

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «23» декабря 2021 года
Протокол №154

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГЕНДЕРНОЕ НАСИЛИЕ

1. Вводная часть

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
T74.0	Оставление без внимания или заброшенность
T74.1	Физическая жестокость Побои: <ul style="list-style-type: none">• синдром истязания младенца или ребенка БДУ• синдром истязания супруги(а) БДУ
T74.2	Сексуальная жестокость
T74.3	Психологическая жестокость
T74.8	Другие синдромы жестокого обращения Смешанные формы
T74.9	Синдром неуточненного жестокого обращения Проявление: <ul style="list-style-type: none">• жестокого обращения со взрослым БДУ• жестокого обращения с ребенком БДУ
Y05	Сексуальное нападение с применением физической силы Включены: изнасилование (попытка), содомия (попытка)
Y06	Лишение ухода или оставление без присмотра
Y06.0	Супругом или партнером
Y06.1	Родителем
Y06.2	Знакомым или другом
Y06.8	Другими уточненными лицами
Y06.9	Неуточненным лицом
Y07	Другие формы плохого обращения Включены: <ul style="list-style-type: none">• психическая жестокость• физическая жестокость• сексуальная жестокость• мучения

Y07.0	Супругом или партнером
Y07.1	Родителем
Y07.2	Знакомым или другом
Y07.3	Официальными лицами
Y07.8	Другими неуточненными лицами
Y07.9	Неуточненными лицами
Y87.1	Последствия нападения
Z04.5	Обследование и наблюдение после другой причиненной травмы (Обследование жертвы или предполагаемого преступника после другой причиненной травмы)
Z04.4	Обследование и наблюдение при заявлении об изнасиловании или совращении
Z61.4	Проблемы, связанные с возможным сексуальным изнасилованием ребенка лицом, принадлежащим к группе первичной поддержки
Z61.5	Проблемы, связанные с возможным изнасилованием ребенка посторонним лицом
Z61.6	Проблемы, связанные с возможным физическим насилием по отношению к ребенку
Z62.0	Неадекватность заботы и контроля со стороны родителей
Z62.3	Враждебное отношение и несправедливые претензии к ребенку
Z62.4	Эмоциональная заброшенность детей
Z62.6	Неприемлемое давление со стороны родителей и другие отрицательные факторы воспитания
Z63.0	Проблемы, связанные с взаимоотношениями супругов или партнеров

NB! Могут быть использованы другие коды в зависимости от последствий гендерного насилия

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2019 год (пересмотр 2021 г.).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АКДС-вакцина	—	вакцина, адсорбированная против коклюша, дифтерии, столбняка;
АДС-М-анатоксин	—	ассоциированный дифтерийно-столбнячный анатоксин в малой дозе
АРТ	—	антиретровирусная терапия
БОМЖ	—	без определенного места жительства
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВНД	—	внутренние нормативные документы
ВПЧ	—	вирус папилломы человека
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	—	врач общей практики

ГН	—	гендерное насилие
ЗОЖ	—	здоровый образ жизни
ИППП	—	инфекции, передающиеся половым путем
ИПРС	—	индивидуальный план развития семьи
ИПР	—	индивидуальный план реабилитации
ИФА	—	иммуноферментный анализ
КЛДЖ	—	Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин
КОК	—	комбинированные оральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол и левоноргестрел
КП	—	клинический протокол
ЛНГ	—	левоноргестрел
ЛПСН	—	лицо, подвергшееся сексуальному насилию
ЛС	—	лекарственные средства
МИ	—	медицинские изделия
МЗ РК	—	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МО	—	медицинская организация
МСЭ	—	медико-социальная экспертиза
МКБ	—	Международная классификация болезней
НАО	—	некоммерческое акционерное общество
НКО	—	некоммерческая организация
НПО	—	неправительственная организация
ПКП	—	постконтактная профилактика
ПМСП	—	первичная медико-санитарная помощь
ПМПК	—	психолого-медико-педагогическая комиссия
ПСС	—	противостолбнячная сыворотка
ПСЧИ	—	противостолбнячный человеческий иммуноглобулин
РКИ	—	рандомизированные клинические исследования
СН	—	сексуальное насилие
СПИД	—	синдром приобретенного иммунодефицита
СОП	—	стандарт операционной процедуры
УПА	—	улипристал ацетат
ЦФЗОЖ	—	Центр формирования здорового образа жизни
WHO		World Health Organization

1.4 Пользователи протокола: акушеры-гинекологи, травматологи-ортопеды, хирурги, терапевты, педиатры, врачи общей практики, врачи/фельдшеры скорой медицинской помощи, инфекционисты, дерматовенерологи, организаторы здравоохранения, фельдшеры, акушеры, медицинские сестры, стоматологи, психологи и социальные работники.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

Таблица 1. Шкала уровней доказательности

УД	Характеристика исследований, которые легли в основу рекомендаций
A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов

1.7 Определение:

Насилие – это преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб^[4].

Гендерное насилие – любой совершенный на основании полового признака акт насилия, который причиняет или может причинить вред физическому, половому или психологическому здоровью женщины или страдания, а также угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или личной жизни^[5].

1.8 Классификация

Виды насилия^[4]:

✓ **покушение на собственную жизнь или здоровье:**

- суицидальное поведение (мысли о самоубийстве, попытки самоубийства, собственно самоубийство);

- жестокое отношение к себе/нанесение себеувечий;
- ✓ **межличностное насилие:**
 - насилие в семье и насилие над интимным партнером (жестокое обращение с детьми, насилие в отношении интимного партнера и жестокое обращение с пожилыми);
 - насилие в общине/насилие вне дома (акты насилия, совершаемые молодежью, случайные акты насилия, изнасилование и сексуальные домогательства со стороны незнакомых лиц, насилие в школах, учреждениях (местах работы), тюрьмах и домах престарелых);
- ✓ **коллективное насилие:**
 - социальное (преступления из ненависти, совершаемые организованными группами, террористические акты и преступления бандитских группировок);
 - политическое (войны и вооруженные конфликты, государственное насилие);
 - экономическое (нападения, осуществляемые большими группами людей, преследующих экономические выгоды).

Формы и контексты ГН в отношении женщин:

- ✓ «Насилие в отношении женщин, как подразумевается, охватывает следующие случаи, но не ограничивается ими:
 - a) **физическое, половое и психологическое насилие**, которое имеет место **в семье**, включая нанесение побоев, половое принуждение в отношении девочек в семье, насилие, связанное с приданым, изнасилование жены мужем, повреждение женских половых органов и другие традиционные виды практики, наносящие ущерб женщинам, внебрачное насилие и насилие, связанное с эксплуатацией;
 - b) **физическое, половое и психологическое насилие**, которое имеет место **в обществе** в целом, включая изнасилование, половое принуждение, половое домогательство и запугивание на работе, в учебных заведениях и в других местах, торговлю женщинами и принуждение к проституции;
 - c) **физическое, половое и психологическое насилие со стороны или при попустительстве государства**, где бы оно ни происходило (Статья 2 Декларация об искоренении насилия в отношении женщин)^[5].

- ✓ ГН нарушает многие права женщин, в том числе, право на жизнь, право не подвергаться пыткам или жестокому, негуманному или унижающему достоинство обращению или наказанию, право на равную защиту в соответствии с законом, право на равенство в семье или право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья (КЛДЖ 1992)^[5].
- ✓ Насилие в отношении женщин совершается в разных ситуациях – в семье, на работе, в школе или университете, на улице, в политической жизни или в государственных учреждениях, например, тюрьмах или учреждениях здравоохранения. Поэтому виновниками насилия могут быть **частные лица**, например, **интимные партнеры, другие члены семьи, знакомые, работодатели, коллеги по работе или незнакомые люди**, а также

должностные лица, сотрудники полиции, тюремные охранники или военнослужащие^[5].

- ✓ Домашнее насилие («насилие со стороны интимного партнера»^[5]) означает «все проявления физического, сексуального, психологического или экономического насилия в семье или семейном союзе или между бывшими или нынешними супругами или партнерами вне зависимости от того, проживает ли или проживал ли ранее виновник насилия вместе с пострадавшими». Две основные формы домашнего насилия - это насилие, совершающееся **интимным партнером** в отношении нынешнего или бывшего супруга или партнера, и **насилие с вовлечением разных поколений**, которое характерно для отношений детей и родителей (Статья 3 Стамбульской конвенции и Объяснительного отчета)^[5].
- ✓ ГН охватывает широкий спектр действий, причиняющих вред, в том числе, **физическое, сексуальное, психологическое и экономическое насилие**^[5].

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1 Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

Жалобы^[4]

Жалобы лица, пострадавшего от гендерного насилия, зависят от вида насилия:

- боль и травмы, связанные с физическим и сексуальным насилием;
- состояние депрессии;
- страхи;
- физическое неблагополучие вследствие голода.

Анамнез

Указание на факт/ы насилия с уточнением таких данных, как:

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

ВАЖНО!

Учитывая состояние жертвы насилия необходимо соблюдать правила проведения беседы с жертвой насилия (Приложение 1 к настоящему КП).

Физикальное обследование

ВАЖНО!

- описание объективного статуса должно включать в себя тип и количество повреждений, а также их расположение на теле человека. Медицинским работником в обязательном порядке проводится интерпретация соответствия имеющихся травм полученным объяснениям с записью в медицинской документации, которая может послужить доказательством в случае, если пострадавшая/ий решит подать судебный иск.
- медицинским работником проводится полный медицинский осмотр («с головы до ног») с соблюдением общих принципов по Рекомендациям ВОЗ (2013 год) согласно Приложению 2 к настоящему КП.
- для сбора образцов доказательств для судмедэкспертизы и проведения фотосъемки (в случае разрешения ЛПСН) приглашается специалист, имеющий квалификацию в области судебной медицины.

ВАЖНО!

- Симптомы и признаки насилия зависят от вида насилия, возраста (дети, взрослые, пожилые) и пола жертвы.

ВАЖНО!

К возможным **поведенческим чертам жертвы насилия** в семье относятся следующие признаки и симптомы:

- инстинктивно-субъективные расстройства: появляется чувство беспокойства, беспомощности, вспыльчивость, уныние, отсутствие выдержки, радости жизни, головные боли, разбитость, бессонница, страх, фрустрация;
- симптомы заторможенности и грусти: тревога, тяжесть на душе, элементы автоагressии с мыслями о самоубийстве, проявленная депрессия, эмоциональные расстройства (смех, плач), замедленное мышление, напряженная мимика, наморщенный лоб;
- симптомы защиты: жертва ощущает потребность в защите, поддержке, понимании, ищет поддержку у родственников, медицинскую помошь, самостоятельно не может справиться со своими страданиями, не может быть активным, сильным.

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

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

Возможные состояния и поведения ЛПСН

Примеры клинических состояний, связанных с насилием со стороны интимного партнера [2]:

- наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д. (необходимо указать характер, локализацию, размер, цвет);
- наличие повреждений в области наружных половых органов (промежности, девственной плевы, полового члена, мошонки): кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
- наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
- наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
- симптомы депрессии, тревожности, посттравматического стресса, нарушения сна;
- суицид или членовредительство;
- употребление алкоголя;
- необъяснимые симптомы хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта;
- необъяснимые симптомы со стороны репродуктивной системы, в том числе, боли в области таза, сексуальные расстройства;
- нежелательные результаты со стороны репродуктивной системы, в том числе, множественные незапланированные беременности и (или) прерывание беременности, слишком позднее обращение по беременности;
- осложнения течения беременности и родов;
- необъяснимые симптомы со стороны гинекологической или урологической системы, в том числе частые инфекции мочевого пузыря или почек или другие симптомы;
- неоднократные кровотечения из влагалища, прямой кишки и инфекции, передаваемые половым путем;
- хронические боли (необъяснимые);
- травматические повреждения, в частности, неоднократные или сопровождаемые неясными или невнятными объяснениями;
- расстройства центральной нервной системы: головные боли, сложности восприятия, утрата слуха, нарушение зрения;
- частые консультации врача без четкого диагноза.

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

Пациент выглядит испуганным, тревожным или подавленным;

- частое обращение к врачу с неясными симптомами;
- травмы разной локализаций на разных стадиях заживления;
- повреждения, не соответствующие рассказу ЛПСН;
- ЛПСН пытается скрыть повреждения или преуменьшить их серьезность;

- невыполнение назначений врача;
- частый пропуск приемов врача;
- редкое посещение/непосещение медицинских организаций;
- преждевременная выписка из больницы по собственному желанию.

Примеры поведения насильника:

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

Ни один из указанных выше признаков автоматически не означают, что пациент/ка подвергся/лась СН. Однако эти признаки должны вызвать подозрение.

Медикам следует попытаться встретиться с женщиной наедине и спросить ее о возможном насилии. Даже если в этот раз пациент не решится рассказать о насилии, но будет знать, что врач в курсе проблемы и сможет обратиться к нему позднее.

Последствия для здоровья насилия со стороны интимного партнера^[4]

Физические последствия насилия

- травмы брюшной полости и грудной клетки;
- синяки и рубцы;
- хронические болевые синдромы;
- потеря трудоспособности;
- фибромиалгия;
- переломы;
- желудочно-кишечные расстройства;
- синдром раздраженного кишечника;
- рваные раны и ссадины;
- ухудшение зрения;
- сниженное физическое функционирование.

Сексуальные и репродуктивные последствия насилия:

- гинекологические заболевания;
- бесплодие;
- воспалительные заболевания в области таза;
- осложнения в период беременности/выкидыши;
- сексуальная дисфункция;
- болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД;
- опасные аборты;

- нежелательная беременность.

Психологические и поведенческие последствия насилия:

- злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- депрессия и тревога;
- нарушение питания и сна;
- чувство стыда и вины;
- фобии и панические расстройства;
- физическая апатия;
- низкая самооценка;
- посттравматический стресс;
- психосоматические расстройства;
- курение;
- сунцидальное поведение и нанесение себе ущерба;
- небезопасное сексуальное поведение.

Летальный исход, как последствие насилия:

- смертность в результате прогрессирования ИППП;
- смертность при родах и во время беременности;
- убийство;
- самоубийство.

Таблица 3 Индикаторы жестокого обращения с пожилыми людьми^[4]

Признаки и состояния				
Относящиеся к пожилому человеку				Относящиеся к опекуну
Физические	Поведенческие и эмоциональные	Сексуальные	Финансовые	
<ul style="list-style-type: none"> • Жалобы на жестокое физическое обращение • Необъяснимые падения и травмы • Ожоги и синяки в необычных местах или необычного вида • Порезы, следы на пальцах или другие доказательства физического ограничения • Избыточный 	<ul style="list-style-type: none"> • Изменение режима питания или проблемы со сном • Страх, замешательство или покорный вид • Пассивность, избегание людей или увеличивающаяся депрессия • Беспомощность, чувство безнадежности или беспокойство • Противоречивые утверждения или другие 	<ul style="list-style-type: none"> • Жалобы на сексуальное насилие • Сексуальное поведение, нетипичное для данного пожилого человека • Необъяснимые изменения в поведении, такие как агрессия, избегание людей или нанесение себе увечий • Частые жалобы на боль в животе • Необъяснимые вагинальные или анальные 	<ul style="list-style-type: none"> • Частое снятие денег со счета, что нетипично для пожилого человека • Снятие денежных сумм, слишком больших для пожилого • Изменение завещания или права собственности на имущество, в результате чего дом или имущество оставляются «новым 	<ul style="list-style-type: none"> • Попечитель выглядит усталым или испытывающим стресс • Попечитель кажется чрезмерно обеспокоенным или, наоборот, беззаботным • Попечитель обвиняет престарелого в таких актах как невоздержанность • Попечитель ведет себя агрессивно • Попечитель

<p>повторный прием лекарств или недостаточны й их прием</p> <ul style="list-style-type: none"> • Истощение или обезвоженность организма без причин, связанных с болезнью • Свидетельства неадекватного ухода или плохой гигиены • Человек обращается за медицинской помощью к разным врачам или в разные медицинские центры 	<p>поведении, не связанные с психическим нездоровьем</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нежелание говорить открыто • Уклонение от физического или вербального контакта с попечителем, нежелание смотреть ему в глаза • Изоляция пожилого человека 	<p>кровотечения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Повторяющиеся генитальные инфекции ✓ Синяки в области груди или гениталий • Разорванное, запачканное или окровавленное нижнее белье 	<p>друзьям или родственникам »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Потеря имущества • Пожилой «не может найти» драгоценности или личные вещи • Подозрительная активность с кредитной карточкой • Отсутствие удобств, которые пожилой человек мог бы себе позволить • Отсутствие лечения, в том числе психических расстройств • Уровень ухода не соответствует доходу и имуществу пожилого 	<p>обращается с престарелым как с ребенком или животным</p> <ul style="list-style-type: none"> • Попечитель имеет опыт злоупотребления наркотиками, другими веществами или жестокого обращения с другими людьми • Попечитель не хочет, чтобы пожилого опрашивали одного • У попечителя оборонительная реакция, когда ему задают вопросы; враждебность или уклончивость • Попечитель ухаживает за пожилым уже долгое время
--	--	---	--	---

Признаки для выявления сексуального насилия детей:

Девочки в 1,5-3 раза чаще подвергаются сексуальному насилию, чем мальчики^[4].

