

ТРЕНИНГОВЫЙ МОДУЛЬ:

**СЕКСУАЛЬНОЕ И
РЕПРОДУКТИВНОЕ
ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И
МУЖЧИН УПОТРЕБЛЯЮЩИХ
НАРКОТИКИ И/ИЛИ
ВОВЛЕЧЕННЫХ В
КОММЕРЧЕСКИЙ СЕКС**



Альянс

Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

Киев-2015

УДК 612.6-055.1-055.2-056.83(477)(083.13)
ББК 28.707(4Укр)+51.1(4Укр)5
Т66

Авторы:
Людмила Шульга, Оксана Матияш, Юлия Юдина, Светлана Гайдук
Дизайн: Елена Плеханова



Публикация подготовлена и опубликована в рамках программы «Построение устойчивой системы предоставления комплексных услуг по профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке для групп риска и ЛЖВ в Украине», при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

The views described herein are the views of this institution, and do not represent the views or opinions of The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria, nor is there any approval or authorization of this material, express or implied, by The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis & Malaria.

Т66 **Тренинговый** модуль: сексуальное и репродуктивное здоровье женщин и мужчин употребляющих наркотики и/или вовлеченных в коммерческий секс/ Людмила Шульга, Оксана Матияш, Юлия Юдина, Светлана Гайдук: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, К.: ООО «Агентство Украина», 2015 г. - 68 с.

ISBN 978-966-137-040-0

УДК 612.6-055.1-055.2-056.83(477)(083.13)
ББК 28.707(4Укр)+51.1(4Укр)5

Тираж:
Распространяется бесплатно.

ISBN 978-966-137-040-0

© Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2015



ПРЕДИСЛОВИЕ

В условиях роста уровня распространения ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем, а также эскалации таких негативных явлений в обществе как насилие, подростковая беременность и аборты, становится особо актуальным вопрос просвещения населения в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.

Работа с молодыми представителями групп населения, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции, является ключевым условием укрепления репродуктивного и сексуального здоровья. Также такая деятельность является одним из основных направлений в профилактике ВИЧ-инфекции в обществе.

Понимание важности сексуальности человека, ее влияния на репродуктивные функции организма позволяет развить позитивное и ответственное отношение к здоровью – как к своему, так и партнера.

Цель данного тренингового пособия – предоставление методической помощи тренерам и менеджерам проектов, работающим в сфере профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, для обучения сотрудников разработке стратегий и программ по сохранению сексуального и репродуктивного здоровья и соответствующему консультированию потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и работников коммерческого секса (РКС).

Для разработки данного пособия были использованы материалы лучших международных практик из сферы медицинской и социальной помощи, а также результаты исследований, проведенных в Украине среди ПИН, РКС и подростков, практикующих рискованное поведение.

Пособие направлено на содействие распространению целостного сексуального образования среди клиентов программ снижения вреда с учетом возрастных особенностей молодых ПИН и РКС.

Данное тренинговое пособие можно использовать и как цельный инструмент, и как отдельные сессии для повышения квалификации социальных работников и/или психологов по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. Отдельно сформированы задания для работы с молодыми представителями групп риска.



ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ АББРЕВИАТУРЫ:

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ЗПТ – заместительная поддерживающая терапия

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

ПАВ – поверхностно-активные вещества

ПИН – потребители инъекционных наркотиков

РКС – работники/цы коммерческого секса

СД – сексуальные дисфункции

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита (человека)

СРЗ – сексуальное и репродуктивное здоровье

ЦЕЛЬ ТРЕНИНГА:

обучение социальных работников и психологов общественных организаций вопросам сексуального и репродуктивного здоровья мужчин и женщин для повышения качества услуг, предоставляемых клиентам проектов снижения вреда.

ЗАДАЧИ ТРЕНИНГА:

- Изучить основы сексуального и репродуктивного здоровья.
- Изучить особенности сексуального и репродуктивного здоровья представителей уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения.
- Изучить факторы, влияющие на выражение сексуальности.
- Изучить сексуальные и репродуктивные права мужчин и женщин.
- Сформировать навыки консультирования представителей уязвимых групп по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.
- Рассмотреть основные принципы организации работы по сохранению сексуального и репродуктивного здоровья среди уязвимых групп.

НЕОБХОДИМОЕ ОБОРУДОВАНИЕ И МАТЕРИАЛЫ:

флипчарт, бумага для флипчарта (2 блокнота), ноутбук с колонками, мультимедийный проектор, листы формата А4, ножницы, клей-карандаш, бумажный скотч, скрепки, цветные стикеры, маркеры (4 набора по 4 шт.), анатомическая модель мужская и женская, презервативы (мужские и женские).

СХЕМА ТРЕНИНГА

СЕССИЯ	ТЕМА	ВРЕМЯ
1.	Знакомство участников. Представление программы тренинга.	1 час 30 мин
2.	Общие понятия: «здоровье», «репродуктивное здоровье», «сексуальное здоровье», «пол», «гендер», «сексуальность».	1 час 30 мин
3.	Сексуальные и репродуктивные права мужчин и женщин	1 час 30 мин
4.	Репродуктивная система мужчин и женщин (анатомия, физиология).	1 час 30 мин
5.	Особенности подросткового возраста. Специфика рисков передачи ВИЧ-инфекции среди молодых людей, вовлеченных в коммерческий секс и/или употребление наркотиков.	1 час 30 мин
6.	Методы контрацепции. Беременность. Беременность и наркотики.	2 часа
7.	Риски и уязвимости потребителей инъекционных наркотиков и женщин, вовлеченных в коммерческий секс, в отношении СРЗ.	1 час 30 мин
8.	Отличия подростков РКС/ПИН от этой же категории взрослых.	1 час 30 мин
9.	Распространенные сексуальные дисфункции. Влияние употребления наркотиков на сексуальное здоровье	1 час
10.	Консультирование. Алгоритмы, принципы консультирования.	2 часа
11.	Подготовка моделей консультаций и информационных занятий для ПИН/РКС по вопросам сохранения СРЗ.	3 часа 30 мин

СЕССИЯ 1.

ЗНАКОМСТВО УЧАСТНИКОВ. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ ТРЕНИНГА.

ЦЕЛЬ: предоставление возможности участникам и тренерам познакомиться и создать комфортную психологическую атмосферу, определить круг вопросов, намеченных задач, сформировать правила работы, обсудить организационные вопросы.

ВРЕМЯ: 1 час 30 минут

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. ПРИВЕТСТВИЕ УЧАСТНИКОВ.

Материалы: плакат с целями и задачами тренинга

Тренер приветствует участников тренинга, коротко знакомит их с темой и представляет цели и задачи тренинга.

Цели и задачи тренинга:

- Изучить основы сексуального и репродуктивного здоровья.
- Изучить особенности сексуального и репродуктивного представителей уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения.
- Изучить факторы, влияющие на выражение сексуальности.
- Изучить сексуальные и репродуктивные права мужчин и женщин.
- Сформировать навыки консультирования представителей уязвимых групп по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья.
- Рассмотреть основные принципы организации работы по сохранению сексуального и репродуктивного здоровья среди уязвимых групп.

2. ЗНАКОМСТВО УЧАСТНИКОВ.

Тренер объединяет участников в пары и предлагает им взять друг у друга интервью, используя следующие вопросы:

- Имя, город, организация, должность.
- Опыт работы в проектах снижения вреда.
- Яркая отличительная черта.

Далее участники презентуют друг друга группе. После этого тренеры объединяют участников в четыре команды и предлагают им ответить по следующим темам:

- Вместе нам ... лет.
- Из первых букв наших имен получается слово ...
- В этом месяце мы все видели фильм ...
- Вместе у нас ... домашних животных, среди них ...
- Мы все любим ...

На следующем этапе команды получают задание сформулировать ответы по темам:

- Мы сегодня здесь, потому что ...
- Нас интересуют такие проблемы в обществе как ...
- Мы можем повлиять на происходящее в обществе, потому что мы...
- Мы желаем сегодня всем присутствующим ...

3. ПОДГОТОВКА ПРАВИЛ РАБОТЫ ГРУППЫ.

Материалы: плакат с правилами.

Тренер вывешивает плакат, на котором в виде рисунков изображены основные правила тренинга: пунктуальность, режим виброзвонков для мобильных телефонов, правило поднятой руки, право тренера на «стоп» и т.д. Участники дополняют правила.

4. ВЫЯСНЕНИЕ ОЖИДАНИЯ УЧАСТНИКОВ.

Материалы: цветные стикеры, плакат «Дерево ожиданий».

Тренер предлагает участникам записать свои ожидания на цветных стикерах, разместить их на «Дереве ожиданий» и озвучить группе. После того, как все участники разместят свои ожидания, тренер комментирует, какие из них будут удовлетворены, а какие нет (если есть такая необходимость).

5. ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ ТРЕНИНГА

Материалы: плакат с программой тренинга.

Программу тренинга рекомендуется разместить на плакате на видном месте, чтобы она всегда была перед глазами участников.



СЕССИЯ 2.

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ: «ЗДОРОВЬЕ», «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ», «СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ», «ПОЛ», «ГЕНДЕР», «СЕКСУАЛЬНОСТЬ».

ЦЕЛЬ: обзор целостной структуры здоровья.

ВРЕМЯ: 1 час 30 мин

Материалы: раздаточный материал № 1, скрепки (по одной для каждого участника).

1. МОЗГОВОЙ ШТУРМ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Тренер предлагает участникам дать определения терминам:

- пол и гендер;
- сексуальное здоровье и репродуктивное здоровье;
- сексуальность и сексуальная ориентация;
- стереотип.

При необходимости тренер вносит корректировки в определения участников, используя нижеприведенный материал.

ПОЛ

Понятие «**пол**» подразумевает биологические характеристики (анатомические, физиологические и генетические), определяющие нашу принадлежность к числу мужчин или женщин. (Тренер может также воспользоваться более развернутым определением¹).

Для демонстрации на листе флипчарта схематически изображены раздетые мужчина и женщина. Тренер предлагает участникам назвать вторичные половые признаки и записывает из на рисунке.

ГЕНДЕР

Понятие «гендер» соответствует определению самим человеком или обществом мужских или женских характеристик. Гендерные роли — это социально и культурно обозначенные отношения, формы поведения, ожидания и обязанности мужчин и женщин. Гендерная принадлежность — это личное убеждение каждого из нас относительно принадлежности к мужскому или женскому полу; она определяет степень, в которой каждый человек считает себя мужчиной, женщиной или неким сочетанием того и другого. (Тренер может также воспользоваться более развернутым определением по ссылке²).

Для демонстрации тренер «надевает» одежды на схематически нарисованных мужчину и женщину на флипчарте и акцентирует внимание на том, что пол и гендер не равны между собой.

Зачастую на поведение людей в т.ч. в отношении репродуктивного и сексуального здоровья влияют стереотипы.

¹ http://www.psychologist.ru/dictionary_of_terms/index.htm?id=1672

² <http://vocabulary.ru/dictionary/894/word/gender>

СТЕРЕОТИП

Стереотип – это широко распространенное, фиксированное и упрощенное представление или идея о том, что представляет собой определенный человек или явление. (Тренер может также воспользоваться более развернутым определением по ссылке³).

Если группа недостаточно хорошо подготовлена в этом вопросе, тренер раздает участникам карточки с напечатанными распространенными стереотипами и просит ответить на вопрос, как данный стереотип влияет на сохранение репродуктивного и сексуального здоровья человека.

Примеры карточек:

- перед сексуальным контактом презерватив должен иметь в наличии мужчина, а не женщина;
- женщина не может предложить постоянному партнеру использовать презерватив, поскольку это признак того, что она ему неверна;
- бьет – значит любит;
- с постоянным половым партнером предохраняться не обязательно.

СЕКСУАЛЬНОСТЬ

Под сексуальностью понимается выражение принадлежности к мужскому или женскому полу, испытываемое человеком. К сексуальности относятся физические и биологические аспекты жизни (например, менструации, поллюции, беременность или сексуальные контакты), а также эмоциональные аспекты (например, привязанность к другому человеку, сексуальная ориентация), и социальные аспекты (например, поведение, соответствующее ожиданиям окружающих относительно норм поведения мужчин и женщин; сюда относятся также гендерные роли.

Сексуальность:

- включает в себя и разум, и тело;
- определяется нашими ценностями, отношениями, поведением, физическим внешним видом, убеждениями, эмоциями, личностью, предпочтениями и воспитанием в обществе;
- определяется социальными нормами, культурой и религией;
- включает в себя получение сексуального удовольствия самим человеком и его партнером, а также обеспечивает возможность продолжения рода;
- проявляется на протяжении всей жизни.

(Дополнительную информацию тренер может найти по ссылке: <http://vocabulary.ru/dictionary/3/word/seksualnost-cheloveka>)

² <http://vocabulary.ru/dictionary/894/word/gender>

³ <http://vocabulary.ru/dictionary/487/word/stereotip>



СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Гетеросексуальность — это эротическое или романтическое влечение к представителям противоположного пола. Гомосексуальность — это эротическое или романтическое влечение к представителям того же пола. Бисексуальность — это эротическое или романтическое влечение к представителям обоих полов⁴.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или нарушений во всех областях, относящихся к репродуктивной системе, ее функциям и процессам. Следовательно, репродуктивное здоровье подразумевает возможность ведения приносящей удовлетворение и безопасной половой жизни, а также возможность рождения детей и свободу в принятии выбора относительно рождения детей, времени и периодичности их появления на свет. Это последнее условие подразумевает право мужчин и женщин получать информацию о применении безопасных, эффективных, доступных в финансовом отношении и приемлемых методов планирования семьи, выбранных ими, и их доступность ... а также право доступа к соответствующим медицинским услугам, позволяющим женщинам безопасно пройти через период беременности и деторождения и дающим (семейным) парам оптимальные шансы на рождение здорового ребенка. В соответствии с приведенным выше определением понятия «репродуктивное здоровье» медицинская помощь по вопросам репродуктивного здоровья определяется как совокупность методов, способов и услуг, направленных на поддержание репродуктивного здоровья и благополучия путем предотвращения и решения проблем в области репродуктивного здоровья (согласно определению, принятому на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития в г. Каире (Египет) в 1994 г.: см. www.unfpa.org/icpd/summary.htm#chapter 7).

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Понятие «сексуальное здоровье» включает в себя аспекты сексуальности, не обязательно связанные с репродуктивными функциями (продолжением рода). При этом признается тот факт, что люди могут заниматься сексом ради удовольствия, а не только с целью рождения детей, и, что в связи с подобной сексуальной активностью у людей имеются определенные потребности, связанные с поддержанием здоровья.

Согласно определению Международной коалиции женского здоровья (МКЖЗ), понятие «сексуальное здоровье» подразумевает наличие ответственной, приносящей удовлетворение и безопасной сексуальной жизни. Для достижения сексуального здоровья необходимы позитивный подход к человеческой сексуальности и взаимное уважение между партнерами. Признавая сексуальное здоровье (и сексуальные права), системы здравоохранения и образования могут помочь в профилактике и лечении последствий сексуального насилия, принуждения и дискриминации, тем самым способствуя возможности получения всеми людьми удовольствия от здоровой сексуальности и признавая ее частью общего благополучия. (см.: IWHC. 2001. Sexual health. New York. www.iwhc.org/docUploads/FWCW%5FSexHealthfactsheet.PDF).

⁴ <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/seksualnaja-orientacija>

МКЖЗ описывает основные элементы сексуального здоровья следующим образом:

- сексуальная жизнь при отсутствии заболеваний, травм, насилия, инвалидности, неоправданной боли или риска смерти;
- сексуальная жизнь, свободная от страха, стыда, чувства вины и ложных представлений о сексуальности;
- возможность получать удовольствие от собственной сексуальности и контролировать рождение детей.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Определения «сексуальное здоровье» и «репродуктивное здоровье» пересекаются между собой. Во избежание путаницы и с целью обеспечения более полного охвата всех сфер, многие медицинские работники и лица, занимающиеся планированием семьи и разработкой политики, в настоящее время используют термин «сексуальное и репродуктивное здоровье», включающий в себя все, связанное и с сексуальным, и с репродуктивным здоровьем.

Понятие «сексуальное и репродуктивное здоровье» может относиться к состоянию здоровья и благополучия, видам услуг или к подходу оказания услуг следующим образом:

Состояние здоровья и благополучия:

- физическое, психическое и социальное благополучие в отношении сексуальности и возможности воспроизведения (продолжения) рода;
- свобода получать удовольствие от сексуальных отношений, без страха перед наступлением беременности, заболеванием или злоупотреблением властью, принуждением к вступлению в половую связь или насилием;
- равноправие в сексуальных отношениях;
- уважение к целостности организма и право контролировать собственное тело.

Виды услуг для сохранения сексуального и репродуктивного здоровья:

- услуги, связанные с беременностью (оказание помощи в антенатальном и послеродовом периоде, экстренная акушерская помощь);
- профилактика и услуги по лечению ВИЧ-инфекции и ИППП;
- планирование семьи;
- помощь после аборта;
- интегрированные услуги (например, планирование семьи и профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП).

