МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ФОНД ООН В ОБЛАСТИ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ (ЮНФПА)

НАО «МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ КАРАГАНДЫ»

**РЕАГИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СЛУЧАИ ГЕНДЕРНОГО НАСИЛИЯ**

*(**Методические рекомендации к внедрению образовательного модуля по специальности «Общая врачебная практика» (резидентура))*

**Астана**

**2023**

**УДК: 614.2**

**ББК: 514**

**И7**

**Рецензенты:**

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

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

**И7 Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия:** **методические рекомендации для преподавателей по специальности «Общая врачебная практика» (резидентура)**/ Ибышева А., Граф М., Ешманова А. // Астана: Фонд народонаселения ООН, 2023. – 177 с.

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

[**Введение** 4](#_Toc152724188)

[**Рабочая учебная программа к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 6](#_Toc152724189)

[**Учебный материал к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случат гендерного насилия»** 9](#_Toc152724190)

[Занятие 1. «Гендерное насилие» 9](#_Toc152724191)

[Занятие 2. «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение» 58](#_Toc152724192)

[Занятие 3. «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование» 97](#_Toc152724193)

[**Оценка учебных достижений** 126](#_Toc152724194)

[**Тестовые задания к модулю «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 127](#_Toc152724195)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1,2 «Гендерное насилие. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение» 127](#_Toc152724196)

[ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование» 141](#_Toc152724197)

[**Задания к практическим занятиям модуля «Реагирование системы здравоохранения на случаи гендерного насилия»** 1](#_Toc152724198)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1,2 «Гендерное насилие. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение» 1](#_Toc152724199)

[ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Гендерное насилие. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение» 21](#_Toc152724200)

[**Сокращения** 1](#_Toc152724201)

# **Введение**

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

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

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

В ходе обследования было выявлено:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Цель программы:** Ознакомление с принципами оказания медицинской помощи на уровне ПМСП и стационара лицам, перенесшим гендерное насилие. Медицинская документация в стационаре. Ведение случая гендерного насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование

**Краткое описание программы:**

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

* Определения «гендерного насилия»
* Виды гендерного насилия
* Признаки гендерного насилия у пациентов, в том числе лиц с инвалидностью
* Механизмы выявления лиц пострадавших от гендерного насилия
* Оказание медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие на уровне ПМСП и стационара
* Проведение полного медицинского осмотра
* Документирование случаев гендерного насилия, с том числе в условиях стационара
* Межведомственное взаимодействие
* Ведение случая насилия на уровне ПМСП
* Мотивационное консультирование.

**Согласование ключевых элементов программы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №/п | Результат обучения (навыки) | метод оценки (КИС согласно приложению к ОП) | метод обучения |
| 1 | Демонстрирует навык определения вида и формы насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 2 | Демонстрирует навыки выявления признаков гендерного насилия | Ситуационная задача: оценка, решение | Семинар |
| 3 | Демонстрирует навыки консультирования лиц, пострадавших от насилия | Обсуждение клинического случая, стандартизированный пациент (ролевые игры) | Семинар |
| 4 | Демонстрировать навык проведения сбора анамнеза | Обсуждение клинического случая, стандартизированный пациент (ролевые игры) | Семинар |
| 5 | Демонстрировать навык проведения осмотра лиц, подвергшихся насилию, в том числе с инвалидностью | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 6 | Демонстрировать навык обследования и лечения женщин, пострадавших от насилия | Обсуждение клинического случая, ситуационные задачи | Семинар |
| 7 | Демонстрирует навык ведения медицинской документации, в том числе в стационаре | Обсуждение клинического случая, заполнение медицинских форм | Семинар |
| 8 | Демонстрирует знания о межведомственном взаимодействии | Обсуждение клинического случая | Семинар |
| 9 | Демонстрирует знания в ведении случая насилия на уровне ПМСП | Обсуждение клинического случая, ситуационная задача | Семинар |

**План реализации программы**

| № | Наименование темы/раздела/дисциплин | Объем в часах | | | | | Задание |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **лекция** | **семинар** | **тренинг** | **другие виды обучения\*** | **СРС** |
| 1 | Гендерное насилие, в том числе у лиц с инвалидностью. Признаки и механизмы выявления случаев насилия.  Получение информированного согласия, в том числе у лица с инвалидностью.  Правовая грамотность медицинских работников.  Оказание медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие на уровне ПМСП и стационара.  Документирование случаев гендерного насилия, в том числе в условиях стационара. | 4 | 8 |  |  | 4 | Продемонстрировать знания терминологии и классификации случаев гендерного насилия.  Продемонстрировать навык сбора анамнеза, проведения осмотра, составления плана обследования и лечения лиц, подвергшихся насилию. Продемонстрировать навык заполнения медицинских форм. |
| 2 | Система перенаправления.  Мультисекторальное реагирование и межведомственная координация. Ведение случая Гендерного насилия на уровне ПМСП.  Мотивационное консультирование. | 4 | 6 |  |  | 4 | Продемонстрировать знания и умение перенаправления женщин, пострадавших от насилия. Знать принципы межведомственной координации и взаимодействия, ведения случая на уровне ПМСП.  Продемонстрировать навык мотивационного консультирование. |
|  |  | **8** | **14** |  |  | **8** |  |
|  | **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». Алгоритм межведомственного взаимодействия по перенаправлению для оказания комплексной помощи пережившим гендерное насилие»**

**Цель занятия:** ознакомить с понятиями, видами и формами гендерного насилия, изучить гендерное насилие у язвимых групп, также ознакомить с мифами о гендерном насилии, его последствиях, а также с ролью врача в выявлении случаев насилия, ознакомить с подходами по выявлению признаков гендерного насилия, в том числе у лиц с инвалидностью, правилами консультирования лиц, пострадавших от насилия

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

понятия, термины и определение гендерного насилия№

виды и формы гендерного насилия.

основные факторы риска возникновения насилия.

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.

важность роли врача в реагировании на гендерное насилие.

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

подходы по выявление случаев гендерного насилия.

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

способы получение информированного согласия, в том числе от лиц с инвалидностью.

нормативно-правовые аспекты: правовые риски медицинских работников и обязанность не разглашать тайну медицинского работника.

**уметь**

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

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

уметь обосновать важность роли врача в реагировании на случаи насилия;

определять признаки гендерного насилия у пациентов;

правильно задавать вопросы пациентам о насилии;

консультировать по вопросам гендерного насилия;

получить информированное согласие.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Понятие «Гендерное насилие». Определение и термины.
2. Виды и формы гендерного насилия.
3. Распространённость гендерного насилия (мировая практика и в Республике Казахстан).
4. Последствия гендерного насилия.
5. Гендерное насилие уязвимых групп.
6. Роль медицинского работника в реагировании на гендерное насилие.
7. Признаки гендерного насилия у пациентов.
8. Механизм выявления случаев гендерного насилия.
9. Консультирование лиц пострадавших от насилия.
10. Препятствия и барьеры, с которыми сталкиваются лица с инвалидностью, пострадавшие от насилия при обращении за медицинской помощью.
11. Способы получение информированного согласия, в том числе от лиц с инвалидностью.
12. Нормативно-правовые аспекты: правовые риски медицинских работников и обязанность не разглашать тайну медицинского работника.

**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» дает нам определения трех видов насилия [3]:

**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 [9], «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 партнера](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B5_%D1%81%D0%BE_%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%8B_%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%BF%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%BD%D1%91%D1%80%D0%B0)» часто используется как синоним домашнего насилия, но он конкретно относится к насилию, возникающему в отношениях между парой (то есть брак, сожительство или не-сожительствующие интимные партнеры) [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). |
| Психологическоенасилие [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 [16].

**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.

**Колесо власти и контроля**

«Колесо власти и контроля» представляет собой схему для понимания проявлений и механизмов власти и контроля в отношении между интимными партнерами. Эта модель была разработана Программами предотвращения домашнего насилия в Миннесоте, США, с учетом опыта женщин, переживших домашнее насилие. «Колесо» описывает модели поведения, используемых человеком для контроля своего партнера и доминирования над ней. Представлено 8 секторов поведения: запугивание, эмоциональное насилие, изоляция, уничижение, отрицание и обвинение; использование детей, пользование мужскими привилегиями, экономическое насилие, принуждение и угрозы. Эти действия совершаются для осуществления «власти и контроля» – эти слова расположены в центре «колеса». «Обод колеса» символизирует физическое и сексуальное насилие – это насилие «скрепляет» подобные отношения [10].

**Распространенность гендерного насилия**

**В мире**

ООН опубликовали Доклад «[Оценки распространенности насилия в отношении женщин» за 2018](https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1347689/retrieve) [1], который был подготовлен путем анализа доступных данных опросов и исследований распространенности за период с 2000 по 2018 годы, полученных в ходе систематического и тщательного изучения всех имеющихся данных о распространенности домашнего насилия от интимного партнера и сексуального насилия от партнера в отношении женщин. По результатам данного доклада в среднем в 2018 году почти каждая третья женщина (или от 736 млн **до 852 млн** женщин) в возрасте 15 лет и старше как минимум однажды в течение жизни подвергались одной или обеим из этих форм насилия. А также **до 307 млн (10-16% опрошенных)** женщин в возрасте от 15 лет и старше, когда-либо состоявших в браке или имевших партнера, имеют недавний опыт физического и/или сексуального насилия со стороны интимного партнера. Показатель распространенности данной формы насилия в течение жизни или за последние 12 месяцев является наиболее высоким в отношении женщин в возрасте от 20 до 44 лет. Насилие со стороны интимного партнера начинается рано, так как по данным доклада почти **каждая четвертая,** когда-либо состоявшая в браке или имевшая партнера девушка-подросток самой молодой возрастной когорты (15–19 лет) уже как минимум один раз в течение жизниперенесла физическое и/или сексуальное насилие со стороны интимного партнера. Общая доля женщин обеих возрастных групп (15–49 лет и 15 лет и старше), которые как минимум один раз на протяжении жизни (с момента достижения 15 лет) подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером, оценивается на уровне 6% (4–9%).

По данным некоторых исследований половина всех женщин, ставших жертвами убийств во всем мире, пострадала от своих нынешних или бывших мужей либо интимных партнеров [17]. Более 7% женщин во всем мире сообщили, что подвергались сексуальному насилию со стороны лица, не являющегося партнером [18].

**Таблица 2. Оценка распространенности насилия со стороны интимного партнера в странах Центральной Азии [18]**

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

**Таблица 3. Оценка распространенности насилия со стороны интимного партнера в странах Европейского региона [18]**

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

Во многих странах мира в отношении женщин и девочек происходит насилие в виде калечащих операций на женских половых органах, насильственная выдача замуж и ранние браки, «убийства чести» в отношении женщин и девочек, торговлю женщинами и девочками, умерщвление детей женского пола и другие преступные деяния [11]. Имеют место быть и так называемые «убийства чести» - это нанесение увечий или убийство женщины, или девочки в качестве наказания за действия, которые считаются неподобающими для ее пола и которые, как полагают, наносят позор семье или общине (например, обливание лица молодой женщины кислотой в наказание за то, что она навлекла позор на семью за попытку выйти замуж за человека, не одобренного семьей). Такое убийство может совершить брат, отец, дядя или другой родственник, который таким образом восстановит честь семьи. Убийства во имя чести совершаются в случаях изнасилования, супружеской неверности, заигрывания или в любых других случаях, которые считаются порочащими честь семьи. Тогда женщину убивает родственник-мужчина, чтобы восстановить честное имя семьи в обществе. Даже подозрение в нарушении правил поведения считается достаточно серьезным, чтобы запятнать честь мужчины или семьи, а поэтому этого достаточно, чтобы оправдать убийство женщины. Обычно мужчины, совершившие убийство, остаются безнаказанными или получают меньший срок (UN Women Virtual Knowledge Centre) [10]. По оценкам Организации объединённых наций (ООН), за 2010 год, ежегодно в мире происходит около пяти тысяч убийств чести, в то время как ряд [женских организаций](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%96%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), согласно данным [The Independent](https://ru.wikipedia.org/wiki/The_Independent), подсчитали в том же году, что количество таких убийств составляет примерно двадцать тысяч.

**В Казахстане**

В Казахстане в 2016 году было проведено выборочное исследование, в котором были опрошены 12 321 женщина со всех регионов Казахстана [19]. По результатам исследования было выявлено, что:

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

21%, а это каждая пятая женщина в возрасте 18-75 лет, когда-либо имевшая партнера, испытывала психологическое насилие со стороны интимного партнера в течение своей жизни;

50% женщин, испытывавших физическое насилие со стороны интимного партнера, сообщали о жестоких формах физического насилия, нежели только об умеренных формах;

чаще акты физического и сексуального насилия происходили многократно;

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

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

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

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

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

В исследовании не было выявлено существенной разницы между распространенностью насилия среди женщин, проживающих в городе (16%) и проживающих в селе (17%) [19].

В исследовании также было изучено психологическое и экономическое насилие, которое оказалось относительно распространенным. На национальном уровне 21% женщин в возрасте 18-75 лет, имевших когда-либо партнера, сообщили о том, что испытывали психологическое насилие от своего партнера, а 7% - экономическое насилие.

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

**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 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 [18]:

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.

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].

**Таблица 4. Домашнее насилие и развитие детей [10]**

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

**Гендерное насилие уязвимых групп населения**

**Гендерное насилие в отношении лиц с инвалидностью**

Каждый седьмой человек на планете имеет ту или иную инвалидность, а это около 1 млрд. человек [20]. И от 180 до 220 миллионов из них – молодые люди, и около 80% из них живут в развивающихся странах [20].

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. 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 [21].

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 [22].

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 [18]:

* 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].

**Гендерное насилие в отношении пожилых лиц**

Пожилые пациенты также часто становятся жертвами гендерного насилия и могут страдать от дискриминации по половому и возрастному принципу [23]. Такие факторы как физическая уязвимость, связанная с возрастом, возрастное слабоумие, изоляция от общества, либо зависимость от семьи или социального работника повышают риск насилия над пожилыми женщинами, в сравнении с более молодыми женщинами. Одним из самых значимых факторов, связанных с плохим обращением с пожилыми людьми, оказывается фактор социальной изоляции в обществе, он может быть как причиной, так и следствием жестокого обращения [2].

Основными формами насилия в отношении пожилых являются [2]:

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

психологическое или эмоциональное жестокое обращение - причинение психических мучений;

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

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

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

Пожилые женщины, страдающие от гендерного насилия, с большей вероятностью могут страдать от таких последствий насилия, как страх, гнев, депрессия, обострение существующих заболеваний, растерянность и риску быть подвергнутой опасным для жизни травмам. Они также более уязвимы для финансового насилия, в случаях передачи их прав распоряжаться их финансами другим лицам. Пожилые женщины в большинстве своем знают своих обидчиков и зависят от них, что ограничивает их в возможности обращения в соответствующие службы поддержки. Кроме того, пожилым людям также мешает недостаток в информации о службах помощи, пожилой возраст, отсутствие ресурсов, а также страх, что им не поверят, а их жалобы объяснят болезнью или амнезией. Пожилые женщины также могут со временем привыкнуть к насилию или не расценивать насильственное поведение как домашнее насилие [10].

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

**Гендерное насилие в отношении молодых девушек**

Молодые девушки могут стать потенциальными жертвами таких видов насилия как ранний брак, инцеста, сексуального насилия, торговли людьми или насилия со стороны интимного партнера. Подростки в большинстве случаев знают насильника и часто находятся в зависимости от него (британская организация «Скоординированная деятельность против домашнего насилия»). Такие факторы как недостаток информации о службах помощи, финансовые ограничения, нерешительность, страх нарушения конфиденциальности могут стать дополнительными препятствиями для выявления насилия [10].

Во многих развивающихся странах, особенно в Центральной Азии молодые девушки подвержены особой форме гендерного насилия таким как ранние браки. Ранний, или детский, брак - это официальный либо неофициальный союз двух лиц, по крайней мере одно из которых не достигло 18 лет [24]. Самые высокие показатели официально зарегистрированных браков несовершеннолетних девочек в возрасте 15-19 лет отмечены в Албании (27,2%), Турции (23%) и Кыргызстане (19,1%) , а самые низкие – в Казахстане (0,9%), Украине (2,2%) и Сербии (5,9%)[25]. Выйдя замуж в раннем возрасте бес согласия, девушки подвергаются огромному психологическому стрессу. В таких семьях, молодым девушкам приходиться выполнять много работы по дому и хозяйству. Доступ к образованию у них ограничен, также ограничен доступ к финансам. Часто им приходится вынашивать беременность, при незрелости собственного организма.

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

**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** [26]. 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.

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.

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

Примеры клинических состояний, связанных с насилием со стороны интимного партнера [26]:

|  |
| --- |
| • 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 [5]:

* наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
* 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.

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

|  |
| --- |
| Примеры поведения, которые могут указывать на насилие со стороны партнера[5]:   * 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 [5]:  • 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.  **А также тревожные признаки поведения со стороны потенциального насильника** [5]**:**   * 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. |

**Признаки и выявление гендерного насилия у лиц с инвалидностью**

**В качестве агрессоров по отношению к лицам с инвалидностью** чаще всего оказываются [5]:

• родственники или опекуны, осуществляющие уход за лицом с инвалидностью;

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

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

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

**Также существуют сложности диагностирования фактов жестокого обращения с лицами с инвалидностью в семье, которые связаны с такими барьерами, как** [5]:

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

Для работы с лицами с инвалидностью, имеющими барьеры в коммуникации, такими как инвалиды по слуху и речи (глухонемые), медицинским работникам необходимо привлекать сурдопереводчиков [5].

Также для осмотра лиц с инвалидностью необходимо привлекать психолога для поиска лучшего подхода и для установления полноценных коммуникаций с такими пациентами [5].

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 [5].

К признакам насилия над лицом с инвалидностью относятся [5]:

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

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

В таблице представлены признаки насилия у лиц с инвалидностью [5]:

**Таблица 5. Признаки насилия у лиц с инвалидностью**

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

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

**Некоторые примеры идентификационных вопросов, которые медицинские работники могут использовать в работе с людьми с ограниченными возможностями, включают в себя следующие:** [27]

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

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

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

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

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

**Индикаторы плохого обращения с пожилым человеком.**

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие физического насилия** [5]**:**

* Жалобы на жестокое физическое обращение.
* Необъяснимые падения и травмы.
* Ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида.
* Порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения.
* Избыточный повторный прием лекарств или недостаточны й их прием.
* Истощение или обезвоженность организма без причин, связанных с болезнью.
* Свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены.
* Человек обращается за медицинской помощью к разным врачам или в разные медицинские центры.

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие сексуального насилия** [5]**:**

* Жалобы на сексуальное насилие.
* Сексуальное поведение, нетипичное для данного пожилого человека
* Необъяснимые изменения в поведении, такие как агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий.
* Частые жалобы на боль в животе.
* Необъяснимые вагинальные или анальные кровотечения.
* Повторяющиеся генитальные инфекции, передающиеся половым путем.
* Синяки в области груди или гениталий.
* Разорванное, запачканное или окровавленное нижнее белье

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие психологического насилия** [5]**:**

* Изменение режима питания или проблемы со сном.
* Страх, замешательство или покорный вид.
* Пассивность, избегание людей или увеличивающаяся депрессия.
* Беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство.
* Противоречивые утверждения или другие, не связанные с психическим нездоровьем.
* Нежелание говорить открыто.
* Уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза.
* Изоляция пожилого человека.

**Признаки и состояния у пожилого человека вследствие финансового насилия** [5]**:**

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

**Индикаторы жестокого обращения с пожилым человеком или лицом, с инвалидностью, относящиеся к опекуну** [5]**:**

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

1. **Правила при построении диалога с пострадавшими от гендерного насилия**

**Работникам здравоохранения следует учитывать стратегии и методы при работе с пострадавшими от гендерного насилия** [28]:

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

Также по рекомендациям ВОЗ**, минимальными условиями для опроса женщин о насилии медицинскими работниками** являются [26]:

* 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** [26]:

• 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» - медицинским работникам следует попытаться встретиться с женщиной наедине и спросить ее о возможном насилии [5]. 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» [5]. 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** [29]:

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

Медицинские работники могут использовать следующие критерии, чтобы определить, насколько безопасно спрашивать о гендерном насилии [10]:

**Во-первых, необходимо убедиться, что есть уединенное помещение для конфиденциального разговора**. В особенности это актуально в условиях стационара, где медицинские работники часто опрашивают пациента в палате, в присутствии других пациентов. Иногда это может происходить за ширмой или шторой, хоть это и создает барьер, все-таки посторонние могут подслушать разговор. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.

**Медики не должны расспрашивать женщину о гендерном насилии в присутствии семьи, друзей или детей старше 2 лет.** Хотя медицинским работникам может казаться, что пациенткам может быть полезна поддержка семьи или друзей, следует иметь в виду, что интимные партнеры, другие члены семьи или друзья могут принимать участие в насилии. Виновники насилия также могут подослать детей, чтобы те рассказали, о чем говорила женщина на приеме у врача.

Если пациент и врач говорят на разных языках, либо если речь идет о женщинах-мигрантах, беженцах или женщинах, принадлежащих к этническому меньшинству, которые не разговаривают на языке этой страны, медицинский работник должен обеспечить присутствие при разговоре профессионального переводчика.

**Рекомендации по работе с переводчиками в условиях учреждения здравоохранения** [10]:

**Избегайте помощи членов семьи, которые готовы выступить в качестве переводчика.** Данный вариант является удобным, но этого стоит избегать, т.к. это может поставить пациентку в угрожающую ситуацию. Если другого варианта нет, тогда в данной ситуации не стоит спрашивать пациентку о гендерном насилии.

**Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно при переводчике.** Медикам следует помнить, что в малых сообществах (например, среди глухих женщин или групп, говорящих на языке меньшинств) переводчик может узнать женщину во время перевода, а затем передать информацию агрессору.

**Убедиться, что переводчик владеет темой гендерного насилия.** Перевод специфической терминологии очень важен. Важно понимать, что в некоторых языках такие термины как жестокое обращение, риск и консультант могут переводиться иначе. Если переводчик неправильно переведет термин, пациентка может неправильно понять рекомендации врача. «НГО «Вместе против домашнего насилия» приводит следующий пример: Медик спросил женщину, хочет ли она, чтобы ее направили к консультанту (имея в виду консультацию психолога). Переводчик перевел это слово как «советник» в значении сотрудника местного органа власти. Такое различие в значении с легкостью привел к раздражению и отсутствию поддержки со стороны пациентки».

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

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

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

**Примеры вводных вопросов** [10]**:**

* *“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** [10]**:**

* *“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** [13, 30] **(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** [13]**:**

* 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** [30]

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

***«Почему не стоит давать женщине советы?»***

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

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

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

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

***«Как она попала в эту ситуацию?»***

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

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

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

***«Нас этому не учили»***

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

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

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

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

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

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

***«Что, если она расплачется?»***

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

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

Не пытайтесь заставить женщину рассказывать о насилии.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Приведенные ниже препятствия не позволяют медикам определить гендерное насилие как причину имеющихся симптомов, распросить пациенток о возможном насилии и оказать им необходимую качественную помощь и психологическую поддержку [10]:

Недостаток знаний у медицинских работников о причинах и последствиях гендерного насилия: при отсутствии или недостаточных знаниях о насилии, медицинские работники могут не распознать симптомы насилия, также могут поставить пострадавшим неправильный диагноз или не оказать необходимую помощь.

Собственные отношения и неверные представления о гендерном насилии медицинских работников могут вылиться в восприятие насилия со стороны интимного партнера как «личного семейного дела» или обвинение жертв насилия, либо посчитать то это только «юридическое дело».

Собственный опыт гендерного насилия в прошлом, также может помешать адекватно реагировать в случаях гендерного насилия.

Отсутствие практических навыков правильного реагирования при выявлении случаев гендерного насилия. Как следствие, медицинские работники могут неохотно задавать вопросы о гендерном насилии, чтобы «не открывать ящик Пандоры». Отсутствие знаний и навыков также могут поставить под угрозу безопасность, жизнь и благополучие пациента, например, если медицинские работники обсуждают насилие так, что это может услышать потенциально агрессивный супруг за дверью кабинета.

Отсутствие информации о существующих службах поддержки и соответствующих контактов со специалистами, которые могли бы пригодиться для направления пациентов в необходимые службы.

Большая загруженность медицинских работников и нехватка времени для оказания медицинской помощи в случаях выявления насилия, а также несоответствующее финансирование консультационных услуг. Бывает сложно оценить, насколько долгой окажется беседа, и медицинские работники опасаются, что у них не хватит времени на других пациентов.

Отсутствие поддержки внутри учреждения, такой как: стандартных утвержденных протоколов и операционных систем, форм документов или обучения для персонала по вопросам общения с пострадавшими от гендерного насилия.

Неопределенность в смысле юридических обязательств, например, правил соблюдения конфиденциальности или необходимости сообщать о случившемся.

Отсутствие стандартных процедур, политики и протоколов, которые обеспечили бы реагирование медиков на случаи гендерного насилия в соответствии с правилами и стандартами хорошей клинической практики.

Психологические барьеры могут влиять на отношение и реагирование медицинских работников на гендерное насилие. В таблице приведены распространенные психологические барьеры для медицинских работников на пути обсуждения гендерного насилия[14].