В 80% случаев сексуальное насилие над ребенком совершается его родственником или знакомым.

Сексуальное насилие чаще всего происходит в семьях, где:

- патриархально-авторитарный уклад;
- плохие взаимоотношения ребенка с родителями, особенно с матерью;
- конфликтные отношения между родителями;
- мать ребенка чрезмерно занята на работе;
- ребенок долгое время жил без родного отца;
- вместо родного отца – отчим или сожитель матери;
- мать имеет хроническое заболевание или инвалидность и подолгу лежит в больнице;

- родители (или один из них) являются алкоголиками, наркоманами, токсикоманами;
- родители (или один из них) имеют психические заболевания;
- мать в детстве подвергалась сексуальному насилию и т.п.

Признаки перенесенного сексуального насилия:

- наличие телесных повреждений: ссадин, кровоподтеков, ран и т.д. (необходимо указать характер, локализацию, размер, цвет);
- наличие повреждений в области наружных половых органов (промежности, девственной плевы, полового члена, мошонки): кровоизлияний, разрывов, трещин, ссадин;
- наличие повреждений заднепроходного отверстия и прямой кишки: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
- наличие повреждений ротовой полости: кровоизлияния, ссадины, трещины, раны;
- следы спермы на одежде, коже, в области половых органов, бедер;
- заболевания, передающиеся половым путем;
- инфекции мочевыводящих путей;
- нервно-психические расстройства;
- психосоматические болезни (необъяснимые хронические боли внизу живота, дерматиты и др.).

Изменения личности и мотивации ребенка, социальные признаки:

- неспособность защитить себя, не сопротивление насилию и издевательству над собой, смирение;
- резкое изменение успеваемости (хуже или гораздо лучше);
- прогулы в школе, отказ и уклонение от обучения;
- отрицание традиций своей семьи вследствие несформированности социальных ролей и своей роли в ней, вплоть до ухода из дома (характерно для подростков);
- неспособность защитить себя, не сопротивление насилию и издевательству над собой, смирение;
- резкое изменение успеваемости (хуже или гораздо лучше);
- прогулы в школе, отказ и уклонение от обучения;
- отрицание традиций своей семьи вследствие несформированности социальных ролей и своей роли в ней, вплоть до ухода из дома (характерно для подростков).

Изменения самосознания ребенка, появление невротических и психосоматических симптомов:

- падение самооценки;
- мысли о самоубийстве, попытки самоубийства;
- боязнь оставаться в помещении наедине с определенным человеком;

- боязнь раздеваться (например, может категорически отказаться от участия в занятиях физкультурой или плаванием, или снимать нижнее белье во время медицинского осмотра).

Особенности психического состояния и поведения ребенка

Дети дошкольного возраста:

- ночные кошмары;
- страхи;
- регressive поведение (поступки, характерные для более младшего возраста);
- не свойственные возрасту знания о сексуальном поведении, а также сексуальные игры с самим собой, сверстниками или игрушками;
- открытая мастурбация.

Дети младшего возраста:

- резкое ухудшение успеваемости;
- невозможность сосредоточиться;
- не свойственные возрасту знания в половых вопросах, сексуально окрашенное поведение;
- гнев, агрессивное поведение;
- ухудшение взаимоотношений со сверстниками и родителями, не являющимися насилиниками;
- деструктивное поведение;
- мастурбация.

Подростки:

- депрессия;
- низкая самооценка;
- агрессивное, антисоциальное поведение;
- затруднения с половой идентификацией;
- сексуализированное поведение;
- угрозы или попытки самоубийства;
- употребление алкоголя, наркотиков;
- проституция, беспорядочные половые связи;
- уходы из дома;
- насилие (в том числе сексуальное) по отношению к более слабым.

Последствия насилия в отношении детей

Основные последствия сексуального насилия:

- сексуализированное поведение (например, интерес у ребенка к фильмам эротического и порнографического характера, имитация полового акта с помощью кукол);
- нарушение эмоционально-волевой сферы;
- не уверенность в себе, заниженная самооценка;

- агрессивность (часто немотивированная);
- нарушение познавательной деятельности;
- опыт сексуального насилия, перенесенного в детстве или подростковом возрасте, повышает риск стать жертвой сексуального насилия в зрелом возрасте.

ВАЖНО!

Постнатально приобретенная гонорея, сифилис, хламидийная инфекция, неперинатально приобретенный ВИЧ свидетельствуют о сексуальном насилии^[24].

Хламидийная инфекция может свидетельствовать о сексуальном насилии у детей ≥ 3 лет и среди детей в возрасте до 3 лет, когда вероятность инфицирования перинатальным путем маловероятна^[34].

Сексуальное насилие следует подозревать при генитальном герпесе, *Trichomonas vaginalis* и *Condylomata acuminata* (аногенитальные бородавки) [34].

В случаях, когда у ребенка была диагностирована любая ИППП, следует проводить консультацию со специалистом для оценки возможности сексуального насилия, включая сбор анамнеза и физическое обследование на предмет наличия доказательств насилия и диагностического тестирования для других часто встречающихся ИППП. Исключение составляет генитальное инфицирование *T. vaginalis* или ректальное/или генитальное инфицирование *C. trachomatis* у детей раннего возраста, которые могут быть результатом перинатально приобретенной инфекции, и в некоторых случаях хламидийной инфекции могут сохраняться в течение 2-3 лет^[34].

Признаки для выявления насилия у лиц с инвалидностью с отсутствием зрения, слуха

Важно знать!

- Жертвой насилия может стать не только ослабленный, одинокий и социально уязвимый, но и живущий полной жизнью, самостоятельный и не требующий постоянного ухода лицо с инвалидностью.

- Предпосылкой для формирования жестокого обращения является зависимость агрессора или лица с инвалидностью (материальная, жилищная и т.п.), а также в качестве факторов риска насилия со стороны совместно проживающих людей могут выступать когнитивные и физические отклонения у опекаемых.

- К наиболее уязвимой группе в отношении насилия относятся лица с инвалидностью, имеющие серьезные функциональные и психические расстройства, нарушения слуха, зрения, речи, интеллекта, имеющие ограничения или полное отсутствие способности к самостоятельному передвижению и другие характеристики, затрудняющие коммуникацию с ними и приводящие к накоплению у заботящегося о них человека напряжения и агрессии в отношении них.

В качестве агрессоров по отношению к лицам с инвалидностью чаще всего называются:

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

Сложность диагностирования фактов жестокого обращения с лицами с инвалидностью в семье связана с такими причинами, как:

Во-первых, люди с инвалидностью опасаются доставить своим родственникам дополнительные хлопоты, ухудшить свое положение в семье, остаться в одиночестве.

Во-вторых, в том случае, когда насилие совершается членом семьи (супругом(ой), взрослыми детьми и др.), жертва испытывает чувство стыда, беспомощности, унижения, неуверенности в собственных чувствах и ощущениях, опасение быть непонятым.

В-третьих, недостаток информации о деятельности специализированных служб, горячих линий, возможностях получения поддержки извне заставляет многих людей с инвалидностью, испытывающих жестокое обращение по отношению к себе, молчать о «чисто семейных» конфликтах. Кроме того, многие жертвы домашнего насилия боятся лишиться часто единственного родственника, осуществляющего уход и присмотр за ними, перевода в дом-интернат для инвалидов.

ВАЖНО!

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

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

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

К признакам насилия над лицом с инвалидностью относятся:

- утаивание еды, воды и лекарств и т.д.
- лишение лица с инвалидностью необходимых ему вещей (очки, слуховых аппаратов или ходунков);

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

ВАЖНО!

При определении признаков и симптомов жестокого обращения с лицами с инвалидностью необходимо учитывать его тип.

Последствия пережитого физического насилия включают наличие синяков, кровоподтеков, следов от ударов, веревок, порезов, колотых, рваных ран или незалеченных травм в разных стадиях заживления, сломанных костей, включая череп, растяжений, вывихов или внутренних травм, сломанных очков или зубов.

Признаками сексуального надругательства являются синяки в районе грудной клетки и гениталий, необъясненные венерические заболевания и инфекции, вагинальные и анальные кровотечения, порванное или грязное нижнее белье, заявления лица с инвалидностью о сексуальном надругательстве над ним.

Эмоциональная или психологическая жестокость проявляется в его подавленности, взволнованности, параноидальном поведении жертвы, отсутствии желания общаться, отвечать на вопросы, демонстрации необычного поведения, например, раскачиваний или укусов.

К признакам пренебрежения заботой могут относиться обезвоживание организма, недоедания, запущенные медицинские проблемы, пролежневые язвы, плохая личная гигиена, антисанитарные или опасные условия проживания, умышленное оставление инвалида в больнице, торговом центре или других общественных местах.

Признаки финансовой эксплуатации проявляются внезапными изменениями на банковском счету (необоснованное снятие большой суммы денег, появление дополнительных имен на банковской карточке), изменениями в завещании или других финансовых документах, исчезновением ценного имущества, неоплаченными счетами, плохим медицинским уходом при наличии необходимых средств, подделкой подписи, внезапным появлением новых родственников, оплатой ненужных услуг и т.д.

Следствием жестокого обращения с лицами с инвалидностью могут стать долговременные физические и психологические проблемы здоровья,

включающие необратимые физические нарушения, лекарственную и алкогольную зависимость, ослабление иммунной системы, хронические нарушения, связанные с приемом пищи и неполноценным питанием, причинение себе вреда и безразличие к себе, депрессию, чувство страха и постоянную тревогу, склонность к самоубийству и смерть.

Лабораторные исследования:

- микроскопия мазка и тампона на наличие спермы (кожные покровы, слизистые, влагалище, прямая кишка, ротовая полость): наличие спермы.

Инструментальные исследования:

- осмотр на зеркалах влагалища: наличие повреждений в области девственной плевы, влагалища;
- инструментальное ректальное обследование: наличие повреждений прямой кишки.

Консультации специалистов(при наличии медицинских показаний):

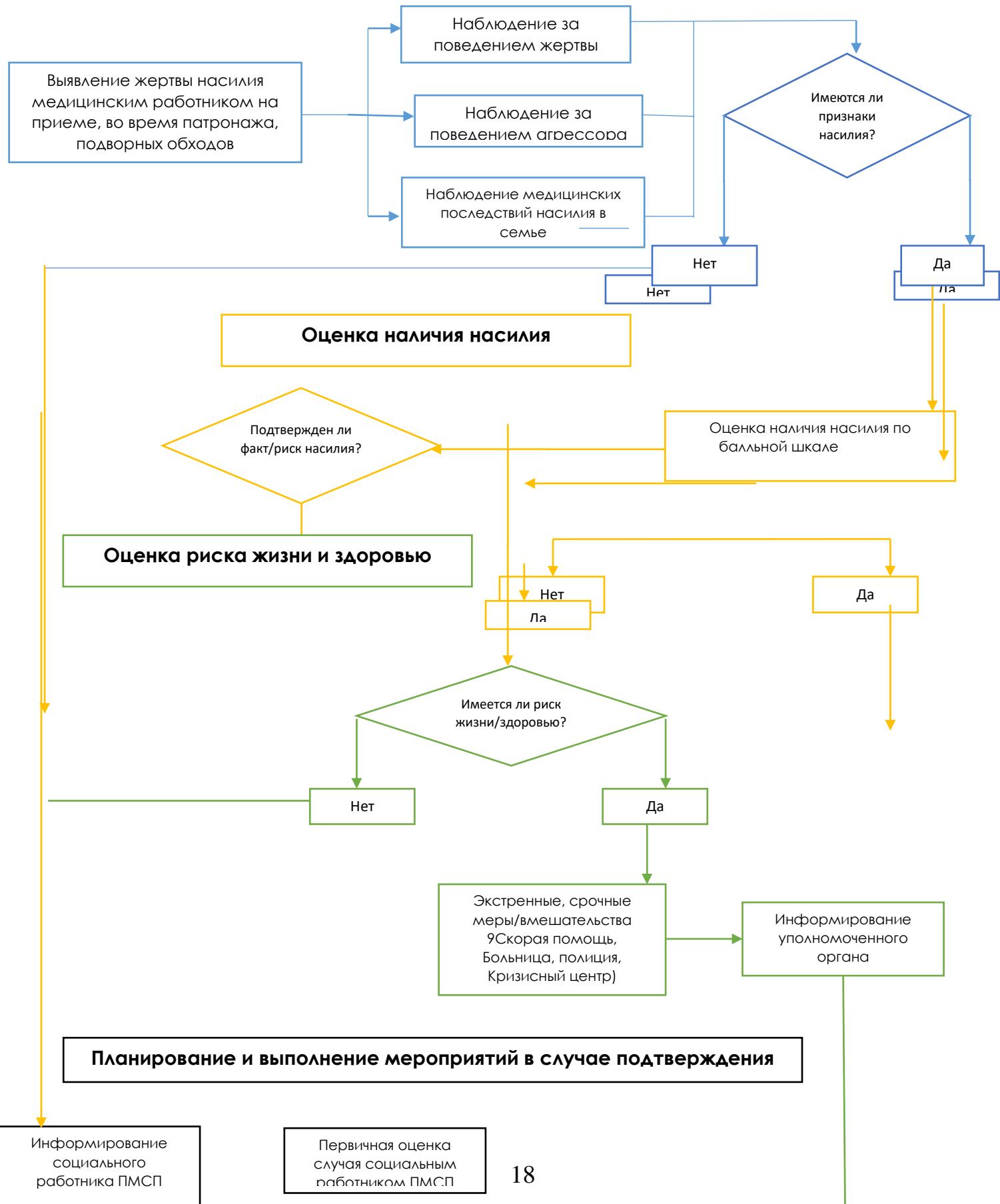
- консультация нейрохирурга;
- консультация хирурга;
- консультация травматолога;
- консультация уролога;
- консультация офтальмолога;
- консультация акушера-гинеколога;
- консультация проктолога.

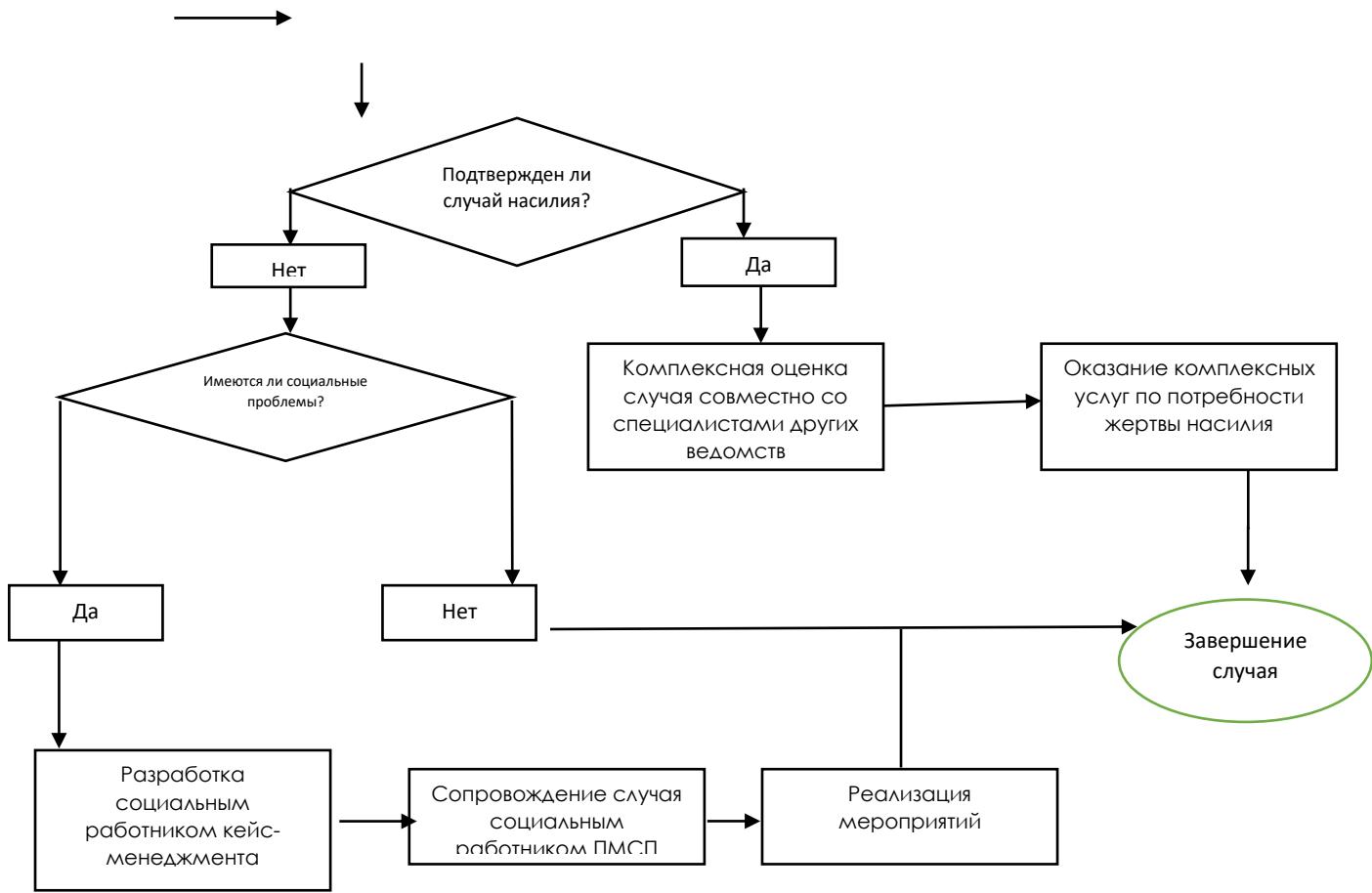
2.2 Диагностический алгоритм:

Бизнес-процессы предоставления комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия



Выявление жертвы насилия





ВАЖНО!

