и 6 месяцев для повторной вакцинации от гепатита В и через 3 и 6 месяцев для тестирования на ВИЧ или, например, для последующего наблюдения у лечащего врача. |  |
| Попросите женщину снова прийти на прием для повторного осмотра при появлении или усугублении эмоциональных или физических симптомов стресса или при отсутствии какого-либо улучшения спустя 1 месяц после события. |  |
| Назначьте следующий плановый визит через 1 месяц после эпизода насилия. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Повторный визит через 1 месяц | | |
| ИППП | При необходимости проведите вторую вакцинацию от гепатита В. Напомните ей о следующей вакцинации через 6 месяцев. |  |
| Психическое здоровье | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. |  |
| Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Спросите, чувствует ли она себя лучше. Если появились новые проблемы или состояние не улучшилось, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом. |  |
| Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства см. депрессивные растр-ва. Или по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалистам-медикам, которые хорошо разбираются в проблеме сексуального насилия. |  |
| Планирование | Назначьте следующий плановый визит через 3 месяца после эпизода насилия. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 3 месяца** | | |
| ИППП | Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование. Убедитесь, что в клинике предлагают консультации до и после тестирования на ВИЧ, и направьте женщину для профилактики и лечения ВИЧ. |  |
| Психическое здоровье | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. |  |
| Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Если появились новые проблемы или состояние не улучшилось, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом. |  |
| Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства, о первичной помощи. Или по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалистам-медикам, которые хорошо разбираются в проблеме сексуального насилия. |  |
| Планирование | Назначьте следующий визит через 6 месяцев после эпизода насилия. А также напомните женщине при необходимости о вакцинации против гепатита В через 6 месяцев. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 6 месяцев** | | |
| ИППП | Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование, если это не было сделано раньше. Убедитесь, что в клинике предлагают консультации до и после тестирования на ВИЧ, и направьте женщину для профилактики и лечения ВИЧ. |  |
| Психическое здоровье | Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. |  |
| Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Если появились новые проблемы или не разрешились прежние, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом. |  |
| Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства, по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалисту-медику, который хорошо разбирается в проблеме сексуального насилия. Более подробную информацию и информацию о дополнительных мерах реагирования см. в депрессивные расстройства |  |

**Литература:**

1. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Violence Against Women Prevalence Estimates, World Health Organization, 2018

Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК

1. Межведомственное ведение дел по гендерному насилию, 2017, опубликовано Руководящим Комитетом GBVIMS, Ссылка: <https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2017/04/Interagency-GBV-Case-Management-Guidelines_Final_2017.pdf>.
2. Конвенция Совета Европы о предупреждении и пресечении насилия в отношении женщин и насилия в семье, Ссылка: <https://rm.coe.int/168008482e>.
3. ВОЗ, ООН Женщины, ЮНФПА. Медицинская помощь женщинам, подвергшимся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию. Клиническое руководство. Женева: ВОЗ, 2014. (WHO/RHR/14.26)
4. ВОЗ. Декларация по искоренению насилия в отношении женщин, ссылка: <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml>
5. Закон РК «О профилактике бытового насилия» от 4 декабря 2009 года №214-IV

Декларация по искоренению насилия в отношении женщин, ВОЗ. 1993. ссылка: https://www.un.org/ru/documents/decl\_conv/declarations/violence.shtml

1. Предоставление сектором здравоохранения скоординированных отраслевых услуг лицам, пострадавшим от сексуального и гендерного насилия – Ресурс по развитию потенциала для Центральной Азии, 2022 г.

Алгоритм для работников системы здравоохранения по оказанию социальной помощи в случаях гендерного насилия: Методические рекомендации / Примбетова Ш.А., Терликбаева А.М.// Нур-Султан: 2021 г. – 127 с.

Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия, 2014 г.

World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002

Responding to Children and Adolescents Who have been sexually abused, WHO Recommendations, 2017 https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550147

Сексуальное и гендерное насилие. Глоссарий А-Я. Международная федерация за права человека. FIDH.org. Ссылка: <https://www.fidh.org/IMG/pdf/atoz_a_rus.pdf>

Клинический протокол Министерства здравоохранения РК «Гендерное насилие», одобрено Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг, от 23 декабря 2021 года, протокол №154

Меры реагирования в случаях насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин: Клинические и стратегические рекомендации ВОЗ, 2013.

Медицинское обслуживание женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию. Практическое пособие. ВОЗ 2014.

### Занятие 2. Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»**

**Цель занятия:** ознакомить с подходами консультирования по вопросам постконтактной профилактики нежелательной беременности, инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ, пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятие «Экстренная контрацепция»;

подходы к консультированию по вопросам экстренной контрацепции, дозы препаратов для экстренной контрацепции, правила применения и возможные побочные эффекты;

наиболее распространенные ИППП, группы лекарственных препаратов для профилактики их передачи лицу, пережившему гендерное насилие;

правила постконтактной профилактики ВИЧ инфекции).

**уметь**

подбирать препараты для профилактики нежелательной беременности;

проводить консультирование женщин о возможных рисках ИППП, нежелательной беременности, ВИЧ;

проводить профилактику ИППП;

проводить профилактику ВИЧ.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться:**

1. Понятие «Экстренная контрацепция».
2. Подходы к консультированию по вопросам экстренной контрацепции, дозы препаратов для экстренной контрацепции, правила применения и возможные побочные эффекты
3. Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Гонорея. Хламидиоз. Триномониаз. Сифилис. Гепатит В.
4. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия. Алгоритм действий при использовании постконтактной профилактики ВИЧ. Подходы к консультированию при проведении постконтактной профилактики ВИЧ.
   * + 1. .

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия».**

**Понятие «Экстренная контрацепция»**

ВОЗ рекомендует женщинам, обратившимся за медицинской помощью не позднее чем через 5 дней после перенесенного сексуального насилия, следует предлагать средства экстренной контрацепции. По возможности такие средства следует применять в максимально короткий срок после акта сексуального насилия в целях достижения наибольшей эффективности [1].

**Экстренная контрацепция** (emergency contraception) - метод предотвращения нежелательной [беременности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), который применяется для предотвращения наступления нежелательной беременности, которая может наступить в случае, если:

был случайный незащищенный половой акт;

произошло изнасилование;

при наличии сомнений в целости использованного презерватива, при смещении диафрагмы или экспульсии внутриматочной контрацепции.

**Виды экстренной контрацепции**

* таблетки, содержащие прогестин (левоноргестрел);
* Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие эстроген + прогестин (левоноргестрел, норгестрел или норэтиндрон) Метод Юзпе;
* Внутриматочный контрацептив;
* Средство, содержащее улипристал;
* Мифепристон.

Для экстренной контрацепции нежелательной беременности лица, подвергшего сексуальное насилие, согласно рекомендациям ВОЗ используются следующие препараты: Таблетки, содержащие прогестин, метод Юзпе или средство, содержащее улипристал.

В зависимости от фазы менструального цикла, когда применяется данный метод контрацепции, экстренная контрацепция оказывает различное действие:

* замедляет или предотвращает выход яйцеклетки;
* предупреждает оплодотворение.

Экстренная контрацепция может предупреждать беременность в 95% и более случаев при ее использовании в течение пяти дней после полового акта.

Эффективность метода экстренной контрацепции Юзпе составляет от 56% до 86%, в зависимости от своевременности использования после незащищенного полового акта, в среднем составляет до 75%. Индекс Перля составляет 1-4, в зависимости от дня менструального цикла. Этот метод наиболее эффективен при использовании в течение 72 часов и менее эффективен при использовании через 72–120 часов после незащищенного полового акта.

Было обнаружено, что однократное и дробное дозирование одинаково эффективно предотвращает нежелательную беременность, даже при дополнительных актах незащищенного полового акта.

Однако именно, однократный прием 1,5 мг левоноргестрела рекомендуется как метод выбора.

Таблетки экстренной контрацепции (ТЭК):

* обеспечивают надежное предохранение от нежелательной беременности в случае, если принимаются в течении 5 дней после полового акта;
* после приема данных таблеток можно плавно перейти на другой метод контрацепции;
* данные препараты не прерывают уже имеющуюся беременность.

*Таблетки для экстренной контрацепции* - это безопасный и эффективный метод контрацепции, который можно использовать даже тем женщинам, которым противопоказаны гормональные методы контрацепции. Это обусловлено непродолжительным противозачаточным эффектом.

Препараты, используемые для экстренной контрацепции, не наносят вреда будущей фертильности. После приема ТЭК не происходит задержки с восстановлением фертильности.

**Таблица 22. Правила приема таблеток экстренной контрацепции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Состав** | **Торговое название** | **Режим приема** |
| Левоноргестрел  (1табл – 0,75 мг): | Постинор | в течение 72 часов принять 1 таблетку и через 12 часов принять еще 1 таблетку. |
| Левононоргестрел (1 табл – 1,5 мг) | Эскапель | принять 1 таблетку в первые 72 часа |
| Этинилэстрадиол(30мкг)+ Левоноргестрел (0,15мг)  или  Этинилэстрадиол(30мкг)+ норгестрел(0,3мг) | КОК | Принять 4 таблетки в первые 72 часа и затем через 12 часов еще 4 таблетки |
| Улипристал ацетат | Эсми | 30 мг внутрь однократно |

При применении таблеток экстренной контрацепции, возможно возникновение побочных эффектов таких как рвота и тошнота. Меньше риск возникновения данных побочных эффектов при приеме таблеток, содержащих левоноргестрел.

Если все же рвота началась в течении 2-3-х часов после приема одной из доз препаратов экстренной контрацепции, то ее нужно повторить.

Если женщина обращается за помощью по истечении допустимого для применения средств экстренной контрацепции срока (5 суток), если экстренная контрацепция не дала желаемого результата или если в результате сексуального насилия наступила беременность, женщине следует предложить безопасные средства прерывания беременности в соответствии с национальным законодательством (ВОЗ).

**Критерии приемлимости методов контрацепции в зависимости от состояния (ВОЗ)** [2].

Категория 1 - Состояние, при котором нет ограничений для использования метода. Использование метола без ограничений. Ограничения клинического наблюдения отсутствуют.

Категория 2 - Состояние, при котором польза от использования метода обычно превышает теоретический риск. В целом возможно использовать метод. Ограничения клинического наблюдения отсутствуют.

Категория 3 - Состояние, при котором теоретический или доказанный риск обычно превышает пользу от использования метода. Использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более подходящие методы недоступны или неприемлемы. Ограничения клинического наблюдения – не использовать метод

Категория 4 - Состояние, при котором применение контрацепции создаст недопустимый риск для здоровья. Метод не может быть использован. Ограничения клинического наблюдения – не использовать метод

**Сексуальное насилие** - это состояние которое относится к 1 категории. То есть, в случае изнасилования **никаких** ограничений для использования таблеток экстренной контрацепции **нет.**

1. **Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Гонорея.** **Хламидиоз. Триномониаз. Сифилис. Гепатит В**

ВОЗ рекомендует лицам, перенесшим сексуальное насилие, следует предоставлять профилактическое/пробное лечение на случай заражения ИППП, включая хламидиоз, гонорею, трихомониаз и сифилис, в зависимости от распространенности этих заболеваний. При выборе препаратов и режимов рекомендуется полагаться на национальные руководства [1].

**Инфекции, передаваемые половым путем**

* Каждый день в мире происходит более 1 миллиона случаев заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), большинство из которых протекают бессимптомно (ВОЗ, 2023).
* Согласно оценкам, каждый год происходит 374 миллиона новых случаев заражения одной из четырех излечимых ИППП – хламидиозом, гонореей, сифилисом или трихомониазом (ВОЗ, 2023).
* ИППП напрямую сказываются на сексуальном и репродуктивном здоровье, приводят к стигматизации, бесплодию, онкологическим заболеваниям и осложнениям в период беременности, а также повышают риск ВИЧ-инфекции (ВОЗ, 2023).

|  |  |
| --- | --- |
| Факты и цифры [3] | |
| 30 | видов и бактерий, вирусов и паразитов передаются при половом контакте |
| 8 | из них вызывают наиболее часто встречающиеся инфекции, передаваемые половым путем |
| 4 | из этих 8 инфекций: сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз – сегодня поддаются лечению |
| 4 | Инфекции гепатит В, вирус простого герпеса. ВИЧ, вирус паппиломы человека являются вирусными и неизлечимымы |

ИППП в основном передаются при половой контакте, в том числе вагинальном, анальном, орально. Часть инфекций передается с компонентами крови, некоторые из инфекций (сифилис, гепатит В, ВИЧ) передаются вертикальным путем, то есть от матери плоду во время беременности.

**Гонококковая инфекция**

***Гонококковая инфекция*** - инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (Neisseria gonorrhoeae) - грамотрицательными диплококками, представляющими собой бобовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии.

Пути передачи: половой при генитогенитальных, аногенитальных, орогенитальных, оро-анальных контактах; вертикальный – интранатальный.

***Клиническая картина*** гонореи обусловлена развитием воспалительного процесса слизистой оболочки урогенитального тракта. Наиболее часто инфекция локализуется в очаге первичного заражения, но также может наблюдаться восходящий процесс, приводящий к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза, орхоэпидидимита или бактериемии.

**Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные *симптомы*:**

* **гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;**
* **зуд, жжение в области наружных половых органов, вульвы, наружного отверстия уретры;**
* **болезненность во время половых контактов (диспареуния);**
* **зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);**
* **дискомфорт или боль в области нижней части живота.**

Бессимптомное течение заболевание встречается у женщин до 50% случаев. Инфекции прямой кишки и глотки протекают бессимптомно в большинстве случаев [4].

**Таблица 23. Классификация гонококковой инфекции**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По течению | По остроте процесса | **По тяжести течения:** |
| * свежая; * хроническая; * латентная | * острая; * подострая; * торпидная. | * неосложненная; * осложненная. |

***Физикальное обследование женщины на выявление гонококковой инфекции*:**

* **гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или гнойные уретральные выделения;**
* **гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;**
* **отечность, гиперемия и эрозии слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала;**
* **гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез;**
* **гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;**
* **болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез при пальпации;**
* **наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.**

**Антибактериальная терапия** при гонококковой инфекции заключается в применении группы препаратов Цефалоспорины, Аминогликозиды, с длительность курса от 10 до 14 дней

**Урогенитальный хламидиоз**

***Урогенитальный хламидиоз*** [4]– инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является Chlamydia trachomatis.

* различают: неосложненную (в случае развития уретрита и/или цервицита у женщин);
* осложненную (когда диагностируют воспалительные заболевания органов малого таза у женщин)

***Клинические проявления урогенитального хламидиоза достаточно широки: от отсутствия специфических симптомов до развития манифестных форм заболевания***

С клинической точки зрения, урогенитальная хламидийная инфекция подразделяется на:

* неосложненную (в случае развития уретрита и/или цервицита у женщин);
* осложненную (когда диагностируют воспалительные заболевания органов малого таза у женщин).

Пути передачи: половой при генитогенитальных, аногенитальных, орогенитальных, оро-анальных контактах; вертикальный - интранатальный. Реже встречается контактно-бытовой (в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми).

***Симптоматика* урогенитального хламидиоза среди женщин:**

* слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей;
* межменструальные кровянистые выделения;
* болезненность во время половых контактов (диспареуния);
* зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия);
* дискомфорт или боль в нижней части живота;
* незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отечность в области вульвы;
* нарушение менструального цикла;
* пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения;
* резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации.

***Физикальное обследование*** **урогенитального хламидиоза среди женщин:**

* гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры;
* отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки;
* гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации;
* наличие плотных болезненных образований величиной с просяное зерно в области выводных протоков парауретральных желез;
* увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища (при остром сальпингоофарите), незначительная болезненность, уплотнение маточных труб (при хроническом сальпингоофарите);
* болезненная, увеличенная матка мягковатой консистенции (при остром эндометрите);
* плотная консистенция и ограниченная подвижность матки (при хроническом эндометрите);
* гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины (при пельвиоперитоните).

**Антибактериальная терапия** [4] при урогенитальном хламидиозе заключается в применении группы препаратов Тетрациклины, Макролиды, Фторхинолоны, с длительность курса от 7 до 21 дней.

Препаратом выбора для лечения **хламидийной инфекции, уреамикоплазмоза является доксициклин:**

-100 мг 2 раза в день, курс 7-21 дней для лечения хламидий;

-100 мг 2 раза в день в течение 10 дней для лечения уреамикоплазмоза;

**Урогенитальный трихомоноз**

**Урогенитальный трихомоноз** [5]– инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является простейший одноклеточный паразит Trichomonas vaginalis

**Таблица 24. Клиническая классификация урогенитального трихомониаза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По течению | По остроте процесса | **По тяжести течения:** |
| * свежий * Хронический * латентный | * острый * подострый * торпидный | * неосложненный * осложненный |

**Симптоматика у женщины урогенитального трихомониаза**

* ·вагинальные выделения серо-желтого цвета с неприятным запахом;
* ·зуд/жжение в области наружных половых органов;
* дискомфорт во время полового акта (диспареуния);
* болезненность при мочеиспускании (дизурия);
* эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер;
* дискомфорт или боль в нижней части живота

**Симптоматика у девочек:**

* обильные свободные выделения из влагалища;
* болезненность при мочеиспускании (дизурия);
* эрозии и язвы в области вульвы, гименального кольца, влагалища и наружного отверстия мочеиспускательного канала.

**Физикальное обследование урогенитального трихомониаза у женщин:**

**Локализация кожных поражений:**

У женщин при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища и шейки матки, полость матки, яичники, маточные трубы. У девочек при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища. У лиц обоего пола при гонорее инфицируются миндалины, слизистые полости рта, область ануса, прямая кишка.

**Патоморфологическая картина изменений:**

**у женщин**

* гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
* гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
* эндоцервикальные язвы, рыхлость и отек шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала;
* гиперемия, отечность и болезненность в области протоков вестибулярных желез.

**У девочек:**

* гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
* гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища

**Антибактериальная терапия** при урогенитальном трихомонозе заключается в применении группы препаратов Метронидазол, Тинидазол, в течение 5-7 дней, однократно

**Рекомендуемый эмпирический антимикробный режим для хламидиоза, гонореи и трихомониаза:** цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе

**Сифилис**

**Сифилис**, вызывается T. Pallidum – спирохетой, которая не может существовать в течение долгого времени вне человеческого организма. T. Pallidum проникает через слизистые мембраны или кожу, достигает местных лимфоузлов в течение нескольких часов и быстро распространяется по всему организму. Заражение сифилисом происходит при оральном, вагинальном и анальном сексе, во время беременности и при переливании крови. При беременности сифилис может привести к мертворождению, смерти новорожденного и рождению ребенка с сифилисом (врожденный сифилис).

**Таблица 25. Клиническая классификация сифилиса:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия | Описание | Клинические проявления |
| Первичный | Контагиозный | Твердый шанкр (маленькая, обычно безболезненная ранка на коже), местное увеличение лимфатических узлов |
| Вторичный | Контагиозный  Появляется недели или месяцы после первой стадии | Сыпь (которую можно перепутать с несколькими другими заболеваниями), раны на слизистых мембранах, потеря волос, лихорадка, много других признаков |
| Латентный | Бессимптомный; обычно неконтагиозный  Может быть невыраженным или сменяться заболеванием поздней стадии | **Ранний латентный сифилис** (<1 года с момента заражения), иногда с рецидивами инфекционных поражений  **Поздний скрытый сифилис** (≥ 1 года с момента заражения), в редких случаях с рецидивами; положительный результат серологических тестов |
| Поздний или третичный | Симптоматичный; неконтагиозный | Клинически классифицируется как доброкачественный третичный сифилис, сердечно-сосудистый сифилис или нейросифилис (например, бессимптомный, менинговаскулярный или паренхиматозный нейросифилис; спинная сухотка) |

***Первичный сифилис*** - это начальная стадия течения сифилиса, проявляющаяся твердым шанкром, чаще генитальным, с сопутствующим лимфаденитом [6]. Могут встречаться экстрагенитальные и атипичные первичные поражения

***Жалобы у женщин:***

язва на половых органах, в ротовой полости и других локализаций, увеличение лимфатических узлов, высыпания на коже и слизистых оболочках, выпадение волос.

***Физикальное обследование*:**

наличие твердого шанкра на половых органах и других локализациях, увеличение регионарных лимфатических узлов, высыпания на коже и слизистых оболочках.

**Превентивное лечение сифилиса** – это схема антимикробной терапии, которая проводится лицам, имевшим половой или тесный бытовой контакт с больными ранними стадиями сифилиса, если с момента контакта прошло не более 2 месяцев [7].

**Превентивное лечение сифилиса у взрослых:** бициллин-5 (уровень В) 1,5 млн ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 2 инъекции или бензилпенициллина новокаиновая соль (уровень С) 600  тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 7 суток. Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина\*)

Цефтриаксон по 250 мг в/м 1 раз в день в течение 5 дней как альтернативные препараты, в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда.

Доксициклин по 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней как альтернативные препараты, в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда.

**Вирусный гепатит В**

***Вирусный гепатит В*** [8] – некровоспалительное заболевание печени, вызванное вирусом гепатита В, с наличием определяемого поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) в крови или сыворотке длительностью более 6 месяцев

**Основные жалобы у женщин:**

Гепатит В часто протекает бессимптомно на ранних стадиях заболевания; могут быть недомогание усталость. На более поздних стадиях появляются симптомы, связанные с портальной гипертензией и печеночной недостаточностью (желтуха, энцефалопатия, асцит, кровотечение из варикозных узлов и т.д.), развитием гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Могут также присутствовать жалобы, связанные с вирусный гепатит в (ВГВ)-ассоциированными заболеваниями.

**Физикальное обследование при подозрении на вирусный гепатит В:**

При физикальном осмотре симптомы могут отсутствовать или выявляются стигмы хронического заболевания печени: желтуха, гепатомегалия, спленомегалия (10%-30%), пальмарная эритема, сосудистые звездочки, полиартрит. При развитии цирроза печени отмечаются симптомы, обусловленные дисфункцией печени и портальной гипертензией.

**Экстренная профилактика вирусного гепатита В:**

* определяется иммунный статус лица, пережившего случай насилия в отношении гепатита В по результатам лабораторного исследования на маркеры гепатита В методом ИФА;
* вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ. По рекомендациям ВОЗ жертвам сексуального насилия следует предложить пройти вакцинацию от гепатита B без введения специфического иммуноглобулина в соответствии с национальными руководствами. Перед введением первой дозы вакцины необходимо выполнить анализ крови на гепатит В. Если у пациента сформирован иммунитет, необходимость в продолжении вакцинации отпадает;
* лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются;
* если лицо, пережившее случай насилия не иммунизировано, немедленно (**не позднее 24 часов от момента контакта**) проводится специфическая иммунопрофилактика против гепатита В.

Лица, не привитые против ВГВ в сроки в соответствии с национальным календарем, прививаются по следующей схеме: ранее не вакцинированные дети старше шести лет и взрослые – 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками – один месяц, между второй и третьей – пять месяцев.

**Профилактика инфекции, передающихся половым путем при гендерном насилии (24 часа)** [4]**:**

* лицо, перенесшее сексуальное насилие выпускает мочу, тщательное моет руки, а затем обмывает теплой водой с мылом половые органы, бедра, промежность
* после высушивания салфеткой те же места тщательно протирают ватным тампоном, пропитанным раствором 0,05% хлоргексидина;
* сприцевание влагалища производят раствором 0,05% хлоргексидина с последующим введением в уретру с помощью глазной пипетки раствора 0,05% хлоргексидина.

**Таблица 26. Дифференциальная диагностика ИППП**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Оцениваемые параметры** | **Гонококковая инфекция** | **Микоплазменная инфекция** | **Хламидийная инфекция** | **Урогенитальный трихомониаз** | **Урогенитальный кандидоз** |
| Выделения из половых путей | Слизисто- гнойные или гнойные без запаха | Слизистые или слизисто-гнойные без запаха | Слизистые мутные или слизисто-гнойные без запаха | Серо-желтого цвета, пенистые с неприятным запахом | Белые, творожистые, сливкообразные, с кисловатым запахом |
| Гиперемия слизистых оболочек мочеполового тракта | Часто | Часто | Преимущественно слизистой оболочки шейки матки | Часто | Часто |
| Зуд/жжение в области наружных половых органов | Часто | Редко | Редко | Часто | Часто |
| Дизурия | Часто | Часто | Часто | Часто | Редко |
| Диспареуния | Часто | Часто | Часто | Часто | Часто |
| Рн вагинального экссудата | 3,8 — 4,5 | 3,8 — 4,5 | 3,8 — 4,5 | Может быть > 4,5 | 3,0 — 3,8 |
| Микроскопия | Грамотрицательные диплококки с типичными морфологическими и тинкториальными свойствами | Оценка признаков воспаления (лейкоцитарная реакция, количество эпителиальных клеток) | Для верификации диагноза не проводится | Присутствие T. Vaginalis | Грибы Candida с преобладанием мицелия и почкующихся дрожжевых клеток |
| Культуральное исследование | N. Gonorrhoeae | - | C. Trachomatis | T. Vaginalis | Рост колоний Candida в титре более 103 КОЕ/мл |
| Молекулярно-биологические методы исследования | N. Gonorrhoeae | Mycoplasma genitalium | C. Trachomatis | T. Vaginalis | Candida albicans |

**Постконтактная профилактика ВИЧ (ПКП)**

Сексуальное насилие может стать причиной передачи ВИЧ [1]

**ВИЧ-инфекция** – хроническое инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы и приводящее к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита [9].

Несмотря на то, что частота передачи ВИЧ в результате одного полового контакта составляет менее 0,01%, риск передачи трудно поддается оценке. Кроме того, риск может возрастать ввиду специфики сексуального насилия (вероятность разрывов тканей, групповое насилие). Это создает серьезные этические аргументы в пользу предоставления постконтактной профилактики (ПКП) ВИЧ-инфекции в тех странах или регионах, где отмечается высокая распространенность ВИЧ-инфекции.

Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции – короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования.

ПКП следует проводить в кратчайшие сроки после акта сексуального насилия: по возможности в течение первых часов и не позднее чем через 72 часа после контакта. В странах с невысокой распространенностью ВИЧ порядок предоставления рутинной ПКП ВИЧ устанавливается с учетом местных условий, имеющихся ресурсов, возможности применения данной меры вмешательства и другие издержки, связанные с проведением ПКП.

Важно выяснить обстоятельства насилия и определить целесообразность проведения ПКП ВИЧ. В Совместном руководстве ВОЗ/МОТ по постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции рекомендуется применять следующие критерии при оценке целесообразности проведения ПКП ВИЧ у лиц, перенесших сексуальное насилие:

• с момента акта сексуального насилия (проникновения) прошло не более 72 часов;

• акт насилия был совершен лицом с положительным или неизвестным ВИЧ-статусом;

• отсутствует информация о ВИЧ-статусе жертвы сексуального насилия (в процессе консультации необходимо предложить пройти тестирование на ВИЧ);

• выявлены факторы риска заражения ВИЧ, например:

принимающий вагинальный или анальный секс без презерватива, разрыв или соскальзывание презерватива;

попадание крови или семенной жидкости насильника на слизистые оболочки или поврежденный кожный покров жертвы насилия; – принимающий оральный секс с эякуляцией;

жертва сексуального насилия находилась под действием наркотических веществ или без сознания в момент предполагаемого совершения сексуального насилия и не имеет точной информации о характере вероятного риска;

жертву подвергли сексуальному насилию несколько человек, группа.

При принятии решения о целесообразности проведения ПКП ВИЧ необходимо обсудить с жертвой сексуального насилия вероятный риск передачи ВИЧ, включая:

* распространенность ВИЧ в регионе;
* пределы эффективности ПКП;
* ВИЧ-статус и характеристики лица, совершившего акт насилия, если эта информация известна;
* характеристики перенесенного сексуального насилия, включая число лиц, принимавших участие в совершении акта насилия;
* побочные эффекты антиретровирусных препаратов, применяемых в рамках ПКП;
* вероятность передачи ВИЧ.

В случае принятия решения о проведении ПКП ВИЧ необходимо:

• начать ПКП в кратчайшие сроки и не позднее, чем через 72 часа после контакта • на первой консультации предложить пройти тест на ВИЧ и предоставить необходимую информацию;

• обеспечить регулярное наблюдение за пациентом;

• отдавать предпочтение двухкомпонентным схемам (применять комбинированные препараты с фиксированными дозами) перед трехкомпонентными и в первую очередь рассматривать применение препаратов с наименьшим числом побочных эффектов;

• выбор препаратов и схем должен делаться в соответствии с национальными руководствами.

Важным аспектом ПКП должно быть консультирование, направленное на обеспечение соблюдения пациентами режима лечения. Провайдеры услуг должны знать о том, что для переживших сексуальное насилие соблюдение режима лечения является особенно трудным, поскольку курс ПКП может вызывать болезненные воспоминания о перенесенном насилии. Многие из женщин, проходящих курс ПКП ВИЧ после перенесенного сексуального насилия, прерывают курс, поскольку препараты ПКП ВИЧ вызывают физические побочные эффекты, такие как тошнота и рвота и могут спровоцировать болезненные воспоминания об изнасиловании. Кроме того, успешному прохождению курса ПКП ВИЧ могут препятствовать другие трудности, с которыми сталкиваются жертвы сексуального насилия. Провайдеры медицинских услуг должны понимать, что в подобных случаях крайне трудно обеспечить соблюдение пациентом режима приема препаратов и что для этого следует прилагать необходимые усилия. На данный момент эффективных мер вмешательства, направленных на повышение уровня соблюдения режима приема препаратов при проведении ПКП ВИЧ, не выявлено.

**Рекомендации при проведении ПКП:**

* находиться под постоянным наблюдением специалиста по ВИЧ-инфекции и посещать врача еженедельно;
* избегать половых контактов или использовать презерватив для предупреждения заражения партнера;
* использовать методы контрацепции
* исключить донорство крови и органов;
* прекратить кормление грудью.

Перед проведением ПКП рекомендуется тестирование пациента на ВИЧ, при этом курс ПКП следует начинать не дожидаясь результатов теста. Напротив, ПКП не следует назначать ВИЧ-инфицированным пациентам; им должна быть предоставлена соответствующая помощь с назначением антиретровирусной терапии.

**Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции**

* назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.

***Предпочтительные схемы АРТ:***

Тенофовир (TDF) 300 мг 1 раз в сутки + Ламивудин (3TC) 150 мг 2 раза в сутки (или Эмтрицитабин (FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки) + лопинавир/ритонавир (LPV/r) 200/50 мг таблетка; 2 таблетки 2 раза в сутки.

***Альтернативные схемы АРТ:***

Тенофовир (TDF) 300мг 1 раз в сутки + Ламивудин (3TC) 150 мг 2 раза в сутки (или Эмтрицитабин (FTC) 1 таблетка 1 раз в сутки) + ралтегравир (RAL) 400 мг 2 раза в сутки или дарунавир (DRV) 600 мг 2 раза в сутки в комбинации с ритонавиром или эфавиренз (EFV) 400-600 мг 1 раз в сутки.

**Последующее наблюдение после случая сексуального насилия**

Повторные визиты лиц, переживших насилие планируют спустя 2 недели, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев после эпизода насилия.

***при нежелательной беременности***:

через 2 недели после приема ТЭК сделать тест на беременность. Предложить методы прерывания беременности, если есть необходимость

***при ИППП***:

через 2 недели - убедиться, что пациентка приняла все назначенные препараты;

через 1 месяц - при необходимости проведите вторую вакцинацию от гепатита В.

***при ВИЧ***:

через 1 месяц - убедиться, что пациентка приняла все назначенные препараты, если это имело место быть.

через 3 месяца - предложить пациентке тестирование на ВИЧ, провести консультирование пациентки до и после тестирования

**Литература:**

Ответные меры на насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин: клинические и политические рекомендации ВОЗ, 2013. Ссылка: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/88184/WHO_RHR_13.10_rus.pdf?sequence=5>

Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции. ВОЗ, 2004

Инфекции, передаваемые половым путем. Информационный бюллетень ВОЗ, 2023 г.

Клинический протокол диагностики и лечения «Гендерное насилие», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2021 года, протокол №154.

Клинический протокол «Урогенитальный трихомоноз», одобрен Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития РК от 30 ноября 2015 года, Протокол №18

Клинический протокол «Ранний сифилис», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерстваздравоохранения РК от 29 марта 2019 года, протокол №60

Клинический протокол «Превентивное лечение сифилиса», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 4 июля 2014 года, протокол № 10

Клинический протокол «Хронический гепатит В у взрослых», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 19 ноября 2019 года, протокол №77

Клинический протокол «ВИЧ-инфекция у взрослых», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 17 марта 2023 года, протокол №180

### Занятие 3. Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 3 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью»**

**Цель занятия:** ознакомить с подходами консультирования по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятие «Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт»;

этапы консультирования по вопросам прерывания беременности (доабортное консультирование; информированное согласие, прерывание нежелательной беременности; поста-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание);

процедуру прерывания нежелательной беременности (медикаментозный аборт до 12 недель).

**уметь**

оказывать помощь пережившим насилие в соответствии с этапами консультирования по вопросам прерывания беременности;

проводить информирование женщин о прерывании беременности;

проводить медикаментозный аборт до 12 недель;

проводить пост-абортное консультирование и пост-абортное обслеживание; .

Основные вопросы, которые будут рассматриваться:

1. Понятие «Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт».

2. Этапы консультирования по вопросам прерывания беременности (доабортное консультирование; информированное согласие, прерывание нежелательной беременности; поста-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание).

3. Процедура прерывания нежелательной беременности (медикаментозный аборт до 12 недель).

.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 3 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью».**

**Понятие «Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт»**

Искусственное прерывание беременности или медицинский аборт – это прерывание беременности и изгнание продуктов зачатия из полости матки до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных или хирургических методов.

**Медикаментозный метод** – прерывание беременности и изгнание продуктов зачатия из полости матки до сроков жизнеспособности плода с использованием медикаментозных методов. Данный метод является безопасным и эффективным методом прерывания беременности в амбулаторных условиях. Эффективность метода на сроке беременности до 10 недель составляет 94-98%.

**Хирургический метод**

1. Мануальная или электрическая вакуум-аспирация – метод, рекомендуемый на сроке беременности до 12 недель.

2. Дилатация шейки матки и эвакуация продукта зачатия после 12 недель с помощью вакуум-аспирации и щипцов после предварительной подготовки шейки матки мизопростолом.

3. **Дилатация шейки матки и кюретаж** признаны устаревшими методами хирургического аборта и не рекомендованы для применения в клинической практике при прерывании беременности до 12 недель, так как данный метод прерывания беременности связан с повышенным риском осложнений [1]*.* Частота тяжелых осложнений после кюретажа в 2-3 раза превышает частоту осложнений, последовавших за вакуум-аспирацией [2].

**Вакуум-аспирация** – вмешательство, при котором содержимое полости матки удаляется через специальную канюлю при использовании отрицательного давления, создаваемого электрическим аспиратором или мануальным источником вакуума. Канюля мягкая, гибкая, не касается стенок матки, благодаря чему вакуум-аспирация менее травматична.

**Этапы консультирования по вопросам прерывания беременности у переживших гендерное насилие**

***1 этап – доабортное консультирование***

До-абортное консультирование с пережившими гендерное насилие может проходить в два этапа: консультирование и диагностика беременности и непосредственно перед процедурой аборта.

***Консультирование*** – это беседа с женщиной, обратившейся с просьбой о прерывании беременности в случае гендерного насилия, о ее чувствах и страхах, а также на другие темы, связанные с процедурой аборта, чтобы уменьшить ее беспокойство перед процедурой и предоставить ей необходимую информацию для принятия информированного и осознанного решения.

Цель консультирования и содержание:

* Снизить тревогу и стресс пережившей гендерное насилие (пациентки), посредством формирования у нее уверенности в безопасности процедур, формирование доверия к медицинскому специалисту и его компетентности.
* Определить отношение женщины и значимого окружения к беременности и предоставить выбор исхода беременности.
* Сбор анамнеза.
* Провести гинекологический осмотр, измерение основных параметров.
* Проинформировать о всех безопасных методах прерывания беременности, включая те, что используются в медицинской организации и, что будет происходить во время и после вмешательства.
* Рассказать о том, какие ощущения женщины будет испытывать во время и после аборта (боль, кровотечения).
* Проинформировать о продолжительности и особенностях каждой процедуры, о методах обезболивания, о специальных условиях, о рисках и осложнениях.
* Проинформировать о существующих методах контрацепции и предоставить выбор контрацептива, женщины в этот период наиболее восприимчивы к консультированию по планированию семьи.
* Убедиться, что выбор в отношении аборта состоялся и что женщина хорошо представляет, как она будет действовать в последующем (индивидуальный план).
* Направить при необходимости женщину на обследование.
* В случае если женщина выбрала метод прерывания, который не предоставляется в вашей медицинской организации, перенаправить в ближайшую организацию здравоохранения, где такая услуга предоставляется.

**Особенности консультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

Для осмотра жертв насилия, имеющих **инвалидность по слуху**, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать сурдопереводчика. Когда обращаетесь к пациенту старайтесь чтобы сохранялся зрительный контакт, и пациентка могла видеть вашу мимику и артикуляцию, некоторые лица, имеющие инвалидность по слуху, хорошо читают по губам. Говорите медленно и четко. Также можно писать вопросы и необходимую для вас информацию на бумаге и затем дать ее прочитать пациентке.

Для осмотра жертв насилия, имеющих **инвалидность по зрению**, необходимо установить полноценные коммуникации: в течение всего осмотра информируйте пациентку о всех ваших действиях шаг за шагом и спрашивайте ее разрешения. Всегда говорите ей, что вы будете делать дальше, и до каких частей тела будете дотрагиваться. Если вам требуется использовать какой-либо инструмент, скажите об этом пациентке, объясните предназначение этого инструмента, при необходимости можно дать потрогать этот инструмент сначала пациентке, и затем только его использовать, если пациентка даст на это согласие. Уважайте выбор пациента. Ваша речь должная быть достаточно простой и понятной, не перегружайте ее медицинскими терминами. Не оставляйте пациентку одну в комнате; если вам нужно провести пациентку в другое помещение, то объясните, как вы будите идти, какие препятствия могут быть на пути, предложите свою помощь в сопровождении. На протяжении всего осмотра обеспечьте для пациента «безопасное» пространство, чтобы избежать дополнительной травматизации пациента при движении. Также, необходимо заранее подготовить, используя шрифта Брайля брошюры и листовки с информацией, которые вы можете использовать во время консультирования для повышения качества коммуникации.

Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность также для установления полноценных коммуникаций, медицинским работникам необходимо привлекать **и психолога,** который поможет найти подходы для получения более полной информации при опросе этих пациентов

***2 этап – информированное согласия***

Каждая женщина, прерывающая беременность, в обязательном порядке должна прочитать и подписать перед выполнением процедуры информированное добровольное согласие на процедуру аборта, подтверждая свое согласие с тем, что она понимает суть процедуры и существующие альтернативы, возможные риски, преимущества и осложнения, тот факт, что она свободно приняла решение и готова к прерыванию беременности.

Несовершеннолетние в возрасте шестнадцати лет и старше имеют право на информированное согласие или отказ на оказание профилактической, консультативно-диагностической помощи, за исключением хирургических вмешательств, искусственного прерывания беременности, которые производятся с согласия их родителей или законных представителей.

Обязательным условием проведения процедуры медикаментозного аборта у несовершеннолетней *-*является получение добровольного информированного согласия ее родителей или других законных представителей.

**Правила информирования женщины о прерывании беременности в случае гендерного насилия следующие:**

* Информированное добровольное согласие, подписанное и женщиной/девушкой, и родителями, или законными представителями, прилагается медицинской документации.
* Конфиденциальность информации должна соблюдаться всеми поставщиками услуг, участвующими в проведении абортов, с соблюдением всех мер предосторожности.
* Принятие женщиной/девушкой информированного добровольного и осознанного решения является основополагающим для процесса прерывания беременности.
* Каждая женщина/девушка, прерывающая беременность, должна быть надлежащим образом проинформирована, чтобы принять информированное и осознанное решение.
* Предоставляемая информация должна быть достоверной, объективной, не содержащей персонализированной информации и должна быть основанной на научных данных.
* Беременная женщина/девушка вправе выбирать метод прерывания беременности и метод анестезии на основании информации, предоставленной во время консультации.
* В особых случаях, женщине/девушке, прерывающей беременность, особенно несовершеннолетней пациентке, следует рекомендовать консультацию психолога по поводу решения о прерывании беременности и связанных с этим чувствах. Убедитесь, что решение о прерывании беременности является добровольным.
* Консультирование должно проводиться в условиях уединения и соблюдения конфиденциальности.
* Предоставляемая информация должна включать:

альтернативы прерыванию беременности;

методы прерывания беременности, возможные риски и преимущества процедуры, в том числе связанные с применяемым видом анестезии;

точную информацию о выбранном способе прерывания беременности (электрической или мануальной вакуум-аспирации, или медикаментозного аборта);

риски проведения аборта методом дилатации и кюретажа и общей анестезии;

возможные осложнения и последствия дилатации и кюретажа;

варианты контрацепции после аборта.

* Если проблемы и потребности женщины/девушки выходят за рамки целей и возможностей консультирования или если медицинский работник подозревает принуждение к прерыванию беременности, им следует поговорить с женщиной/девушкой наедине или направить ее на дополнительную консультацию, женщину/девушку следует направить к соответствующим службам в сообществе – к психологу, социальному работнику, в полицию и т. д.
* Информация предоставляется женщине/девушке в уважительной форме, понятным языком, с минимальным использованием специальной терминологии.
* Устная консультация должна сопровождаться предоставлением письменных материалов/брошюр/листовок с достоверной и беспристрастно представленной информацией, которую женщина/девушка должна понять и которую она может взять с собой, чтобы прочесть позже.
* Информированное согласие для этой группы пациентов с инвалидностью по зрению нужно распечатывать крупным шрифтом или если есть возможность, используя шрифта Брайля.

***3 этап – процедура прерывания нежелательности беременности***

Помочь женщине снять страх перед процедурой. Еще раз напомнить о том, что: прерывание производится по выбору женщины одним из безопасных методов (мануальной/электрической вакуумной аспирации, медикаментозный аборт) с выбранным методом обезболивания.

В ходе процедуры необходимо оказывать словесную поддержку женщине, разъяснять все этапы процедуры.

Для инвазивных методов прерывания беременности (мануальная вакуумная аспирация) используется бесконтактный метод со строгим соблюдением норм санитарно-гигиенической безопасности, включая безопасную утилизацию биологических отходов.

Во время проведения мануальной процедуры прерывания беременности, пациентам с инвалидностью по зрению необходимо озвучивать все этапы манипуляции. Если в ходе проведения процедуры используется электрический вакуумный отсос, то необходимо предупредить пациентку о том звуке, который она может услышать при проведении процедуры. Это необходимо для снижения уровня стресса у пациентки.

Обязательно провести экспертизу удаленных тканей для сопоставления сроков беременности и уверенности, что процедура проведена полностью (для мануальной вакуумной аспирации), а также для возможного проведения генетического тестирования при проведении следственных мероприятий с целью определения ДНК принадлежности насильнику.

При выборе женщиной долгосрочного контрацептива – внутриматочная спираль (ВМС) – ввести сразу после процедуры прерывания.

***4 этап – пост-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание***

Пост-абортное консультирование и пост-абортное отслеживание (проводится в несколько этапов: сразу после процедуры прерывания и отсрочено спустя 14 дней)

* Измерение и контроль основных показателей давления, пульса и температуры.
* Контроль кровопотери.
* Назначение антибактериальной терапии.
* Информация для клиентки, включая рекомендации по личной гигиене, восстановлению менструального цикла и половой активности.
* Информирование клиентки об опасных признаках состояний после аборта.
* Детализация индивидуального плана действий клиентки для безопасности и предотвращения повторных абортов, включая контрацепцию.
* Профилактика пост-абортной депрессии (при наличии психолога – консультация).
* Выдача контрацептивов или рецепта на контрацептив, на основе информированного выбора клиентки.

**Особенности *пост-абортного* консультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

* Лицам, пережившим сексуальное насилие, которые являются инвалидами по зрению информация, включая рекомендации по личной гигиене, восстановлению менструального цикла и половой активности, а также информация об опасных признаках состояний после аборта должна быть предоставлена на заранее заготовленных брошюрах, написанных крупным шрифтом и/или шрифтом Брайля. Так же возможно записать короткие аудио рекомендации с пояснением отдельных вопросов на электронный аудионоситель, чтобы при необходимости пациентка могла неоднократно прослушать ваши рекомендации и предпринять необходимые меры.
* Лицам с инвалидностью по слуху необходимо вовремя пост-абортного консультирования предоставлять услуги сурдопереводчика, а также выдавать на руки информационные брошюры с описанием опасных признаках состояний после аборта, случаев, когда необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

**Медикаментозный аборт**

**Ключевые аспекты:**

* Производится с помощью медицинских препаратов и позволяет избегнуть хирургического вмешательства.
* Имитирует выкидыш.
* Контролируется женщиной и может проходить в домашних условиях (при сроке менее 10 недель беременности)
* Для завершения аборта необходимо время (часы или дни), продолжительность непредсказуема
* Женщины испытывают кровотечение и спастические боли, а так же, другие побочные эффекты (тошнота, рвота и т.д.)
* Может понадобиться большее количество визитов в медицинскую организацию в отличии от хирургического аборта.

**Побочные эффекты от медикаментозного аборта:**

тошнота, рвота, диарея, слабость, головокружение, лихорадка (у 2-10% женщин);

боль (связана со спастическим сокращением матки), вагинальное кровотечение (симптомы ожидаемы и связаны с самим процессом прерывания беременности);

повышение температуры (высокая температура обычно держится не более 2 часов; необходимо проинструктировать пациентку относительно того, что ей следует обратиться в медицинскую организацию, если высокая температура держится более 4 часов, или появляется позже, чем через сутки после приёма мизопростола)

тошнота (приблизительно у половины женщин может появиться или усугубиться после приёма мифепристона и, как правило, проходит через несколько часов после приёма мизопростола);

рвота (менее чем у трети пациенток; при возникновении рвоты ранее, чем через 1 час после приёма мифепристона, приём препарата следует повторить в той же дозе; если у пациентки выражен ранний токсикоз беременности, то перед приёмом препарата следует применять метоклопрамид 1 таблетку, через 30 мин принять пищу, а затем мифепристон);

головокружения, обмороки (наблюдаются менее чем у четверти девушек; проходят без лечения, самопроизвольно и лучше всего лечатся симптоматически);

быстропроходящая диарея после приёма мизопростола (- менее чем у четверти женщин);

аллергическая реакция в виде кожной сыпи (необходимо применение антигистаминных средств в стандартных разовых или курсовых дозировках).

**Осложнения медикаментозного прерывания беременности**:

*неполный аборт*: 2-5% случаев, Небольшие количества оставшейся ткани могут удалиться спонтанно, не требуя медицинского вмешательства. Большое количество остаточных тканей может вызвать кровотечение и инфекцию. Лечение зависит от общего состояния пациентки, интенсивности кровотечения и варьируется от выжидательной тактики до электрической или мануальной вакуум-аспирации или применения 400 мкг мизопростола сублингвально или 600 мкг перорально и наблюдения за состоянием пациентки в течение 2-3 часов. При отсутствии признаков инфекции прием антибиотиков необязателен. Антибиотики необходимы при явных признаках инфекции.

*прогрессирующая беременность*: менее чем в 1% при рекомендованном режиме дозирования препаратов. Пациентке предлагается повторить процедуру медикаментозного аборта или добровольное прерывание беременности хирургическим методом мануальной или электрический вакуум-аспирации. Если женщина намерена донашивать беременность, ее направляют на дородовой уход с консультацией генетика.

*инфекционно-воспалительные осложнения*: менее 1%; медикаментозный аборт является неинвазивной процедурой; FDA и ВОЗ не рекомендуют назначать антибиотики в плановом порядке при проведении медикаментозного аборта; согласно рекомендациям ВОЗ при проведении медикаментозного аборта проводить антимикробную профилактику во всех случаях не рекомендуется

**Требования к проведению медикаментозного аборта:**

При сроке гестации до 63 дней медикаментозное искусственное прерывание беременности проводится в медицинских организациях амбулаторно- поликлинического уровня в условиях дневного стационара или на дому, в зависимости от решения пациентки и/или врача и срока беременности, после оценки рисков возможных осложнений.

Прием мизопростола на дому безопасен в сроке до 10 недель. На сроке более 10 недель он требует медицинского наблюдения

При сроке гестации свыше 63 дней и до 21 недель 6 дней медикаментозное прерывание производится в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля, в условиях круглосуточного стационара.

**Алгоритм проведения медикаментозного аборта до 12 недель**

1. Собрать анамнез пациентки; консультация о возможных методах прерывания беременности; обследование - диагностика беременности, определение срока (по дате 1-го дня последней менструации) и подтверждение локализации плодного яйца в полости матки – УЗИ органов малого таза, лабораторные исследования перед прерыванием беременности (ОАК, группа крови и резус фактор, мазок на степень чистоты).

2. Определить, подходит ли пациентке этот метод прерывания беременности.

3. Принять решения о прерывании беременности; получение информированного согласия пациентки на прерывание беременности выбранным методом; консультации по планированию семьи и выбору средств контрацепции после прерывания беременности.

4. Прием мифепристона внутрь в дозе 200 мг в присутствии врача.

5. На сроке беременности до 12 недель женщинам рекомендуется перорально принимать одну таблетку, 200 мг мифепристона и не менее чем через 24 часа 4 таблетки, 800 мкг мизопростола одномоментно сублингвально, буккально или вагинально.

6. На сроках от 9 до 12 недель: если изгнание не произошло, то через 4 часа принимают дополнительную дозу 4 таблетки (800 мкг) мизопростола буккально (по 2 таблетки за каждую щеку). Если изгнание не произошло после второй дозы, через 4 часа можно принять и третью дозу 800 мкг мизопростола буккально.

7. Осуществляется наблюдение за состоянием здоровья женщины. В карточке наблюдения за прерыванием беременности указываются: дата и время приема мизопростола; время изгнания продукта зачатия (если оно произошло); наблюдаемые или упомянутые пациенткой побочные эффекты (если таковые отмечались); время ухода домой.

***Справочно:*** Обильным кровотечение считается в том случае, если в течение часа полностью пропитываются кровью две гигиенические прокладки максимального размера, и это продолжается 2 часа подряд и более («тест с прокладками»). При констатации кровотечения предложить повторный прием мизопростола или вакуум-аспирацию для завершения аборта.

**Хирургический аборт:**

**Ключевые аспекты:**

* Быстрая процедура, производится в медицинской организации.
* Завершение аборта верифицируется осмотром продуктов зачатия, полученных при аспирации.
* Внутриматочную спираль можно установить сразу после процедуры, если женщина выбрала данный метод контрацепции.
* Требует использование стерильных инструментов и имеет инвазивный характер.
* Может использоваться так же, если есть противопоказания для медикаментозного аборта.
* Только для хирургических абортов:

травма шейки матки (риск повреждения не более 1 на 100);

перфорация матки (риск составляет порядка 1-4 на 1000 и ниже для первого триместра).

**Преимущества электрической или мануальной вакуум-аспирации**

Применение этого метода существенно снижает травмы шейки матки и эндометрия: на сроке беременности до 7 недель канюлю можно вводить в матку без дилатации (расширения) шейки матки; контрольный кюретаж полости матки не требуется.