Подход к оказанию услуг:

- то, каким образом происходит оказание услуг;
- вопросы, принимаемые во внимание или решаемые в процессе оказания услуг;
- новые способы оказания существующих услуг;
- мнения и отношения, определяющие то, каким образом происходит оказание услуг.

Среди подходов оказания услуг могут быть названы такие как:

- холистический (целостный), интегрированный подход к вопросам репродуктивного здоровья и оказания услуг;
- акцент на вовлечение партнера и коммуникацию;
- учет гендерных аспектов;
- ориентация на осознание сексуальности;
- учет ситуации, в которой происходит принятие решения (например, динамика гендерного распределения власти, бедность, бытовое насилие и другие уязвимые стороны);
- включение темы соблюдения прав человека в консультирование и другие услуги;
- вовлечение сообщества.

***Компоненты оказания помощи
по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья***

В соответствии с Программой действий, принятой на МКНР в 1994 г. (§§ 7.2, 7.3, 7.6), оказание помощи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья включает в себя следующие компоненты:

- предоставление информации, консультирования и услуг по планированию семьи;
- профилактика и лечение ИППП и инфекционных заболеваний репродуктивной системы;
- диагностика и лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- оказание помощи в антенатальном, послеродовом периоде и во время родов;
- оказание медицинской помощи детям;
- оказание медицинской помощи при осложнениях после аборта;
- профилактика и лечение бесплодия;
- предоставление информации, обучение и консультирование по темам сексуальности, сексуального и репродуктивного здоровья и родительства;
- диагностика и лечение онкологических заболеваний.

2. РЕПРОДУКТИВНОЕ И СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ⁵

Тренер объединяет участников в три группы и дает задание – нарисовать виды здоровья:

- Группа 1: физическое и духовное здоровье.
- Группа 2: социальное и эмоциональное здоровье.
- Группа 3: личностное и умственное здоровье.

⁵ Для подготовки специалистов, предоставляющих услуги клиентам младше 18 лет рекомендуется оставаться на данном упражнении более детально.



После того как участники подготовят рисунки, они отвечают на вопрос «Существует ли взаимосвязь между представленными аспектами здоровья? Если да, то в чем она выражается?».

При подведении итогов упражнения, тренер моделирует «здоровье» в форме цветка и дает следующее определение: «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний и физических дефектов» (ВОЗ). Тренер обращает внимание участников на то, что цветок символизирует целостность здоровья, где все его аспекты взаимосвязаны.

Если необходимо, тренер повторяет определения основных терминов:

Репродуктивное и сексуальное здоровье являются составляющими физического здоровья человека, хотя и связаны со всеми другими аспектами здоровья.

Репродуктивное здоровье – состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений ее функций.

Сексуальное здоровье – состояние, которое позволяет человеку в полной мере ощущать сексуальное влечение и реализовывать его, получая при этом сексуальное удовлетворение.

Понятие «сексуальное здоровье» включает в себя аспекты сексуальности и не обязательно связанные с репродуктивными функциями (продолжением рода). К сексуальности человека, в частности подростка, относятся:

- физические и биологические аспекты жизни (например, типичное для мужского или женского пола строение тела, менструации, поллюции, беременность или сексуальные контакты);
- эмоциональные аспекты (например, привязанность к другому человеку, сексуальная ориентация);
- социальные аспекты (например, поведение, соответствующее ожиданиям окружающих, относительно норм сексуального поведения мужчин и женщин; гендерные роли).

Важно понимать тот факт, что люди (в т.ч. подростки) ведут сексуальную жизнь для удовлетворения своих потребностей (в т.ч. получения удовольствия), а не только с целью рождения детей.

В настоящее время используют термин «репродуктивное и сексуальное здоровье», включающий в себя все связанное и с сексуальным, и с репродуктивным здоровьем.

3. УПРАЖНЕНИЕ «СКРЕПКА».

Тренер выдает каждому участнику скрепку и просит ее распрямить. После этого участники демонстрируют, что у них получилось.

Затем тренер просит вернуть скрепку в прежнее состояние и продемонстрировать результат работы.

Основной вывод упражнения такой: в данном случае скрепка – символ нашего здоровья. Навредив своему здоровью, можно заняться его восстановлением, но это требует больших усилий. Более того, вернуть нарушенное в прежнее состояние, как правило, невозможно. Поэтому очень важно приложить усилия для сохранения своего здоровья.

СЕССИЯ 3.

СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

ЦЕЛЬ: Рассмотреть сексуальные и репродуктивные права мужчин и женщин в контексте их взаимосвязи с профилактикой ВИЧ/ИППП.

ВРЕМЯ: 1 час 30 мин.

Материалы: флипчарт, маркеры.

1. ГРУППОВАЯ ДИСКУССИЯ «СЕКСУАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПРАВА»

Начиная данную сессию, тренер напоминает участникам определения репродуктивного и сексуального здоровья. ВОЗ говорит о том, что достижение и поддержание сексуального здоровья зависит от реализации присущих людям **сексуальных и репродуктивных прав**.

Тренер спрашивает у участников: «Что мы имеем в виду, когда говорим о сексуальных и репродуктивных правах?» и просит участников привести примеры сексуальных и репродуктивных прав, записывая названные варианты на флипчарте.

Далее тренер объединяет участников в четыре группы. Задача групп назвать основные права:

- Группа 1 и 2 - основные репродуктивные права человека
- Группа 2 и 3 - основные сексуальные права человека.

Группы работают 10-15 минут, а затем презентуют свои наработки, дополняя друг друга.

Тренер комментирует и дополняет эти списки, используя следующую информацию⁶:

Сексуальные права:

- Право на сексуальное здоровье, обеспечиваемое доступностью медицинской сексологической помощи.
- Право на информацию, связанную с сексуальностью.
- Право на половое просвещение.
- Право на физическую неприкосновенность.
- Право выбора партнёра.
- Право на самостоятельное принятие решения о начале половой жизни.
- Право на добровольность половых и брачно-семейных отношений.
- Право на самостоятельное принятие решения о зачатии ребёнка и деторождении.
- Право на реализацию сексуального потенциала, ведение безопасной и позволяющей достичь удовлетворения половой жизни.

⁶ EngenderHealth, Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИД (ICW), 2006.

Репродуктивные права:

- Самостоятельно решать, когда и сколько детей иметь.
- Право на безопасный аборт или стерилизацию без согласия другого человека.
- Право рождения здорового ребенка.
- Право усыновления ребенка.
- Право доступа к методам контрацепции.
- Право на безопасные роды, как и где хочется.
- Право на искусственное оплодотворение или искусственную инсеминацию.
- Право на услуги по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.
- Право на доступ к антенатальному уходу (с партнером или без него.)
- Право решать, как и когда вступать в сексуальные отношения.
- Право предпринять юридические действия против любого сексуального насилия или притеснения.
- Получать доступ к лечению проблем, связанных с сексуальным здоровьем, и услуги, обеспечивающие сохранение сексуального здоровья.
- Получать образование и воспитание, а также точную объективную информацию о репродуктивном здоровье (роды, кормление грудью, профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку).
- Равный доступ к помощи по сохранению СРЗ, независимо от социального, экономического или политического статуса.
- Получать информацию о планировании семьи и принимать решение о применении контрацептивов и их виде.
- Кормить ребенка способом, которым хочется (и получать точную информацию о вариантах кормления, чтобы принять информированное решение).

Резюме тренера:

Работа, направленная на популяризацию и соблюдение сексуальных и репродуктивных прав женщин и мужчин является важной составляющей программ по профилактике и лечению ВИЧ/ ИППП.

2. СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВА МОЛОДЁЖИ⁷

Особое внимание данному разделу необходимо уделить во время обучения соцработников и психологов, предоставляющих услуги ПИН и РКС младше 18 лет.

Тренер задает участникам вопрос: «В чем состоит отличие сексуальных и репродуктивных прав молодежи от прав взрослых людей?»

⁷ Сексуальное и репродуктивное здоровье ВИЧ-инфицированных женщин и девушек-подростков: руководство для преподавателей и менеджеров программ. Нью-Йорк и Лондон. Адаптировано из: ICW. 2004. Young women's dialogue: Swazilandworkshopreport.



Далее тренер предлагает вернуться к спискам «сексуальное и репродуктивное здоровье», которые участники разрабатывали в предыдущем упражнении. Задача группы - ответить на вопрос: «В чем состоит различие в сексуальных и репродуктивных правах взрослого человека и указанной группы»:

- Группа 1: основные репродуктивные права взрослого человека и детей 10 – 14 лет.
- Группа 2: основные репродуктивные права взрослого человека и детей 15 – 18 лет.
- Группа 3: основные сексуальные права взрослого человека и детей 10 – 14 лет.
- Группа 4: основные сексуальные права взрослого человека и детей 15 – 18 лет.

Группы готовятся в течение 10 мин, после чего представляют результаты работы остальным участникам тренинга.

По окончании дискуссии тренер резюмирует:

У молодёжи есть такие же сексуальные права, как и у взрослых, относящиеся к правам человека. Однако зачастую они не признаются и/или грубо нарушаются. Это связано с тем, что существует представление о том, что молодые люди не являются или не должны быть сексуальными, за исключением тех, кто состоит в браке.

В признании сексуальных прав молодёжи одним из существенных вызовов является поиск равновесия между правом молодых людей быть, с одной стороны, защищёнными от опасного и мешающего развитию опыта и, с другой стороны, правом участвовать и постепенно брать на себя реализацию собственных сексуальных прав. Иногда противостояние сексуальным правам молодёжи объясняется тем, что молодые люди, якобы, не способны принимать самостоятельные решения в вопросах собственной сексуальности, и решать эти вопросы следует родителям. Однако любой молодой человек развивается в индивидуальном темпе, поэтому трудно установить какой-то общепринятый возраст, начиная с которого все молодые люди могли бы получать определённые права (например, право на конфиденциальность доступа к услугам здравоохранения) или когда определённые защищающие молодёжь положения теряют значимость.

Поэтому многие авторитетные международные организации исходят из следующего подхода: равновесие между защищённостью молодого человека и его способностью реализовывать свои права зависит в каждом конкретном случае от меняющейся и развивающейся способности молодого человека принимать решения, связанные с **его собственной сексуальностью**.

Далее с группой следует рассмотреть и другие права молодых людей, описанных ниже⁸.

⁸ International Planned Parenthood Federation. Exclaim! Young People's Guide to 'Sexual Rights: An IPPF declaration. IPPF, 2011.

1. Право на равное обращение.

Все молодые люди обладают равными правами, в том числе, сексуальными. С каждым человеком надлежит обращаться без какой-либо дискриминации по признаку сексуальности, пола, сексуальной идентичности (в том числе, сексуальной ориентации), возраста, вероисповедания, национальности, гражданства, ВИЧ-статуса, телесных или умственных ограничений или иных обстоятельств.

2. Право на участие.

У молодёжи есть право активно и свободно участвовать в принятии решений, которые затрагивают их жизнь и влияют на изменения в обществе.

3. Право на жизнь и безопасность.

У всех молодых людей есть право на жизнь и свободу, а также право на защиту от нанесения им любого вреда. Это включает право молодых людей выражать свою сексуальность, будучи при этом свободными от принуждения и насилия. Никому нельзя наносить вред, никого нельзя притеснять, наказывать или убивать на основании сексуального поведения человека, половой идентичности или иного выражения сексуальности, никому нельзя также наносить вред с целью защиты чести семьи. От вреда и наказаний особенно должны быть защищены молодые незамужние женщины, ВИЧ-положительные, гомо- и бисексуальные, интерсексуальные и транс-сексуальные молодые люди.

Дети и молодые люди имеют право на защиту от любых форм насилия и вреда, в особенности от сексуальной эксплуатации, детской проституции, торговли детьми, насильственных сексуальных действий и вовлечения в детскую порнографию. Опасные традиции, такие как женское обрезание, принудительное материнство/отцовство и брак поневоле следует рассматривать с точки зрения защиты сексуальных прав молодых людей.

4. Право на приватность.

У всех молодых людей есть право на приватность (неприкосновенность частной жизни) и право на личное принятие независимых решений о своей сексуальности. У молодых людей есть право решать, стоит ли делиться, а если делиться, то когда, как и с кем, информацией о своих решениях, связанных с собственной сексуальностью. Из этого права исходит приватность и конфиденциальность оказания услуг здравоохранения в области сексуального и репродуктивного здоровья. Это является основой приватности информации о сексуальном поведении молодого человека, его сексуальной ориентации, ВИЧ-статусе, использовании им контрацептивов, заболеваниях, передаваемых половым путём, беременности или аборте.

5. Право на автономию личности и быть признанным в глазах закона в качестве индивида.

У всех молодых людей есть право самостоятельно принимать решения о том, что относится к их собственной сексуальности, а также познавать свою сексуальность и пол с удовлетворением. Единственными ограничениями, которые могут существовать в отношении сексуальных прав, являются ограничения, оговариваемые законом с целью обеспечения общего благосостояния, здоровья или защиты прав и свободы людей. Любое ограничение сексуальных прав молодёжи, в том числе, возрастное, должно быть недискриминационным.

6. Право на свободу мысли и выражение своих мыслей.

У всех молодых людей есть право на выражение своих мыслей, мнения, потребностей и желаний, связанных с их собственной сексуальностью вне зависимости от ограничений, обусловленных доминирующими культурными традициями или политическими идеологиями. Все молодые люди имеют право на познание своей сексуальности, на мечты и фантазии, на добровольное проявление своей сексуальности, не испытывая при этом страха, стыда или вины, признавая в то же время сексуальные права других людей.

7. Право на здоровье.

У всех молодых людей есть право на физическое и духовное здоровье, в том числе, сексуальное и репродуктивное. У молодёжи есть право быть защищёнными от социальных, экологических и экономических факторов, которые приводят к ухудшению здоровья.

8. Право на знания и образование.

У всех молодых людей есть право на образование и информацию, в том числе, на всестороннее половое просвещение, учитывающее пол и признающее сексуальные права.

9. Право решать вопросы вступления в брак и деторождения.

У всех молодых людей есть право решать, вступать ли в брак и иметь ли детей, как, когда и с кем вступать в брак и иметь детей в среде, которая признаёт разные типы семьи.



СЕССИЯ 4.

РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА МУЖЧИН И ЖЕНЩИН (АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ).

ЦЕЛЬ: предоставить необходимую информацию по анатомии, физиологии репродуктивной системы женщины и мужчины.

ВРЕМЯ: 1 час 30 минут

Материалы:

- Раздаточный материал № 2: «Мужская половая система».
- Раздаточный материал № 3: «Женская половая система».

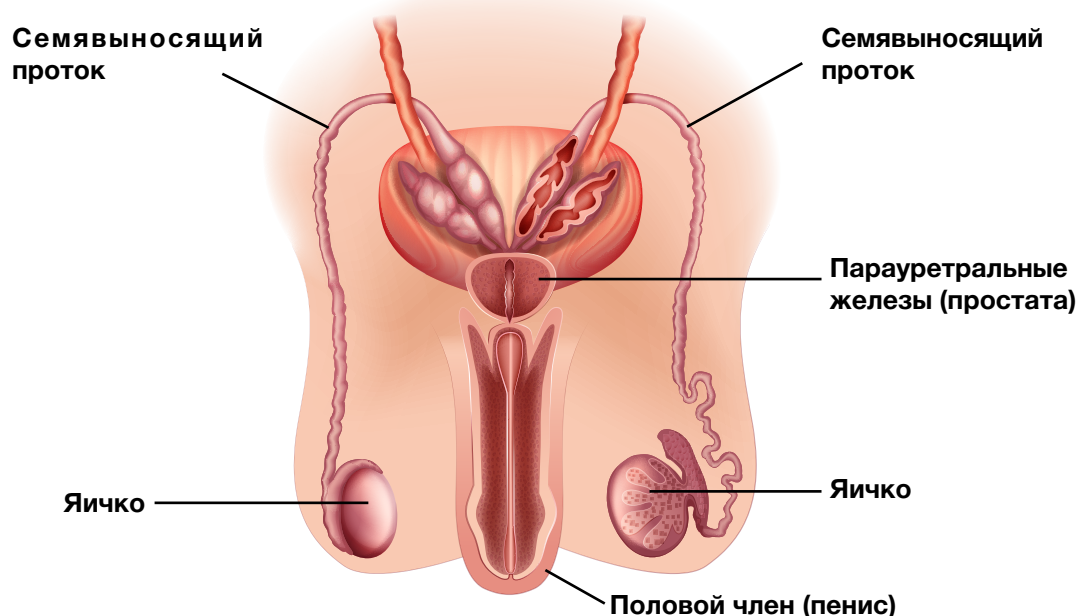
1. УПРАЖНЕНИЕ «АНАТОМИЯ В КАРТИНКАХ».

