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 «Сестринское дело» (бакалавриат)*

**Астана**

**2023**

**УДК: 614.2**

**ББК: 514**

**Б21**

**Рецензент:**

**Умбетжанова А.,** PhD, доцент, кафедра Общей врачебной практика с курсом доказательной медицины

**Б21 Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия:** **Методические рекомендации для преподавателей по специальности «Сестринское дело» (бакалавриат)**/ Болатбекова А., Граф М., Ешманова А.// Астана: Фонд народонаселения ООН, 2023. – 129с.

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 насилие; реагирования и перенаправления при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Данное пособие предназначено для профессорско-преподавательского состава организаций медицинского образования и молодых специалистов отрасли.

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)

@ 2023

Содержание

[**Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 4](#_Toc153200511)

[**Учебный материал к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случат гендерного насилия»** 8](#_Toc153200512)

[Занятие 1. «Гендерное насилие» 8](#_Toc153200513)

[Занятие 2. «Выявление случаев гендерного насилия» 25](#_Toc153200514)

[Занятие 3. «Сестринская помощь лицам пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи» 41](#_Toc153200515)

[1. Занятие 4. «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях» 57](#_Toc153200516)

[Занятие 5. «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП» 72](#_Toc153200517)

[**Оценка учебных достижений** 93](#_Toc153200518)

[**Тестовые задания к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 94](#_Toc153200519)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилие» 94](#_Toc153200520)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия» 98](#_Toc153200521)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Сестринская помощь лицам, пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи» 101](#_Toc153200522)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях» 106](#_Toc153200523)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП» 110](#_Toc153200524)

[**Задания к практическим занятиям модуля «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 1](#_Toc153200525)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилие». 1](#_Toc153200526)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 2 «Выявление случаев гендерного насилия». 3](#_Toc153200527)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Сестринская помощь лицам, пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи». 7](#_Toc153200528)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях». 10](#_Toc153200529)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП». 14](#_Toc153200530)

[**Сокращения** 1](#_Toc153200531)

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

**Цель программы:** ознакомление с принципами оказания медицинской помощи на уровне ПМСП лицам, перенесшим гендерное насилие со стороны медицинской сестры; 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:
* Определения «гендерного насилия»
* Виды гендерного насилия
* Роль медицинского работника в реагировании на гендерное насилие
* Признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью
* Механизм выявления случаев гендерного насилия
* Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие
* Система реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия.
* Система перенаправления пациентов со случаями гендерного насилия
* Ведение случая насилия на уровне ПМСП со стороны медицинской сестре.

**Согласование ключевых элементов программы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №/п | Результат обучения (навыки) | метод оценки (КИС согласно приложению к ОП) | метод обучения |
| 1 | Демонстрирует навык определения факторов риска подверженности насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 2 | Демонстрирует навык определения вида и формы насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 3 | Демонстрирует навыки выявления признаков гендерного насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 4 | Демонстрирует навыки консультирования лиц, пострадавших от насилия | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 5 | Демонстрировать навык проведения сбора анамнеза | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 6 | Демонстрировать навык проведения осмотра лиц, подвергшихся насилию, в том числе с инвалидностью | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 7 | Демонстрирует навык составления плана безопасности для лиц, переживших гендерное насилие | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 8 | Демонстрирует знания системы перенаправления лиц, переживших гендерное насилие, в соответствующие ведомства | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 9 | Демонстрирует знания в ведении случая насилия на уровне ПМСП | Обсуждение клинического случая | Семинар |

**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. Мифы и факты о гендерном насилии. Последствия гендерного насилия. Гендерное насилие уязвимых групп. | 2 | 2 |  |  | 2 | Продемонстрировать понимание работы с лицами, пережившими гендерное насилие |
| 2 | **Выявление случаев гендерного насилия**. Признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью. Механизм выявления случаев гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью. Консультирование лиц пострадавших от насилия, в том числе лиц с инвалидностью. | 2 | 2 |  |  | 2 | Продемонстрировать навык консультирования лиц пострадавших от насилия, в том числе лиц с инвалидностью |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **Сестринская помощь лицам пострадавшим от гендерного насилия обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи.** Первоначальный скрининг насилия: действия медицинской сестры. Действия медицинской сестры, в соответствии с алгоритмом | 2 | 2 |  |  | 2 | Продемонстрировать навык сбора анамнеза лиц, подвергшихся насилия, в том числе лиц с инвалидностью.  Продемонстрировать навык проведения осмотра лиц, подвергшихся насилия, в том числе лиц с инвалидностью |
| 4 | **Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях.** Первичный визит, определение факторов риска возможного гендерного насилия в семье | 2 | 2 |  |  | 2 | Продемонстрировать навык составления плана патронажа семьи |
| 5 | **Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП.**  Алгоритм реагирования при выявлении случая насилия. Медицинская документация, заполняемую в случаях гендерного насилия. Управление рисками возникновения случаев гендерного насилия. Составление плана безопасности. Система перенаправления пациентов со случаями гендерного насилия. Мультисекторальное реагирование и межведомственная координация. | 2 | 2 |  |  | 2 | Продемонстрировать навык реагирования на случаи гендерного насилия.  Продемонстрировать навык ведения медицинской документации  Продемонстрировать навык составления плана безопасности для лиц, подверженных насилию на уровне ПМСП |
|  |  | **10** | **10** |  |  | **10** |  |
|  | **Всего:** | **30 часов** | | | | |  |

**Оценка учебных достижений слушателей**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид контроля | Методы оценки |
| Текущий | тестирование знаний по разделам, ситуационные задачи |
| Рубежный (при необходимости) | не требуется |
| 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 |

## **Учебный материал к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случат гендерного насилия»**

### Занятие 1. «Гендерное насилие»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 1 «Гендерное насилие»**

**Цель занятия:** ознакомить с понятиями, видами и формами гендерного насилия, а также последствиями их

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятия 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 и пожилых людей, особые формы

последствия гендерного насилия для здоровья людей, в том числе для лиц с инвалидностью, для пожилых пациентов.

**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)

определять имеющиеся риски возникновения насилия

уметь опровергнуть мифы реальными фактами

определить вид насилия у уязвимых групп людей.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Понятие «Гендерное насилие». Определение и термины.
2. Виды и формы гендерного насилия.
3. Модели возникновения насилия.
4. Распространённость гендерного насилия (мировая практика и в Республике Казахстан).
5. Мифы и факты о гендерном насилии.
6. Последствия гендерного насилия.
7. Гендерное насилие уязвимых групп.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 1 «Гендерное насилие».**

**Понятие «Гендерное насилие». Определение и термины**

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].

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 [4].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 [5].

Термин «гендерный» указывает на зависимость возникновения насилия от социально-приписываемых (гендерных) различий между мужчинами и женщинами [6]. 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. [7].

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 [8].

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» [9].

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 [8].

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 [10].

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

Закон РК «О профилактике бытового насилия» [3] 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 от 1993 года, «Гендерное насилие» включает в себя [5]:

* 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) [1]

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 партнёра](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 партнёры) [11].[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) (ВОЗ) 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 [13] | 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 [13] | 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 [14] | 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»   (колесо власти) |
| 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[1].

**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» [15]. 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% [1].

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 [11]. 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** [5]**:**

• 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.

**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 [10]:

**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 [9].

**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% [17]. По данным, собранным в странах Евросоюза, 67% случаев физического насилия и 97% сексуального насилия в отношении женщин совершают мужчины [18]. 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%) [19].

**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 [20]. 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» [9]. 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% [10]. 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 [7]. 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 [21] 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% [21]. 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.

**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.

Исследование, опубликованное ВОЗ[20] 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 (WHO, 2013)

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 [10].

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, пострадавших от насилия, развивается расстройство, называемое **посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)** [13]**.** 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

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 [13].

**Гендерное насилие лиц с инвалидностью по зрению и слуху**

Каждый седьмой человек на планете имеет ту или иную инвалидность, а это около 1 млрд. человек [23]. И от 180 до 220 миллионов из них – молодые люди, и около 80% из них живут в развивающихся странах [23].

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 [24]. 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 [5].

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 [25].

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 [26].

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 [10]:

* 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 [5]:

• 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 [5].

**Барьеры и страхи медицинских работников, в том числе медицинских сестер, которые могут мешать противодействию гендерного насилия.**

Почему проблема гендерного насилия эта проблема здравоохранения?

Во-первых, насилие наносит ущерб здоровью и нередко сопряжено с серьезными телесными повреждениями; в таких случаях пострадавшие обращаются за медицинской помощью.

Во-вторых, медицинские работники могут играть важную роль в предупреждении случаев гендерного насилия, а также оказывать информационную помощь пострадавшим.

В-третьих, медицинское учреждение может быть единственным местом, куда пострадавшая обратилась за помощью

Особую роль в системе государственных институтов, способных оказать помощь женщинам, пострадавшим от насилия, играют медицинские учреждения и именно медицинские сестры, при осмотре лица, перенёсшие гендерное насилие оставшись на едине с медицинской сестрой, могут раскрыться, почувствовав себя в безопасности, также не маловажную роль играет, то что статистически большинство медицинских сестер женщины, что тоже может помочь пациентке раскрыться.

По данным одного из исследований, проведенного американскими учеными, во время анкетирования беременных женщин только 8% пациенток ответили утвердительно на вопрос о том, подвергались ли они насилию. Но когда тот же вопрос был задан врачом, наблюдавшим за течением беременности, около 29% пациенток признались, что подвергались насилию в семье.

Данный факт служит подтверждением того, что посещение врача является одной из наилучших возможностей для выявления имеющего место насилия в семье. Факты жестокого обращения с женщиной может выявить врач бригады скорой медицинской помощи, врач (акушерка) во время осмотров в амбулаторно-поликлинических условиях или на дому. Выявлять эти факты необходимо, поскольку проблема домашнего насилия напрямую соприкасается с проблемой эффективности медицинской помощи и охраны здоровья населения.

Однако исследования Пермского центра против насилия и торговли людьми показывают, что в 69% случаев медицинские работники не знают, как поступить, если к ним на прием придет женщина, пострадавшая от домашнего насилия. В 11% случаев они направят такую пациентку к другому квалифицированному специалисту и лишь в 20% случаев смогут предложить пострадавшей свою помощь. Существующая система медицинского образования не уделяет внимания такой теме, как обучение оказанию помощи пострадавшим от гендерного насилия. Притом, как показывают все те же исследования, чем больше стаж работы врача, тем острее осознание нехватки информации по проблеме гендерного насилия. Это можно объяснить тем, что за длительное время работы врачам приходится сталкиваться с большим количеством пострадавших от гендерного насилия, но невозможность эффективно помочь из-за отсутствия специальной подготовки приводит к снижению оценки своих знаний и опыта работы именно по данной проблеме.

А также необходимо проработать собственные барьеры и страхи медицинских работников, в том числе медицинских сестер.

Основные барьеры оказания помощи лицам, пережившим гендерное насилие:

Собственные убеждения медицинских сестер:

• Не желание «лезть в семейные дела»

• Уверенность в том, что данный акт насилия однократный

• Страх обидеть пациента, предположив насилие со стороны партнера/мужа.

Недостаток знаний и навыков: страх, что пациент, коллеги не верно воспримут интерес к ситуации, например, как любопытство или желание разнести сплетни. Не умение верно передавать информацию.

Ограничение по времени во время приема в поликлинике, а также нагрузка на медицинских сестер.

Личная безопасность, большинство медицинских сестер женского пола и не могут даже физически противостоять агрессорам.

Этичность, соблюдение культурных границ, убежденность, что религиозные каноны или определённые национальные убеждения допускают насилия в сторону женщины.

Медицинские сотрудники обязаны не только оказать помощь, но и проводить просветительскую работу, лица, подвергающиеся насилию – это тоже пациенты, которым необходимо объяснить, как сохранить свое здоровье, а иногда и жизнь.

Помощь пациентке, подвергшейся насилию

Можно выделить несколько этапов в организации помощи пациентке, подвергшейся домашнему насилию.

**Литература:**

1. Насилие в отношении женщин, оценка 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. Женева: ВОЗ, 2021 г.

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

3. Закон РК «О профилактике бытового насилия» от 4 декабря 2009 года №214-IV

4. Веб-сайт Европейский Институт Гендерного Равенства. Ссылка: https://eige.europa.eu/gender-based- violence/what-is-gender-based-violence

5. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 23 декабря 2021 года, протокол №154

6. Межведомственное ведение дел по ГН, 2017 г., опубликовано Руководящим Комитетом GBVIMS, https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2017/04/Interagency-GBV-Case-Management- Guidelines\_Final\_2017.pdf.

7. Конвенция Совета Европы о предупреждении и пресечении насилия в отношении женщин и насилия в семье, https://rm.coe.int/168008482e.

8. 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)

9. Декларация по искоренению 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

10. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии/сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА 2014

11. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002.

12. World Health Organization. Understanding and addressing intimate partner violence, 2017

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

14. 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. – 112 с

15. Доклад о положении дел в мире в сфере профилактики насилия, 2014 г.

16. Responding to Children and Adolescents Who have been sexually abused, WHO Recommendations, 2017 https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241550147

17. 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

18. Всемирный доклад 2014: Европейский союз. Ссылка: https://www.hrw.org/ru/world-report/2014/country-chapters/260175

19. UN Special Rapporteur on Violence against Women calls on women and men to unite in times of economic crisis: UN Special Rapporteur VAW, 2009

20. WHO, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO: Geneva, 2013 Ссылка: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\_eng.pdf

21. 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

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. 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]

24. Доклад Совета по правам человека. ООН. 67-ая сессия, «53 (А/67/53), 2012 года. Ссылка: https://www.refworld.org.ru/pdfid/50a0cc252.pdf

25. Доклад Специальный докладчик по вопросу о насилии в отношении женщин, 29-ая сессия, ООН, 2014. Ссылка: https://www.refworld.org.ru/pdfid/5583f6394.pdf

26. 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

### 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, в том числе у лиц с инвалидностью, и правилами консультирования лиц, пострадавших от насилия

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе у лиц с инвалидностью;

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

подходы к построению конструктивного диалога с пациентами, переживших гендерное насилие (минимальные требования к проведению опроса, технология задавания вопросов и др.).

**уметь**

определять признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью;

правильно задавать вопросы пациентам о насилии, в том числе лиц с инвалидностью;

консультировать по вопросам гендерного насилия.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью;
2. Механизм выявления случаев гендерного насилия, в том числе лиц с инвалидностью;
3. Консультирование лиц пострадавших от насилия, в том числе лиц с инвалидностью.

**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.

**Выявление признаков перенесенного насилия**

Важно помнить, что никто не обеспечен иммунитетом против насилия. Любая женщина, независимо от ее статуса, образования и возраста, может оказаться жертвой насилия в семье. Есть, тем не менее, определенные признаки, которые могут послужить ключом к выявлению бытового насилия при проведении обследования и сборе сестриного анамнеза. Возможные признаки домашнего насилия:

1. История инцидента не соответствует типу полученных травм.

2. Между моментом получения травм и сообщением о них имеется значительный промежуток времени. Есть множество причин, по которым лица переживающие бытовое насилие не могут своевременно обратиться за помощью: они могут бояться уйти из дома, пока их партнер все еще пребывает в состоянии ярости, у них может не быть доступа к средствам транспорта или им нужно скрыть факт обращения к врачу. По этим причинам они могут обращаться за консультацией по поводу травм, которые уже начали заживать.

3. Повторяющиеся психосоматические жалобы, не соответствующие органическим заболеваниям (головные боли, боли в груди, сердцебиение, ощущение удушья, онемение и покалывание, нервозность, хронические боли в животе, в области таза, нарушения менструального цикла).

Пациентка может жаловаться на неясные симптомы, такие как утомляемость, сонливость или беспокойство. Бывает очень трудно добиться от нее четкого объяснения, что именно ее беспокоит. Мы можем воспринимать таких пациентов как трудных или проблематичных. Однако на самом деле у них есть вполне реальные, подчас угрожающие жизни заболевания.

Вместе с тем пациентка может нарушать режим медикаментозного лечения, назначенного в связи с хроническим заболеванием. Реальная причина может заключаться в том, что ее партнер не дает ей лекарства. Она может пропускать визиты к врачу из-за противодействия им со стороны партнера.

4. У пациентки могут быть эмоциональные жалобы, включая тревогу, приступы паники, нарушения сна, нервозность, депрессию, жалобы на трудности в уходе за детьми или неконкретные жалобы на семейные проблемы.

5. Могут проявляться признаки алкоголизма или злоупотребления наркотиками, включая седативные и анксиолитические средства по рецепту врача, как способ справиться с насилием.

6. Попытки самоубийства или депрессия.

Нужно быть начеку в отношении любой травмы, полученной во время беременности. Практика работы с проблемой домашнего насилия подтверждает, что именно во время беременности, когда женщина наиболее уязвима, партнер может начать прибегать к насилию, либо (если он и раньше его проявлял) акты насилия могут стать более жестокими. Жестокое обращение в период беременности угрожает не только здоровью женщины, но и исходу беременности. У женщин – переживающих насилие - могут быть выкидыши, преждевременные роды, рождение ребенка с низким весом и травмы плода.

Другие проблемы, связанные с беременностью, такие как злоупотребление наркотиками, плохое питание, депрессия, позднее обращение и нерегулярное дородовое наблюдение у врача, также должны подтолкнуть врача к выяснению возможного бытового насилия. У женщины в анамнезе могут быть и множественные аборты, к которым ее принуждал партнер.

8. Признаки посттравматического стресс-синдрома. Такие симптомы, как повышенная возбудимость, нарушение сна, раздражительность, трудность в концентрации внимания, чрезмерная настороженность, указывают на возможность посттравматического стресс-синдрома. Кроме того, у пациентки может наблюдаться притупление общей реакции, избегание провоцирующих факторов, связанных с травмой, или навязчивое повторное переживание травмы, включая повторяющиеся сны и воспоминания.