Немедленное исследование полученного аспирата позволяет подтвердить полную эвакуацию содержимого полости матки.

Вмешательство длится намного меньше, чем кюретаж, и может выполняться под местной анестезией.

Многочисленные научные исследования доказывают, что количество тяжелых осложнений и случаев бесплодия при вакуум-аспирации значительно меньше, чем при кюретаже.

Вам следует знать, что при всех хирургических, медицинских и диагностических вмешательствах существует определенный риск инфицирования, нарушения свертываемости крови, кровотечения, шока, аллергических реакций и даже смерти.

**Риски электрической или мануальной вакуум-аспирации**

* Кровотечение, из-за которого может потребоваться дилатация и кюретаж для удаления сгустков крови или остатков тканей из полости матки.
* Неполный аборт или продолжающаяся беременность, из-за которых может потребоваться дополнительное вмешательство.
* Инфекция матки, маточных труб и яичников.
* Бесплодие или невозможность рожать.
* Стеноз шейки матки, требующий повторной дилатации.
* Невозможность восстановить менструальный цикл.
* Формирование внутриматочной рубцовой ткани.
* Перфорация матки с повреждением матки, яичников, других соседних органов, при которой может потребоваться вмешательство в брюшной полости и операция по восстановлению кишечника, мочевого пузыря, матки или кровеносных сосудов или гистерэктомия (удаление матки).
* Смерть в результате осложнений после анестезии или вмешательства по прерыванию беременности.

**Литература:**

Medical management of abortion, World Health Organization 2022

1. Клинический протокол диагностики и лечения «Медицинский аборт», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 8 июля 2022 года, протокол №165

## **Оценка учебных достижений**

**Оценка учебных достижений слушателей**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид контроля | Методы оценки |
| Текущий | тестирование знаний по разделам, ситуационные задачи |
| Итоговый | тестирование знаний |

**Балльно-рейтинговая буквенная система оценки учебных достижений слушателей**\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Оценка по буквенной системе | Цифровой эквивалент баллов | %-ное содержание | Оценка по традиционной системе |
| А | 4,0 | 95-100 | Отлично |
| А- | 3,67 | 90-94 |
| В+ | 3,33 | 85-89 | Хорошо |
| В | 3,0 | 80-84 |
| В- | 2,67 | 75-79 |
| С+ | 2,33 | 70-74 | Удовлетворительно |
| С | 2,0 | 65-69 |
| С- | 1,67 | 60-64 |
| D+ | 1,33 | 55-59 |
| D | 1,0 | 50-54 |
| F | 0 | 0-49 | Неудовлетворительно |

## **Тестовые задания к блоку 2 «Сексуальное насилие»**

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)»

**Вопрос 1.** Какое утверждение наиболее верно

А. Гендерное насилие, предполагает только сексуальное насилие мужчины над женщиной.

В. Гендерное насилие - это насилие, направленное против человека из-за его пола.

С. Гендерное насилие - это насилие физическое, сексуальное психологическое мужчины над женщиной.

D. Гендерное насилие, предполагает сексуальное насилие взрослого над несовершеннолетним, над женщиной.

E. Гендерное насилие - это насилие физическое, сексуальное психологическое женщиной над мужчины.

**Вопрос 2.** Определите, какое утверждение не относится к сексуальному насилию

А. вступление в брак в результате вынуждения или интенсивного социального, или семейного давления

В. частичное или полное удаление клитора (небольшой, чувствительной и эректильной части женских гениталий)

С. торговли людьми, когда люди продаются в целях сексуальной эксплуатации, в том числе для принуждения к проституции или сексуального рабства

D. исследование девственной плевы на предмет разрывов или размера отверстия в ней и/или    путем введения во влагалище двух пальцев («двухпальцевый» тест)

E. умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством угроз, оскорблений, шантажа или принуждение (понуждение) к совершению правонарушений или деяний, представляющих опасность для жизни или здоровья, а также ведущих к нарушению психического, физического и личностного развития.

**Вопрос 3.** Первичная помощь в случае обращения совершеннолетней женщины, пережившей сексуальное насилие, подразумевает следующее, выберите правильные ответы:

А. не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;

В. оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, даже если пациентка отказывается

С. помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;

D.помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей;

Е. обеспечить попадание полной информации о данном случае в социальных сети

**Вопрос 4.** Повторные визиты после эпизодов насилия предусмотрены:

А. Через 2 недели, затем через 4 и 12 месяцев

В. Через 2 недели, затем через 1, 3 и 6 месяцев

С. Через год

D. Не требуются, чтобы не травмировать пациентку воспоминаниями

E. Через 2 месяца

**Вопрос 5.** Что может сделать врач, если женщина пришла через неделю после сексуального насилия?

А. Провести первичную профилактику ИППП, в том числе ВИЧ

В. Рекомендовать таблетки для экстренной контрацепции, их можно принимать до десяти дней после незащищенного полового акта

С. провести тест на беременность и ИППП, в том числе ВИЧ

D. Предложить иммунизацию от гепатита В

E. Предложить постконтактную профилактику ВИЧ инфекции

**Вопрос 6.** Что может сделать врач, если женщина пришла на прием сразу после сексуального насилия?

А. Провести профилактику ИППП, кроме ВИЧ, профилактика которого проводится только спустя 28 дней после контакта

В. Провести тест ИППП, в том числе ВИЧ, если тесты положительные провести профилактику антибактериальными и противовирусными препаратами

С. провести тест на беременность и ВИЧ, если тесты отрицательные пригласить на следующий прием через 1 месяц

D. Предложить иммунизацию от гепатита В, предложить вакуум аспирацию полости матки для профилактики нежелательной беременности

Е. Рекомендовать таблетки для экстренной контрацепции, их можно принимать до пяти дней после незащищенного полового акта

**Вопрос 7.** Какое высказывание наиболее приемлемо в современных реалиях:

А. Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.

В. Медицинские и социальные работники должны знать и распознавать разницу между существующими фактами и существующими мифам

С. Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора

D. Конфликты и разногласия – это нормальная часть любых отношений.

Е. Гендерное насилие сводится только к физическому насилию (избиение, удары кулаком, укусы, шлепки, толчки и т.д.).

F. Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа.

**Вопрос 8.** Если мужчина, имеющий высокий статус на работе, говорит женщине, которая является его подчиненной, чтобы она обнажила свою грудь, но при этом не касается ее тела, будет ли это относится к какой-либо форме сексуального насилия?

А. Это вид гендерного насилия, психологическое давление, объясняемое страхом подчиненного перед начальником

В. Это сексуальное домогательство, которое включает в себя требование сексуальной близости в обмен на работу

С**.** Это форма сексуального насилия, принудительное обнажение, которая не требует физического контакта и обусловлена главным образом стремлением унизить жертву

D. В данном случае нет факта сексуального насилия, потому что не были обнажены гениталии и не зафиксирован факт касания частей тела

Е. В данном случае мужчина оказывает честь своей коллеге, обратив на нее свое внимание и выделив ее сред других подчиненных

**Вопрос 9.** Преподаватель ВУЗ, женщина, приглашает на свидания студента первого курса, которые завершаются сексуальным контактом, после чего она дарит молодому человеку дорогие гаджеты. Наблюдается ли в данном случае сексуальное насилие? Если да, то какая форма?

А. Нет, в данном случае нет сексуального насилия, так как половой контакт был по обоюдному согласию.

В. Это сексуальное домогательство, которое включает в себя требование сексуальной близости в обмен на работу/место в университете

С. Это форма сексуального насилия, принудительная проституция, акт принуждения лица к совершению действий сексуального характера с другим лицом с целью получения материальной выгоды, в данном случае мобильный телефон

D. Это сексуальное рабство, форма сексуального насилия, когда одно лицо владеет другим лицом

Е. В данном случае нет сексуального насилия, потому что молодой человек, оказывая сексуальные услуги более зрелой женщине, имеет полное право на получение материальных благ

**Вопрос 10.** Во время операции кесарево сечение, врач произвел перевязку маточных труб, решив, что женщина, у которой данные роды 4-е, больше не захочет иметь детей. Будет ли в данном случае факт насилия?

А. Нет, в данном случае нет сексуального насилия, так как в Республике Казахстан согласно Кодексу о здоровье, разрешается хирургическая стерилизация женщинам, у которых 2 и более детей.

В. Нет, в данном случае нет сексуального насилия, так как перевязка маточных труб обратима, врач дает таким образом пациентке время на восстановление после родов, и через 3 года женщина вновь может забеременеть

С. Это форма сексуального насилия, калечащие операции на женских половых органах, потому что практика не имеет медицинской необходимости и не приносит никакой пользы

D. Это форма сексуального насилия, принудительная контрацепция, потому что врач произвел хирургическую стерилизацию, опираясь на свое мнение о необходимости контрацепции, не получив заранее информированного согласия женщины

Е. В данном случае нет сексуального насилия, потому что врач выполняет свои должностные обязанности, производя оперативное родоразрешение и профилактируя нежелательную беременность

**Вопрос 11.** Во время пользования инстаграмм страницей, девушка стала получать регулярно от одного и того же лица сообщения с фотографиями своих обнаженных гениталий, которые сопровождаются нецензурными выражениями и предложения провести вечер. К какой форме гендерного насилия можно отнести данный случай?

А. Это вид гендерного насилия, умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством оскорблений

В. Это сексуальное домогательство, которое включает в себя требование сексуальной близости в обмен на какую-либо выгоду

С. Это форма сексуального насилия, принудительное обнажение, которая не требует физического контакта и обусловлена главным образом стремлением унизить жертву

D. Это бесконтактные формы сексуального насилия проявляющийся как непрошенный интимный контент, который присылают в социальных сетях.

Е. В данном случае нет сексуального насилия, мужчина хочет обратить на себя внимание девушки, флиртует с ней.

**Вопрос 12.** Признаки сексуального насилия, на которые можно обратить внимание во время поликлинического приема пациентки, выберите правильные ответы:

А. неоднократные кровотечения из влагалища, прямой кишки и инфекции, передаваемые половым путем.

В. желание пациентки прервать беременность, которая наступила после 5 лет бесплодия

С. наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны

D. смущение и страх пациентки при просьбе врача раздеться и лечь на гинекологическое кресло

Е. нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе, множественные незапланированные беременности и (или) прерывание беременности

**Вопрос 13.** Выберите какое утверждение является фактом:

А. Домашнее насилие - это частное дело семьи, в которое государство не имеет права вмешиваться. Никого не касается, как мужчина обращается со своей женой

В. Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей

С. В большинстве случаев виновники гендерного насилия - посторонние люди

D. Работницы секс-индустрии не могут стать жертвами изнасилования

Е. Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа

**Вопрос 14.** Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа, выберите правильный ответ:

А. Домашнее насилие затрагивает тех женщин, которые проявляют неуважение к своему мужу, повышая на него голос, не своевременно ухаживая за ним.

В. Домашнее насилие затрагивает только женщин, у которых не высшего образования, потому что они не знают свои права

С. Домашнее насилие затрагивает женщин, исламской веры исповедания, там традиционно мужчина показывает ей свое превосходство

D. Домашнее насилие затрагивает только гетеросексуальных женщин, потому что только мужчина может нанести вред женщине.

Е. Домашнее насилие затрагивает всех женщин, независимо от их социально-экономического положения, уровня образования, этнической принадлежности, религиозной или сексуальной ориентации.

**Вопрос 15.** На прием к гинекологу пришла глухонемая пациентка. При объективном осмотре врач замечает свежие ссадины на внутренней поверхности бедер, ссадины и гематомы на наружных половых органах, выделения из половых путей желтого цвета. Выберите наиболее полный план реагирования в данном случае:

А. Пригласить на консультацию психолога, сурдопереводчика, провести первичную профилактику ИППП, ВИЧ и нежелательной беременности

В. Пригласить на консультацию психолога, сурдопереводчика, сообщить социальные службы.

С. Провести первичную профилактику ИППП, ВИЧ и нежелательной беременности

D. Пригласить на консультацию психолога, сурдопереводчика, провести первичную профилактику ИППП, ВИЧ

Е. Пригласить на консультацию сурдопереводчика, провести первичную профилактику ИППП, ВИЧ и нежелательной беременности

**Вопрос 16. Осмотр пациента, сообщившего о насилии, предусматривает:**

А. Осмотр молочных желез, гениталий и внутренней поверхности бедер

В. Рекомендуется провести полное обследование с головы до ног, включая гениталии.

С. Если женщина подверглась сексуальному насилию, осматривать необходимо только гениталии и область живота.

D. Осматривайте только серьезные повреждения.

Е. Желательно оставлять пациентку одну, когда она ожидает осмотра, чтобы она тщательно вспомнила произошедшее и передала вам более полную информацию.