Медицинская организация обеспечивает:

- предоставление комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия согласно настоящему КП;
- алгоритм ведения случая согласно настоящему КП.

ВАЖНО!

Действия при осмотре женщин-жертв сексуального насилия должны включать^[4]:

- полное описание случая, с приведением всех собранных свидетельств;
- запись истории гинекологических заболеваний жертвы и применяемых ею контрацептивов;
- стандартную запись результатов полного физического обследования;
- оценку риска беременности;
- проверку на наличие болезней, передаваемых половым путем, включая проверку на ВИЧ, и лечение этих болезней;
- предоставление неотложной контрацепции;
- консультирование по поводу абортов;
- обеспечение психологической поддержки и направление к врачу-специалисту.

ВАЖНО!

Алгоритм действий медицинского персонала по выявлению жертвы насилия, оценке наличия насилия и реагированию на насилие представлен в Приложениях 3 – 10 к настоящему клиническому протоколу.

ВАЖНО!

В соответствии с Кодексом «О здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан» от 7 июля 2020 года №360-VI медицинские работники должны получить документированное информированное согласие ЛПСН в отношении всех аспектов консультации:

- пациентом подписывается информированное согласие при инвазивных вмешательствах (Приложение 11 к настоящему КП);
- если ЛПСН является несовершеннолетним, согласие должно быть получено от родителей, опекунов/попечителей или иных законных представителей ребенка (усыновители/удочерители, патронатные воспитатели);
- в случае недееспособности ЛПСН согласие должно быть получено от его опекуна или другого законного представителя;
- в случае поступления ЛПСН в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю, получение согласия не требуется. Однако, когда состояние пациента восстановится, он и/или его законный представитель информируется об оказанной медицинской помощи с обязательным документированием записью в медицинской документации.

2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Дифференциальный диагноз: ГН приводит к различным заболеваниям (различные раны, различные переломы, заражение различными инфекционными заболеваниями, различные психические состояния и т.д.) жертвы, дифференциальная диагностика которых проводится в соответствии с утвержденными клиническими протоколами.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Медицинский работник обеспечивает лицу, определенному как жертва насилия:

- медицинскую помощь (обследование и лечение);
- эмоциональную поддержку;
- тщательное документирование случая;
- информирование/отчеты;
- направление в другие службы (по потребности пациента).

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

- выявление физических повреждений, которые требуют медицинской помощи;

- выявление последствий изнасилования: беременность, ИППП;
- сбор доказательств, если таковые имеются, для возможного возбуждения уголовного дела.

3.1 Немедикаментозное лечение:

Режим:

- общий (при удовлетворительном состоянии);
- полуостельный (при состоянии средней степени тяжести);
- постельный (при тяжелом/крайне тяжелом состоянии).

Диета:

- Диета: стол №15 (общий).

Оказание психологической помощи:

Первая психологическая помощь включает следующие элементы:

- обеспечение практического ухода и поддержки без назойливости;
- оценка потребностей и вопросов, вызывающих озабоченность;
- помощь в удовлетворении базовых потребностей (например, в пище и воде, в информации);
- готовность выслушать, не принуждая говорить;
- утешение и помощь ЛПСН в том, чтобы они успокоились;
- помощь в получении необходимой информации, доступа к услугам и социальной поддержки;
- защита от дальнейшего вреда;
- оказание социальной помощи.

Психологическое сопровождение пострадавшего лица – оказание психологической поддержки обученным специалистом (психологом, социальным работником, врачом-гинекологом) в течение всего периода расследования случая и обращения в суд.

✓ оказание специальных социальных услуг по потребности пациента согласно Приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения».

Психологическое консультирование ЛПСН – процесс работы с основными психологическими проблемами, мешающими процессу выздоровления и, таким образом, снижающими качество жизни. Наиболее частыми психологическими проблемами у пострадавших от изнасилования становятся заниженная психическая и физическая самооценка, связанные с этим чувства стыда и вины, беспомощность, негативное отношение к телу, отсутствие доверия к себе и миру, страх близких отношений.

Врачом проводится информирование жертвы, в рамках компетенции медицинского работника, относительно насилия, а именно:

- 1) объяснение феномена насилия;

- 2) о возможных последствиях для жертв или свидетелей насилия, в том числе для детей;
- 3) о правах жертвы насилия;
- 4) об услугах, которыми может воспользоваться жертва насилия.

Психологическая помощь ЛПСН оказывается в соответствии с «Алгоритмом психологического сопровождения жертв гендерного насилия»***.

3.2 Медикаментозное лечение:

Экстренная профилактика столбняка:

Экстренная профилактика столбняка проводится при получении ранений и травм с нарушением целостности кожного покрова и слизистых. Экстренная иммунофилактика осуществляется дифференцированно в зависимости от предшествующей иммунизации пациента против столбняка путем введения АКДС-содержащей вакцины, АДС-М, противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (далее – ПСЧИ), ПСС^[19, 41].

Экстренная активно – пассивная профилактика у ранее не привитых людей не гарантирует во всех случаях предупреждение столбняка, кроме того, она сопряжена с риском немедленных и отдаленных реакций, а также осложнений в ответ на введение ПСС^[20, 41]. Для исключения повторного введения ПСС в случае новых травм всем лицам, получившим активно-пассивную профилактику, необходимо обязательно закончить курс активной иммунизации путем однократной ревакцинации АС – анатоксином или АДС-М – анатоксином.

Таблица экстренной специфической иммунизации против столбняка при травмах^[19, 41]

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

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

ВАЖНО!

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

Доза ПСЧИ препарата удваивается в следующих случаях:

- рваные или инфицированные раны;
 - позднее (более 24 часов после ранения) введение ПСЧИ;
- У взрослых лиц, имеющих вес значительно выше среднего.

Постконтактная профилактика ВИЧ инфекции^[13, 23]

- обследование ЛПСН на ВИЧ проводится в соответствии с приложением 12 к настоящему КП;
- постконтактная профилактика ВИЧ инфекции – короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования.

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

NB! Очень важно установить ВИЧ-статус насильника, если это невозможно, то считают насильника ВИЧ-инфицированным.

ВАЖНО!

Рекомендации при проведении ПКП:

- находиться под постоянным наблюдением специалиста по ВИЧ-инфекции и посещать врача еженедельно;
- избегать половых контактов или использовать презерватив для предупреждения заражения партнера;

- использовать методы контрацепции;
- исключить донорство крови и органов;
- прекратить кормление грудью.

Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции [13, 23].

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

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

✓ Альтернативные схемы АРТ:

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

Специфическое лечение ИППП [12, 24- 29]

- профилактическая помощь при ИППП проводится при первичном обращении (до 24 часов после СН).

У мужчин:

- ЛПСН выпускает мочу, моет руки, затем тщательно обмывает теплой водой с мылом половой член, мошонку, бедра и промежность;
- после обсушивания салфеткой те же места протирают ватным тампоном, пропитанным раствором 0,05% хлоргексидина;
- в уретру с помощью глазной пипетки вводят раствор 0,05% хлоргексидина, слегка массируя наружное отверстие уретры. После введения раствора посетителю рекомендуют не мочиться в течение 2-3 часов;

ЛПСН выдают стерильную марлевую салфетку для защиты половых органов от загрязненного белья, которое рекомендуется сменить.

У женщин:

- ЛПСН выпускает мочу, тщательно моет руки, а затем обмывает теплой водой с мылом половые органы, бедра, промежность;
- после высушивания салфеткой те же места тщательно протирают ватным тампоном, пропитанным раствором 0,05% хлоргексидина;
- спринцевания влагалища производят раствором 0,05% хлоргексидина с последующим введением в уретру с помощью глазной пипетки раствора 0,05% хлоргексидина.

ЛПСН выдают стерильную марлевую салфетку для защиты половых органов от загрязненного белья, которое рекомендуется сменить.

Рекомендуемый эмпирический антимикробный режим для хламидиоза, гонореи и трихомониаза:

- цефтриаксон 250 мг в/м в разовой дозе + Азитромицин 1 г перорально в разовой дозе + Метронидазол 2 г перорально в разовой дозе/или Тинидазол 2 г перорально в разовой дозе^[30].

Препаратом выбора для лечения хламидийной инфекции, уреамикоплазмоза является доксициклин:

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

Альтернативные препараты для лечения хламидийной инфекции:

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

Превентивное лечение сифилиса у взрослых:

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

NB! Предпочтительным является однократное введение дюрантного пенициллина (бензатин бензилпенициллина*);

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

Расчет препаратов пенициллина для лечения детей проводится в соответствии с массой тела ребенка:

- в возрасте до 6 месяцев натриевую соль пенициллина применяют из расчета 100-150 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
- в возрасте старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
- в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела в сутки;
- суточную дозу новокаиновой соли пенициллина и разовую дозу дюрантных препаратов применяют из расчета 50 тыс. ЕД/кг массы тела;
- суточная доза делится на 6 равных разовых доз для водорастворимого пенициллина и на две дозы для новокаиновой его соли.

Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо уменьшение кратности введения пенициллина до 4 раз в сутки. Во избежание токсической реакции вследствие массовой гибели бледных трепонем после первых введений пенициллина (реакция обострения Герксгеймера-Яриша-Лукашевича) в первые сутки лечения разовая доза пенициллина не должна превышать 5000 ЕД на инъекцию. После каждой инъекции в первые сутки необходима контрольная термометрия и наблюдение за соматическим состоянием ребенка^[27].

Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет. Для детей более старшего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени контакта ребенка с больным^[27, 35].

Для терапии **гонореи** у детей с массой тела более 45 кг следует использовать основные и альтернативные схемы терапии, рекомендованные для лечения гонореи у взрослых. Для терапии неосложненного гонококкового вульвовагинита, эндоцервицита, уретрита, фарингита и проктита у детей с массой тела менее 45 кг используют основную схему выбора:

- цефтриаксон 125 мг в/м однократно.

В то же время эта схема может оказаться недостаточно эффективной при лечении гонококкового фарингита.

Цефтриаксон является антибиотиком выбора для терапии любых форм гонореи у детей. Другой антибиотик из группы цефалоспоринов третьего поколения цефотаксим может применяться только для лечения гонококкового конъюнктивита.

Контрольное культуральное исследование для подтверждения выздоровления после завершения лечения не проводится, если в терапии гонореи у детей использовался цефтриаксон.

Все дети должны быть обязательно обследованы на сифилис и хламидийную инфекцию^[27].

При выявлении **хламидийной инфекции** у детей предподросткового возраста необходимо иметь в виду возможность сексуального насилия, хотя при перинатальной передаче *C. trachomatis* может выявляться в носоглотке, урогенитальном тракте и прямой кишке и по прошествии года после заражения.

Рекомендованные схемы:

- дети с массой тела <45 кг: эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней;
- дети, которым исполнилось 8 лет, или дети моложе 8 лет, но масса тела которых >45 кг: используются такие же схемы лечения азитромицином, как и при лечении взрослых^[29].

Экстренная профилактика вирусного гепатита В^[19, 39, 40, 42, 43]:

- определяется иммунный статус ЛПСН в отношении гепатита В по результатам лабораторного исследования на маркеры гепатита В методом ИФА.

- вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ.
- лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.
- если ЛПСН не иммунизирован, немедленно (**не позднее 24 часов от момента контакта**) проводится специфическая иммунопрофилактика против гепатита В^[22].

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

- дети до шести лет, не вакцинированные при рождении – 0-2-4 с интервалами между прививками – два месяца;
- ранее не вакцинированные дети старше шести лет и взрослые – 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками – один месяц, между второй и третьей – пять месяцев^[20, 31].

Профилактика нежелательной беременности:

Для экстренной контрацепции нежелательной беременности при информированном согласии ЛПСН согласно рекомендаций ВОЗ используются следующие схемы приема препаратов:

Название препарата	Схема приема
Улипристал ацетат [10]	30 мг внутрь однократно ^[10] ;
✓ Левоноргестрел [9, 10,11]	внутрь однократной дозой 1,5 мг ^[9, 10,11] либо, в качестве альтернативного варианта, ЛНГ принимается двумя дозами по 0,75 мг каждая с интервалом 12 часов ^[9, 10,11] ;
Комбинированные оральные контрацептивы, содержащие этинилэстрадиол и левоноргестрел,	Принимаются в два приема (метод Юзпе) ^[9, 10] : Первый прием : 100 мкг этинилэстрадиола + 0,50 мг ЛНГ Второй прием (спустя 12 часов) : 100 мкг этинилэстрадиола + 0,50 мг ЛНГ

ВАЖНО!

Экстренная контрацепция может предупреждать беременность в 95% и более случаев при ее использовании в течение пяти дней после полового акта^[9-11].

- В идеале ТЭК с УПА, ТЭК с ЛНГ или КОК следует принимать как можно раньше после незащищенного полового акта, не позднее чем через 120 часов. ТЭК с УПА, в отличие от других ТЭК, более эффективны в интервале от 72 до 120 часов после незащищенного полового акта^[9, 10,11];
- Если в течение двух часов после приема дозы препарата возникает рвота, **дозу следует повторить**. ТЭК с ЛНГ или УПА являются более предпочтительными, чем КОК, поскольку в меньшей степени вызывают тошноту и рвоту. Не рекомендуется намеренно использовать противорвотные средства перед приемом ТЭК^[9, 10].

Эффективность экстренной контрацепции нежелательной беременности:

- мета-анализ двух исследований показал, что среди женщин, применяющих таблетки экстренной контрацепции с УПА, доля забеременевших составила 1,2 процента, когда в случае применения ТЭК с ЛНГ частота наступления беременности составляет от 1,2 до 2,1 процента^[10].

Безопасность экстренной контрацепции нежелательной беременности:

- препараты, используемые для экстренной контрацепции, не наносят вреда будущей fertильности^[10].
- после приема ТЭК не происходит задержки с восстановлением fertильности^[10].

ВАЖНО!

Экстренная контрацепция должна включаться в услуги здравоохранения для групп населения, подверженных наибольшему риску незащищенного секса, включая предоставление услуг и ухода женщинам и девочкам, пережившим сексуальное насилие и живущим в условиях чрезвычайных гуманитарных ситуаций^[10].

Вакцинация против ВПЧ

- Рекомендуется женщинам в возрасте 9-26 лет и мужчинам в возрасте 9-21 года;
- Для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые не получили вакцину против ВПЧ или которые были не полностью вакцинированы, вакцина может вводиться в возрасте до 26 лет.