9. Поведение пациентки может быть ключом к выявлению насилия. Пациентка может преуменьшать степень насилия со стороны своего партнера или казаться безразличной к своим травмам независимо от их тяжести. Она может выглядеть запуганной, пристыженной, быть уклончивой или чувствовать себя неловко. Она может проявлять неоправданную эмоциональность в отношении мелких травм. В ходе опроса она может закрывать глаза или избегать встречаться глазами с врачом. Она может вздрагивать, когда открывается дверь или кто-то входит в комнату. Возможна и обратная ситуация. Пациентка может вести себя уверенно, даже агрессивно, но за внешней бравадой часто скрывается попытка компенсировать униженное положение в семье.

10. Поведение сопровождающего лица. Если насильник сопровождает женщину на прием к врачу, он может демонстрировать самую глубокую озабоченность ее здоровьем. Он настаивает на своем присутствии в течение всего времени приема, держит спутницу за руку и не отходит от нее ни на шаг. Когда вы задаете ей вопрос, отвечает он. Она и не делает попытки ответить сама. Иногда совершивший избиение мужчина может проявлять враждебность или гнев по отношению к ней или врачу во время визита. Однако чаще он будет изображать любящего мужа, озабоченного лишь тем, чтобы его жена получила максимум врачебного внимания.

11. Данные физического обследования. Лица, переживающие насилие часто пытаются скрыть следы избиений под длинными рукавами и высокими воротниками, за темными очками или под толстым слоем косметики.

Травмы, полученные в результате насилия, могут иметь картину "центрального расположения", т. е. располагаются в области лица, шеи, грудной клетки, молочных желез, живота и гениталий.

Следует учитывать, что определенные виды травм не могут быть получены в результате несчастного случая.

Шишки на голове, полученные в результате несчастного случая, обычно расположены на лбу или в верхней затылочной области, но не сбоку головы или на макушке. Многие домашние обидчики намеренно бьют свою партнершу по голове, чтобы не было видимых травм.

Ненамеренные кровоподтеки на ногах обычно бывают на внешней поверхности ноги, синяки же на внутренней стороне рук и ног очень похожи на травму, полученную в результате насилия.

Подозрительны также травмы, возможно, полученные в оборонительной позиции, такие как синяки на локтевой поверхности предплечья. Множественные травмы в разной стадии заживления говорят о возможном физическом насилии, происходившем на протяжении длительного периода времени, чаще всего при жестоком обращении со стороны партнера.

Любую травму, полученную женщиной в период беременности, следует изучить, чтобы установить, не была ли она результатом бытового насилия. Как уже говорилось выше, часто первые проявления насилия в семье случаются именно во время беременности, когда женщина наиболее беззащитна.

12. Данные рентгена могут показать старые переломы, о которых врач и не подозревал, как это происходит также и в случаях жестокого обращения с детьми.

13. История болезни (вся медицинская документация) может являться другим ценным источником информации о пациентке. Документированные многократные посещения отделения скорой помощи или подробные обследования, не дающие никаких определенных диагностических результатов, по поводу функциональных жалоб, таких как боли в животе или в области таза, должны подтолкнуть врача к расследованию возможного бытового насилия. У больной, может быть, в анамнезе "склонность" к несчастным случаям.

**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**

Медицинская сестра должна 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 – медицинской сестры.
* 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» [2] - 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 [2]». 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** [7]:

* 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 сестры могут использовать следующие критерии, чтобы определить, насколько безопасно спрашивать о гендерном насилии [8]:

* Во-первых, необходимо убедиться, что есть уединенное помещение для конфиденциального разговора. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.
* Медицинские сестры не должны расспрашивать женщину о гендерном насилии в присутствии семьи, друзей или детей старше 2 лет.
* 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**[8]**:**

* Избегайте помощи членов семьи, которые готовы выступить в качестве переводчика.
* Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно при переводчике.
* 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.

**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 [8]**:**

* *«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 [8]:

* *«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** [9] **(советы по активному слушанию):**

* 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** [9]

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 медицинских работников 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.

*«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 пациент?»*

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.

**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. Оказание сестринской помощи жертвам гендерного насилия. Практическое руководство. Умбетжанова А.Т., Исатаева Н.М., Муканова Ш.Н. //Нур-Султан: – 55 с.

8. 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

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

:

### Занятие 3. «Сестринская помощь лицам пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 3 «Сестринская помощь лицам пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи»**

**Цель занятия:** обсудить и освоить рекомендации по оказанию сестринской помощи лицам пострадавшим от гендерного насилия, которые обратились за первой медицинской помощью

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

алгоритм действия медицинской сестры при оказании помощи.

алгоритм обращения в правоохранительные органы.

правила соблюдение конфиденциальности, норм этики, проявление эмпатии.

**уметь**

составлять план сестринских вмешательств;

проводить физикальный осмотр соблюдая нормы этики и проявляя эмпатию.

проводить сестринские вмешательства.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Первоначальный скрининг насилия: действия медицинской сестры
2. Медицинская помощь женщинам, пострадавшим от насилия (в течение первых 5 дней после насилия): сбор анамнеза; медицинский осмотр; сестринские вмешательства.
3. Экстренная помощь пострадавшим от гендерного насилия (экстренная контрацепция, ВИЧ, ВЧП, ИППП, гепатит В, столбняк)
4. Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 3 «Сестринская помощь лицам пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи».**

**Первоначальный скрининг насилия: действия медицинской сестры.**

Все медицинские работники, особенно медицинские сестры, часто являются первыми контактами с жертвами гендерного насилия, именно поэтому, они играют важную роль в предотвращении гендерного насилия, а также в раннем выявлении, обеспечении качественного ухода за жертвами и в борьбе с этой всемирной проблемой общественного здравоохранения.

Уровень выявления гендерного насилия в Казахстане низок, поэтому срочно необходимы медицинские работники, прошедшие подготовку по вопросам гендерного насилия, чтобы оказать адекватную помощь жертвам. Учитывая потенциальное влияние будущих медицинских сестер на снижение гендерного насилия, медицинские сестры расширенной практики могут внести свой вклад в предотвращение, выявление и вмешательство жертв гендерного насилия. Таким образом, они должны быть готовы реагировать на этот вид насилия.

Роль медицинской сестры заключается в первоначальном скрининге насилия, направление и вызов врача, документирование, забор анализов на инфекции, оказание сестринского ухода, экстренная профилактика инфекций, передаваемых половым путем и беременности, согласно врачебным назначениям, психологическая поддержка, обеспечение безопасности, обращение в правоохранительные органы при необходимости, передача информации на следующий уровень с соблюдением конфиденциальности, реагирование в соответствии с принятым алгоритмом, обеспечение информацией относительно служб психологической и социальной поддержки.

Алгоритм действия медицинской сестры при оказании экстренной помощи жертвам гендерного насилия:

**1. Убедится в безопасности:** самое важное сначала обеспечить собственную безопасность и безопасность жертвы. Осмотр и прием совершеннолетних лиц должен проводится в уеденном безопасном месте, присутствие посторенних лиц запрещено.

**2. Поддержка и успокоение**: необходимо обеспечить эмоциональную поддержку и успокоить, выслушать, важно не заставлять женщину говорить, проявляя понимание и сострадание и не допуская осуждения или каких-либо критических высказываний (например: «Ну вот теперь понятно, сама ж виновата», «Могли б конечно промолчать» и т.д.).

**3. Оценка состояния:** необходимо провести медицинскую оценку состояния жертвы, включая выявление физических травм или других медицинских проблем. Скрининг насилия проводится тогда, когда это имеет клиническое значение -инструменты скрининга SAFE, HIT

**4. Медицинская помощь:** предоставить неотложную медицинскую помощь, включая остановку кровотечений, обработку ран, предоставление первой помощи в случае удушья или переломов.

**5. Документация:** завести медицинскую документацию о полученной помощи, фиксировать видимые повреждения и состояние, с согласия женщины информировать органы правопорядка.

**6. Сообщить правоохранительным органам:** если женщина соглашается, необходимо уведомить правоохранительные органы о случившемся, чтобы начать следствие и обеспечить защиту.

**7. Проведение необходимых анализов:** если есть подозрение на сексуальное насилие, нужно провести соответствующие анализы и обследования для сбора доказательств.

**8. Ссылка на психологическую поддержку:** предложить женщине доступ к информации о ресурсах, включая информацию о бесплатных юридических консультациях, службы социальной помощи и поддержки пострадавшим от насилия.

**9. Обеспечение конфиденциальности:** все медицинские сотрудники должны гарантировать полное соблюдение конфиденциальности медицинской информации и уважать желания женщины относительно раскрытия информации, важно, что бы пациент знал, что все, что она рассказывает на консультации конфиденциально

**Медицинская помощь женщинам, пострадавшим от насилия (в течение первых 5 дней после насилия)**

**Собрать анамнез**

• период времени после эпизода насилия/агрессии и тип насилия (физическое, сексуальное (каким образом оно было совершено-вагинальное, оральное, анальное) и др.);

• риск беременности;

• риск заражения ВИЧ и другими инфекциями, передающимися половым путем (ЗППП);

• состояние психического здоровья

**При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на:**

* частые обращения в отделение неотложной помощи;
* предпочитают обращаться каждый раз к разным врачам, чтобы не вызывать подозрений;
* поздняя постановка на учет в случае беременности;
* непоследовательное объяснение причин получения травмы;
* позднее обращение за медицинской помощью;
* множественные и/или повторные гинекологические проблемы (например, искусственные аборты, преждевременные роды, ИППП, включая ВИЧ-инфекцию);
* негативное отношение к собственному здоровью (например, употребление никотина, алкоголя и наркотиков; вождение под воздействием ПАВ; рискованное сексуальное поведение), включая незащищенный секс;
* должно вызвать подозрение если партнер пострадавшей излишне внимателен, либо наоборот агрессивен, предпочитает отвечать на вопросы вместо жертвы, отказывается покинуть комнату. Нежелание партнера оставлять пациента одного - важный признак.
* у подростков необходимо узнать дату последней менструации, беременность в анамнезе, предшествующие гинекологические операции или травматические повреждения области гениталий; дату последнего сексуального контакта по обоюдному согласию, применение контрацептивов, ИППП в анамнезе.

**Полный медицинский осмотр (с головы до ног, включая гениталии), с детальным документированием**

Рекомендуется провести полное физикальное обследование (с головы до ног, включая гениталии) [1], 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 «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**

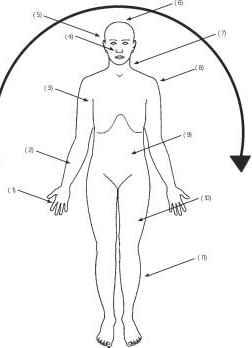
Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность по слуху, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать **сурдопереводчика** [2]**.**

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 1. 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.

**Идентификация физической травмы:**

Наличие и местонахождение травм имеют большое значение. Любые травмы без соответсвующего объяснения происхождения, особенно, если она расположена на голове и шее, травмы зубов или области половых органов, должны вызывать подозрения.

Травмы, позволяющие заподозрить насилие, включают двусторонние травмы (особенно конечностей), множественные травмы, следы укусов, царапины от ногтей, следы от веревки, следы удушения, ожоги от сигарет, ссадины, небольшие порезы, рубцы и субконъюнктивальные кровоизлияния, синяки, особенно гематомы различной давности могут свидетельствовать о неоднократном насилии; раны на предплечьях часто возникают, когда жертва находится в оборонительной позиции.

Травмы обычно являются центральными (расположены на туловище), большинство травм локализуются в областях, которые обычно покрыты одеждой; лицо, шея, горло и гениталии – частые места травм.

При подозрении на травму в результате насилия/насилия со стороны интимного партнёра, с целью лучшего выявления и документирования истории получения травмы, медицинская сестра должна задать пациенту четыре конкретных вопроса:

• Когда произошла травма?

• Сроки и продолжительность травмы?

• Лицо, совершившее насилие, и остается ли пациент в контакте с ним?

• Находится ли пациент в безопасности в данный момент?

Необходимо кратко задокументировать полученную информацию в соответствующем разделе истории болезни/медицинской карты с разрешения пациента. После этого необходимо вслух зачитать полученную информацию пациентке для ее подтверждения.

*Медицинская сестра немедленно должна* с момента выявления признаков насилия в отношении пациента работник медицинской организации, выявивший случай, сообщать руководителю медицинской организации и социальному работнику медицинской организации о выявленном;

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

1. заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту»;

2. проводится регистрация случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту»

3. 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.

**Сестринские вмешательства при гендерном насилии**

Основная цель вмешательств медицинской сестры в случае гендерного насилия заключается:

• Содействие оптимальному психологическому и физическому состоянию;

• Мониторинг жизненно важных функций (АД, ЧСС, ЧД), оценка боли и оценка всех физиологических систем на предмет нарушений;

•Оказание помощи в лечении выявленных нарушений и травм;

• Оценить уровень тревоги пациента и способность справиться с ситуацией; слушать с сочувствием, оказывать эмоциональную поддержку, обучать и поощрять обсуждение природы насилия и ее распространенности, чтобы помочь уменьшить чувство вины и стыда у пациента;

• Обеспечить безопасную среду для пациента; уведомить правоохранительные органы, если подозреваемый обидчик демонстрирует угрожающее поведение;

• Помощь в документировании насилия, которая должна включать детальное описание травм, их локализации, давности возникновения до получения медицинской помощи, имя обидчика, подробности разговора с жертвой, которые включают прямые цитаты, по возможности, описание поведения обидчика и детали высказываний обидчика, все это может пригодиться в случае, если жертва решит инициировать судебный иск.

• Строгая защита конфиденциальности данных пациента;

• Следовать алгоритмам реагирования и поставить в известность всех необходимых лиц;

• При необходимости провести беседу по вопросам защиты от ИППП и профилактике нежелательной беременности, как проводятся тесты, в какие сроки, доступные варианты на месте (см. соответствующий раздел).

• Направить к социальному работнику для определения местных ресурсов для временного жилья, бесплатных или субсидируемых юридических услуг, группы поддержки и консультационных услуг (Психологическое сопровождение пострадавшего лица – оказание психологической поддержки обученным специалистом (психологом, социальным работником, врачом- гинекологом) в течение всего периода расследования случая и обращения в суд. оказание специальных социальных услуг по потребности пациента) [3];

• При необходимости оперативного лечения/ получения консервативного лечения по поводу травмы следуйте имеющимся протоколам медицинской организации;

• Провести обучение пациента до и после получения лечения, обязательно проверить наличие информированного согласия на лечение в медицинской организации.

• Убедиться, что у пациента есть план дальнейших действий и он не остался один на один со своей проблемой.

**Краткий план сестринских вмешательств** должен включать:

1. ***Установка доверия и взаимопонимания***: Поскольку жертва может неправильно истолковывать любые вопросы, не связанные с ее непосредственными жалобами, как обвинение или отрицание ситуации, медицинская сестра должна отложить опрос до тех пор, пока не установятся доверительные отношения
2. ***Обеспечить строгую конфиденциальность***: Ситуация пациента не должна обсуждаться ни с кем, кроме медицинского персонала, если только пациент не выразил на это согласия.
3. ***Подходить к пациенту не осуждающим образом.*** Никогда не использовать осуждающий язык/речь: Отношение медицинской сестры может оказать важное терапевтическое воздействие. Поэтому нельзя выражать шок, ужас, отвращение или недоверие.
4. ***Попросите кого-нибудь остаться с пациентом (родственник, друг, сосед или коллеги), пока он или она ожидает лечение***: Люди с высоким уровнем тревожности должны чувствовать физическую безопасность, имея кого-то рядом, пока уровень тревоги не снизится до умеренного. Также учитывая высокий риск суицидов и членовредительства в этой категории пациентов, не оставляйте пациента одного.
5. ***Подчеркните, что они поступили правильно, чтобы спасти свою жизнь:*** Жертвы изнасилования могут чувствовать вину и стыд. Убеждение их в том, что они сделали все правильно для спасения жизни, может снизить чувство вины и поддержать чувство собственного достоинства.
6. ***Поощряйте словесное выражение чувств и пережитого:*** Когда люди чувствуют, что их понимают, они больше контролируют ситуацию.
7. ***Не расспрашивайте активно подробности произошедшего:*** Пострадавшие чувствуют психологический дискомфорт и неуверенность, и могут испытывать страдания, когда произносят вслух все случившиеся факты.
8. ***Объясните пациенту признаки и симптомы, с которыми они могут столкнуться в долгосрочной перспективе, например: тревога, депрессия, бессонница, кошмарные сновидения, фобии, соматические симптомы:*** Многие пострадавшие думают, что со временем могут чувствовать, что они сходят с ума и не знают, что это состояние, которое пережили многие люди в подобной ситуации
9. ***Тщательно объясняйте все процедуры перед их выполнением***: Пострадавший испытывает высокий уровень тревоги. Фактическое объяснение того, что вы планируете делать и почему вы это делаете, может помочь уменьшить страх и беспокойство.
10. ***Предложите пострадавшему рассмотреть возможность скрининга и лечения заболеваний, передающихся половым путем, прежде чем он покинет отделение неотложной помощи:*** Многие пострадавшие могут быть утеряны для медицинского наблюдения после того, как они были осмотрены в отделении неотложной помощи, и могут не получить в дальнейшем защиту от ИППП.
11. ***Предложите экстренную профилактику нежелательной беременности, соответственно рекомендациям:*** Приблизительно от 3% до 5% изнасилованных женщин беременеют после сексуального насилия.
12. ***Все данные должны быть тщательно документированы (обстоятельства насилия, со слов пациента, по возможности запись прямой речи; все взятые лабораторные тесты должны быть отмечены; подробно описаны физические травмы (карта тела); подробно описано эмоциональное состояние; результаты физического осмотра***: Точное и подробное описание, сбор анамнеза является важным судебным доказательством.
13. ***Организация дальнейшей поддержки (кризисное консультирование; направление к психологу для получения психологической поддержки):*** Многие пострадавшие держат в себе постоянные эмоциональные переживания и травмы. Депрессия и суицидальные мысли - частые последствия изнасилования. Организованная профессиональная психологическая поддержка делает более успешным процесс восстановления после травмы.

**Экстренная помощь пострадавшим от гендерного насилия**

**Экстренная контрацепция**

Медицинские работники должны предложить женщине безопасную контрацепцию. Если женщина обратилась в течение 5 дней после факта насилия - проводится контрацепция левоноргестрелом, улипристалом, или комбинированными препаратами. 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 (врачебный функционал-дается для сведения).