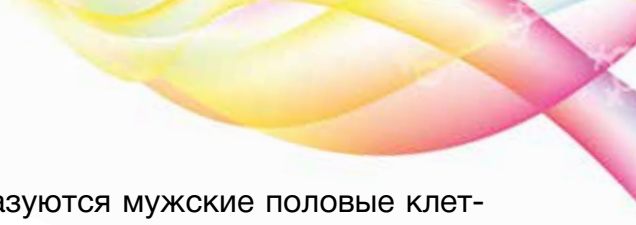
Тренер раздает участникам изображения мужской и женской репродуктивной системы и просит их, подписав соответствующие органы репродукции, отложить карточки и вернуться к ним после лекции об анатомо-физиологических особенностях репродуктивных систем женщины и мужчины (для внесения правок).

2. ЛЕКЦИЯ: АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ МУЖЧИНЫ.

К проведению лекции рекомендуется привлечь врача-гинеколога. Помните, при подборе специалиста важно учитывать его/ее навыки подачи материала на языке, понятном людям без медицинского образования.

Мужская репродуктивная система.





1. Две половые железы, или **яичка**, в которых образуются мужские половые клетки- сперматозоиды и синтезируются мужские половые гормоны – андрогены. Яички находятся в мошонке. **Мошонка** выполняет защитную и терморегуляторную функцию для яичек. Температура в мошонке должна быть ниже температуры в брюшной полости, это имеет значение для нормального созревания сперматозоидов.

2. Половой член (пенис) выполняет функцию семяизвержения и мочеиспускания. Процесс максимального возбуждения полового члена – **эрекция**. Процесс семяизвержения называется **эякуляция**.

3. Семявыносящие протоки, парные трубчатые каналы, сложной конфигурации, которые соединяют каждое яичко с половым членом.

4. Парауретральные железы (простата) выделяют жидкую среду, в которой живут сперматозоиды. Кислотность здоровой спермы находится в диапазоне щелочных показателей. От состояния простаты зависит и качество спермы (объем, количество в ней сперматозоидов: живых и мертвых, активных, слабоактивных и неактивных, подвижных и неподвижных, с нормальным строением и дегенеративных), а также показатели воспалительного процесса.

5. Половое созревание мужского организма происходит в возрасте от 12 до 18 лет. Вначале начинается рост волос на наружных половых органах. Приблизительно через полгода после появления волос на лобке наблюдается оволосение подмышечных ямок (физиологические границы 12,5-16,5 лет). В этом же возрасте появляются поллюции.

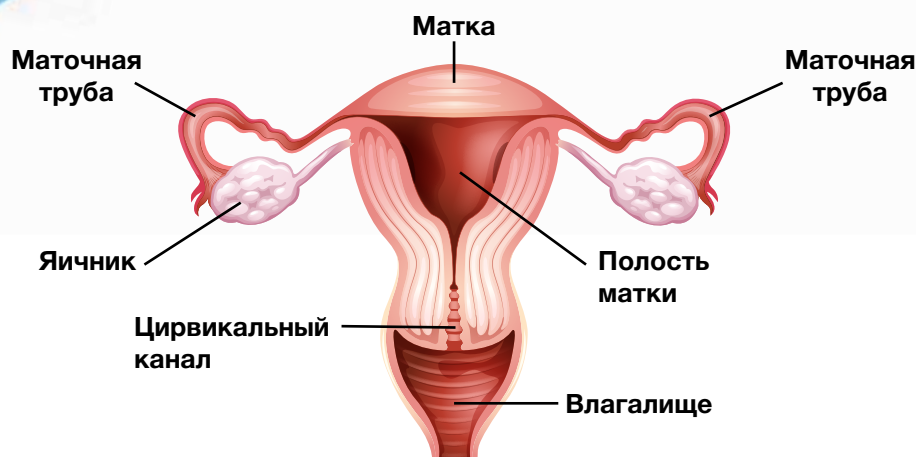
Для нормального развития репродуктивной системы, начиная с периода новорожденности, на мальчиков не рекомендуется надолго надевать памперсы, а также важно соблюдать гигиену половых органов и проводить профилактику сужения крайней плоти (фимоза). В старшем возрасте важно рекомендовать ношение удобного нижнего белья и избегать переохлаждений и перегреваний наружных половых органов и промежности.

3. ЛЕКЦИЯ: АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Функциональное состояние репродуктивной системы женщины во многом определяется периодами жизни, среди которых принято различать следующие:

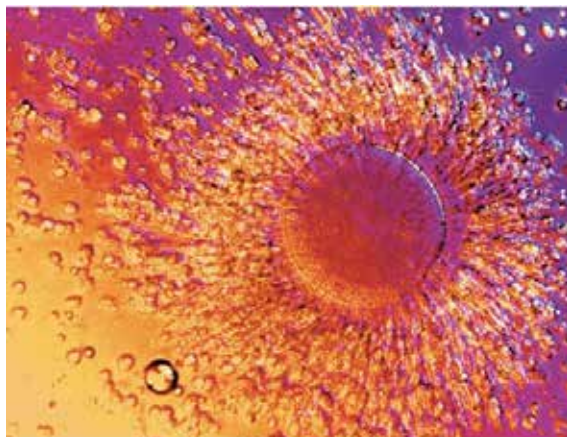
- антенатальный (внутриутробный) период;
- период новорожденности (до 10 дней после рождения);
- период детства (до 8 лет);
- период полового созревания, или пубертатный (от 8 до 16 лет);
- период половой зрелости, или репродуктивный (от 17 до 40 лет);
- предменопаузальный период (от 41 года до наступления менопаузы);
- постменопаузальный период (с момента стойкого прекращения менструаций).

Женская репродуктивная система.



1. Яичники, парные женские половые органы, находящиеся в малом тазу. В яичниках происходит синтез половых женских гормонов (эстрогена и прогестерона) и полового мужского гормона (тестостерона). Гормоны из яичников поступают в кровь. Также в яичниках происходит процесс созревания яйцеклеток, которые находятся в пузырьках-фолликулах. К моменту рождения в обоих яичниках содержится от 300 до 500 тысяч фолликулов, количество которых прогрессивно уменьшается к периоду полового созревания и дальше с каждым годом. Ежемесячно яйцеклетка покидает яичник, этот процесс называется овуляция. Вышедшая яйцеклетка следует по направлению к маточной трубе и живет там до 24 часов.

Яйцеклетка



Яйцеклетка в момент оплодотворения.



2. Маточные (фаллопиевы трубы) – парные мышечные органы, которые соединяют полость матки с брюшной полостью. Маточные трубы выполняют транспортную функцию, поэтому должны быть проходимыми. В случае их патологии может возникнуть внематочная беременность.



3. Матка – непарный детородный орган, грушеподобной формы, с полостью внутри. Полость матки выстлана слизистой оболочкой-эндометрием, которая под действием половых гормонов вырастает, созревает и выходит из матки в виде менструации. Функции матки – менструальная иместилище плода.

4. Большим событием в жизни каждой женщины является первая **менструация**. Для того чтобы она состоялась, должен не только наступить соответствующий возраст, но и сочетание всех внутренних и внешних факторов: гормональный баланс на всех уровнях регуляции менструальной функции, готовность гинекологических органов, вес тела девочки, состояние других внутренних органов и т.д. **Менструация** – это циклическое отторжение слизистой оболочки полости матки, происходящее ежемесячно. **Менструальный цикл** – это период от первого дня одной менструации до первого дня следующей. Протяженность цикла составляет от 21 до 35 дней, в среднем 28-30 дней. Длительность самой менструации составляет 3-7 дней, объем теряемой крови – до 80 мл. Установиться менструальный цикл должен в течении 1-1,5 лет. В подростковом периоде жизни он особо чувствителен к различным внешним и внутренним факторам. Если цикл был регулярным, а потом произошел сбой – это повод обратиться к врачу и исключить проблемы (в том числе установить беременность).

К 15 годам развитие организма девушки должно выглядеть следующим образом: умеренно или хорошо развитые молочные железы, правильное оволосение и менструация с 11-14 лет. Отклонения от такой формулы, выявленные при обследовании девушек-подростков 15-17 лет, должны насторожить пациентку, ее родителей, а также врача-гинеколога и побудить его проанализировать общесоматическое состояние девушки для установления причины нарушения полового и соматического развития.

Нерегулярные менструации до 15-летнего возраста не должны вызывать особой тревоги, так как до 18 лет происходит становление менструального цикла. Любые выявленные нарушения (короткие, скудные, болезненные, длительные, обильные месячные) являются основанием для направления девушки к детскому гинекологу. К нему направляют также всех девушек-подростков с преждевременным или запоздалым половым развитием.

Преждевременное половое развитие встречается довольно редко и диагностируется при появлении вторичных половых признаков и менструальных выделений до 8 лет. Преждевременное половое развитие может быть изосексуальным, то есть по женскому типу, и гетеросексуальным - по мужскому типу.

В результате нарушений в системе нейроэндокринной регуляции, вызванных экзогенными (стресс, психо-эмоциональные факторы) или эндогенными причинами (перенесенные заболевания, хронические инфекции, опухоли) происходит раннее созревание ряда структур гипоталамической и гипофизарной областей, что приводит к преждевременному половому развитию по изосексуальному типу. Наиболее частые его причины - органическая церебральная патология (чаще всего как следствие гипоксии или родовой травмы), функциональные нарушения (тонзиллогенная инфекция), гормонально-активные или фолликулярные кисты яичников.

Преждевременное гетеросексуальное половое развитие вызывается чаще врожденной дисфункцией или вирилизирующей опухолью коркового вещества надпочечников. Как правило, родители девочек с преждевременным половым развитием своевременно обращаются к детскому гинекологу. Симптомы этого состояния: рост волос по мужскому типу, огрубение голоса, длинный клитор.



Гораздо чаще выявляется задержка полового развития, которая диагностируется на основании отсутствия или недоразвития вторичных половых признаков и отсутствия менструации в возрасте 15 лет.

Как и при преждевременном половом развитии, задержка полового развития может быть вызвана нарушениями в системе нейроэндокринной регуляции, часто генетически детерминированными (указание на частое нарушение менструальной и генеративной функций; позднее менархе, вторичная аменорея, гипоменструальный синдром, первичное бесплодие), имевшими место у матери и сестер, протекающими на фоне хронических воспалительных заболеваний (холецистит, тонзиллит и др.).

5. Шейка матки – плотный непарный мышечный орган, который является границей между наружной и внутренней средой. Шейка матки выполняет защитную, проводниковую, иммунологическую функцию, а также принимает участие в формировании родового канала в процессе родов. Шейка матки должна быть здоровой, т.е. не содержать на себе ран (эрозий), полипов, язв, трещин, ссадин, папиллом, кондилом. Показателем здоровья шейки матки является анализ на раковые клетки – цитология. Она берется во время осмотра гинеколога, лучше через несколько дней по окончании менструации.

6. Влагалище – непарный мышечный орган, выполняющий проводниковую функцию (для полового члена и сперматозоидов, менструальной крови и в родах, как часть родового канала). Влагалище покрыто слизистой оболочкой, на которой живет микрофлора. В здоровом влагалище живет палочковая микрофлора, которая выделяет молочную кислоту, а она в свою очередь обеспечивает кислую среду и защищает от плохих и условно-плохих микробов.

7. Девственная плева существует до начала половой жизни и находится у выхода из влагалища.

8. Малые и большие половые губы – парные наружные половые органы, выполняющие запирательную функцию.

9. Клитор – рудимент полового члена, необходим для реализации сексуального удовлетворения.

Важно помнить о соблюдении гигиены. При нарушении нормальной микрофлоры влагалища низкий уровень эстрогенов способствует развитию вагинита. В возрасте старше 3 лет, когда ребенка приучают к самостоятельному подмыванию, причиной вагинита часто бывает недостаточная гигиена промежности и наружных половых органов. Расчесы в области заднего прохода при энтеробиозе приводят к загрязнению наружных половых органов; взрослые особи остриц могут заползать во влагалище, вызывая раздражение слизистой и выделения из половых путей.

Ношение плотно облегающих и синтетических трусов во время физических упражнений или в жаркую погоду вызывает мацерацию кожи, предрасполагая к кандидозному вульвовагиниту.

Изменение веса

- Подкожно-жировая клетчатка женщины выделяет женские половые гормоны, поэтому резкая потеря веса из-за нерационального питания, голодания, косметических диет, стрессов и т.п. может привести к нарушению менструального цикла, а потом к исчезновению менструации, уменьшению матки и бесплодию.

Начало образования

Характер санитарно-просветительной работы среди девочек обусловлен, прежде всего, возрастом.

- В 3-8 лет у девочки следует закрепить навыки выполнения правил гигиены, уделяя особое внимание гигиене наружных половых органов (под контролем, а в начале и с участием матерей и воспитателей).
- В возрасте 9-13 лет девочек знакомят с анатомо-физиологическими особенностями их организма, с менструальной функцией, учат ведению менструального календаря, правилам гигиены во время менструаций. Обращают внимание девочек на значение режима отдыха, питания, физкультуры, гигиены одежды.
- В возрасте 14-17 лет девочек знакомят с физиологией женского организма, сущностью детородной функции, фиксируют внимание на ответственности за свое здоровье с началом половой жизни, опасности аборта, возможных осложнений для здоровья как девушки, так и ее будущих детей. В этом возрасте девушек необходимо познакомить с профилактикой гинекологических заболеваний.

4. УПРАЖНЕНИЕ: «АНАТОМИЯ В КАРТИНКАХ» (ПРОДОЛЖЕНИЕ).

По окончании лекции тренер предлагает участникам вернуться к упражнению «Анатомия в картинках» и исправить ошибки, если таковые есть. В помощь участникам может быть предложена брошюра «Репродуктивное здоровье»⁹



⁹ http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2012/reprod_zdorovie_preview.pdf

СЕССИЯ 5.

ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА. СПЕЦИФИКА РИСКОВ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В КОММЕРЧЕСКИЙ СЕКС И/ИЛИ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ.

ЦЕЛЬ: актуализация знаний участников о поведенческих, психологических особенностях подростков, специфические риски передачи ВИЧ/ИППП у подростков.

ВРЕМЯ: 1 час 30 минут.

Материалы: флипчарт.

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. ОБСУЖДЕНИЕ В ГРУППЕ.

Тренер просит участников назвать любые ассоциации со словом «подросток» и записывает их на флипчарте. Когда весь лист заполнен, тренер обращает внимание участников на то, что многие ассоциации противоречат друг другу. Действительно, когда мы говорим о подростках все очень противоречиво. Это связано с промежуточным положением подростка между детством и взрослостью.

2. ПРЕЗЕНТАЦИЯ «ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА».

Тренер знакомит участников с особенностями подросткового возраста, используя информацию ниже:

Подростковый возраст связан с перестройкой организма ребенка – половым созреванием. И хотя линии психического и физиологического развития не идут параллельно, границы этого периода достаточно неопределенны. Одни дети вступают в подростковый возраст раньше, другие – позже, пубертатный кризис может возникнуть и в 11, и в 13 лет.

Пубертатный кризис

Половое созревание зависит от эндокринных изменений в организме. Особенно важную роль в этом процессе играют гипофиз и щитовидная железа, которые начинают выделять гормоны, стимулирующие работу большинства других эндокринных желез. Активизация и сложное взаимодействие гормонов роста и половых гормонов вызывают интенсивное физическое и физиологическое развитие. Увеличиваются рост и вес, причем у мальчиков в среднем пик скачка роста приходится на 13 лет, а заканчивается после 15 лет, иногда продолжаясь до 17. У девочек скачок роста обычно начинается и заканчивается на два года раньше (дальнейший более медленный рост может продолжаться еще несколько лет). Помимо половых различий здесь велики и различия индивидуальные: у одних детей быстрый рост начинается тогда, когда у других он уже заканчивается.



Изменение роста и веса сопровождается изменением пропорций тела. Сначала до взрослых размеров дорастают голова, кисти рук и стопы, затем конечности – удлиняются руки и ноги, в последнюю очередь – туловище. Интенсивный рост скелета, достигающий 4-7 см в год, опережает развитие мускулатуры. Все это приводит к некоторой непропорциональности тела, подростковой угловатости. Дети часто ощущают себя в это время неуклюжими, неловкими.

Появляются вторичные половые признаки – внешние признаки полового созревания у разных детей в разное время.

У мальчиков меняется голос, причем у некоторых резко снижается его тембр, временами срывающийся на высоких нотах, что может переживаться довольно болезненно. У других голос меняется медленно, и эти постепенные сдвиги ими почти не ощущаются.

В связи с быстрым развитием возникают трудности в функционировании сердца, легких, кровоснабжении головного мозга. Поэтому для подростков характерны перепады сосудистого и мышечного тонуса. Они вызывают быструю смену физического состояния и, соответственно, настроения. Стремительно взрослеющий ребенок может часами гонять мяч или танцевать, почти не чувствуя физической нагрузки, а затем, в относительно спокойный период времени, буквально падать от усталости. Бодрость, азарт, радужные планы резко сменяются на ощущение разбитости, печаль и полную пассивность. Вообще, в подростковом возрасте эмоциональный фон становится неровным, нестабильным.