Схемы вакцинации^[33]:

- дети в возрасте от 9 до 14 лет – введение 2-х-валентной вакцины по схеме 0, 6-12 месяцев;
- взрослые в возрасте от 15 до 26 лет и лица с ослабленным иммунитетом – 0, 1-2, 6 месяцев

Перечень основных лекарственных средств

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Иммунная сыворотка и иммуноглобулины. Иммунная сыворотка. Столбнячный анатоксин.	Сыворотка противостолбнячная лошадиная очищенная концентрированная жидккая	С целью экстренной профилактики столбняка сыворотку противостолбнячную вводят взрослым и детям подкожно в дозе 3000 МЕ в максимально ранние сроки и до 20 дня от момента получения травмы	A
Противобактериальные вакцины.	Анатоксин дифтерийно-	Способ применения и дозы: АДС-М-анатоксин	C

<p>Противостолбнячные вакцины. Столбнячный токсин в комбинации с дифтерийным токсином.</p>	<p>столбнячный очищенный адсорбированный с уменьшенным содержанием антигенов жидкого (АДС-М анатоксин)</p>	<p>вводят <i>внутримышечно</i> в передне-наружную часть бедра, или <i>глубоко подкожно</i> (подросткам и взрослым) в подлопаточную область в дозе 0,5 мл. Перед прививкой ампулу необходимо тщательно встряхнуть до получения гомогенной взвеси. АДС-М-анатоксин применяют:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Для плановых возрастных ревакцинаций</i> в 6-7 и 16 лет, затем каждые последующие 10 лет без ограничения возраста. Примечание. Взрослых, привитых столбнячным анатоксином менее 10 лет назад, прививают АД-М-анатоксином. <i>2. Для вакцинации детей 6-7 лет и старше, ранее непривитых против дифтерии и столбняка</i> Курс вакцинации состоит из двух прививок с интервалом 30-45 дней. Сокращение интервала не допускается. При необходимости увеличения интервала очередную прививку следует проводить в возможно ближайший срок. Первую ревакцинацию проводят через 6-9 мес после законченной вакцинации однократно, вторую ревакцинацию - с интервалом в 5 лет. Последующие ревакцинации осуществляют в соответствии с п.1. <i>3. В качестве замены АКДС-вакцины (АДС-анатоксина) у детей с сильными общими реакциями (температура до 40 °C и выше) или поствакцинальными осложнениями на указанные препараты</i> 	
--	--	---	--

		<p>- если реакция развились на первую вакцинацию АКДС-вакциной (АДС-анатоксином), то вторую прививку осуществляют АДС-М-анатоксином не ранее чем через 3 мес;</p> <p>- если реакция развились на вторую вакцинацию АКДС-вакциной (АДС-анатоксином), то курс вакцинации против дифтерии и столбняка считают законченным. В обоих случаях первую ревакцинацию АДС-М-анатоксином проводят через 9-12 мес.</p> <p>- если реакция развились на третью вакцинацию АКДС-вакциной (АДС-анатоксином), первую ревакцинацию АДС-М-анатоксином проводят через 12-18 мес.</p> <p><i>4. Для проведения курса вакцинации взрослых, которые ранее достоверно не были привиты против дифтерии и столбняка</i> Проводят полный курс (две вакцинации АДС-М-анатоксином с интервалом 30 дней и ревакцинацию через 6-9 мес).</p>	
Иммунные сыворотки и иммуноглобулины. Вакцина против дифтерии-коклюша-столбняка.	Вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная (АКДС-вакцина)	B/m в верхний наружный квадрант ягодицы или в передненаружную область бедра, 0,5 мл, три прививки с интервалом 45 дней Вводят по истечении 10 лет и более от последней прививки (при обширных ранах, загрязненных ранах, обморожениях, ожогах, травмах – 5 лет и более)	C
Иммуноглобулин человека противостолбнячный	Иммуноглобулин человека противостолбнячный (ПСЧИ)	250 МЕ (содержимое 1 ампулы) B/m, в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы или в наружную поверхность бедра Однократно не зависимо от возраста	A
Противовирусные средства прямого действия.	Тенофовир	300 мг 1 раз в сутки	A

Нуклеозиды-ингибиторы обратной транскриптазы. Тенофовира дизопроксил.			
Противовирусное (ВИЧ) средство	Ламивудин	150 мг 2 раза в сутки;	В
Противовирусные средства для лечения ВИЧ-инфекции.	Эмтрицитабин	1 капсула 200 мг внутрь 1 раз/сут	В
Противовирусное (ВИЧ) средство.	Лопинавир, бустированный ритонавиром	400/100 мг 2 раза в сутки	В
Противовирусные препараты системного действия. Противовирусные препараты прочие.	Ралтегравир	400 мг 2 раза в сутки	В
Противовирусные препараты прямого действия. Ненуклеозиды - ингибиторы обратной транскриптазы.	Эфавиренз	400-600 мг 1 раз в сутки	В
Противовирусные препараты для системного применения. Ингибиторы интегразы.	Долутегравир	50 мг, 1 раз в сутки	В
Вакцина против гепатита В	Вакцина против гепатита В (рекомбинантная)	стерильная суспензия для внутримышечной инъекции. Взрослая дозировка, 10 мкг/мл: каждые 1 мл дозы содержат 10 мкг поверхностного антигена гепатита В; рекомендуется для детей в возрасте старше 10 лет и взрослых. В каждой композиции, поверхностный антиген гепатита В адсорбируют на приблизительно 0,5 мг алюминия на мл вакцины. <i>Способ введения:</i> следует вводить внутримышечно в дельтовидную мышцу взрослым. Вакцину можно вводить подкожно лицам,	В

		которые подвергаются высокому риску кровоизлияния из-за тромбоцитопении. Не вводить в ягодичную мышцу.	
Противогепатитные вакцины. Вирус гепатита В - очищенный антиген.	вакцина против гепатита В	<p>20 мкг (1.0 мл/доза) предназначен для применения у взрослых и подростков 16 лет и старше.</p> <p>10 мкг (0.5 мл/доза) предназначен для применения у новорождённых, детей и подростков до 15 лет включительно.</p> <p><i>Первичная иммунизация</i> Для формирования оптимальной противовирусной защиты требуется проведение трехдозной первичной вакцинации.</p> <p>Рекомендуются две схемы первичной иммунизации.</p> <p><i>Стандартная схема (0, 1 и 6 мес)</i> 1 доза - в выбранный день. 2 доза - через 1 месяц после введения первой дозы. 3 доза - через 6 месяцев после введения первой дозы.</p> <p>0, 1 и 6-месячная схема дает оптимальную противовирусную защиту на седьмой месяц после начала вакцинации.</p> <p><i>Быстрая схема (0, 1 и 2 мес)</i> Ускоренная схема иммунизации 0, 1 и 2 месяца обеспечивает более быстрое формирование противовирусной защиты. По этой схеме четвертую (бустерную) дозу вводят через 12 месяцев после введения первой дозы, поскольку титры после третьей дозы ниже, чем титры, полученные после 0, 1, 6 месячной схемы.</p> <p>пациентов с</p>	B

		<p><i>Правила введения вакцины</i></p> <p>Взрослым и детям старше 2-х лет следует вводить в дельтовидную мышцу. Новорождённым и детям до 2-х лет вакцину вводят в мышцу передне-боковой поверхности бедра.</p> <p>В исключительных случаях вакцину можно ввести подкожно больным с тромбоцитопенией или нарушениями со стороны свертывающей системы крови.</p>	
Бета-лактамные антибактериальные препараты Пенициллины пенициллиназа чувствительные	Бензатина бензилпенициллин*	<p>В разовой дозе 2 400 000 ЕД в/м однократно;</p> <p>2,4 млн. ЕД внутримышечно (препарат вводится по 1,2 млн. ЕД в каждую большую ягодичную мышцу, разводится 1% раствором лидокаина)</p> <p>Детям из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела.</p> <p>Противопоказан детям до 2 лет.</p>	A Препарат выбора для лечения сифилиса
Антибактериальные препараты для системного использования. Бета-лактамные антибактериальные препараты. Пенициллины пенициллиназа-чувствительные. Комбинированные препараты.	Смесь бензатин бензилпенициллина, бензилпенициллина натриевой (или калиевой) соли и бензилпеницил-лина новокаиновой соли	<p>1,8 млн.ЕД, в/м – 2 инъекции в течение недели</p> <p>Детям из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела.</p> <p>Противопоказан детям до 2 лет.</p>	B Препарат выбора для лечения сифилиса
Антибактериальные препараты для системного использования. Беталактамные антибактериальные препараты. Пенициллины пенициллиназа-чувствительные. Комбинированные препараты.	Смесь бензатин бензилпеницил-лина и бензилпеницил-лина новокаиновой соли	<p>1,5 млн.ЕД, в/м – 2 инъекции в течение недели</p> <p>Детям из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела.Противопоказан детям до 2 лет.</p>	B Препарат выбора для лечения сифилиса

Антибактериальные препараты для системного использования.Пенициллины.	Бензилпенициллин	600 тыс.ЕД, в/м – 2 инъекции в течение недели Детям из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела, суточная доза делится на две разовые дозы	С Препарат выбора для лечения сифилиса
Антибактериальные препараты для системного использования. Пенициллины пенициллиназа чувствительные.	Бензилпенициллин	Детям в возрасте до 6 месяцев - из расчета 100-150 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, в возрасте старше 6 месяцев — из расчета 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки и в возрасте старше 1 года — из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки. Суточная доза делится на 6 равных разовых доз.	С Препарат выбора для лечения сифилиса у детей
Бета-лактамные антибактериальные препараты прочие. Цефалоспорины третьего поколения.	Цефтриаксон	При гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта - 500 мг однократно (при наличии признаков ИППП по 0,5 г в/м – однократно, при гонококковом конъюнктивите - цефтриаксон (1000 мг в/м) + азитромицин (2,0 г перорально) – однократно, при гонококковом орхоэпидидимите - цефтриаксон (500 мг в/м однократно) + доксициклин (200 мг перорально в сутки на курс 10-14 дней), при гонококковом пельвиоперитоните - цефтриаксон (500 мг в/м однократно) + доксициклин (200 мг перорально в сутки на курс 10-14 дней) + метронидазол (400 – 500 мг перорально 2 раза в сутки на курс 10-14 дней), при диссеминированной гонококковой инфекции - цефтриаксон 1,0 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 часа в течение 10-14 дней, детям с массой тела менее 45 кг - цефтриаксон 125 мг в/м однократно	В препарат выбора для лечения гонококковой инфекции для взрослых, для детей – D Уровень В, альтернативный препарат при лечении сифилиса

Антибактериальные препараты цефалоспоринового ряда	Цефиксим	При гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта - 400 мг однократно перорально при диссеминированной гонококковой инфекции - 400 мг перорально 2 раза в сутки с общей продолжительностью терапии - 14 дней	В препарат выбора для лечения гонококковой инфекции
Антибактериальные препараты для системного использования. Другие антибактериальные препараты. Производные имидазола.	Метронидазол	500 мг перорально 3 раза в день в течение 5-7 дней или 2000 мг однократно перорально. Детям метронидазол 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней (D).	В
Антибактериальные препараты для системного использования. Другие антибактериальные препараты. Производные имидазола.	Тинидазол	2000 мг однократно перорально в течение 3-5 дней.	В
Антибактериальные препараты для системного использования. Тетрациклины.	Доксициклин	100 мг 2 раза в день, курс 7-21 дней для лечения хламидий; 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней для лечения уреамикоплазмоза; 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней для лечения сифилиса в случае аллергии к препаратам пенициллинового ряда. Детям до 8 лет противопоказан.	В препарат выбора для лечения хламидийной инфекции препарат первой линии для лечения уреамикоплазмоза В альтернативный препарат для лечения сифилиса
Антибактериальные препараты для системного использования. Макролиды, линкозамиды и стрептограмины. Макролиды.	Азитромицин	1000 мг однократно (при наличии признаков ИППП, первый прием – 1,0г, со второго дня по 500 мг 2 раза в день, курс лечения- 3-5 дней) для лечения хламидийной инфекции у взрослых. Препарат выбора для лечения хламидийной инфекции у детей, которым исполнилось 8 лет, или у детей моложе 8 лет, но масса тела которых >45 кг	В препарат выбора для лечения хламидийной инфекции у взрослых, у детей, которым исполнилось 8 лет, или у детей моложе 8 лет, но масса тела которых >45 кг

		<p>детей моложе 8 лет, но масса тела которых >45 кг: используются такие же схемы лечения азитромицином, как и при лечении взрослых.</p> <p>Для лечения уреамикоплазмоза - 500 мг – в первые сутки; затем по 250 мг в течение 2-5 дней.</p>	C для лечения уреамикоплазмоза
Антибактериальные препараты для системного использования. Макролиды, линкозамиды и стрептограмины	Эритромицин	по 800 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней (или) по 400 мг перорально 4 раза в день в течение 14 дней	B Лечение хламидийной инфекции у детей дети с массой тела <45 кг: эритромицин основание из расчета 50 мг на кг массы тела в день перорально (суточная доза делится на 4 приема) в течение 10-14 дней; дети, которым исполнилось 8 лет, или дети моложе 8 лет, но масса тела которых >45 кг: используются
Антибактериальные препараты для системного использования. Фторхинолоны.	Левофлоксацин	500 мг перорально 1 раз в сутки в течение 7-21 дней	B альтернативный препарат для лечения хламидийной инфекции.
Антибактериальные препараты для системного использования. Фторхинолоны	Офлоксацин	200 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7-21 дней	C альтернативный препарат для лечения хламидийной инфекции.
Противогрибковое средство.	Флуконазол	150 мг однократно перорально взрослым. Детям флуконазол из расчета 2 мг на 1 кг массы тела — суточная доза внутрь однократно	C Лечение урогенитального кандидоза
Антисептики и дезинфицирующие препараты. Бигуаниды и	Хлоргексидин	Для постконтактной профилактики необходимо применять не позднее 2-часов после полового	C

амидины.		контакта, после мочеиспускания и обработки гениталий теплой водой без мыла. 2-3 мл содержимого флакона с помощью шприца без иголки ввести в мочеиспускательный канал мужчинам, женщинам 1-2 мл и во влагалище 5-10 мл на 2-3 мин. Необходимо также обработать кожу внутренних поверхностей бедер, лобка, половых органов. После процедуры не мочиться в течение 2 ч. Для орошения влагалища женщинам ввести путем надавливания на дно флакона впрыснуть 5-10 мл раствора на 2-3 минуты, с участием медицинских работника.	
Половые гормоны и модуляторы половой системы. Гормональные контрацептивы для системного применения.	Левоноргестрел	Необходимо принять 150 мг. Для достижения более надёжного эффекта сначала следует принять 75 мг как можно раньше после полового акта (не позже, чем через 72 часа), следующие 75 мг следует принять через 12 часов (но не позже, чем через 16 часов) после приёма первой таблетки. <i>Или</i> левоноргестрел 150 мг: следует принять как можно раньше, но не позднее 72 часов после незащищенного полового контакта.	В
Гормональные пероральные контрацептивы. Экстренные контрацептивы.	Улипристал ацетат	30 мг следует принять как можно раньше, но не позднее 120 часов (5 суток) после незащищенного полового акта или в случае, если применённый метод контрацепции был ненадёжен.	В
Половые гормоны и модуляторы половой системы. Гормональные контрацептивы для системного	Левоноргестрел +этинилэстрадиол	(левоноргестрел – 0,5 мг, этинилэстрадиол – 100 мкг) до 120 часов после незащищенного полового акта, затем через 12 часов – еще (левоноргестрел – 0,5	В

использования. Прогестагены и эстрогены (фиксированные комбинации).		мг, этинилэстрадиол – 100 мкг) (метод Юзпе) <i>Или</i> (левоногестрел – 0,6 мг, этинилэстрадиол – 120 мкг) необходимо выпить до 120 часов после незащищенного полового акта, затем через 12 часов – еще (левоногестрел – 0,6 мг, этинилэстрадиол – 120 мкг) (метод Юзпе).	
Противовирусные вакцины. Папилломавирусные вакцины. Папилломавирус (человеческий типа 6, 11, 16, 18).	Вакцина против вируса папилломы человека квадривалентная рекомбинантная (типов 6,11, 16,18).	Рекомендуемый курс вакцинации состоит из 3-х доз и проводится по схеме (0 - 2 - 6 мес): Первая доза - в назначенный день. Вторая доза - через 2 мес после первой. Третья доза - через 6 мес после первой.	B
Противовирусные вакцины. Папилломавирусные вакцины. Папилломавирус (человеческий типов 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).	Вакцина против вируса папилломы человека 9-валентная рекомбинантная (типов 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58)	Схема вакцинации состоит из 3-х доз по 0.5 мл по схеме 0-2-6 месяцев.	B
Противовирусные вакцины. Папилломавирусные вакцины. Папилломавирус (человеческий типа 16, 18).	Вакцина против вируса папилломы человека бивалентная рекомбинантная (типов 16,18)	Рекомендуемая разовая доза для девочек старше 10 лет и женщин составляет 0.5 мл. Схема первичной иммунизации включает введение трех доз вакцины по схеме 0-1-6 месяцев.	B
Аnestетики местные. Амиды.	Лидокаина гидрохлорид	1% р-р для разведения бициллина и бензил пенициллина	C

Перечень дополнительных лекарственных средств: нет.