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

Барьеры, с которыми сталкиваются женщины, пережившие насилие, при обращении в службы женского здоровья и раскрытии информации о насилии [2]:

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

Дополнительные барьеры, с которыми сталкиваются женщины включают в себя:

* Отсутствие физического доступа к любым медицинским услугам у женщин, проживающих в отдаленных районах.
* Языковые и культурные барьеры, с которыми сталкиваются женщины-мигрантки и женщины, принадлежащие к этническим меньшинствам.
* Страх привлечь внимание к нелегальному иммиграционному статусу или потерять статус после расставания с супругом, совершившим насилие.
* Озабоченность по поводу постоянной поддержки, если преступник является человеком, который ухаживает за женщиной, имеющей инвалидность.
* Стигма или неверие, если женщина состоит в однополых отношениях.
* Неверная оценка специалистами здравоохранения того, что в некоторых культурах и сообществах принято гендерное насилие.

**Обязательное информирование**

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

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

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

**Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия**[5]:

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.

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

**Получение информированного согласия**

В соответствии с Кодексом «О здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан» [31] медицинские работники должны получить документированное информированное согласие лица, подвергшегося сексуальному насилию в отношении всех аспектов консультации [5]:

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

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

Объясните женщине, что ее осмотрят и предложат лечение только в том случае, если она этого хочет. Объясните, что она может отказаться от любого компонента осмотра (или от всего осмотра вообще) [30].

Опишите четыре компонента осмотра:

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

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

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

Также по рекомендациям ВОЗ [10], если лицо, пострадавшее от насилия, не умеет читать и писать, заявление об информированном согласии зачитывается лицу, пострадавшему от насилия, и получается устное согласие (об этом будет упомянуто в форме информированного согласия или в медицинской документации).

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

Медицинский работник должен объяснить все аспекты консультации жертве/потерпевшей, чтобы она понимала все свои возможности и могла принимать информированные решения относительно своего медицинского обслуживания. В частности, медицинские работники должны указать на любые ограничения конфиденциальности, такие как любые юридические обязательства сообщать о гендерном насилии в полицию или другие органы власти. Если того требует национальное законодательство, медицинский работник должен попросить лица, пострадавшего от насилия, подписать или пометить форму согласия. Обследование лица, пострадавшего от насилия, без его согласия может привести к уголовному преследованию медицинских работников. Кроме того, в некоторых юрисдикциях результаты обследования, проведенного без согласия пациента, не могут быть использованы в судебном процессе [10].

Медицинские работники должны всегда получать от лица, пострадавшего от насилия, информированное согласие. Если принято решение о том, что человек не способен дать информированное согласие, медработник должен попытаться получить информированное согласие, которое представляет собой выраженную готовность лица, пострадавшего от насилия, участвовать в предлагаемых услугах или мероприятиях. Для того чтобы узнать, желает ли человек участвовать в каком-либо мероприятии или получить доступ к услуге, можно использовать картинки и жесты рук или символы. Также следует оценить признаки возбуждения, гнева или дистресса. Обычно они могут указывать на то, что человек недоволен тем, что обсуждается или происходит в данный момент**.**

**Получение согласия от лиц с инвалидностью** [32].

Люди с инвалидностью, переживающие гендерное насилие, имеют такие же права на принятие собственных решений, как и все остальные. Медицинские работники должны понимать, что если человек не может видеть или не может общаться устно, это не значит, что он не может дать свое информированное согласие [33].

Хотя процесс получения информированного согласия может быть сложным и длительным, особенно при наличии трудностей в общении, это не освобождает поставщика услуг от обязанности получить информированное согласие. Более того, только получатель услуг может дать информированное согласие, независимо от мнения членов семьи или адвоката.

Необходимо принять соответствующие меры для оказания им поддержки в реализации их правоспособности. Медицинская организация и медицинские работники обязаны обеспечить соблюдение прав женщины или молодого человека с инвалидностью посредством процесса коммуникации, который приводит к получению или отказу от информированного согласия. Согласие также может быть отозвано в любое время [34].

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

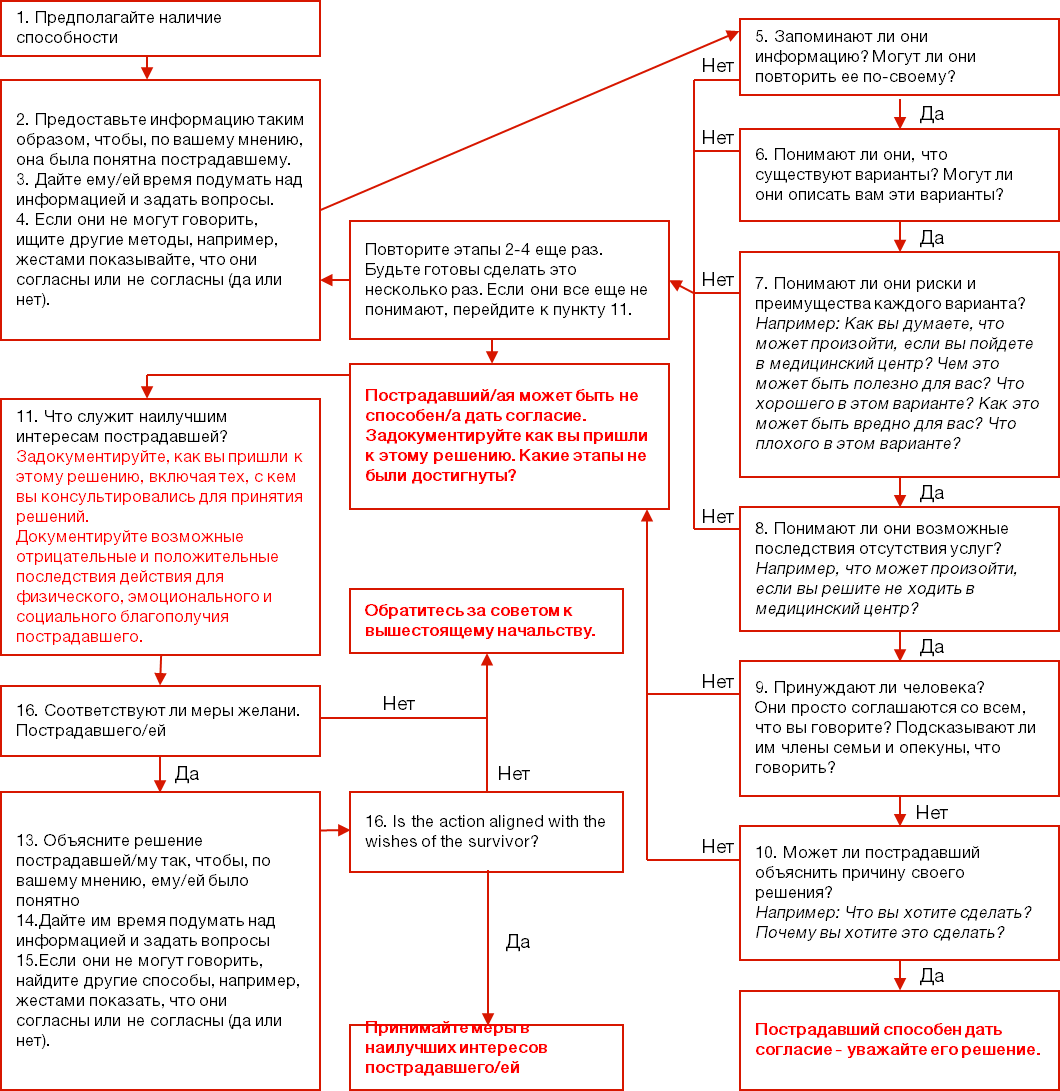
Поддержка принятия решений - это механизм поддержки лиц с инвалидностью, которые нуждаются в помощи для самостоятельного принятия решений и сохраняют законные полномочия на принятие решений. Поддержка принятия решений «включает в себя различные варианты поддержки, при которых приоритетность отдается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

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

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

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

Поставщики услуг и вспомогательный персонал могут столкнуться с получателями услуг, которые не могут дать информированное согласие даже при наличии необходимой поддержки. Женская комиссия по делам беженцев разработала блок-схему, которая помогает лицам, осуществляющим уход, принять такое решение, сориентироваться в процедуре информированного согласия, когда речь идет о лицах с ограниченными возможностями, переживших случай гендерного насилия. Эта блок-схема может быть применена к пожилым людям, пережившим случай гендерного насилия [35]



**Рисунок 1. Блок-схема для информированного согласия лиц с инвалидностью [32]**

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

Медицинские работники часто, причем зачастую сами того не осознавая, контактируют с пострадавшими от насилия женщинами, так как эти женщины очень часто обращаются к услугам системы здравоохранения [26]. Исследования изучавшее взаимосвязь между насилием со стороны сексуального партнера, состоянием здоровья женщин и обращаемостью за медицинской помощью показало, что женщины, пережившие насилие, чаще обращаются за медицинской помощью, чем женщины, не подвергавшиеся насилию, даже в том случае, если они не раскрывают сам факт насилия [26]. Другое исследование выявило, что Женщины, подвергающиеся насилию со стороны интимного партнера, относят медицинских работников к тем специалистам, которым они скорее всего доверяли бы, решив сообщить о жестоком обращении [26]. Таким образом медицинские работники являются «первой линией» в контакте с пострадавшими, и поэтому могут играть ключевую роль в выявлении случаев насилия.

Когда женщин спрашивают о насилии, если это делается в профессиональной и поддерживающей манере, это снимает чувство изоляции, стыда и вины, которое могут испытывать жертвы насилия [27]. Медицинские работники таким образом, занимают особое положение, позволяющее им создать для пациентки безопасную и конфиденциальную обстановку, облегчающую раскрытие ею информации о насилии, а также предложить соответствующую поддержку и направление к другим ресурсам и услугам [26]. В данной обстановке пострадавшие от насилия могут почувствовать, что помощь доступна и что лицо, пострадавшее от насилия, может воспользоваться ею, если почувствует себя готовой.

Гендерное насилие во всем мире уже признается одной из серьезнейших проблем, однако во многих странах данная проблема не признается на должном уровне. Медицинские работники могут играть важнейшую роль в выявлении случаев насилия, первичной оценки состояния пациенток, оказания им необходимых медицинских услуг в кризисных ситуациях, оформления необходимой документации, а также дальнейшего направления пациенток, и эта роль плохо понимается либо не включается в национальные программы и стратегии в области здравоохранения различных стран [26].

Медицинские работники, т.к. они одними из первых контактируют с женщинами пострадавшими от насилия, должны уметь распознать признаки насилия, уметь безопасно среагировать в ситуации, особенно в тех случаях, когда женщина не может на прямую рассказать о насилии. Кроме оказания неотложной помощи, именно медицинские учреждения являются важным пунктом, через которые женщины могут получить необходимые ей немедицинским услуги, такие как социальный работник, психолог или юридическая помощь [26].

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

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

**Правовые риски медицинских работников**

Медицинская деятельность является той сферой, где медицинский работник ежедневно сталкивается с ситуацией риска, где необходим выбор между традиционными и нестандартными путями достижения поставленных целей и где особо остро встает вопрос о полезности, оправданности риска или его опасности. В зависимости от характера негативных последствий выделяют социальные, экономические, медицинские, техногенные, экологические, производственные и другие риски [36].

Наибольший интерес для нас представляет правовой риск, существующий в профессиональной медицинской деятельности. **Правовой риск** - опасность наступления юридически значимых последствий. Понятие «риск» используется в нормах гражданского, трудового, уголовного законодательства, хотя ему при этом придается разное значение. Уголовно-правовой риск - это сознательное подвергание опасности охраняемых интересов (жизни, здоровья) ради достижения желаемого результата (сохранения жизни, здоровья).

В уголовном праве риск рассматривается прежде всего как обстоятельство, исключающее преступность деяния. В литературе можно встретить ряд определений риска: обоснованный, правомерный, оправданный и т. д. Понятие обоснованного риска наиболее подробно разработано в уголовном праве. Говоря об обоснованном риске, мы имеем в виду такое поведение лица, когда надежда на счастливый исход имеет под собой достаточные основания.

Уголовно-правовое значение обоснованного риска, закрепленное в Уголовном кодексе РК, заключается в том, что лицо, действующее в условиях обоснованного риска, не подлежит уголовной ответственности. В статье 36 Уголовного кодекса РК определены условия обоснованности риска[37].

Статья 36 Уголовного кодекса РК «Обоснованный риск» указывает, что не является уголовным правонарушением причинение вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели. Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам.

Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой жизни или здоровью людей, экологической катастрофы, общественного бедствия или иных тяжких последствий [37].

Таким образом, медицинская услуга всегда оказывается в обстоятельствах профессионального риска, который должен быть обоснованным. Рассмотрим применительно к медицинскому риску условия его правомерности.

Правомерность риска обуславливается наличием следующих признаков:

* Наличие общественно полезной цели, которую преследует рискующий, это первое условие обоснованности риска в любой сфере жизнедеятельности. Достижение общественно полезного результата в условиях медицинского риска заключается в сохранении жизни и здоровья человека как важнейших общечеловеческих ценностей, или причинении меньшего вреда его здоровью по сравнению с имеющимся, облегчении страданий. Цель должна быть направлена на достижение успешного результата исключительно для пациента.
* Принятие достаточных мер для предотвращения вреда правоохраняемым интересам — еще один признак правомерности медицинского риска. Термин «достаточность» по характеру является оценочным. Имеют место объективный и субъективный критерии достаточности, к объективным относится обеспечение безопасности субъектом рискованных действий — соблюдение инструкций и правил, устройство страхующих приспособлений и т. д. К субъективным — осознание лицом вероятной возможности и размера вредных последствий, принятие всех необходимых мер к тому, чтобы вред не наступил или, по крайней мере, был минимальным.
* Необходимым условием правомерности риска в медицинской сфере является согласие пациента на медицинское вмешательство, связанное с риском, при условии полной информации больного о конкретном риске и наличии возможности у него принять разумное решение. При этом согласие пациента выступает необходимым условием медицинского риска, но не является обстоятельством, исключающим ответственность медицинского работника за ненадлежащее оказание медицинской помощи. Под согласием понимается свободное волеизъявление лица, включающее не только полную добровольность, но и полную осведомленность относительно последствий такого согласия [36].

Сущность права информационного согласия на медицинское вмешательство заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство, в противном случае действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений[36].

При риске всегда остается опасность причинения вреда, предусмотреть все необходимые меры, исключающие наступление вреда, практически невозможно. Принятие достаточных мер для предотвращения возможного вреда является единственным условием обоснованного профессионального риска по отношению к медицинскому вмешательству. При этом, действуя на основе достаточного накопленного опыта, необходимых знаний и умений, медицинский работник должен руководствоваться при этом соответствующими нормативными предписаниями, достижениями современной медицинской науки и практики[36].

**Медицинский риск.** Кодексом «О здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан» регламентировано:

Необходимыми условиями любой медицинской помощи являются [36]:

• наличие терапевтической или иной общественно полезной цели нетерапевтического характера;

• принятие достаточных мер для предотвращения вреда право- охраняемым интересам человека;

• наступление вредных последствий является лишь возможным, а не неизбежным результатом рискованного действия;

• согласие пациента на медицинское вмешательство, связанное с риском, при условии полной информации больного о конкретном риске и наличии возможности у него принять разумное решение.

Только при наличии всех перечисленных условий медицинская помощь может быть признана надлежащей.

Медицинский риск в контексте обоснованного риска можно определить как действия (бездействие) медицинского работника, сопряженные с опасно- стью причинения вреда жизни или здоровью гражданина, совершаемые с терапевтической или иной общественно полезной целью, если рискующий медицинский работник предпринял достаточные, с его точки зрения, меры для предот- вращения указанного вреда, действуя при этом с согласия пациента. Очевидно, что отсутствие юридических критериев надлежащего предоставления медицинской помощи существенно ограничивает возможности реализации прав пациентов на практике и защиты в случае их нарушения.

Виды правовых рисков для медицинских работников [36]:

• связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи;

• связанные с ненадлежащим оформлением медицинской документации;

• связанные с ненадлежащим информированием пациента и другими нарушениями его прав

* связанные с нарушением правил этики и деонтологии.

**Правовая грамотность медицинского персонала как фактор снижения правовых рисков в профессиональной медицинской деятельности**[36]

Профессиональная деятельность врача включает не только оказание медицинской помощи согласно критериям качества, но также реализацию прав пациента и другие мероприятия, которые относятся к сфере правоприменения.

В настоящее время можно считать доказанным, что именно дефицит правовых знаний врачей зачастую приводит к недовольству пациентов и, как следствие, к конфликтам и жалобам на неправомерные действия врача. Вне зависимости от стажа работы, должности или специальности готовность применять знания медико-правовой направленности становится обязательным компонентом профессиональной компетентности врача. Вместе с тем понятие «медико-правовая грамотность», наряду с методологией формирования правовых компетенций специалистов здравоохранения, находится в настоящее время в стадии всесторонней разработки.

Разнообразные подходы к определению правовых компетенций медицинских работников, путей их формирования и совершенствования разрабатываются не только в понятийном аппарате медицины (общественное здоровье и здравоохранение, социология медицины и клинические специальности), но и в рамках юридических, социологических, экономических наук.

В целом, уровень правовых знаний медицинских работников недостаточен для защиты от правовых рисков. Недостаточный уровень правовой грамотности является фактором риска в соблюдении прав медицинских работников.

**Основные обязанности медицинского работника по законодательству Республики Казахстан. Обязанность не разглашать тайну медицинского работника.**

Достаточно часто это относится к информации о совершении гендерного насилия (физическое, сексуальное насилие). Женщины чаще всего становятся жертвами половых преступлений. В целях предотвращения разглашения сведений об интимных сторонах жизни жертв информация о таких случаях не подлежит разглашению. Именно поэтому уголовные дела по таким преступлениям возбуждаются только по заявлению жертвы [36].

Статья 273 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» детально регламентирует тайну медицинского работника[37].

Персональные медицинские данные, информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья лица, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют тайну медицинского работника.

Не допускается разглашение сведений, составляющих тайну медицинского работника, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных пунктами 3 и 4 статьи 273 Кодекса.

С информированного согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих тайну медицинского работника, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе.

Предоставление сведений, составляющих тайну медицинского работника, без согласия лица допускается в следующих случаях.[37]:

1. в целях обследования и лечения лица, не способного из- за своего состояния выразить свою волю, в случае отсутствия законного представителя;

2. при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе при донорстве крови, ее компонентов, трансплантации органов (части органа) и (или) тканей (части ткани);

3. по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;

4. при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законного представителя;

5. при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина Республики Казахстан причинен в результате противоправных деяний;

6. при обнаружении у лица психических отклонений и склонностей к сексуальному насилию;

7. при проведении государственного контроля качества оказания медицинских услуг (помощи), мониторинга договорных обязательств по качеству и объему медицинских услуг;

8. при проведении проверок органами прокуратуры в порядке, установленном Законом Республики Казахстан «О прокуратуре»;

9. по запросу специальных государственных органов в целях решения задач контрразведывательной деятельности.

**Не является разглашением тайны медицинского работника**[37]**:**

передача на хранение резервной копии электронного информационного ресурса на единую платформу резервного хранения электронных информационных ресурсов в соответствии с порядком и сроками, определяемыми уполномоченным органом в сфере обеспечения информационной безопасности, за исключением случаев, когда такие электронные информационные ресурсы содержат информацию, связанную с разведывательной, контрразведывательной деятельностью и охранными мероприятиями по обеспечению безопасности охраняемых лиц и объектов, передача которой осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан о государственных секретах;

обмен информацией с использованием информационно-коммуникационных технологий в целях оказания медицинской помощи и осуществления деятельности правоохранительных и специальных государственных органов.

Не допускается подключение электронных информационных ресурсов, содержащих персональные медицинские данные физических лиц, к сетям телекоммуникаций, связывающим их с другими базами данных, без согласия физических лиц при использовании персональных медицинских данных, касающихся их частной жизни, кроме случаев, связанных с донорством крови и ее компонентов, органов (части органа) и (или) тканей (части ткани), а также запросами правоохранительных, специальных государственных органов по предоставлению информации в форме электронного документа, составляющей медицинскую тайну, о состоянии на учете лиц с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями), связанными с употреблением психоактивных веществ.

Не являются нарушением тайны медицинского работника случаи, когда данные о здоровье пациента стали общедоступными по причинам, не зависящим от медицинского работника.

Дополняет эти положения статья 321 УК РК, которая регулирует правонарушения, связанные с разглашением тайны медицинского работника[37]:

«Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ, - наказывается штрафом в размере до ста шестидесяти месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до ста шестидесяти часов, либо арестом на срок до сорока суток, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, если это деяние повлекло тяжкие последствия, - наказывается штрафом в размере до четырех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до одной тысячи часов, либо ограничением свободы на срок до четырех лет либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового» [37].

Таким образом, медицинскому работнику необходимо знать в каких случаях вред здоровью причиняется правонарушением.

Аналогичным образом врач обязан раскрыть тайну медицинского работника если обнаружит признаки полового преступления у несовершеннолетней.

В остальных случаях медицинский работник обязан сохранять врачебную тайну.

**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. Ссылка: file:///C:/Users/acer/Downloads/9789240027275-rus.pdf

2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред.Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003

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, Ссылка: 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, Ссылка: 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

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. Ссылка: https://www.who.int/publications/i/item/9241545615

12. Understanding and addressing intimate partner violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012. Ссылка: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-12.36

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. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145087/WHO\_NMH\_NVI\_14.2\_rus.pdf

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

17. Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide). Global estimates of gender-related killings of women and girls in the private sphere in 2021. Improving data to improve responses. UN Women. UNODC. Ссылка: https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-11/Gender-related-killings-of-women-and-girls-improving-data-to-improve-responses-to-femicide-feminicide-en.pdf

18. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization, 2013. Ссылка: http://apps. who.int/iris/ bitstream/10665/85239/ 1/9789241564625\_eng.pdf

19. Выборочное обследование по насилию в отношении женщин в Казахстане /статистический сборник / на казахском и русском языках / 37 с. г.Астана 2016. Ссылка: https://kazakhstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Report%20on%20Nat%20VAW%20survey%20RUS.pdf

20. Инвалидность: информационный бюллетень о Целях в области устойчивого развития (‎ЦУР)‎: задачи, связанные со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения, 2020г. Ссылка: https://iris.who.int/handle/10665/340895 http://www. who.int/mediacentre/factsheets/ fs352/en/

21. Специальный докладчик ООН по вопросу о насилии в отношении женщин: UN Special Rapporteur on Violence against Women 2012

22. Лиза Джонс и др. «Распространенность и риск насилия в отношении детей с ограниченными возможностями: систематический обзор и мета-анализ наблюдательных исследований».

23. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Ссылка: https://www.ohchr.org/ru/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

24. Конвенция ООН о правах ребенка (1989 г.) Ссылка: http://www.ohchr.org/EN/ ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx

25. Ранние браки в странах Восточной Европы и Центральной Азии: региональный обзор. ЮНФПА. Ссылка: https://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Child%20Marriage%20EECA%20Regional%20Overview%20RUS.pdf

26. Меры реагирования в случаях насилия со стороны интимного партнера и сексуального насилия в отношении женщин: Клинические и стратегические рекомендации ВОЗ, 2013. Ссылка: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595-rus.pdf?sequence=19.

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

28. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003. Ссылка: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788

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

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

31. Кодексом «О здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан» от 7 июля 2020 года №360-VI

32. 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

33. 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 и прав. ЮНФПА. 2018

34. Комитет FIGO, 2012. Этические вопросы акушерства и гинекологии. Комитет FIGO. Исследование этических аспектов репродукции человека и женского здоровья. Ethical Issues Obstet Gynecol

35. WRC. 2015 Укрепление потенциала для включения инвалидности в программы СГН в гуманитарных ситуациях (2015) https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GBV-disability-Toolkit-all-in-one- book.pdf

36. Алгоритм правового ориентирования работников системы здравоохранения для предотвращения правовых рисков при оказании помощи жертвам гендерного насилия: учебно-методическое пособие / М.Жаскайрат, С.Бакиров, С.Танирбергенов:.– Нур-Султан: Медицинский университет Астана, 2022. – 55с.:

37. Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 226-V (с измене- ниями и дополнениями по состоянию на 02.07.2021 г.) (электронный ресурс): online. zakon.kz/Document/?doc\_id=31575252

### Занятие 2. «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 2 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»**

**Цель занятия:** ознакомить с принципами оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие, выстраивания работы с перенесшими от гендерного насилия на уровне ПМСП

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

принципы работы с лицами, пережившие гендерное насилие, в том числе с лицами с инвалидностью.

алгоритм действий по оказанию помощи женщинам, перенесшим гендерное насилие.

правила проведения беседы и осмотра пострадавших от гендерного насилия (12 шагов медицинского осмотра).

подходы к обследованию и лечению женщин, пострадавших от насилия.

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

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

**уметь**

проводить сбор анамнеза у лица, пострадавшего от гендерного насилия.

проводить осмотр лица, пострадавшего от гендерного насилия (медицинский осмотр).

фиксировать телесные повреждения в медицинских формах.

проводить оценку наличия признаков гендерного насилия.

определять следы насилия и проводить их интерпретацию.

проводить сбор анамнеза и осмотр лица, пострадавшего от гендерного насилия (медицинский осмотр).

проводить обследование и лечение, а также последующее наблюдение женщин, пострадавших от насилия.

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

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

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

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 2 «Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение».**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- приоритет отдается воле и предпочтениям лица с инвалидностью;

- предоставляют всю информацию в различных доступных форматах;

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

- не регламентируют жизнь лиц с инвалидностью;

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

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

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

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

- предусматривают механизмы защиты на протяжении всего процесса;

- не допускают дискриминации.