Психологические задачи подросткового возраста:

- отделение от родителей;
- обнаружение себя и своего пола;
- открытие для себя мира других людей.

Невозможно стать взрослым без...

- отрицания всего того, что советуют взрослые, ведь в противном случае подросток не найдет собственных ответов, решений и смысла;
- попыток решать что-то самому, даже если взрослыми уже было предложено самое мудрое (лучшее) из возможных решений;
- поиска себя и впутывания в различные истории, чтобы проверить, насколько он способный, стойкий и сильный;
- пристального разглядывания своей внешности, понимая, что привлекательность повышает его шансы быть принятым и любимым;
- активного контакта с противоположным полом, узнавая при этом другие миры самыми различными путями;
- частого общения с себе подобными.

Чувства подростка:

Подросток может испытывать разные, часто полярные чувства. Очень частым явлением является переживание агрессии, страха, стыда, тревоги. Если подросток получает необходимую поддержку, то со временем эти чувства выравниваются и происходит формирование здоровой личности.

Потребности подростка:

- в поддержке и внимании без оценок и осуждения, то есть в безоценочной любви, теплоте, его принятии и мудрости взрослых;
- в четких (однако, не тесных) правилах и ограничениях;
- в развитии и обучении посредством жизненной практики;
- в интересных жизненных событиях;
- в удовольствии;
- в признании и уважении;
- в общении и принятии себе подобных;
- в умении твердо отстаивать свое мнение;
- в творческом самовыражении и самореализации;
- в постановке жизненных целей.

«Трудные подростки»

При работе с подростками приходится иметь дело с физиологическими, психологическими и социальными аспектами подросткового возраста. Их понимание позволяет разработать правильные стратегии работы с данной целевой группой.

Если подросток практикует рискованное поведение, которое, как правило, ассоциируется с поведением взрослых, то большинство специалистов ожидает дилемма: как же предоставлять услуги подросткам – как взрослым или как детям? В этом вопросе могут помочь два подхода:

а) Использование инструмента «Сложные решения: инструмент для работников, обеспечивающих уход и поддержку. Решение этических дилемм при уходе за детьми и членами семей представителей основных приоритетных групп: людей, живущих с ВИЧ, людей, употребляющих наркотики, секс-работников, трансгендерных людей, геев и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами»¹⁰.

б) Понимание рисков передачи ВИЧ-инфекции среди подростков, вовлеченных в коммерческий секс и/или употребление наркотиков.

3. ПОНИМАНИЕ РИСКОВ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В КОММЕРЧЕСКИЙ СЕКС И/ИЛИ УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ.

По данным ЮНИСЕФ, оценочное число молодых РКС в Украине в 2014 году составило 5 500, молодых ПИН – 15 000 (11 000 – юноши, 4 000 – девушки). Вовлечение в секс-работу в раннем возрасте (10-16 лет) зачастую приводит к нарушениям репродуктивной системы организма. Почти половина девочек, вовлеченных в секс-бизнес, страдает гинекологическими патологиями.

¹⁰ Сложные решения: инструмент для работников, обеспечивающих уход и поддержку. Решение этических дилемм при уходе за детьми и членами семей представителей основных приоритетных групп: людей, живущих с ВИЧ, людей, употребляющих наркотики, секс-работников, трансгендерных людей, геев и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, 2014. – Режим доступа: <http://careworkerethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Difficult-Decisions-RUSSIAN-booklet-version-low-res1.pdf>

Среди гинекологических заболеваний наиболее часто встречаются:

- ИППП (хламидийная, уреоплазменная, микоплазменная, герпетическая, цитомегаловирусная, гонорейная, трихомонадная и сифилитическая инфекции);
- заболевания шейки матки, особенно при инфицировании вирусом папилломы человека, который может привести к раку шейки матки;
- хронический сальпингоофорит (острый и хронический процесс, который может приводить к нарушению проходимости маточных труб);
- нарушения менструальной функции – при употреблении наркотиков, из-за их влияния на центральную нервную систему, изменяется характер месячных. Месячные становятся редкими, скудными, мажущими, практически незаметными. Часто это устраивает клиенток и не вызывает у них озабоченности по поводу нарушения СРЗ. В данной ситуации социальным работникам и консультантам НПО необходимо обращать внимание клиенток на регулярность месячных как важного показателя СРЗ. При отклонениях от нормы (количество дней цикла, количество дней кровянистых выделений, обильность выделений), необходимо перенаправить клиентку к специалисту, желательно детскому гинекологу.

По результатам исследования, молодежи свойственны следующие виды рискованного сексуального поведения:

- ранние половые связи (начало половой жизни в среднем в 13 лет) – по данным опроса молодежи в школах, 8% имеют опыт начала половых отношений до 15 лет, 30% учащихся школ имели опыт половых отношений¹¹;
- низкий уровень сексуальной грамотности (44,4% девочек, практикующих секс за вознаграждение, не используют презервативы при половых контактах);
- беспорядочные половые контакты (25,3% имеют более 3 половых партнеров одновременно);
- 47% девочек, практикующих коммерческий секс, становятся жертвами сексуального насилия
- предоставление услуг за вознаграждение связано с наркопотреблением.

При этом, большинство девушек хотят в будущем создать полноценную семью – это может служить хорошим мотивационным фактором при общении на тему защищенных половых контактов и регулярном посещении врачей.

Риски подростков, связанные с употреблением ПАВ:

- экспериментируют с различными веществами, что довольно рискованно;
- у девушек происходит сбой циклов (2 менструации в год, что устраивает клиентов, но не является нормой);
- не обладают достаточными навыками для защиты от ВИЧ-инфекции/ Гепатитов/ИППП, передозировок и пр.;
- беспорядочные и незащищенные половые контакты.

¹¹ Уровень распространения и тенденции употребления табака, алкогольных напитков и наркотиков среди учеников Украины: 2011 / Е.М. Балакирева (рук.авт. кол.); Т.В. Бондар, Ю.П. Галич и др. Укр. ин-т соц. исслед. им. О. Яременка. – К.: ТОВ ВПК «ОБНОВА», 2011. – 176 с. Режим доступа: http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/ESPAD/Report_ESPAD_2011_ua.pdf

Молодые ПИН

В структуре группы ПИН 2,7%¹² составляют подростки в возрасте 14–19 лет. Среди них наблюдается наиболее высокий уровень употребления наркотиков-стимуляторов. Так, 41% 13–19-летних ПИН употребляют метамфетамин в виде раствора.

Начинает употребление эта группа, как правило, с неинъекционных наркотиков (марихуана), переходя к инъекциям к 13–18 годам¹³.

По данным, полученным в результате анкетирования в проектах «Внедрение силами равных»¹⁴ среди детей и подростков, практикующих рискованное поведение, в 2013 году 44% процента опрошенных имеют опыт употребления наркотиков. 107 из 1432 подростков отметили, что каждый день употребляют: жидкий опий – 7, клей – 38, марихуану – 53, ЛСД – 2, галлюциногены – 4.

Гендерное соотношение подростков, принимающих наркотики: 66% – юноши, 34% – девушки¹⁵.

Использование нестерильного инструментария за последние 30 дней – 7%; среди «детей улицы», которые употребляют инъекционные наркотики, такой опыт имел каждый пятый¹⁶.

У подростков ПИН отмечается высокий уровень сексуальной активности, они практикуют частую смену половых партнеров и секс без презерватива¹⁷. Средний возраст начала половой жизни среди подростков групп риска составляет 14 лет¹⁸.

ПОДРОСТКИ ПИН, %	2007	2008	2009	2011	2013
Половые контакты с более 6 партнерами за последние три месяца	25	27	11	9	20,5
Случайный партнер за последние 3 месяца	67	61	56	45	58
Предоставляли сексуальные услуги за вознаграждение (среди девушек ПИН)	25	17	14	8	10
Не всегда использовали презерватив за последние 3 месяца:					
со случайным партнером (2009: N = 171; 2011: N = 93; 2013: N = 149)	-	-	52	49	59
с коммерческим партнером (2009: N = 17; 2011: N = 15; 2013: N = 26)	-	-	47	73	27

¹² Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – С. 34.

¹³ Краткое изложение результатов этнографического исследования стиля жизни и основных моделей поведения потребителей наркотиков в Киеве/Педро Матеу-Гелаберт, Л.Шульга, Н.Двинских, М.Варбан и др. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2013. – С. 6. – Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2013/PIN%20site.pdf>

¹⁴ Жизнь детей и подростков, практикующих рискованное поведение/ И.Жарук, Л.Шульга, М.Варбан, Е.Пурик: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2014 г. – С. 8. – Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/11122014/Zhizn%20detei%20i%20podrostkov.pdf>

¹⁵ Там же, с. 10.

¹⁶ Підлітки груп ризику: факти та оцінка/ Ольга Балакірєва, к. соціол. н.; Тетяна Бондар, к. соціол. н.; Юлія Середа, к. соціол. н.; Олена Сакович. – К.: Юнісеф, 2014. – Режим доступа: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Buklet_MARA.pdf

¹⁷ Там же.

¹⁸ Аналітичний звіт «Дослідження серед підлітків груп ризику» (за результатами біоповедінкового дослідження 2014 року), М. Варбан, І. Жарук, Л. Шульга, О. Пурик, О. Балакірєва та інг.: МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні, 2014 г. – 216 с.

СЕССИЯ 6.

МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ. БЕРЕМЕННОСТЬ. БЕРЕМЕННОСТЬ И НАРКОТИКИ.

ЦЕЛЬ: Информирование участников о методах контрацепции, течении беременности и влиянии наркотиков на беременность.

ВРЕМЯ: 2 часа

Материалы: лекционный материал, флипчарты, маркеры, различные средства контрацепции для демонстрации.

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. ЛЕКЦИЯ: ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ.

К проведению лекции рекомендуется привлечь врача-гинеколога. Помните, при подборе специалиста важно учитывать его/ее навыки подачи материала на языке, понятном сотрудникам без медицинского образования.

Врач-гинеколог знакомит участников тренинга со следующей информацией.

Контрацепция это система мероприятий, направленная на профилактику нежелательной беременности, а не инфекций, передающихся половым путем.

На сегодняшний день существует 10 методов контрацепции:

1. Отказ от секса – самый действенный метод. Чем осознаннее подход к началу половой жизни, тем безопаснее поведение.

2. Барьерная контрацепция - наиболее распространенный метод предупреждения попадания спермы в половые пути женщины, т.е. на слизистые оболочки. Этот метод также предусматривает профилактику инфекций, передающихся половым путем.

Барьерная контрацепция включает:

а) мужской презерватив – сделан из латекса, со смазкой, одноразового применения, утилизируется после семяизвержения. Перед использованием презерватива важно проверить срок годности, убедиться в целостности упаковки и правильно вскрыть ее. При использовании мужского презерватива можно использовать лубриканты только на водной основе.

б) женский презерватив (известен также под названием торговой марки – femidom) – сделан из полиуретана, гипоаллергенный, одноразового применения, может быть введен женщиной во влагалище не позже чем за 6 часов до предполагаемого секса. Не требует дополнительного использования лубрикантов. Женский и мужской презерватив нельзя использовать одновременно. Утилизируется после окончания полового акта.



3. Колпачки, губки, диафрагмы - методы контрацепции, предусматривающие профилактику попадания спермы в шейку матки женщины. Колпачки и диафрагмы сделаны из латекса и резины. Одноразовые, имеют смазку со спермицидом. Эффективны для женщин с нормальной анатомией шейки матки, для рожавших женщин менее эффективны. Степень защиты зависит от позы, интенсивности секса, анатомо-физиологических особенностей шейки матки (маленькая, большая, рожавшая, нерожавшая и т.д.).



4. Спермициды – химические вещества, которые инактивируют или убивают сперматозоиды и за счет наличия антисептика (бензалкония хлорида), профилактируют заражение ИППП.



Виды спермицидов: пасты, гели, вагинальные пенистые таблетки, желе, вагинальные пенистые суппозитории (свечи).

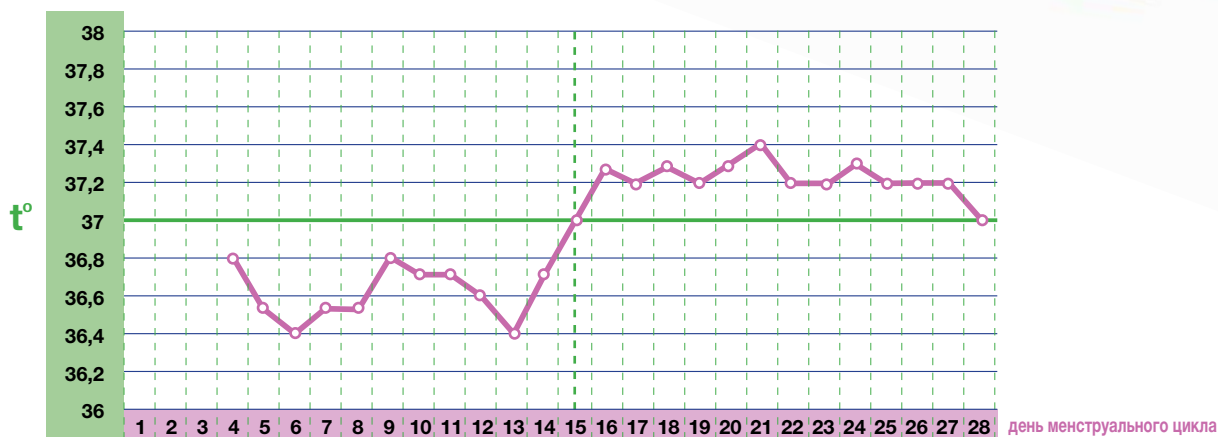
Метод эффективен только при правильном использовании (согласно прилагаемой инструкции). Может использоваться при наличии аллергии на презерватив. Не рекомендуется использование при частом (чаще 2-3 раза в неделю) сексе, во избежание развития дисбактериоза влагалища.

5. Внутриматочные контрацептивы (спирали) – инородное тело, которое вводится в полость матки на период от 3 до 5 лет. Как правило Т-образной формы. Есть 2 варианта спиралей: содержащие металлы и содержащие гормон. Механизм действия спирали – замедлить продвижение сперматозоидов по матке, не допустить прикрепления оплодотворенной яйцеклетки к полости матки. Спираль не защищает от ИППП. Вводится только врачом и только здоровой, обследованной женщиной. Если есть вероятность секса с не постоянным половым партнером, рекомендовано дополнительно использовать презерватив.



6. Естественные методы планирования семьи – основаны на физиологии женской репродуктивной системы, действии женских половых гормонов.

а) Симптоматермальный метод – основан на систематическом измерении температуры в прямой кишке (базальной температуры), ежедневно, начиная с первого дня менструального цикла, не вставая с постели, в одно и тоже время. Повышение температуры выше 37, 0°C говорит о начавшейся овуляции.



б) Метод измерения натяжения шеечной слизи – основан на действии эстрогенов на секрецию слизи шейкой матки и железами влагалища. При нормальном гормональном фоне женщины, к середине менструального цикла в одном из яичников созревает яйцеклетка, которая готовится к овуляции. В эти дни женщина может отмечать появление у нее умеренно-обильных выделений слизистого характера из половых путей, которые самостоятельно исчезают через 3-4 дня.

в) Календарный метод – основан на ведении менструального календаря за 6 и больше месяцев. От количества дней в самом длинном цикле нужно вычесть 11 (этим определяется последний фертильный день женского цикла), от количества дней в самом коротком из циклов вычесть 18 (этим можно определить первый фертильный день цикла).

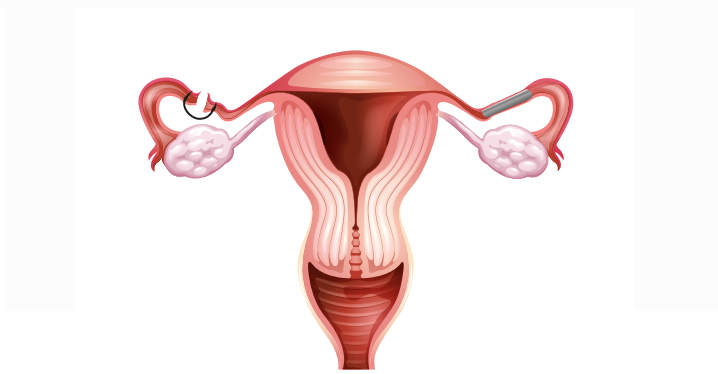
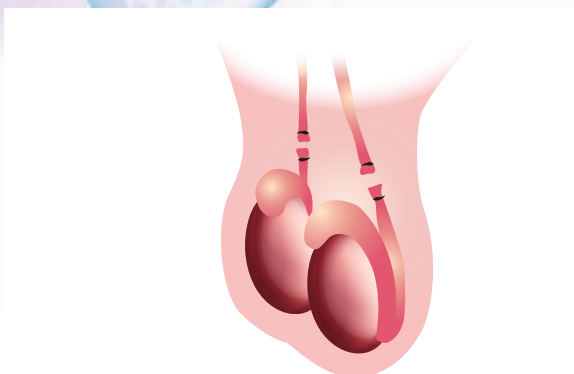
г) Прерванный половой акт - основан на досрочном извлечении полового члена из влагалища женщины, до момента семяизвержения. Эффективность метода по предотвращению беременности не слишком велика. Это связано с тем, что в момент возбуждения усиливается выделение слизи из желез уретры. Эта слизь содержит некоторое количество сперматозоидов, оставшихся после предыдущего полового акта. Во время движения полового члена во влагалище, сперматозоиды «соскакивают» с полового члена и устремляются в шейку матки, где существует щелочная среда, а потом, преодолевая 1 см за час, направляются к яйцеклетке.