3.4 Хирургическое вмешательство:

При наличии ран и повреждений у ЛПСН проводится первичная обработка ран. Объем хирургических вмешательств определяется профильным специалистом в соответствии с характером и тяжестью травматических повреждений и ран согласно клиническим протоколам (Приложение 13 к настоящему КП).

3.5 Дальнейшее ведение: Медицинскими работниками обеспечивается сопровождение ЛПСН проводится согласно рекомендациям ВОЗ (Приложение 14 к настоящему КП).

3.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе:

- число ЛПСН, обратившихся в медицинскую организацию за год (абсолютные числа);
- удельный вес женщин репродуктивного возраста из ЛПСН, получивших профилактическое лечение нежелательной беременности (100%);
- удельный вес ЛПСН, которые проходят полное обследование и последующее наблюдение (100%);
- удельный вес ЛПСН, заразившихся ИППП в результате сексуального насилия;
- удельный вес беременностей у ЛПСН в результате сексуального насилия;
- охват ЛПСН, подлежащих ПКП ВИЧ инфекции (100%);
- охват ЛПСН, подлежащих экстренной профилактике вирусного гепатита В (100%);
- охват ЛПСН, подлежащих специфической профилактике ИППП (100%);
- охват ЛПСН, подлежащих экстренной специфической профилактике столбняка (100%).

Профилактические мероприятия:

- первичная профилактика СН: проводится специалистами МО ПМСП, ЦФЗОЖ, НКО: лекции, семинары, беседы, круглые столы и другие формы информационно-разъяснительной работы.
- вторичная профилактика при СН: профилактика ВИЧ, ИППП, гепатит В.
- третичная профилактика: Интенсивные индивидуализированные вмешательства для асоциальных семей

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- последствия и осложнения травм и заболеваний, возникшие вследствие сексуального насилия.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- угрожающее жизни состояние после травм и повреждений любой локализации вследствие сексуального насилия.

**5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:
ВАЖНО!**

Медицинская организация обеспечивает:

- предоставление комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия в соответствии с приложением 15 к настоящему КП;

- алгоритм ведения случая в соответствии с приложением 16 к настоящему КП.

5.1Немедикаментозное лечение

Режим:

- общий (при удовлетворительном состоянии);
- полупостельный (при состоянии средней степени тяжести);
- постельный (при тяжелом/крайне тяжелом состоянии).

Диета:

- Диета: стол №15 (общий).

5.2Медикаментозное лечение: смотрите пункт 3.2 настоящего КП.

5.3 Хирургическое вмешательство: смотрите пункт 3.3 настоящего КП.

5.4 Дальнейшее ведение: смотрите пункт 3.4 настоящего КП.

5.5Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе: смотрите пункт 3.5 настоящего КП.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Танирбергенов Серик Таравович – национальный программный аналитик по сексуальному и репродуктивному здоровью, Страновой офис Фонда ООН в области народонаселения в Республике Казахстан;
- 2) Исатаева Нагима Мухамедрахимовна – кандидат медицинских наук, управляющий директор - директор Департамента менеджмента качества корпоративного фонда «University Medical Center», независимый медицинский эксперт, национальный консультант UNFPA;
- 3) Муканова Шолпан Насыркызы – главный менеджер Департамента менеджмента качества корпоративного фонда «University Medical Center», менеджер высшей категории, независимый медицинский эксперт, национальный консультант UNFPA;
- 4) Билялова Гульшат Турсуновна – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры акушерства и гинекологии интернатуры, врач акушер-гинеколог высшей категории;
- 5) Имамбаева Гульсара Газизовна – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры гастроэнтерологии и инфекционных болезней, врач-инфекционист высшей категории;
- 6) Пшембаева Сауле Амангельдиновна – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», доцент кафедры дерматовенерологии, врач дерматовенеролог высшей категории;
- 7) Амина Гульнар Кожахметовна – главный врач ТОО «Центр семейного здоровья Шипагер», педиатр высшей категории, организатор

здравоохранения высшей категории, независимый эксперт, член «Ассоциации независимых экспертов»;

8) Кожахметов Сакен Кайрулинович – кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана», заведующий кафедры хирургических болезней №2, доцент, врач хирург высшей категории;

9) Жетимкаринова Гаухар Ерлановна – АО «Национальный научный центр материнства и детства» корпоративного фонда «University Medical Center» врач клинический фармаколог.

6.3 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.4 Рецензенты:

1) Дошанова Айкерм Мжаверовна – ОО «Ассоциация акушер-гинекологов города Нур-Султан», Президент ассоциации, профессор.

2) Мирзахметова Динара Досалыевна – главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Акушерство и гинекология взрослая, детская», АО «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии», председатель Правления, менеджер здравоохранения высшей категории, врач акушер-гинеколог высшей категории, магистр МРН, докторант PhD.

3) Ажетова Жанерке Рахимбаевна – кандидат медицинских наук, магистр делового администрирования, директор по стратегическому развитию сети Клиник Экомед, врач акушер-гинеколог высшей категории.

4) Терликбаева Асель Маратовна – Региональный директор Центра Изучения Глобального Здоровья в Центральной Азии (ЦИГЗЦА) при Колумбийском университете (США), магистр наук по социальной работе Научный сотрудник Школы Социальной Работы Колумбийского Университета, США Член Странового Координационного Комитета по сотрудничеству с международными организациями при МЗ РК.

6.5 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.6 Список использованной литературы:

1) Декларация ООН о ликвидации насилия в отношении женщин;

2) «Гендер и насилие» Практический подход к проблеме: Программное пособие для сотрудников и руководителей учреждений здравоохранения. Нью-Йорк;

3) «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ/СПИДом» Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г. Редакторы Ирина Ерамова, Срджан Матич, Моник Мюнз;

- 4) Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире /Под ред.Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2003. ISBN 5577777022552;
- 5) Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии/сборник материалов,Сеть WAVE и ЮНФПА 2014;https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/genderbased_ru.pdf,https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml
- 6) ВОЗ 2002, цитата из материалов ВОЗ2013;
- 7) «Гендерный аспект насилия в социальном измерении», 2014 г., автореферат канд. дис. Н.А.Парыгиной,refdb.ru/look/1619357.html;
- 8) КОМПАСИТО Пособие по обучению детей правам человека, Гендерное насилие,http://www.eycb.coe.int/compasito/ru/chapter_5/7.html;
- 9) Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции, издание второе, ВОЗ, 2005 год;
- 10) Экстренная контрацепция, ВОЗ, 2 февраля 2018 г.,
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception> ;
- 11) Методическое руководство по планированию семьи для медицинских работников, МЗ РК, Алматы, 2017 год;
- 12) Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016–2021. На пути к ликвидации ИППП, ВОЗ, июнь 2016 год;
- 13) Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ликвидации ВИЧ 2016-2021. На пути к ликвидации СПИДА,ВОЗ, июнь 2016 год;
- 14) Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016-2021. На пути к ликвидации вирусного гепатита ВОЗ, июнь 2016 год;
- 15) Стратегический подход ВОЗ к усилению мер политики и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья, ВОЗ, 2008 год;
- 16) Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции, Обновление 2008 год, ВОЗ;
- 17) Подготовка к внедрению вакцин против вируса папилломы человека: руководство для стран по разработке политики и программ, Всемирная организация здравоохранения, 2007 год;
- 18) Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года №360-VI;
- 19) Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 17 марта 2015 года № 215 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении больных инфекционными заболеваниями, против которых проводятся профилактические прививки»;
- 20) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 июня 2018 года № 361 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-

эпидемиологические требования по проведению профилактических прививок населению»

- 21) Приказ министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 июня 2015 года № 508 «Об утверждении правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям»;
- 22) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»;
- 23) Клинический протокол ВИЧ-инфекция у взрослых», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 12 мая 2017 года Протокол №22;
- 24) Клинический протокол «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями уреаплазмоза и микоплазмоза», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 29 июня 2017 года Протокол №24;
- 25) Клинический протокол «Гонококковая инфекция», утвержденный Экспертной комиссией по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан 4 июля 2014 года Протокол № 10;
- 26) Клинический протокол «Превентивное лечение сифилиса», утвержденный Экспертной комиссией по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан 4 июля 2014 года Протокол № 10;
- 27) Клинический протокол «Ранний сифилис», «Поздний сифилис», «Врожденный сифилис», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2019 года, Протокол №60;
- 28) Клинический протокол «Урогенитальный трихомоноз» Рекомендовано Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан 30 ноября 2015 года Протокол № 18;
- 29) Клинический протокол «Хламидийная инфекция» утвержденный Экспертной комиссией по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан 4 июля 2014 года Протокол № 10;
- 30) Клинический протокол диагностики и лечения «Невротические расстройства», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 15 сентября 2015 года, Протокол № 9;
- 31) Центр по контролю и профилактике заболеваний CDC. Руководство по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, 2015

- 32) Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам»;
- 33) Планирование семьи/Контрацепция. ВОЗ 2018 год;
- 34) Центр по контролю и профилактике заболеваний CDC. Руководство по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, 2015;
- 35) Центр по профилактике и лечению инфекционных заболеваний CDC Рекомендации по лечению венерических заболеваний 2015 г;
- 36) Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Москва – 2016;
- 37) Усиление роли системы здравоохранения в реагировании на гендерное насилие в Восточной Европе и центральной Азии / сборник материалов, 2014;
- 38) Руководство по оказанию медико-правовой помощи жертвам сексуального насилия. Всемирная организация здравоохранения 2003;
- 39) Приказ Министра здравоохранения РК от 4 мая 2019 года № КР ДСМ-63 «Об утверждении Стандарта организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан и о признании утратившими силу некоторых приказов исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан»;
- 40) Клинический протокол «Хронический вирусный гепатит В у детей», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» сентября 2015 года Протокол № 10;
- 41) Клинический протокол «Острые вирусные гепатиты В, С и D, передающиеся парентеральным путем у детей», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 29 июня 2017 года Протокол № 24;
- 42) Клинический протокол «Столбняк», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12 мая 2017 года Протокол №22;
- 43) Клинический протокол «Хронический гепатит В у взрослых», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «19» ноября 2019 года, протокол №77;
- 44) Клинический протокол «Острые вирусные гепатиты В, D и С у взрослых», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 ноября 2015 года Протокол № 16.

Правила проведения беседы и осмотра жертвы насилия

1. Представьтесь и кратко расскажите об услугах медицинской организации.
2. Попросите представиться пациента и его сопровождающих лиц.
3. При проведении опроса установите с жертвой насилия и его семьей доверительные отношения.
4. Относитесь к жертве насилия и его семье с доверием, внимательно, доброжелательно, демонстрируя готовность поддержки и оказания необходимой помощи.
5. Проявляйте дружелюбное отношение, эмпатическое (сочувствие) понимание, говорите спокойным тоном, не торопливо, смотрите в глаза пострадавшему (насколько это допустимо в обществе).
6. Активно слушайте пациента и сопровождающее его лицо.
7. Во время беседы помните:
 - для установления контакта важно, как врач слушает;
 - необходимо эмоционально поддерживать пострадавшего во время беседы;
 - о свободной, расслабленной позе тела (это помогает пострадавшему начать говорить);
 - не прерывайте без необходимости речь пострадавшего;
 - уточняющие вопросы следует задавать лишь после того, как пострадавший закончит рассказ;
 - врач сочувствием показывает, что признает тяжесть произшедшего.
8. Не расспрашивайте пострадавшего о подробностях произшедшего.
9. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся, не осуждайте.
10. Наблюдайте за поведением пациента и сопровождающего его лица, анализируйте увиденное.
11. Сопоставляйте ответы, полученные при опросе с данными объективного осмотра и результатов наблюдения за поведением пациента и сопровождающего его лица.
12. Информируйте об обеспечении конфиденциальности информации.
13. Остерегайтесь задавать вопросы о насилии **за шторами** (особенно в медицинских организациях), где третье лицо может услышать разговор. Опрос должен проводиться в уединенном помещении при закрытых дверях.
14. Дайте пациенту и сопровождающему его лицу возможность задать вопросы обо всем, что они посчитают важным и что им не понятно.
15. Решите уместно ли спрашивать пациента о подверженности насилию прямым текстом в присутствии сопровождающего его лица.

Помните, что сопровождающее лицо само может быть лицом, совершающим насилие, вопросы о насилие могут поставить жертву в опасную ситуацию.

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

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

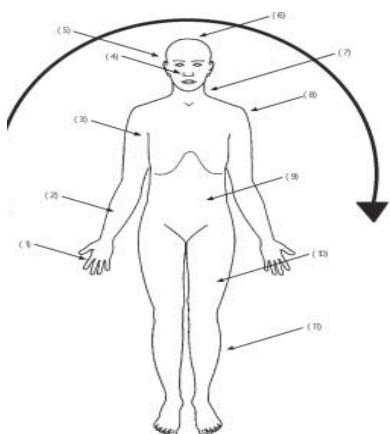
- ✓ Чтобы осмотр сам по себе не стал для пациентки очередной травмой, необходимо объяснить, в чем заключается медицинский осмотр, почему он проводится и каким образом. Также необходимо дать пациенту возможность задать вопросы.
- ✓ Спросите пациента, хочет ли он/она, чтобы осмотр проводила женщина – врач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

Медицинский осмотр «сверху донизу», 12 шагов

Физическое обследование ЛПСН должно проводиться следующим поэтапным образом (каждый шаг – это пронумерованный список действий относится к пронумерованным частям тела, показанным на Рисунке 1)

Шаг 1	Обратите внимание на общий внешний вид и поведение ЛПСН. Начните осмотр с рук пациента; это успокоит пациента. Определите уровень жизненно важных показателей: пульс, артериальное давление, частота дыхания и температура. Проверьте обе стороны обеих рук на наличие травм. Понаблюдайте за запястьями в поисках следов лигатуры.
Шаг 2	Осмотрите предплечья на предмет защитных повреждений; эти повреждения возникают, когда пациентка поднимает конечность, чтобы отбить силу,

	направленную на уязвимые участки тела. К защитным травмам относятся ушибы, ссадины, рваные раны или надрезы. Следует отметить любые места внутривенной пункции
Шаг 3	Внутренние поверхности предплечий и/или подмышечной впадины должны быть тщательно обследованы на наличие признаков ушиба. Жертвы, удерживаемые руками, часто демонстрируют кровоподтеки кончиков пальцев на предплечьях. Аналогично, когда одежда была снята, иногда можно увидеть красные линейные петехиальные синяки.
Шаг 4	Осмотрите лицо. Поиските в носу признаки кровотечения. Пальпация краев челюсти и орбиты может выявить болезненность, указывающую на кровоподтек. Ротовую полость следует тщательно осмотреть, проверяя на наличие синяков, ссадин и разрывов слизистой оболочки щеки. Петехии на твердом / мягким небе могут указывать на проникновение. Проверьте, нет ли порванной уздечки и сломанных зубов.
Шаг 5	Осмотрите уши, не забывая об области за ушами, для доказательства теневых ушибов.
Шаг 6	Пальпация волосистой части головы может выявить болезненность и припухлость, наводящие на мысль о гематомах. Возможно обнаружение выпадения волос из-за выдергивания волос во время насильственных действий
Шаг 7	Осмотр шеи: возможны синяки на шее, кровоподтеки, следы от укусов
Шаг 8	Грудь и туловище: осмотр начинать со спины, плечи следует осматривать отдельно, затем каждую грудь осмотреть по очереди.
Шаг 9	В положении ЛПСН лежа провести осмотр брюшной стенки на наличие синяков, ссадин, рваных ран. Брюшная пальпация проводится для диагностики внутренней травм органов брюшной полости, беременности.
Шаг 10	В положении ЛПСН лежа проводится осмотр ног: каждая нога осматривается отдельно, по очереди, начиная с передней части, затем внутренние поверхности бедер, колени, лодыжки, подошвы. Возможно обнаружение кровоподтеков на внутренней поверхности бедер, часто симметричных, ушибов кончика пальцев, ссадины или рваных ран, наличие признаков ограничения движения с помощью лигатур.
Шаг 11	Осмотр задней части ног, ягодиц проводится в положении ЛПСН стоя или лежа.
Шаг 12	Наличие каких-либо татуировок должно быть задокументировано в протоколе осмотра вместе с кратким описанием их размера и формы. Кроме того, следует отметить очевидные физические деформации.



.Рисунок 1 Медицинский осмотр «сверху до низу», 12 шагов

Алгоритм реагирования при выявлении случаев гендерного насилия (далее – Алгоритм)

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

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

✓ При выявлении у пациента признаков насилия медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, и медицинскую помощь в детских дошкольных организациях, школах, домах ребенка обязаны дополнительно передать информацию в территориальную поликлинику (ПМСП) (в течение 24 часов).