**Вопрос 17.** Вы подозреваете совершение сексуального насилия в отношении несовершеннолетнего лица, однако опекун или законный представитель отказывается от проведения осмотра и реализации мер реагирования по данному случаю. Опишите ваши действия:

А. Согласно Кодексу о здоровье РК, врач не имеет право предпринимать какие-либо действия в отношении несовершеннолетних без информированного согласия родителя или законного представителя, поэтому мы не будем предпринимать никаких действий

В. Рекомендуется провести полное обследование пациента с головы до ног, включая гениталии несмотря на протест опекуна или законного представителя

С. Мы сообщаем руководителю нашей организации, который затем обращается в орган опеки и попечительства и в суд для защиты интересов несовершеннолетнего лица

D. Осмотрим только серьезные повреждения, угрожающие жизни несовершеннолетнего пациента в настоящий момент

Е. Осмотрим только гениталии предполагаемой жертвы насилия, несмотря на протест опекуна или законного представителя

**Вопрос 18.** Выберите правильно утверждение относительно операций на половых органах:

А. некоторые операции на половых органах, например, такая как частичное или полное удаление клитора (небольшой, чувствительной и эректильной части женских гениталий), является проявлением уважения к традициям своего народа и не относится к формам сексуального насилия

В. мужское обрезание в раннем возрасте - это традиция, унаследованная от предков, которая усиливает половое желание и способность к вступлению в брак и продолжению потомства

С. практика операций на половых органах не имеет медицинской необходимости и не приносит никакой пользы, часто наносится непоправимый ущерб здоровью женщин и девочек, подвергающихся такой практике

D. сужение входа во влагалище путем создания плотного кольца в результате обрезания и репозиции малых, а иногда и больших половых губ, необходимо проводить всем женщинам, у которых было более 2х родов, для достижения сексуальной удовлетворенности супругом

Е. наносящие вред операции на женских гениталиях в немедицинских целях, такие как, например, прокалывание, пирсинг, надрезание, клеймение области гениталий не относятся к сексуальному насилию, даже если проводятся без согласия женщины

**Вопрос 19.** Выберите вариант ответа, в котором перечислены только сексуальные формы гендерного насилия:

А. регулярные побои, унижение, ограничение финансов, принудительный половой контакт, калечащие операции на женских половых органах

В. оскорбление, унижение личного достоинства, сексуальное рабство, сексуальные домогательства, торговля людьми в целях принудительной проституции

С. операции на половых органах, проституция, принудительный аборт, избиение, присвоение денежных средств, лишение лица с инвалидностью необходимых ему вещей

D.принудительная беременность, принудительная проституция, принудительная стерилизация, калечащие операции на женских половых органах, тесты на девственность.

Е. принудительный сексуальный половой контакт, принудительная проституция, принудительная стерилизация, утаивание еды, ограничение свободы передвижения.

**Вопрос 20.** Повторные визиты после эпизодов сексуального насилия через 1 месяц предусмотрены для:

А. Первичной профилактики ИППП, обязательной вакцинации от гепатита В

В.Для выявления нежелательной беременности, контроля проведения полного курса профилактики ИППП, тестирования на ВИЧ

С. Назначения экстренной контрацепции для профилактики нежелательной беременности

D. Назначения постконтактной профилактики ВИЧ

Е. Назначения профилактики столбняла, постконтактной профилактики ВИЧ, профилактике ИППП и нежелательной беременности

Ключи к тестовым вопросам

к занятию 1 **«**Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)**»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | B | **11** | D |
| **2** | E | **12** | A, C, Е |
| **3** | A, C, D | **13** | B |
| **4** | B | **14** | Е |
| **5** | C | **15** | A |
| **6** | E | **16** | B |
| **7** | B | **17** | C |
| **8** | C | **18** | C |
| **9** | C | **19** | D |
| **10** | D | **20** | B |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия»

**Вопрос 1.** Особенностью применения контрацепции у подростков, в связи с большой распространенностью ИППП и ВИЧ является:

1. Использование барьерных методов
2. Использование «двойного метода» - КОК одновременно с презервативами
3. Использование презервативов и спермицидов
4. Использование КОК и ВМС
5. Использование презервативов и ЕПС

**Вопрос 2.** Пациентка 35 лет, обратилась в ПМСП для прерывания беременности, которая наступила в результате сексуального насилия. Последняя менструация 5 недель назад. При влагалищном исследовании: матка увеличена до 4-5 недель, мягковатая. Правые придатки утолщены, отёчные, безболезненные, левые Придатки с обеих сторон без особенностей. Пациентка настаивает на проведении медикаментозного аборта. Действия врача:

1. Проведение медикаментозного аборта сразу на данном приеме
2. Проведение выскабливания полости матки (кюретаж) после тщательного обследования
3. Проведение антибактериальной терапии в течении 1 недели, с последующим медикаментозным абортом
4. Пригласить пациентку на прием через 2-3 недели объяснив женщине, что сейчас рано проводить процедуру прерывания беременности
5. Обследование, проведение консультирования, с последующим проведением медикаментозного аборта

**Вопрос 3.** Наиболее частая патология мочевыводящих путей при заболеваниях гениталий у молодых женщин:

* 1. мочекаменная болезнь
  2. уретрит
  3. пиелонефрит
  4. дивертикул уретры
  5. гломерулонефрит

**Вопрос 4.** Метод экстренной контрацепции Юзпе подразумевает назначение следующих препаратов (выберите правильный ответ):

* 1. Левоноргестрел 1 табл – 1,5 мг, повторить через 12 часов
  2. Левоноргестрел 1 табл – 1,5 мг, однократно
  3. Этинилэстрадиол(30мкг)+Левоноргестрел (0,15мг) Принять 4 таблетки однократно
  4. Этинилэстрадиол(30мкг)+Левоноргестрел (0,15мг) Принять 4 таблетки, повторить через 12 часов
  5. Левоноргестрел 1 табл-0,75 мг однократно

**Вопрос 5.** Гонорейную этиологию воспалительного процесса в области придатков матки можно предположить:

* + 1. при наличии двустороннего сальпингоофорита
    2. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с эндоцервицитом (у женщин, у которых было 2 родов, аборт)
    3. при сочетании двустороннего сальпингоофорита с уретритом, бартолинитом
    4. При сочетании эндометрита и кисты яичника
    5. При сочетании вульита и повышении температуры тела до 38С

**Вопрос 6.** Выберите верные утверждения для таблеток экстренной контрацепции

1. обеспечивают надежное предохранение от нежелательной беременности в случае, если принимаются в течении 5 дней после полового акта
2. после приема данных таблеток можно плавно перейти на другой метод контрацепции
3. данные препараты не прерывают уже имеющуюся беременность
4. это безопасный и эффективный метод контрацепции, который можно использовать даже тем женщинам, которым противопоказаны гормональные методы контрацепции
5. Все ответы верны

**Вопрос 7.** Для трихомонадного кольпита наиболее типичные выделения:

1. белые, творожистые
2. серые с аминным запахом
3. прозрачные, слизистые
4. желтозеленые пенистые
5. серозные с прожилками крови

**Вопрос 8. Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции включает в себя:**

1. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится тем врачом, который присутствует при обращении пациента, при аварийных ситуациях прием двух антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.
2. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.
3. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием двух антиретровирусных препаратов в течение 28 дней.
4. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом только в тех случаях, когда пациент уверен, что имел контакт с ВИЧ позитивных человеком
5. назначение АРТ при аварийной ситуации проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, при аварийных ситуациях прием трех антиретровирусных препаратов в течение 8 дней.

**Вопрос 9.** Острое воспаление органов малого таза следует дифференцировать со следующими заболеваниями, кроме:

* + 1. Острого аппендицита
    2. Субсерозной миомы матки
    3. Острой инфекции мочевыводящих путей
    4. Перекрута ножки опухоли яичника
    5. Внематочной беременности

**Вопрос 10**. На прием к врачу гинекологу пришла пациентка, подвергшаяся сексуальному насилию 48 часов назад, выберите метод для экстренной контрацепции

1. Назначение препаратов Мифепристон 200 мг, затем через 24 часа Мизопростол 800 мкг внутрь
2. Этинилэстрадиол(30мкг)+Левоноргестрел (0,15мг) Принять 4 таблетки однократно
3. Левоноргестрел 1 табл – 1,5 мг
4. Добровольная хирургическая стерилизация
5. Выскабливание полости матки

**Вопрос 11.** Преимущественно половой путь передачи инфекции характерен для:

1. Хламидий
2. Вируса простого герпеса тип I
3. Трихоманад
4. Кандид
5. Стрептококков

**Вопрос 12.** Возбудители хламидийной инфекции - это:

1. Вирусы
2. Грамотрицательные бактерии
3. Гельминты
4. Грамположительные бактерии
5. Микроорганизмы, занимающие промежуточное положение между грамотрицательными бактериями и вирусами

**Вопрос 13**. В лечении **хламидиоза, гонореи и трихомониаза из** перечисленных антибиотиков эффективны сочетания:

1. Сумамед, Пенициллин, Дексаметазон
2. Эритромицин, Тетрациклин, Метронидазол
3. Цефтриаксон, Азитромицин, Метронидазол
4. Клиндамицин, Ампициллин, Клотримазол
5. Цефтриаксон, Доксициклин, Клотримазол

**Вопрос 14.** Критерии этиологической излеченности трихомониаза:

1. Благоприятные результаты клинического и лабораторного исследований в течение 2–3 менструальных циклов
2. Отсутствие клинических проявлений трихомонадной инфекции
3. Отсутствие трихомонад при исследовании выделений из уретры, влагалища и прямой кишки сразу после окончания лечения
4. Отсутствие трихомонад при исследовании выделений из уретры, влагалища и прямой кишки через 7 дней после окончания лечения
5. Все выше перечисленные

**Вопрос 15.** Наиболее типичной формой гонореи у девочек является:

1. Хроническая
2. Торпидная
3. Рецидивирующая
4. Острая
5. Свежее

**Вопрос 16.** Особенности назначения постконтактной профилактики ВИЧ, выберите правильные ответы:

1. Это короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования.
2. Назначается, если Женщина подверглась насилию группой лиц
3. Если после незащищенного полового контакта прошло более 2-х недель
4. назначение АРТ проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, прием трех антиретровирусных препаратов в течение 18 дней
5. назначение АРТ проводится врачом –инфекционистом центра по профилактике и борьбе со СПИД, прием трех антиретровирусных препаратов в течение 18 дней

**Вопрос 17.** Выберите правильное утверждение, соответствующееэкстренной профилактика вирусного гепатита В:

1. лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются, так как считается, что они уже профилактированы
2. Назначается, если Женщина подверглась насилию группой лиц
3. Взрослые лица, не привитые против ВГВ прививаются по следующей схеме: 0-2-12
4. если лицо, пережившее случай насилия не иммунизировано, немедленно (не позднее 72 часов от момента контакта) проводится специфическая иммунопрофилактика против гепатита В
5. если лицо, пережившее случай насилия не иммунизировано, немедленно (не позднее 24 часов от момента контакта) проводится специфическая иммунопрофилактика против гепатита В

**Вопрос 18.** Пациентка Р., 22 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные пенистые бели с неприятным запахом, жжение, зуд в области наружных половых органов, чувство тяжести во влагалище. Больна в течение недели. Две недели тому назад имела случайное половое сношение.

При осмотре в зеркалах: резкая гиперемия слизистой оболочки влагалища, ярко-красная пятнистность, выраженная мацерация эпителия. Выделения желтовато-зеленого цвета, жидкой консистенции, пенистого вида. В наружной части мочеиспускательного канала.

Диагноз, лечения пациентки.

1. Трихомонадный кольпит. Метронидазол 2г однократно
2. Трихомонадный кольпит. Метронидазол 2г один раз в день 7 дней
3. Гонорейная инфекция. Цефтриаксон 1г в/м 7 дней
4. Урогенитальный хламидиоз. Доксициклин 100 мг по 1т\*2 раза в день 10 дней
5. Урогенитальный хламидиоз. Азитромицин 1г внутрь однократно

**Вопрос 19.** Пациентка пришла на контрольный визит через 1 месяц после случая сексуального насилия. Какую профилактику нужно провести

1. Назначить пост контактную профилактику ВИЧ
2. Провести ревакцинацию по гепатиту В
3. Назначить препараты для профилактики нежелательной беременности
4. Провести пост контактную профилактику сифилиса
5. В данный визит проводится только дотестовое консультирование по ВИЧ

**Вопрос 20.** Пациентка, инвалид по слуху, пришла на контрольный визит через 2 недели после случая сексуального насилия. Какие особенности приема будут в данном случае? почему?