Если пострадавшая обратилась за помощью в течении первых 5 дней после эпизода насилия, то экстренная профилактика проводится следующим образом:

1. левоноргестрел, если он есть в наличии: внутрь однократной дозой 1,5 мг либо, двумя дозами по 0,75 мг каждая с интервалом 12 часов.

ЛИБО:

2. Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол и левоноргестрел. Принимаются в два приема (метод Юзпе): 1-ый прием: 100 мкг этинилэстрадиола + 0,50 мг левоноргестрела; 2-ой прием (спустя 12 часов):100 мкг этинилэстрадиола + 0,50 мг левоноргестрела.

ЛИБО:

3. улипристал ацетат 30 мг внутрь однократно

Если женщина обратилась по истечении 5 дней, либо экстренная контрацепция была неэффективна, то женщине должен быть предложен медицинский аборт.

**Профилактика ВПЧ**

Профилактика ВПЧ (*решение принимается врачом совместно с пострадавшей*): вакцинация против ВПЧ целесообразна женщинам в возрасте 9-26 лет и мужчинам в возрасте 9-21 года; для невакцинированных мужчин, либо не завершивших весь цикл вакцинации может быть проведена до 26 лет.

***Вакцинация против ВПЧ.*** Рекомендуется женщинам в возрасте 9-26 лет и мужчинам в возрасте 9-21 года;

Для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые не получили вакцину против ВПЧ или которые были не полностью вакцинированы, вакцина может вводиться в возрасте до 26 лет.

Схемы вакцинации:

дети в возрасте от 9 до 14 лет – введение 2-х-валентной вакцины по схеме 0, 6-12 месяцев;

взрослые в возрасте от 15 до 26 лет и лица с ослабленным иммунитетом – 0, 1-2, 6 месяцев

**Профилактика ВИЧ**

Экстренная постконтактная профилактика может предотвратить заражение ВИЧ, особенно если она начата в течение 72 часов после изнасилования.

Обсудить риск заражения ВИЧ, чтобы решить вопрос о применении постконтактной профилактики ВИЧ совместно с пострадавшей женщиной, в том числе:

• заболеваемость ВИЧ в данной местности;

• ограничения в отношении постконтактной профилактики ВИЧ;

• 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 заражения ВИЧ.

Профилактика проводится в соответствии с утвержденными алгоритмами с обязательным заполнением соответствующей документации. Важно установить ВИЧ-статус насильника, если это невозможно, то считают насильника ВИЧ-инфицированным. Направление и необходимость обсуждается врачом совместно с женщиной. В течение 72 часов после незащищенного полового контакта, когда ВИЧ-статус неизвестен, женщина по возможности направляется к специалисту СПИД-центра на консультацию, который решит вопрос о назначении постконтактной профилактики, что снижает риск заражения ВИЧ-инфекцией. Определить произошло инфицирование или нет можно через 1 или 3 месяца после полового контакта

Постконтактная профилактика (ПКП)- представляет собой биомедицинское средство профилактики ВИЧ, когда ВИЧ-отрицательные индивидуумы принимают антиретровирусные препараты после потенциального заражения ВИЧ), если существует повышенный риск заражения ВИЧ (например, влагалищное или ректальное проникновение, нападавший известен рискованным сексуальным поведением и / или является ВИЧ-положительным, несколько нападавших, имеются следы крови, повреждение слизистой оболочки). Профилактика наиболее эффективна, если первая доза принимается в течение 2 часов после контакта. ПКП считается наиболее эффективной, когда она проводится как можно скорее, вплоть до 72 часов после контакта, и продолжается в течение 28 дней. Задержка введения и несоблюдение режима могут снизить эффективность препарата.

Решение относительно тестирования на ВИЧ и режима ПКП индивидуально; здесь учитывается множество факторов – желание семьи, локальная эпидситуация, оценка обстоятельств нападения, которые могут повлиять на риск (например, кровотечение), забота о неприкосновенности частной жизни, вероятность приема лекарств - может способствовать принятию решения о тестировании и соблюдении режима ПКП. При проведении тестирования на ВИЧ необходимо придерживаться утвержденных протоколов и рекомендаций.

**Профилактика ИППП:**

Сексуальные посягательства и изнасилования увеличивают риск заражения венерическими заболеваниями (ИППП): кандидоз, хламидиоз, гонорея, трихомониаз, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Гепатиты B и C, бактериальный вагиноз, не являющиеся ИППП, также могут быть приобретены в ходе сексуального насилия, когда вирусный/бактериальный агент передается через прямой контакт с кровью, спермой или вагинальным секретом. У женщин, ставших жертвами насилия, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, диагностируются в 1,5–1,8 раза чаще, чем у женщин, которые не подвергались насилию; ИППП, обнаруженные у детей и подростков, могут свидетельствовать о факте сексуального насилия, и они обязательно должны быть направлены на консультацию лечащего врача.

*Первоначальный осмотр*: Область половых органов, перианальная область и полость рта должны быть проверены на наличие признаков ЗППП (например, наличие высыпаний, изъязвлений, кровотечения, запах, выделения);

***Лабораторные исследования (по назначению врача)***: Образцы/мазки из любого места проникновения или попытки проникновения (анальный, оральный, вагинальный) должны быть собраны и проверены на на наличие спермы (микроскопия); образцы/мазки влагалищного тампона должны быть смочены и культивированы для диагностики Trichomonas vaginalis, микробного агента, вызывающего трихомониаз, и образец также должен быть проверен на бактериальный вагиноз и кандидоз; образцы/мазки с шейки матки не берутся у препубертатных девочек; анализ крови с вены для проверки на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис.

**Вакцинация от гепатита В**

Если имеется риск заражения гепатитом следует предложить вакцинацию от гепатита В. До первой вакцинации необходимо определить иммунный статус путем определения маркеров гепатита В методом ИФА. При достаточном уровне антител дальнейшая вакцинация не требуется.

Не вакцинированным пациентам, пациентам с неизвестным статусом по гепатиту В должна проводиться вакцинация против гепатита В:

определяется иммунный статус жертвы 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 пострадавшая не иммунизирована, 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 – 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками – один месяц, между второй и третьей – пять месяцев.

Осмотры на ЗППП должны быть повторены в течение 1-2 недель после события, с проведением анализа сыворотки на сифилис и ВИЧ; повторно через 6 недель, 3 месяца и 6 месяцев, если первоначальные результаты были отрицательными и если неизвестен инфекционный статус нападавшего; повторный медицинский осмотр не является обязательным стандартом у детей.

**Экстренная профилактика столбняка**

При наличии травм с повреждением целостности кожного покрова и слизистых, используется дифференцированный подход в зависимости от предшествующей иммунизации против столбняка, путем введения АКДС-содержащей вакцины, АДС-М, противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (далее – ПСЧИ), ПСС

**Литература:**

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

2. Клинический протокол «Гендерное насилие», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от 23 декабря 2021 года, протокол №154

3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения».

### Занятие 4. «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях»**

**Цель занятия:** обсудить и рассмотреть риски и факторы, которые могут помочь выявить акты гендерного насилия на дом

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

алгоритм ведения случая на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (патронаж).

**уметь**

составлять план посещения семей.

составлять экокарту.

составлять план ведения семьи.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Первичный визит, определение факторов риска возможного гендерного насилия в семье.
2. Ведение семьи, кейс-менеджмент.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях».**

**Первичный визит, определение факторов риска возможного гендерного насилия в семье**

Ведение случая – это процесс содействия лицу (ребенку или его семье) посредством прямого участия или направления в другие организации для оказания услуг, и набор мероприятий, которые проводит медицинская сестра и/или социальный работник ПМСП для того, чтобы адресовать индивидуальные потребности.

Ведение случая на уровне ПМСП:

* **Патронажная медицинская сестра/ социальный работник:** Визит и первичная, вторичная оценка, подготовка плана работы с семьей, ведение и направление на услуги, мониторинг
* **Специалист:** Посещение, оценка, составление плана работы с семьей, консультирование и ведение семьи, мониторинг, контактирование с другими секторами, пересмотр случая, мониторинг после закрытия
* **Руководитель:** Распределение нагрузки, назначение кейс-менеджера, закрытие случая
* **Междисциплинарный уровень**: Рассмотрение сложных междисциплинарных случаев, решение о назначении мероприятий, кураторство/супервизия сложных случаев.

**Роль медицинской сестры в раннем выявлении и предоставлении помощи**

При активном и плановом посещении патронажная медсестра выявляет семьи, где имеются женщины и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации и социальном неблагополучии.

В начале проводится первичная медико-социальная оценка, сбор первоначальных данных, определение потребности/проблемы и установление степени риска (высокий, средний и низкий), в течение 1-3 дней.

Выявление семей, находящихся в группе в риска (гендерное насилие) осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи медицинскими работниками (медицинскими сестрами и врачебным персоналом), социальным работником, а также психологом.

Информация о семьях, входящих в группу риска, может быть получена из разных источников:

* из Базы данных семей из группы риска по критериям неблагополучия организаций ПМСП;
* от семейных врачей, медицинских сестер, патронажных медицинских сестер, регистратуры и других специалистов на уровне ПМСП;
* от членов семьи, родственников, соседей;
* от представителей широкой общественности;
* от представителей учреждений или организаций, которые контактируют с данной семьей или ребенком (представители родильного дома, правоохранительных работников, прокурора, директора неправительственной организации и др.).

Информация о семье может быть получена разными путями: путем личного устного или письменного обращения, по телефону.

Медицинская сестра играет важную роль в выявлении гендерного насилия при домашнем уходе. В контексте заботы о здоровье и благополучии пациентов, особенно при домашнем патронаже, медсестра может стать ключевым элементом обнаружения и поддержки тех, кто подвергается гендерному насилию, так именно медицинские сестры «вхожи» в дом. Беременные женщины, молодые матери особенно уязвимы не только физически, но и морально-психологически, так как в этот период реже выходят из дома, реже общаются с родственниками, коллегами и друзьями. Зачастую именно медицинская сестра становится связующим звеном с миром и может предотвратить насилие и помочь лицам, подвергающимся насилию.

**Проведение патронажа медицинскими сестрами**

При проведении патронажа, медицинская сестра должна уделить особое внимание следующим признакам:

1. Наблюдение за физическими признаками: Медицинская сестра может быть первым профессионалом здравоохранения, обратившим внимание на физические следы гендерного насилия, такие как синяки, переломы, ссадины и т.д. Даже, если не производится физический осмотр нужно обращать внимание на одежду молодой мамы при патронаже, если каждый раз женщина в одежде с длинными рукава, «водолазке» (одежде прикрывающей шею), особенно в жаркий период, это один из тревожных признаков. Нужно найти повод пригласить девушку на прием в поликлинику, чтобы вывести в безопасную зону, где она сможет быть подальше от абьюзера и чувствуя себя защищённой рассказать о происходящем насилии.

2. Беседа с пациентом:

- В ходе посещения мамы с малышом, медсестра может провести беседу с девушкой, оценить ее моральное состояние, конечно молодая мама может быть уставшей, но нужно обращать внимание на тревожность, спросить про качество сна, посмотреть, насколько охотно женщина идет на контакт в присутствии супруга (лица, подвергающиеся насилию, в присутствии насильников, затихают, настроение меняется, взгляд фокусируется на абьюзере и т.д.), также необходимо оценивать реакцию женщины на резкие движения и громкие звуки.

3. Умение распознавать эмоциональные признаки:

- Пострадавшие от гендерного насилия могут проявлять эмоциональные признаки, такие как депрессия, тревожность, страх или избегание обсуждения определенных тем.

4. Умение оценивать обстановку в доме/квартире:

- При проведении патронажа необходимо оценивать общую обстановку, помимо физического насилия, женщина в декрете может подвергаться финансовому насилию, медицинской сестре нужно обращать внимание на то, насколько девушка обеспечена гигиеническими товарами первой необходимости, как для малыша, так и для себя.

ВАЖНО! Необходимо помнить, что финансовое, моральное, физическое состояние молодой семьи, может быть разным, (особенно в период рождение первого ребенка или детей погодок) и необязательно наличие одного из вышеперечисленных факторов является признаком гендерного насилия, важно оценивать ситуацию в целом.

Во всех случаях информация о субъекте обращения должна быть передана социальному работнику.

На основе первоначальной информации социальный работник должен определить степень риска путем первичной оценки.

Первичная оценка – это сжатая оценка каждого ребенка/семьи направленная на получение медико-социальных услуг. Проводится на основании аспектов формата оценки для выявления нужд ребенка, требуемых услуг, с какого момента и в течение какого времени, и необходимости проведения в дальнейшем глубокой оценки.

На данном этапе при установлении степени риска выносится один из вариантов заключения:

а) информация не подтвердилась, сопровождение семьи не осуществляется;

б) информация подтвердилась, необходимо проведение глубокой/комплексной оценки и начинается процесс сопровождения семьи.

При подтверждении информации и принятия решения о комплексной оценке, на семью заводится пакет документов:

Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг (форма 062/у)[1].

Социальный паспорт семьи – первично заполняется патронажной/семейной медсестрой после проведения оценки (Метод Треугольника – приложение 1);

проведение Углубленной оценки потребностей ребенка и семьисоциальным работником;

разрабатывается Индивидуальный план развития семьи;

Документы/копии, касающиеся здоровья, образования, социального статуса ребенка/семьи: свидетельство о рождении ребенка, уд. личности родителей, если имеется инвалидность, документ о инвалидности, медицинские записи и документы, заявление, ходатайства и др.

Социальный работник, сопровождающий ребенка и его семью, является ответственным за ведение документации семьи и ребенка. Если в ПМСП работает больше одного социального работника, случаи для сопровождения распределяются между социальными работниками вышестоящим менеджером.

Обращения за помощью, которые не подтвердились, также регистрируются социальным работником или психологом в Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг

Конфиденциальность дел на бумажных и электронных носителях должна быть обеспечена в соответствии с требованиями соответствующих законов и процедур.

**Назначение ответственного – кейс-менеджера – за ведение семьи**

Кейс-менеджер – это специалист, который будет вести (сопровождать) семью и женщину на протяжении всего периода реализации мероприятий, указанных в плане работы с семьей, вести мониторинг качества оказываемых услуг, а также осуществлять свои консультации по таким направлениям, как повысить мотивацию, как управлять гневом, как понять настроение ребенка, как управлять временем и т.д.

В течение 1 дня заведующий отделением профилактики и социально-психологической помощи или другое подразделение с такими функциями помощи назначает ответственного (кейс-менеджера) за ведение и поддержку семьи на протяжении всего периода реализации мероприятий, направленных на изменения ситуации.

Социальный работник/ медицинская сестра, ответственный за ведение случая (кейс-менеджер), координирует и выполняет мероприятия, включенные в План по развитию семьи, осуществляет мониторинг и оценку, и качественное заполнение документации.

Каждый специалист мультидисциплинарной команды (ВОП, педиатр, акушерка, участковая медицинская сестра/патронажная, медицинская сестра кабинета планирования семьи, специалист по ЗОЖ, социальный работник, психолог и другие) под руководством социального работника/ медицинской сестры организации участвует в оказании комплекса специальных медико-социальных услуг в соответствии с должностной инструкцией, установленными функциями и индивидуальным планом. По принципу обратной связи специалист своевременно уведомляет заведующего отделением и врача общей практики о социально-психологических рисках и изменениях ситуации для координации работы ПМСП с другими ведомствами на протяжении всего периода сопровождения семьи.

Формы работы:

мотивационные консультации, с помощью которых члены семей могут получить доступ к необходимой информации для дальнейшего решения той или иной проблемы, исходя из выявленных первичных и вторичных потребностей данной семьи, опираясь на сильные стороны данной семьи, по преодолению стрессами и управлению гневом, понимание поведения и настроения ребенка, организацией и управлением временем и др.

Социальный патронаж на дому – по необходимости с целью изучения социально-бытовых условий и сбора информации об условиях семьи и ближайшего родственного окружения, участие и организация групповой работы с целевыми группами с целью проведения профилактических и социально-психологических и коррекционных занятий и тренингов.

**Посещение семьи и вторичная оценка**

Следующее посещение и вторичная оценка проводится патронажной медсестрой с социальным работником.

Социальный работник проводит более глубокую и всестороннюю оценку по ведению случая, используя формат социальной оценки в соответствии с прилагаемой формой Углубленной оценки потребностей ребенка и семьи социальным работником в течение 3 дней.

При более всесторонней социальной оценке необходимо обратить внимание на риски насилия, ставящих под угрозу здоровье женщины и ребенка.

Содержание работы на данном этапе зависит от степени установленного риска для женщины и ребенка (высокого, среднего, низкого).

**Таблица 2 – Степени риска и действия по поддержке и защите ребенка**

|  |  |
| --- | --- |
| **Уровень риска** | **Действия** |
| **Высокий риск:** женщина ребенок, подвергшиеся ГН в условиях дома | срочное информирование в правоохранительные органы, инспекцию по делам несовершеннолетних и далее участие его в размещение в дом ребенка, в отделение временного размещения в Центр адаптации согласно установленной процедуре компетентных органов;  после обеспечения временной безопасности (Дом матери, отделение Надежды др.) |
| **Средний риск:** риск ГН в неблагополучной семье | Открытие случая по ведению социального неблагополучия семьи на основе получения сигнала от патронажной медсестры и передаче информации социальному работнику. |
| **Низкий или 0 риск:** Отсутствуют факторы риска ГН | Открытие случая по ведению социального неблагополучия семьи на основе получения сигнала от патронажной медсестры и передаче информации социальному работнику. |
| **Низкий или 0 риск:** Отсутствуют факторы риска ГН | Профилактическая работа с семьей патронажной медсестрой, специалистами Кабинета здорового ребенка, Школы по подготовке к родам и др., а также консультации социальным работником, психологом в организациях ПМСП. |

Глубокая и всестороння оценка проводится социальным работником на уровне ПМСП по ведению случая составляет 15-30 дней, используя инструменты оценки, по всем направлениям трех сторон треугольной оценочной структуры (потребности ребенка в развитии, родительские обязанности, факторы семьи и окружающей среды), которая поможет определить дальнейшую стратегию действий. О всех проведенных процедурах оценки делается запись в Журналах регистрации. Командную и межведомственную оценку в социально неблагополучных семьях организует специалист по социальной работе.