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

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

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

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

• по возможности, сидите на уровне глаз получателя услуг;

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

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

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

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

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

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

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

• не кричите и не придавайте своей речи излишней подчеркнутости;

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

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

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

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

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

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

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

• разговаривайте своим обычным голосом;

•позвольте животному-поводырю постоянно сопровождать женщину/девушку;

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

• попрощайтесь, прежде чем уйти или уехать;

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

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

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

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

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

• попросите ее повторить то, что вы не поняли;

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

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

•будьте терпеливы.

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

• используйте простые слова и короткие предложения;

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

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

• будьте терпеливы;

• не относитесь к женщине/девушке, как к ребенку;

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

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

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

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

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

• предложите услуги группы поддержки;

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

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

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

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

**Первичная помощь подразумевает следующее:**

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

**Медицинские работники должны обеспечить:**

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

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

Условия для оказания помощи:

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

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

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

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

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

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

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

1. Представьтесь и кратко расскажите об услугах медицинской организации.

2. Попросите представиться пациента и его сопровождающих лиц.

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

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

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

6. Активно слушайте пациента и сопровождающее его лицо.

7. Во время беседы помните:

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

8. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего.

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

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

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

12. Информируйте об обеспечении конфиденциальности информации.

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

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

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

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

**Сбор анамнеза**

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

* период времени после нападения и тип нападения;
* риск беременности;
* риск заражения ВИЧ и другими ИППП – Здесь нужно собрать информацию о том, если шанс заразиться ИППП,
* информацию о состояние психического здоровья**.**

Задайте общие вопросыво время сбора анамнеза о том, как женщина себя чувствует и какие эмоции испытывает:

* «Как вы себя чувствуете?»
* «Как изменилась ваша жизнь?»
* «Есть ли у вас какие-либо проблемы?»
* «Трудно ли вам справляться с трудностями в повседневной жизни?»

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

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

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

**Осмотр лица, пострадавшего от насилия**

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

**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 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» МЗРК 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.

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

**Осмотр лица с инвалидностью**

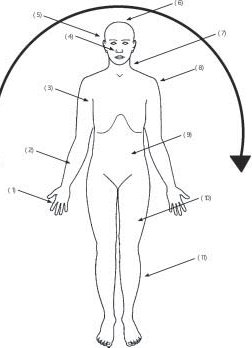
Для осмотра жертв насилия, имеющих инвалидность по слуху, необходимо установить полноценные коммуникации, для чего медицинским работникам для работы с такими пациентами необходимо привлекать **сурдопереводчика** [2]**.**

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 2. 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.

**Расширенное руководство ВОЗ по регистрации и классификации травм:**

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

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

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

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

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

**Таблица 6. Описание ран** [3]

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

**Ссадины**

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

- царапины (например, от ногтей или шипов);

- отпечаток (при этом рисунок оружия может оставлять характерные

ссадины на коже);

- трение (например, ссадины от контакта с ковром или бетоном).

**Синяки**

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

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

- синяк может выходить за пределы места удара;

- синяк может появиться на удаленном от места удара месте;

- видимые синяки могут отсутствовать, несмотря на применение значительной силы.

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

**Рваные раны**

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

Основными характеристиками рваной раны являются:

- неровные или ушибленные края, которые могут быть инвертированы;

- интактные нервы, сухожилия и тяжи ткани внутри раны;

- наличие инородных тел или волос в ране.

Форма рваной раны может отражать форму причинного орудия.

**Резаные раны**

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

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

**Следы насилия и их интерпретация**

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

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

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

**Таблица 7. Схемы нападений [3]**

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

**Проведите вагинальное исследование и осмотр анальной области**

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

• Помогите женщине максимально расслабиться.

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

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

• Прикройте ее сверху простыней. В момент проведения

Действуйте последовательно. Для осмотра повреждений необходим хороший источник света.

• Четко и полно зафиксируйте все результаты обследования в стандартной форме

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

**Обследование и лечение женщин, пострадавших от насилия**

**4.1. Оказание первой помощи**

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

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

**Таблица 8. Методика LIVES**

|  |  |
| --- | --- |
| **L** ВЫСЛУШАЙТЕ | Внимательно выслушайте женщину, сопереживайте ей, не осуждайте. |
| **I** СПРОСИТЕ  О ПОТРЕБНОСТЯХ  И ПРОБЛЕМАХ | Оцените и отреагируйте на различные потребности женщины – эмоциональные, физические, социальные и практические (например, уход за ребенком) |
| **V** ПОДТВЕРДИТЕ | Покажите женщине, что вы ее понимаете и верите ей. Заверьте женщину, что она ни в чем не виновата. |
| **E** ОБЕСПЕЧЬТЕ ЗАЩИТУ | Обсудите, как женщина сможет защитить себя, если насилие повторится. |
| **S** ОКАЖИТЕ ПОДДЕРЖКУ | Окажите женщине поддержку: помогите ей найти нужную информацию, обратиться за необходимыми услугами и социальной помощью. |

Во-первых, *слушайте, задавайте вопросы, подтверждайте важность услышанного* (Первая помощь). Затем:

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

Затем обеспечьте безопасность и организуйте поддержку (Первая помощь).

|  |
| --- |
| **«Что я могу сделать, если женщина пришла слишком поздно после нападения?[4]»**   * ПКП ВИЧ следует начать как можно скорее и не позднее, чем в течение 72 часов после того, как женщина подверглась воздействию вируса. Таблетки для ЭК следует давать как можно скорее и их можно принимать до пяти дней после незащищенного полового акта. * Если женщина пришла слишком поздно для некоторых из вышеописанных мероприятий, вы все равно можете:   • оказать первую помощь;  • предложить профилактику и лечение от ИППП;  • предложить иммунизацию от гепатита В;  • провести тест на беременность и ВИЧ;  • оценить состояние психического здоровья и предоставить необходимую помощь. |

Медицинская организация обеспечивает:

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

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

• медицинскую помощь (обследование и лечение);

• эмоциональную поддержку;

• тщательное документирование случая;

• информирование/отчеты;

• направление в другие службы (по потребности пациента).

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

• выявление физических повреждений, которые требуют медицинской помощи;

•выявление последствий изнасилования: беременность, ИППП;

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

**Лечение травм**

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

* антибиотики для профилактики инфицирования ран;
* активную противостолбнячную иммунизацию или вакцинацию (в соответствии с действующими протоколами);
* лекарственные препараты: анальгетики, седативные или снотворные.

При наличии ран и повреждений у лиц, перенесших насилие, проводится первичная обработка ран. Объем хирургических вмешательств определяется профильным специалистом в соответствии с характером и тяжестью травматических повреждений и ран согласно клиническим протоколам [2].

**Профилактика**

**Профилактика нежелательной беременности**

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

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

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

**Таблица 9. Схемы приема препаратов**

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

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

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

Предоставьте экстренную контрацепцию

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

Предложить ЭК любой женщине, ставшей жертвой изнасилования, вместе с консультацией, чтобы она смогла принять информированное решение (см. консультирование, следующая страница).

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

Для ЭК обычно используется два вида таблеток:

**Содержащие только левоноргестрел:**

Действует лучше и реже вызывает тошноту и рвоту, чем комбинированный препарат.

Предпочтительная дозировка: однократная доза 1,5 мг левоноргестрела.

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

Используется при отсутствии таблеток, содержащих только левоноргестрел.

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

• Любая женщина может принять таблетки для ЭК. В таком случае не обязательно проверять состояние здоровья женщины или наличие беременности.

• Женщина может без вреда одновременно принимать таблетки для ЭК, антибиотики от ИППП и средства для постконтактной профилактики ВИЧ. Средства для ЭК и антибиотики можно принимать в разное время, чтобы ослабить тошноту.

**Примечания для консультирования по вопросам экстренной контрацепции**

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

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

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

**Инструкции** [4]

• Женщина должна принять таблетки для ЭК как можно раньше. Женщина может их принять в течение до пяти дней после изнасилования, но с каждым днем они теряют эффективность.

• Таблетки для ЭК могут вызывать тошноту и рвоту. Если в течение двух часов после приема таблеток для ЭК у женщины будет рвота, она должна как можно быстрее вернуться за новой дозой лекарства. Если женщина принимает комбинированные таблетки для ЭК, она может принять лекарство (меклозина гидрохлорид) за полчаса-час до приема таблеток для ЭК, что поможет ослабить тошноту.

• Через несколько дней после приема таблеток для ЭК у женщины может наблюдаться кровомазание или кровотечение.

• Если после последней менструации у женщины были еще случаи незащищенного секса, возможно, она уже беременна. В таком случае таблетки для ЭК не подействуют, но беременности это не повредит.

• Женщине надо будет снова обратиться к врачу, если следующая менструация задержится более чем на одну неделю. Если это разрешено законом, ей следует предложить безопасный аборт.

**Постконтактная профилактика ВИЧ**

Если женщина пришла на прием в течение 72 часов после сексуального нападения, медики должны рассмотреть возможность постконтактной профилактики ВИЧ. Решение о постконтактной профилактике ВИЧ в каждом конкретном случае должны принимать вместе врач и женщина (WHO 2013, Рекомендация 15). При оценке риска заражения ВИЧ следует учитывать следующие факторы [4]:

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

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

**Таблица 10. В каких случаях следует рассматривать возможность ПКП[4]?**

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

При использовании постконтактной профилактики ВИЧ медицинские работники должны [4]:

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

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

* изнасилование (проникновение) произошло не более 72 часов назад;
* ВИЧ-статус агрессора положительный или неизвестен;
* неизвестно, инфицировано ли ВИЧ лицо, потенциально подвергшееся воздействию инфекции (необходимо предложить тестирование на ВИЧ во время консультации врача);
* определенный риск заражения, такой как проникновение в вагину или анус без презерватива или с презервативом, который порвался или соскользнул; или контакт крови или эякулята насильника со слизистой оболочкой или поврежденной кожей во время эпизода насилия; или реципиент орального секса с эякуляцией; или лицо, подвергшееся сексуальному насилию, было под действием препаратов/наркотиков или по иной причине без сознания во время предполагаемого эпизода насилия и не знает точно, как могло произойти потенциальное заражение; или

• лицо подверглось групповому изнасилованию.

|  |
| --- |
| **Консультируйтесь с женщиной** [4]**:**  Проведение ПКП – это решение женщины. Обсудите с ней следующее, чтобы помочь ей принять решение. В соответствии с ПК «Гендерное насилие» медицинские работники должны настоятельно рекомендовать пострадавшей проведение ПКП!  Насколько распространен ВИЧ в вашей местности или учреждении?  Знает ли она, что насильник ВИЧ-позитивный?  Характеристики нападения, в том числе количество насильников, были ли разрывы в области половых органов или другие травмы.  ПКП может снизить вероятность заражения ВИЧ у женщины, но не обеспечивает 100% защиты.  Ей потребуется принимать лекарство в течение 28 дней, один или два раза в сутки в зависимости от выбранной схемы.  Примерно у половины людей, принимающих лекарства для ПКП, отмечается побочное действие, например тошнота, утомляемость, головные боли (у большинства людей побочное действие ослабляется спустя несколько дней). |

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

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

**Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции** [2]

Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции заключается:

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

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

**Рекомендации при проведении постконтактной профилактики:**

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

**Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции**

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

***Предпочтительные схемы АРТ:***

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

***Альтернативные схемы АРТ:***

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

**Профилактика распространенных ИППП**

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

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

Выбор препаратов и схемы приема должны основываться на национальных руководствах. Чтобы избежать необоснованных задержек, вместо обследования на ИППП предпочтительно презумптивное лечение (лечение наиболее вероятных ИППП). В связи с этим не рекомендуется проводить обследование на ИППП до начала лечения (WHO 2013, Рекомендация 19).

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

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

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

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

Альтернативные препараты для лечения **хламидийной инфекции:**

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

**Превентивное лечение сифилиса у взрослых:**

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

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

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

**Профилактика гепатита В** [4]

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

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

**Таблица 11. Проводилась ли вакцинация от гепатита В (ВГВ)?**

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

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

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

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

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

**Экстренная профилактика столбняка**

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

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

**Таблица 12. Экстренная специфическая иммунизация против столбняка при травмах[2]**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | Не привитой или неизвестен прививочный статус | Вводится препарат против столбняка, выбираемый в  зависимости от возраста | Вводится один из препаратов | В последующем проводится  полный курс иммунизации (не менее 3-х доз с учетом первой введенной дозы) в территориальной  медицинской организации |

**Важно знать, что:**

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

Доза ПСЧИ препарата удваивается в следующих случаях:

* рванные или инфицированные раны;
* позднее (более 24 часов после ранения) введение ПСЧИ;
* у взрослых лиц, имеющих вес значительно выше среднего.

**Последующее наблюдение**

**Физиологическое наблюдение**

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

**Таблица 12. Дальнейшее физиологическое наблюдение**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 2 недели**[4] | | |
| **Травма** | 1. Проверьте, хорошо ли заживают травмы. |  |
| **ИППП** | 1. Удостоверьтесь, что женщина приняла полный курс любых назначенных ей лекарств. |  |
| 1. Проверьте соблюдение женщиной схемы ПКП, если женщине она назначена. |  |
| 1. Обсудите результаты тестов. |  |
| **Беременность** | 1. Проведите тест на беременность, если имел место такой риск. Если женщина беременна, расскажите ей о возможных вариантах. Если законом разрешены аборты, направьте ее для проведения безопасного аборта. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 2 недели**[4] | | |
| **Психическое здоровье** | 1. Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. 2. Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. |  |
| 1. При наличии каких-либо проблем запланируйте мероприятия по оказанию психосоциальной помощи и управлению стрессом, например применение техники последовательного расслабления или медленного дыхания. |  |
| **Планирование** | 1. Напомните женщине, что она должна снова прийти на прием через 1 и 6 месяцев для повторной вакцинации от гепатита В и через 3 и 6 месяцев для тестирования на ВИЧ или, например, для последующего наблюдения у лечащего врача. |  |
| Попросите женщину снова прийти на прием для повторного осмотра при появлении или усугублении эмоциональных или физических симптомов стресса или при отсутствии какого-либо улучшения спустя 1 месяц после события. |  |
| Назначьте следующий плановый визит через 1 месяц после эпизода насилия. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 1 месяц**[2] | | |
| **ИППП** | 1. При необходимости проведите вторую вакцинацию от гепатита В. Напомните ей о следующей вакцинации через 6 месяцев. |  |
| **Психическое здоровье** | 1. Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. |  |
| 1. Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Спросите, чувствует ли она себя лучше. Если появились новые проблемы или состояние не улучшилось, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом. |  |
| 1. Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства см. депрессивные расстройства. Или по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалистам-медикам, которые хорошо разбираются в проблеме сексуального насилия. |  |
| **Планирование** | 1. Назначьте следующий плановый визит через 3 месяца после эпизода насилия. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 3 месяца**[2] | | | |
| **ИППП** | 1. Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование. Убедитесь, что в клинике предлагают консультации до и после тестирования на ВИЧ, и направьте женщину для профилактики и лечения ВИЧ. |  |
| **Психическое здоровье** | 1. Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. |  |
| 1. Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Если появились новые проблемы или состояние не улучшилось, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом. |  |
| 1. Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства, *о первичной помощи*. Или по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалистам-медикам, которые хорошо разбираются в проблеме сексуального насилия. |  |
| **Планирование** | 1. Назначьте следующий визит через 6 месяцев после эпизода насилия. А также напомните женщине при необходимости о вакцинации против гепатита В через 6 месяцев. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Повторный визит через 6 месяцев** [2] | | |
| **ИППП** | 1. Предложите тестирование на ВИЧ и консультирование, если это не было сделано раньше. Убедитесь, что в клинике предлагают консультации до и после тестирования на ВИЧ, и направьте женщину для профилактики и лечения ВИЧ. |  |
| **Психическое здоровье** | 1. Продолжите оказание первой помощи и медицинское обслуживание. |  |
| 1. Оцените эмоциональное состояние и статус психического здоровья пациентки. Если появились новые проблемы или не разрешились прежние, запланируйте оказание психосоциальной поддержки и управление стрессом. |  |
| 1. Что касается депрессии, алкоголизма, употребления наркотиков или посттравматического стрессового расстройства, по возможности направьте женщину для получения специализированной помощи к специалисту-медику, который хорошо разбирается в проблеме сексуального насилия. |  |

**Психологическое сопровождение в первые 3 месяца**

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

1. В течение первых дней после эпизода насилия медицинские работники:

* должны продолжать оказывать первичную помощь;
* предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса;
* не должны применять психологический дебрифинг, необходимо оказать психологическую помощь для разрядки напряжения. Для этого человека просят кратко, но последовательно пересказать свое восприятие ситуации.

1. В течение трех месяцев после травмы медицинские работники:

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

1. По истечении трех месяцев после травмы медицинские работники:

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

**Депрессивное расстройство умеренной-тяжелой степени**

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **Типичные жалобы, свидетельствующие о депрессивном расстройстве** [4]   1. Недостаток энергии, утомляемость, проблемы со сном 2. Множество физических симптомов без ясной причины (например, общие боли) 3. Постоянное грустное или депрессивное настроение; тревожность   Слабая заинтересованность или отсутствие удовольствия от дел |

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

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

Оцените следующие показатели:

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

* + - постоянное депрессивное настроение (для детей и подростков: раздражение или депрессивное настроение);
    - явно сниженный интерес или отсутствие удовольствия от дел, в том числе от тех, которые раньше приносили удовлетворение.

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

* нарушение сна или слишком длительный сон;
* существенное изменение аппетита или массы тела (снижение или повышение);
* мысли о своей несостоятельности или излишнее чувство вины;
* утомляемость или упадок сил;
* сниженная способность к концентрации внимания и удержанию внимания на выполняемых задачах;
* нерешительность;
* наблюдаемое тревожное возбуждение или физическое беспокойство;
* речь или движения медленнее, чем обычно;
* отсутствие надежды на будущее;
* мысли о самоубийстве или такие действия.

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

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

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

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

Исключите любые физические состояния, которые могут напоминать депрессивное расстройство.

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

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

* сниженная потребность в сне;
* эйфория (интенсивное ощущение счастья), несдержанность или раздраженное настроение;
* мысли, перескакивающие с одного предмета на другой; легко отвлекается;
* повышенная активность, ощущение увеличенной энергии или быстрая речь;
* импульсивное или безрассудное поведение, например, излишняя азартность или растраты, принятие важных решений без адекватного планирования;
* необоснованно завышенное самомнение.

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

• Исключите нормальные реакции на насилие. Реакция скорее всего является нормальной реакцией, если:

со временем наблюдается заметное улучшение без клинического вмешательства;

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

симптомы серьезно не мешают в повседневной жизни.

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

1. Предложите информацию о психическом здоровье

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

• Депрессия – это очень распространенное состояние, которое может случиться с кем угодно.

• Наличие депрессии не означает, что женщина слаба или ленива.

• Негативное отношение окружающих (например, «вам следует быть сильнее», «соберитесь») может быть обусловлено тем фактом, что депрессия не проявляется явно (в отличие от перелома или шрама), а также ложной идеей о том, что люди могут запросто справиться с депрессией простым усилием воли.

•Люди, страдающие от депрессии, склонны думать о себе, своей жизни или будущем негативно. Существующая ситуация может быть очень тяжелой, однако депрессия может вызывать необоснованные мысли о безысходности и собственной несостоятельности. Если справиться с депрессией, скорее всего эти мысли исчезнут.

• Обычно лечение начинает действовать спустя несколько недель.

• Даже если сложно, женщина должна попытаться сделать как можно больше из нижеперечисленного. Все эти действия помогут поднять настроение женщины:

Постарайтесь продолжать занятия, которые раньше приносили вам удовольствие.

Постарайтесь спать и просыпаться в одно и то же время.

Постарайтесь быть максимально физически активны.

Постарайтесь есть регулярно несмотря на изменения аппетита.

Постарайтесь проводить время с доверенными друзьями и родственниками.

Постарайтесь максимально участвовать в жизни местной общины и других общественных делах.

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

2. Усильте социальную поддержку и научите

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

• консультирование по решению проблем;

• межличностная терапия;

• когнитивная поведенческая терапия;

• поведенческая активация.

4. Рассмотрите возможность применения антидепрессантов

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

5. Проконсультируйтесь со специалистом, если:

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

• Женщина подвергается непосредственному риску самоубийства / причинения себе вреда.

**Литература:**

1. 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. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence, 2003
4. Медицинское обслуживание женщин, подвергшихся насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию. Практическое пособие. ВОЗ 201
5. Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии/сборник материалов, Сеть WAVE и ЮНФПА 2014

### Занятие 3. «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование»

**ПЛАН ЗАНЯТИЯ**

**к занятию 3 «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование»**

**Цель занятия:** рассмотреть и обсудить систему перенаправления женщин, пострадавших от насилия, принципы межсекторального реагирования и межведомственной координации, ведение случая гендерного насилия на уровне ПМСП

**По завершении данного модуля обучающийся должен:**

**знать**

принципы, функции и задачи мультисекторального взаимодействия.

порядок ведения случая гендерного насилия на уровне ПМСП

техники мотивационного консультирования.

**уметь**

выстроить связи со смежными специалистами для работы в мультидисциплинарной команде.

проводить мотивационное консультирование лиц пострадавших от насилия.

**Основные вопросы, которые будут рассматриваться**:

1. Мультисекторальное реагирование и межведомственная координация.
2. Ведение случая гендерного насилия на уровне ПМСП (ВОП, социальный работник).
3. Мотивационное консультирование

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ**

**к занятию 3 «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование»**

**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 в случае гендерного насилия поощряется Стамбульской конвенцией [1]. 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 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** [2]**:**

**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 случая 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 случаев гендерного насилия. Поэтому партнерские организации должны выступать за профилактику случаев 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[3]:

**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 гендерное насилие, 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 случаев гендерного насилия.

**Система надзора за случаями 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 за случаями гендерного насилия.

**Мероприятия по профилактике и повышению осведомленности.** Профилактика направлена на пресечение случая 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 гендерном насилии, 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 [4]:

Существует 8 стадий необходимых для развития сотрудничества [5]:

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.

За время своей работы ССПС добились успехов:

* Завоевания доверия населения.
* Соблюдение конфиденциальности.
* Оказание комплексной качественной помощи.
* Слаженная работа с участниками межведомственного взаимодействия
* Обращаемость возросла с 2017 год – 67 человек, а в 2021 год – 886 человек.

**Введение случая насилия на уровне ПМСП в соответствии с Клиническим протоколом «Гендерное насилие»**

Ведение случая [6] – это процесс содействия лицу (ребенку или его семье) посредством прямого участия или направления в другие организации для оказания услуг, и набор мероприятий, которые проводит социальный работник ПМСП для того, чтобы адресовать индивидуальные потребности.

При активном и плановом посещении патронажная медсестра выявляет семьи, где имеются 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 риска (бытовое насилие) осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи медицинскими работниками, социальным работником, а также психологом.

Согласно протоколу, информация о семьях с детьми с факторами риска, в том числе по бытовому насилию, передается социальному работнику ПМСП и может быть получена из разных источников:

из Базы данных семей из группы риска по критериям неблагополучия организаций ПМСП;

от семейных врачей, медсестер, патронажных медсестер, 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/ребенке может быть получена разными путями: путем личного устного или письменного обращения, по телефону. Во всех случаях информация о субъекте обращения должна быть передана социальному работнику. После получения Сигнала социальный работник проводит первичную оценку. На основе первоначальной информации социальный работник должен определить степень риска путем первичной оценки.

**Первичная оценка** [6] – это сжатая оценка каждого ребенка/семьи направленная на получение медико-социальных услуг. Проводится на основании аспектов формата оценки для выявления нужд ребенка (нужд семьи), 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 055/у) [7].

• Социальный паспорт семьи – первично заполняется патронажной/семейной медсестрой после проведения оценки (Метод Треугольника).

• Углубленная оценка потребностей ребенка и семьи социальным работником.

• Индивидуальный план развития семьи.

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

**Таблица 14. Степени риска и действия по поддержке и защите ребенка/семьи**

|  |  |
| --- | --- |
| **Уровень риска** | **Действия** |
| **Высокий риск:** женщина  ребенок, подвергшиеся гендерному насилию 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 гендерного насилия 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 гендерного насилия | 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 (углубленная) оценка[6] – 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.

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 [8]. Командную и межведомственную оценку в социально неблагополучных семьях организует специалист по социальной работе.

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.

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 Министерства внутренних дел РК 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». При оказании социальных услуг социальные работники ПМСП используют «Алгоритмы для работников системы здравоохранения при оказании социальной помощи в случаях гендерного насилия [9]. Социальный работник, ответственный за ведение случая (кейс- менеджер), координирует и выполняет мероприятия, включенные в План по развитию семьи, осуществляет мониторинг и оценку, и качественное заполнение документации, также осуществляет связь с другими секторами для предоставления необходимых услуг семье/ребенку

Социальный работник, сопровождающий ребенка и его семью, является ответственным за ведение документации семьи и ребенка.

Согласно протоколу Министерства здравоохранения РК, команда ведущая случай насилия составляет индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия. В соответствии с данным планом, при имеющихся потребностях семья/пациентка будет перенаправлена для получения соответствующих услуг.