1. Необходимо на данном приеме назначить пост контактную профилактику ВИЧ, поэтому нужен психолог для правильного восприятия пациенткой информации
2. На данном приеме обсуждаются результаты тестов, учитывая особые потребности пациентки, необходимо говорить очень громко для повышения качества коммуникации
3. На данном приеме обсуждаются результаты тестов, учитывая особые потребности пациентки, необходимо пригласить на помощь сурдопереводчика для повышения качества коммуникации.
4. На данном приеме обсуждаются план лечения от ИППП и ВИЧ, учитывая особые потребности пациентки, необходимо пригласить на помощь сурдопереводчика для повышения качества коммуникации
5. На данном приеме обсуждаются необходимость назначения экстренной контрацепции, учитывая особые потребности пациентки, необходимо пригласить на помощь сурдопереводчика для повышения качества коммуникации

Ключи к тестовым вопросам

к занятию 2 **«**Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия**»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | B | **11** | A |
| **2** | E | **12** | E |
| **3** | B | **13** | C |
| **4** | D | **14** | A |
| **5** | C | **15** | C |
| **6** | E | **16** | A,B,E |
| **7** | D | **17** | E |
| **8** | B | **18** | A |
| **9** | B | **19** | B |
| **10** | A | **20** | C |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью»

**Вопрос 1.** Медикаментозный аборт проводится путем приема препаратов:

А. мифепристон и мизопростол

В.мифепристон и окситоцин

С. мифепристон и дексаметазон

D. мифепристон и нифедипин

Е. мифепристон и микрофоллин

**Вопрос 2.** Перечень основных диагностических мероприятий для медикаментозного аборта:

А. анализ крови (гемоглобин, гематокрит), группа крови и резус фактор, УЗИ органов малого таза

В.анализ крови (гемоглобин, гематокрит), коагулограмма, ЭКГ

С. анализ крови (гемоглобин, гематокрит), УЗИ органов малого таза, ЭКГ

D. анализ крови (гемоглобин, гематокрит), мазок на степень чистоты

Е. анализ крови (гемоглобин, гематокрит), флюрография, УЗИ органов малого таза.

**Вопрос 3.** Укажите наиболее безопасный метод прерывания беременности:

А. медикаментозный аборт

В.выскабливание полости матки

С. Вакуум- аспирация (мини - аборт)

D. амниоцентез с интраамниальным введением гипертонических растворов

Е. малое кесарево сечение

**Вопрос 4.** Медикаментозное прерывание беременности в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического уровня предусматривает сколько визитов к врачу:

А. 3

В.2

С. 1

D. 4

Е. 5

**Вопрос 5.** Абсолютное противопоказание к медикаментозному аборту:

А. подозрение на внематочную беременность

В.резус отрицательный фактор крови

С. отягощенный акушерский анамнез

D. гепатит В, С

Е. миома матки небольших размеров

**Вопрос 6.** Схема медикаментозного аборта до 7 полных недель беременности (49 дней аменореи):

А. мифепристон 200мг перорально, спустя 36-48ч мизопростол 800мкг перорально или интравагинально однодкратно

В.мифепристон 200мг перорально, спустя 10-12ч мизопростол 600мкг перорально или интравагинально однодкратно

С. мифепристон 200мкг перорально, спустя 36- 48ч мизопростол 600мг перорально или интравагинально однодкратно

D. мифепристон 200мг перорально, спустя 36- 48ч мизопростол 200мкг перорально или интравагинально однодкратно

Е. мифепристон 200мг перорально, спустя 36- 48ч мизопростол 200мкг перорально или интравагинально через каждые 3 часа, но не более 5 доз

Вопрос 7. Противопоказание к применению простагландинов:

А. период лактации

В.возраст старше 35 лет

С. курение (менее 10 сигарет в день)

D. уровень гемоглобина от 101-109г/л

Е. токсикоз первой половины беременности

**Вопрос 8.** Наиболее рациональный метод контрацепции для реабилитации женщин после медикаментозного прерывания беременности:

А. гормональные методы

В.внутриматочные средства

С. барьерные методы

D. добровольная хирургическая стерилизация женщины

Е. естественные методы планирования семьи

**Вопрос 9.** Медикаментозное прерывание беременности проводиться до какого срока:

А. до 22 недель беременности

В.до 49 дней аменореи

С. до 12 недель беременности

D. до 10 недель беременности

Е. до 20 недель беременности

**Вопрос 10.** Назовите первую страну, выдавшую лицензию на применение Мифепристона совместно с простагландином для проведения прерывания беременности на ранних сроках:

А. Франция

В. Россия

С. Индия

D. Испания

Е. Никарагуа

**Вопрос 11.** Начавшийся медикаментозный аборт характеризуется:

A. болями внизу живота

B. кровянистыми выделениями

C. признаками размягчения и укорочения шейки матки

D. отхождением элементов плодного яйца

E. изменением размеров матки

**Вопрос 12.** Эффективность медикаментозного аборта достигает:

A. 70-75%

B. 95-98%

C. 85-90%

D. 50%

Е. 55-60%

**Вопрос 13.** Мини - аборт ...

A. может быть выполнен в амбулаторных условиях

B. производится при задержке менструации до 56 дней

C. производится с помощью специальной канюли

D. не имеет осложнений

Е. приводит к бесплодию в 90% случаев

**Вопрос 14.** Сперматозоиды после проникновения в матку и маточные трубы сохраняют способность к оплодотворению в течение:

1. 6-12 часов
2. 24-48 часов
3. 3-5 суток
4. 10 суток
5. до 2х недель

**Вопрос 15.** Выберите противопоказания для прерывания беременности медикаментозным методом:

1. беременность, возникшая на фоне воспаления;
2. **гормонально-зависимые опухоли;**
3. **период лактации;**
4. **сахарный диабет**
5. **многоплодная беременность**

**Вопрос 16**. Для прерывания беременности по желанию женщины необходимо:

**A. информированное добровольное письменное согласие пациентки;**

B. психиатрическое освидетельствование;

C. согласие биологического отца;

D. согласие родственников

Е. справка с наркологического диспансера

**Вопрос 17.** Мифепристон обладает:

**A. высоким сродством к рецепторам прогестерона;**

B. высоким сродством к рецепторам эстрогена;

C. низким сродством к рецепторам прогестерона;

D. низким сродством к рецепторам тестостерона

Е. контракционным действием на матку

**Вопрос 18.** Противопоказания для прерывания беременности медикаментозным методом:

1. беременность сроком менее 63-х дней аменореи;
2. **надпочечниковая недостаточность;**
3. наследственная порфирия;
4. **подозрение на внематочную беременность**
5. **многоплодная беременность**

**Вопрос 19.** Противопоказаниями для прерывания беременности медикаментозным методом являются:

A. анемия (уровень гемоглобина 110 г/л);

**B. артериальная гипертензия**

**C. бронхиальная астма**

**D. глаукома**

E. аллергические реакции на антибиотики

**Вопрос 20.** Возможные риски, характерные только для прерывания беременности методом вакуум аспирации являются:

A. инфекционно-воспалительные осложнения

**B.** кровянистыми выделениями

**C.** перфорация матки с повреждением матки, яичников, других соседних органов

**D.** прогрессирующая беременность

E. аллергические реакции

Ключи к тестовым вопросам

к занятию 3 **«**Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью**»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | А | **11** | В |
| **2** | А | **12** | В |
| **3** | А | **13** | С |
| **4** | А | **14** | В |
| **5** | А | **15** | В, С, D |
| **6** | А | **16** | А |
| **7** | А | **17** | А |
| **8** | А | **18** | B, D |
| **9** | А | **19** | B, C, D |
| **10** | А | **20** | C |

## **Задания к практическим занятиям к блоку 2 «Сексуальное насилие»**

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Основные принципы оказания помощи лицам, пережившим насилие (сексуальное насилие)».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** Листы со статистическими данными по динамике рождаемости в стране, гинекологической заболеваемости и ИППП и ВИЧ, по абортам и контрацепции, по беременности у подростков

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**Обучающиеся делятся на 3 группы, для каждой раздаются разные задания:

1 группа: Какие есть международные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья?

2 группа: Какие национальные правовые документы в области репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья есть в РК? Какие группы населения могут воспользоваться конкретными определенными документами?

3 группа: Какие последствия на репродуктивное здоровье и здоровье в целом могут быть от гендерного насилия?

Раздайте участникам руководство для обучающихся, листы со статистическими данными по динамике рождаемости в стране, гинекологической заболеваемости и ИППП и ВИЧ, по абортам и контрацепции, по беременности у подростков.

После обсуждения вопросов по группам в течении 5 минут, обсудите те выводы и знания, к которым пришли участники групп и запишите резюме на флип-карте.

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** мозговой штурм

**Инструмент:** -

**Выделенное время на задание**: 15 мин

**Задание практического задания:** Провести мозговой штурм с участниками, как они понимают слово: *консультирование*, попросить одного студента записать это на флип-карте и затем выделить общие слова и фразы. Дайте свой ответ. Попросите участников перечислить черты эффективного консультанта, покажите слайд с перечислением качеств хорошего консультанта:

*Задайте вопрос:* Как вы думаете, в чем особенность консультирования лиц, перенесших гендерное насилие?

*Задайте вопрос:* Как вы думаете, в чем особенность консультирования лиц с инвалидностью по зрению и слуху?

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №1 «Случай 1»**

**Условие:** При консультации пациентки на приеме в поликлинике, вы заподозрили, что пациентка подвергается сексуальному и физическому насилию со стороны своего партнера.

**Вопросы для обсуждения:** Обсудите план реагирования и ваши действия

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №2 «Случай 2»**

**Условие:** Врач выявил признаки сексуального насилия в отношении несовершеннолетней девочки. Насилие систематически осуществляет отчим. Девочка боится говорить об этом. Мама отрицает возможность такого.

**Вопросы для обсуждения:**

Как должен поступить врач в таком случае?

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №3 «Случай 3»**

**Условие:** Врач на приеме обнаружил признаки физического насилия в отношении своей пациентки 38 лет. На вопрос о ГН пациентка сказала: «да, мой муж меня часто бьет», но на предложение доктора помочь, заявить в уполномоченные органы ответила отрицательно, отказавшись дальше отвечать на вопросы и быстро ретировалась.

**Вопросы для обсуждения:**Обсудите план реагирования и ваши действия

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:**

Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №4 «Случай 4»**

**Условие:** При консультации пациентки 25 лет на приеме врачом гинекологом поликлинике по поводу нарушения менструального цикла, врач обратил внимание, что на теле пациентки имеются ссадины на ногах, на теле, на руках. Пациентка сдержанно отвечает на вопросы, ожидая оценки со стороны врача, голос пациентки тихий и неуверенный.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие вопросы можно задать пациентки?
2. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае?
3. Как можно помочь вашей пациентке?

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №5 «Случай 5»**

**Условие:** На прием к детскому гинекологу пришла бабушка с девочкой 14 лет с жалобами на отсутствие менструаций в течении 6 месяцев. При опросе анамнеза у бабушки выясняется, что девочка живет с мамой и отчимом. При осмотре и оценке физического развития, врач замечает ссадины на теле, внутренней поверхности бедер. На вопрос о том живет ли девочка половой жизнью, пациентка замыкается, начинает сильно сжимать пальцы в кулаки.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае?
2. Какие риски гендерного насилия есть в данном случае?
3. Распишите схему реагирования в данном случае

**8. Практическое задание №8**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №6 «Случай 6»**

**Условие:** На прием к гинекологу пришла женщина со своей дочерью 18 лет, которая начала половую жизнь. Мама просит врача незаметно во время осмотра установить ВМК дочери, так как со слов мамы, дочь состоит учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «Шизофрения».

**Вопросы для обсуждения:**

1. Будет ли в данном случае иметь место гендерное насилие?
2. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае? Почему?

**9. Практическое задание №9**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №7 «Случай 7»**

**Условие:** На прием к гинекологу пришла глухонемая пациентка. При объективном осмотре, врач обратил внимание на кровоподтеки кончиков пальцев на предплечьях, наличие признаков ограничения движения с помощью лигатур на запястье, ссадин на внутренней поверхности бедер, ссадин и гематом на наружных половых органах.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какой вид насилия вы подозреваете в данном случае? Почему?
2. Какая особенность приема пациентки рекомендована в данном случае?
3. Каких специалистов дополнительно можно пригласить на прием данной пациентки?
4. Какими приемами можно упростить ваше общение с данной пациенткой для установления более доверительного контакта?

**10. Практическое задание №10**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №8 «Случай 8»**

**Условие:** На прием к гинекологу пришла женщина, работница коммерческого секса, с жалобами на гноевидные выделения из половых путей, которые появились 2 дня назад после незащищенного полового контакта. При осмотре обращают на себя внимание синяки и ссадины на лице женщины, кровоподтеки в области рта, при осмотре гениталий обнаружены ссадины и трещины заднепроходного отверстия и прямой кишки, и наружных половых органов, обширная гематома в области промежности.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Будет ли в данном случае иметь место гендерное насилие? Какая форма насилия? Какой миф о гендерном насилии опровергается в данном случае?
2. Какие риски гендерного насилия есть в данном случае?
3. Распишите схему реагирования в данном случае?

**11. Практическое задание №11**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин

**Клинический случай №9 «Случай 9»**

**Условие:** На повторный прием к гинекологу пришла женщина 75 лет в сопровождении своего сына с жалобами на выделения из половых путей с неприятным запахом, жжение и болезненное мочеиспускание. Пациентка является инвалидом по зрению, живет с сыном, сама в поликлинику не ходит. При осмотре обращает на себя внимание очень истощенный вид пациентки, пациентка подавлена. Во влагалищном мазке обнаружены гонококки и трихомонады.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Что можно заподозрить в данном случае
2. Какие риски гендерного насилия есть в данном случае?
3. Распишите схему реагирования в данном случае?