Глубокая (углубленная) оценка – это детальная оценка, рассматривающая наиболее важные аспекты потребностей женщины, ребенка и возможностей родителей/опекунов/воспитателей удовлетворить эти потребности должным образом в условиях семьи и местного сообщества.

Оценка состоит из взаимосвязанных этапов:

- обследование социальной ситуации и потребности ребенка, сбор необходимой документации;

- в зависимости от характера проблем семьи, наличия угрозы безопасности, оценка может проводиться или с участием только специалистами организации (командная оценка), или с приглашением и участием представителей других ведомств, в функции которых входят вопросы оказания услуг детям и их защиты (межведомственная оценка);

- определение состава команды специалистов, проводящих оценку;

- процедура оценки с оформлением учетной документации, рекомендаций и плана оказания помощи по видам, объему, срокам специальных социальных услуг/поддержки ответственных за выполнения.

**Оценка направлена на определение рисков:**

-уровень потребности/ риска в защите от гендерного насилия, источники и степень риска;

- какие потребности/риски должны быть удовлетворены/решены в первую очередь.

Помощь семье необходимо начинать параллельно проведению оценки, не дожидаясь ее окончания. Семья должна быть осведомлена о проведении оценки и принятых мерах. Они должны иметь возможность высказывать свое мнение, несогласие и просьбы, внести поправки в информацию.

Выявлять сильные и слабые стороны семьи, для того чтобы социальный работник мог использовать как основу для содействия по устранению проблемы семьи.

Для достижения наилучших результатов в помощи семье организации и вовлеченные специалисты в оценку должны быть проинформированы о решениях и эффективно сотрудничать.

**Методы сбора информации для углубленной оценки**

* Консультации

Целенаправленные консультирование с женщиной – наиболее распространенный подход к сбору информации. Он может быть весьма эффективным и зависит от навыков социального работника. Взаимодействие с детьми и их семьями является ключевым для эффективной оценки.

Социальный патронаж – вид социального сопровождения преимущественно на дому семей из группы риска (дисфункциональные семьи), который заключается в оказании помощи и поддержке, повышении адаптивных возможностей, а также оказание медико-социальной помощи в форме профилактической работы, при которой этот метод дает возможность обследовать условия быта семьи (экономическое, материально-бытовое, морально-психологическое состояние семьи).

* Групповая работа

Может обеспечить полезной информацией относительно сфер взаимодействия с другими людьми и персональной эффективности.

* Самооценочные опросники

Позволяют членам семьи оценить себя по ряду критериев, связанных с измеряемыми потребностями, например, таких как стиль обучения, уровень самооценки и стратегии преодоления трудностей. Они могут стать существенной частью процесса оценки и облегчить структурированное предоставление информации оцениваемым лицом.

* Тесты для оценки (гериатрическая шкала для оценки депрессии).

Включают психометрические тесты и могут предоставить важную информацию о детях и их семьях.

* Наблюдение

Может дать ценную информацию для будущего обсуждения и определения цели. Оценка социальных навыков – одна из характеристик, которую можно проследить.

* Генограмма

Составление генограммы может помочь идентификации моделей отношений между поколениями внутри семьи. Такой подход позволяет социальному работнику познакомиться с историей семьи и узнать, насколько хорошо отдельные члены семьи осведомлены о ней.

* Экокарта

Это инструмент оценки, показывающий осязаемое, графическое изображение ситуации семьи. Экокарта является визуальным образом семьи по отношению к сообществу. Она показывает взаимоотношения между отдельными членами семьи и семьей в целом и внешними системами, такими как детский сад, школа, здравоохранение, работа, мероприятия отдыха, духовное сообщество и т.д.

**Составление проекта плана работы с семьей**

В течение одного дня после посещения и вторичной оценки составляется индивидуальный план помощи семье патронажной медицинской сестрой, социальным работником в ПМСП с подключением по необходимости других специалистов на уровне ПМСП и государственных организаций, неправительственного сектора.

Индивидуальный план развития семьи (ИПРС) строится на базе результатов углубленной оценки. Он представляет: главные сферы функционирования ребенка/семьи; действия, которые могут быть предприняты для улучшения статуса ребенка/семьи; кем могут быть предприняты; сроки выполнения действий; ожидаемые результаты каждого действия.

План по поддержке семьи должен в обязательном порядке фокусироваться на каждом члене семьи и может включать такие направления, как образование и развитие навыков (например, продвижение здорового образа жизни и духовно-нравственного образа, родительских навыков, управление острыми и хроническими состояниями, стратегиями поиска работы, повышение квалификации, на повышении мотивации) каждого члена семьи, нуждающегося в помощи, а также устойчивости в их жизни, долгосрочных перспектив, психотерапии, используя разные модальности, как семейные интервью, консультирование семейных пар с поиском решений, групповые занятия с профилактической направленностью, помощи заботы о детях, планирование оказания услуг и перенаправлений в другие государственные не государственные организации для расширения услуг в преодолении возникших трудных жизненных обстоятельств (финансы, жилье, юридические, медицинские, или поведенческие), координация услуг, особенно в переходный период, мониторинг и оценка оказания услуг при завершении получения помощи[1].

Социальный работник, ответственный за ведения случая, координирует мероприятия, включенные в План по развитию семьи, осуществляет качественное заполнение документации. Каждый специалист мультидисциплинарной команды организации участвует в оказании комплекса специальных социальных услуг в соответствии с должностной инструкцией, установленными функциями и индивидуальным планом.

ИПРС должен опираться на сильные стороны людей и эффективно и гибко использовать доступные ресурсы, чтобы преодолеть любые трудности.

Процесс разработки ИПРС должен быть:

всесторонним – учитывать все значимые аспекты и воздействия;

рациональным – не расходовать напрасно время или ресурсы;

включающим – ребенок, их родители/опекуны и другие люди, затронутые планом, должны быть вовлечены и поощряться предпринимать действия самим, когда это уместно;

информативным – заинтересованные лица должны понимать принятые решения;

целенаправленным – краткосрочные решения поддерживают долгосрочные цели;

логичным – каждый шаг должен вести к следующему шагу.

Цели семьи и действия Плана развития семьи должны быть разработаны в тесном сотрудничестве с жертвой насилия и его семьей (ребенком, родителями/опекунами) и другими партнерами и/или организациями, которые могли бы содействовать плану. Участие жертвы насилия зависит от его возраста и уровня развития. Ограничение подвижности, отсутствие речи или умственные расстройства не являются препятствием к участию в ИПРС.

Согласованные с ребенком/семьей задачи должны быть обоснованными и достижимыми. Для достижения желаемых результатов необходимо запланировать достаточно времени. Планируемые действия должны учитывать способность ребенка/семьи выполнить их, а также доступные ресурсы для финансирования этих действий.

График переоценки и изменения первоначальных целей и действий должен быть частью ИПРС.

Составление эко-карты ребенка позволяет патронажной сестре в схематичной форме за короткое время (составление эко-карты занимает в среднем 15-20 минут) представить ситуацию ребенка в семье, понять взаимоотношения между ребенком и родителями, между другими членами семьи, с другими значимыми для ребенка людьми, связанных с этой семьей, понять уязвимости и найти сильные стороны семьи.

Составление эко-карты:

1. В центр поместите ребенка/женщину/лицо, перенесшее ГН
2. Определите важных людей, организации и нарисуйте столько кружков, сколько необходимо
3. Нарисуйте линии между кружками там, где есть связь
4. Используйте разные линии для определения характера связи ( сильная, слабая, стрессовая, конфликтная и т.д.)

**Утверждение плана работы с семьей**

Проект плана выносится на обсуждение и принятие консилиума. Данный консилиум формируется на базе поликлиники. Принятие такого плана должно осуществиться не позднее, чем 3 дня. Если семье необходимы неотложные мероприятия, то проводится экстренное совещание консилиума.

**Ведение случая и связь с другими секторами и НПО по оказанию комплексных услуг (межведомственное взаимодействие)**

Проводится реализация срочных мер по защите ребенка, члена семьи в ситуации высокого риска (междисциплинарная команда и другие специалисты из государственных органов, узкие специалисты). При этом у социального работника в обязательном порядке должна быть создана база данных государственных и негосударственных организаций по защите прав ребенка.

В случае наличия рисков насилия, угрожающих здоровью и безопасности ребенка, проводятся срочные меры, где социальный работник совместно с врачом, заведующим отделением планирует ряд превентивных мероприятий по ликвидации негативных последствий (беседа, связь ДВД, кризисные центры, организации семейного типа: контактные телефоны, адрес, должность специалиста).

Картирование местных служб, предоставляющих услуги семьям с детьми (службы, услуги, ответственные, контактные данные, сбор документов для обращения)

Если услуг на уровне ПМСП недостаточно, чтобы полностью удовлетворить нужды ребенка и /или семьи, сократить уровень травм, стресса, кризиса, снять угрозу безопасности, следует обратиться к другим ведомствам, имеющим знания, услуги, ресурсы, полномочия, для поддержки, помощи и для работы с семьей.

Для этого необходимо организовать межведомственное взаимодействии и оценку, подготовить всю информацию для рассмотрения и разработки плана поддержки и защиты. После официального информирования представителей ведомств, в течение 1-3 рабочих дней должны быть предприняты меры и оформлен протокол по межведомственной оценки. ПМСП несет ответственность за своевременную передачу информации, документов на дальнейшее рассмотрение случая и оказания услуг в соответствующие службы других ведомств.

В некоторых случаях возможна ситуация, когда ответственность по обследованию и оценки риска после выявления случаи угрозы (высокий риск) передается в компетентные органы и ведомства: органы опеки, полицейские службы в отношении детей, оставшихся без попечения родителей, в случае жертвы бытового насилия, попадания матери с ребенком в кризисный центр, центры дневного пребывания для детей с ограниченными возможностями.

**Необходимые мероприятия, закрепленные на уровне ПМСП:**

средние медицинские работники (участковые, патронажные медсестры) оформляют первичную медицинскую документацию и вносят данные об анамнезе, результат их наблюдений и о социальных проблемах в семье;

социальные работники организаций ПМСП в тесном сотрудничестве с участковыми средними медицинскими работниками проводят обследования социальной ситуации в семьях для активного выявления, учета, поддержки и защиты детей с ограниченными возможностями для развития, которые обусловлены факторами социальной среды: в трудной жизненной ситуацией (сиротство, безнадзорность, оставление без родительского попечения, жестокое обращение, социально значимые болезни, представляющие опасность для окружающих у ребенка или в семье, психические заболевания и ментальные нарушения у родителей и лиц их заменяющих; бездомность родителей (лица из числа БОМЖ);

социальные работники с участием участковых, патронажных медработников, психологов и других специалистов ПМСП разрабатывают «План поддержки ребенка и его семьи» в случаях трудной жизненной ситуации и социального неблагополучия семьи;

Социальные работники осуществляют согласование плана поддержки ребенка его семьи» с родителями/лицами, их замещающими и включают их в выполнение мероприятий;

консультации, индивидуальном и групповом уровне, обучение родителей/лиц, их заменяющих для повышения способности и потенциала семьи обеспечить надлежащий уход, безопасность, воспитание и развитие детей проводятся медицинскими работниками в Кабинетах здорового ребенка, Школ по подготовке к родам социальными работниками, психологами, организаций ПМСП;

социальные работники ПМСП организуют междисциплинарную оценку социальной ситуации в социально неблагополучных семьях, при необходимости такая оценка проводится с участием представителей органов опеки и участковых служб МВД и направлена на определение степени риска здоровью, развитию и безопасности женщин и детей, разработку совместных мероприятий по защите женщин и детей и «Индивидуального плана развития семьи»;

социальными работниками организаций ПМСП принимаются неотложные меры по защите женщин и детей в случаях угрозы здоровью, жизни и безопасности, с оформлением «Акта об угрозе здоровью, жизни и безопасности ребенка и мерах по защите» (при участии участковых медицинских работников, представителей органов опеки и участковых служб ОВД;

медицинские работники ПМСП обеспечивают доступ к гарантированному объему лекарственных препаратов, диетическому питанию протезно-ортопедическим средствам, специализированной медицинской и реабилитационной помощи;

медицинские работники ПМСП оформляют документы Индивидуальной программы реабилитации (ИПР) женщины и ребенка для МСЭ.

мониторинг и анализ социальной ситуации, здоровья и развития детей для межведомственного сотрудничества, обмена информацией и совместных мероприятий с органами опеки, образования, социальной защиты и МВД;

ведение первичного учета, ведомственной отчетности и анализ о детях от 0 до 5 лет с нарушениями развития, в трудной жизненной ситуации и социально-неблагополучных семьях на участке обслуживания.

В организации должны быть контактные телефоны, адреса, специалистов территориальных МСЭ (медико-социальная экспертиза), ПМПК.

**Пересмотр плана работы с семьей**

Периодический пересмотр и перепланирование индивидуального плана по сопровождению семьи по достижению положительных результатов по случаю и выхода семьи из кризиса организуется социальным работником.

По степени изменения ситуации и наличия рисков, которые ведутся под контролем социального работника, им инициируется пересмотр плана работы с семьей. На основании прогресса или его отсутствия вносятся соответствующие мероприятия.

В установленные сроки необходимо проводить обзор планов мероприятий по оказанию социальной помощи. Пересмотр индивидуального плана сопровождения семьи позволяет корректировать работу, устанавливать проблемы о не достижении некоторых мероприятий, направленных на положительное изменение и планировать новые цели и задачи, сроки, других специалистов по взаимодействию, а также официально завершить работу, если условия жизни ребенка/члена семьи стали стабильными и безопасными. Пересмотр плана по сопровождению семьи может рассматриваться на совещаниях (консилиумах) супервизии (надзор).

**Мониторинг и оценка ведения случая**

Регулярный мониторинг предусматривает быстрое реагирование социального работника на изменения впотребностях ребенка/семьи и в соответствии с этим пересмотреть предоставление услуг. Следовательно, социальный работник должен обеспечить постоянный мониторинг 1) статуса ребенка/семьи; 2) реализации ИПРС; 3) прогресса в развитии ребенка/семьи.

При оценке осуществляется:

мониторинг прогресса развития ребенка/семьи с течением времени и выявление нужд, которые были удовлетворены, частично удовлетворены и не были удовлетворены;

обновление ключевой информации относительно прогресса ребенка/семьи;

рассмотрение влияния оказанных услуг на ребенка/семью и выявление услуг, которые не были предоставлены;

определение и рекомендация необходимых изменений в плане для ребенка и семьи.

Повторная оценка:

Если ситуация семьи кардинально изменилась, и поставленные цели семьи более не являются адекватными, следует рассмотреть возможность “новой” глубинной оценки (повторной оценки) и принять решение о последующих шагах.

Повторная оценка выполняется в соответствии со стандартными процедурами оценки согласно п. 2 и 4 данного раздела по графику переоценки.

**Закрытие случая / завершение сопровождения семьи**

В процессе пересмотра реализации индивидуального плана по сопровождению семьи, может быть решение о закрытие случая, на основе следующих критериев:

семья находится в ситуации относительной стабильности (здоровье улучшилось);

улучшилось взаимоотношения в семьеизменение ситуации семьи/матери;

эффективность взаимодействия и сотрудничества медико-социальных служб, ПМСП и родильных домов с государственными органами по каждому случаю;

снижение уровня институционализации (помещение ребенка в возрасте от 0 до 3-х лет в медико-социальные учреждения, дома ребенка);

Риск для ребенка/члена семьи сократился до приемлемого уровня (не представляет опасности и не способствует возникновению других рисков).

При закрытия случая социальный работник должен обеспечить, чтобы семья и другие вовлеченные лица из социального окружения знали, как можно связаться со социально-психологической службой в случае изменения обстоятельств и ситуации семьи.

После закрытия случая социальный работник, который сопровождал ребенка и семью, должен продолжить прослеживать ситуацию семьи в период после закрытия дела на протяжение от 1, 3, 6, 12 месяцев в зависимости от ситуации.

**Литература:**

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 июля 2022 года № ҚР ДСМ-62 «О внесении изменений и дополнений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 "Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения"

### Занятие 5. «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 5 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП»**

**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;

систему перенаправления пациентов с признаками гендерного насилия;

принципы, функции и задачи мультисекторального взаимодействия.

**уметь**

заполнять основную медицинскую документацию, заполняемую в случаях гендерного насилия;

составлять план безопасности в случаях насилия со стороны интимного партнера;

перенаправлять лиц, подвергшихся гендерному насилию в соответствующие службы;

выстраивать связи со смежными специалистами для работы в мультидисциплинарной команде.

**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. Система перенаправления пациентов со случаями гендерного насилия
5. Мультисекторальное реагирование и межведомственная координация.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 5 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП».**

**Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия**

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.

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:

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.

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

1) заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту»;

2) проводится регистрация случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту»;

3) 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.

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 утвержденной методике, 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:

1) 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;

2) 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;

3) психолога, медицинской сестры, врача школы/детского сада, социального работника медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в организациях образования.

В случаях выявления случая насилия в отношении граждан в выходные, праздничные дни первичную оценку наличия насилия осуществляет специалист, который выявил данный случай.

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.

В случаях подтверждения факта насилия проводится оценка степени опасности для пациента нахождения совместно с насильником.

При определении опасности для пациента нахождения совместно с насильником разрабатывается план обеспечения безопасности.

В случаях не подтверждения факта насилия в отношение лица:

1) когда проблемы пациента/семьи, которые носят другой характер, данный случай сопровождается как социальный случай;

2) когда проблемы ребенка/семьи отсутствуют, то сигнал закрывается;

3) 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».

**Управление рисками возникновения случаев гендерного насилия**

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 [1].

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.

**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.

Согласно действующему протоколу МЗ РК «Гендерное насилие» 2021, медицинским работникам предлагается провести оценку безопасности пациента задав несколько вопросов [2]:

* 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 [3]. 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.

|  |
| --- |
| **Важно!**   * 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 [3]:

* 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 [3,4]:
* 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 [5].

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[1]:

* 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 травмированияю
* 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 [5]:

* 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 [5].