**Индивидуальный план мероприятий включает** [6]**:**

1) социально-медицинские услуги, направленные на профилактику, восстановление, сохранение и укрепление здоровья посредством применения медико-социальных технологий c активным вовлечением самих пациентов и их близких;

2) социально-психологические услуги, предусматривающие социально-психологическую поддержку лица (семьи);

3) социально-педагогические услуги, направленные на педагогическую коррекцию и обучение лица (семьи) с учетом физических возможностей и умственных способностей;

4) социально-экономические услуги, направленные на поддержание и улучшение жизненного уровня лица (семьи), в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан;

5) социально-правовые услуги, предусматривающие правовое просвещение, оказание информационно-правовой помощи, консультирование и социально-правовую защиту по вопросам медицинского обслуживания и прав в области охраны здоровья;

6) социально-бытовые услуги, направленные на поддержание жизнедеятельности лица (семьи) в быту, исходя из его индивидуальных потребностей;

7) социально-трудовые услуги, направленные на формирование трудовых навыков у лица (семьи);

8) социально-культурные услуги, направленные на организацию досуга, проведение социально-культурных мероприятий и вовлечение в них лиц (семьи).

**Составление проекта плана работы с семьей** [6]

В течение одного дня после посещения и вторичной оценки составляется индивидуальный план помощи семье патронажной медсестрой, 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.

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.

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.

**Ведение случая и связь с другими секторами и НПО по оказанию комплексных услуг (межведомственное взаимодействие)** [6]

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/семьи.

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 случая 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**[6]**:**

* + ***Социальный работник*** организовывает работу по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями, государственными органами и организациями, проводит мониторинг выполнения «Индивидуального плана мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении граждан».
  + ***Врачом*** Команды оказывается медицинская помощь в соответствии с утвержденными стандартами (клиническими протоколами, стандартов операционных процедур и др.).
  + ***Психологом*** Команды оказывается социально-психологическая поддержка жертвам насилия и семье через психологическое просвещение, проведение психологической профилактики, психодиагностики, коррекционной работы, консультативной и информационной помощи с целью социально-психологической адаптации и реабилитации в обществе. Весь персонал сопровождающий жертву насилия должен соблюдать правила беседы и осмотра.
  + Командой проводится:

1. оценка эффективности мероприятий, включенных в «Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении граждан»;
2. при необходимости его коррекция;
3. принятие решения о завершении случая с последующим документированием в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия по отношению к ребенку».

• ***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»;

• ***Социальные работники*** 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 Министерства внутренних дел;

• 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**[6]

Периодический пересмотр и перепланирование индивидуального плана по сопровождению семьи по достижению положительных результатов по случаю и выхода семьи из кризиса организуется социальным работником. На основании прогресса или его отсутствия вносятся соответствующие мероприятия.

Регулярный мониторинг предусматривает быстрое реагирование социального работника на изменения в потребностях 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.

**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 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 семье изменение 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 закрытии 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.

****

**Рисунок 3. Диагностический алгоритм реагирования при выявлении случая насилия. Бизнес-процессы предоставления комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия (часть 3)**

**Ведение дела в случаях домашнего насилия** [10]

Объединение теорий ведения дела [11] - практики социальной работы, опыта женского движения и теории травмы – является отличным способом продвижения к подходу, ориентированному на лиц, пострадавших от насилия. Практика социальной работы подразумевает метод предоставления услуг для клиента, при котором поставщик услуг оценивает потребности клиента и организует, координирует, контролирует и выступает за предоставление клиенту многочисленных услуг для удовлетворения его потребностей. В центре внимания – доступ к помощи для исцеления от пережитого. Он понимает, что каждый человек испытывает взаимное влияние со своим физическим и социальным окружением и должен быть воспринят в этом контексте, и признает, что системная несправедливость и угнетение лежат в основе многих проблем, с которыми сталкиваются клиенты. Этот метод поддерживает и развивает жизнестойкость и потенциал роста и развития, сочетая внутри-личностные способности, навыки и ресурсы среды, окружения человека (сообщества, друзей и семьи).

Подход женского движения заключается в восстановлении силы, признавая, что акты насилия в отношении женщин лишают человека силы. Злоупотребление силой абьюзером и использование/манипулирование контролем со стороны абьюзеров усугубляется бессилием, вызванным жизнью в патриархальном обществе. Цель состоит в том, чтобы помочь лицу, пострадавшему от насилия, установить связь между индивидуальным опытом и более широким контекстом неравенства силы, чтобы она осознала центральную роль расширения прав и возможностей в процессе исцеления и восстановления. Этот подход позволяет лицу, пострадавшему от насилия, выражать эмоции, включая гнев, по поводу своего опыта и более широких социальных ограничений.

Ведение дела по гендерному насилию[11] – это структурированный метод оказания помощи лицу, пострадавшему от насилия, уходящий корнями в социальную работу.

Вовлекает одну организацию, обычно субъект психосоциальной поддержки или социального обслуживания, в координации с другими организациями, берущую на себя ответственность за обеспечение того, чтобы [10]:

* Определить вопросы и проблемы, с которыми сталкивается лицо, пострадавшее от насилия, и ее/его семья.
* Проинформировать лиц, пострадавших от насилия, обо всех доступных им вариантах помощи, и о том, что потребности лиц, пострадавших от насилия, отслеживаются скоординированным образом обеспечить эмоциональную поддержку лиц, пострадавшим от насилия, на протяжении всего процесса

Практика, учитывающая травму, основывается на уважении к готовности и смелости лица, пострадавшего от насилия, обратиться за услугами и признает, что лицо, пострадавшее от насилия, способно исцелиться и пережить свой опыт. Ключевым аспектом является обеспечение безопасности, как физической – отсутствие вероятности физического вреда со стороны специалиста по работе с лицами, пострадавшими от насилия, или других поставщиков услуг, так и психологической – отсутствие критики, осуждения, отвержения, унижения, перебивания, неприязни или резкого непонимания. Она направлена на восстановление связи между лицом, пострадавшим от насилия и его сообществом, восстановление в контексте отношений, восстановление доверия, самостоятельности, инициативы, компетентности, идентичности и близости.

Ведение дела, ориентированного на лица, пострадавшего от насилия, ставит опыт, потребности, права и решения лица, пострадавшего от насилия, в центр отношений ведения дела, которые являются пространством для исцеления и расширения возможностей. Оно объединяет стандартную практику социальной работы по оценке потребностей, предоставлению и/или координации услуг для удовлетворения этих потребностей и мониторингу прогресса через призму признания того, что опыт лица, пострадавшего от насилия, лишил человека достоинства и контроля и разрушил его доверие к отношениям, а также стремится установить отношения с лицом, пострадавшим от насилия, которые способствуют их эмоциональной и физической безопасности, укрепляют доверие и помогают человеку восстановить некоторый контроль над своей жизнью.

Для лица, пострадавшего от насилия, обращение за помощью для преодоления насилия может быть одним из самых сложных поступков в ее жизни, и очень важно, чтобы лицо, пострадавшее от насилия получило поддерживающий и неосуждающий ответ, чтобы процесс продолжался, и чтобы вмешательство было эффективным. Насилие, которое происходит с женщиной, потому что она женщина, будь то в форме насилия со стороны интимного партнера или в форме сексуального насилия со стороны человека, не являющегося партнером, влияет на чувство личной идентичности и самооценку женщины. Стыд, страх последствий со стороны абьюзера, страх того, что другие не поверят и не воспримут всерьез, а иногда и чувство вины за то, что женщина не сообщила о случившихся раньше, - это основные негативные чувства, которые испытывают лица, пострадавшие от насилия, и они часто мешают женщине рассказать о насилии. Поэтому поведение специалистов, с которыми она встречается в процессе ведения дела, является очень важным.

Часть динамики насилия включает в себя давление абьюзера на лицо, пострадавшего от насилия, либо угрозами, либо обещаниями измениться. Это будет происходить с большей интенсивностью, когда она уходит, сообщает о насилии или собирается обратиться за помощью. Многие женщины, которые возвращаются к абьюзеру, сдаются из-за комбинации давления со стороны абьюзера и опыта того, что их отговаривают, они чувствуют себя неловко или их не слушают в процессе оказания помощи.

Ниже мы опишем каждый шаг и наиболее важные аспекты, о которых следует помнить [10].

Шаг 1. Знакомство и взаимодействие

Цель: Установить взаимопонимание с лицом, пострадавшим от насилия и заложить основу для исцеляющих отношений.

Создание безопасного и уединенного пространства для обсуждения очень важно для полноценного раскрытия информации о таких частных и деликатных вопросах, как ГН. Если мы поставим себя на место лица, пострадавшего от насилия, никто из нас не посчитает, что легко обсуждать интимные и болезненные моменты своей жизни с человеком, с которым мы только что познакомились. Будьте тепло-настроенными, спокойными и открытыми.

Представьтесь и объясните, кто вы и какова ваша роль. Это включает в себя то, что вы можете и то, чего не можете делать.

Что нужно делать:

* Поприветствовать и успокоить лица, пострадавшего от насилия
* Начать выстраивать отношения с лицом, пострадавшим от насилия;
* Задавать вопросы и отвечать на вопросы, заданные вам;
* Объяснить права лица, пострадавшего от насилия;
* Объяснить конфиденциальность и исключения;
* Не ожидать, что лицо, пострадавшее от насилия, общаться тепло и открыто
* Не сомневаться в правдивости истории (это ее/его рассказ о ситуации) и не выносить суждений;

Что не надо делать:

* Не давать ложных обещаний и не притворяться, что у вас есть ответы на все вопросы.
* Не принимать решения вместо нее/него, не торопиться и не давить на нее/него;
* Надеяться, что она расскажет свою историю в присутствии других людей или в отсутствии конфиденциальности;

Шаг 2. Оценка

Определение оценки: действие по сбору информации или данных от клиента и их оценке с целью принятия решений вместе с клиентом относительно заботы о нем/ней.

Цель состоит в том, чтобы безопасно и спокойно оценить ситуацию лица, пострадавшего от насилия, и ее/его опыт насилия. Очень часто существует риск того, что оценка превратится в нечто похожее на полицейское расследование. При оценке в социальных службах главное – слушать, а не спрашивать. Важно собрать информацию, необходимую для оказания помощи, а не для установления истины.

Роль оценки заключается в следующем:

* Определить задействованы ли другие службы реагирования
* Выяснить, кто является лицом, пострадавшим от насилия
* Предложить лицу, пострадавшему от насилия, рассказать вам о том, что произошло
* Хорошо выслушать
* Отвечать с одобрением, состраданием и информацией
* Определить проблемы и основные потребности лица, пострадавшего от насилия
* Задокументировать соответствующую информацию на бланке или в записях по делу, если у вас есть безопасная документация и хранилище для дел.

Шаг 3: Планирование действий по делу

План действий по делу, основанный на информации, собранной в ходе оценки, определяет порядок предоставления услуг лицу, пострадавшему от насилия. Он должен состоять из совместных усилий специалиста по работе с делами и лица, пострадавшего от насилия, и определять меры вмешательства, которые могут удовлетворить потребности лица, пострадавшего от насилия, а также обсуждать положительные и отрицательные аспекты каждого перенаправления.

* Суммируйте свое понимание основных потребностей лица, пострадавшего от насилия
* Дайте информацию о том, какие услуги и поддержка доступны и чего от них можно ожидать
* Планируйте вместе с лицами, пострадавшим от насилия, как удовлетворить его потребности, как ставить личные цели и принимать решения о том, что будет происходить дальше
* Разработайте и задокументируйте план действий по делу
* Обсудите вопросы, вызывающие обеспокоенность со своим руководителем.

Шаг 4: Реализация

Реализация плана действий обеспечивает связь лиц, пострадавших от насилия, с соответствующими поставщиками услуг посредством перенаправления, оказывает им поддержку в получении безопасного доступа к этим услугам и обеспечивает хорошую координацию услуг.

* Осуществите перенаправления
* Отстаивайте интересы лиц, пострадавших от насилия, и поддержите их в получении доступа к услугам
* Руководите координацией по делу
* Предоставьте непосредственные услуги, при необходимости.

Специалист по работе с делом свяжется с поставщиками услуг для перенаправления дела лица, пострадавшего от насилия, и поможет лицу, пострадавшему от насилия, получить доступ к этим услугам, сопровождая жертву/пострадавшего к поставщикам услуг и выступая от ее/его имени перед сотрудниками полиции и органов безопасности, чтобы принять защитные меры и для обеспечения выражающего сострадание и качественного медицинского обслуживания и лечения, чтобы мнения и точка зрения лица, пострадавшего от насилия, были учтены, а его права соблюдены. Встреча с поставщиками услуг для предоставления информации о жестоком обращении часто необходима, чтобы лицу, пострадавшему от насилия, не пришлось повторять свою историю.

Шаг 5 Последующие действия

Многие службы совершают ошибку, пропуская этот шаг из-за нехватки персонала и высокой загруженности по делу. Однако, ведение дела не является полным и эффективным без этого шага, цель которого – оценить статус ситуации лица, пострадавшего от насилия, и влияние плана действий по делу. Мы должны стремиться установить, что статус лица, пострадавшего от насилия, с точки зрения его безопасности, здоровья, семьи, социальной жизни (друзья, школа, работа), чувств, и услуг. Получает ли лицо, пострадавшее от насилия, необходимую помощь и услуги своевременно? Каковы результаты полученных ими услуг? Были ли выполнены предыдущие планы, связанные с вышеуказанными областями? Существуют ли какие-либо препятствия для достижения целей действий по делу? Есть ли у жертвы/потерпевшего какие-либо новые потребности?

* Встретьтесь с лицом, пострадавшим от насилия или свяжитесь с ним, как договорились
* Проведите повторную оценку безопасности
* Проведите обзор и пересмотр плана действий по делу
* Выполните пересмотренный план действий по делу.

Шаг 6. Закрытие дела

Цель этого шага – понять, когда работа с лицом, пострадавшим от насилия закончена, и завершить работу с лицом, пострадавшим от насилия безопасным и поддерживающим образом. Действия, которые необходимо выполнить включают следующие:

* Определить следует ли/когда следует закрыть дело
* Задокументировать закрытие дела
* Если возможно, провести опрос отзывов клиента
* Обеспечить безопасное хранение закрытого дела (переместить закрытое дело в другой шкаф).

Как мы узнаем, что дело пора закрывать?

* Когда потребности клиента удовлетворены и/или функционируют ее/его системы поддержки
* Когда лицо, пострадавшее от насилия, хочет закрыть дело
* Когда лицо, пострадавшее от насилия, покидает район/местность или переезжает в другое место
* Когда вы не можете связаться с лицом, пострадавшим от насилия в течение, как минимум, 30 дней (должно определяться в ваших организациях).

Шаг 7 Оценка и заключительный опрос

Опросник отзывов/обратной связи должен проводиться руководителем или другим специалистом по работе с делами, а не специалистом по работе с лицом, пострадавшим от насилия, работавшим непосредственно по данному делу. Если лицо, пострадавшее от насилия, может читать и писать и хочет заполнить форму самостоятельно, позвольте ей/ему это сделать, или же анкета может быть заполнена в форме интервью.

Не забудьте получить информированное согласие от лица, пострадавшего от насилия, проинформировав ее/его о следующем:

* Цель опроса – помочь улучшить качество предоставляемых услуг
* Что отзывы предоставляются абсолютно добровольно
* Что все ответы будут конфиденциальными
* Что ее/его ответы не повлияют на услуги, предоставляемые ей/ему.

**Мотивационное интервьюирование**

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. МИ объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс, совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации.

Медицинские работники играют важную роль в предоставлении поддержки лицам, пострадавшим от насилия, с целью раскрытия случаев сексуального и гендерного насилия. Мотивационное консультирование направлено на поддержку пострадавших от насилия и способствует изменениям, и таким образом медицинские работники могут активно содействовать поведенческим и социальным изменениям пострадавших от гендерного насилия. Какой бы простой ни казалась коммуникация, направленная на изменение поведения, существуют определенные приемы в общении, которых медицинские работники должны избегать при разговоре с людьми, пережившими насилие, так как это может стать барьером в общении. Ниже указаны следующие приемы, создающие барьеры:

Барьеры в общении между медицинскими работниками и пациентами [10]:

* Приказной тон, указания или распоряжение.
* Предупреждение или угроза.
* Давать советы, делать предложения или предлагать решения.
* Убеждать с помощью логики, спорить или читать лекции.
* Морализаторство, поучения или указания клиентам, что они «должны» делать.
* Опровержение, осуждение, критика или обвинение.
* Соглашаться, одобрять или хвалить.
* Стыдить, высмеивать или навешивать ярлыки.
* Интерпретировать или анализировать.
* Успокаивать, сочувствовать или утешать.
* Задавать вопросы или допытываться.
* Отстранение, отвлечение, подшучивание или смена темы разговора.

Существует множество моделей коммуникации, рекомендованных для работы с жертвами гендерного насилия, и всех их объединяет общая идея - коммуникации с жертвами гендерного насилия должна быть основана на сильных сторонах лиц, пострадавших от насилия, повышать их мотивацию и включать варианты изменение поведения.

****

**Рисунок 4. Колесо ненасилия**

Основные сообщения, которые женщине необходимо услышать от человека, оказывающего помощь:

* Насилие – это не ваша вина;
* Я верю в вашу историю, я здесь, чтобы помочь, а не осуждать вас;
* Всё, что вы мне расскажете, останется конфиденциальным, за исключением тех случаев, когда я, по закону, буду обязана сообщить об этом (жестокое обращение с детьми, ситуации, угрожающие жизни);
* Вы заслуживаете жизнь, свободную от насилия;
* Вы можете преодолеть последствия насилия при соответствующей помощи;
* Получение помощи – это ваше решение, и у каждого свой ритм жизни;
* Вы не одиноки.

**Мотивирующее интервьюирование**

Мотивирующее интервьюирование (МИ) [12] - это новая методика консультирования, используемая в работе с пациентами, а также эффективно показавшаяся себя при работе с жертвами гендерное насилие. Техника Мотивирующего интервьюирования (МИ) повышает доверие пациентов и помогает медицинским работникам вести открытые беседы с пациентами в ненавязчивой форме. Использование всех элементов МИ при работе с пациентами, пережившими случаи гендерного насилия, может оказаться сложной задачей, поскольку большинство медицинских работников не обучены этому методу общения. МИ был построен на основе теории этапов изменений, которая оценивает, на каком этапе находится пациент и что нужно сделать, чтобы осуществить изменения. МИ добавляет несколько важных аспектов к теории этапов изменений и определяется как «совместная, ориентированная на человека форма направляющего разговора, с целью вызвать и усилить мотивацию к изменениям». МИ было разработано психологами для консультирования и частично для использования в обучении в общей практике. Медицинские работники могут использовать элементы мотивирующего интервьюирования в своей повседневной практике, чтобы помочь пациентам найти мотивацию для изменения поведения в интересах собственного здоровья. Перед работой с людьми, пережившими случаи гендерного насилия, рекомендуется пройти обучение методам МИ. По возможности, опытные консультанты по МИ должны быть привлечены к ведению случаев насилия.

Мотивационное интервьюирование может быть использовано для поддержки жертв гендерного насилия следующим образом [12]:

* Контроль за результатами своего состояния здоровья;
* Обращение за помощью и доступ к службам поддержки;
* Начало планирования безопасности;
* Поиск социальной поддержки;
* Ослабление любых зависимостей, что является частью механизма преодоления;
* Получение и сохранение работы;
* Повышение самооценки;
* Уменьшение сопутствующих проблем с психическим здоровьем.

Одним из важных и полезных аспектов МИ является то, что оно не требует длительной работы с пациентом, поскольку эти навыки общения можно применять во время консультации, и они могут быть использованы как инструмент общения, который расслабляет атмосферу и позволяет лицам, пострадавшим от случаев гендерного насилия, чувствовать себя комфортно во время консультации. Медицинские работники в службах женского здоровья могут использовать концепции мотивирующего интервьюирования для увеличения обращений в специализированные службы. Данные навыки общения можно использовать независимо от того, есть ли у медицинского работника 10 минут, 30 минут или 1 час времени для консультации.

МИ - это процесс сотрудничества, который осуществляется для пациентов. МИ направлено на содействие доверию и помогает медицинским работникам вовлечь пациентов в беседу.

Джонсон и др. разработали ряд принципов мотивационного интервьюирования, которые могут использовать медицинские работники для того, чтобы установить партнерские отношения с пациентами, помочь пациентам найти мотивы для изменений, подчеркнуть их самостоятельность и выразить.

**Принципы мотивирующего интервьюирования** [12]

Существует четыре основных принципа МИ:

* **П**ротивостоять рефлексу все исправить
* **П**онимать мотивацию своего пациента**.**
* **С**лушать своего пациента.
* **Р**аскрывать возможности своего пациента.

**Противостоять рефлексу все исправить**

Медицинские работники должны противостоять рефлексу исправления или защиты пациентки до того, как она попросит о помощи. Убеждение лица, пострадавшего от случаев гендерного насилия, сообщить о насилии или уйти от партнера может иметь обратный эффект, когда лица, пострадавшие от насилия, будут склонны защищать своих партнеров и избегать обращения за помощью. Более того, когда медицинские работники пытаются убедить лиц, пострадавших от насилия, говоря: «Я думаю, вам нужно что-то с этим делать. Ситуация выглядит плохо, и вы в опасности!», естественная реакция переживших гендерное насилие - привести контраргумент типа «Я в порядке, все не так плохо».

**Понимать мотивацию своего пациента**

Когда мы хотим изменить свое поведение, наши причины для изменений являются триггером изменения поведения. В МИ мотивация к изменениям исходит от пациентов, а не от медицинских работников. Таким образом, медицинским работникам необходимо стимулировать и изучать мотивацию жертв гендерного насилия к изменениям, а не излагать свои собственные мысли о том, почему пациенты должны измениться

**Слушать своего пациента**

Когда медицинский работник слушает то, что пациенты говорят об изменениях, важно задавать открытые вопросы, чтобы выяснить их личные взгляды на изменения, принимать периоды молчания и проявлять сочувствие.

**Раскрывать возможности своего пациента**

Изучение идей лиц, пострадавших от случаев гендерного насилия о том, как они могут измениться, способствует расширению их возможностей и побуждает к действиям.

Рассматривайте пациентов как самостоятельных экспертов в вопросах изменений.

**Техники мотивирующего интервьюирования** [12]

Основные техники, используемые в МИ, следующие: спрашивать, слушать, информировать.

**Спрашивать**. Медицинским работникам необходимо убедиться, что они используют открытые вопросы

**Задавайте открытие вопросы:**

Как вы себя чувствуете сегодня?

О чем бы вы хотели поговорить сегодня?

Как обстоят дела с вашим партнером?

Что вас беспокоит в ваших отношениях?

Что бы вы хотели изменить в ваших

**Слушать.** Согласно методике МИ, медицинские работники должны тратить 80% времени на то, чтобы слушать, и 20% времени на то, чтобы говорить. При выслушивании медицинские работники должны определить то, что в МИ называется " речь об изменениях". "Речь об изменениях" представляет собой словарный запас, который пациенты используют, когда выражают желание, способность, причину и потребность в изменениях. В то же время пациенты могут говорить о готовности к переменам, готовности к изменениям и принятии мер. DARN-CAT - это акроним, позволяющий запомнить, к чему должны прислушиваться медицинские работники во время консультаций.

Способность: «Я бы могла…», «Я могу…», «Может, я могла бы…»

Причины: «Я хочу это сделать потому, что…», «Наверное, было бы лучше если бы…»

Потребность: «Мне следует…», «Мне нужно…», «Я действительно должна…»

Приверженность: «Я собираюсь…», «Я буду…», «Я намерена…»

Активация: «Я готова к…», «Я подготовилась к…», «Я по-настоящему собираюсь…»

Практические шаги: «Я сделала…», «Я начала…»

**Информировать.** В повседневной практике медицинские работники обычно предоставляют информацию пациентам. При применении МИ информирование пациентов несколько меняется, поскольку медицинские работники не предоставляют информацию, а *обмениваются* ею с пациентами. Прежде чем сообщить информацию, медицинским работникам рекомендуется спросить разрешения. После обмена информацией медицинским работникам рекомендуется спрашивать мнение пациентов о том, что они только что услышали.

Подверженность случаев гендерного насилия может привести к трудностям в установлении доверительных отношений с поставщиками медицинских услуг. Используя соответствующие методы коммуникации, представленные в МИ, медицинские работники могут повысить уровень обращения с проблемами, связанными со случаями гендерного насилия, к специалистам в учреждениях женского здоровья.

Пример мотивационного консультирования [12]

Применение мотивирующего интервьюирования при работе с пациентами

Медицинский работник: Здравствуйте, Лиза. Спасибо, что вы пришли на консультацию. Как вы чувствуете себя сегодня?

Лиза: Здравствуйте! Я чувствую себя нормально.

Медицинский работник: Это хорошо! Ну, кажется у вас дела идут неплохо. Лиза: Да, спасибо.

Медицинский работник: Очень важно, чтобы все пациенты, обращающиеся к нам за услугами, имели возможность поговорить о своем опыте домашнего насилия, потому что это широко распространенная проблема и ситуация может ухудшиться с наступлением беременности. Вы не против, если мы с вами обсудим этот вопрос? Мы соблюдаем конфиденциальность и то, что вы когда-либо скажете, не будет передано никуда за исключением случаев, если вы решите рассказать о ребенке, который подвергается насилию, или есть угроза чьей-то жизни.

Лиза: Да, хорошо.

Медицинский работник: Можете ли вы рассказать о ваших страхах или о насилие, которое вы переживаете со стороны близких людей?

Лиза: Ну, я думаю, что Марк испытывал сильное напряжение на работе в последнее время, но последнее время стало в целом тяжелее.