✓ Действия персонала медицинской организации при выявлении/подозрении насилия в отношении пациента:

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

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

органы внутренних дел (телефон 102);

органы опеки и попечительства;

Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав;

органы социальной защиты;

руководителю организации образования;

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

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

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

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

1) заполняется «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» согласно Приложению 4 к настоящему Алгоритму;

2) проводится регистрация случая в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия к пациенту» согласно Приложению 5 к настоящему Алгоритму;

3) в течение 24 часов передается «Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия по отношению к пациенту» социальному работнику территориальной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

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

✓ Оценка наличия насилия в отношении проводится по критериям согласно методике, указанной в Приложении 6 с заполнением «Акта об угрозе здоровью, жизни и безопасности граждан и мерах его защиты» согласно Приложению 7 к настоящему Алгоритму.

✓ Оценка наличия насилия в отношении жертвы проводится совместно со специалистами компетентных органов:

1) социального работника, врача, психолога медицинской организации, работников органов внутренних дел и органов опеки и попечительства – в медицинских организациях, имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;

2) врача, работников органов внутренних дел, органов опеки и попечительства и органов социальной занятости и защиты населения – в медицинских организациях, не имеющих в своих штатах социальных работников, психологов;

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

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

✓ В случае подтверждения факта насилия в отношении пациента формируется Команда по сопровождению случая в составе социального работника, психолога, врача (далее – Команда). Роль менеджера (руководителя) случая возлагается на **социального работника**.

✓ В случаях подтверждения факта насилия проводится оценка степени опасности для пациента нахождения совместно с насилиником согласно приложению 8 к настоящему Алгоритму.

✓ При определении опасности для пациента нахождения совместно с насильником разрабатывается план обеспечения безопасности согласно приложению 9 к настоящему Алгоритму.

✓ В случаях не подтверждения факта насилия в отношении лица:

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

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

3) принятые решения документируются в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия или пренебрежения по отношению к гражданам».

✓ Командой проводится оценка потребностей пациента, пострадавшего от насилия и составляется «Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении пациента» согласно Приложению 10 к настоящему Алгоритму.

✓ Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении граждан включает:

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

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

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

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

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

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

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

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

При оказании социальных услуг социальные работники ПМСП используют «Алгоритмы для работников системы здравоохранения при оказании социальной помощи в случаях гендерного насилия», разработанный

Фондом народонаселения ООН 2020 (Примбетова Ш., магистр наук по социальной работе).

20. До оказания пострадавшим специализированных консультационных и социальных услуг им должны быть обеспечены **основные медико-санитарные услуги:**

неотложная медицинская помощь при связанных с насилием травмах в соответствии с клиническими протоколами;

оказание медицинской помощи пострадавшим от сексуального насилия, в том числе, при наличии показаний, постконтактная профилактика ВИЧ в случаях изнасилования в соответствии с клиническими протоколами.

✓ Для увеличения числа граждан, которые могли бы получать услуги в рамках реагирования и оказания поддержки, необходимо, чтобы в медицинской организации были созданы эффективные ориентированные на население службы и механизмы, позволяющие гражданам обращаться за защитой, поддержкой и медицинской помощью и сообщать о случаях насилия:

консультирование и направление в организации, занимающиеся защитой детей;

доступ к качественным основным медико-санитарным услугам;

доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех.

✓ Специальные социальные услуги предоставляются лицу (семье), путем:

- 1) консультирования (индивидуального или группового);
- 2) активного посещения, наблюдения и оказания помощи на дому (патронаж и социальное сопровождение);
- 3) оказания помощи (консультирования) по «телефону доверия»;
- 4) создания групп поддержек, проведения тренингов, работы с инициативными группами, группами само- и взаимопомощи.

✓ Социальный работник организовывает работу по взаимодействию, координации и сотрудничеству с общественными организациями, государственными органами и организациями, проводит мониторинг выполнения «Индивидуального плана мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении граждан».

✓ Врачом Команды оказывается медицинская помощь в соответствии с утвержденными стандартами (клиническими протоколами, СОП и др.).

✓ Психологом Команды оказывается социально-психологическая поддержка жертвам насилия и семье через психологическое просвещение, проведение психологической профилактики, психодиагностики, коррекционной работы, консультативной и информационной помощи с целью социально-психологической адаптации и реабилитации в обществе.

✓ Весь персонал сопровождающий жертву насилия должен соблюдать правила беседы и осмотра (Приложения1 и 2 к настоящему клиническому протоколу).

✓ Командой проводится:

1) оценка эффективности мероприятий, включенных в «Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия в отношении граждан»;

2) при необходимости его коррекция;

3) принятие решения о завершении случая с последующим документированием в «Журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия по отношению к ребенку».

✓ В случае наличия угрозы здоровью и жизни несовершеннолетнего и недееспособного лица органами внутренних дел и опеки и попечительства предпринимаются **срочные меры защиты ребенка** (вывод ребенка из семьи).

✓ Органами опеки и попечительства принимаются незамедлительные меры по защите прав несовершеннолетнего и недееспособного лица:

1) осуществляется **отобрание** несовершеннолетнего и недееспособного у родителей/законных представителей;

2) **направление** в организацию для помещения лиц, пострадавших от насилия.

✓ Социальными работниками/менеджером случая медицинских организацией осуществляется связь с органами опеки и попечительства для того, чтобы убедиться, что ребенок-жертва насилия находится в безопасности.

Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаев насилия

ОТПРАВИТЕЛЬ:			
Медицинская организация:	Местность:	Дата и время отправления:	Nr. Отправления / сигнального листа:
ПОЛУЧАТЕЛЬ: Социальный работник организации первичной медико-санитарной помощи			
Имя, фамилия			
ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЖЕРТВЕ НАСИЛИЯ			
Имя, фамилия	Возраст	Пол: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> М	
Адрес:	Контактный телефон:	Место нахождения ребенка в момент подачи сигнала:	
ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЕ (ЛЯХ) / ОПЕКУНЕ (АХ)			
<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Опекун	Имя, фамилия	Контактный телефон:	
Адрес:			
ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ / ПОДОЗРЕВАЕМОЙ СИТУАЦИИ НАСИЛИЯ			
Дата, время	Место происшествия:		
Краткое описание наблюдаемой ситуации:			
ДАННЫЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОМ / ПРЕДПОЛАГАЕМОМ НАСИЛЬНИКЕ (АХ)			
Отношение к предполагаемой жертве: <input type="checkbox"/> родитель <input type="checkbox"/> родственник <input type="checkbox"/> работник / специалист <input type="checkbox"/> житель сообщества <input type="checkbox"/> другой ребенок <input type="checkbox"/> неизвестный	Доступ насильтника к жертве: <input type="checkbox"/> постоянный <input type="checkbox"/> частичный / ситуативный <input type="checkbox"/> не имеет доступа		
ТИП СЛУЧАЯ			
НАСИЛИЕ		ПРЕНЕБРЕЖЕНИЕ	
<input type="checkbox"/> физическое	<input type="checkbox"/> воспитательное	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> сексуальное	<input type="checkbox"/> в обеспечении безопасности	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> психологическое	<input type="checkbox"/> в кормлении	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> экономическое	<input type="checkbox"/> в обеспечении гигиены	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> в одевании	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ИНДИКАТОРЫ / КРИТЕРИИ			
ФИЗИЧЕСКИЕ		ПСИХО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ	
<input type="checkbox"/> переломы	<input type="checkbox"/> синяки	<input type="checkbox"/> страх взрослых	<input type="checkbox"/> побеги из дома
<input type="checkbox"/> ожоги	<input type="checkbox"/> порезы	<input type="checkbox"/> тревожность	<input type="checkbox"/> сексуализированное поведение
<input type="checkbox"/> энурез	<input type="checkbox"/> заболевания передаваемые половым путем	<input type="checkbox"/> агрессия	<input type="checkbox"/> попытки суицида
<input type="checkbox"/> головная боль	<input type="checkbox"/> травмы половых органов / ануса	<input type="checkbox"/> депрессия	<input type="checkbox"/> отклоняющееся / девиантное поведение
<input type="checkbox"/> физическое недоразвитие	<input type="checkbox"/> беременность	<input type="checkbox"/> неуспеваемость в школе	<input type="checkbox"/> другие критерии

<input type="checkbox"/> грязная одежда, несоответствующая времени года	<input type="checkbox"/> другие критерии		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Имя специалиста / работника, который заполнил сигнальный лист <hr/> Подпись _____ Ф.И.О.	Имя социального работника, который получил и зарегистрировал сигнальный лист <hr/> №записи в журнале регистрации и учета сигналов о случаях насилия или пренебрежения по отношению к ребенку <hr/> Подпись _____ /Ф.И.О./
---	--

Журнал регистрации и учета сигналов о случаях насилия

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Домашний адрес	Краткая информация о сигнале	Кем передан сигнал		Кем принят сигнал		Кому передан сигнал		Причина Завершения		Примечание
					Ф.И.О	Дата и время	Ф.И.О	Дата и время	Ф.И.О	Дата и время	Причина завершения (случай подтвержден/не подтвержден)		

Методика оценки наличия насилия

Таблица 1 Присвоение баллов при оценке наличия насилия

№ п/п	Перечень критериев для оценки наличия насилия	Предельные показатели для оценки наличия насилия
1	Физическое насилие	
1.1	Нанесение побоев или совершение иных насильственных действий, причинивших физическую боль	3 балла
1.2	Повреждение предметов домашнего обихода и другие действия, выражающие неуважение к гражданам, состоящим с правонарушителем в семейно-бытовых отношениях, нарушающие их спокойствие, совершенные в пределах индивидуального жилого дома или квартиры	2 балла
1.3	Причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев или иными насильственными действиями	5 баллов
1.4	Умышленное причинение, не опасного для жизни человека, легкой и средней тяжести вреда здоровью не повлекшего последствий, но вызвавшее длительное расстройство здоровья	5 баллов
1.5	Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, опасного для жизни человека или причинение тяжкого вреда повлекшего за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функций, или выразившегося в неизгладимом обезображивании лица, а также причинение иного вреда здоровью, опасного для жизни или вызвавшего расстройство здоровья, либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией	5 баллов
2	Психологическое насилие	
2.1	Нецензурная брань, оскорбительное приставание, унижение, грубость, издевательства, оскорблении, угроза, шантаж, преследование и другое действие (бездействие), вызывающее отрицательную эмоциональную реакцию человека и душевную боль (открытое неприятие и постоянная критика, оскорблении, издевательства и высмеивание, угрозы, замечания в словесной форме, высказанные в оскорбительной форме, унижающие достоинство, лишение необходимой стимуляции, игнорирование его основных нужд в безопасном окружении, родительской любви, предъявление к ребенку чрезмерных требований, не соответствующих его возрасту	3 балла

	или возможности, преднамеренная физическая или социальная изоляция, отсутствие у женщины любви к ребенку, когда он еще находится в материнской утробе, эксплуатация, ложь или невыполнение взрослыми своих обещаний, вовлечение ребенка или поощрение к антисоциальному или деструктивному поведению (алкоголизм, наркомания и др.), однократное грубое психологическое воздействие, вызывающее у ребенка психологическую травму, терроризирование (угроза убить, причинить физический вред, отвести в опасное страшное место) и другие действия)	
2.2	Доведение лица до самоубийства или до покушения на самоубийство путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего	5 баллов
2.3	Угроза убийством или причинением тяжкого вреда здоровью, а равно иным тяжким насилием над личностью либо уничтожением имущества поджогом, взрывом или иным общеопасным способом при наличии достаточных оснований опасаться приведения этой угрозы в исполнение	5 баллов
3	Экономическое насилие	
3.1	Лишение документов, удостоверяющих личность, устанавливающих право собственности, на совершение действий, исключение женщины, ребенка из процесса принятия решений в семье	3 балла
3.2	Лишение денежных средств, необходимых для жизнедеятельности	2 балла
3.3	Запрет на работу для женщины, удержание денег или финансовой информации, отказ оплачивать счета или содержать женщину или детей, разрушение совместно нажитого имущества, лишение жилья	5 баллов
3.4	Лишение пищи, необходимой для жизнедеятельности	4 балла
3.5	Лишение одежды, необходимой для жизнедеятельности	3 балла
4	Сексуальное насилие	
4.1	Изнасилование, то есть половое сношение с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшей или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшей (половой акт, мануальный, оральный, генитальный, анальный секс (включая инцест), взаимная мастурбация, или другие телесные контакты с половыми органами, введение предметов в половые органы)	5 баллов
4.2	Совершение развратных действий без применения насилия в отношении лица, заведомо не достигшего четырнадцатилетнего возраста (сексуальная эксплуатация ребенка для порнографических целей или вовлечение в проституцию, демонстрация эротических или	5 баллов

	порнографических материалов с целью сексуальной стимуляции, совершение полового акта в присутствии ребенка, демонстрация обнаженных гениталий, груди или ягодиц ребенку (экстибиционизм), подглядывание за ребенком во время совершения им интимных процедур (вуйеризм), а также принуждение ребенка к раздеванию и другие действия)	
4.3	Понуждение лица к половому сношению, мужеложству, лесбиянству или совершению иных действий сексуального характера	5 баллов

Таблица 2 Присвоение баллов при оценке наличия насилия при торговле людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их эксплуатации, а также похищении людей

№ п/п	Перечень критериев для оценки наличия насилия	Предельные показатели для оценки наличия насилия
1.	Форма торговли людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их эксплуатации, а также похищении людей	
1.1	Торговля людьми с целью сексуальной эксплуатации/ сексуальная эксплуатация	5 баллов
1.2	Торговля людьми с целью трудовой эксплуатации/ трудовая эксплуатация	5 баллов
1.3	Торговля несовершеннолетними детьми с целью незаконного усыновления/ удочерения	5 баллов
1.4	Торговля людьми с целью принуждения к занятию попрошайничеством/ принуждение к занятию попрошайничеством	5 баллов
1.5	Торговля людьми с целью незаконного изъятия органов и тканей человека	5 баллов
2.	Действия, совершенные в отношении субъекта	
2.1	Купля-продажа, иные сделки (дарение, мена, обмен, аренда, оставление человека в качестве обеспечения выполнения обязательства по сделке, передача человека в целях получения каких-либо выгод неимущественного характера и другие)	5 баллов
2.2	Эксплуатация лица: - использование виновным принудительного труда, то есть любой работы или службы, требуемой от лица путем применения насилия или угрозы его применения, для выполнения которой это лицо не предложило добровольно своих услуг, за исключением случаев, предусмотренных законами Республики Казахстан; - использование виновным занятия проституцией другим лицом или иных оказываемых им услуг в целях присвоения	5 баллов

	полученных доходов, а равно принуждение лица к оказанию услуг сексуального характера без преследования виновным цели получения материальной выгоды; - принуждение лица к занятию попрошайничеством, то есть к совершению антиобщественного деяния, связанного с выпрашиванием у других лиц денег и (или) иного имущества; - иные действия, связанные с осуществлением виновным полномочий собственника в отношении лица, которое по не зависящим от него причинам не может отказаться от выполнения работ и (или) услуг для виновного и (или) другого лица.	
2.3	Вербовка - достижение согласия потерпевшего на выполнение каких-либо работ или какой-либо деятельности, в том числе противоправной, если это связано с целью его эксплуатации.	5 баллов
2.4	Перевозка - совершаемые с целью эксплуатации человека умышленные действия по его перемещению из одного места в другое, в том числе в пределах одного и того же населенного пункта.	5 баллов
2.5	Передача - непосредственная передача потерпевшего лицу для его эксплуатации.	5 баллов
2.6	Укрывательство - сокрытие потерпевшего от правоохранительных органов, родственников и других лиц (например, утаивание в специальных помещениях, недопущение выхода за ту или иную территорию, медикаментозное подавление физической или психической активности)	5 баллов
2.7	Получение - непосредственное получение лица для его эксплуатации или дальнейшей передачи	5 баллов
2.8	Похищение с целью эксплуатации	5 баллов
2.9	Незаконное лишение свободы с целью эксплуатации	5 баллов
3	Средства, использованные в отношении субъекта	
3.1	Применение насилия, опасного для жизни и здоровья или угроза его применения	5 баллов
3.2	Применение оружия или предметов, используемых в качестве оружия	5 баллов
3.3	Обман или злоупотребление доверием	5 баллов
3.4	Использование своего служебного положения	5 баллов
3.5	Использование материальной или иной зависимости	5 баллов
3.6	Использование психического расстройства или беспомощного состояния	5 баллов
3.7	Изъятие, сокрытие либо уничтожение документов, удостоверяющих личность	5 баллов
4	Цель торговли людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их	

	эксплуатации, а также похищении людей	
4.1	Получение выгоды имущественного характера	5 баллов
4.2	Получение выгоды неимущественного характера	5 баллов
5	Причиненный вред субъекту	
5.1	Нанесены побои или иные насильственные действия, причинившие физическую боль, но не повлекшие последствий	5 баллов
5.2	Причинены физические или психические страдания в результате систематического нанесения побоев или иных насильственных действий	5 баллов
5.3	Причинен не опасный для жизни человека вред здоровью, вызвавший длительное расстройство здоровья	5 баллов
5.4	Причинен опасный для жизни человека вред здоровью, повлекший за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа, либо утрату органом его функций, или выразившийся в неизгладимом обезображивании лица, а также причинен иной вред здоровью, вызвавший расстройство здоровья, либо повлекшее за собой прерывание беременности, психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией	5 баллов

Оценка наличия насилия

1. При оценке наличия насилия в отношении детей, действия совершенные в отношении них, группируются по следующим блокам:

- блок 1 - физическое насилие;
- блок 2 - психологическое насилие;
- блок 3 - экономическое насилие;
- блок 4 - сексуальное насилие.