**Для эффективной работы системы перенаправления, медицинские работники**[5]**:**

* **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 протоколом МЗ РК, при подтверждении насилия и выявлены угрозы для здоровья и жизни пациента, руководитель медицинской организации и социальный работник информируют полицию [2]) 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**[5]**:**

|  |
| --- |
| **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 [5] 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 (IPPF 2010).

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 [5]:

* 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 (WHO 2013);
* Карточки с телефонными номерами небольшого размера (чтобы поместились в кармане (WHO 2013;см. рис. 7, где приведен пример карточки размером с ладонь).

**Мультисекторальное реагирование и межведомственная координация**

Межведомственное и мультисекторальное реагирование на гендерное насилие - целостный и скоординированный подход, направленный на гармонизацию и корреляции программ и мероприятий, разработанных и реализуемых различными учреждениями.

На международном уровне межведомственное реагирование на действия при случае гендерного насилия поощряется Стамбульской конвенцией. Стамбульская конвенция - это первый юридически обязательный документ в Европе, создающий комплексную правовую базу для защиты женщин от актов насилия, а также для предотвращения, преследования и искоренения всех форм насилия в отношении женщин. Стамбульская конвенция сосредоточена на четырех основных темах: профилактика, защита, привлечение к ответственности и мониторинг. В статье 18 Стамбульская конвенция призывает подписавшие ее стороны (принята 11 мая 2011 года, вступила в силу 1 августа 2014 года (в ВЕЦА Конвенция ратифицирована Албанией, бывшей югославской Республикой Македонией, Сербией и Турцией; подписана Грузией, Румынией и Украиной)) внедрять соответствующие механизмы для поддержки эффективного сотрудничества между всеми соответствующими государственными органами, а также неправительственными организациями и другими профильными организациями и структурами, основной задачей которых является защита и поддержка лиц, пострадавших от насилия, и свидетелей всех форм насилия, включая детей, как это предусмотрено Конвенцией.

**Руководящие принципы и ключевые аспекты для группы межведомственного реагирования на случаи гендерного насилия должны включать в себя** [6]**:**

**Подход, ориентированный на лица, пострадавшего от насилия.** Все учреждения и службы, представленные в группе, должны уделять приоритетное внимание правам, потребностям и пожеланиям лица, пострадавшего от насилия.

**Партнерство и совместная работа.** Межведомственное реагирование на случаи гендерного насилия подразумевает хорошее сотрудничество и координацию представленных учреждений и услуг.

**Прозрачная коммуникация.** Координация обмена информацией между специалистами: развитие взаимного понимания правил конфиденциальности и обмена информацией между различными учреждениями и организациями.

**Хорошее руководство и управление.** Правила, касающиеся межведомственного вмешательства и перенаправления, стратегии и планы действий, включая планирование, реализацию, мониторинг и оценку программ, должны осуществляться на основе широкого участия, включая вклад получателей услуг (если это возможно).

**Стратегическое планирование.** Политики, направленные на борьбу с феноменом гендерного насилия должны быть вплетены в общие межведомственные стратегии с конкретно определенными задачами и мероприятиями.

**Интегрированные услуги.** Процедуры вмешательства и перенаправления, а также меры защиты требуют многопрофильного подхода, основанного на единой методологии работы. Службы также должны принимать во внимание необходимость предотвращения причинения вреда детям.

**Профилактика и контроль.** Эффективный интегрированный подход ставит в качестве приоритета также профилактику гендерного насилия. Поэтому партнерские организации должны выступать за профилактику гендерного насилия и предоставлять инструменты и механизмы для контроля существующих случаев гендерного насилия. Это включает в себя сбор данных и механизмы обмена данными.

**Специализированное обучение.** Обучение специалистов, работающих в области выявления и информирования о случаях гендерного насилия, должно быть обязательным и четко прописано в политике и процедурах партнерского учреждения.

**Подотчетность.** Все учреждения и организации должны прояснить свою роль в группе, а также роль персонала по внедрению и соблюдению согласованных программ/правил и следовать этим руководящим принципам в своей работе. Мероприятия по мониторингу и отчетности являются частью процесса подотчетности каждого учреждения и организации.

**Устойчивость.** Несмотря на политические изменения или текучесть кадров/нехватку мотивации сотрудников, после принятия решения о межведомственном реагировании на гендерное насилие, учреждения/организации должны обеспечить все условия для внедрения и поддержания этого подхода. Вовлечение стратегических лидеров может обеспечить устойчивость и подотчетность группы, поскольку они могут стать фигурами поддержки и продвижения, обеспечивая легитимность группы.

**Продвижение гендерного равенства, прав и возможностей женщин.** Постоянная деятельность по повышению вероятности того, что женщины будут лучше осведомлены о роли каждого учреждения или организации в предотвращении случаев гендерного насилия и борьбе с ним, а также о продвижении существующих услуг и программ и их возможностях по поддержке женщин, заявивших о случае гендерного насилия.

**Задачи мультисекторального реагирования**

* Содействие эффективному взаимодействию учреждений и организаций предоставляющим услуги пострадавшим от гендерного насилия;
* Гарантия конфиденциальности услуг, предоставляемых пострадавшим от гендерного насилия;
* Обеспечение ведения отчетности на всех уровнях и всеми участвующими учреждениями;
* Обеспечение качества и согласованности оказанных услуг;
* Обеспечение и упрощение доступа к службам поддержки для жертв/пострадавших от гендерного насилия;
* Помощь в эффективном выявлении жертв/пострадавших от гендерного насилия;
* Обеспечение и повышение безопасности жертв/пострадавших от гендерного насилия на всех этапах предоставления услуг

**Функции мультисекторального взаимодействия**

Нижеописанные **шесть функций** должны быть интегрированы при создании механизма поддержки мультисекторального (межведомственного) реагирования на случаи гендерного насилия [6]:

**Координация** включает в себя следующие суб-компоненты:

a) механизмы координации межведомственного реагирования на случаи гендерного насилия, управление информацией и обмен ею между вовлеченными учреждениями/организациями, а также текущее планирование и разработка программ;

b) назначенные органы для координации межведомственного реагирования на случаи гендерного насилия;

c) финансирование. Партнерские отношения имеют решающее значение для успеха межведомственных мер в ответ на случаи гендерного насилия, поскольку они обеспечивают широкую сеть поддержки и перенаправления. Государственные органы должны быть частью этого процесса.

**Мониторинг и оценка** - важное условие эффективной координации и реализации.

**Вмешательство/оказание услуг** для ограничения последствий случаев гендерного насилия и предотвращения дальнейших инцидентов/причинения вреда. Предоставление услуг относится к услугам для лиц, пострадавших от насилия, а также к услугам для лиц, совершивших насилие, причем и те, и другие будут регулироваться специальными протоколами, процедурами и стандартами качества. Для лиц, пострадавших от насилия, могут быть доступны различные услуги: ответные меры ключевых секторов (правоохранительных, судебных, социальной защиты/помощи, защиты детей и здравоохранения), специализированные услуги и общие услуги. Все партнеры должны знать о ролях, обязанностях и ограничениях в отношении вмешательства каждого поставщика услуг. Услуги и программы для лиц, совершивших случаи гендерного насилия, должны быть направлены в первую очередь на привлечение их к ответственности; на прекращение физического, сексуального и психологического насилия; они должны быть основаны на стратегиях, которые не обвиняют лица, пострадавшего от насилия и не подразумевают, что лицо, пострадавшее от насилия разделяет какую-либо ответственность за произошедшее насилие.

**Наличие систем отчетности и перенаправления.** В дополнение к рассмотрению случаев, мониторингу и последующей поддержке, перенаправление является важным шагом в ведении дела в рамках межведомственного реагирования. Четкие процедуры отчетности и перенаправления, согласованные всеми учреждениями, способствуют многосекторальному реагированию на случаи гендерного насилия и лучше удовлетворяют потребности и пожелания лиц, пострадавших от насилия.

**Обучающие программы** для всех профессионалов, из всех секторов и на всех уровнях являются необходимыми для улучшения качества и управления межведомственного реагирования на случаи гендерного насилия, а также обеспечения постоянного наращивания потенциала. Программы обучения должны быть направлены не только на формирование навыков, необходимых для эффективного реагирования на случаи гендерного насилия, и создание условий для ответственного предоставления услуг, но и на изменение отношения и поведения в отношении гендерного насилия.

**Система надзора случаев гендерного насилия.** Управление данными включает в себя документирование и регистрацию инцидентов и случаев гендерного насилия, стандартизированные формы и программное обеспечение для регистрации и представления данных в учреждение более высокого уровня, которое может создать централизованную базу данных, способную служить в качестве постоянного реестра случаев гендерного насилия. Хорошая система сбора данных может поддержать развитие исследовательских данных для повышения эффективности принятия решений на основе фактических данных в области профилактики и контроля случаев гендерного насилия.

**Мероприятия по профилактике и повышению осведомленности.** Профилактика направлена на пресечение случаев гендерного насилия до его возникновения путем устранения его коренных причин. Общими элементами, которые необходимо устранить, являются власть и контроль одного человека над другим, а также гендерное неравенство и дискриминация. Профилактика требует более долгосрочного планирования и реализации, чтобы предусмотреть существенные изменения экономического, социального и политического статуса лиц, пострадавших от насилия, а также изменения социальных норм, допускающих жестокое поведение. Мероприятия по повышению осведомленности считаются частью компонента вмешательства, поскольку они могут:

а) повысить уровень понимания различных форм и последствий случаев гендерного насилия,

б) изменить восприятие гендерного насилия и

в) непосредственно повлиять на обращаемость лиц, пострадавших от насилия, к имеющимся услугам.

Обучение специалистов, работающих в области выявления и информирования о случае гендерного насилия должно быть четко прописано в политике и процедурах мультисекторального реагирования на насилие.

**Межведомственная координация**

Проведенное общеевропейское исследование доказало, что чем сильнее сотрудничество и межсекторальное (межведомственное) обучения между сектором здравоохранения, полицией, социально-психологической службой и женскими организациями, тем больше вероятность того, что женщины не только будут лучше осведомлены о доступных услугах, но и будут чувствовать себя более уверенными в том, что эти услуги способны удовлетворить их потребности[7]:

Существует 8 стадий необходимых для развития сотрудничества [8]:

1. Создание общей философии сотрудничества, а также принципов и целей: безопасность лиц, пострадавших от насилия, ответственность преступника и недопущение вины лица, пострадавшего от насилия;
2. Создание согласованных процедур: чуткое отношение к переживаниям лица, пострадавшего от насилия.
3. Мониторинг/отслеживание случаев для обеспечения подотчетности специалистов: уточнение ролей каждой профессиональной группы.
4. Координация обмена информацией между профессионалами: развитие взаимного понимания правил конфиденциальности и информации
5. Предоставление ресурсов и услуг для лиц, пострадавших от насилия
6. Обеспечение санкций, ограничений и услуг для абьюзеров
7. Разработка действий по предотвращению причинения вреда детям и развитие терапевтической работы с травматическим опытом детей
8. Постоянное специализированное обучение специалистов, работающих с лицами, пострадавшими от насилия.

Пример перенаправления и межведомственного взаимодействия и координации из Казахстана – созданы и функционируют 15 центров Службы Социально-Психологического Сопровождения жертв бытового/гендерного насилия (ССПС) в каждом районе Туркестанской области. Данные центры оказывают множество координационных услуг. В данные центры женщины и их дети, столкнувшиеся с насилием, могут обратиться за помощью. Обученные специалисты центра могут организовать перенаправления в кризисные центры или приюты, а также содействовать в оказании им необходимых социальных, юридических и других услуг. ССПС приняты на баланс государственного учреждения «Отдел внутренней политики» в районных акиматах. Создана институциональная основа ССПС:

* Положение о ССПС.
* Алгоритм, механизм и регламент межведомств. взаимодействия ССПС
* Методические пособия для сотрудников ССПС по работе с лицами, пострадавшими от гендерного насилия.
* СОП по оказанию медицинских, социально-психологических услуг и услуг полиции жертвам гендерного насилия.
* Подписан Меморандум с акимами сельских округов, уполномоченными структурными подразделениями местного исполнительного органа, НПО

Также предусмотрена должность ССПС координатора межсекторального реагирования на гендерное насилие. Регулярно проводятся совещания и круглые столы с участниками межведомственного взаимодействия.

**Литература:**

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

2. ЮНФПА Клинический протокол диагностики и лечения № 92, 2020. Гендерное насилие. Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Гендерное насилие» №154, 2021

3. 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.

4. Учебное пособие RESPONSE. Джонсон, Медина, Диана Дульф и Александра Сидор. 2017. "Учебное пособие RESPONSE по отчетности о гендерном насилии в службах женского здоровья".

5. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии/сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА 2014

6. РБ ВЕЦА ЮНФПА, ВЕИРЗ (2015). Межведомственное реагирование на СГН –как эффективный и скоординированный способ защиты лиц, пострадавших от насилия, а также расширения их прав и возможностей

7. FRA, «Насилие в отношении женщин: результаты общеевропейского исследования». Брюссель, FRA. (2014), стр. 70

8. PRO TRAIN, “Улучшение обучение в сфере многопрофильной и медицинской помощи в Европе – строительство на основе передовых практик профилактики насилия, сектора здравоохранения и программы обучения” (2007-2009), Модуль 5

## **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 модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»**

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

Вопрос 1. От гендерного насилия чаще страдают женщины

a. Данное утверждение не верно страдают оба пола в равной степени

b. Данное утверждение не верно больше подвержены мужчины

c. Данное утверждение верно, так как женщины более слабы физически и бывают моменты особой уязвимости, например декрет, беременность

d. Данное утверждение верно, мужчины больше склоны проявлять необъяснимую агрессию

e. Данное утверждение верно, женщины чаще доводят мужчин.

Вопрос 2. Определите, какое утверждение относится к финансовому насилию

a. 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

b. умышленное причинение вреда здоровью путем применения физической силы и причинения физической боли

c. умышленное противоправное действие, посягающее на половую неприкосновенность или половую свободу человека, а также действия сексуального характера по отношению к несовершеннолетним

d. 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.

e. ограничение доступа к финансовым ресурсам, трудоустройство, образование или медицинское обслуживание

Вопрос 3. Какова основная цель предоставления медицинской помощи помощь лицам, перенёсшим гендерное насилие? (можно несколько правильных вариантов ответа)

a. Обеспечение конфиденциальности

b. Преследование преступников

c. Стимулирование публичного обсуждения

d. Способствование дискриминации

e. Защита прав насильственно пострадавших лиц

Вопрос 4. Какие факторы могут затруднить предоставление медицинской помощи помощь лицам, перенёсшим гендерное насилие?

a. Отсутствие поддержки со стороны семьи

b. Недостаток обучения медицинского персонала

c. Слабые физические травмы

d. Полная открытость врача

e. Быстрая реакция правоохранительных органов

Вопрос 5. Какие медицинские услуги могут быть предоставлены лицам, перенёсшим гендерное насилие?

a. Только хирургическое вмешательство

b. Психологическая поддержка

c. Экспертиза личной жизни

d. Отказ от любой медицинской помощи

e. Тестирование на вирусные инфекции

Вопрос 6. Какие признаки могут свидетельствовать о том, что человек стал жертвой гендерного насилия?

a. Нормальные эмоциональные реакции

b. Изменения в поведении и настроении

c. Отсутствие физических травм

d. Желание разговаривать об инциденте

e. Уверенность в собственной безопасности

Вопрос 7. Какие основные этапы предоставления медицинской помощи помощь лицам, перенёсшим гендерное насилие?

a. Только обсуждение происшедшего

b. Диагностика, лечение и реабилитация

c. Привлечение виновных к уголовной ответственности

d. Сокрытие инцидента

e. Исключение жертвы из социума

Вопрос 8. Что включает в себя сестринская помощь лицам, перенёсшим гендерное насилие?

a. Только предоставление юридической поддержки

b. Оказание эмоциональной поддержки

c. Профилактика гендерного насилия

d. Проведение следственных мероприятий

e. Информационная поддержка

Вопрос 9. Какие основные навыки важны для специалиста сестринского дела, предоставляющего помощь лицам, перенёсшим гендерное насилие?

a. Коммуникативные навыки

b. Навыки манипуляции

c. Навыки медицинской диагностики

d. Знанием методов самообороны

e. Отсутствие эмпатии

Вопрос 10. Если преподаватель вуза под страхом отчисления принуждает студентку обнажится и самоудовлетворяется глядя на нее, не трогая ее, будет ли это сексуальное насилие?

a. Это психологическое насилие, так как преподаватель манипулирует страхом студентки

b. Это не является насилием, так как преподаватель не причиняет физического вреда студентке

c. Это домогательство со стороны преподавателя и является исключительно юридической проблемой

d. Это форма сексуального насилия, принудительное обнажение, которая не требует физического контакта и обусловлена главным образом стремлением унизить жертву действиями, получив удовлетворение

e. Это не является сексуальным насилием, так как мужчина удовлетворил себя сам.

Вопрос 11. Какова роль сестринского персонала в предоставлении помощи лицам, перенёсшим гендерное насилие?

a. Преследование насильника

b. Обеспечение безопасности и конфиденциальности

c. Проведение следственных мероприятий

d. Изоляция жертвы от общества

e. Вмешательство в личные отношения

Вопрос 12. Каким образом сестринский персонал может помочь лицам, перенёсшим гендерное насилие в получении медицинской помощи?

a. Обеспечение финансовой поддержки

b. Направление в социальные службы

c. Исключение обращения к врачам

d. Скрытие факта насилия

e. Вмешательство в лечебный процесс

Вопрос 13. Выберите верное утверждение

a. Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа

b. Гендерное насилие сводится только к физическому насилию

c. Гендерное насилие вызвано злоупотреблением веществами, вызывающими зависимость, например, алкоголем и (или) наркотиками

d. Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи

e. Большинство женщин подвергаются гендерному насилию со стороны близких людей

Вопрос 14. Выберите не верное утверждение

a. Гендерное насилие – это глобальная проблема, разросшаяся до масштабов пандемии

b. Любая женщина имеет право на безопасность, чувство собственного достоинства и жизнь без насилия.

c. Мужчина не может изнасиловать свою жену

d. Насилие со стороны интимного партнера во время беременности повышает риск выкидыша, мертворождения, преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела

e. Последствия домашнего насилия отражаются также и на детях, которые становятся свидетелями насилия над их матерью.