Медицинский работник: Звучит так, как будто и вы испытываете напряжение тоже. Как он ведет себя дома?

Лиза: Ну, мы уже разобрались. После того как родилась Соня, Марк стал более агрессивным, и ударил меня несколько раз. Но ничего подобного не случалось уже почти год, так что я честно думала, что он уже не будет так поступать. Но на прошлой неделе он пришел в бешенство от того, что я провела весь день с подругой и не успела приготовить ужин. Он ударил меня в живот. Я очень испугалась.

Медицинский работник: На прошлой неделе вам пришлось очень нелегко. Такое невозможно было предугадать, ведь почти год все было в порядке. Он застал вас врасплох, и это пугает. Можете рассказать, что произошло дальше?

Лиза: Он ушел и я задумалась, стоит ли мне вернуться домой, или остаться у мамы. Но все равно мне пришлось бы ехать за Соней, и я боялась того, что он может сделать. Но я не стала оставаться и когда он вернулся, он очень извинялся. Он стал вести себя гораздо лучше, как будто по-настоящему изменился. Ничего плохого с тех пор не происходило, поэтому я оставила все как есть.

Медицинский работник: Хотя вы и не считаете такое поведение нормальным с его стороны, потому что знаете, что это опасно для вас и Сони, вы решили не оставлять его. Тот факт, что он раскаялся, заставил вас искать ему оправдание и оставить все как есть. Что вы чувствуете сейчас по этому поводу?

Лиза: Ну, я просто сбита с толку. Я продолжала делать вид, что этого не было, но теперь я пытаюсь понять, что я делаю не так, чем могу спровоцировать его?

Медицинский работник: Вы спрашиваете себя, в чем вы виноваты, но на самом деле это совсем не ваша вина. Никто не заслуживает избиений, и никто не должен жить в страхе.

Лиза: Но я действительно люблю его, и раньше мы очень хорошо ладили. Я так хочу, чтобы и сейчас все было также.

Медицинский работник: У вас сильный внутренний конфликт. С одной стороны, вы испытываете страх и порой хотите уйти, но, с другой стороны. Вы хотите остаться, чтобы все снова стало как прежде.

Лиза: Я спрашиваю себя, может ли вообще все стать как прежде?

Медицинский работник: Да, вы действительно сделали бы все, чтобы вернуть все как прежде, но вы знаете, что смириться с таким поведением – это не вариант в долгосрочной перспективе. Что бы вы хотели сделать в этой ситуации?

Лиза: (Тишина)

Медицинский работник: Хотите ли вы, чтобы я дал/а вам информацию о том, какая помощь вам доступна?

Лиза: Да, хочу. Наверное, да.

Медицинский работник: Ну что ж, иногда бывает полезно поговорить о ваших чувствах, у нас есть консультант, который может провести больше времени с вами. Консультации могут помочь вам разобраться со своими чувствами и получить поддержку в любом решении, которое вы примете. И если ваш муж снова станет проявлять насилие, есть несколько вариантов действий. Вы всегда можете позвонить в полицию, чтобы они оказали вам помощь, потому что бить вас – это нарушение закона.

Лиза: Не думаю, что когда-нибудь смогу поступить так с ним.

Медицинский работник: Это сложное решение, и я надеюсь, что вам никогда не придется столкнуться с необходимостью принять его. Если вы все еще интересуетесь другими услугами поддержки, есть также местный специалист службы по борьбе с домашним насилием, с которым можно поговорить по телефону в любое время, я дам вам контакты горячей линии. Или, если вам когда-нибудь придется уйти из дома в спешке, вам понадобится приют. Вы можете связаться с ними, даже если вы не планируете сразу уходить из дома, но просто быть с ними на связи для поддержки. Вот некоторые номера телефонов на буклете. Безопасно ли для вас взять с собой буклет, или вам будет лучше просто записать эти номера?

Лиза: Я лучше запишу эти номера себе, не хочу чтобы Марк знал, что я говорила об этом с кем-то.

Медицинский работник: Может будет удобнее записать эти номера в быстром наборе. Иногда бывает полезно, когда все под рукой, на случай, если придется торопиться. Например, можно приготовить важные документы, лекарства, игрушки Сони и т.д.

Лиза: Да, кажется это хорошая идея.

Медицинский работник: Лиза, можем ли мы еще немного поговорить о Сони? Лиза: Да, хорошо.

Медицинский работник: Как вы думаете, есть ли какой-то риск, что она может пострадать от действий Марка? Видела ли она как он бьет вас?

Лиза: Нет, к счастью, ее не было рядом, и она не видела, что произошло. Я уверена, что он не причинит ей вред. Вы знаете, может мне и правда нужно встретиться с консультантом, потому что я сама не могу поверить, что это происходит со мной.

Медицинский работник: Вы знаете, что даже если ребенок не находится в той же комнате, где происходит насилие, это все равно может повлиять на них. Поэтому в следующий раз я снова спрошу у вас об этом. Вам удобно будет назначить следующую встречу по телефону? Лиза, можно я запишу то, что вы мне сказали, в вашей карте?

Лиза: Я не хочу, чтобы кто-то еще знал об этом. Мне ужасно стыдно. Я не хочу, чтобы вы что- то записывали.

Медицинский работник: Вы не хотите, чтобы люди знали об этом, но это может быть очень важно для вас в будущем, чтобы эти записи сохранились. Особенно если вы решите обратиться в правоохранительные органы или подать заявку на предоставление жилья. Ваши данные будут конфиденциально храниться только в нашем отделе.

Лиза: О, ну теперь я понимаю. Что ж, я думаю... если вы уверены, что никто не узнает и это может быть полезно для меня, тогда, наверное, стоит сделать записи.

Медицинский работник: Это происходит со многими женщинами и это не их вина. Самое главное, чтобы вы могли получить необходимую поддержку. Если вам понадобится помощь, вы можете позвонить мне или прийти в любое время.

**Литература:**

1. Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилие в отношении женщин и домашним насилием, Стамбул, 2011. Ссылка: ttps://rm.coe.int/168046253

2. Межведомственное реагирование на гендерное насилие. Эффективный и скоординированный подход к защите и расширению прав жертв/лиц, переживших гендерное насилие» рекомендован к практическому применению на национальном уровне Постановлением Комиссии по вопросам обеспечения гендерного равенства Республики Узбекистан №4 от 16 июля 2020

3. На пути к межведомтсвенному реагированию на гендерное насилие. Картирование текущей ситуации в регионе Восточной Европы и Центральной Азии, РБ ВЕЦА ЮНФПА, ВЕИРЗ, 2015

4. FRA, «Насилие в отношении женщин: результаты общеевропейского исследования». Брюссель, FRA. (2014), с70.

5. 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

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

7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 июля 2012 года № 514 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года №907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения»

8. Приказ министра здравоохранения РК от 20 декабря 2011 года № 907 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности социального работника в сфере здравоохранения»

9. 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

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

11. На основе тренинга по Межведомственному ведению дел по ГН, Руководящий комитет GBVIMS, 2017 г.: https://gbvresponders.org/wp-content/uploads/2017/04/Interagency-GBV-Case-Management- Guidelines\_Final\_2017.pdf

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

## **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 1,2 «Гендерное насилие. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»

**Вопрос 1.** «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». Подберите верный термин, соответствующий определению.

a) Гендерное насилие

b) Сексуальное насилие

c) Физическое насилие

d) Насилие от интимного партнера

e) Домашнее насилие

**Вопрос 2.** Подберите верный термин, который указывает различия между мужчинами и женщинами небиологические по своей природе, также относится к социальным нормам и ожиданиям, культурным ролям, поведению, деятельности и атрибутам, которые данное общество считает подходящими для женщин и мужчин.

a) Пол

b) Гендер

c) Социальная роль

**Вопрос 3**. Подберите наиболее подходящий термин к определению «Физическое, сексуальное и психологическое насилие, происходящее в семье, включая избиение, сексуальное насилие над детьми женского пола в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование в браке».

a) Насилие от интимного партнера

b) Сексуальное насилие

c) Физическое насилие

d) Психологическое насилие

e) Домашнее насилие

**Вопрос 4.** Пациентка м. 25 лет. Женщина долгое время подвергалась периодическим избиениям со стороны мужа, угрозам убийства, оскорблениям. Определите форму и вид насилия: (может быть несколько правильных ответов)

a) Домашнее насилие, физическое насилие

b) Домашнее насилие, сексуальное насилие

c) Домашнее насилие, психологическое насилие

d) насилие от лица, не являющегося партнером, физическое насилие

e) насилие от лица, не являющегося партнером, психологическое насилие

**Вопрос 5.** Женщина 68 лет, пенсионерка. Проживает с сыном 45 лет. Сын часто злоупотребляет алкогольными напитками. Периодически он отнимает пенсию своей пожилой матери. В последнее время он стал толкать и бить пожилую мать. Какой вид насилия (в соответствии с законодательством РК) имеет место в данном случае: (может быть несколько правильных ответов)

a) физическое насилие

b) финансовое насилие

c) домашнее насилие

d) насилие от интимного партнера

e) насилие от лица, не являющегося партнером

**Вопрос 6.** Женщина в браке 8 лет. Супруг контролировал все денежные расходы жены, не позволял самостоятельно распоряжаться заработанными деньгами. Определите форму и вид насилия, которые присутствуют в данном случае:

a) домашнее насилие, физическое насилие

b) насилие от лица, не являющегося партнером, сексуальное насилие

c) домашнее насилие, контролирующее поведение

d) насилие от лица, не являющегося партнером, финансовое насилие

e) домашнее насилие, финансовое насилие

**Вопрос 7.** Найдите верные утверждения: «Пострадавшие от сексуального насилия женщины …» (может быт несколько верных ответов)

a) часто получают травмы

b) чаще подвержены риску родить недоношенного ребенка, также выше вероятность искусственного прерывания беременности

c) часто развиваются психологические травмы, ПТСР, склонность к депрессии у них выше

d) рискуют заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, такими как ВИЧ, гепатиты, сифилис

e) чаще ведут неблагополучный образ жизни, занимаются проституцией

**Вопрос 8.** В каких случаях может наступить летальный исход при насилии: (может быт несколько верных ответов)

a) В следствии травм

b) Следствии суицида

c) В следствии убийства

d) В следствии неудачного аборта или родов

e) Следствии инфекций, таких как ВИЧ

**Вопрос 9.** Какие опасные последствия от насилия могут в будущем развиться у пострадавшей от насилия женщины? (может быт несколько верных ответов)

a) Бесплодие

b) Попытки суицида

c) Депрессия

d) Алкогольная зависимость

e) Летальный исход

**Вопрос 10.** Укажите факторы риска, увеличивающие вероятность насилия над лицами с инвалидностью: (может быт несколько верных ответов)

a) Проживание в интернате

b) Умственные или психологические нарушения

c) Изоляция (например в доме)

d) Мужской пол

e) Женский пол

**Вопрос 11.** Отметьте признаки, наличие которых может свидетельствовать о сексуальном насилии: (может быт несколько верных ответов)

a) частое обращение к врачу с неясными симптомами

b) наличие повреждений в области наружных половых органов (промежности, девственной плевы, полового члена, мошонки): кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин

c) Употребление алкоголя и других веществ

d) наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны

e) Расстройства центральной нервной системы – головные боли, сложности восприятия, утрата слуха

**Вопрос 12.** Отметьте признаки, наличие которых может свидетельствовать о физическом насилии: (может быт несколько верных ответов)

a) Наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д

b) Расстройства центральной нервной системы – головные боли, сложности восприятия, утрата слуха

c) Частые консультации врача без четкого диагноза

d) Склонность к самоубийству или причинению себе вреда

e) Травматические повреждения, в частности неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями

**Вопрос 13.** Отметьте типы поведения пациентов, которые, должны заставить врача задуматься о связи случая с насилием: (может быт несколько верных ответов)

a) частое обращение к врачу с неясными симптомами

b) повреждения, не соответствующие рассказу пациентки

c) скандалы и постоянная критика в адрес врача

d) преждевременная выписка из больницы по собственному желанию

e) частое оформления больничных листов

**Вопрос 14.** Отметьте типы поведения пациентов, которые, должны заставить врача задуматься о связи случая с насилием: (может быт несколько верных ответов)

a) пациентка пытается скрыть повреждения или преуменьшить их серьезность;

b) частый пропуск приемов врача

c) пациентка постоянно переживает о своем здоровье, боится серьезных заболеваний

d) пациент просит выписать ему сильные обезболивающие препараты

e) травмы разной локализаций на разных стадиях заживления

**Вопрос 15.** Отметьте тревожные признаки поведения со стороны потенциального насильника или агрессора: (может быт несколько верных ответов)

a) потенциальный обидчик агрессивный или доминирующий, говорит за женщину или отказывается выйти из кабинета

b) потенциальный обидчик чрезмерно беспокоиться за здоровье женщины, задает много вопросов

c) потенциальный обидчик всегда приходит вместе с женщиной без необходимости

d) партнер/агрессор нередко отрицает или преуменьшает нанесенные повреждения

e) жертва не желает говорить со своим спутником или не соглашается с ним

**Вопрос 16.** По рекомендациям ВОЗ, минимальными условиями для опроса женщин о насилии медицинскими работниками являются: (может быт несколько верных ответов)

a) медицинские работники также должны знать, как реагировать в случае выявления случая насилия

b) в медицинском учреждении всегда должна дежурить охрана

c) безопасные условия - при опросе не должен присутствовать партнер

d) медицинские работники должны быть обучены как опрашивать потенциальных жертв насилия

e) отдельное помещение

**Вопрос 17.** Что делать, если вы подозреваете насилие, но женщина отказывается об этом говорить: (может быт несколько верных ответов)

a) Не заставляйте женщину говорить и дайте ей время решить, что она хочет вам рассказать.

b) Расскажите ей о доступных услугах, если женщина решит ими воспользоваться.

c) Направьте женщину на консультацию к психологу

d) Предложите женщине информацию о последствиях насилия для здоровья женщины и здоровья ее детей.

e) Предложите женщине прийти на повторный прием.

**Вопрос 18**. Как задать вопрос женщине, если вы подозреваете насилие? (может быт несколько верных ответов)

a) «Наш опыт говорит о том, что такие травмы бывают у женщин, на которых напали. Кто-нибудь напал на Вас?»

b) «У одной моей пациентки были похожие травмы, их ей нанес ее муж. Ваш муж вас бил?»

c) «Меня беспокоит, что эти симптомы вызваны тем, что кто-то Вас ударил. Кто-то причиняет Вам боль?»

d) «Почему вы скрываете причину этих травм? Вас кто-то ударил?»

e) «Вас кто-то ударил? Кто это был? Это сделал Ваш партнер/муж?»

**Вопрос 19.** У Вас на приеме пациентка, ее сопровождает супруг. Вы подозреваете насилие в отношение этой пациентки. Что стоит сделать?

a) Увести ее в отдельный кабинет

b) Попросить выйти из кабинета весь медицинский персонал

c) Попросит выйти супруга из кабинета

d) Спросить ее о насилии

e) Позвать в кабинет охрану

**Вопрос 20.** Если она раскрывает факт насилия, а ее партнер ждет за дверью, необходимо: (может быт несколько верных ответов)

a) Не обсуждайте насилие в подробностях.

b) Безопаснее ограничить разговор, не позволяя женщине почувствовать, что вам это неинтересно.

c) Выясните, как можно безопасно связаться с ней, чтобы обсудить все в другое время.

d) Направить ее в полицию

e) Убедитесь, что женщина в порядке, прежде чем приглашать ее партнера в комнату.

**Вопрос 21.** Какие медицинские документы заполняет медицинский работник выявивший случай насилия? (может быть несколько верных ответов)

a) Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту

b) Вкладной лист 12 к медицинской карте стационарного пациента (форма 001/у)

c) Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту

d) Индивидуальный план мероприятий

e) Все вышеперечисленное

**Вопрос 22**. Оценка наличия насилия в отношении жертвы проводится совместно со специалистами компетентных органов (в городских поликлиниках): (может быть несколько верных ответов)

a) социального работника

b) врача

c) психолога медицинской организации

d) работников органов внутренних дел

e) работников органов опеки и попечительства

**Вопрос 23.** В соответствии с алгоритмом в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в случае, если жертва совершеннолетняя и дееспособная: (может быть несколько верных ответов)

a) органы внутренних дел (телефон 102);

b) органы опеки и попечительства;

c) Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав;

d) органы социальной защиты;

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

**Вопрос 24.** В соответствии с алгоритмом в течение 1 часа с момента выявления факта насилия в отношении пациента руководитель медицинской организации сообщает по телефону (подает сигнал) в случае, если жертва несовершеннолетняя и недееспособная: (может быть несколько верных ответов)

a) органы внутренних дел (телефон 102);

b) органы опеки и попечительства;

c) Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав;

d) органы социальной защиты;

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

**Вопрос 25.** Врач выявивший случай насилия немедленно обязан сообщить: (может быть несколько верных ответов)

a) Органам внутренних дел

b) Органам опеки и попечительства

c) Психологу

d) Руководителю МО

e) Социальному работнику

**Вопрос 26.** Какие варианты перенаправления необходимы в том случае, если женщине пострадавшей от насилия не куда идти после выписки из стационара? (может быть несколько верных ответов)

a) Кризисный центр

b) Женский приют

c) Консультация социального работника

d) Консультация социального юриста

e) Консультации психолога

**Вопрос 27.** Система здравоохранения должна уважать разнообразие пациентов и не допускать дискриминацию, все девочки и женщины, пережившие насилие, имеют равный и полный доступ к медицинским услугам, а также получают поддержку одинакового качества, в том числе принадлежащих к маргинализированным группам. Какому принципу работы с жертвами насилия, соответствует вышеописанное утверждение.

a) Ориентированность на интересах лица, пострадавшего от насилия

b) Защита и безопасность

c) Гендерно-чувствительный подход

d) Конфиденциальность и защита личной информации

e) Учет культурных и возвратных особенностей

**Вопрос 28**. Оценка собственной безопасности должна проводится медицинским работника в рамках каждой консультации. Оценка безопасности лица, пострадавшего от насилия, должна проводиться в момент идентификации и когда пациентка сообщает о том, что она пострадала в результате гендерного насилия. Какому принципу работы с жертвами насилия, соответствует вышеописанное утверждение.

a) Ориентированность на интересах лица, пострадавшего от насилия

b) Защита и безопасность

c) Гендерно-чувствительный подход

d) Конфиденциальность и защита личной информации

e) Учет культурных и возвратных особенностей

**Вопрос 29.** Во время вмешательств, связанных с инцидентами/случаями гендерного насилия, уважение желаний, прав и достоинства лица, пострадавшего от насилия, является наиболее эффективным подходом, направленным на создание атмосферы, полной уважения, что будет способствовать возможности лица, пострадавшего от насилия, определять свои потребности и принимать решение о возможных способах действий. Какому принципу работы с жертвами насилия, соответствует вышеописанное утверждение.

a) Ориентированность на интересах лица, пострадавшего от насилия

b) Защита и безопасность

c) Гендерно-чувствительный подход

d) Конфиденциальность и защита личной информации

e) Учет культурных и возвратных особенностей

**Вопрос 30.** На приеме у врача пациентка, являющаяся инвалидом по слуху. Пациентка пояснила, что может читать по губам (написала на бумаге). Выберите какие принципы стоит использовать врачу при консультировании и оказании медицинской помощи данной пациентке. (может быть несколько верных ответов)

a) если пациентка не обращена к врачу лицом, ему стоит осторожно коснуться ее плеча;

b) врачу не стоит кричать при разговоре;

c) необходимо смотреть непосредственно на пациентку и не прикрывать свой рот;

d) необходимо дождаться сурдопереводчика, и только после этого начать консультацию;

e) нужно говорить медленно и четко, чтобы пациентка могла читать по губам

**Вопрос 31.** На приеме у терапевта пациентка, являющаяся инвалидом по зрению. Выберите какие принципы стоит использовать врачу при консультировании и оказании медицинской помощи данной пациентке. (может быть несколько верных ответов)

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

b) обращайтесь к сопровождающему лицу, т.к. оно скорее всего может принять все решения за пациента с инвалидностью

c) разговаривайте своим обычным голосом;

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

e) попрощайтесь, прежде чем уйти или уехать

**Вопрос 32.** На приеме у терапевта пациентка, с последствиями ОНМК в виде дизартрии. Ее речь медленная, иногда невнятная. Выберите какие принципы стоит использовать врачу при консультировании и оказании медицинской помощи данной пациентке. (может быть несколько верных ответов)

a) не стоит думать, что у данной пациентки есть трудности с обучением или пониманием;

b) попросите ее повторить то, что вы не поняли;

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

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

e) говорите медленно, чтобы пациентка могла вас понять

**Вопрос 33.** На приеме у ВОП девушка, инвалид детства с нарушением интеллектуального развития. Выберите какие принципы стоит использовать врачу при консультировании и оказании медицинской помощи данной пациентке. (может быть несколько верных ответов)

a) используйте простые слова и короткие предложения;

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

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

d) для принятия любых решений обращайтесь к официальному опекуну пациентки,

e) не относитесь к женщине/девушке, как к ребенку;

**Вопрос 34.** В соответствии с рекомендациями ВОЗ 2013 года, Первичная помощь пострадавших от гендерного насилия, подразумевает следующее (может быть несколько верных ответов)

a) не осуждать, проявлять участие и признавать значимость сказанного женщиной;

b) оказать практическую помощь и поддержку в разрешении проблем, которыми озабочена женщина, но при этом не вести себя назойливо;

c) спросить женщину о насилии, внимательно выслушать, но не принуждать женщину говорить (следует соблюдать осторожность при обсуждении деликатных тем через переводчиков);

d) помочь женщине получить доступ к информации о ресурсах, включая юридические и другие службы, которые могут быть ей полезны;

e) помочь женщине при необходимости обезопасить себя и детей и предоставить или обеспечить помощь социальных служб.

**Вопрос 35.** В приемном покое врач опрашивает пациентку, поступившую с травмами и ушибами. Ее сопровождает ее супруг. При пояснении обстоятельств получении травм и ушибов на все вопросы отвечает супруг, а пациентка молча кивает головой, иногда проговаривая «да, все так и было». Врач спрашивает пациентку, не могли кто-то намеренно нанести ей полученные травмы и ушибы. Пациентка и супруг возмущенно опровергают предположения врача. Укажите какие правила проведения беседы (в соответствии с ПК МЗ РК) с пострадавшими от насилия, нарушил врач. (может быть несколько верных ответов)

a) Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего.

b) Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся, не осуждайте.