При проведении оценки наличия насилия, по каждому блоку действий присваиваются баллы согласно критериев, указанных в таблице 1 «Присвоение баллов при оценке наличия насилия», по сумме которых определяется, относится ли лицо к числу пострадавших от жесткого обращения.

Лицо признается пострадавшим от жестокого обращения в результате действий, связанных с насилием, если сумма баллов по одному из блоков составляет 5 и более баллов.

2. При оценке наличия насилия при **торговле людьми, эксплуатации и похищении** действия, совершенные в отношении лица, группируются по следующим блокам:

блок 1 - форма торговли людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их эксплуатации, а также похищении людей;

- блок 2 - действия, совершенные в отношении лица;

- блок 3 - средства, использованные в отношении лица;

блок 4 - цель торговли людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их эксплуатации, а также похищении людей;

блок 5 - причиненный вред лицу.

При проведении оценки наличия насилия, по каждому блоку действий присваиваются баллы согласно таблице 2 «Присвоение баллов при оценке наличия насилия при торговле людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами эксплуатации, а также похищении людей», по сумме которых определяется, относится ли лицо к числу пострадавших от жесткого обращения.

Лицо признается пострадавшим от насилия, если сумма баллов по каждому блоку **составляет 5 и более баллов, с общим результатом 20 и более баллов, за исключением блока 3** (средства, использованные в отношении субъекта).

Акт об угрозе здоровью, жизни и безопасности ребенка и мерах его защиты

1. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лица, в отношении которого проводится оценка наличия насилия:

2. Домашний адрес

3. Место работы/Организованность

4. Контактный телефон

5. Предмет экспертизы

6. Сроки проведения экспертизы

Начало проведения экспертизы: Дата _____ Время _____

Завершение проведения экспертизы: Дата _____ Время _____

7. Оценка наличия насилия:

№ п/п	Перечень критериев для оценки наличия насилия	Предельные показатели для оценки наличия насилия (в баллах)	Фактические показатели для оценки наличия насилия (в баллах)
1	Физическое насилие		
1.1			
1.2			
2	Психологическое насилие		
2.1			
2.2			
3	Экономическое насилие		
3.1			
3.2			
4	Сексуальное насилие		
4.1			
4.2			
5	Форма торговли людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их эксплуатации, а также похищении людей		
5.1			

5.2			
6	Действия, совершенные в отношении субъекта		
6.1			
6.2			
7	Средства, использованные в отношении субъекта		
7.1			
7.2			
8	Цель торговли людьми, в том числе несовершеннолетними, иными видами их эксплуатации, а также похищении людей		
8.1			
8.2			
9	Причиненный вред субъекту		
9.1			
9.2			

8. Сведения о результатах экспертизы, в том числе о выявленных фактах насилия, об их характере:

9. Выводы/заключение:

10. Рекомендации:

11. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) лиц, проводивших оценку на наличие насилия (с указанием специальности, должности, места работы, контактных телефонов), подпись

Дата "___" 20 ___ года Время _____

Оценка степени опасности

✓ Если пациентка сообщит о том, что она в настоящее время находится в отношениях, нeliшенных элемента насилия, или же намеревается прекратить подобные отношения, необходимо будет оценить степень опасности, которой она подвергается. С этой целью необходимо задать следующие вопросы:

Усилилось ли насилие за последний год?

Принимает ли обидчик наркотики или алкогольные напитки?

Угрожал ли обидчик убить Вас?

Имеется ли у Вас в доме какое-либо оружие?

Боитесь ли Вы возвращаться домой?

✓ Благодаря этим вопросам и ответам на них, пациентка узнает, насколько высока степень опасности, которой она подвергается.

✓ Зная о степени грозящей опасности, медицинский работник и пациентка смогут продумать имеющиеся варианты для дальнейших действий.

✓ Следующим шагом в оказании помощи, если необходимо, станет проработка с пациенткой плана обеспечения ее безопасности.

План обеспечения безопасности
(Адаптированный материал Офиса профилактики насилия в семье штата Нью-Йорк)

I. Укрепление безопасности в отношениях

Если мне нужно будет уйти из дома, я могу пойти
_____ (перечислите 3 места, куда Вы можете пойти).

Я могу рассказать о насилии _____ (перечислите 2-х человек) и попросить их позвонить в милицию, если они услышат громкие крики, доносящиеся из моего дома.

Я могу оставить определенную сумму денег, одежду, ключи от машины и копии документов у _____ (укажите имя человека).

Если мне придётся уйти, я возьму _____ с собой.

Чтобы гарантировать свою безопасность и независимость, я могу всегда иметь при себе деньги для телефонных звонков, могу открыть собственный банковский счет, могу прорепетировать путь побега из дома и время от времени пересматривать этот план обеспечения безопасности.

II. Для обеспечения безопасности, когда отношениям положен конец

Я могу заменить замки, улучшить освещение вокруг моего дома и установить более крепкие двери.

Я могу сказать _____ (укажите, по крайней мере, два человека), что мой партнер больше не живет со мной и попросить их связаться с _____ (со мной, милицией, другими), если они заметят его возле моего дома.

Я сообщу лицам, присматривающим за моими детьми, имена людей, которым я разрешаю забирать моих детей. Я разрешаю забирать моих детей: _____ (перечислите имена всех лиц, к которым это применимо).

Я могу рассказать _____ (укажите кому) на работе о моем положении и попросить их проверять телефонные звонки на мое имя до того, как связать со мной.

Я могу получить ордер на защиту от _____ и иметь его всегда при себе. Я также могу оставить копию такого ордера у _____ (если применимо, укажите имя одного человека).

Если я почувствую себя подавлено и буду на грани того, чтобы вернуться в потенциально небезопасную ситуацию, я могу позвонить за поддержкой _____ (укажите имя, по крайней мере, одного человека) или могу посетить группы поддержки, а также укрепить мои отношения с другими людьми.

III. Важные номера телефонов:

IV. Вещи, которые нужно обязательно взять с собой (перечислите ниже)

Индивидуальный план мероприятий по реагированию на случай насилия

Организация:		№ участка ПМСП, Ф. И. О. среднего медицинского работника		ФИО социального работника, работающего с семьей
Дата начала реализации Плана:	Дата завершения реализации Плана:	Адрес проживания семьи:		
Личные данные:				
Имя	Фамилия	Дата рождения (или ожидаемая дата рождения)	Пол	
			Ж <input type="checkbox"/>	М <input type="checkbox"/>
			Ж <input type="checkbox"/>	М <input type="checkbox"/>
Члены семьи, включая детей, вовлеченные в процесс планирования развития семьи (родители/опекуны, родственники, другие члены семьи и т.д.):				
Ф. И. О. (при его наличии)		Кем приходится ребенку	Контактные данные:	
1				
2				
3				
Представители государственных органов, НПО, местных социальных служб и другие, вовлеченные в процесс планирования развития семьи:				
Ф. И. О (при его наличии)		Организация	Контактные данные:	
1				
2				
Составление индивидуального плана семьи (мероприятия, сроки исполнения):				
№	Цель: действия, мероприятия	Ответственные лица/Организация	Сроки	Отметка о выполнении
1	Включите примеры		___/___ число/месяц/год	<input type="checkbox"/> Исполнено <input type="checkbox"/> Не исполнено
2			___/___/ число/месяц/ год	<input type="checkbox"/> Исполнено <input type="checkbox"/> Не исполнено

Подписи:

Ф. И. О. (жертвы насилия)	Подпись	Дата
Ф. И. О. среднего медицинского работника	Подпись	Дата
Ф. И. О. ВОП	Подпись	Дата
Ф. И. О. социального работника	Подпись	Дата

Приложение 11

**Письменное добровольное согласие пациента при инвазивных
вмешательствах**

Я пациент/законный представитель пациента (подчеркнуть):

_____ ,
(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента/законного представителя)
находясь в _____

(наименование медицинской организации)
даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным
представителем которого я являюсь: _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)
следующей процедуры: _____

(указать наименование процедуры)

1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных
эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со
всеми подготовительными и сопровождающими возможными
анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными
вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного
вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и
осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны
сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем
жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным
причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на
применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на
устранение вышеуказанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных моим
здравием (со здоровьем лица, законным представителем которого
я являюсь):

наследственность;
аллергические проявления;
индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и
продуктов питания;
потребление табачных изделий;
 злоупотребление алкоголем;
 злоупотребление наркотическими средствами;
 перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические
пособия;

экологические и производственные факторы физической, химической
или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным
представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности;

принимаемые лекарственные средства.

3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все
вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с
ними.

Подпись заявителя: _____ (пациент/законный представитель)

Дата заполнения: _____ / _____ /201____ г.

Врач: _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Подпись: _____

Примечание:

2. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

3. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники пожизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни издоровья пациента.

Приложение 12

Правила обследования лиц, подвергшихся сексуальному насилию на ВИЧ

Обследованию лиц по эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции подлежат лица, подвергшиеся риску инфицирования (при половом контакте и других обстоятельствах) проходят медицинское обследование на наличие ВИЧ-инфекции в момент обращения и дальнейшее обследование через 1 и 3 месяца^[10].

Обследованию по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции экспресс-тестом, с последующим обследованием в ИФА подлежат, лица пострадавшие в аварийных ситуациях (для определения ВИЧ статуса и предполагаемого источника инфекции, оценки степени риска и назначения постконтактной антиретровирусной профилактики)^[11].

Перед обследованием лиц на наличие ВИЧ-инфекции проводится обязательное дотестовое консультирование, при выдаче результата проводится послетестовое консультирование по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

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

При обследовании лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции заполняются: код обследования, персональные данные лиц в соответствии с документом, удостоверяющим личность (полные фамилия, имя, отчество (при наличии), год рождения), домашний адрес, гражданство.

Образцы крови сопровождаются направлением на исследование методом ИФА на антитела к ВИЧ по формам, утвержденным приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения", зарегистрированным в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697:

индивидуальное – в одном экземпляре (форма № 264-8/е);
списочное – в двух экземплярах (форма № 264/е)^[13].

Приложение 13

Перечень клинических протоколов, используемых при оказании медицинской помощи лицам, пострадавшим от насилия

1. Клинический протокол «Переломы тел позвонков и их последствия у детей», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 28.06.2016 года №6);

2. Клинический протокол «Травма глаз и глазницы. Ушиб глазного яблока и тканей глазницы 3-4 ст» рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 15.10.2015 года №12);

3. Клинический протокол «Позвоночно-спинномозговая травма и ее последствия», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 30.11.2015 года № 18)

4. Клинический протокол «Последствие травм верхней и нижней конечности у детей», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 28.06.2016 года №6);

5. Клинический протокол «Политравма», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 29.03.2018 года №60);

6. Клинический протокол «Повреждение мениска коленного сустава», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 27.11.2015 года №17);

7. Клинический протокол «Поверхностная травма головы», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 15.09.2015 года №9);

8. Клинический протокол «Сочетанная травма у детей», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 28.06.2016 года №6);

9. Клинический протокол «Переломы захватывающие несколько областей тела», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 28.06.2016 года №6);

10. Клинический протокол «ВИЧ-инфекция у детей», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 11.06.2020 года №97).

11. Клинический протокол «ВИЧ-инфекция у взрослых», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протокол от 11.06.2020 года №97).

12. Клинический протокол «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями уреаплазмоза и микоплазмоза», одобренный

Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 29 июня 2017 года Протокол №24;

13-1 Клинический протокол «Урогенитальные заболевания, вызванные возбудителями микоплазмоза», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан 29 июня 2017 года Протокол №24;

13. Клинический протокол «Гонококковая инфекция», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «3» октября 2019 года, протокол №74;

14. Клинический протокол «Превентивное лечение сифилиса», утвержденный Экспертной комиссией по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан 4 июля 2014 года Протокол № 10;

15. Клинический протокол «Ранний сифилис», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 29 марта 2019 года, протокол №60;

16. Клинический протокол «Урогенитальный трихомоноз», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан 30 ноября 2015 года Протокол № 18;

17. Клинический протокол «Хламидийная инфекция» одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «3» октября 2019 года, протокол №74;

18. Клинический протокол «Хронический вирусный гепатит В у детей», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» сентября 2015 года Протокол № 10;

19. Клинический протокол «Острые вирусные гепатиты В, С и D, передающиеся парентеральным путем у детей», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 29 июня 2017 года Протокол №24;

20. Клинический протокол «Столбняк», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12 мая 2017 года Протокол №22;

21. Клинический протокол «Хронический гепатит В у взрослых», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «19» ноября 2019 года, протокол №77;

22. Клинический протокол «Острые вирусные гепатиты В, Д и С у взрослых», рекомендованный Экспертным советом РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 20 ноября 2015 года Протокол № 16.

Приложение 14

Сопровождение ЛПСН согласно рекомендациям ВОЗ

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

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

 - ✓ должны продолжать оказывать первичную помощь (ВОЗ 2013, Рекомендация 21);
 - ✓ предоставить пострадавшим печатную информацию о стратегии преодоления тяжелого стресса (с соответствующими предупреждениями о том, что опасно приносить печатные материалы домой, если там находится агрессивный партнер) (ВОЗ 2013, Рекомендация 22);
 - ✓ не должны применять психологический дебрифинг, необходимо оказать психологическую помощь для разрядки напряжения. Для этого человека просят кратко, но последовательно пересказать свое восприятие ситуации (ВОЗ 2013, Рекомендация 23).
2. В течение трех месяцев после травмы медицинские работники:

 - ✓ должны продолжать оказывать первичную помощь (ВОЗ 2013, Рекомендация 24);
 - ✓ обеспечить динамическое наблюдение в течение 1-3 месяцев после события (то есть объяснить женщине, что ей, скорее всего, станет лучше со временем и предложить ей прийти еще раз. Для этого необходимо записать пациентку на прием через регулярные промежутки времени). Однако методику динамического наблюдения не следует применять, если женщина находится в депрессии, злоупотребляет алкоголем или наркотиками, имеет суицидальные мысли или с трудом выполняет повседневные обязанности (ВОЗ 2013, Рекомендация 25);
 - ✓ организовать когнитивную поведенческую терапию или десенсибилизацию и коррекцию переработки информации с помощью движения глазных яблок в тех случаях, когда пациент не способен выполнять повседневные дела в связи с последствиям изнасилования (то есть она не может нормально функционировать в повседневной жизни). Эти вмешательства должен проводить медицинский работник, подготовленный по оказанию помощи в случае СН (ВОЗ 2013, Рекомендация 26);
 - ✓ оказать помощь в соответствии с Руководством ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью, если у пациента наблюдаются любые другие расстройства психики, например, симптомы депрессии, злоупотребления алкоголем или наркотиками, суицидальность или причинение себе вреда (ВОЗ 2013, Рекомендация 27).
3. По истечении трех месяцев после травмы медицинские работники:

 - ✓ должны оценить расстройства психики (симптомы острого стресса/ посттравматического стрессового расстройства, депрессии, злоупотребление алкоголем/наркотиками, суицидальность или причинение себе вреда) и обеспечить лечение депрессии, злоупотребления алкоголем или других психических расстройств в соответствии с принципами Руководства ВОЗ в рамках Глобальной программы действий по психическому здоровью (ВОЗ 2013, Рекомендация 28);
 - ✓ если пострадавшие страдают посттравматическим стрессовым расстройством, организовать лечение этого расстройства с помощью

когнитивной поведенческой терапии или дессенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок (ВОЗ 2013, Рекомендация 29).