Вопрос 15. Во время приема Вы случайно узнаете, что пациентка студентка вуза периодически получает сообщения интимного характера от одного и того же мужчины, рассказать кому-либо она стесняется. К какой форме гендерного насилия можно отнести данный случай?

a. Это не является насилием никакой формы, человек не может нанести вред

b. Это вид гендерного насилия, умышленное воздействие на психику человека, унижение чести и достоинства посредством оскорблений

c. Это бесконтактные формы сексуального насилия проявляющийся как непрошенный интимный контент, который присылают в социальных сетях

d. Это сексуальное домогательство, которое включает в себя требование сексуальной близости в обмен на какую-либо выгоду

e. В данном случае нет сексуального насилия, мужчина хочет обратить на себя внимание девушки, флиртует с ней

**Правильные ответы к тестовым вопросам**

**к занятию 1 «Гендерное насилие»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильный ответ** | **№ вопроса** | **Правильный ответ** | **№ вопроса** | **Правильный ответ** | **№ вопроса** | **Правильный ответ** | **№ вопроса** | **Правильный ответ** |
| 1 | с | 4 | а, b | 7 | b | 10 | d | 13 | е |
| 2 | е | 5 | b, e | 8 | b, e | 11 | b | 14 | с |
| 3 | а, е | 6 | b, c | 9 | a | 12 | b | 15 | с |

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

Вопрос 1. Какие основные признаки гендерного насилия могут быть замечены медицинским персоналом у пациенток?

a. Отсутствие физических травм

b. Заметные изменения в эмоциональном состоянии

c. Открытое обсуждение прошлых случаев насилия

d. Проявление агрессивного поведения пациентов

e. Физические следы на теле пациентки

Вопрос 2. Какие клинические признаки могут указывать на связь с насилием со стороны интимного партнера?

a. Симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стрессового расстройства

b. Нормальные проявления эмоционального состояния

c. Редкие случаи головных болей

d. Отсутствие изменений в образе жизни

e. Временные трудности с сном

Вопрос 3. Какие медицинские ситуации могут быть связаны с насилием со стороны интимного партнера?

a. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта

b. Нормальные результаты восприятия и слуха

c. Необъяснимые симптомы репродуктивной системы

d. Запрет на прохождение медицинских осмотров, вакцинации со стороны мужа

e. Присутствие поддерживающего партнера на приеме врача

Вопрос 4. На что следует обратить внимание при осмотре пациентки?

a. Неоднократные кровотечения из влагалища и инфекции, передаваемые половым путем

b. Хронические боли (необъяснимые) и травматические повреждения, в частности неоднократные или сопровождаемые неясными генезом

c. Страх и нежелание пациентки отвечать на вопросы и проводить анализы

d. Нежелание на прохождение осмотра по религиозным показаниям

e. Недоверие современным методам исследования

Вопрос 5. Какие факторы могут затруднить выявление случаев гендерного насилия медицинским персоналом?

a. Недостаточность необходимого оборудования в медицинских учреждениях

b. Отсутствие развитых и необходимых коммуникационных навыков у сестер

c. Невозможность проведения длительных бесед с пациентками

d. Принятие стереотипов о том, как должна вести себя супруга и как выглядеть жертва

e. Запрет на открытую публикацию медицинской документации о случаях насилия

Вопрос 6. Какие действия медицинской сестры могут способствовать созданию безопасного пространства для обсуждения случаев гендерного насилия?

a. Публичное обсуждение случаев насилия в присутствии других пациентов

b. Гарантированная анонимность и конфиденциальность

c. Запрос пациенток о личных отношениях

d. Прямое обсуждение подозрений с пациенткой

e. Отказ от вмешательства и оставление пациентки в одиночестве

Вопрос 7. Какие виды медицинской помощи могут потребоваться для женщин, пострадавших от гендерного насилия?

a. Только хирургическое вмешательство

b. Психотерапевтическая поддержка

c. Экспертиза нарушений личной жизни

d. Отказ от медицинской помощи

e. Тестирование на инфекции, связанные с насилием

Вопрос 8. Какие признаки поведения партнера/агрессора могут свидетельствовать о том, что жертва подвергается насилию?

a. Партнер/агрессор проявляет активное участие в беседе и отвечает за жертву

b. Жертва откровенно доверяет своему спутнику и активно общается с ним

c. Партнер/агрессор преуменьшает нанесенные повреждения

d. Жертва с легкостью соглашается говорить со своим спутником

e. Партнер/агрессор проявляет чрезмерную ревность и агрессивность

Вопрос 9. Какие тревожные признаки поведения могут быть связаны с потенциальным насильником в медицинской организации?

a. Потенциальный насильник всегда приходит вместе с женщиной без необходимости

b. Женщина активно участвует в разговоре в присутствии потенциального насильника

c. Пациент проявляет пассивность или боится говорить в присутствии потенциального насильника

d. Потенциальный насильник часто говорит за женщину и/или отказывается выйти из кабинета

e. Потенциальный насильник демонстрирует сдержанное поведение и не проявляет агрессии

Вопрос 10. Каким образом медицинская сестра может эффективно сотрудничать с другими членами медицинской команды для выявления случаев гендерного насилия?

a. Воздержание от обмена информацией о подозрительных случаях

b. Активное участие в тренингах по выявлению насилия

c. Склонность к игнорированию подозрительных сигналов

d. Работа в изоляции от коллег

e. Отсутствие обучения по вопросам гендерного насилия

Вопрос 11. Какие основные этапы предоставления медицинской помощи женщинам, пострадавшим от гендерного насилия?

a. Привлечение виновных к уголовной ответственности

b. Только обсуждение происшедшего

c. Диагностика, лечение и реабилитация

d. Сокрытие инцидента

e. Изоляция жертвы от общества

Вопрос 12. Как медицинской сестре правильно реагировать, если она подозревает случай гендерного насилия?

a. Немедленное уведомление администрации медицинского учреждения

b. Игнорирование подозрений, чтобы не нарушать конфиденциальность

c. Непосредственное обсуждение подозрений с пациенткой

d. Вмешательство в семейные отношения пациентки

e. Проведение дополнительных медицинских тестов без уведомления пациентки

Вопрос 13. Какие навыки важны для медицинской сестры, предоставляющей помощь женщинам, пострадавшим от гендерного насилия?

a. Знание методов самообороны

b. Активное преследование преступников

c. Коммуникативные навыки

d. Склонность к стереотипам о жертвах

e. Отсутствие эмпатии к пациенткам

Вопрос 14. Как медицинской сестре эффективно предоставлять информационную поддержку женщинам, пострадавшим от гендерного насилия?

a. Воздержание от предоставления любой информации

b. Оказание эмоциональной поддержки, но без предоставления информации

c. Предоставление информации о доступных ресурсах и службах поддержки

d. Склонность к сокрытию информации

e. Рекомендации избегать обсуждения прошлых случаев

Вопрос 15. Что входит в принципы расспроса жертвы гендерного насилия?

a. Не проявлять осуждающего поведения, использовать такие слова как «жертва», избиение, насилие

b. Не спрашивать о насилии в присутствии партнера, членов семьи, друзей

c. Не раскрывать и не обсуждать проблемы с партнером пациентки

d. Не спрашивать пациента, что явилось причиной насилия пока не был установлен доверительный контакт

e. Все ответы верны

**Ключи с правильными ответами**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Правильный ответ | № вопроса | Правильный ответ | № вопроса | Правильный ответ |
| 1 | b, c, d, e | 6 | b, d | 11 | c |
| 2 | a | 7 | b, e | 12 | a, c |
| 3 | c, d | 8 | c | 13 | c |
| 4 | a, b, c | 9 | c, d | 14 | c |
| 5 | b, c, d | 10 | b | 15 | e |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Сестринская помощь лицам, пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи»

Вопрос 1. Какие диагностические процедуры необходимо провести при подозрении на гендерное насилие?

a. Только анкетирование пациента о фактах насилия

b. Физическое обследование с последующей медицинской экспертизой

c. Лабораторные анализы для выявления следов насилия

d. Психологическое тестирование для оценки последствий

e. Консультация с представителями правоохранительных органов

Вопрос 2. Какие профилактические мероприятия необходимо назначить в первую очередь лицам, столкнувшимся с гендерным насилием?

a. Индивидуальные консультации с психотерапевтом

b. Участие в групповых тренингах по самозащите

c. Выписка рецептов на успокаивающие препараты

d. Направление к социальным службам для получения поддержки

e. Предоставление контактов центров помощи по гендерному насилию

Вопрос 3. Какие основные признаки гендерного насилия могут указывать на наличие этой проблемы у пациента?

a. Беспокойство пациента при вопросах о его отношениях

b. Физические следы на теле, несоответствующие официальной версии

c. Изменения в психоэмоциональном состоянии, например, депрессия

d. Отсутствие признаков насилия в поведении пациента

e. Желание пациента отказаться от любых обсуждений своей личной жизни

Вопрос 4. Какие шаги следует предпринять при обнаружении подозрений на гендерное насилие у пациента во время приема в пункте оказания первой медицинской помощи?

a. Немедленная госпитализация пациента для его защиты

b. Проведение экстренных медицинских процедур

c. Осуществление тщательного фиксирования всех видимых повреждений

d. Консультация с психотерапевтом на месте

e. Немедленное уведомление правоохранительных органов

Вопрос 5. Как обеспечить безопасное и доверительное окружение во время медицинской консультации с лицом, перенесшим гендерное насилие?

a. Проведение консультации в присутствии семейных членов

b. Гарантированная конфиденциальность и анонимность

c. Использование медицинского жаргона для обсуждения случая

d. Обязательное информирование о случае родственников пациента

e. Принуждение к обсуждению прошлых случаев насилия

Вопрос 6. Какие вопросы стоит задать лицам, перенесшим гендерное насилие, чтобы собрать необходимую информацию, при этом избегая дополнительной травматизации?

a. Спрашивать подробности о случившемся, чтобы точно понять ситуацию

b. Задавать открытые вопросы, предоставляя лицу, перенесшее гендерное насилие возможность делиться информацией по своему усмотрению

c. Избегать вопросов, связанных с прошлыми отношениями пациента

d. Сосредотачиваться на физических повреждениях, минимизируя эмоциональные аспекты

e. Сразу же предоставлять конкретные решения, чтобы успокоить жертву

Вопрос 7. Какие ресурсы и поддержку в пункте приема в пункте оказания первой медицинской помощи можно предложить лицу, перенесшему гендерное насилие?

a. Направление к групповым сессиям самопомощи

b. Предоставление контактов центров помощи по гендерному насилию

c. Выписка рецептов на успокаивающие препараты

d. Организация встреч с представителями правоохранительных органов

e. Направление к семейным консультантам для решения вопросов личных отношений

Вопрос 8. Какие процедуры документирования случаев гендерного насилия следует соблюдать в медицинской практике?

a. Максимальная детализация физических повреждений

b. Фиксация всех высказываний пациента без дополнительных вопросов

c. Соблюдение строгой конфиденциальности без создания письменных отчетов

d. Документирование только видимых физических повреждений

e. Отказ от любой документации, чтобы сохранить конфиденциальность

Вопрос 9. Как можно содействовать осведомленности медицинского персонала о гендерном насилии и правилах оказания помощи лицам, перенесшим гендерное насилие?

a. Участие в тренингах по выявлению и помощи жертвам гендерного насилия

b. Избегание обсуждения темы гендерного насилия с коллегами

c. Проведение лекций для пациентов о проблемах гендерного насилия

d. Игнорирование подозрительных сигналов

e. Ограничение обучения по вопросам гендерного насилия

Вопрос 10. Какие эмпатические навыки и стратегии важны при общении с лицами, перенесшими гендерное насилие?

a. Проявление сопереживания и понимания, активное слушание

b. Сдерживание эмоций и поддержание профессиональной дистанции

c. Спешивание пациента с рассказом о ее переживаниях

d. Предоставление советов и решений без дополнительных вопросов

e. Избегание темы гендерного насилия в разговоре с пациентом

Вопрос 11. Какие шаги можно предпринять для собственного профессионального развития в области сестринской помощи жертвам гендерного насилия?

a. Участие в специализированных курсах и тренингах

b. Избегание участия в мероприятиях, связанных с гендерным насилием

c. Обсуждение случаев с коллегами без участия пациентов

d. Отказ от дополнительного обучения в области гендерного насилия

e. Самостоятельное изучение актуальной литературы и исследований в данной области

Вопрос 7. Какие ресурсы и поддержку в пункте приема в пункте оказания первой медицинской помощи можно предложить лицу, перенесшему гендерное насилие?

a. Направление к групповым сессиям самопомощи

b. Предоставление контактов центров помощи по гендерному насилию

c. Выписка рецептов на успокаивающие препараты

d. Организация встреч с представителями правоохранительных органов

e. Направление к семейным консультантам для решения вопросов личных отношений

Вопрос 8. Какие процедуры документирования случаев гендерного насилия следует соблюдать в медицинской практике?

a. Максимальная детализация физических повреждений

b. Фиксация всех высказываний пациента без дополнительных вопросов

c. Соблюдение строгой конфиденциальности без создания письменных отчетов

d. Документирование только видимых физических повреждений

e. Отказ от любой документации, чтобы сохранить конфиденциальность

Вопрос 9. Как можно содействовать осведомленности медицинского персонала о гендерном насилии и правилах оказания помощи лицам, перенесшим гендерное насилие?

a. Участие в тренингах по выявлению и помощи жертвам гендерного насилия

b. Избегание обсуждения темы гендерного насилия с коллегами

c. Проведение лекций для пациентов о проблемах гендерного насилия

d. Игнорирование подозрительных сигналов

e. Ограничение обучения по вопросам гендерного насилия

Вопрос 10. Какие эмпатические навыки и стратегии важны при общении с лицами, перенесшими гендерное насилие?

a. Проявление сопереживания и понимания, активное слушание

b. Сдерживание эмоций и поддержание профессиональной дистанции

c. Спешивание пациента с рассказом о ее переживаниях

d. Предоставление советов и решений без дополнительных вопросов

e. Избегание темы гендерного насилия в разговоре с пациентом

Вопрос 11. Какие шаги можно предпринять для собственного профессионального развития в области сестринской помощи жертвам гендерного насилия?

a. Участие в специализированных курсах и тренингах

b. Избегание участия в мероприятиях, связанных с гендерным насилием

c. Обсуждение случаев с коллегами без участия пациентов

d. Отказ от дополнительного обучения в области гендерного насилия

e. Самостоятельное изучение актуальной литературы и исследований в данной области

12. Какие действия следует избегать медицинской сестре при взаимодействии с лицом, перенесшим гендерное насилие?

a) Задавать наводящие вопросы без создания доверительных отношений.

b) Самостоятельно выходить на контакт с партнером пациентки.

c) Предоставлять информацию о доступных ресурсах для поддержки.

d) Просить помощи у старшего персонала больницы для создания безопасной обстановки.

e) Маркировать пациентку.

13. Какие меры следует предпринять медицинской сестре при оказании помощи лицу, перенесшему гендерное насилие, предположительно страдающему от социофобии?

a) Обеспечить возможность участия в групповых тренингах по самозащите.

b) Самостоятельно выходить на контакт с семьей пациентки.

c) Обеспечить психологическую поддержку, предварительно выстроив доверительные отношения.

d) Обеспечить индивидуальную палату и лишь постепенно развивать контакты с обществом.

e) Маркировать пациентку.

14. Какая проблема пациентки, перенесшей гендерное насилие, в приоритете?

a) Физические травмы, требующие немедленного вмешательства.

b) Эмоциональное состояние и потребность в психологической поддержке.

c) Проблемы социальной адаптации после насилия.

d) Определение вида гендерного насилия.

e) Установление личности насильника.

15. Какие действия следует предпринять медицинской сестре, чтобы разъяснить это пациентке и не терять доверительного отношения?

a) Проигнорировать неопределенность в вопросах пациента.

b) Предложить советы без учета индивидуальных предпочтений.

c) Не предоставлять пациенту информацию о доступных ресурсах.

d) Поддерживать конфиденциальность и объяснить каждый медицинский шаг.

e) Предложить найти всю необходимую информацию в интернете.

**Ключ к правильным ответам**

**к занятию 3 «Сестринская помощь лицам, пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № вопроса | Правильный ответ | № вопроса | Правильный ответ | № вопроса | Правильный ответ |
| 1 | b | 6 | b | 11 | a, e |
| 2 | a, b, d | 7 | a, b | 12 | a, b |
| 3 | b, c | 8 | b | 13 | c, d |
| 4 | c, d, e | 9 | a | 14 | a |
| 5 | b | 10 | a, b | 15 | d |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях»

Вопрос 1. Какие профессиональные навыки и знания важны для медицинской сестры для обнаружения потенциальных случаев гендерного насилия у пациента?

a) Навыки обращения с медицинским оборудованием.

b) Понимание культурных, возрастных и социальных различий.

c) Знание медицинских протоколов и законодательства.

d) Умение проводить хирургические процедуры.

e) Умение постоять за себя

Вопрос 2. Какие профессиональные навыки и знания важны для медицинской сестры при работе с лицами, пережившими гендерное насилие?

a) Навыки работы с хирургическими инструментами.

b) Знание кулинарных рецептов.

c) Эмпатия, эффективная коммуникация.

d) Навыки вождения скорой помощи.

e) Умение восприятия без осуждения

Вопрос 3. Какие средства связи могут использоваться медицинской сестрой для обнаружения случаев гендерного насилия?

a) Конфиденциальные беседы с пациентами.

b) Опрос в присутствии партнера пациента.

c) Скрытые видеозаписи в палате.

d) Использование общедоступных чат-сервисов

e) Информация от третьих лиц (соседей, друзей семьи и т.д.)