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

d) Решите уместно ли спрашивать пациента о подверженности насилию прямым текстом в присутствии сопровождающего его лица

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

**Вопрос 36**. На приеме у врача пациентка, пострадавшая от сексуального насилия 10 дней назад. Определите, что должен сделать врач в данном случае (может быть несколько верных ответов):

a) Провести оценку риска беременности;

b) Провести проверку на наличие болезней, передаваемых половым путем, включая проверку на ВИЧ, и лечение этих болезней;

c) предоставление неотложной контрацепции;

d) консультирование по поводу аборта;

e) обеспечение психологической поддержки и направление к врачу- специалисту

**Вопрос 37**. Выберите верное определение правового риска:

a) поведение лица, когда надежда на счастливый исход имеет под собой достаточные основания

b) опасность наступления юридически значимых последствий

c) сознательное подвергание опасности охраняемых интересов ради достижения желаемого результата

d) обстоятельство, исключающее преступность деяния

e) лицо, действующее в условиях обоснованного риска, не подлежит уголовной ответственности

**Вопрос 38**. Выберите верное уголовно-правовое значение обоснованного риска, закрепленное в Уголовном кодексе РК:

a) поведение лица, когда надежда на счастливый исход имеет под собой достаточные основания

b) опасность наступления юридически значимых последствий

c) сознательное подвергание опасности охраняемых интересов ради достижения желаемого результата

d) обстоятельство, исключающее преступность деяния

e) лицо, действующее в условиях обоснованного риска, не подлежит уголовной ответственности

**Вопрос 39.** Выберите виды правовых рисков:

a) связанные с ненадлежащим оказанием медицинской помощи;

b) связанные с ненадлежащим оформлением медицинской документации;

c) связанные с ненадлежащим информированием пациента

d) связанные с нарушением правил этики и деонтологии.

e) все ответы верные

**Вопрос 40**. Какие данные составляют тайну медицинского работника, в соответствии с уголовным кодексом РК (может быть несколько верных ответов):

a) персональные медицинские данные лица

b) информация о факте обращения за медицинской помощью

c) состоянии здоровья лица

d) диагнозе заболевания лица

e) иные сведения, полученные при обследовании и лечении лица

**Вопрос 41**. Не допускается разглашение сведений, составляющих тайну медицинского работника, лицами, которым они стали известны (может быть несколько верных ответов):

a) При обучении

b) При исполнении профессиональных обязанностей

c) При исполнении служебных обязанностей

d) При обследовании пациента

e) При лечении пациента

**Вопрос 42.** Предоставление сведений, составляющих тайну медицинского работника, без согласия лица допускается в следующих случаях, в соответствии с Уголовным кодексом РК:

a) в целях обследования и лечения лица, не способного из- за своего состояния выразить свою волю, в случае отсутствия законного представителя

b) по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;

c) при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законного представителя;

d) по запросу близких родственников совершеннолетнего лица

e) по запросу работодателя совершеннолетнего лица

**Вопрос 43.** После приема пациентки, пострадавшей от насилия со стороны супруга, к медицинскому работнику обратились виновник насилия со своим родственником и потребовали медицинскую документацию, оформленную во время приема пострадавшей. Посторонние оскорбляют врача, угрожают. Тактика врача (может быть несколько верных ответов):

a) Отдать медицинскую документацию, опасаясь за свою безопасность

b) Отказаться отдавать документацию, потребовать удалиться из кабинета

c) Спросить разрешения у руководителя медицинской организации

d) Вызвать полицию или охрану медицинской организации

e) Отдать копии медицинской документации

**Вопрос 44**. К врачу сельского медицинского пункта обратилась пострадавшая от сексуального насилия. Врач громким голосом в присутствии постороннего медицинского персонала, других пациентов обсуждает факт сексуального насилия. На следующий день факт об сексуальном насилии становится известным соседям пострадавшей пациентки. Оцените поведение врача:

a) Действия врача были вполне допустимыми

b) Врач не разглашала медицинскую тайну, т.к. никому лично не рассказала о факте сексуального насилия

c) Врач нарушила медицинскую тайну

d) Врач не разглашала медицинскую тайну, т.к. соседям пострадавшей врач лично не рассказывала о факте сексуального насилия

e) Нет верного ответа

**Вопрос 45**. В приемный покой доставлена женщина, которая пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины. На теле имеются ссадины, загрязненные землей. Из анамнеза в детстве была привита от гепатита В. Определите верную тактику.

a) Проведение ПКП ВИЧ не требуется, вакцинация от столбняка и гепатита В, профилактика ИППП, экстренная контрацепция

b) Требуется провести ПКП ВИЧ без проведения тестов, экстренная контрацепция, вакцинация от гепатита В, профилактика ИППП

c) Необходимо провести тестирование на ВИЧ экспресс тестом и затем провести ПКП ВИЧ, вакцинация от столбняка, сдать маркеры ИФА на гепатит В, при отрицательном результате вакцинация от гепатита В, экстренная контрацепция, профилактика ИППП

d) Сдать маркеры ИФА на гепатит В, при отрицательном результате вакцинация от гепатита В, провести ПКП ВИЧ, экстренная контрацепция

e) Необходимо провести тестирование на ВИЧ методом ИФА и затем провести ПКП ВИЧ, вакцинация от столбняка, экстренная контрацепция

**Вопрос 46.** В приемный покой доставлена женщина, которая пострадала от сексуального насилия от незнакомого мужчины. Не вакцинировалась в детстве. Рваных и резаных повреждений, ссадин на теле нет. Принимает КОКИ. Выберите правильную медицинскую тактику.

a) специфическая иммунопрофилактика против гепатита В, провести тестирование на ВИЧ методом ИФА и затем провести ПКП ВИЧ, профилактика ИППП

b) Вакцинация от Гепатита В и Столбняка без тестов, провести тестирование на ВИЧ методом ИФА и затем провести ПКП ВИЧ, профилактика ИППП

c) Сдать маркеры ИФА на гепатит В, при отрицательном результате вакцинация от гепатита В, провести тестирование на ВИЧ методом ИФА и затем провести ПКП ВИЧ, вакцинация от столбняка, экстренная контрацепция

d) Сдать маркеры ИФА на гепатит В, при положительном результате вакцинация от гепатита В, вакцинация от столбняка, провести ПКП ВИЧ

e) Сдать маркеры ИФА на гепатит В, при положительном результате вакцинация от гепатита В, вакцинация от столбняка, профилактика ИППП

**Вопрос 47.** В приемный покой поступила женщина, с многочисленными ушибами, загрязненными ссадинами. С ее слов ее избил на улице ее бывший супруг. Вакцинирована с детства. Выберите правильную медицинскую услугу для нее.

a) Вакцина от гепатита В без тестов, провести ПКП ВИЧ

b) Вакцинация от Гепатита В и Столбняка без тестов

c) специфическая иммунопрофилактика против гепатита В

d) вакцинация от столбняка

e) провести ПКП ВИЧ, вакцинация от столбняка

**Вопрос 48**. В какие сроки проводится вакцинация от гепатита В взрослым в соответствии с ПК «Гендерное насилие» МЗ РК?

a) При первом обращении и через 1 месяц

b) При первом обращении, через 1 месяц и 6 месяцев

c) При первом обращении, через 3 месяца и 6 месяцев

d) через 1 месяц после обращения, далее через 3 и 6 месяцев

e) через 2 месяца после обращения, далее через 3 месяца.

**Правильные ответы к тестовым вопросам**

**к занятию 1,2 «Гендерное насилие. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ вопроса** | **Правильные ответы** | **№ вопроса** | **Правильные ответы** |
| **1** | A | **25** | D, E |
| **2** | B | **26** | A, B |
| **3** | E | **27** | C |
| **4** | A, C | **28** | B |
| **5** | A, B | **29** | A |
| **6** | E | **30** | A, B, C, E |
| **7** | A, B, C, D | **31** | A, C, D, E |
| **8** | A, B, C, D, E | **32** | A, B, C, D |
| **9** | A, B, C, D, E | **33** | A, B, C, E |
| **10** | A, B, C, E | **34** | A, B, C, D, E |
| **11** | B, D | **35** | C, D |
| **12** | A, B, E | **36** | A, B, D, E |
| **13** | A, B, D | **37** | B |
| **14** | A, B, E | **38** | E |
| **15** | A, C, D, E | **39** | E |
| **16** | A, C, D, E | **40** | A, B, C, D, E |
| **17** | A, B, D, E | **41** | A, B, C, D, E |
| **18** | A, C, E | **42** | A, B, C |
| **19** | C | **43** | B, D |
| **20** | A, B, C, E | **44** | C |
| **21** | A, B, C | **45** | C |
| **22** | A, B, C, D, E | **46** | A |
| **23** | A, E | **47** | D |
| **24** | E | **48** | B |

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ к занятию 3 «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование»

**Вопрос 1.** Укажите задачи мультисекторального взаимодействия (может быть несколько вариантов ответа):

a) Содействие эффективному взаимодействию учреждений и организаций предоставляющим услуги пострадавшим от ГН

b) Гарантия конфиденциальности услуг, предоставляемых пострадавшим от ГН

c) Обеспечение ведения отчетности на всех уровнях и всеми участвующими учреждениями

d) Обеспечение качества и согласованности оказанных услуг

e) Обеспечение и упрощение доступа к службам поддержки для жертв/пострадавших ГН

**Вопрос 2**. Укажите задачи мультисекторального взаимодействия (может быть несколько вариантов ответа):

a) Обеспечение качества и согласованности оказанных услуг

b) Обеспечение и упрощение доступа к службам поддержки для жертв/пострадавших ГН

c) Помощь в эффективном выявлении жертв/пострадавших ГН

d) Обеспечение и повышение безопасности жертв/пострадавших ГН на всех этапах предоставления услуг

e) Оказание экстренной медицинской помощи

**Вопрос 3**. Оказание правоохранительных, судебных услуг, услуги социальной защиты/помощи, защиты детей и здравоохранения, относятся к функции межведомственного взаимодействия:

a) Координация

b) Вмешательство/оказание услуг

c) Наличие систем отчетности и перенаправления

d) Обучающие программы

e) Система надзора случаев гендерного насилия

**Вопрос 4.** Управление информацией и обмен ею между вовлеченными учреждениями/организациями, относится к функции межведомственного взаимодействия:

a) Координация

b) Вмешательство/оказание услуг

c) Наличие систем отчетности и перенаправления

d) Обучающие программы

e) Система надзора случаев гендерного насилия

**Вопрос 5.** Возможность обеспечить пострадавшей женщине связь с кризисным центром или женским приютом, относится к функции межведомственного взаимодействия:

a) Координация

b) Вмешательство/оказание услуг

c) Наличие систем отчетности и перенаправления

d) Обучающие программы

e) Система надзора случаев гендерного насилия

**Вопрос 6.** Проведение тренингов по взаимодействию секторов здравоохранения, социальных служб и представителей внутренних дел, относится к функции межведомственного взаимодействия:

a) Координация

b) Мероприятия по профилактике и повышению осведомленности

c) Наличие систем отчетности и перенаправления

d) Обучающие программы

e) Система надзора случаев гендерного насилия

**Вопрос 7**. Управление данными, документирование и регистрация инцидентов и случаев СГН, относится к функции межведомственного взаимодействия:

a) Координация

b) Мероприятия по профилактике и повышению осведомленности

c) Наличие систем отчетности и перенаправления

d) Обучающие программы

e) Система надзора случаев гендерного насилия

**Вопрос 8.** Лекции для мужчин и женщин о гендерном равенстве, правах женщин, относится к функции межведомственного взаимодействия:

a) Координация

b) Мероприятия по профилактике и повышению осведомленности

c) Наличие систем отчетности и перенаправления

d) Обучающие программы

e) Система надзора случаев гендерного насилия

**Вопрос 9**. Наличие систем перенаправления, подразумевает налаженную связь с такими организациями, как: (может быть несколько верных ответов)

a) Женские приюты

b) Кризисные центры

c) Юридическая помощь

d) Психологическая помощь

e) Социальная помощь

**Вопрос 10.** Выберите важное условие эффективной координации и реализации:

a) Мониторинг

b) Оценка

c) Приверженность

d) Утвержденные стандарты

e) Действующие протокола

**Вопрос 11**. При подтверждении информации и принятия решения о комплексной оценке, на семью заводится пакет документов:

a) Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг

b) Социальный паспорт семьи

c) Форма о перенаправлении семьи

d) проведение Углубленной оценки потребностей ребенка и семьи социальным работником;

e) Индивидуальный план развития семьи;

**Вопрос 12.** 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

a) Первичная оценка

b) Глубокая оценка

c) Плановая оценка

d) Патронаж семьи

e) Мониторинг случая

**Вопрос 13.** В команду по ведению случая на уровне ПМСП входят: (несколько верных ответов)

a) Врач

b) Социальный работник

c) Психолог

d) Руководитель МО

e) полиция

**Вопрос 14.** Ответственным за ведение случая на уровне ПМСП является:

a) Врач

b) Социальный работник

c) Психолог

d) Руководитель МО

e) полиция

**Вопрос 15.** При ведении случая медицинские работники обеспечивают (может быть несколько верных ответов):

a) медицинская помощь

b) оформление первичной медицинской документации

c) организовывает работу по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями

d) проводить оценку потребностей семьи

e) предоставляет психологическую помощь

**Вопрос 16.** При ведении случая медицинские работники обеспечивают (может быть несколько верных ответов):

a) проводит мониторинг выполнения «Индивидуального плана мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении граждан»

b) оформление первичной медицинской документации

c) организовывает работу по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями

d) проводить оценку потребностей семьи

e) предоставляет психологическую помощь

**Вопрос 17.** Барьеры в общении между медицинскими работниками и пациентами при мотивационном консультировании (может быть несколько верных ответов):

a) Приказной тон, указания или распоряжение

b) Предупреждение или угроза

c) Давать советы, делать предложения или предлагать решения

d) Слушать своего пациента

e) Убеждать с помощью логики, спорить или читать лекции

**Вопрос 18**. Барьеры в общении между медицинскими работниками и пациентами при мотивационном консультировании (может быть несколько верных ответов):

a) Опровержение, осуждение, критика или обвинение

b) Соглашаться, одобрять или хвалить

c) Стыдить, высмеивать или навешивать ярлыки

d) Интерпретировать или анализировать

e) Задавать открытые вопросы, но не навязчивые

**Вопрос 19**. Барьеры в общении между медицинскими работниками и пациентами при мотивационном консультировании (может быть несколько верных ответов):

a) Успокаивать, сочувствовать или утешать

b) Задавать вопросы или допытываться

c) стимулировать и изучать мотивацию пациента

d) Отстранение, отвлечение, подшучивание или смена темы разговора

e) Слушать внимательно пациента

**Вопрос 20**. Укажите основные принципы мотивационного консультирования (может быть несколько верных ответов):

a) Противостоять рефлексу все исправить

b) Понимать мотивацию своего пациента.

c) Соглашаться, одобрять или хвалить

d) Слушать своего пациента.

e) Раскрывать возможности своего пациента.

**Вопрос 21.** Рекомендация не убеждать лицо, пострадавшее от насилия, сообщить о насилии или уйти от партнера, относится к принципу мотивирующего интервьюирования:

a) Противостоять рефлексу все исправить

b) Понимать мотивацию своего пациента.

c) Соглашаться, одобрять или хвалить

d) Слушать своего пациента.

e) Раскрывать возможности своего пациента.

**Вопрос 22**. Медицинским работникам необходимо стимулировать и изучать основные стимулы пострадавших к изменениям ситуации, а не излагать свои собственные мысли о том, почему пациенты должны измениться. Данное утверждение относится к принципу мотивирующего интервьюирования:

a) Противостоять рефлексу все исправить

b) Понимать мотивацию своего пациента

c) Соглашаться, одобрять или хвалить

d) Слушать своего пациента

e) Раскрывать возможности своего пациента

**Вопрос 23**. Укажите техники мотивирующего интервьюирования:

a) спрашивать, слушать, информировать

b) спрашивать, мотивировать

c) слушать, информировать, соглашаться

d) спрашивать, убеждать, понимать

e) спрашивать, мотивировать, убеждать

**Правильные ответы к тестовым вопросам**

**к занятию 3 «Межведомственная координация. Ведения случая насилия на уровне ПМСП. Мотивационное консультирование»**

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

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

### ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ к занятию 1,2 «Гендерное насилие. Принципы оказания медицинской помощи лицам, перенесшим гендерное насилие: осмотр, обследование и лечение»

**1. Практическое задание №1**

**Форма:** MiniEx (многоэтапная оценка)

**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.

**Этап 1. Приемный покой\_1**

**Условие:** В приемный покой поступила женщина Жанна 37 лет, с признаками ушибов лица и головы. Жанну сопровождает мужчина Сергей, является ее неофициальным сожителем. Со слов Сергея, Жанна день назад поскользнулась в квартире, упала и ударилась об ванную.

Врач приемного покоя задал вопрос Жанне о причине ссадин на лице – на что пациентка смутилась и не смогла сразу ответить. Но ответил Сергей, сказав, что видимо, когда Жанна падала то ударилась и о трубу лицом. Жанна подтвердила. Также Сергей признался, что вчера они немного выпили алкоголя, поэтому видимо Жанна и была неаккуратна.

Из анамнеза известно: что пациентка вчера вечером после того как принимала душ, поскользнулась, упала, ударилась об пол. После чего за медицинской помощью не обращалась, приняла обезболивающее средство. Ночью и на утро пациентка отмечала сильную головную боль, головокружение, слабость. К вечеру ей стало хуже, к жалобам присоединилось чувство тошноты, многократная рвота, ее сожитель испугался за ее здоровье и вызвал скорую помощь.

Из медицинской карты: Жанна привита по календарю. Операций не было. Аллергический анамнез спокоен.

6 месяцев назад пациентка была осмотрена в приемном покое травматологической клинике с травмами головы и спины. Переломы были исключены. От госпитализации тогда пациентка отказалась. Причиной травмы указано - падение с лестницы.

Также из медицинской карты известно, что пациентка 3 месяца назад обращалась в клинику для прерывания незапланированной беременности.

У Жанны есть ребенок 9 лет от первого брака, но уже около 1 года ребенок проживает с бабушкой, около 2-х лет Жанна проживает с сожителем. Жанна работает продавцом. Сергей в данный момент не работает. Проживают на съёмной квартире.

Врач осмотрела Жанну. При осмотре пациентки:

На коже лица - ссадины в области правой скулы. На волосистой части головы в области правой теменной кости имеется ссадина. Также при осмотре на коже спины – имеются многочисленные следы ушибов (синяков) разных оттенков (фиолетового оттенка, желто- зеленоватого оттенка).

На левом бедре имеется большой ушиб, фиолетового оттенка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **О каких болезнях говорят беспричинные синяки на теле: 01 сентября 2022,  13:51 - новости на Tengrinews.kz** | Должны ли оставаться синяки после массажа спины руками? |

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите возможную причины травм у Жанны? Есть ли причины подозревать признаки насилия в данном случае? Аргументируйте свои предположения.
2. Определите форму и вид возможного насилия в данном случае?
3. Имеются ли у Жанны факторы, предрасполагающие к подверженности насилию со стороны агрессора?
4. В чем, на ваш взгляд, заключается роль врача при общении с такой пациенткой как Жанна в данном случае?

**Этап 1. Приемный покой \_2**

**Условие:** Врач приемного покоя направил пациентку Жанну на КТ головы.

Также в приемном покое Жанне были обработаны ссадины лица.

Через 1 час Врач сообщила Жанне и Сергею, что на КТ диагностировано сотрясение головного мозга, и что Жанне показана госпитализация в неврологическое отделение.

Сергей спросил могут ли они принимать лечение дома? Т.к. им будет удобнее лечиться дома. Жанна неуверенно согласилась с Сергеем, она согласилась подписать отказ от госпитализации, т.к. она чувствует себя уже лучше и сможет продолжить лечение дома.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Перечислите несколько вариантов возможных действий врача.
2. Чего, на ваш взгляд, врач не должен делать?
3. Опишите возможные действия врача?

**Этап 1. Приемный покой \_3**

**Условие:** Врач приемного покоя подозревает насилие по отношению к Жанне. Предполагаемый агрессор – ее сожитель Сергей. Для того, чтобы остаться и побеседовать с Жанной наедине, Врач сказала, что прежде, чем отпускать Жанну домой ей необходимо осмотреть еще раз Жанну в смотровом женском кабинете, и туда сможет пойти только Жанна.

Сергей неохотно согласился с этим.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Каковы возможные последствия от насилия для Жанны?
2. Представьте возможные вопросы, которые врач может деликатно задать Жанне.
3. Как можно аргументировать необходимость госпитализации в данном случае?
4. Что не должен говорить Врач?

**Этап 1. Приемный покой \_4**

**Условие:** Во время осмотра в отдельной комнате, наедине с Жанной, врач побеседовала с ней

*Врач: “Я, как Врач, знаю, что многие женщины зачастую испытывают жестокое обращение от своих близких людей, и что это может быть очень опасно для их здоровья. Скажите, пожалуйста, Жанна, причинил ли Вам кто-то вред? Возможно, Вас кто-то ударил или толкнул?»*

*Жанна: Мне страшно об этом говорить, и я не знаю, что будет если я скажу правду…*

*Врач: «Жанна, вы можете рассказать мне правду. Наш с вами разговор будет конфиденциальным…и, если вы не захотите, я никому не расскажу об этом и ничего не сделаю без вашего согласия. Но, если я буду знать, что с вами произошло на самом деле, я постараюсь вам помочь. Вы должны знать, что Вам могут помочь. Есть разные варианты.»*

*Жанна: «Хорошо, доктор. Я все расскажу. Вчера вечером мы выпили немного алкоголя, и я его разозлила, я сама виновата, я сказала, что хочу уйти от него, и что я больше не хочу так жить, и Сергей меня избил, он долго избивал меня, несколько раз сильно ударил меня по голове и лицу»*

*Врач: «Жанна, Вы не виноваты. Никто не заслуживает избиения, тем более такие серьезные. У вас травма головы, это могло очень серьезно повлиять на ваше здоровье»*

*Жанна: «Да доктор, наверное, вы правы. Я очень испугалась за свое здоровье. Я подумала, что могу умереть. У меня ведь есть сын.»*

*Врач: «Жанна, происходило ли что-то подобное и до этого случая?»*

*Жанна: «Да…много раз. Полгода назад он также серьезно меня избил, но я простила его. Он обещал, что это не повториться…»*

*Врач: «Расскажите подробнее, что было после того, как он ударил вас по голове и лицу вчера?»*

*Жанна: «У меня сильно болела голова и я хотела вызвать скорую помощь, но Сергей не разрешил мне этого сделать, он предложил мне выпить таблетку парацетамола. Позже мне стало хуже…и только лишь когда появилась рвота, он испугался и разрешил мне вызвать скорую помощь. Но сказал, что, если я расскажу кому-то о том, что случилось, будет еще хуже.»*

*Врач: «Жанна как вы думаете…может Сергей снова избить Вас, когда вы вернетесь домой?»*

*Жанна: «Я боюсь этого, думаю, что да, может. Он не хочет отпускать меня.»*

*Врач: «Жанна, как врач, я настоятельно рекомендую Вам не отказываться от госпитализации, вам окажут медицинскую помощь, и здесь вы будете в безопасности»*

*Жанна: «Спасибо доктор за то, что беспокоитесь за меня. Я согласна, я останусь в больнице»*

Также Жанна призналась, что Сергей заставил ее заняться сексом, хоть она и сопротивлялась, у них был незащищенный половой акт…и она боится, что могла забеременеть. (т.к. последняя менструация была 2 недели назад). Она не хочет снова забеременеть от Сергея, т.к. она настроена уйти от Сергея. Но она его боится.

После осмотра Врач сообщила Сергею, что во время осмотра Жанне стало хуже, у нее сильно закружилась голова, и повысилось артериальное давление, врач с согласия Жанны госпитализирует ее в отделение. Врач просит Сергея собрать необходимые вещи Жанны и передать ей их завтра. Сергею пришлось согласиться и уйти.

**Вопросы для обсуждения:**

Заполните карту анамнеза по случаю Жанны.

**Карта сбора анамнеза (ВОЗ)**

|  |
| --- |
| **Существующие заболевания** |
| Есть ли у вас какие-то заболевания в настоящее время?   * Да  Нет Если да, какие? |
| Есть ли у вас аллергия? Если да, на что? |
| Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства, травы или эликсиры? |
| **Прививочный статус** |
| Вы привиты от...  ...столбняка?  Да Когда? / /  ДД ММ ГГ   * Нет  Не знаю   ...гепатита В?  Да  Нет  Не знаю |
| **ВИЧ/СПИД статус** |
| Сдавали ли вы тест на ВИЧ?  Да Когда? / /  ДД ММ ГГ   * Нет |
| Если да, могут я спросить о результате теста?   * Негативный * Позитивный * Не разглашается |

**ОПИСАНИЕ ПРОИСШЕСТВИЯ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата происшествия:** / /  ДД ММ ГГ | | | | | | **Время происшествия:** | |
| Не могли бы вы рассказать о том, что произошло?  Что-то подобное уже происходило раньше?  Да  Нет  Если да: Когда это было? / /  ДД ММ ГГ  В этот раз виновником происшествия является тот же человек?   * Да  Нет | | | | | | | |
| **Физическое насилие** | | **Опишите тип и расположение травмы на теле** | | | | | |
| Тип (удары, укусы, выдергивание волос, удушение и др.) | |  | | | | | |
| Использование сдерживающих средств | |  | | | | | |
| Использование оружия | |  | | | | | |
| На фоне алкоголя/ наркотиков | |  | | | | | |
| **В случае сексуального насилия** | **Проникновение** | **Да** | **Нет** | | **Не уверена** | **Описание (оральное, вагинальное, анальное)** | |
| Пенис |  |  | |  |  | |
| Палец |  |  | |  |  | |
| Другое |  |  | |  |  | |
| Эякуляция |  |  | |  |  | |
| Презерватив использовался |  |  | |  |  | |
| **Действия после нападения** | | | | | | | |
| После того, как это произошло,... | | | | | | | |
| У вас была рвота? | | | | * Да | | | * Нет |
| У вас было мочеиспускание? | | | | * Да | | | * Нет |
| У вас был стул? | | | | * Да | | | * Нет |
| Вы почистили зубы? | | | | * Да | | | * Нет |
| Вы прополоскали рот? | | | | * Да | | | * Нет |
| Вы переоделись? | | | | * Да | | | * Нет |
| Вы помылись или приняли ванну? | | | | * Да | | | * Нет |
| Вы использовали тампон или прокладку? | | | | * Да | | | * Нет |

**Гинекологический анамнез**

|  |
| --- |
| Вы используете какой-нибудь метод контрацепции?   * ВМС  Стерилизация * Таблетки  Презерватив * Инъекционные  Другое |
| Вы пользовались этим методом, когда произошел инцидент?   * Да  Нет |
| **Менструация и беременность** |
| Когда началась последняя менструация? / /  ДД ММ ГГ  Была ли у вас менструация на момент происшествия?   * Да  Нет |
| Как вы думаете, вы могли забеременеть?   * Да  Нет   Если да, число недель беременности: недель У вас уже была беременность?   * Да  Нет   Если да, сколько раз? раз |
| **История половых контактов с согласия женщины**  (только в том случае, если взяты анализы для исследования ДНК в случае изнасилования) |
| *Когда у вас последний раз был секс с вашего согласия?*  / / ДД ММ ГГ  С кем? (например, с мужем, гражданским мужем, чужим человеком) |

**СОСТОЯНИЕ ПСИХИКИ**

|  |
| --- |
| **Внешний вид** (Ухожены ли ее одежда и волосы или они в беспорядке? Женщина рассеянна или взволнованна?  Беспокойна? Имеются ли какие-либо признаки интоксикации или злоупотребления наркотическими веществами?) |
| **Настроение**  Спросите: *Как вы себя чувствуете?*  Также наблюдайте. Например, женщина спокойна, плачет, злится, тревожится, очень печальна, без выражения? |
| **Речь** (Молчит? Говорит ясно или речь вызывает затруднения? Смущена? Говорит очень быстро или очень медленно?) |
| **Мысли**  Спросите: *Были ли у вас мысли о причинении себе вреда?*   * Да  Нет   *Есть ли у вас тяжелые мысли или воспоминания, которые все время возвращаются?*   * Да  Нет   *Вы видите произошедшее снова и снова?*   * Да  Нет |

**Этап 2. Обследование и лечение\_**

**Неврологическое отделение**

**Условие:** В неврологическое отделение поступила пациентка Жанна 37 лет, с сотрясением головного мозга.

Из анамнеза известно: что пациентка пострадала от избиения своим супругом, также подверглась сексуальному насилию.