Эти методы подойдут только тем, кто готов к беременности! Ни один из них не защищает от передачи ВИЧ/ИППП.

7. Метод лактационной аменореи (МЛА) – основан на подавлении выхода яйцеклетки (овуляции) гормоном пролактином, который выделяется в повышенном количестве головным мозгом на фоне грудного вскармливания. Условия применения метода: период после родов до 6 месяцев, отсутствие при этом менструации, исключительно грудное вскармливание ребенка.



8. Добровольная хирургическая стерилизация – необратимый хирургический метод, который используется и у женщин и у мужчин. У женщин производится перевязка маточных труб, что предотвращает встречу сперматозоидов с яйцеклеткой. Женщина может использовать этот метод сразу после проведения операции.



У мужчин идет речь о перевязке семявыносящих протоков, это прекращает выход сперматозоидов из яичек. Метод начинает действовать через 3 месяца, до этого момента мужчина должен предохраняться!

9. Гормональная контрацепция.

а) Противозачаточные таблетки.



В состав таблеток входят два женских половых гормона (эстроген и прогестерон) или один половой гормон (прогестерон). Механизм действия – угнетение овуляции, сгущение слизи в шейке матки, видоизменение слизистой оболочки в полости матки, влияя на подвижность сперматозоидов. Кроме высокого противозачаточного эффекта, таблетки регулируют менструальный цикл, уменьшают менструальную кровопотерю и снижают выраженность болевых ощущений в месячные, устраняют предменструальные проявления и болезненные овуляции, улучшают структуру кожи и волос. Таблетки назначает только врач, и объясняет правила их приема. Первую таблетку принимают с 1-го дня менструального цикла, но не позже 5-го дня, противозачаточный эффект наступает через 7 дней от начала приема таблеток и сохраняется все дни приема. Помните о правиле пропущенной таблетки: если забыть выпить вечером, следует выпить забытую с утра, а вечером ту, что должна быть принята по плану! Длительность приема таблеток не ограничена, но самостоятельно прекращать прием не рекомендуется. Контроль врача за состоянием организма женщины производится 2 раза в год. Следует помнить, что некоторые препараты, которые принимает женщина по основному заболеванию, могут влиять на эффект гормональных таблеток. К этим препаратам относят противотуберкулезные, противосудорожные, транквилизаторы, некоторые антибиотики, препараты АРТ). Перед началом использования противозачаточных таблеток следует обязательно посоветоваться с врачом!.

вых ощущений в месячные, устраняют предменструальные проявления и болезненные овуляции, улучшают структуру кожи и волос. Таблетки назначает только врач, и объясняет правила их приема. Первую таблетку принимают с 1-го дня менструального цикла, но не позже 5-го дня, противозачаточный эффект наступает через 7 дней от начала приема таблеток и сохраняется все дни приема. Помните о правиле пропущенной таблетки: если забыть выпить вечером, следует выпить забытую с утра, а вечером ту, что должна быть принята по плану! Длительность приема таблеток не ограничена, но самостоятельно прекращать прием не рекомендуется. Контроль врача за состоянием организма женщины производится 2 раза в год. Следует помнить, что некоторые препараты, которые принимает женщина по основному заболеванию, могут влиять на эффект гормональных таблеток. К этим препаратам относят противотуберкулезные, противосудорожные, транквилизаторы, некоторые антибиотики, препараты АРТ). Перед началом использования противозачаточных таблеток следует обязательно посоветоваться с врачом!.

б) Противозачаточный пластырь.

в) Противозачаточное вагинальное кольцо.

г) Инъекции.

д) Импланты.

е) Внутриматочная гормоносодержащая система.

10. Неотложная (посткоитальная) контрацепция - используется для предотвращения наступления нежелательной беременности в случае незащищенного полового акта или факта насилия.

а) Гормональные таблетки: противозачаточные таблетки с высокой дозой эстрогенов или чисто прогестиновые высокодозированные таблетки. «Постинор» или «Эскапел» относятся к препаратам второй группы. Они предотвращают прикрепление оплодотворенной яйцеклетки к стенке матки. Действие это осуществляется за счет одномоментно принятой большой дозы гормонов, которая проходит через печень женщины. Поэтому частое использование этих таблеток может привести к нарушению работы печени, изменению менструального цикла и бесплодию. «Постинор» в количестве 2-х табл. нужно принять не позже 72-х часов после незащищенного полового акта, а «Эскапел» не позднее 96 часов после неудачного секса.

б) Внутриматочная спираль может также быть использована у обследованной пациентки не позднее 5 дней после незащищенного полового акта (т.к. оплодотворенная сперматозоидом яйцеклетка идет по трубе 7-10 дней).

в) Антипрогестины блокируют прикрепление и развитие плодного яйца в матке. Принимают 600 мг препарата не позднее 72 часов после незащищенного полового акта.



2. ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ: БЕРЕМЕННОСТЬ. РОДЫ. АБОРТ И ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ.

На сегодняшний день любая пара имеет возможность планирования рождения здорового ребенка. Будущим родителям за три месяца до зачатия рекомендуют:

- избавиться от вредных привычек, нормализовать сон и питание, санировать очаги хронической инфекции (уши, зубы, горло, нос и т.п.);
- сдать минимальное количество анализов: общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, при определенных рисках - кровь на сифилис, гепатит В, гепатит С, ВИЧ;
- провести обследование на TORCH инфекции (токсоплазма, герпес, краснуха, цитомегаловирус, хламидии), т.к. они очень опасны для ребенка;
- люди, которые уже принимают АРВ-терапию, должны продолжать свой курс. По согласованию с врачом возможен переход на менее токсичные препараты.

Беременность начинается с зачатия и продолжается 9 месяцев или 40 недель.

Периоды внутриутробной жизни человека делятся на два этапа:

- эмбриональный: с 0 до 12-й недели;
- плодовый: с 13-й недели и до рождения.

Каждый период важен и очень ответственный.

- На 2-3-й неделе внутриутробного развития у эмбриона формируется нервная трубка – будущая нервная система. Для профилактики пороков развития нервной трубки за 3-4 месяца до зачатия рекомендуется начать прием препаратов, содержащих фолиевую кислоту (витамин B9).
- УЗИ при нормально протекающей беременности проводится в сроках с 11 по 13-ю неделю, с 19 по 21-ю, с 32 по 34-ю неделю беременности.
- Обследование для исключения хромосомной патологии проводится 2 раза: с 11-й недели (РАРП), с 16-й недели (АФП).
- В первом и втором триместре беременная обязательно сдает анализы на ВИЧ, гепатит В и С, сифилис.

Если все же беременность была незапланированной, то нужно максимально быстро привести здоровье будущей мамы в порядок.

Подростковая беременность

Подростковая беременность - это беременность, наступившая до 18 лет. Процесс беременности и родов ничем не отличается от процессов, которые происходят с организмом зрелой женщины, однако значительно увеличивается риск различных осложнений, а также развитие патологий, как у матери, так и у малыша.

Риски ранней беременности:

Беременность в подростковом возрасте может быть опасна для жизни. Случаи летального исхода при родах у девушек в возрасте от 15 до 19 лет в 4 раз выше, чем у женщин от 25 до 29 лет. Однако риску подвергается не только будущая мама, но и не родившийся малыш. В случае девочек 10 - 14 лет ситуация еще сложнее. Если девочка этого возраста сможет выносить и родить живого малыша, то, скорее всего, у него будут серьезные проблемы со здоровьем или он может погибнуть.

Для будущей мамы-подростка существенно увеличивается риск анемии, токсикоза, гестоза, гипертонии, выкидыша или преждевременных родов, а также недобор нужного веса малыша. Из-за несформировавшейся до конца фигуры (например, узкие бедра) могут возникнуть осложнения при родах. Для малыша существует риск родовых травм. Ребенок может родиться с недостаточным весом или недоношенным, возможно развитие внутриутробной гипоксии плода, а также умственное или физическое отставание в развитии.

Наиболее частые риски для здоровья включают следующее:

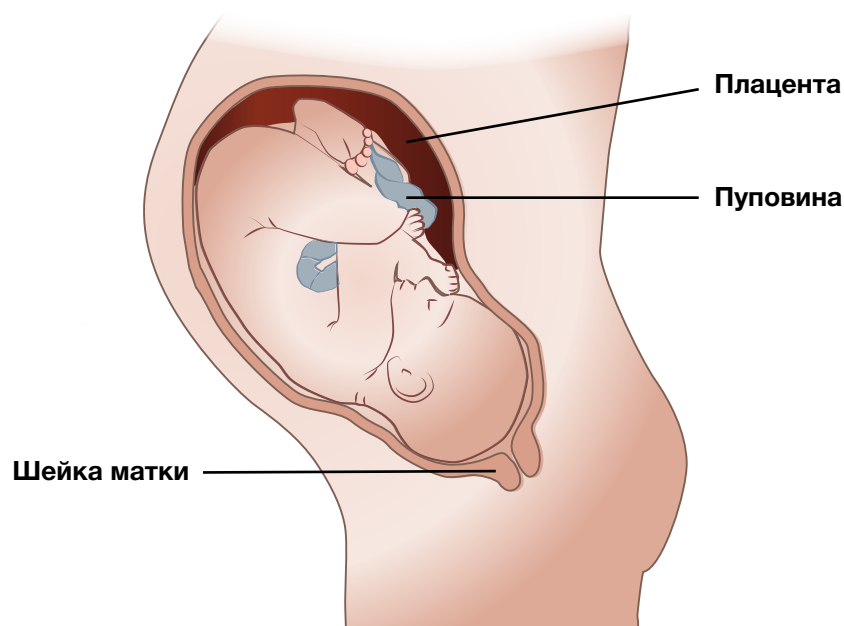
- аборт на поздних сроках;
- неустановившийся гормональный баланс в организме женщины;
- неустановившаяся нейрорегуляция;
- «некачественная», незрелая яйцеклетка;
- анемия;
- плацентарная недостаточность;
- увеличивается риск гестозов;

- повышается вероятность многоводия;
- повышенный риск выкидыша, преждевременных родов;
- повышенная вероятность осложнений во время родов;
- повышенный риск смертности роженицы;
- повышенный риск проблем с новорожденным;
- низкий вес у новорожденного;
- слабая родовая деятельность;
- ожирение, лишний вес в будущем – особенно, если было более одних родов в юном возрасте;
- пролонгированное воздействие ранних родов на организм юной мамы: в 2 раза увеличивается риск развития рака матки, в 3 раза – риск сердечно-сосудистых заболеваний;
- ускорение соматического созревания.

Возможные негативные социальные последствия ранней беременности:

1. Социальное положение женщины – часто ранняя беременность приводит к отказу от получения образования. Это ставит молодую маму в зависимое положение от родителей или партнера. В будущем может возникнуть проблема трудоустройства, т.к. найти престижную и высокооплачиваемую работу без образования и должного опыта очень сложно.

2. Если молодая мама до конца не осознает всю степень ответственности, у детей могут наблюдаться нарушения, связанные с неправильным уходом, недоеданием и др. Такая мама не знает, что нужно ребенку и просто игнорирует его потребности в ласке и тактильных ощущениях.



Прерывание беременности:

Не всегда беременность желанна. Иногда женщина принимает решение ее прервать. На сегодняшний день существует два метода прерывания беременности в зависимости от ее срока.

1. При наличии маточной беременности в сроке до 7 недель аборт может быть проведен путем медикаментозного прерывания или вакуум-аспирации содержимого полости матки.
2. В сроке больше 7 недель удаление плодного яйца производится путем проведения медицинского аборта.

Возможные осложнения после аборта:

1. Последствия наркоза (постоянные головные боли, головокружения, снижение памяти, провалы в памяти и т.д.).
2. При резус-отрицательном типе крови женщина, сделавшая первый аборт, может остаться бесплодной.
3. Прокол стенки матки (перфорация) с травмой органов брюшной полости.
4. Кровотечение.
5. Остатки хориона, плаценты или плодного яйца в полости матки.
6. Воспалительные процессы матки и придатков.
7. Бесплодие

3. БЕРЕМЕННОСТЬ И УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ:

Резкое прекращение приема **опиоидных наркотиков** может привести к выкидышу или преждевременным родам. Оптимальным вариантом в данной ситуации является переход на опиоидную заместительную терапию.

Женщинам, которые употребляют **синтетические стимуляторы** можно отказаться от приема наркотических веществ или, в крайнем случае, отказаться от их инъекционного использования (например, перейти на пероральное употребление).

Важно также помнить о вреде продуктов распада **алкоголя и никотина** для ребенка: токсическое влияние на плаценту, задержка ее развития, отслойка плаценты, задержка развития внутриутробного плода, развитие слабоумия у ребенка, алкогольного фетального синдрома, патологии дыхательной системы у плода. Важно также знать, что курение и алкоголь наносят гораздо более тяжелый урон по сравнению с перечисленными выше наркотическими веществами.

Социальные работники должны предоставлять информацию клиенткам, употребляющим наркотики о том, что у них месячные могут приобрести нерегулярный характер из-за нарушения регуляции менструальной функции на уровне головного мозга. Однако, даже если у женщины не бывает менструации, она может забеременеть – часто месячные бывают такими скудными, что их можно просто не заметить. Именно с этим связана вероятность диагностики беременности на поздних сроках, что увеличивает риск проблемного течения беременности и внутриутробных патологий плода.

Любые наркотические вещества, алкоголь, табак оказывают влияние на организм, как будущей мамы, так и ребенка.



Ежедневно принимая наркотики, женщина может часто забывать о времени приема необходимых лекарств и регулярных посещениях врача, что нередко мешает своевременно заметить и выявить любые осложнения беременности.

Хотя влияние наркотических средств на организм женщины изучено недостаточно, все исследователи сходятся во мнении, что употребление наркотиков во время беременности способно вызывать множественные патологии развития ребенка. Как правило, женщины, зависимые от наркотиков, параллельно употребляют спиртное и табак, что наносит организму беременной женщины вред гораздо больший, чем наркотики.

Никотин и алкоголь способствуют нарушению иммунитета, а это значит, что снижается способность организма бороться с различными инфекциями. Беременность всегда проходит на фоне изменения иммунитета, а если к этому примешиваются дополнительные воздействия токсических веществ, то это приводит к обострению хронических процессов в организме (со стороны сердца, легких, печени, почек, сосудов), появлению анемии, присоединению инфекций в т.ч. вирусных, поражению плаценты, угрозе прерывания беременности, задержке внутриутробного развития плода).

Количество и частота случаев незапланированной беременности среди женщин, употребляющих наркотики, скорее всего, свидетельствует о распространенности практик незащищенного секса и указывает на уязвимость женщин к ВИЧ-инфекции и ИППП.

Но что же делать, если беременность все-таки наступила? Этот вопрос предлагается рассмотреть во время следующего упражнения.

4. РАБОТА В ГРУППАХ.

- Участники объединяются в три группы для разработки рекомендаций/алгоритма переадресации беременной клиентки-ПИН. Если группа недостаточно подготовлена, тренер выдает группам карточки с готовыми этапами и практическими рекомендациями, а именно:
- Убедись, что ты беременна (самый простой способ – купи в аптеке тест на беременность).
- Посети врача-гинеколога (обратись за поддержкой к социальному работнику).
- Щадящий отказ от наркотиков: при приеме опиатов — не отказывайся от них резко! Отмена опиатов может спровоцировать выкидыш или преждевременные роды. Период отмены более опасен для плода, чем само воздействие, поэтому снижать дозу надо постепенно, желательно под контролем врача. Если ты употребляешь стимуляторы - попробуй отказаться от них и делай это под контролем врача.
- Если такой вариант для тебя неприемлем, попробуй перейти на менее токсичные наркотики и более безопасные способы потребления (курение, вдыхание, проглатывание).
- При употреблении опиатов – стань клиенткой программы заместительной терапии (узнай больше у социальных работников).
- Если ты уже являешься клиенткой программы ЗПТ - не прерывай лечение! Отмена заместительной терапии во время беременности чревата выкидышем, преждевременными родами и смертью плода.
- Откажись от табака и алкоголя. Эти стимуляторы отрицательно влияют на

гормональный фон, головной мозг, сердечно сосудистую и дыхательную систему, печень и на иммунитет мамы и ребенка.