Вопрос 4. Какие методы не рекомендуется использовать медицинской сестре при обнаружении случаев гендерного насилия?

a) Публичное обсуждение случаев на собраниях персонала.

b) Использование средств связи без обеспечения конфиденциальности.

c) Прямое обвинение партнера пациента без доказательств.

d) Проведение осмотра, сбор анамнеза

e) Выслушать пациентку, предложить помощь мультидисциплинарной команды (психолога, социального работника)

Вопрос 5. Какие шаги должна в первую очередь предпринимать медицинская сестра при обнаружении случаев гендерного насилия?

a) Проигнорировать случай и не вмешиваться.

b) Сообщить случай в социальные сети.

c) Оказать первую медицинскую помощь.

d) Связаться с правоохранительными органами.

e) Сообщить участковому врачу

Вопрос 6. Какие основные задачи медицинской сестры при оказании помощи жертвам гендерного насилия?

a) Выяснить не является ли жертва мошенником.

b) Предоставить безопасное место и поддержку лицу, перенесшему гендерное насилие

c) Помочь оформить пациенту страховой полис.

d) Произвести забор крови.

e) Рассказать коллегам

Вопрос 7. Какие меры предосторожности следует принимать при выезде медицинской сестры на дом к жертвам гендерного насилия?

a) Оставить двери и окна открытыми.

b) Проводить осмотр только в подъездных помещениях.

c) Вести журнал всех посещений, поделиться информацией с коллегами сообщить адрес выезда.

d) Не сообщать никуда о своем посещении.

e) Сообщить коллегам о выезде на адрес, держать телефон рядом, для быстрого звонка

Вопрос 8. Какие меры безопасности следует предпринимать при работе с жертвами гендерного насилия?

a) Публично обсуждать случай на медицинском совете.

b) Обеспечить конфиденциальность и защиту личных данных пострадавшему.

c) Передача информации в СМИ о случае насилия.

d) Носить видимый значок медицинской сестры при контакте с жертвой.

e) Предупредить охрану поликлиники

Вопрос 9. Какие методы поддержки и облегчения страданий могут предоставляться медицинской сестрой жертвам гендерного насилия?

a) Предоставление юридической консультации.

b) Слушание и поддержка жертвы, без осуждения.

c) Обязательная госпитализация жертвы.

d) Передача информации в СМИ о случае насилия.

e) Рассказать о других случаях гендерного насилия

Вопрос 10. Какие психологические методы поддержки могут применяться медицинской сестрой при работе с жертвами гендерного насилия?

a) Использование грубых слов и угроз.

b) Слушание и поддержка жертвы, без осуждения.

c) Использование силы для подчинения жертвы.

d) Использование травля и оскорблений.

e) Сообщить о смертельных исходах жертв бытового насилия

Вопрос 11 Мультидисциплинарная команда в городских поликлиниках для работы с лицами, перенесшими насилие должна состоять из следующих сотрудников:

a) социального работника

b) врача и медицинской сестры

c) психолога

d) главного врача

e) пульмонолога

Вопрос 12. При выявлении эпизода насилия первые действия медицинских работников:

a. должны продолжать оказать первую помощь

b. предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса

c. должны применять психологический дебрифинг,

d. необходимо оказать психологическую помощь

e. сообщить родственникам

Вопрос 13. Основные симптомы, которые могут свидетельствовать о гендерном насилии

a. Неоднократные кровотечения из влагалища и инфекции, передаваемые половым путем

b. Хронические боли (необъяснимые) и травматические повреждения, в частности неоднократные или сопровождаемые неясными генезом

c. Страх и нежелание пациентки отвечать на вопросы и проводить анализы

d. Нежелание на прохождение осмотра по религиозным показаниям

e. Недоверие современным методам исследования

опрос 14. Какие ситуации могут быть связаны с насилием со стороны интимного партнера?

a. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта

b. Нормальные результаты восприятия и слуха

c. Необъяснимые симптомы репродуктивной системы

d. Запрет на прохождение медицинских осмотров, вакцинации со стороны мужа

e. Присутствие поддерживающего партнера на приеме врача

5. Помощь, которую медицинская сестра может оказать женщине, переживающей гендерное насилие:

a. медицинскую помощь: остановить кровотечение, провести санацию ран, окать медицинскую помощь при травмах

b. выслушать, успокоить, оказать психологическую поддержку

c. привести примеры других пациенток, переживающих гендерное насилие

d. назначить антибиотики и другое лечение

e. предложить обратиться в социальные службы и психологу

**Ключи с правильными ответами**

**к заданию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильный ответ** | **№ вопроса** | **Правильный ответ** |  |  |
| 1 | b | 6 | b | 11 | a, b, c |
| 2 | c, e | 7 | c, e | 12 | a, b, d |
| 3 | a | 8 | b | 13 | a, b, c |
| 4 | a, b, c | 9 | b | 14 | c, d |
| 5 | c, e | 10 | b | 15 | a, b, e |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП»

Вопрос 1. Как медицинская сестра может содействовать в реабилитации жертв гендерного насилия?

Вопрос 2. Какие ресурсы и организации могут предоставить помощь жертвам гендерного насилия?

Вопрос 3. Какие правовые аспекты связаны с гендерным насилием?

Вопрос 4. Как медицинская сестра может помочь жертвам гендерного насилия получить юридическую поддержку?

Вопрос 5. Какова роль медицинской сестры в снижении уровня распространенности гендерного насилия?

Вопрос 6. Какие программы и образовательные мероприятия могут помочь в профилактике гендерного насилия?

Вопрос 7. Какие законы и нормативы регулируют работу медицинских сестер при оказании помощи жертвам гендерного насилия?

Вопрос 8. Какие методы медицинской сестры могут помочь в обучении общества о проблемах гендерного насилия?

Вопрос 9. Какие особенности работы с жертвами гендерного насилия на дому?

Вопрос 10. Какие методы сбора информации и документирования случаев гендерного насилия могут использоваться медицинской сестрой?

Вопрос 11. Какие ресурсы и организации могут предоставлять финансовую помощь для жертв гендерного насилия?

Вопрос 12. Как медицинская сестра может помочь жертвам гендерного насилия восстановить свое здоровье и самоуважение?

Вопрос 13. Какие изменения в законодательстве могут повысить защиту жертв гендерного насилия?

Вопрос 14. Какие специалисты могут быть привлечены в работу с лицами, переживающими гендерное насилие?

Вопрос 15. Какие приоритетные проблемы у лиц переживших гендерное насилие?

## **Задания к практическим занятиям модуля «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»**

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1 «Гендерное насилие».

**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**

**Условие:** На прием пришла женщина, работница секс-индустрии с жалобами на выделения из влагалища, боль при мочеиспускании, тошноту. При осмотре на теле пациентки имеются кровоподтеки, в области гениталий множество ссадин. Женщина сообщила, что около трех дней назад был незащищённый половой контакт.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Будет ли данный случай расцениваться как гендерное насилие?
2. Какая форма насилия?
3. Какой миф о гендерном насилии опровергается в данном случае?
4. Распишите схему оказания помощи в данном случае?

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** групповая работ

**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**

**Условие:** Прочитайте новость с по ссылке сайта Inform buro: <https://informburo.kz/novosti/v-zambylskoi-oblasti-rukovodstvo-skoly-internata-otpravilo-na-abort-12-letnyuyu-skolnicu-bez-vedoma-roditelei> .

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какой вид насилия представлен в данном случае?
2. Кто является лицом, перенесшим гендерное насилие, а кто виновником насилия?

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 3 группы, для каждой группы раздаются разные задания, необходимо подготовить аргументы для «развеивания» одного из заданных мифов, возможно использовать интернет, данные статистики и новостные ленты:

1 группа: Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора

2 группа: Мужчины и женщины в равной степени проявляют насилие по отношению друг к другу

3 группа: Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** дискуссия

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения одного из Мифов и заблуждений по теме Гендерного насилия.

По итогу группа должны представить свои аргументы на вопросы:

1. Почему представленное предложение «миф»?
2. Какова роль медицинской сестры в развеивании данного мифа?
3. группа: Женщины сами позволяют интимным партнерам применять насилие. Если бы они действительно этого хотели, они могли бы уйти от партнера-агрессора
4. группа: Домашнему насилию подвергаются только женщины определенного типа
5. группа: Женщины должны терпеть насилие ради сохранения семьи.

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** создание информационного буклета

**Выделенное время на задание**: домашнее задание

**Задание практического задания:** составьте информационный буклет, который мог бы быть представлен в качестве раздаточного материала в поликлиниках и больницах на тему: «Гендерное насилие».

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** индивидуальная работа

**Инструмент:** письменная работа

**Выделенное время на задание**: 25-30 минут

**Задание практического задания:** письменно ответьте на следующие вопросы:

1. Какие формы гендерного насилия существуют?
2. Какие гендерные стереотипы могут способствовать насилию в отношении женщин?
3. Как общество может противостоять гендерному насилию?
4. Какие могут быть последствия гендерного насилия для лиц, перенесших насилие вы и общества в целом?
5. Какие факторы могут способствовать гендерному насилию?

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** моделирование ситуации – интервью

**Выделенное время на задание**: 30-40 минут

**Задание практического задания:** обучающиеся делится на две группы интервьюеры (журналисты) и интервьюируемые. Используя интернет, задача первой группы подготовить вопросы, задача второй группы подготовится и ответить на вопросы группы-журналистов. Тема «интервью»: «Гендерное насилие, мифы и реальность»

### 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 моделирования ситуации: один из обучающихся исполняет роль пациента, другой роль медицинской сестры, ведущий самостоятельный прием, остальные наблюдают.

Задание: смоделируйте ситуацию на прием пришла женщина с явными признаками физического насилия.

***Задание для обучающего-медсестры*** ***ведущей прием***: постройте диалог, какие вводные вопросы Вы можете использовать

***Задание для обучающего-пациента***: постарайтесь отразить какие симптомы могут быть у пациентки переживающей физическое насилие со стороны мужа, описывайте физическое состояние и психологическое состояние.

***Задания для наблюдающих***: какие ошибки были совершены?

**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.

**Клиническая ситуация №1**

**Условие:** на прием в поликлинику пришла пара, исповедующая ислам (женщина в хиджабе), мужчина агрессивен и отказывается покидать смотровой кабинет. Врач соглашается провести сбор анамнеза в присутствии партнера. В процессе сбора анамнеза женщина сообщает, что подозревает беременность. Данная беременность со слов пациентки седьмая, у пары шесть детей, разница в возрасте между деть от года до полутора лет. На вопрос о методах контрацепции, мужчина остро реагирует требую от врача прекратить вести подобные неподобающие разговоры с его супругой. Врач и медицинская сестра требуют, что бы мужчина покинул кабинет. Мужчина хватает жену за руку и уводит с приема, проклиная медицинских работников.

**Вопросы для обсуждения:**

Имеется ли признаки гендерного насилия в данном случае?

Какая форма насилия имеет место в данном случае?

Каковы должны быть действия медицинской сестры и врача в данной ситуации?

Какие принципы расспроса потенциальной жертвы гендерного насилия нужно соблюдать при сборе анамнеза в присутствии партнера?

Были ли совершены ошибки

**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.

**Клиническая ситуация №2**

**Условие:** на повторный прием в поликлинику пришла женщина 42 лет. На лице женщины имеется синяки, кровоподтеки в области уголка губ, при осмотре полости рта отсутствует несколько зубов, женщина жалуется на боль при дыхании, при обследовании на теле также имеется множество гематом синяков, в различных стадиях заживления. Пациентка категорически отказалась от гинекологического осмотра.

На вопрос медсестры: «Это ваш муж, так вас отмуштровал?»

Пациентка отреагировала очень остро: «Это не ваше дело! Дайте мне направление на рентген и задавайте лишних вопросов»

**Вопросы для обсуждения:**

Какой вид насилия представлен в данной ситуации? Какую ошибку совершила медицинская сестра? Предложите свое решение данного случая.

**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.

**Клиническая ситуация 3**

**Условие:** в травматологическом отделении лежит пожилая женщина, женщина лежит с множественными переломами ребер и ключицы, закрытой черепно-мозговой травмой. Со слов пациентки она упала с лестницы. Медицинским сестрам женщина говорила, что живет с сыном, однако за все время пребывания в больнице никто ни разу не навестил пациентку, в травмпункт ее привез сосед, сказал, что наше в подъезде без сознания.

**Вопросы для обсуждения:**

Есть ли повод подозревать гендерное насилие? Аргументируйте ответ? Если да, то какой вид насилия Вы заподозрили? Каковы Ваши действия?

**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.

**Клиническая ситуация 4**

**Условие:** на прием в поликлинику пришла семья, девочка 14 лет с диагнозом ДЦП, родители настаивают на госпитализации дочери, хотя показаний нет. Отец требует найти для их дочери «пансионат или какую-то лечебницу, которая сможет ее забрать» в разговоре не раз звучала фраза «мы от нее устали» или «почему вы не занимаетесь этой проблемой?»

**Вопросы для обсуждения:** есть ли повод подозревать гендерное насилие? Аргументируйте ответ? Если да, то какой вид насилия Вы заподозрили? Каковы 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.

**Клиническая ситуация 5**

**Условие:** в терапевтическом отделении лежит женщина. Вы случайно стали свидетелем ее разговора с мужем по телефону:

**-** Привет, дорогая я так соскучился, так тебя люблю!

**-** Привет, я тоже тебя люблю и соскучилась! – с осторожностью сказала пациентка

**-** Ты что, дура, что ли? Реально поверила, что я могу тебе такое сказать – громко смеясь проговорили на том конце – да мне все равно даже если ты там сдохнешь!

Завершив разговор, пациентка плакала.

**Вопросы для обсуждения:** есть ли повод подозревать гендерное насилие? Аргументируйте ответ? Если да, то какой вид насилия Вы заподозрили? Каковы Ваши действия?

**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.

**Клиническая ситуация 6**

**Условие:** в гинекологическом отделении лежит пациентка Марал, при сборе анамнеза она сообщила врачу, что ее муж периодически ее избивает.

В ходе лечения, в отделении у одной из медицинских сестер Карины возник конфликт с данной пациенткой. Выйдя из палаты Карина, громко сказала коллегам на посту: *«Не удивительно, что муж ее бьет, такая кого хочешь доведет»*

**Вопросы для обсуждения:** Какие ошибки были совершены медицинским персоналом отделения? Каковы будут Ваши действия в данной ситуации?

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Сестринская помощь лицам, пострадавшим от гендерного насилия, обратившимся в пункты оказания первой медицинской помощи».

**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.

**Клиническая ситуация №1**

**Условие:** Ночью в травмпункт обратилась женщина 32 лет, с ушным кровотечением, дежурный врач предполагает травму барабанной перепонки, на вопрос «Как была получена травма?» отвечает невнятно. Женщину сопровождал мужчина в состоянии алкогольного опьянения, по словам пациентки гражданский муж, на просьбу врача покинуть кабинет, реагирует агрессивно, заявил, что не желает оставлять жену одну

**Вопросы для обсуждения:**

Каковы должны быть действия медицинской сестры в данной ситуации? Какие документы необходимо заполнить? Распишите пять этапов сестриного процесса..

**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.

**Клиническая ситуация №2**

**Условие:** В приемный покой районной больницы обратилась женщина 35 лет, с тянущей болью внизу живота, из анамнеза известно, три недели назад были роды (второй ребенок, первому ребенку 2 года) медсестра расширенной практики направляет пациентку на осмотр к гинекологу, предварительно попросив купить «пеленку для гинекологического осмотра», пациентка сильно смутилась, отказалась от дальнейшего осмотра, сказав, что у нее нет таких денег (цена пеленки 370 тг), «Вам нужно только купить пеленку, осмотр у гинеколога бесплатный, в случае необходимости в больницу Вас тоже положат бесплатно» заверила медсестра, но пациентка наотрез отказывается от дальнейшего осмотра.

**Вопросы для обсуждения:**

Каковы должны быть действия медицинской сестры в этом случае? Распишите алгоритм действий медицинской сестры.

**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.

**Клиническая ситуация №3**

**Условие:** Бригада скорой помощи выехали на вызов, диспетчер сообщила, что обратилась женщина, помощь необходима ее дочери 15 лет, жалобы на вагинальное кровотечение. Когда бригада приехали на адрес вызова, женщина, вызвавшая «скорую», просила их не шуметь, чтобы не разбудить мужа, на лице женщины имелись гематомы, вокруг глазничная и около рта, согласия на госпитализацию дочери не дала.

**Вопросы для обсуждения:**

Каковы должны быть действия бригады в этом случае? Распишите алгоритм действий медиков.

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** мозговой штурм

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения условия здания. По итогу необходимо составить интеллект карту, используя стикеры, нарисовать от руки схемы и т.д. Для представления и защиты результатов каждой группе дается 5-7 минут

**Условие задания:** Продумайте, какие барьеры есть при оказании сестринской помощи лицам, переживающим гендерное насилие, какие способы преодоление данных барьеров Вы можете предложить?