Карточка бизнес-процесса предоставления комплексной медицинской помощи в случаях гендерного (сексуального) насилия

Цель	Владелец процесса	Исполнители	Мероприятия	Требуемые ресурсы
Обеспечение раннего выявления гендерного насилия, оказание качественной медицинской и медико-социальной помощи жертвам гендерного насилия, обеспечение информирования компетентных ведомств о факте насилия и реагирования на каждый случай насилия в рамках компетенции медицинской организации	Руководитель медицинской организации	Врачебный и средний медицинский персонал медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, стационарную и стационарзамещающую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, домов ребенка, социальные работники и психологи медицинских организаций, врачебный и средний медицинский персонал организаций образования (детские дошкольные учреждения, школы, детские дома).	<p>Выявление случаев насилия</p> <p>Методы выявления:</p> <ul style="list-style-type: none"> • профилактический медицинский осмотр, • посещение на дому – медико-социальный патронаж – ВОП/участковым врачом/медсестрой ВОП/участкового врача с проведением скрининга в целевых группах населения; • при прямом обращении жертвы в медицинскую организацию при первичном/повторном осмотре. 	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие необходимого штата специалистов; • Должностные инструкции • Стандарты оказания медицинской помощи, клинический протокол ВНД, СОПы
I. Профилактика насилия				
Снизить частоту новых случаев насилия				
Первичная профилактика: Выявление группы риска	Руководитель подразделения ПМСП	Участковый врач/ ВОП, участковая медсестра/медсестра ВОП	Работа в семье: улучшение навыков межличностного общения, разрешение конфликтов для профилактики насилия	<ul style="list-style-type: none"> • Список прикрепленного населения; • Список семей группы риска по насилию

Вторичная профилактика: Целевые вмешательства, способствующие изменению поведения членов семей, детей из группы риска для прекращения их проблемного поведения и профилактики его перехода в более тяжелые насилистенные формы	Директор школы	Сотрудники ПМСП, Школьный медицинский работник Социальный работник Психолог	Ранние вмешательства для работы с семьями, детьми из группы с проблемным поведением (нетяжелым)	<ul style="list-style-type: none"> • Список семей с проблемным поведением с контактными данными • Список с семей с детьми из группы с проблемным поведением (нетяжелым) с контактными данными • Контакты школьных медицинских работников • Записи в первичной документации
Третичная профилактика: Способствовать изменению поведения и подотчетность, снизить интенсивность и тяжесть эпизодов насилия.	Руководитель медицинской организации, заинтересованного ведомства	Медицинские работники, сотрудники заинтересованных ведомств	Интенсивные индивидуализированные вмешательства для асоциальных семей, детей из группы повышенного риска, характеризующихся крайне деструктивным, агрессивным/жестоким поведением и постоянными проблемами в поведении, не реагирующих на вторичные вмешательства.	<ul style="list-style-type: none"> • Список семей с зарегистрированными фактами насилия с контактными данными • Контакты сотрудников заинтересованных ведомств • Записи в первичной документации
Выявление насилия, экстренные мероприятия				
Диагностика насилия и определить необходимость проведения экстренных и срочных мер	Руководитель медицинской организации (МО)	Медицинские работники	<ul style="list-style-type: none"> • Диагностика насилия по критериям, опрос. • Организация и оказание скорой и неотложной помощи 	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие ЛС, МИ, оборудования для диагностики и оказания необходимой медицинской помощи;

				<ul style="list-style-type: none"> ● Записи в первичной документации
	Руководитель медицинской организации (МО)	Медицинские работники, социальные работники, психологи	<ul style="list-style-type: none"> ● Сообщить руководителю МО; ● Информирование социального работника ● Вызов Полиции ● Размещение в Кризисном центре ● Информирование уполномоченного органа ● Привлечение в Молодежный центр здоровья 	<ul style="list-style-type: none"> ● Записи в первичной документации ● Сигнальный лист для предполагаемых/подозреваемых случаях насилия; ● Журнал регистрации и учета сигналов о случаях насилия ● Акт об угрозе здоровью, жизни и безопасности ребенка и мерах его защиты
	Руководитель «Станции скорой медицинской помощи»	Врачи «Станции скорой медицинской помощи»	<ul style="list-style-type: none"> ● Диагностика насилия по критериям, опрос. ● Оказание скорой медицинской помощи (при наличии показаний) ● Сообщить руководителю «Станции скорой медицинской помощи»; <ul style="list-style-type: none"> ● Информирование МО (ПМСП) ● Вызов Полиции ● Госпитализация в стационар (по показаниям) ● Передача актива в МО ПМСП в случаях отсутствия показаний для госпитализации/или отказа от 	<ul style="list-style-type: none"> ● Наличие ЛС, МИ, оборудования для диагностики и оказания необходимой медицинской помощи; ● Записи в медицинской документации (Карта вызова бригады «Станции скорой помощи», Журнал регистрации вызовов бригады «Станции скорой медицинской помощи»)

			госпитализации	
Планирование и выполнение мероприятий				
Составление, реализация и пересмотр индивидуального плана защиты от насилия	Руководитель медицинской организации (МО)	Социальные работники, психологи	Составление, реализация и пересмотр индивидуального плана защиты от насилия	Индивидуальные планы защиты от насилия
Комплексная оценка случая		<i>Мультидисциплинарная команда (ВОП, педиатр, акушерка, участковая медсестра/патронажная, медсестра КЗР, медсестра кабинета планирования семьи, специалист по ЗОЖ, социальный работник, психолог и другие)</i>	<p>Кейс-менеджмент:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. посещение семьи, выявление социальных рисков неблагополучия первичная оценка; 2. назначение ответственного — кейс-менеджера — за ведение семьи; 3. посещение семьи и вторичная оценка; 4. составление проекта плана работы с семьей; 5. утверждение плана работы с семьей; 6. ведение случая, связь с другими секторами и НПО по оказанию комплексных услуг; 7. пересмотр плана работы ведения семьи; 8. мониторинг и оценка случая; 9. закрытие случая и мониторинг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Результаты комплексной оценки (оценочный лист) • Записи в первичной документации

Алгоритм ведения случая (кейс-менеджмент) на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

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

Ведение случая на уровне ПМСП



Ведение случая состоит из 9 шагов:



1. Посещение семьи, выявление социальных рисков неблагополучия первичная оценка:

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

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

Выявление **семей, находящихся в группе в риска** (бытовое насилие) осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи медицинскими работниками, социальным работником, а также психологом.

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

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

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

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

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

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

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

а) информация не подтвердилась, сопровождение семьи не осуществляется;

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

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

- Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг (форма 055/у согласно Приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 июля 2012 года № 514 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года №907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения")
- Социальный паспорт семьи – первично заполняется патронажной/семейной медсестрой после проведения оценки (Метод Треугольника);
- проведение Углубленной оценки потребностей ребенка и семьюсоциальным работником;
- разрабатывается Индивидуальный план развития семьи;
- Документы/копии, касающиеся здоровья, образования, социального статуса ребенка/семьи: свидетельство о рождении ребенка, уд. личности родителей, если имеется инвалидность, документ о инвалидности, медицинские записи и документы, заявление, ходатайства и др.

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

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

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

2. Назначение ответственного – кейс-менеджера – за ведение семьи

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

В течение 1 дня заведующий отделением профилактики и социально-психологической помощи или другое подразделение с такими функциями помощи назначает ответственного(кейс-менеджера) за ведение и поддержку семьи – социального работника/психолога, который будет вести (сопровождать) семью и ребенка протяжении всегопериода реализации мероприятий, направленных на изменения ситуации.

Социальный работник, ответственный за ведение случая (кейс-менеджер), координирует и выполняет мероприятия, включенные в План по

развитию семьи, осуществляет мониторинг и оценку, и качественное заполнение документации.

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

Формы работы:

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

2) Социальный патронаж на дому – по необходимости с целью изучения социально-бытовых условий и сбора информации об условиях семьи и ближайшего родственного окружения,

3) участие и организация групповой работы с целевыми группами с целью проведения профилактических и социально-психологических и коррекционных занятий и тренингов.

3. Посещение семьи и вторичная оценка

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

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

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

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

Таблица 1 – Степени риска и действия по поддержке и защите ребенка

Уровень риска	Действия
Высокий риск: женщина ребенок, подвергшиеся ГН в условиях дома	<ul style="list-style-type: none">– срочное информирование в правоохранительные органы, инспекцию по делам несовершеннолетних и далее участие его в размещение в дом ребенка, в отделение временного размещения в Центр адаптации согласно установленной процедуре компетентных органов;– после обеспечения временной безопасности (Дом матери, отделение Надеждыдр.)
Средний риск: риск ГН в неблагополучной семье	Открытие случая по ведению социального неблагополучия семьи на основе получения сигнала от патронажной медсестры и передаче информации социальному работнику.
Низкий или 0 риск: Отсутствуют факторы риска ГН	Профилактическая работа с семьей патронажной медсестрой, специалистами Кабинета здорового ребенка, Школы по подготовке к родам и др., а также консультации социальным работником, психологом в организациях ПМСП.

Глубокая и всестороня оценка проводится социальным работником на уровне ПМСП по ведению случая составляет 15-30 дней, используя инструменты оценки, по всем направлениям трех сторон треугольной оценочной структуры (потребности ребенка в развитии, родительские обязанности, факторы семьи и окружающей среды), которая поможет определить дальнейшую стратегию действий. О всех проведенных процедурах оценки делается запись в Журналах регистрации (приказ МЗ РК от 20.12.2011 № 907 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности социального работника в сфере здравоохранения»). Командную и межведомственную оценку в социально неблагополучных семьях организует специалист по социальной работе.

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

Оценка состоит из взаимосвязанных этапов:

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

- определение состава команды специалистов, проводящих оценку;
- процедура оценки с оформлением учетной документации, рекомендаций и плана оказания помощи по видам, объему, срокам специальных соц.услуг/поддержки ответственных за выполнения.

Оценка направлена на определение рисков:

- уровень потребности/ риска в защите от ГН, источники и степень риска;
- какие потребности/риски должны быть удовлетворены/решены в первую очередь.

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

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

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

Методы сбора информации для углубленной оценки

- **Консультации**

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

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

- *Групповая работа*

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

- *Самооценочные опросники*

Позволяют членам семьи оценить себя по ряду критериев, связанных с измеряемыми потребностями, например, таких как стиль обучения, уровень самооценки и стратегии преодоления трудностей. Они могут стать

существенной частью процесса оценки и облегчить структурированное предоставление информации оцениваемым лицом.

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

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

- *Наблюдение*

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

- *Генограмма*

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

- *Экокарта*

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

4. Составление проекта плана работы с семьей

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

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

План по поддержке семьи должен в обязательном порядке фокусироваться на каждом члене семьи и может включать такие направления, как образование и развитие навыков (например, продвижение здорового образа жизни и духовно-нравственного образа, родительских навыков, управление острыми и хроническими состояниями, стратегиями поиска работы, повышение квалификации, на повышении мотивации) каждого члена семьи, нуждающегося в помощи, а также устойчивости в их жизни, долгосрочных перспектив, психотерапии, используя разные модальности, как семейные интервью, консультирование семейных пар с

поиском решений, групповые занятия с профилактической направленностью, помощи заботы о детях, планирование оказания услуг и перенаправлений в другие государственные не государственные организации для расширения услуг в преодолении возникших трудных жизненных обстоятельств (финансы, жилье, юридические, медицинские, или поведенческие), координация услуг, особенно в переходный период, мониторинг и оценка оказания услуг при завершении получения помощи¹.

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

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

Процесс разработки ИПРС должен быть:

- всесторонним – учитывать все значимые аспекты и воздействия;
- рациональным – не расходовать напрасно время или ресурсы;
- включающим – ребенок, их родители/опекуны и другие люди, затронутые планом, должны быть вовлечены и поощряться предпринимать действия самим, когда это уместно;
- информативным – заинтересованные лица должны понимать принятые решения;
- целенаправленным – краткосрочные решения поддерживают долгосрочные цели;
- логичным – каждый шаг должен вести к следующему шагу.

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

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

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

¹ National Association of Social Workers, USA

5. Утверждение плана работы с семьей

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

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

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

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

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

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

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

В некоторых случаях возможна ситуация, когда ответственность по обследованию и оценки риска после выявления случаев угрозы (высокий риск) передается в компетентные органы и ведомства: органы опеки, полицейские службы в отношении детей, оставшихся без попечения родителей, в случае жертвы бытового насилия, попадания матери с ребенком

в кризисный центр, центры дневного пребывания для детей с ограниченными возможностями.

Необходимые мероприятия, закрепленные на уровне ПМСП:

- средние медицинские работники (участковые, патронажные медсестры) оформляют первичную медицинскую документацию и вносят данные об анамнезе, результат их наблюдений и о социальных проблемах в семье;
- социальные работники организаций ПМСП в тесном сотрудничестве с участковыми средними медицинскими работниками проводят обследования социальной ситуации в семьях для активного выявления, учета, поддержки и защиты детей с ограниченными возможностями для развития, которые обусловлены факторами социальной среды: в трудной жизненной ситуацией (сиротство, безнадзорность, оставление без родительского попечения, жестокое обращение, социально значимые болезни, представляющие опасность для окружающих у ребенка или в семье, психические заболевания и ментальные нарушения у родителей и лиц их заменяющих; бездомность родителей (лица из числа БОМЖ);
- социальные работники с участием участковых, патронажных медработников, психологов и других специалистов ПМСП разрабатывают «План поддержки ребенка и его семьи» в случаях трудной жизненной ситуации и социального неблагополучия семьи;
- Социальные работники осуществляют согласование плана поддержки ребенка его семьи» с родителями/лицами, их замещающими и включают их в выполнение мероприятий;
- консультации, индивидуальном и групповом уровне, обучение родителей/лиц, их заменяющих для повышения способности и потенциала семьи обеспечить надлежащий уход, безопасность, воспитание и развитие детей проводятся медицинскими работниками в Кабинетах здорового ребенка, Школ по подготовке к родам социальными работниками, психологами, организаций ПМСП;
- социальные работники ПМСП организуют междисциплинарную оценку социальной ситуации в социально неблагополучных семьях, при необходимости такая оценка проводится с участием представителей органов опеки и участковых служб МВД и направлена на определение степени риска здоровью, развитию и безопасности женщин и детей, разработку совместных мероприятий по защите женщин и детей и «Индивидуального плана развития семьи»;
- социальными работниками организаций ПМСП принимаются неотложные меры по защите женщин и детей в случаях угрозы здоровью, жизни и безопасности, с оформлением «Акта об угрозе здоровью, жизни и безопасности ребенка и мерах по защите» (при участии участковых медицинских работников, представителей органов опеки и участковых служб ОВД;

- медицинские работники ПМСП обеспечивают доступ к гарантированному объему лекарственных препаратов, диетическому питанию протезно-ортопедическим средствам, специализированной медицинской и реабилитационной помощи;
- медицинские работники ПМСП оформляют документы Индивидуальной программы реабилитации (ИПР) женщины и ребенка для МСЭ.
- мониторинг и анализ социальной ситуации, здоровья и развития детей для межведомственного сотрудничества, обмена информацией и совместных мероприятий с органами опеки, образования, социальной защиты и МВД;
- ведение первичного учета, ведомственной отчетности и анализ о детях от 0 до 5 лет с нарушениями развития, в трудной жизненной ситуации и социально-неблагополучных семьях на участке обслуживания.

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

7. Пересмотр плана работы с семьей

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

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

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

8. Мониторинг и оценка ведения случая

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

При оценке осуществляется:

- мониторинг прогресса развития ребенка/семьи с течением времени и выявление нужд, которые были удовлетворены, частично удовлетворены и не были удовлетворены;
- обновление ключевой информации относительно прогресса ребенка/семьи;
- рассмотрение влияния оказанных услуг на ребенка/семью и выявление услуг, которые не были предоставлены;
- определение и рекомендация необходимых изменений в плане для ребенка и семьи.

Повторная оценка:

- Если ситуация семьи кардинально изменилась, и поставленные цели семьи более не являются адекватными, следует рассмотреть возможность “новой” глубинной оценки (повторной оценки) и принять решение о последующих шагах.
- Повторная оценка выполняется в соответствии со стандартными процедурами оценки согласно п. 2 и 4 данного раздела по графику переоценки.

9. Закрытие случая / завершение сопровождения семьи

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

- семья находится в ситуации относительной стабильности (здоровье улучшилось);
- улучшились взаимоотношения в семьеизменение ситуации семьи/матери;
- эффективность взаимодействия и сотрудничества медико-социальных служб, ПМСП и родильных домов с государственными органами по каждому случаю;
- снижение уровня институционализации (помещение ребенка в возрасте от 0 до 3-х лет в медико-социальные учреждения, дома ребенка);

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

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

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