Из медицинской карты: Жанна привита по календарю. Операций не было. Аллергический анамнез спокоен.

6 месяцев назад пациентка была осмотрена в приемном покое травматологической клинике с травмами головы и спины. Переломы были исключены. От госпитализации тогда пациентка отказалась. Причиной травмы указано - падение с лестницы.

Также из медицинской карты известно, что пациентка 3 месяца назад обращалась в клинику для прерывания незапланированной беременности.

У Жанны есть ребенок 9 лет от первого брака, но уже около 1 года ребенок проживает с бабушкой, около 2-х лет Жанна проживает с сожителем. Жанна работает продавцом. Сергей в данный момент не работает. Проживают на съёмной квартире.

Врач осмотрела Жанну. При осмотре пациентки:

*Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,2 С. Нормостеник, удовлетворительного питания. Кожный покров и*

*видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожножировая клетчатка распределена равномерно. Периферических отеков нет.*

*Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Со стороны костно-суставной*

*системы без деформации, движения в полном объеме.*

***Органы дыхания:*** *Дыхание через нос свободно. Зев спокоен. Грудная клетка цилиндрической формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин.*

***Органы кровообращения:*** *Область сердца визуально не изменена. Патологической пульсации магистральных сосудов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины в 4 м/р, верхняя на уровне 3 м/реберья по левой парастернальной линии, леваяпо левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенны, ритм правильный, АД 110/60 мм.рт.ст., ЧСС 75 в мин.*

***Органы пищеварения:*** *Язык влажный, обложен белосерым налетом. Слизистая полости рта чистая от высыпаний. Живот округлой формы, симметричный, болезненный в левой половине живота, больше в мезоигипогастрии. Печень у края правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, ежедневный, 12 раза в сутки, светложелтый.*

***Органы мочевыделения:*** *Область почек на вид не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеиз сторон. Мочеиспускание реже обычного, безболезненное, темного цвета.*

***Неврологический статус:*** *Сознание ясное, на вопросы отвечает адекватно, своевременно. Менингиальных знаков нет. Отмечается незначительный нистагм. Парезов и параличей нет. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная при пальпации*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **О каких болезнях говорят беспричинные синяки на теле: 01 сентября 2022,  13:51 - новости на Tengrinews.kz** | Должны ли оставаться синяки после массажа спины руками? |

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите внешние повреждения пациентки Жанны

2. Заполните форму стационарной карты пациента с признаками насилия (Вкладной лист 12 к медицинской карте стационарного пациента)

3. Составьте план обследования и лечения пациентки Жанны. Заполните форму ВОЗ.

**Вкладной лист 12 к медицинской карте стационарного пациента**

      Карта медицинского осмотра при обращении (поступлении) в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, по поводу получения телесных повреждений и (или) психологического воздействия в результате жестокого обращения

      Дата и время обращения

      Паспортные данные

      1. ИИН

      2. Ф.И.О. (при его наличии)

      3. Дата рождения: число, месяц, год

      4. Пол  мужской женский

      5. Возраст

      6. Национальность

      7. Житель  города села

      8. Гражданство, адрес проживания

      9. Место работы и (или) учебы и (или) детского учреждения

      Должность Образование

      10. Наименование страховой компании, № страхового полиса

      11. Тип возмещения

      12. Социальный статус

      13. Повод обращения: телесное повреждение и (или) психологическое воздействие (подчеркнуть)

      14. Жалобы

      15. Анамнез:

      указать сведения:

      о случае применения физического и (или) психологического насилия с указанием времени и даты;

      о применении оружия и (или) предметов, использованных в качестве оружия.

      16. Описание телесных повреждений:

      Описание ссадины

      1. Точная анатомическая локализация

      2. Форма: линейная , округлая  , овальная  , неправильная овальная  , треугольная 

      3. Направление: Вертикальное  , горизонтальное  , косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо  ;

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина в ХХХ см);

      5. Состояние дна либо покрывающей корочки –

Влажная  , западает по отношению к уровню окружающей кожи  ; на уровне окружающей кожи  ; выше уровня окружающей кожи  , отпадает по периферии  , участок гиперпигментации  гипопигментации 

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: Припухлость , гиперемированы , с наложением крови , почвы 

      Описание кровоподтека

     1. Точная анатомическая локализация

     2. Форма: Линейная , округлая , овальная , неправильная овальная , треугольная   
      3. Направление: Вертикальное , горизонтальное , косо-вертикальное в направлении сверху вниз , слева направо ,

      4. Размеры (длина ХХХ, ширина ХХХ в см);

      5. Цвет кровоподтека - красно-багровый , синюшно- фиолетовый , бурый , зеленоватый , желтый 

      6. Особенности состояния окружающих мягких тканей: припухлость, гиперемированы , с наложением крови, почвы  .

      Описание раны

     1. Точная анатомическая локализация

     2. Форма и размеры раны при зиянии и сближении краев: линейная , веретенообразная;

     3. Характер и особенности дефекта ткани: наличие дефекта "минус-ткань"  
     4. Особенности краев: осадненность , кровоподтечность  , отслоенность  , загрязненность  , инородные включения  ;

      5. Рельеф скошенности стенок: ровные , гладкие  , располагаются твесно  одна стенка скошена, а другая подрыта  ;

6. Осадненность концов  ;

      7. Особенности дна: наличие межтканевых соединительно-тканных перемычек  , повреждений мышц  , костей  ;

      8. Особенности повреждения волос в области раны; поперечно или косопоперечно пересечены в начальной и средней трети раны , в конечном отрезке волоса  с вывороченными луковицами 

     9. Особенности микрорельефа на плоскости разреза, разруба, распила хряща, кости: ровный  , не ровный  , зазубренный   
      Описание перелома (открытый)

      1. Точная анатомическая локализация;

      2. Форма линейная , неправильная  , многооскольчатая

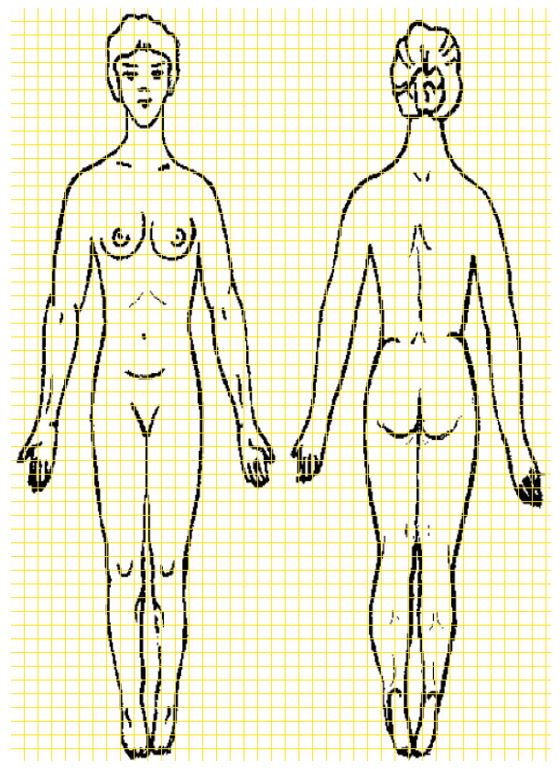
      3. Размеры ХХХсм,

      4. Направление линий перелома (трещин) вертикальное , горизонтальное  , косо-вертикальное в направлении сверху вниз, слева направо  ;

      5. Размеры, ориентировка свободных отломков, дефектов, сколов кости и вдавлений

      6. Особенности повреждения позвоночника: локализация и свойства кровоизлияний в окружающих позвоночник тканях, переломов тел, дужек и отростков позвонков, характер их смещения, повреждений связочного аппарата, межпозвонковых дисков, над- и подоболочечных кровоизлияний, спинного мозга.

      Схема анатомической локализации:



      17. Обследование психического состояния

      1. Сознание

      1.1 Сознание ясное, не нарушено ;

      1.2 Сознание нарушено, дезориентирован:  во времени , в месте ,  в собственной личности  ;

      1.3 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      2. Поведение

     2.1 Адекватный 

     2.2 Пассивный,заторможенный  ;

     2.3 Оцепенение  ;

    2.4 Возбужденный ;

     2.5Пугливый ;

     2.6Плаксивый ;

      2.7 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      3. Настроение и эмоции

      3.1 Ровный фон настроения  ;

      3.2 Сниженный фон настроения (пассивность, уныние, пессимистичность)  
      3.3 Раздражительность и (или) гневливость  ;  
      3.4 Повышенный фон настроения (жизнерадостность, бодрость, оптимистичность)  ;  
      3.5 Страх, тревога  ;  
      3.6 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      4. Мышление, память, речь (нужное подчеркнуть);

      4.1 Без особенностей  ;

      4.2 Замедленное мышление, речь  ;  
      4.3 Ускоренное мышление, речь  ;  
      4.4 Обстоятельное (детализированное) мышление, речь  ;  
      4.5 Бессвязное мышление  ;  
      4.6 Бредовые идеи  ;

      4.7 Мысли о смерти, самоубийстве  ;

      4.8 Нарушение памяти  ;

      4.9 Нарушение внимания  ;

      4.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      5. Соматовегетативные расстройства (выявляются по жалобам пациента)

      5.1 Учащенное или усиленное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца  ;

      5.2 Повышенная потливость, приливы жара или озноб, сухость во рту ;

      5.3 Дрожь в руках и (или) ногах и (или) в теле  ;

      5.4 Мышечное напряжение, неспособность расслабиться  ;

      5.5 Чувство удушья или комка в горле, затрудненное дыхание  ;

      5.6 Ощущение дискомфорта или боли в грудной клетке, "тяжесть в груди"

      5.7 Головокружение, головные боли  ;

      5.8 Чувство слабости, утомляемости ;

      5.9 Ощущение онемения и (или) покалывания ,

      5.10 Дополнения и (или) разъяснения (при наличии)

      6. Выявленные медицинским работником симптомы, не отраженные в вышеприведенных пунктах

      6.1 Нарушения сна  ,

      6.2 Нарушения аппетита  ,

      6.3 Наличие психотравмы  ;

      6.4 Утрата интересов  ;

      6.5 Скрытность, недоверчивость  ;

      6.6 Сообщения об употреблении алкоголя  ;

      6.7 Чувство отчаяния  ;

      6.8 Галлюцинации (пациент озирается, разговаривает с невидимым собеседником)  ;

**Карта ВОЗ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Раздел 1: Информация о медицинском учреждении** | | | | | | | | | |
| Медицинское учреждение: Дата:  Имя лица, заполняющего форму: Номер медицинской карты:  □ Новый случай □ Рецидив Вид перенаправления: □ Спонтанное □ Скорая помощь □ Вертолет  □ Правоохранительные органы □ Другое (укажите): | | | | | | | | | |
| **Раздел 2: Информация о лице, пострадавшей от насилия** | | | | | | | | | |
| Имя и фамилия: | | | | | | | | | |
| Номер телефона: | | | | | | | | | |
| Дата рождения: | | | | | | | | | |
| Место жительства: □ Село □ Город Адрес: | | | | | | | | | |
| Гражданство: | | | | | | | | | |
| Национальность: | | | | | | | | | |
| Семейное положение: □ Не замужем □ Гражданский брак □ Замужем □ Разведена □ Вдова | | | | | | | | | |
| Образование: □ Нет □ Начальная школа □ Средняя школа □ Лицей | | | | | | | | | |
| □ Высшее образование □ Последипломное образование (магистратура, | | | | | | | | | |
| докторантура) | | | | | | | | | |
| Род занятий: □ Безработная □ Работает □ Фрилансер □ Владелец частной компании | | | | | | | | | |
| □ Сельхоз деятельность □ Студентка □ Домохозяйка □ Пенсионерка | | | | | | | | | |
| Работодатель/школьное учреждение: Ежемесячный доход семьи: | | | | | | | | | |
| Количество детей детей, \_ до 10 лет от 10 до 18 лет старше 18 лет | | | | | | | | | |
| Иждивенцы/пожилые □ Да, человек □ Нет | | | | | | | | | |
| люди | | | | | | | | | |
| Психические □ Нет □ Да, укажите: | | | | | | | | | |
| заболевания | | | | | | | | | |
| Наличие судимости □ Нет □ Да, укажите: | | | | | | | | | |
| **Раздел 3. Информация о насильнике** | | | | | | | | | |
| Отношения с жертвой: □ Муж □ Бывший муж □ Партнер □ Ребенок □ Родитель □ Другое (укажите) | | | | | | | | | |
| Имя и фамилия: Пол □ Женщина □ Мужчина | | | | | | | | | |
| Номер телефона: | | | | | | | | | |
| Дата рождения: Номер социального страхования | | | | | | | | | |
| Место жительства: □ Село □ Город Адрес: | | | | | | | | | |
| Гражданство: | | | | | | | | | |
| Национальность: | | | | | | | | | |
| Семейное положение: □ Не женат □ Гражданский брак □ Женат □ Разведен □ Вдовец | | | | | | | | | |
| Образование: □ Нет □ Начальная школа □ Средняя школа □ Лицей | | | | | | | | | |
| □ Высшее образование □ Последипломное образование (магистратура, | | | | | | | | | |
| докторантура) | | | | | | | | | |
| Род занятий: □ Безработный □ Работает □ Фрилансер □ Владелец частной компании | | | | | | | | | |
| □ Сельхоз деятельность □ Студент □ Домашнее хозяйство □ Пенсионер | | | | | | | | | |
| Работодатель/школьное учреждение: Ежемесячный доход семьи: | | | | | | | | | |
| СГН в прошлом □ Нет □ Да | | | | | | | | | |
| Если да, вид СГН □ Физическое □ Сексуальное □ Психологическое (□ Вербальное □ Эмоциональное) | | | | | | | | | |
| □ Жестокое обращение □ Экономическое □ Социальное | | | | | | | | | |
| Психические □ Нет □ Да, укажите: | | | | | | | | | |
| заболевания | | | | | | | | | |
| Наличие судимости □ Нет □ Да, укажите: | | | | | | | | | |
| Употребление/злоупотре □ Нет □ Да □ Не знаю | | | | | | | | | |
| бление наркотиками □ Алкоголь периодически □ Алкоголь часто □ Табачные изделия | | | | | | | | | |
| □ Транквилизаторы □ Наркотики □ Другое (укажите) | | | | | | | | | |
| **Раздел 4. Ведение дела** | | | | | | | | | |
| Вид СГН: □ Физическое □ Сексуальное □ Психологическое □ Жестокое обращение   * Экономическое □ Социальное   Место происшествия □ Место проживания □ Общественное место □ Рабочее место СГН: □ Другое (укажите)  Инструменты, □ Части тела □ Режущие предметы □ Тупые предметы □ Колющие предметы □  использованные Оружие  насильником: □ Яд/токсичные вещества  Учреждения, в которые □ Правоохранительные органы □ Судебно-медицинская экспертиза лицо, пострадавшее от □ Семейный врач □ Мэрия  насилия обратилось за □ Отделы по защите прав ребенка □ НПО □ Не уверен/Не знаю помощью:  Вмешательство: □ Информация □ Консультирование □ Планирование безопасности   * Перенаправление □ Сопровождение   Учреждения, которым □ Правоохранительные органы □ Судебно-медицинская экспертиза было передано дело: □ Семейный врач □ Мэрия   * Отделы по защите прав ребенка □ НПО □ Другое (укажите)   КАРТА ТРАВМ | | | | | | | | | |
| Синяки | | Шрамы | Порезы | Кровоте  чение | Боль | | | | |
| Голова |  |  |  |  |  | |  | | |
| Глаза |  |  |  |  |  | |
| Уши |  |  |  |  |  | |
| Нос |  |  |  |  |  | |
| Щеки |  |  |  |  |  | |
| Рот |  |  |  |  |  | |
| Шея |  |  |  |  |  | |
| Плечи |  |  |  |  |  | |
| Предплечье |  |  |  |  |  | |
| Руки |  |  |  |  |  | |
| Грудь |  |  |  |  |  | |
| Спина |  |  |  |  |  | |
| Живот |  |  |  |  |  | |
| Гениталии |  |  |  |  |  | |
| Бедра |  |  |  |  |  | |
| Икры |  |  |  |  |  | |
| Ноги |  |  |  |  |  | |
| Жизненно важные функции:  Исследования:  Процедуры:  Обследование и уход в случае сексуального насилия  Диагностика:  Результат лечения: | | АД | | Частота дыхания | | Температура | | Насыщение кислородом | Глюкоза |
|  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |
| * Лабораторные □ Рентгенологические □ Руки □ Ноги □ Грудь □ Голова * Позвоночник □ Таз * Другое (укажите) □ КТ черепа □ КТ грудной клетки □ КТ брюшной полости □ МРТ * O2 □ Мониторинг жизненно важных функций □ Интубация □ Аспирация * Наложение швов * Промывание желудка □ Торакальный дренаж □ Назо-гастральный дренаж * Дренирование мочевого пузыря □ Иммобилизация (□ руки □ ноги □ позвоночник) * Препараты для профилактики ИППП □ Препараты для профилактики ВИЧ * Вакцинация против гепатита В * Таблетки экстренной контрацепции □ ВМС □ Безопасный аборт * Перевод в другое медицинское учреждение □ Лечение, выписка домой * Покидание пункта неотложной помощи без согласия врача □ Смерть | | | | | | | |
| **Раздел 5. Судебно-медицинские доказательства (необязательно)** | | | | | | | | | |
| Получено информированное согласие □ Нет □ Да  Образец собран через <72 часа после □ Нет □ Да, маркировка образца: инцидента  Сделаны фотографии □ Нет □ Да, укажите маркировку: | | | | | | | | | |

**Этап 2. Обследование и лечение**

**Условие:** В отделении пациентка Жанна еще раз поговорила с врачом о пережитом случае насилия, она подписала информированное согласие на полный осмотр и инвазивные процедуры. Также она дала согласие сообщить в полицию по факту причинения ей вреда, и сказала, что официально подпишет заявление на Сергея. Она больше не хочет возвращаться к нему. И хочет, чтобы он был наказан за ее избиение.

На вопрос Врача где она планирует жить после выписки, Жанна ответила, что не знает куда идти. Возвращаться в арендованную квартиру она не планирует, т.к. там проживает Сергей. Пойти жить в дом бывшей свекрови, у которой проживает ее сын, она тоже не планирует.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Опишите алгоритм действий врача по отношению к выявленному случаю насилия.
2. Заполните сигнальный лист по данному случаю (Раздаточный материал: Сигнальный лист)
3. Обсудите возможное перенаправление пациентки Жанны

**Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОТПРАВИТЕЛЬ:** | | | | | | | | | | | | | | |
| Медицинская организация: | | | | Местность: | | | | Дата и время отправления: | | | Nr. Отправления / сигнального листа: | | | |
| **ПОЛУЧАТЕЛЬ:** Социальный работник организации первичной медико-санитарной помощи | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя, фамилия | | | | | | | | | | | | | | |
| **ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЖЕРТВЕ НАСИЛИЯ** | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя, фамилия | | | | | | | | Возраст | | | | Пол: □Ж  □M | | |
| Aдрес: | | | | | | Контактный телефон: | | Место нахождения ребенка в момент подачи сигнала: | | | | | | |
| **ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЕ (ЛЯХ) / ОПЕКУНЕ (АХ)** | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Родитель; □ Опекун | | Имя, фамилия | | | | | | | | | | | | |
| Aдрес: | | | | | | | | Контактный телефон: | | | | | | |
|  | **ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ / ПОДОЗРЕВАЕМОЙ СИТУАЦИИ НАСИЛИЯ** | | | | | | | | | | | | |  | |
| Дата, время | | Место происшествия: | | | | | | | | | | | | |
| Краткое описание наблюдаемой ситуации: | | | | | | | | | | | | | | |
| **ДАННЫЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ / ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАСИЛЬНИКЕ (АХ)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Отношение к предполагаемой жертве: □родитель □родственник  □работник / специалист □житель сообщества □другой ребенок □неизвестный | | | | | | | Доступ насильника к жертве: □постоянный  □частичный / ситуативный  □не имеет доступа | | | | | | | |
| **ТИП СЛУЧАЯ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **НАСИЛИЕ** | | | | | | | **ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ** | | | | | | | |
| □ физическое | | | | | | | □ воспитательное | | | | | | | |
| □ сексуальное | | | | | | | □ в обеспечении безопасности | | | | | | | |
| □ психологическое | | | | | | | □ в кормлении | | | | | | | |
| □ экономическое | | | | | | | □ в обеспечении гигиены | | | | | | | |
|  | | | | | | | □ в одевании | | | | | | | |
|  | | | | | | | □ | | | | | | | |
| **ИНДИКАТОРЫ / КРИТЕРИИ** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ФИЗИЧЕСКИЕ** | | | | | | | **ПСИХО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ** | | | | | | | |
| □ переломы | | | □ синяки | | | | □ страх взрослых | | | □ побеги из дома | | | | |
| □ ожоги | | | □ порезы | | | | □ тревожность | | | □ сексуализированн ое поведение | | | | |
| □ энурез | | | □ заболевания  передаваемые половым путем | | | | □ агрессия | | | □ попытки суицида | | | | |
| □ головная боль | | | □ травмы половых органов / ануса | | | | □ депрессия | | | □ отклоняющееся  / девиантное поведение | | | | |
| □ физическое недоразвитие | | | □ беременность | | | | □ неуспеваемость в школе | | | □ другие критерии | | | | |
| □ грязная одежда, несоотвествующая  времени года | | | | | □ другие критерии | | | |  | | | |  |
| □ | | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
| □ | | | | | □ | | | | □ | | | | □ |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Имя специалиста / работника, который заполнил сигнальный лист    Подпись Ф.И.О. | | | | | | | | | Имя социального работника, который получил и зарегистрировал сигнальный лист  №записи в журнале регистрации и учета сигналов о  случаях насилия или пренебрежения по отношению к ребенку  Подпись  /Ф.И.О./ | | | | |

**Форма перенаправления. Шаблон.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Поставщик услу/Организация | Услуга | адрес | Контакты  (имя, телефон, эмейл, программа) | Информация о доступности |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** индивидуальная работа, групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** *В случае групповой работы:*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. *В случае индивидуальной работы:* Самостоятельное решение клинической задачи

**Клинический случай 1. Эмили**

**словие:** Пациентка Эмилия была доставлена в приемный покой каретой скорой помощи. Эмилия была жестоко избита и изнасилована незнакомым мужчиной. Ей удалось убежать, и встретившие ее люди вызвали скорую помощь. Девушку доставили в ближайшую больницу.

При осмотре у девушки обнаружили многочисленные ссадины на теле, следы ушибов. Многие раны загрязнены.

Из медицинской карты и анамнеза. Аллергический анамнез спокоен. Эмилия не прививалась в детстве и по сей момент. Методов контрацепции не применяет. Половой акт был незащищенным.

Эмилия подписала информированное согласие.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Составьте план обследования Эмилии.

2. Составьте план лечения Эмилии.

3. Как врачи могут помочь полиции найти преступника?

4. Составьте план дальнейшего наблюдения и медицинских услуг по профилактики для Эмилии

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** индивидуальная работа, групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** *В случае групповой работы:*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. *В случае индивидуальной работы:* Самостоятельное решение клинической задачи

**Клинический случай 1. Эмили**

**Условие:** На приеме у терапевта Альбина 29 лет, проживает с пожилой мамой. Была в браке 4 года, но год назад развелась с Борисом 30 лет. Альбина является инвалидом по зрению (слабовидящая).

Она обратилась к участковому врачу с жалобами на головные боли, головокружения. Данные симптомы беспокоят ее 2 дня. Альбина также отмечает что уже давно ее беспокоят периодические боли в животе. Боли не связаны с приемом пищи, возникают внезапно, чаще после стресса и переживаний. Также Альбина признается, что очень плохо спит по ночам. Данные симптомы появились около 1 года назад. Связывает свои симптомы Альбина с нервным перенапряжением, т.к. после развода, супруг часто тревожит ее, звонит, угрожает и оскорбляет. Несколько раз он ожидал ее в подъезде, и даже толкал ее, она очень сильно испугалась. Два дня назад, она снова встретила Бориса, они поругались, он ее толкнул, она упала и сильно ударилась головой о ступеньку. Вчера она стала чувствовать головокружения.

Передвигается Альбина с помощью трости. На прием пришла самостоятельно. Признается, что только год назад начала самостоятельно передвигаться на большие расстояния (до магазина или до поликлиники). Раньше ее везде сопровождал бывший супруг, и не позволял ей выходить из дома одной.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Определите форму и вид насилия

2. Какие признаки насилия имелись в случае Альбины?

3. Какие последствия для здоровья Альбины возможны?

4. Определите принципы оказания помощи врачом Альбине?

5. Составьте план обследования

6. Опишите какую помощь мог бы оказать врач Альбине?