**5. Практическое задание №5**

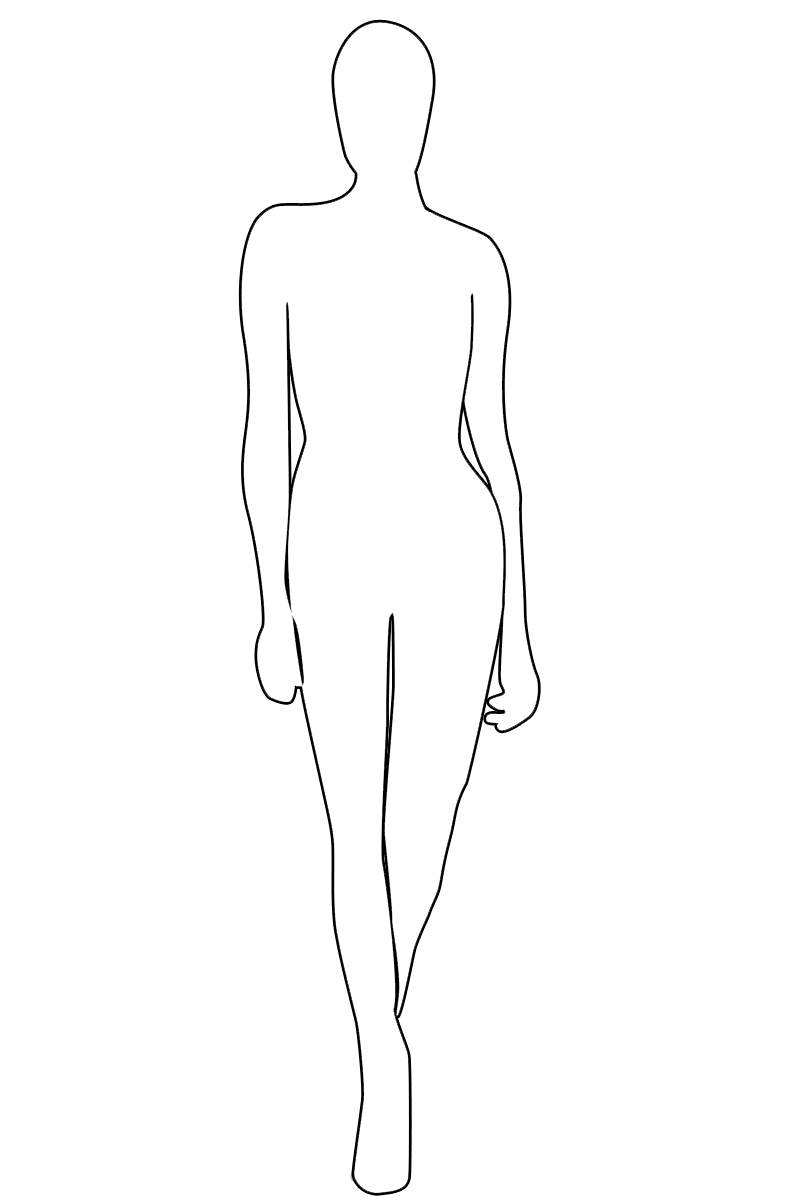
**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** мозговой штурм

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения условия здания. По итогу необходимо составить интеллект карту, используя стикеры, нарисовать от руки схемы и т.д. Для представления и защиты результатов каждой группе дается 5-7 минут

**Условие задания:** обсудите какие основные симптомы наблюдаются у лиц, переживающих насилие, есть разница в локализации травм, по каким признакам можно утверждать, что женщина подвергается насилию. На схеме синим цветом укажите, расположение травм свойственное бытовым травмам (падение с лестницы, «ударилась во время ремонта»), а красным цветом травмы, которые являются следствием гендерного насилия.



**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.

**Клиническая ситуация №4**

**Условие:** В терапевтическом отделение ЦРБ на лечение госпитализируется пациентка 32 лет. Врачи приемного покоя поставили основной диагноз: гастрит, при осмотре врач отметил множественные синяки на теле, разной степени заживления (разного цвета), а также подозрение на перелом ребер, пациентке назначено рентгенологическое исследование.

**Вопросы для обсуждения:**

Каковы должны быть действия медицинской сестры? Распишите 5 этапов сестринского процесса при травмах, учитывая особенности основного диагноза и пережитое гендерное насилие.

**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.

**Клиническая ситуация №5**

**Условие:** В поликлинику ЦРБ обратилась женщина 25 лет, жалобы на сильную головную боль, тошноту. На лице и шее у женщины синяк, в уголках губ кровоподтек. Женщину сопровождала свекровь, которая все время перебивала пациентку, постоянно повторяя «упала, вот неаккуратная вот и упала».

**Вопросы для обсуждения:**

Каковы должны быть действия медицинской сестры? Распишите 5 этапов сестринского процесса при головной боли и тошноте, какие сестринские рекомендации по Вы лечению дадите пациентке?

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 4 «Патронаж и выявление рисков гендерного насилия в семьях».

**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.

**Кейс №1**

**Условие:** Вами запланирован патронаж матери с младенцем, женщина 35 лет, первые роды, ребенку 5 месяцев, не прибыли ни на один прием, телефон, указанный в карте, не поднимает, семейное положение замужем, проживают в многоквартирном доме, телефон супруга не указан. Отказ от прививок не писали, после выписки с родильного дома нет ни одной записи в карте ни у младенца, ни у матери.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Каков план патронажа данной семьи? Составьте план посещения и беседы? Запланируйте Ваши действия на случай, если женщина указала не верный адрес.
2. На что необходимо обратить внимание при посещении данной семьи?

**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.

**Кейс №1**

**Условие:** Вы прибыли на указанный адрес, женщина открыла дверь. Личность была подтверждена, Вы представились, и она впустила Вас в дом. На вопросы почему не посещала в врача, не проходили вакцинацию, не были на плановых осмотрах отвечает невнятно (нет телефона, отключили интернет и т.д). Вы обратили внимание, что в квартире нет детской кроватки, нет пеленального столика, на ребенке самодельные тканевые подгузники. Физическое состояние ребенка при визуальном осмотре удовлетворительное. Мама сообщила, что кормит ребенка грудью, женщина выглядит уставшей, на лице имеются признаки побоев, на вопросы о происхождении синяков отвечает, что ударилась. На предложение посетить поликлинику ответила резким отказом, сказав, что сейчас у нее нет денег для поездки

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какой вид насилия Вы заподозрили?
2. Каковы Ваши дальнейшие действия?
3. Какую работу по дополнительному сбору информации необходимо провести?
4. Составьте детальный доклад о выявленном случае домашнего насилия и предоставленной помощи.
5. Передайте информацию соответствующим службам в соответствии с местными законодательными требованиями

**3.Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** составление эко карты матери и ребенка

**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. Презентация проходит в виде представления экока-рты семьи, где необходимо указать роли и связи между всеми членами семьи, связь семьи с социальными институтами и другими людьми.

**Кейс №3**

**Условие:** Запланирован патронаж ребенка 6 месяцев, последние два визита в поликлинику родители пропустили. Медицинская сестра отправляется по адресу. В карте матери стоит отметка, что во время беременности женщина дважды обращалась в поликлинику с травмами, неясного происхождения.

Семья проживает в частном доме. По мимо матери и младенца в доме приживают дедушка и бабушка младенца, отец, двое старших братьев (3 и 5 лет), дядя – брат отца. Отец работает на заводе, дедушка работает слесарем, бабушка продавцом в продуктовом магазине, дядя – временно безработный. Двое старших детей не ходят в детский сад – Помогают по хозяйству, сообщила бабушка.

При патронаже медицинская сестра наблюдала картину, бабушка в очень грубой форме сказала женщине оставить ребенка детям и поставить чай, скоро придет сын с работы. Так же медицинская сестра заметила, у мамы ребенка признаки простудного заболевания постоянные течение слизи из носа, кашель, усталый вид. На предложение медицинской сестры обратиться в поликлинику, женщина сказала, что не может оставить «хозяйство».

**Вопросы для обсуждения:**

Составьте эко-карту семьи. Какие факторы риска Вы можете отметить на примере данной семьи? Каковы должны быть дальнейшие действия медицинской сестры.

**4.Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** составление эко карты матери и ребенка

**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. Презентация проходит в виде представления экока-рты семьи, где необходимо указать роли и связи между всеми членами семьи, связь семьи с социальными институтами и другими людьми.

**Кейс №3**

**Условие:** Запланирован патронаж ребенка 6 месяцев, последние два визита в поликлинику родители пропустили. Медицинская сестра отправляется по адресу. В карте матери стоит отметка, что во время беременности женщина дважды обращалась в поликлинику с травмами, неясного происхождения.

Семья проживает в частном доме. По мимо матери и младенца в доме приживают дедушка и бабушка младенца, отец, двое старших братьев (3 и 5 лет), дядя – брат отца. Отец работает на заводе, дедушка работает слесарем, бабушка продавцом в продуктовом магазине, дядя – временно безработный. Двое старших детей не ходят в детский сад – Помогают по хозяйству, сообщила бабушка.

При патронаже медицинская сестра наблюдала картину, бабушка в очень грубой форме сказала женщине оставить ребенка детям и поставить чай, скоро придет сын с работы. Так же медицинская сестра заметила, у мамы ребенка признаки простудного заболевания постоянные течение слизи из носа, кашель, усталый вид. На предложение медицинской сестры обратиться в поликлинику, женщина сказала, что не может оставить «хозяйство».

**Вопросы для обсуждения:**

Составьте эко-карту семьи. Какие факторы риска Вы можете отметить на примере данной семьи? Каковы должны быть дальнейшие действия медицинской сестры.

**5.Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клиническая задача

**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.

**Кейс №3**

**Условие:** Медицинской сестре на личный телефон поступает звонок, женщина, которая прикреплена на участке звонит и просит помощи, ее сожитель в очередной раз избивает ее.

**Вопросы для обсуждения:** Каковы должны быть действия медицинской сестры?

**6.Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** мозговой штурм

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения условий задания, представления результата происходит в виде составления интеллект-схемы при помощи стикеров, цветных маркеров и т.д., на представление результатов дается по 5-7 минут.

**Условие:** Медицинская сестра, выходящая на патронаж, с какими опасностями может столкнутся медсестра, каковы должны быть ее действия, чтобы обезопасить себя, какие меры безопасности необходимо соблюдать, какими средствами и ресурсами больница должна обеспечить медицинских сестер, выходящих на патронаж?

**7.Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа, моделирование ситуации

**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы, двое человек моделируют диалог: медицинская сестра – пациент, остальные члены группы наблюдают и после демонстрации отмечают какие ошибки были совершены.

**Условие:**

**1 группа:** медицинская сестра пришла на патронаж к семье состоящая на учете как «неблагополучная». В семье 5 детей, младшему 3 месяца. Женщина избита, в квартире не убрано, люльки или специальной кроватки для младенца нет, на вопрос медицинской сестры «где спит младенец», женщина ответили, что нет денег для покупки кровати спит на диване с матерью и другими детьми. **Продолжите диалог, в диалоге отметьте какие меры помощи может оказать медицинская организация, а как могут помочь социальные службы.**

**2 группа:** Медицинская сестра пришла на вызов к пожилой пациентке – 72 года. Пациентка проживает с сыном. Вызвала медицинского работника по причине сильных головных болей, АД-180/140. Пациентка большую часть времени проводит в кровати, по дому передвигается с трудом. Проходя в квартиру, медицинская сестра отметила беспорядок, по всюду пустые бутылки водки. При сборе анамнеза женщина сказала, что сегодня не ела (время 16.40). **Составьте диалог с пациенткой, в диалоге отметьте какие меры помощи может оказать медицинская организация, а как могут помочь социальные службы.**

**3 группа:** По условиям предыдущего случая составьте диалог с соседями, что бы выявить проблемы пациентки и составить полную картину.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 5 «Реагирование при выявлении или подозрении на случай гендерного насилия. Ведение случая насилия на уровне ПМСП».

**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.

**Кейс №1**

**Условие:** Вы работаете медицинской сестрой на участке, с Вами на участке работает медицинская сестра со стажем работы более 10 лет Анастасия. Из личных бесед Вы знаете, что она недавно вышла замуж, у нее есть двое детей от первого брака, которые не проживают с ней, муж работает вахтовым методом. В последний год Вы стали замечать, что Ваша коллега часто берет больничный (через месяц, что совпадает с меж вахтовыми промежутками мужа), стала раздражительной, плаксивой, стала носить закрытую одежду несмотря на теплый кабинет. На попытку завести беседу о семье резко осекает, говоря, что это не твое дело.

**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 подверженности насилию вы выявили у Анастасии?
4. Какие действия Вы можете предпринять?

**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.

**Кейс №2**

**Условие:** В поликлинику обратилась женщина Айнур 32 лет, с жалобами на головную боль, тошноту, головокружение. При сборе анамнеза сообщила, что ее муж в состоянии алкогольного опьянения швырялся в нее вещами, мебелью, она убежала из дома. Боль начала ощущать уже стоя в очереди к врачу. При осмотре выявлено несколько гематом на теле, в области живота, груди и конечностей, так же есть кровоточащая ссадина «наверно это от вазы» - прокомментировала пациентка

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите этапы сестринского процесса при оказании помощи Айнур.
2. Какие рекомендации Вы дадите пациентки.

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** групповая работа «Мозговой штурм»

**Инструмент:** вопросы

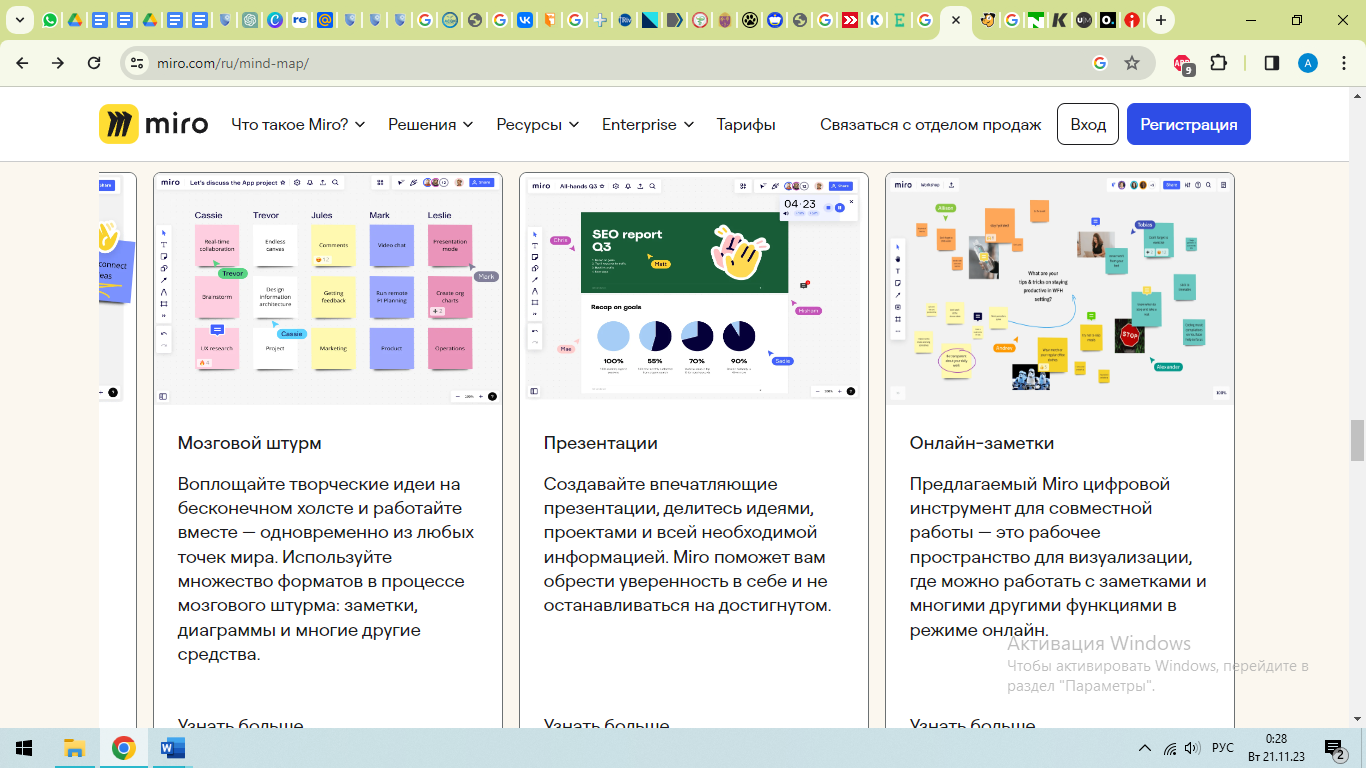
**Выделенное время на задание**: 20-25 мин

**Задание практического задания:** Обучающиеся делятся на 2-3 группы для обсуждения. Задание каждой группе создать ментальные карты, используя стикеры, фломастеры и тд.

Задание 1 группе: Этических вопросы, с которыми может столкнуться медицинская сестра при оказании помощи жертвам гендерного насилия

Задание 2 группе: Личные барьеры медицинских сестер при оказании помощи лицам, перенесшим гендерное насилие и способы их преодоления.

Задание 3 группе: Культурные особенности, которые могут влиять на восприятие и реакцию на гендерное насилие, различия в подходе к этой проблеме в разных культурах.



**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клиническая задача

**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.

**Кейс №3**

**Условие:** В приемный покой экстренно обратилась женщина 25 лет. Женщина избита, носовое кровотечение, гематомы по всему лицу, со слов женщины ее сожитель бил ее ногами по лицу, на теле множественные гематомы и ссадины, от удара жестким предметом с заостренным концом (металлический прут).

**Вопросы для обсуждения:**

1. Каковы приоритетные проблемы пациентки?
2. Опишите этапы сестринского процесса при оказании помощи.

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клиническая задача

**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.

**Кейс №3**

**Условие:** Меруерт проживает в поселке, обратилась в поликлинику, в попытке «решить вопрос по связям». Меруерт узнала, что ее дочь 16 лет беременна, со слов дочери, от отчима. Женщина обратилась к медицинской сестре с просьбой прервать беременность, сохранив ситуацию в тайне.

**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 действия должны быть предприняты?

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клиническая задача

**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.

**Кейс №3**

**Условие:** Улболсын обратилась на прием к гинекологу, беременность 16 недель, с просьбой прервать беременность, со слов пациентки муж периодически ее избивает, женщина подала на развод и не желает «иметь ничего общего» с мужем.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Определите какие проблемы имеются в данном случае?
2. Какие действия должны быть предприняты?

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** групповая работа

**Инструмент:** клиническая задача

**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.

**Кейс №3**

**Условие:** В районную центральную больницу доставлена пациентка, на скорой помощи, в сопровождении мужа. Со слов мужчины его жена упала с лестницы. При осмотре женщина без сознания, имеются кровоточащие раны на теле, на лице синяки, кровоподтеки в уголках губ. Муж отказывается оставлять женщину в отделении, просит привести в сознание и заберет в другую больницу.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите какие особенности локализации травм могут указать на гендерное насилие?
2. Определите какие проблемы имеются в данном случае?
3. Имеется ли насилие? Какие виды и формы насилия имеют место в данном случае?
4. Какие действия должны быть предприняты?

## **Сокращения**

АРТ - антиретровирусная терапия

ВГВ – вирус гепатита В

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВМС – внутриматочная система

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

МЗ РК – Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ООН – Организация объединенных наций

ПКП – постконтактная профилактика

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

СМП – станция медицинской помощи

ТЭК – таблетки экстренной контрацепции

МВА – метод прерывания беременности