- Сдай все анализы на наличие инфекций, которые тебе назначит врач.
- Регулярно наблюдайся у врача, старайся не пропускать назначенные встречи, посещай школу ответственного материнства, не пренебрегай консультациями психолога, постарайся на приеме быть максимально честной, не стесняйся задавать вопросы и говорить о жалобах, а при малейшем подозрении на ухудшение здоровья - обращайся к врачу.

Группы презентуют рекомендации, объясняют, почему ту или иную рекомендацию они разместили в таком порядке.



СЕССИЯ 7.

РИСКИ И УЯЗВИМОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ И ЖЕНЩИН, ВОВЛЕЧЕННЫХ В КОММЕРЧЕСКИЙ СЕКС, В ОТНОШЕНИИ СРЗ.

ЦЕЛЬ: Информирование участников о рисках для сексуального и репродуктивного здоровья наиболее уязвимых к ВИЧ групп, а так же о программе снижения вреда.

ВРЕМЯ: 1 час 30 мин

Материалы:

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ.

Тренер просит участников дать определение понятиям «риск» и «уязвимость». Если необходимо, тренер корректирует формулировки:

Риск – это вероятность инфицироваться ВИЧ или столкнуться с другими проблемами касательно СРЗ.

Уязвимость – это ряд факторов, которые снижают способность клиента избегать рисков.

2. ГРУППОВАЯ РАБОТА

Тренер объединяет участников в 4 группы. Задачи групп:

- Группа 1: Описать риски ПИН в отношении СРЗ.
- Группа 2: Описать факторы уязвимости ПИН в отношении СРЗ.
- Группа 3: Описать риски РКС в отношении СРЗ.
- Группа 4: Описать факторы уязвимости РКС в отношении СРЗ.

Участники работают 10 минут, затем переходят к другому плакату по принципу «карусели» и дополняют работы друг друга. Презентует работу та группа, которая работала над заданием изначально.

Тренер подводит итоги и обращает внимание группы на важность разработки стратегии преодоления рисков и факторов уязвимости.

3. РАБОТА В ПАРАХ

Тренер объединяет участников в пары. Задача каждой пары – подготовить обязательные пункты, которые должны войти в консультирование ПИН/РКС, если с ними предстоит работать по темам, указанным ниже:

- Консультирование по контрацепции (в т.ч. экстренной).
- Использование презервативов, лубрикантов и других техник защищенного секса.
- Консультирование по профилактике, диагностике и лечению ИППП, а также

профилактика рака шейки матки.

- Информация касательно влияния гормональных контрацептивов на менструальный цикл.
- Консультации по планированию семьи.
- Консультирование по вопросам сексуального здоровья во время беременности и снижению риска инфицирования ИППП/ВИЧ для матери и плода.
- Консультирование по безопасному аборту.
- Разработка стратегий по противодействию насилию среди секс-работников, поддержка их мобилизации, создание условий для предоставления услуг.
- Предоставление помощи будущей матери в прохождении дородового наблюдения, планировании родов, решении вопросов, которые возникнут после рождения ребенка .
- Предоставление услуг по работе с алкогольной/ наркотической зависимостью, информации по реабилитации.

Пара готовится в течение 10 мин и представляет результаты группе. Участники группы могут дополнять ответы и оценивать ответ по такой шкале:

а) точность поданной информации;

б) отсутствие утверждений с точки зрения морали (например, «ты же будущая мать!», «ты еще молода, чтобы начинать сексуальную жизнь» и т.д.).

Тренеру важно следить за тем, чтобы рекомендации носили не общий характер, а были адаптированы под потребности целевой группы (ПИН и/или РКС). Например,

- Если проводится консультирование по безопасному аборту, то необходимо обсудить виды наркоза, т.к. для потребительниц опиоидов дозировка может быть существенно выше.
- Если проводится консультация относительно рождения ребенка женщиной, зависимой от наркотиков, следует подготовить ее к уходу за ребенком.

Цель этого упражнения:

- научиться адаптировать материал под необходимую целевую группу;
- грамотно и безоценочно подавать материал.



СЕССИЯ 8.

ОТЛИЧИЯ ПОДРОСТКОВ РКС/ПИН ОТ ЭТОЙ ЖЕ КАТЕГОРИИ ВЗРОСЛЫХ.

ЦЕЛЬ: информирование участников об отличиях подросткового и взрослого рискованного поведения, а также об отражении этих особенностей на предоставлении услуг.

ВРЕМЯ: 1 час 30 мин

Материалы:

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ.

Тренер объединяет участников в четыре группы и просит выполнить задание, заранее подготовленное для каждой группы:

- Группа 1: Отличия молодых ПИН от взрослых.
- Группа 2: Отличия взрослых ПИН от молодых.
- Группа 3: Отличия молодых РКС от взрослых.
- Группа 4: Отличия взрослых РКС от молодых.

Итоги упражнения тренер подводит после того, как участники прослушают лекционный материал по результатам исследования.

2. ПРЕЗЕНТАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ МБФ «МЕЖДУНАРОДНЫЙ АЛЬЯНС ПО ВИЧ/СПИД В УКРАИНЕ «СТИЛЬ ЖИЗНИ И ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, ПРАКТИКУЮЩИХ РИСКОВАННОЕ ПОВЕДЕНИЕ» (2014)¹⁹ И РЕЗУЛЬТАТОВ БИО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ИССЛЕДОВАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ГРУПП РИСКА» (2014)²⁰.

Риски, связанные с инъекционным употреблением наркотиков среди молодых представителей групп риска:

- Средний возраст начала употребления подростками психоактивных веществ – 14-16 лет.
- Первое знакомство с наркотиками начиналось именно с неинъекционного употребления. Как правило, это марихуана, гашиш, таблетки (Сиган, Трамадол, Теофедрин) и ингалянты (клей).
- У большинства респондентов срок перехода от неинъекционных наркотиков к инъекционным составляет от 6 месяцев до 2 лет. Причинами перехода опрошенные называют желание получить более приятный эффект, пример друзей, а также авторитет и влияние окружения.

¹⁹ Краткие результаты операционного исследования «Стиль жизни и основные модели поведения подростков, практикующих рискованное поведение»/ М. Варбан, канд. психол. наук, А. Ганюков, канд. филос. наук, А. Денисюк, И. Жарук, Е. Пурик, канд. мед. наук, – К.: Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2014. – Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/children%20risk%20ukr.pdf>

²⁰ Аналітичний звіт «Дослідження серед підлітків груп ризику» (за результатами біоповедінкового дослідження 2014 року), М. Варбан, І. Жарук, Л. Шульга, О. Пурик, О. Балакірієва та інг.: МБФ «Міжнародний Альянс по ВІЛ/СНІД в Україні, 2014 г. – 216 с.



По данным исследований, потребителями инъекционных наркотиков является 7,5% всех опрошенных подростков групп риска.

Среди парней почти вдвое больше ПИН (8,6 %), чем среди девушек (4,7 %). Наибольшая доля ПИН – среди «детей улицы» (9,1 %), респондентов в возрасте 18-19 лет (18,2 %).

Наиболее распространенными опасными практиками в среде подростков-ПИН является совместное использование тары (80,8 %), жидкостей рабочего шприца (59,7 %) и предварительно наполненного шприца (56,7 %).

Кроме того, каждый пятый среди подростков-ПИН за последний месяц практиковал наркотические инъекции использованным шприцем (21,7 % среди тех, кто имеет опыт употребления инъекционных наркотиков).

Втягивание в наркотическую зависимость через социальное окружение вероятно для 43,6 % из всех опрошенных подростков, ведь именно такой их процент указал, что имеют знакомых ПИН, а 75,8 % имеют как минимум 1 знакомого потребителя неинъекционных наркотиков.

Среди подростков, у которых были постоянные сексуальные партнеры противоположного пола, каждый девятый имел партнера-ПИН.

Более половины сексуально активных подростков регулярно или, по крайней мере, периодически, практикуют незащищенный секс.

Дополнительным источником опасности с точки зрения распространения ВИЧ/СПИДа и ИППП является массовая полигамность сексуально активных подростков. В среднем за последние 12 месяцев опрошенные подростки, у которых когда-либо был секс, имели 5 сексуальных партнеров противоположного пола.

Наиболее распространенная причина отказа от использования презервативов среди подростков групп риска – непонимание важности их применения. Треть сексуально активных подростков не принимает никаких мер, чтобы обезопасить себя от инфицирования ИППП или ВИЧ, и, следовательно, подвергаются опасности инфицирования. Важно также понимать, что в среде детей улицы может быть различное значение, придаваемое сексуальному опыту.

1. Секс – поддержка

Детям, живущим на улице, крайне необходимо восполнить недостаток нормальных отношений, поскольку многие из них ушли из семьи или не имеют ее вообще. Секс-поддержка часто носит эксплуатационный характер, даже несмотря на то, что подобные отношения обеспечивают ребенка пристанищем, защитой и удовлетворением основных потребностей.

2. Секс – выражение силы

Иногда уличные дети используют секс для выражения физической силы. Дети младшего возраста уступают из-за страха быть избитыми. Некоторые мальчики-беспризорники рассказывали, что они занимались сексом с проститутками, потому что это является символом силы и означает, что ты «настоящий мужчина», а также, чтобы доказать друзьям собственную состоятельность. Секс используется, чтобы управлять другими уличными детьми, заставлять их подчиняться требованиям и уважать «иерархию» улицы.

3. Секс – посвящение

Этот вид секса используется для посвящения новичков в группу. Его предназначение – дать почувствовать новичкам «принадлежность к группе». Это путь к установлению порядка. Обычно детям, если они отказываются от такого секса, угрожают насилием. Большинство уличных детей рассматривают этот вид сексуального опыта, как неизбежный.

4. Секс – наказание

Когда возникает мнение, что ребенок «не соответствует» группе (нормам), его могут наказать, за то, что он не придерживается «правил». Сексуальное насилие используется как способ наказания уличных детей.

Каждый шестой из сексуально активных подростков имеет опыт предоставления сексуальных услуг за деньги или иное вознаграждение, причем среди девушек этот показатель достигает 26%. Впервые предоставление сексуальных услуг за вознаграждение среди многих опрошенных происходит в возрасте 13-15 лет. Занятие проституцией имеет преимущественно ситуативный, неорганизованный характер.

Риски, связанные с насилием.

Среди всех опрошенных респондентов 17,4 % указали, что подвергались физическому насилию, из них: 10,3 % респондентов физически принуждали к сексу; у 17,4% был секс по принуждению, когда респондент боялся реакции партнера в случае отказа; 10,2 % принуждали к сексу, который опрошенный подросток считал для себя неприемлемым; 9,5 % подростков групп риска заставляли заниматься сексом без презерватива.

Жертвами насилия были 8,6% юношей и 37,8% девушек. Каждый второй парень и каждая вторая девушка сообщили, что их принуждали к сексу без презерватива. Каждый восьмой парень и каждая четвертая девушка признались, что их заставляли заниматься сексом за деньги с другими лицами без желания самого респондента.

Материальное положение и источники существования молодых представителей ПИН и РКС.

Большинство молодых представителей групп риска проживают с родными. Более 30% получают от них финансовую поддержку. Более трети представителей целевой группы имеют опыт получения денежных средств с использованием противозаконных методов — с помощью краж, попрошайничества и предоставления сексуальных услуг за вознаграждение.

Выводы: молодые ПИН и РКС являются группой, в которой наблюдается высокий уровень рискованного поведения обусловленный возрастными характеристиками. Так, подростки могут встречаться с рискованными ситуациями впервые в жизни.

Таким образом, факторы, которые влияют на риски инфицирования ВИЧ среди молодых представителей групп риска, можно представить таким образом:

1. Высокий уровень потребления психотропных средств (слабоалкогольных напитков, ингаляторов, инъекционных наркотиков, при низком уровне использования стерильного инструментария, шприцев и игл).
2. Низкий уровень наличия постоянного полового партнера противоположного пола.

3. Раннее начало половой жизни.

4. Низкий уровень привлечения к профилактическим программам по ВИЧ /СПИДу.

5. Ниже среднего уровень интереса к поиску информации о безопасном сексе, безопасном употреблении наркотиков, лечении инфекций, передающихся половым путем, отношений мужчины и женщины, несмотря на достаточно высокий уровень пользования Интернетом.

6. Ниже среднего уровень пользования бесплатными презервативами .

7. Частые случаи приобретения шприцев и игл у друзей-наркопотребителей и полового партнера с целью употребления инъекционных наркотиков.

3. ЗАВЕРШЕНИЕ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ.

После того, как участники прослушали лекционный материал, тренер предлагает вернуться в группы и к обсуждаемому материалу упражнения 1. Тренер предлагает участникам пересмотреть подготовленные отличия с учетом новой информации и презентовать наработки всей группе.

Важный вывод данного упражнения состоит в том, что подростки, вовлеченные в коммерческий секс и употребление наркотиков, сталкиваются с четырьмя большими группами факторов риска:

- Риски, сопряженные с возрастом.
- Риски, обусловленные сексуальными практиками.
- Риски, обусловленные практиками употребления наркотиков.
- Риски, обусловленные социальными условиями жизни .

Если во время работы этот факт упускается из вида, представитель услуг становится неэффективным в своей работе.



СЕССИЯ 9.

РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ПИН.

ЦЕЛЬ: информирование участников о распространенных формах сексуальных дисфункций у клиентов-ПИН.

ВРЕМЯ: 120 мин.

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. ЛЕКЦИЯ ТРЕНЕРА (40 МИН.)

Сексуальная дисфункция – это проблема, возникающая в любой фазе цикла сексуального реагирования, которая мешает человеку или паре получать удовольствие от сексуальной активности. Важно отметить, что сексуальные дисфункции и их лечение – отдельная область науки. Советы социального работника не могут заменить квалифицированную врачебную консультацию, необходимую при сексуальных дисфункциях. Но социальный работник обязан знать и понимать причины их возникновения среди представителей уязвимых групп, осознавать возможность их появления в случае употребления препаратов в медицинских и немедицинских целях, сообщать клиентам о том, что большинство случаев сексуальной дисфункции поддаются лечению. Знания о человеческой анатомии, сексуальных функциях и изменениях, связанных с употреблением психоактивных веществ, могут помочь партнерам преодолеть тревожность по поводу сексуальной дисфункции и мотивировать их к лечению, сохранению сексуального здоровья, как и здоровья вообще.

Наиболее распространенные виды сексуальных дисфункций у женщин:

- **Расстройства влечения** – нет желания заниматься сексом;
- **Расстройства возбуждения** – отсутствие сексуальной реакции или отсутствие способности удержания возбужденного состояния.
- **Расстройства оргазма** – невозможность испытать оргазма или болезненный оргазм.
- **Боль во время секса (вагинизм)** – сильная боль во время или после проникающего секса, при котором происходит внезапное болезненное судорожное сокращение мышц, окружающих влагалище, возникающее в ответ на прикосновение к вульве или влагалищу, а также при попытке введения пениса. Половой акт с введением становится невозможным;
- Среди частых причин сексуальных дисфункций у женщин следует выделить: побочное действие некоторых лекарственных препаратов, хронические заболевания (например, диабет или высокое кровяное давление), употребление алкоголя, вагинальные инфекции, депрессия, беременность/роды/грудное кормление, менопауза (есть сухость влагалища или боль во время секса), стресс. При этом причины одной дисфункции приводят к другим, так как это звенья одного процесса.

Пример развития сексуальной дисфункции у женщин



Препараты, влияющие на сексуальные дисфункции у женщин: психоактивные вещества, антипсихотические препараты, барбитураты, бензодиазепины, антидепрессанты, амфетамины, гормональные препараты, оральные контрацептивы, антигистаминные, препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, антибиотики, транквилизаторы, снотворные и др.

У мужчин наиболее распространены четыре вида сексуальных дисфункций:

- **Снижение влечения (либидо)** – возникает спонтанно или в ответ на эротическую стимуляцию. Зависит от уровня тестостерона, питания, употребляемых препаратов, общего состояния здоровья, депрессии.
- **Эректильная дисфункция** – нейропсихологический процесс. Нарушения чаще всего связаны с сосудистыми, неврологическими и гормональными нарушениями, а также вследствие употребления наркотиков.
- **Расстройства эякуляции:** преждевременная эякуляция характеризуется отсутствием достаточного волевого контроля за реакцией оргазма, поэтому пик полового возбуждения у мужчины наступает слишком быстро; при замедленной эякуляции разрядка не происходит даже при длительном половом акте.
- **Расстройства оргазма (аноргазмия)** – отсутствие приятного ощущения, формирующегося в мозге практически одновременно с эякуляцией. Аноргазмия может быть физическим явлением вследствие снижения чувствительности в области пениса или нейропсихологическим явлением вследствие психологических нарушений или употребления психоактивных веществ.