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Постконтаная профилактика ИППП в случае гендерного насилия. Постконтактная профилактика ВИЧ в случае гендерного насилия».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Группы должны разыграть сценку: врач консультант и пациентка (клинический случай №1). Задача консультанта постараться выяснить небыло ли в данном случае насилия, проконсультировать по вопросу экстренной контрацепции, ответить на вопросы пациентки

**Клинический случай №1 «Пациентка Д»**

**Условие:** К врачу обратилась девушка 21 года. Со слов пациентки у нее 2 дня назад был незащищенный половой контакт, она хотела бы узнать о возможных рисках беременности. При взгляде на пациентку, обращает на себя внимание опущенный взгляд, сильное смущение, нервное перебирание носового платка в руке. Пациентка говорит тихо, прерывисто.

**Вопросы для обсуждения:**

У пациентки следующие вопросы:

1. Высокий ли у меня риск беременности, если использовать метод экстренной принимать контрацепции?

2. Есть ли риск, иметь проблемы с наступлением беременности в будущем, если сейчас я буду использовать методы экстренной контрацепции?

3. Когда мне ожидать следующей менструации?

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №2 «Пациентка М»**

**Условие:** На прием к врачу гинекологу пришла пациентка М. 24 лет, глухонемая. Пациентка написала, что 2 месяца назад стала жертвой сексуального насилия, к врачу и в правоохранительные органы сразу не обратилась, боялась огласки, и методами экстренной контрацепции не воспользовалась. В настоящее время считает себя беременной и хочет прервать беременность.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Скажите, что вам потребуется для качественного консультирования данной пациентки?

2. Имеет ли право данная пациентка на прерывание беременности и до какого срока?

3. Проведите консультирование пациентки для выбора возможного метода прерывания беременности, расскажите о всех плюсах и минусах каждого метода

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №3 «Пациентка А»**

**Условие:** Больная А., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на обильные выделения из половых путей, чувство жжения, зуда в области наружных половых органов и во влагалище, болезненное мочеиспускание. Половую жизнь ведёт с 18 лет, с целью контрацепции принимает КОК. Данные жалобы появились после незащищенного полового контакта с группой лиц, без согласия пациентки 4 дня назад. О произошедшем женщина старается забыть, находится в тяжелом психологическом состоянии. На вопросы отвечает скупо. St.genitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Видны ссадины и гематома у преддверия влагалища. Слизистая вульвы отечная, гиперемированная. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, увлажнена обильными гноевидными выделениями. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев щелевидный, область зева гиперемирована. Тело матки в anteflexio, плотная, подвижная, безболезненная, нормальной величины. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды влагалища глубокие.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените клиническую картину. Какой предварительный диагноз?

2. Круг заболеваний, с чем проводится дифференциальный диагноз

3. Какие факторы риска развития данного заболевания имелись у данной пациентки?

4. Распишите план реагирования, профилактики, дальнейшего наблюдения

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №4 «Пациентка Л»**

**Условие:**На прием к гинекологу пришла пациентка Л. 32 лет. Она призналась врачу, что занимается проституцией, и что обычно использует в качестве контрацепции барьерный метод. Однако, вчера у женщины был незащищенный половой контакт. При осмотре обращает на себя внимание наличие телесных ссадин, кровоизлияний в области наружных половых органов, трещин, ссадин в области заднепроходного отверстия. Выделения из половых путей слизистые.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Имеется ли в данном случае факт насилия? Аргументируйте ваш ответ. Опровержение какого мифа можно проследить в данном клиническом случае?

2. Требуется ли пациентке постконтактная профилактика от ИППП, ВИЧ

3. Распишите схему препаратов для профилактики ИППП

4. Проведите до-тестовое консультирование по ВИЧ данной пациентке

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №5 «Пациентка Ш»**

**Условие:** К вам обратилась пациентка Ш. 39 лет с жалобами на то, что она подверглась насильственному половому акту человеком, у которого ВИЧ-позитивный статус. Пациентка сильно обеспокоена риском инфицирования.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Требуется ли пациентке постконтактная профилактика ВИЧ?

2. Что такое постконтактная профилактика и кто принимает решение о проведении постконтактной профилактики

3. Требуется ли пациентке в данном случае постконтактная профилактика ИППП? Почему?

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №6 «Пациентка А»**

**Условие:** Женщина 23 года, замужем. У нее есть годовалая дочь и в настоящее время пациентка не хочет еще иметь детей. Однако муж настаивает на беременности и рождении следующего ребенка, поэтому не предохранятся сам и запрещает предохранятся пациентке, а когда пациентка отказывает ему в близости, то он принуждает ее силой. Очередной незащищенный половой контакт был 2 дня назад, сразу после завершения менструации.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию. Какая форма насилия присутствует в данном клиническом случае?

2. Возможно ли предотвратить наступление беременности в настоящий момент у данной пациентки?

3. Что бы вы рекомендовали?

4. Какое действие на организм оказывает выбранный вами метод?

5. Какой долгосрочный метод контрацепции вы бы рекомендовали этой пациентке?

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** ролевая игра

**Инструмент:** клинический сценарий, карточка

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Вы даете первую карточку одному игроку. После прочтения, анализа студент отвечает на поставленный вопрос. Только после этого следующий студент получает вторую карточку, и работает с ней. И так далее. Каждому студенту придётся работать с больной в том её состоянии, в которое привёл больную его коллега, сидящий рядом. При этом никаких претензий высказывать соседу нельзя, а нужно эффективно работать с пациенткой в том состоянии, в котором она оказалась.

**Клинический случай №7 «Пациентка Б»**

**Условие:** Женщина 28 лет обратилась к врачу поликлиники с жалобами на боли внизу живота, повышение температуры тела до 37,8, болезненное мочеиспускание. Считает себя больной в течение трёх дней, заболела на восьмой день после незащищенного полового контакта с неизвестным мужчиной. В анамнезе один больничный аборт, в браке не состоит. От беременности предохраняется от случая к случаю. St.genitalis: слизистая влагалища увлажнена обильными гноевидными выделениями Матка не увеличена, безболезненная, придатки с обеих сторон тяжистые, чувствительные. Экспресс-тест на ХГ с мочой отрицательный.

**Вопросы для обсуждения:** Рассмотрение случая, отвечая на вопросы карточки

**Раздаточный материал к практическому заданию №7**

**Карточки для студентов:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ карточки** | **Информация на карточке** |
| 1 | Поставьте наиболее вероятный диагноз данной пациентке при обращении |
| 2 | Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза? |
| 3 | Возможно консервативное лечение в данном случае? |
| 4 | Назначьте базовую терапию данной больной. |
| 5 | Какие антибиотики и в каком режиме целесообразно назначить? |
| 6 | Через сутки состояние больной заметно улучшилось: снизилась температура тела, уменьшились боли в животе. Ваша дальнейшая тактика? |
| 7 | Какой по продолжительности курс лечения вы назначите? |
| 8 | Когда пациентка может быть уверенной что она излечилась |

**Эталоны ответов:**

|  |  |
| --- | --- |
| **№ карточки** | **Информация на карточке** |
| 1 | ИППП, вероятнее всего гонорея, однако возможна и микст инфекция |
| 2 | Мазок на степень чистоты (гонорея, трихоманиаз), ПЦР на хламидиоз |
| 3 | Да, возможно. |
| 4 | Антибактериальная терапия широким спектром. Энтеральный путь введения.  Также необходимо назначить профилактику нежелательной беременности (таблетки экстренной контрацепции) |
| 5 | Комбинированное использование двух или более антибактериальных препаратов синергичного действия. Например цефиксим, азитромицин, метронидазол. |
| 6 | Продолжить лечение согласно протоколам МЗ РК и в зависимости от результатов проведенных лабораторных тестов. Гонококковая инфекция: Цефалоспорины, Аминогликозиды 10-14 дней; Хламидийная инфекция: Тетрациклины, Макролиды, Фторхинолоны 7-21 день; Урогенитальный трихомониаз Метронидазол, Тинидазол  5-7 дней. |
| 8 | Для гонококковой инфекции: Установление излеченности гонококковой инфекции проводится на основании культурального метода исследования или метода амплификации РНК (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) - не ранее, чем через месяц после окончания лечения. |

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Консультирование по вопросам прерывания беременности (до-абортное консультирование; получения информированного согласия; пост-абортное консультирование) пострадавших от гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью».

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая.

1 группа подготовится к консультированию пациентки, пережившей гендерное насилие, по особенностям проведения медикаментозного прерывания беременности

2. группа подготовится к консультированию пациентки, пережившей гендерное насилие, по особенностям обследования и проведения хирургического прерывания беременности

Активное обсуждение вопроса в группах каждым участником. Время на обсуждение 10 минут.

Затем попросить с каждой группы по 1 участнику, который будет врачом и по 1 участнику, который будет играть роль пациента. Проиграть с каждой группой сценку. Время на консультирование по 15 минут с каждой группой (включая обсуждение)

Перед общим обсуждением представить слушателям заранее заготовленный слайд или флип карту с «Правилами информирования женщины о прерывании беременности».

**Клинический случай №1 «Пациентка Д»**

**Условие:**

К врачу обратилась девушка 21 года. Со слов пациентки у нее 2 дня назад был незащищенный половой контакт (сексуальное насилие), она хотела бы узнать о возможных рисках беременности. При взгляде на пациентку, обращает на себя внимание опущенный взгляд, сильное смущение, нервное перебирание носового платка в руке. Пациентка говорит тихо, прерывисто.

**Вопросы для обсуждения:**

У пациентки следующие вопросы:

1. Высокий ли у меня риск беременности, если использовать метод экстренной принимать контрацепции?

2. Есть ли риск, иметь проблемы с наступлением беременности в будущем, если сейчас я буду использовать методы экстренной контрацепции?

3. Когда мне ожидать следующей менструации?

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание:** 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №2 «Пациентка Д»**

**Условие:** На прием к врачу гинекологу пришла пациентка М. 24 лет, глухонемая. Пациентка написала, что 2 месяца назад стала жертвой сексуального насилия, к врачу и в правоохранительные органы сразу не обратилась, боялась огласки, и методами экстренной контрацепции не воспользовалась. В настоящее время считает себя беременной и хочет прервать беременность.

**Вопросы для обсуждения:**

У пациентки следующие вопросы:

1. Скажите, что вам потребуется для качественного консультирования данной пациентки

2. Имеет ли право данная пациентка на прерывание беременности и до какого срока

3. Проведите консультирование пациентки для выбора возможного метода прерывания беременности, расскажите о всех плюсах и минусах каждого метода

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание:** 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №3 «Пациентка Ш»**

**Условие:** На прием к врачу гинекологу обратилась пациентка 27 лет, по поводу нежелательной беременности. Она замужем. Всего беременностей: данная 5-ая, 1 выкидыш 2 года назад, 3 аборта. Данная беременность 4-ая за последние 7 месяцев. Предложенными методами контрацепции пациентка не пользуется. Последняя менструация была 40 дней назад. Тест на беременность положительный. В настоящее время психологическое состояние пациентки очень тяжелое. Пациентка плачет, извиняется за то, что опять пришла на аборт, она хочет ребенка, но супруг отказывается иметь детей и не разрешает ей предохранятся от беременности. При осмотре врач обращает внимание на ссадины на запястьях, синяки на ногах. St.genitalis: Матка увеличена до 5-6 недель беременности, безболезненная, подвижная. Придатки с обеих сторон без особенностей.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию. Как вы считаете есть ли в данной ситуации признаки гендерного насилия?

2. Может ли врач на приеме оказать помощь данной пациентке?

3. Какой сценарий возможет далее в данной ситуации

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание:** 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №4 «Пациентка А»**

**Условие:** На прерывание беременности, наступившей после сексуального нападения, пришла женщина с инвалидность детства по зрению. Из предложенных методов прерывания беременности, пациентка выбрала вакуум-аспирацию. Срок беременности 6 недель.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию. Как вы считаете какие особые потребности необходимо учитывать при проведении процедуры прерывания беременности?

2. Проведите все этапы консультирования для данного случая

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание:** 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №5 «Пациентка Л»**

**Условие:** На прием к врачу гинекологу пришла пациентка, которой была проведена процедура прерывания нежелательной беременности медикаментозным способом 3 дня назад. Пациентку беспокоят выделения из половых путей с неприятным запахом, тянущие боли внизу живота, субфебрильная температура.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию. Как предварительный диагноз вы выставите?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?

3. Ваша тактика?

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание:** 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2 группы для обсуждения клинического случая. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

**Клинический случай №6 «Пациентка О»**

**Условие:** После того как от вас ушла пациентка после прерывания беременности, наступившей в результате сексуального насилия, в кабинет врывается ее родственница, которая является медицинским работником, и требует рассказать причину ее обращения к вам.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Оцените ситуацию. Ваши действия?

2. Какое развитие сценария возможно далее для данной пациентки? Чем можно ей помочь?