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** индивидуальная работа, групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** *В случае групповой работы:*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. *В случае индивидуальной работы:* Самостоятельное решение клинической задачи

**Клинический случай 1. Эмили**

**Условие:** Елена и Анатолий женаты 8 лет. У них есть общий ребенок. Анна вышла замуж сразу после окончания средней школы. В детстве Елена росла, наблюдая за скандалами между родителями, отец часто поднимал руку на маму елены. У Анатолия в семье также была неблагоприятная обстановка, он часто защищал мать от побоев отца. Со школьного возраста Анатолий увлекся алкогольными напитками, он не смог закончить среднюю школу, с тех пор зависимость от алкоголя усилилась. За 8 лет брака Анатолий неоднократно поднимал на жену руку, толкал ее и кидал в нее тяжелые предметы. Анатолий упрекал Елену тем, что ее работа престижнее, чем у него, и ее заработная плата выше, а он из-за отсутствия диплома вынужден работать на низкооплачиваемой работе. Анатолий часто обзывал Елену непристойными словами, унижал ее. В последнее время Анатолий стал запрещать Елене видеться и общаться с ее родными и подругами, стал контролировать ее денежные траты. Елена много раз хотела развестись, но ради детей она сохранила семью. Елена за последние два года стала чувствовать себя одиноко, стала часто плакать, ее стали посещать плохие мысли о смысле жизни и смерти.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие виды и формы насилия присутствуют в случае?

2. Опишите факторы риска подверженности насилию, которые есть у Елены?

3. Опишите факторы совершения насилия, которые есть у Анатолий?

Каковы последствия насилия для Елены?

**5. Практическое задание №5**

**Форма:** индивидуальная работа, групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** *В случае групповой работы:*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. *В случае индивидуальной работы:* Самостоятельное решение клинической задачи

**Клинический случай 1. Эмили**

**Условие:** На приеме у ВОП пациентка 28 лет, состоит в браке, проживает с супругом. При осмотре врачом выявлены следы повреждения, характерные для случаев физического насилия (ссадины, следы ушибов).

Врач не проясняет информацию о насилии, не выясняет природы телесных повреждений, не информирует о возможности обращения в органы полиции либо в кризисный центр за помощью.

**Вопросы для обсуждения:**

Опишите возможные правовые риски

**Ответ:**

Правовые риски (риски, имеющие юридические последствия):

1. Возможно имело место бытовое насилие (физическое насилие, побои, истязания), бытовое насилие может продолжиться, повлечь за собой более тяжкие последствия.

2. Возможно, что физическое насилие начинает распространяться по отношению ко всем членам семьи.

3. В случае бытового насилия права пострадавших не защищаются правоохранительными органами в связи с тем, что отсутствуют заявления о насилии.

4. Не зафиксированы побои, повреждения, наличие и фиксация которых может быть признана доказательствами по делу о нанесении телесных повреждений.

Что должен сделать врач:

• Идентифицировать личность, возраст пациентки;

• Получить информированное согласие на получение медицинской помощи.

• Врач после обнаружения признаков физического насилия должен их зафиксировать в медицинской документации.

• Опросить пациентку о насилии, кем совершено, в каких обстоятельствах.

• Разъяснить пациентке, что в отношении неё совершено противоправное деяние, что необходимо защищать себя от дальнейшего насилия, что существуют нормы законодательства, защищающие жертв насилия.

Так как жертва гендерного насилия является совершеннолетней, врач:

• об этом факте уведомляет руководство;

• направляет данные социальному работнику.

* врач всем жертвам гендерного насилия рекомендует обратиться в местный исполнительный орган за получением специальных социальных услуг.

**6. Практическое задание №6**

**Форма:** индивидуальная работа, групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** *В случае групповой работы:*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. *В случае индивидуальной работы:* Самостоятельное решение клинической задачи

**Клинический случай 1. Эмили**

**Условие.** Пациентка 50 лет, обратилась с жалобами на побои и сексуальное насилие со стороны полового партнера, являющегося ее сожителем. При осмотре имеются многочисленные следы ушибов, свежие ссадины на теле.

Врач советует не оглашать данные обстоятельства и не писать заявление в полицию, аргументируя тем, что в данной местности нет смысла обращаться в органы полиции, такие дела объективно не расследуются, пострадавшую не защитят должным образом, предлагает больше не иметь отношений с данным партнером и на этом все завершить.

Врач выписывает обезболивающие и противовоспалительные препараты и отпускает пациентку домой.

**Вопросы для обсуждения:**

1. Какие возможные правовые риски имеются в данном случае?
2. Что должен был сделать врач?

**Ответ:**

1. Бытовое насилие (физическое насилие-побои, истязания) не фиксируется, продолжается, влечет за собой более тяжкие последствия.

2. Физическое и сексуальное насилие носит систематический характер.

3. Права пострадавших не защищаются правоохранительными органами в связи с тем, что отсутствуют заявления о насилии.

4. Не зафиксированы побои, повреждения, наличие и фиксация которых может быть признана доказательствами по делу о нанесении телесных повреждений.

5. Нарушение законодательства (в случае выявлении насилия необходимо сообщить в органы полиции).

6. Правовое информирование не было проведено, пациентку ввели в заблуждение относительно норм закона.

Что должен сделать врач:

• Идентифицировать личность, возраст пациентки;

• Получить информированное согласие на получение медицинской помощи.

• Врач после обнаружения признаков физического насилия должен их зафиксировать в медицинской документации.

• Опросить пациентку о насилии, кем совершено, в каких обстоятельствах.

• Разъяснить пациентке, что в отношении неё совершено противоправное деяние, что необходимо защищать себя от дальнейшего насилия, что существуют нормы законодательства, защищающие жертв насилия.

Так как жертва гендерного насилия является совершеннолетней, врач:

• об этом факте уведомляет руководство;

• направляет данные социальному работнику.

* врач всем жертвам гендерного насилия рекомендует обратиться в местный исполнительный орган за получением специальных социальных услуг.

**7. Практическое задание №7**

**Форма:** индивидуальная работа, групповая работа

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** *В случае групповой работы:*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. *В случае индивидуальной работы:* Самостоятельное решение клинической задачи

**Клинический случай 1. Эмили**

**Условие.** К участковому врачу обратился мужчина, с просьбой дать информацию по пациентке врача, а именно данные - не страдает ли пациентка психическими заболеваниями, обосновывая тем, что находится с ней в близких отношениях, и у него есть сомнения о ее психическом здоровье.

**Вопросы для обсуждения:**

Опишите верную тактику врача

**Ответ:**

Врач не имеет права разглашать подобные данные о пациенте посторонним людям. Данный случай не подходит под случай, когда врач имеет право на разглашение медицинской тайны в соответствии с Уголовным кодексом РК.

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

**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 практического задания. На обсуждение выделяется по 5-7 мин. Каждая группа презентует результаты обсуждения по 3-5 мин.

Участники должны:

1. Ознакомиться с раздаточным материалом Пример из Таджикистана. Также ознакомьтесь с примером из Казахстана по созданию ССПС.
2. Обсудите на сколько данные действия эффективны на ваш взгляд, какие плюсы и минусы возможны при каждом варианте.

**Раздаточный материал: Пример из Таджикистана:**

В 2012 году Министерство здравоохранения Таджикистана в сотрудничестве с ЮНФПА создало комнаты поддержки пострадавших от насилия в качестве временного пристанища для женщин, пострадавших от ГН. На сегодня такие комнаты созданы при восьми больницах и роддомах в городах Душанбе, Рашт, Вахдат, Курган-Тюбе, Куляб, Куянд и Кайраккум. Этот шаг был необходим, учитывая недостаток приютов в стране. Хотя здесь и существует несколько приютов, созданных НПО, из-за отсутствия финансирования их услуги доступны не всегда.

В каждом таком учреждении здравоохранения была создана одна «комната поддержки для пострадавших от насилия», где могут временно проживать женщины и девочки старше 14 лет, подвергшиеся ГН, а также их дети. Пострадавших направляют в такие комнаты медицинские работники, сотрудники правоохранительных органов и НПО. Прием в комнаты поддержки пострадавших от насилия производится добровольно при информированном согласии женщин. Пострадавшие могут жить в таких комнатах до 5 дней, хотя вопрос длительности пребывания решается гибко. В комнатах имеется мебель, в том числе, детские кроватки, плита, столовые приборы и посуда, постельное белье, полотенца, санитарно-гигиенические товары и подгузники для детей. Во время пребывания в этой комнате пострадавшим предоставляется медицинская и психологическая помощь, прием у психолога можно запланировать на вечер. А также они могут пользоваться информационными и прочими услугами, имеющимися в их городе или районе. Работа комнат поддержки пострадавших от насилия строится в соответствии со стандартными правилами, которые предусматривают, например, предоставление бесплатного или доступного по цене медицинского обслуживания, информирование пострадавших о других услугах или направление к другим специалистам, а также применение определенных протоколов или руководств по таким направлениям как выявление случаев насилия, экстренная контрацепция и профилактика/лечение ИППП. Безопасность комнат обеспечивается благодаря тому, что у всех врачей и медсестер есть мобильные телефоны и в случае возникновения неожиданной ситуации они могут позвонить в местное отделение милиции.

Дополнительное преимущество создания такой услуги при больницах состоит в том, что учтен местный культурный контекст: Женщины, не ночевавшие дома, (например, в приюте) могут столкнуться с непониманием своей семьи или соседей, а ночевка в больнице не вызовет подозрения. Кроме этого, врачи находятся в выгодном положении, поскольку могут узнать, сталкиваются ли пациентки с теми же проблемами после возвращения домой. Сделать это они могут во время последующих приемов, которые назначают для отслеживания ситуации.

По состоянию на май 2014 года услугами временного пребывания в комнатах поддержки воспользовались около 50 женщин. Такой вид услуг – новшество для Таджикистана, а поэтому его необходимо рекламировать среди женщин и девочек.

Эта работа реализована в рамках более широкой инициативы по укреплению существующего механизма направления пострадавших от ГН в Таджикистане для получения необходимых услуг. Это в том числе проводившееся ЮНФПА совместное обучение сотрудников учреждений здравоохранения, работающих в комнатах поддержки, и правоохранительных органов в тех городах, где работают такие комнаты. После тренингов участники стали распространителями опыта, проводя обучение среди своих коллег. Планируется, что Министерство здравоохранения будет создавать комнаты поддержки жертв насилия в других районах.

**Раздаточный материал: Создание ССПС в Казахстане**

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 Местных исполнительных органов, НПО.

Также предусмотрена должность ССПС координатора межсекторального реагирования гендерного насилия. Регулярно проводятся совещания и круглые столы с участниками межведомственного взаимодействия.

За время своей работы ССПС добились успехов:

* Завоевания доверия населения.
* Соблюдение конфиденциальности.
* Оказание комплексной качественной помощи.
* Слаженная работа с участниками межведомственного взаимодействия.
* Обращаемость возросла с 2017 год – 67 человек, а в 2021 год – 886 человек.

**2. Практическое задание №2**

**Форма:** ролевая игра

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** Перед началом ролевой игры представьте ситуацию (Динара обращается за медицинской помощью в медицинский центр в своем городе) и пригласите участников к открытому обсуждению.

Распределите роли.

В ролевой игре участвуют два персонажа Динара (пострадавшая от гендерного насилия, обратившаяся за помощью), врач, работающий в медицинском центре, остальные участники - наблюдатели.

Участник, играющий Динару знакомится с ситуацией

Задача врача - определить факторы риска и разработать минимальный план безопасности, осуществить перенаправление пациента

Наблюдатели будут следить за тем, как общаются между собой Динара с врачом и должны определить, что было сделано правильно, а что следует добавить или улучшить.

Разыграйте сценарий. Двое участников должны использовать свое воображение, чтобы поместить себя в сознание персонажей, которых они будут представлять. Это включает в себя попытку понять их перспективы, цели, мотивы и чувства, когда они попадают в ситуацию.Максимальная продолжительность разговора между врачом и пациентом: 15 минут.

Подведение итогов ролевой игры и предоставление обратной связи

**Клинический случай №1 «Динара»**

**Условие.** Динара обратилась за медицинской помощью в медицинский центр в своем городе из-за хронических болей в желудке и проблем со сном. Врач отмечает несколько синяков на ее руках и шее. Динара сообщает, что муж неоднократно избивал ее, а иногда и детей.

Несколько раз он принуждал ее к половому акту. Он также словесно оскорбляет ее и угрожает убить, если она уйдет от него. Динара хочет уйти, но боится, что он сделает, если она уйдет от него. Вместе с мужем и детьми она живет у своих свёкров. От родителей мужа она не ждет помощи - они регулярно оскорбляют ее и обвиняют в жестоком поведении мужа.

Динара спрашивает врача, что она может сделать для своей безопасности

**Вопросы для осуждения:**

Вопросы для участника в роли лица, пострадавшего от насилия:

1. Как вы чувствовали себя в своей роли?
2. Было ли поведение врача/медсестры конструктивным?
3. Что врач/медсестра могли бы сделать по-другому?

Вопросы для участника в роли медицинского работника:

1. Как вы чувствовали себя в своей роли?
2. Что вам удалось хорошо?
3. Что было для вас самым сложным?
4. Что бы вы могли сделать иначе?
5. Что вам нужно предпринять в своей рабочей практике, чтобы оказать поддержку пациентам в планировании безопасности?

Попросите наблюдателя поделиться своими отзывами и наблюдениями, затем откройте обсуждение для группы. Предложите всем участникам поделиться своими мыслями, рассказать о том, что они наблюдали и чему научились.

**3. Практическое задание №3**

**Форма:** ролевая игра

**Инструмент:** клинический сценарий

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

**Задание практического задания:** Разделите участников на пары. Двум участникам в каждой паре будет поручено сыграть роли Лизы и медицинского работника. Попросите пары разыграть роли, прочитав материал "Применение мотивирующего интервьюирования при общении с пациентами", который представляет собой диалог между Лизой и ее врачом (акушеркой/гинекологом/ВОП) (30 минут).

Участники, играющие роль Лизы, должны выделить моменты успешной практики, продемонстрированные медицинскими работниками, учитывая используемый язык, то, как медицинские работники задавали вопросы и как они вели и направляли беседу (20 мин).

**Мотивирующее интервью**

Медицинский работник: Здравствуйте, Лиза. Спасибо, что вы пришли на консультацию. Как вы чувствуете себя сегодня?

Лиза: Здравствуйте! Я чувствую себя нормально.

Медицинский работник: Это хорошо! Ну, кажется у вас дела идут неплохо. Лиза: Да, спасибо.

Медицинский работник: Очень важно, чтобы все пациенты, обращающиеся к нам за услугами, имели возможность поговорить о своем опыте домашнего насилия, потому что это широко распространенная проблема и ситуация может ухудшиться с наступлением беременности. Вы не против, если мы с вами обсудим этот вопрос? Мы соблюдаем конфиденциальность и то, что вы когда-либо скажете, не будет передано никуда за исключением случаев, если вы решите рассказать о ребенке, который подвергается насилию, или есть угроза чьей-то жизни.

Лиза: Да, хорошо.

Медицинский работник: Можете ли вы рассказать о ваших страхах или о насилие, которое вы переживаете со стороны близких людей?

Лиза: Ну, я думаю, что Марк испытывал сильное напряжение на работе в последнее время, но последнее время стало в целом тяжелее.

Медицинский работник: Звучит так, как будто и вы испытываете напряжение тоже. Как он ведет себя дома?

Лиза: Ну, мы уже разобрались. После того как родилась Соня, Марк стал более агрессивным, и ударил меня несколько раз. Но ничего подобного не случалось уже почти год, так что я честно думала, что он уже не будет так поступать. Но на прошлой неделе он пришел в бешенство от того, что я провела весь день с подругой и не успела приготовить ужин. Он ударил меня в живот. Я очень испугалась.

Медицинский работник: На прошлой неделе вам пришлось очень нелегко. Такое невозможно было предугадать, ведь почти год все было в порядке. Он застал вас врасплох, и это пугает. Можете рассказать, что произошло дальше?

Лиза: Он ушел и я задумалась, стоит ли мне вернуться домой, или остаться у мамы. Но все равно мне пришлось бы ехать за Соней, и я боялась того, что он может сделать. Но я не стала оставаться и когда он вернулся, он очень извинялся. Он стал вести себя гораздо лучше, как будто по-настоящему изменился. Ничего плохого с тех пор не происходило, поэтому я оставила все как есть.

Медицинский работник: Хотя вы и не считаете такое поведение нормальным с его стороны, потому что знаете, что это опасно для вас и Сони, вы решили не оставлять его. Тот факт, что он раскаялся, заставил вас искать ему оправдание и оставить все как есть. Что вы чувствуете сейчас по этому поводу?

Лиза: Ну, я просто сбита с толку. Я продолжала делать вид, что этого не было, но теперь я пытаюсь понять, что я делаю не так, чем могу спровоцировать его?

Медицинский работник: Вы спрашиваете себя, в чем вы виноваты, но на самом деле это совсем не ваша вина. Никто не заслуживает избиений, и никто не должен жить в страхе.

Лиза: Но я действительно люблю его, и раньше мы очень хорошо ладили. Я так хочу, чтобы и сейчас все было также.

Медицинский работник: У вас сильный внутренний конфликт. С одной стороны, вы испытываете страх и порой хотите уйти, но, с другой стороны. Вы хотите остаться, чтобы все снова стало как прежде.

Лиза: Я спрашиваю себя, может ли вообще все стать как прежде?

Медицинский работник: Да, вы действительно сделали бы все, чтобы вернуть все как прежде, но вы знаете, что смириться с таким поведением – это не вариант в долгосрочной перспективе. Что бы вы хотели сделать в этой ситуации?

Лиза: (Тишина)

Медицинский работник: Хотите ли вы, чтобы я дал/а вам информацию о том, какая помощь вам доступна?

Лиза: Да, хочу. Наверное, да.

Медицинский работник: Ну что ж, иногда бывает полезно поговорить о ваших чувствах, у нас есть консультант, который может провести больше времени с вами. Консультации могут помочь вам разобраться со своими чувствами и получить поддержку в любом решении, которое вы примете. И если ваш муж снова станет проявлять насилие, есть несколько вариантов действий. Вы всегда можете позвонить в полицию, чтобы они оказали вам помощь, потому что бить вас – это нарушение закона.

Лиза: Не думаю, что когда-нибудь смогу поступить так с ним.

Медицинский работник: Это сложное решение, и я надеюсь, что вам никогда не придется столкнуться с необходимостью принять его. Если вы все еще интересуетесь другими услугами поддержки, есть также местный специалист службы по борьбе с домашним насилием, с которым можно поговорить по телефону в любое время, я дам вам контакты горячей линии. Или, если вам когда-нибудь придется уйти из дома в спешке, вам понадобится приют. Вы можете связаться с ними, даже если вы не планируете сразу уходить из дома, но просто быть с ними на связи для поддержки. Вот некоторые номера телефонов на буклете. Безопасно ли для вас взять с собой буклет, или вам будет лучше просто записать эти номера?

Лиза: Я лучше запишу эти номера себе, не хочу чтобы Марк знал, что я говорила об этом с кем-то.

Медицинский работник: Может будет удобнее записать эти номера в быстром наборе. Иногда бывает полезно, когда все под рукой, на случай, если придется торопиться. Например, можно приготовить важные документы, лекарства, игрушки Сони и т.д.

Лиза: Да, кажется это хорошая идея.

Медицинский работник: Лиза, можем ли мы еще немного поговорить о Сони? Лиза: Да, хорошо.

Медицинский работник: Как вы думаете, есть ли какой-то риск, что она может пострадать от действий Марка? Видела ли она как он бьет вас?

Лиза: Нет, к счастью, ее не было рядом, и она не видела, что произошло. Я уверена, что он не причинит ей вред. Вы знаете, может мне и правда нужно встретиться с консультантом, потому что я сама не могу поверить, что это происходит со мной.

Медицинский работник: Вы знаете, что даже если ребенок не находится в той же комнате, где происходит насилие, это все равно может повлиять на них. Поэтому в следующий раз я снова спрошу у вас об этом. Вам удобно будет назначить следующую встречу по телефону? Лиза, можно я запишу то, что вы мне сказали, в вашей карте?

Лиза: Я не хочу, чтобы кто-то еще знал об этом. Мне ужасно стыдно. Я не хочу, чтобы вы что- то записывали.

Медицинский работник: Вы не хотите, чтобы люди знали об этом, но это может быть очень важно для вас в будущем, чтобы эти записи сохранились. Особенно если вы решите обратиться в правоохранительные органы или подать заявку на предоставление жилья. Ваши данные будут конфиденциально храниться только в нашем отделе.

Лиза: О, ну теперь я понимаю. Что ж, я думаю... если вы уверены, что никто не узнает и это может быть полезно для меня, тогда, наверное, стоит сделать записи.

Медицинский работник: Это происходит со многими женщинами и это не их вина. Самое главное, чтобы вы могли получить необходимую поддержку. Если вам понадобится помощь, вы можете позвонить мне или прийти в любое время.

**4. Практическое задание №4**

**Форма:** групповая игра

**Инструмент:** концептуальная карта

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

**Задание практического задания:**

Цель упражнения - привлечь участников к формированию и признанию их собственного понимания того, что представляет собой межведомственная группа реагирования.

Разделите участников на небольшие группы по 3-5 человек. Каждая группа получит копию примера концептуальной карты и чистый лист бумаги, на котором участники изложат свое видение того, кто является членами межведомственной группы реагирования и как они связаны между собой.

Правила для участников:

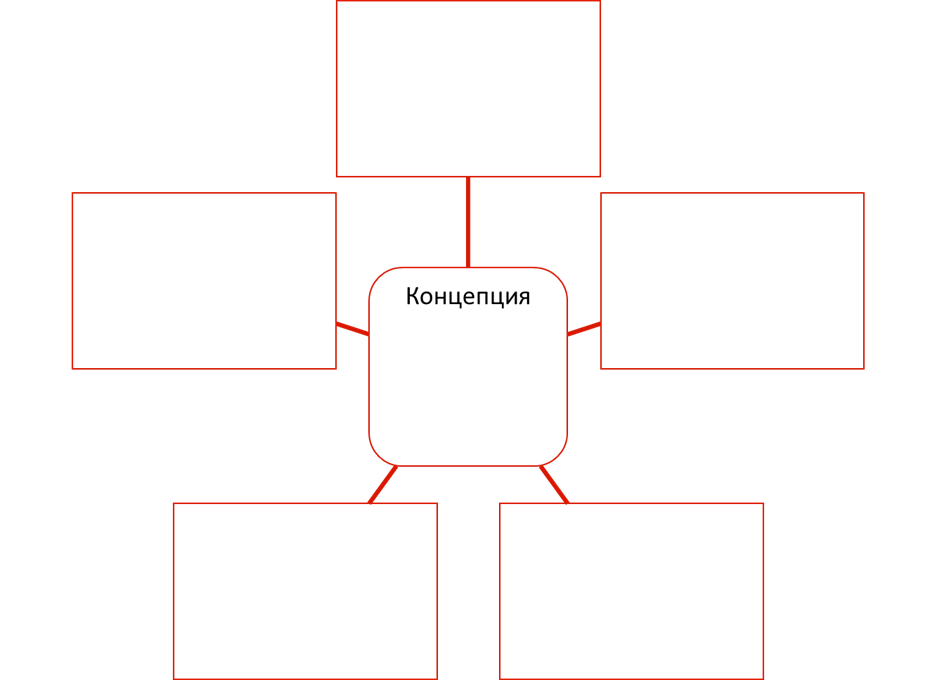
В центре укажите тему сессии (межведомственное взаимодействие и реагирование).

Нарисуйте ветви, направленные от центра. Каждая ветвь символизирует одну мысль или идею, связанную с темой, которая является межведомственным взаимодействием и реагированием. Используйте значимые ключевые слова, чтобы записать эти идеи на ветвях. Можно сосредоточиться на структуре межведомственного реагирования или на составе участников.

От каждой ветви могут ответвляться другие идеи. Количество иерархических уровней в карте не ограничено.

Отобразите задание на экране или флипчарте в течение всего времени выполнения упражнения, чтобы оно было видно всем группам.

После того как концептуальные карты будут нарисованы, каждая группа представляет свою карту.



**Составление индивидуального плана семьи**

**(мероприятия, сроки исполнения):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Организация: | | | | № участка ПМСП, Ф. И. О. среднего медицинского работника | | | | | ФИОсоциального работника,  работающего с семьей | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
| Дата начала реализации  Плана: | | Дата завершения реализации  Плана: | | Адрес проживания семьи: | | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | |
| Личные данные: | | | | | | | | | | | |
| Имя | | Фамилия | | Дата рождения (или ожидаемая дата рождения) | | Пол | | | | | |
|  | |  | |  | | Ж | | | M | | |
|  | |  | |  | | Ж | | | M | | |
| Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи и т.д.): | | | | | | | | | | | |
| Ф. И. О. (при его наличии) | | | | Кем приходится ребенку | | | | Контактные данные: | | | |
| 1 | | | |  | | | |  | | | |
| 2 | | | |  | | | |  | | | |
| 3 | | | |  | | | |  | | | |
| Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб и другие, вовлеченные в процесс планирования развития семьи: | | | | | | | | | | | |
| Ф. И. О (при его наличии) | | | | Организация | | | | Контактные данные: | | | |
| 1 | | | |  | | | |  | | | |
| 2 | | | |  | | | |  | | | |
| № | Цель: действия, мероприятия | | Ответственные лица/Организация | | Сроки | | | | | Отметка о выполнении | |
| 1 | Включите примеры | |  | | /  число/месяц/год | | | | | * Исполнено * Не   исполнено | |
| 2 |  | |  | | / /  число/месяц/ год | | | | | * Исполнено * Не   исполнено | |
| Ф. И. О. (жертвы насилия) | | | | | | | Подпись | | | | Дата |
| Ф. И. О.среднего медицинского работника | | | | | | | Подпись | | | | Дата |
| Ф. И. О. ВОП | | | | | | | Подпись | | | | Дата |
| Ф. И. О. социального работника | | | | | | | Подпись | | | | Дата |

## **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