Препараты, влияющие на сексуальные дисфункции у мужчин те же, что и у женщин.

Сексуальные дисфункции у потребителей наркотиков

У всех потребителей наркотиков есть равные шансы развития сексуальных дисфункций, как у мужчин, так и у женщин. Возраст и длительность употребления ПАВ не имеют значения.

У потребителей опиоидов сексуальные дисфункции встречаются чаще, чем у потребителей стимуляторов, как среди мужчин, так и среди женщин.

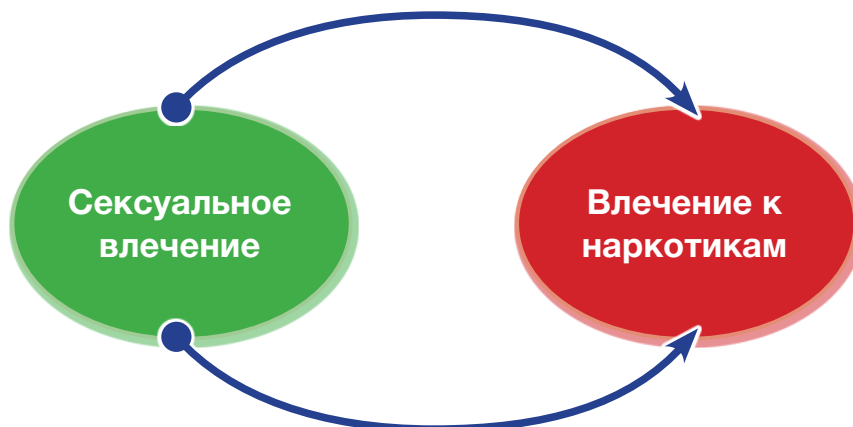
Употребление опиоидов у **женщин** вызывает временную аменорею и невозможность овуляции, в результате - неожиданная беременность. Чем старше женщина, тем выше шансы появления 12-месячной аменореи, вызванной менопаузой.

У **мужчин** употребление опиатов вызывает снижение уровня тестостерона. В результате: задержка эякуляции - 68%, снижение влечения - 35%, проблемы с потенцией - 49%. Восстановление функций происходит через некоторое время после прекращения употребления. У потребителей **стимуляторов** сексуальные дисфункции носят несколько другой характер.

Прежде всего, выделяется нарушение сексуального поведения в виде гиперсексуальности. В первую фазу опьянения тактильная стимуляция эйфории вызывает повторные ощущения распространения волны («прихода»), увеличивая интенсивность и длительность. Во время второй фазы происходит резкое усиление либидо и потенции на фоне ослабленного контроля. Поэтому возможны множественные сексуальные контакты, в том числе с незнакомыми партнерами. Эти явления усугубляются аддиктивной деформацией личности. Деформация проявляется в постоянной повышенной потребности в удовольствиях, что приводит к нарушению влечения. У потребителей стимуляторов наблюдается резкое снижение переносимости дискомфорта, низкие пороги восприятия психогенных раздражителей и повышенная психическая уязвимость.

Аддикция носит стойкий характер и вызывает выраженный эгоцентризм и мотивационный коллапс. Особенно сильно эта тенденция проявляется у **женщин**. Это связано с взаимозависимостью: сексуальной и эфедроновой. Ранние психологические травмы (детские и подростковые) ассоциируются с развитием зависимостей среди женщин, часто сопровождающиеся чрезмерной сексуализацией. Возможно формирование сексуально-химической аддикции.

Сексуально-химическая аддикция



СД вследствие заместительной поддерживающей терапии

У клиентов программ заместительной поддерживающей терапии метадон и бупренорфином могут наблюдаться сексуальные дисфункции, как вследствие неблагоприятного анамнеза жизни и психологического состояния, так и в результате лечения. Около 14% мужчин заявляют о сексуальных дисфункциях различного характера. Уровень удовлетворенности сексуальной жизнью среди тех, кто употребляет бупренорфин, более чем на 30% выше по сравнению с теми, кто употребляет метадон.

В обеих группах степень выраженности сексуальных дисфункций зависит от дозировки препарата.

Метадон при дозе 1, 2, 4, 8, и 16 мг/кг снижает сексуальное влечение и эректильные функции. Чем выше доза метадона, тем выше вероятность развития дисфункции оргазма. Использование метадона у женщин ассоциируется с сокращением количества сексуальных контактов и нарушениями оргазма.

С возрастом шансы развития сексуальных дисфункций увеличиваются.

Сексуальные дисфункции вследствие лечения ВААРТ

Как правило, мужчины, принимающие АРВ-терапию, больше подвержены сексуальным дисфункциям, чем мужчины, не получающие лечение. Однако, следует отметить, что достаточно высокий процент мужчин с положительным ВИЧ-статусом сталкиваются с проблемой сексуальных дисфункций до начала лечения (53% – 67%). Часто это связано с психологическими причинами или соматическими проявлениями ослабленного организма (беспокойство, бессонница, диарея, усталость, боль, проблемы со зрением, изменение вкусовых восприятий, неравномерное распределение веса и т.п.)

О влиянии ВААРТ на женщин ученые спорят. Некоторые говорят о том, что связи между терапией и сексуальными дисфункциями у женщин нет. Скорее всего в таком случае сексуальные дисфункции возникают с возрастом, с употреблением антидепрессантов.

2. РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ (20 МИНУТ)

На следующем этапе тренер предлагает группе поработать и обсудить вопрос: «Как понимание ситуации влияет на программы снижения вреда, ВААРТ, ЗПТ?».

Тренер объединяет участников в малые группы.

Группы получают инструкцию написать в левой части листа то, что необходимо знать социальным работникам для грамотного консультирования клиентов по сексуальному здоровью и почему? В правой – рекомендации для клиентов.

- Задания:
- Какую информацию необходимо учитывать социальным работникам, и какие рекомендации необходимо предложить клиентам-ПИН, употребляющим опиаты, во время консультации по сексуальному здоровью? (Учтите влияние употребления ПАВ у данной группы на сексуальное здоровье мужчин и женщин). Во время презентации обоснуйте, почему данная информация необходима?
- Какую информацию необходимо учитывать социальным работникам, и какие рекомендации необходимо предложить клиентам-ПИН, употребляющим

стимуляторы во время консультации по сексуальному здоровью? (Учтите влияние употребления ПАВ у данной группы на сексуальное здоровье мужчин и женщин). Во время презентации обоснуйте, почему данная информация необходима?

- Какую информацию необходимо учитывать социальным работникам, и какие рекомендации необходимо предложить клиентам, собирающимся стать участниками программы ЗПТ, во время консультации по сексуальному здоровью? Во время презентации обоснуйте, почему данная информация необходима?
- Какую информацию необходимо учитывать социальным работникам, и какие рекомендации необходимо предложить клиентам, готовящимся к приему ВААРТ во время консультации по сексуальному здоровью? Во время презентации обоснуйте, почему данная информация необходима?

3. ПРЕЗЕНТАЦИИ И ОБСУЖДЕНИЕ НАРАБОТОК ГРУПП (60 МИНУТ)

Пример результатов работы **первой группы**

ЗНАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ	РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛИЕНТОВ
• Опиаты уменьшают уровень тестостерона в организме, поэтому снижается либидо, происходит задержка эякуляции, возможны проблемы с потенцией. Из-за этого клиенты-мужчины часто отказываются использовать презервативы, что ведет к риску инфицирования ВИЧ, ИППП, гепатитами. • С постоянным партнером женщина-ПИН не рассматривает презерватив в качестве противозачаточного средства (из-за сложившихся стереотипов) и не использует другие виды контрацепции, так как употребление опиатов приводит к отсутствию месячных, в результате может возникнуть незапланированная беременность. • Степень выраженности дисфункций зависит от количества вещества, поступающего в организм.	• Использовать презерватив. Необходимо объяснять клиентам, что отказ от презерватива ведет к увеличению риска инфицирования ВИЧ, ИППП, гепатитами, незапланированной беременности. • Для женщин-ПИН важно использовать контрацепцию, так как отсутствие месячных на какой-то период не свидетельствует о невозможности зачатия. • Консультация врача-сексопатолога. • Консультация психолога. • Консультация о ЗПТ, • Консультация социального работника по другим сексуальным практикам.

Пример результатов работы **второй группы**

ЗНАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ	РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛИЕНТОВ
• Употребление стимуляторов часто повышает либидо и приводит к изменению поведения в виде гиперсексуальности, однако контроль снижается, возможны множественные половые связи в течении короткого времени. • Повышается риск незащищенных контактов. • Другие сексуальные дисфункции также возможны, особенно при длительном употреблении и с возрастом.	• Иметь презервативы в достаточном количестве и всегда пользоваться ими. • Перейти на контролируемое употребление ПАВ для снижения степени выраженности сексуальных дисфункций. • Посетить консультацию сексопатолога, нарколога.

Пример презентации **третьей группы**

ЗНАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ	РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛИЕНТОВ
• ЗПТ является признанным в мире методом лечения зависимости. Назначение данного вида терапии значительно улучшает качество жизни клиента и помогает ему социализироваться. • Препараты ЗПТ могут вызывать сексуальные дисфункции в разной степени выраженности у разных людей. Наиболее часто встречается нарушение влечения. Степень дисфункции зависит от дозировки препарата, возраста, исходного состояния здоровья.	• Возможно обсуждение проблем дисфункции с врачом наркологом (подбор дозы препарата). • Консультация врача-сексопатолога. • Консультация психолога. • Изучить возможности других сексуальных практик • В качестве метода контрацепции рекомендован презерватив, так как это единственный метод, гарантирующий профилактику заражения ВИЧ, ИППП, гепатитами.

Пример презентации **четвертой группы**

ЗНАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ	РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КЛИЕНТОВ
• ВААРТ является единственным на настоящий момент методом лечения ВИЧ-инфекции. Чаще всего сексуальные дисфункции в ситуации лечения препаратами этой группы связаны с психологическими проблемами и соматическим состоянием. • Для данной группы клиентов важно использовать презерватив не только для профилактики нежелательной беременности, а и с учетом вероятности мутации вирусов и развития устойчивости к препаратам у партнеров.	• Рекомендуется обратиться к психологу, сексопатологу, терапевту для лечения сопутствующих заболеваний. • Использовать презерватив для проникающих сексуальных контактов. • Изучить возможности других сексуальных практик.

Второй вариант:

Группам дается задание.

Составьте план консультации по кейсам:

- «Семен, 28 лет. Употребляет ширку последние 10 лет. Часто приходит на ПОШ с гражданской женой. От презервативов отказывается. В первой части консультации (сбор информации о клиенте) социальному работнику удалось выяснить, что Семен уже давно не испытывает полового влечения к своей партнерше и с большим трудом вспомнил, когда у него последний раз был секс».
- «Наталья, 21 год, студентка техникума. Приехала в город из небольшого поселка. Так сложилось, что в ее нынешней компании любят отдыхать и употреблять стимуляторы. Наталья серьезно обеспокоена своими сложными отношениями с молодыми людьми. Она встречается с Ильей и он ей нравится, но во время вечеринок у нее были отношения и с другими ребятами тоже. В момент трезвости эти отношения пугают ее и не приносят истинного удовлетворения, но остановиться тоже нет возможности...»
- «Александр, 34 года, употребляет ширку. За последние 15 лет по настоянию семь неоднократно лечился. Сейчас готовится стать клиентом ЗПТ. Надеется, что благодаря этой программе, сможет вернуться к нормальной жизни, снова обрести семью. Но от товарищей слышал, что на метадоне вообще нет секса. Получается, что полноценной семейной жизни не получится?»

Группы презентуют планы консультаций, дополняют друг друга. Важно отмечать, почему именно эту информацию они включили в свой план консультирования.

Далее в малых группах отрабатывается навык консультирования в парах. Затем в общей группе обсуждаются достижения и сложности.

Литература

- <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/124/582/431.pdf> 1973 г
- <http://cid.oxfordjournals.org/content/41/10/1517.full>
- Sexual behavior in heroin addiction and methadone maintenance. Cushman 3. New York State Journal of Medicine, Vol 72(11), Jun 1972, 1261-1265.
- Methadone Maintenance and Male Sexual Dysfunction. R, Balouseki S, Mundt M, Fleming M. Journal of Addictive Diseases [Volume 24, Issue 2](#), 2005, Pages 91 - 106
- Sexual Dysfunction and Psychological Distress in Methadone Maintenance 1992, Vol. 27, No. 11 , Pages 1325-1334 Spring W, Willenbring M, Maddux T.
- <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089209047354>
- Opiate use and sexual function. SM Mirin, RE Meyer, JH Mendelson and J Ellingboe. Am J Psychiatry 1980; 137:909-915
- Methadone Dose and Human Sexual Behavior. Crowley T, Simpson R. 1978, Vol. 13, No. 2 , Pages 285-295
- Hallinan R, Byrne A, Agho K, McMahon C, Tynan P, and Attia J. Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. J SexMed2008;5:684-692.
- <http://www.benthamscience.com/lddd/sample/lddd6-1/003AJ.pdf>

СЕССИЯ 10.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ. АЛГОРИТМЫ, ПРИНЦИПЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ.

ЦЕЛЬ: Обобщение основных принципов консультирования²¹.

ВРЕМЯ: 2 часа

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. ГРУППОВАЯ ДИСКУССИЯ.

Тренер предлагает участникам назвать ассоциации, связанные со словом «консультирование».

Примеры ответов могут включать:

- диалог;
- эффективное общение;
- конфиденциальность;
- разделение ответственности;
- повышение уровня знаний;
- поддержка;
- эмпатия;
- принятие;
- планирование.

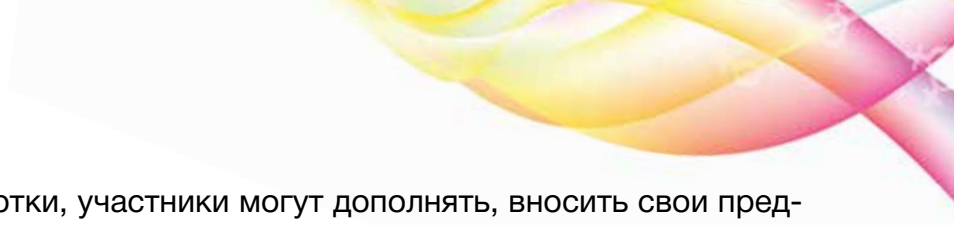
Затем тренер дает определение:

Консультирование – «конфиденциальный диалог» между клиентом и консультантом, помогающий человеку справиться со стрессом или поддержать, понять, помочь принять правильное осознанное самостоятельное решение.

2. РАБОТА В МАЛЫХ ГРУППАХ.

- Тренер объединяет участников в 4 группы для обсуждения следующих вопросов:
- Группа 1. Виды и принципы консультирования.
- Группа 2. Качества консультанта.
- Группа 3. Направленность консультирования.
- Группа 4. Алгоритм консультирования.

²¹ Данный тренинг рассчитан на специалистов обладающих навыками консультирования. Если этих знаний не достаточно, можно воспользоваться дополнительными материалами: Алгоритмы консультирования представителей целевых групп проектов снижения вреда. Пособие для социальных и аутрич-работников. – К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине», 2014. – 90 с. Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/alg.pdf>



Группы презентуют свои наработки, участники могут дополнять, вносить свои предложения. Задача тренера – резюмировать сказанное, используя материал ниже:

1. Виды консультирования:

- групповые консультации;
- индивидуальные консультации;
- семейное консультирование;
- консультирование пар.

2. Принципы консультирования:

- толерантность;
- конфиденциальность;
- клиент в центре внимания;
- разделение ответственности.

3. Качества консультанта:

- владение информацией;
- понимание особенностей целевой группы;
- знание этапов эффективного консультирования;
- избегание предположений о поведении клиента;
- поддержка клиента;
- обеспечение безопасности и конфиденциальности.

4. Направленность консультирования:

- предложение без навязывания;
- отвечает потребностям клиента;
- поддержка;
- поиск ресурсов клиента, где тот активно принимает участие в поиске решения;
- если есть возможность, консультант перенаправляет клиента и оказывает поддержку во время такого перенаправления

5. Алгоритм консультирования:

- установление контакта;
- прояснение запроса клиента;
- поиск решения;
- предоставление информации (если необходимо);
- планирование действий для достижения поставленной цели;
- завершение контакта.

Данный алгоритм отличается краткостью, четкостью, а также удобством использования социальным работником в контексте его профессиональной деятельности.

Далее вниманию участников представляется таблица, иллюстрирующая использование различных приемов на разных стадиях консультативного процесса.

Стадии и приемы консультирования

СТАДИЯ	КОНСУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЕМЫ
1. Установление контакта.	Уточнение, перефразирование (пересказ).
2. Прояснение запроса клиента.	Выслушивание (нерефлексивное слушание), уточнение, перефразирование (пересказ), отражение чувств, резюмирование.
3. Поиск решения.	Дальнейшее развитие мыслей, интерпретация, информирование.
4. Планирование действий.	Составление графика, «замедление» клиента (торопливость может помешать осуществить поставленные задачи).
5. Завершение контакта.	Резюмирование консультации клиентом и консультантом.

3. УПРАЖНЕНИЕ «ПАНТОМИМА».

Тренер предлагает участникам объединиться в четыре группы. Задача каждой группы - изобразить следующие принципы консультирования:

- группа 1 – конфиденциальность;
- группа 2 – толерантность;
- группа 3 – клиент в центре внимания;
- группа 4 – разделение ответственности.

После некоторой подготовки, группы демонстрируют свою работу. После того, как принципы будут «угаданы», участникам предлагается ответить на вопрос: «Почему данный принцип важен в консультировании ПИН/РКС в т.ч. подростков?».

После обсуждения тренер подводит итоги: консультации имеют огромное значение в работе с уязвимыми группами. Возможности консультаций обширные – повышение знаний о вопросах здоровья; прояснение проблемы, осознание проблемы, возможность совместного поиска вариантов решения. Одним из важных факторов консультирования является формирование предпосылок для изменения поведения с рискованного поведения на более безопасное.

4. РАБОТА В ГРУППАХ.

Тренер объединяет участников в четыре группы и просит написать на листе флипчарта ответ на вопрос: «Почему взрослым сложно говорить на тему секса с подростками?»

После обсуждения группы презентуют наработки, дополняя друг друга.

Важно напомнить участникам, выводы предыдущих сессий:

Подростки, вовлеченные в коммерческий секс и употребление наркотиков, сталкиваются с четырьмя большими факторами риска:

- риски, сопряженные с возрастом;
- риски, обусловленные сексуальными практиками;
- риски, обусловленные практиками употребления наркотиков;
- риски, обусловленные социальными условиями жизни.

Если консультант сосредотачивается только на возрастных характеристиках подростка, выпуская из внимания образ жизни подростка, то работа теряет свою эффективность.

После этого группам предлагается вторая часть задания: «Что необходимо предпринять, чтобы преодолеть барьеры в консультировании подростков?»

После того, как участники представят свои наработки, тренер подводит итоги дискуссии:

В работе с подростками важно учитывать все 4 категории рисков

- Во время работы с подростками важно удовлетворять потребность клиента, а не потребность консультанта
- Попытки апелляции к устоям в обществе и стереотипам, приводят к нарушению контакта и делают последующую работу невозможной.

Работа с трудными ситуациями

Как бы ни был хорош социальный работник или психолог, он/а может оказаться в сложной ситуации. Среди наиболее часто обсуждаемых ситуаций называют следующие:

- предоставление услуг по консультированию и тестированию на ВИЧ подросткам от 14 лет;
- выдача презервативов;
- выдача инъекционного инструментария;
- переадресация к врачам;
- консультирование по вопросам снижения вреда;
- консультирование по вопросам деторождения.

Некоторые аспекты регулируются законодательством, но в большинстве случаев действует правило: «Не запрещено, но и не разрешено». Именно для таких случаев рекомендуется воспользоваться следующими материалами:

1. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf
2. Integration of HIV and sexual and reproductive health and rights. Good Practice

guide. International HIV/AIDS Alliance, 2010. Available at [http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/416/507-Good-Practice-Guide-Integration-of-HIV-and-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-\(Black-_-White\)_original.pdf?1405586797](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/416/507-Good-Practice-Guide-Integration-of-HIV-and-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-(Black-_-White)_original.pdf?1405586797)

3. Підлітки груп ризику: Факти й оцінки. Юнісеф, 2014. Режим доступу: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/UA_Buklet_MARA.pdf

4. Жизнь детей и подростков, практикующих рискованное поведение/ И.Жарук, Л.Шульга, М.Варбан, Е.Пурик: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2014 г. - 16 с. Режим доступа: <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/2014/11122014/Zhizn%20detei%20i%20podrostkov.pdf>

5. Сложные решения: инструмент для работников, обеспечивающих уход и поддержку. Решение этических дилемм при уходе за детьми и членами семей представителей основных приоритетных групп: людей, живущих с ВИЧ, людей, употребляющих наркотики, секс-работников, трансгендерных людей, геев и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, 2014. – Режим доступа: <http://careworkerethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Difficult-Decisions-RUSSIAN-booklet-version-low-res1.pdf>

Резюме тренера: индивидуальный поход к целевой группе (с изучением поведенческих особенностей) позволяет разработать стратегию и тактику консультирования подростков ПИН и РКС. Традиционно сексуальное образование ориентировалось на потенциальные риски проявления сексуальности, такие как нежелательная беременность и ИППП. Такая негативная направленность зачастую пугает детей и подростков, более того, она не соответствует их потребностям в получении информации и выработке навыков, а в большом количестве случаев вообще не имеет отношения к их жизни.



СЕССИЯ 11.

ПОДГОТОВКА МОДЕЛЕЙ КОНСУЛЬТАЦИЙ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ПИН/РКС ПО ВОПРОСАМ СОХРАНЕНИЯ СРЗ.

ЦЕЛЬ: отработка навыков разработки моделей информационных занятий и консультаций молодых ПИН/РКС в контексте сохранения СРЗ.

ВРЕМЯ: 3 часа 30 минут.

ОПИСАНИЕ СЕССИИ:

1. Прежде чем участники начнут самостоятельно разрабатывать модели информационных занятий, тренер проводит **КРАТКУЮ ЛЕКЦИЮ/ПРЕЗЕНТАЦИЮ**.

- Тренинг (интерактивное занятие) – это специальная форма организации познавательной деятельности, имеющая конкретные и прогнозируемые цели.
- Такая форма работы дает обмен знаниями, идеями способами в совместной деятельности. Каждый вносит свой индивидуальный вклад в получение знаний.
- Стороны тренинга:
 - содержательная сторона (чему учить?);
 - процессуальная (как обучать?);
 - мотивационная (как активизировать деятельность?);
 - организационная (как структурировать деятельность тренера и участников).
- Этапы тренинга:
 1. анализ ситуации;
 2. планирование;
 3. подготовка;
 4. реализация;
 5. контроль;
 6. оценка.

1. Анализ ситуации:

- определить целевую группу;
- выявить истинную проблему, оценить ситуацию;
- изучить профессиональные обязанности участников;
- составить список задач;
- определить способы осуществимости тренинга.

2. Планирование:

- распределить приоритеты нужд тренинга;
- установить цели курса;
- составить учебный план;
- спланировать организационные вопросы;
- определить продолжительность и расписание курса;
- определить объем целевой группы, критерии отбора;
- определить систему контроля и план оценки (время\способ).

3. Подготовка:

- написать план занятий;
- выбрать подходящие методы преподавания, в зависимости от темы;
- подготовить наглядные пособия, раздаточный материал;
- разработать план оценки;
- выбрать подходящее место и помещение.

4. Применение полученного опыта на практике:

- Послетренинговый эффект сохраняется в течение трех месяцев. Поэтому необходимо начать применять на практике полученные знания. Как применяются знания: можно оценить при помощи мониторинга и оценки.

Каждый из этапов подготовки занятий тренер дополняет практическими примерами. Обсуждая раздел «анализ ситуации» важно отметить такие важные составляющие, как отличие в построение занятий для разных возрастных категорий, различия по половому признаку. Для создания комфортных условий обучения и конструктивной групповой динамики необходимо учитывать различия и потребности разных целевых групп. Например, девушек в возрасте 11-14 лет беспокоят проблемы, связанные с месячными, а юношей – с поллюциями.

2. РАБОТА В ГРУППАХ.

Участники объединяются в четыре малые группы:

- Группа 1 получает задание: «Разработать модель информационного занятия на тему «Употребление наркотиков и снижение вреда во время беременности».
- Группа 2 получает задание: «Разработать модель информационного занятия на тему «Профилактика ВИЧ/ИППП. Мотивация к использованию презерватива» (целевая группа на выбор).
- Группа 3 получает задание: «Разработать модель информационного занятия на тему «Профилактика абортов у подростков РКС».
- Группа 4 получает задание: «Разработать алгоритм консультирования на тему «Мотивация подростка РКС к использованию презерватива».

Участникам даются задания разработать информационное занятие или тренинг (в зависимости от целевой группы).



Для клиентов программ снижения вреда предполагаемое время занятия 90 минут. Они распределяются следующим образом: Знакомство и «ледоколы» – 15 минут; образовательная часть – 45 минут; подведение итогов обучения и ключевые факты – 20 минут; оценка – 10 минут. Необходимо представить план занятия и продемонстрировать его образовательную часть.

Группы демонстрируют план и образовательную часть. Результаты подготовки обсуждаются в ключе: «Что мне понравилось?», «Что можно было бы сделать по-другому?».

Тренер обращает внимание участников на то, что обычно занятия проводятся в паре, поэтому один из тренеров находится в роли наблюдателя. В этот момент он тоже может делать пометки и затем команда тренеров проводит анализ проведенного тренинга\занятия для улучшения его качества в будущем. Для обсуждения можно добавить вопросы: «Что пошло не так?», «Что было сложно?», «Достигнута ли цель?».



РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ №1

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

ПОЛ

Понятие «пол» подразумевает биологические характеристики (анатомические, физиологические и генетические), определяющие нашу принадлежность к числу мужчин или женщин.

ГЕНДЕР

Понятие «гендер» соответствует определению самим человеком или обществом мужских или женских характеристик. Гендерные роли — это социально и культурно обозначенные отношения, формы поведения, ожидания и обязанности мужчин и женщин. Гендерная принадлежность — это личное убеждение каждого из нас относительно принадлежности к мужскому или женскому полу; она определяет степень, в которой каждый человек считает себя мужчиной, женщиной или неким сочетанием того и другого.

СТЕРЕОТИП

Стереотип – это широко распространенное, фиксированное и упрощенное представление или идея о том, что представляет собой определенный человек или явление.

СЕКСУАЛЬНОСТЬ

Под сексуальностью понимается выражение принадлежности к мужскому или женскому полу, испытываемое человеком. К сексуальности относятся физические и биологические аспекты жизни (например, менструации, поллюции, беременность или сексуальные контакты), а также эмоциональные аспекты (например, привязанность к другому человеку, сексуальная ориентация), и социальные аспекты (например, поведение, соответствующее ожиданиям окружающих относительно норм поведения мужчин и женщин; сюда относятся также гендерные роли.

Сексуальность:

- включает в себя и разум, и тело;
- определяется нашими ценностями, отношениями, поведением, физическим внешним видом, убеждениями, эмоциями, личностью, предпочтениями и воспитанием в обществе;
- определяется социальными нормами, культурой и религией;
- включает в себя получение сексуального удовольствия самим человеком и его партнером, а также обеспечивает возможность продолжения рода;
- проявляется на протяжении всей жизни.

СЕКСУАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ

Гетеросексуальность — это эротическое или романтическое влечение к представителям противоположного пола. **Гомосексуальность** — это эротическое или романтическое влечение к представителям того же пола. **Бисексуальность** — это эротическое или романтическое влечение к представителям обоих полов.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Репродуктивное здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний или нарушений во всех областях, относящихся к репродуктивной системе, ее функциям и процессам. Следовательно, репродуктивное здоровье подразумевает возможность ведения приносящей удовлетворение и безопасной половой жизни, а также возможность рождения детей и свободу в принятии выбора относительно рождения детей, времени и периодичности их появления на свет. Это последнее условие подразумевает право мужчин и женщин получать информацию о применении безопасных, эффективных, доступных в финансовом отношении и приемлемых методов планирования семьи, выбранных ими, и их доступность... а также право доступа к соответствующим медицинским услугам, позволяющим женщинам безопасно пройти через период беременности и деторождения и дающим (семейным) парам оптимальные шансы на рождение здорового ребенка. В соответствии с приведенным выше определением понятия «репродуктивное здоровье» медицинская помощь по вопросам репродуктивного здоровья определяется как совокупность методов, способов и услуг, направленных на поддержание репродуктивного здоровья и благополучия путем предотвращения и решения проблем в области репродуктивного здоровья. (Согласно определению, принятому на Международной конференции по вопросам народонаселения и развития в г. Каире (Египет) в 1994 г., см. www.unfpa.org/icpd/summary.htm#chapter 7).

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Понятие «сексуальное здоровье» включает в себя аспекты сексуальности, не обязательно связанные с репродуктивными функциями (с продолжением рода). При этом признается тот факт, что люди могут заниматься сексом ради удовольствия, а не только с целью рождения детей, и что в связи с подобной сексуальной активностью у людей имеются определенные потребности, связанные с поддержанием здоровья.

Согласно определению Международной коалиции женского здоровья (МКЖЗ):

Понятие «сексуальное здоровье» подразумевает наличие ответственной, приносящей удовлетворение и безопасной сексуальной жизни. Для достижения сексуального здоровья необходимы позитивный подход к человеческой сексуальности и взаимное уважение между партнерами. Признавая сексуальное здоровье (и сексуальные права), системы здравоохранения и образования могут помочь в профилактике и лечении последствий сексуального насилия, принуждения и дискриминации, тем самым способствуя возможности получения всеми людьми удовольствия от здоровой сексуальности и признавая ее частью общего благополучия. (см.: IWHC. 2001. Sexual health. New York. www.iwhc.org/docUploads/FWCW%5FSexHealthfactsheet.PDF).

МКЖЗ описывает основные элементы сексуального здоровья следующим образом:

- сексуальная жизнь при отсутствии заболеваний, травм, насилия, инвалидности, неоправданной боли или риска смерти;
- сексуальная жизнь, свободная от страха, стыда, чувства вины и ложных представлений о сексуальности;
- возможность получать удовольствие от собственной сексуальности и контролировать рождение детей.

СЕКСУАЛЬНОЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

Определения «сексуальное здоровье» и «репродуктивное здоровье» пересекаются между собой. Во избежание путаницы и с целью обеспечения более полного охвата всех сфер, многие медицинские работники, лица, занимающиеся планированием семьи и разработкой политики, в настоящее время используют термин «сексуальное и репродуктивное здоровье», включающий в себя все, связанное и с сексуальным, и с репродуктивным здоровьем. Понятие «сексуальное и репродуктивное здоровье» может относиться к состоянию здоровья и благополучия, видам услуг или к «подходу» к оказанию услуг следующим образом:

Состояние здоровья и благополучия:

- физическое, психическое и социальное благополучие в отношении сексуальности и возможности воспроизведения (продолжения) рода;
- свобода получать удовольствие от сексуальных отношений, без страха перед наступлением беременности, заболеванием или злоупотреблением властью, принуждением к вступлению в половую связь или насилием;
- равноправие в сексуальных отношениях;
- уважение к целостности организма и право контролировать собственное тело.

Виды услуг для сохранения сексуального и репродуктивного здоровья:

- услуги, связанные с беременностью (оказание помощи в антенатальном и послеродовом периоде, экстренная акушерская помощь);
- профилактика и услуги по лечению ВИЧ-инфекции и ИППП;
- планирование семьи;
- помощь после аборта;
- интегрированные услуги (например, планирование семьи и профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП).
- И т.д.

Подход к оказанию услуг:

- то, каким образом происходит оказание услуг;
- вопросы, принимаемые во внимание или решаемые в процессе оказания услуг;
- новые способы оказания существующих услуг;
- мнения и отношения, определяющие то, каким образом происходит оказание услуг.

Среди подходов оказания услуг могут быть названы такие как:

- холистический (целостный), интегрированный подход к вопросам репродуктивного здоровья и оказания услуг;
- акцент на вовлечение партнера и коммуникацию;
- учет гендерных аспектов;
- ориентация на осознание сексуальности;

- учет ситуации, в которой происходит принятие решения (например, динамика гендерного распределения власти, бедность, бытовое насилие и другие уязвимые стороны);
- включение темы соблюдения прав человека в консультирование и другие услуги;
- вовлечение сообщества.

Компоненты оказания помощи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья

В соответствии с Программой действий, принятой на МКНР в 1994 г. (§§ 7.2, 7.3 и 7.6), оказание помощи по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья включает в себя следующие компоненты:

- предоставление информации, консультирования и услуг по планированию семьи;
- профилактика и лечение ИППП и инфекционных заболеваний репродуктивной системы;
- диагностика и лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа;
- оказание помощи в антенатальном, послеродовом периоде и во время родов;
- оказание медицинской помощи детям;
- оказание медицинской помощи при осложнениях после аборта;
- профилактика и лечение бесплодия;
- предоставление информации, обучение и консультирование по темам сексуальности, сексуального и репродуктивного здоровья и родительства;
- диагностика и лечение онкологических заболеваний.

(Адаптировано из: EngenderHealth. 2003. Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant Handbook. NewYork; а также International Conference on Population and Development [ICPD]. 1994. Programme of action.)

Раздаточный материал № 2: «Мужская половая система»

Раздаточный материал № 3: «Женская половая система»





Круглосуточный и бесплатный телефон
доверия по вопросам ВИЧ/СПИДа:

0 800 500 451



Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине