

СОКРАЩЕННОЕ ИЗДАНИЕ

МЕЖДУНАРОДНОЕ ТЕХНИЧЕСКОЕ И ПРОГРАММНОЕ РУКОВОДСТВО ПО
**ВНЕШКОЛЬНОМУ КОМПЛЕКСНОМУ
СЕКСУАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ**

ИНФОРМАЦИОННО-ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД
ДЛЯ НЕФОРМАЛЬНЫХ ВНЕШКОЛЬНЫХ ПРОГРАММ



Сокращенное издание

МЕЖДУНАРОДНОЕ ТЕХНИЧЕСКОЕ И ПРОГРАММНОЕ РУКОВОДСТВО ПО

ВНЕШКОЛЬНОМУ КОМПЛЕКСНОМУ СЕКСУАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

Информационно-доказательный подход
для неформальных внешкольных программ



Опубликовано Фондом Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА)

605 Third Avenue, New York, NY 10158, United States of America

Авторское право © United Nations Population Fund (UNFPA), 2020

ISBN 978-08-9-714045-4

Предисловие

Сегодня в мире проживает больше молодых людей, чем когда-либо в истории человечества. Инвестируя в их здоровье и образование, правительства могут способствовать вовлечению молодых людей в жизнь общества, обеспечить их благополучие и помочь им в полной мере реализовывать свой потенциал. Вклад в образование — это вклад в здоровье, поэтому комплексное сексуальное образование (КСО) остается важнейшим условием для сохранения здоровья и достижения гендерного равенства. Оно дает молодым людям необходимые инструменты для формирования здоровых привычек и создания здоровых взаимоотношений, помогает им принимать решения, касающиеся их сексуального и репродуктивного здоровья, которые меняют жизнь к лучшему.

И тем не менее многие молодые люди ежедневно получают из разных источников антинаучную, противоречивую и вводящую в заблуждение информацию о сексуальности и гендере. Это может неблагоприятным образом сказаться на их здоровье, благополучии и чувстве собственного достоинства. Как результат, плохое сексуальное и репродуктивное здоровье все еще остается реальностью для многих молодых людей. Отсюда насущная потребность в массовом и эффективном КСО. Опубликовано ЮНФПА совместно с ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и ВОЗ *«Международное техническое и программное руководство по внешкольному комплексному сексуальному образованию»*, созданное при содействии этих организаций, является свидетельством нашей общей приверженности этой работе.

Публикация данного Руководства прилась на время, когда во всем мире растет интерес к КСО, и совпала с 50-й годовщиной ЮНФПА и 25-й годовщиной Международной конференции по народонаселению и развитию и ее инновационной Программы действий. Оно также способствует реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, которая ориентирована на тех, кто нуждается в первоочередном внимании, включая молодых людей, людей с ограничениями жизнедеятельности, людей, живущих с ВИЧ, представителей коренных народов, беженцев и мигрантов. В связи с тем, что многие представители этих групп не ходят в школу, а те, кто ходит, не всегда получают КСО, внешкольные программы могут помочь устранить пробелы в их образовании и эффективно удовлетворить их потребности.

Данное Руководство дополняет *«Международное техническое руководство по сексуальному образованию»*, опубликованное в 2018 году, и разработано на его основе. В данном издании для внешкольных программ, которое опирается на факты и использует правозащитный подход, даны конкретные инструкции и рекомендации, которые помогут наиболее уязвимым категориям молодых людей расширить свои знания и навыки, необходимые для принятия взвешенных решений, касающихся сексуального и репродуктивного здоровья.

Вместе со своими партнерами, среди которых ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС и ВОЗ, ЮНФПА призывает руководителей внешкольных программ, используя этот комплекс рекомендаций, создавать условия для расширения возможностей, самоопределения и сохранения здоровья молодых людей из групп с высоким риском негативных последствий. Это те молодые люди, которые, среди прочего, сталкиваются с насилием и дискриминацией, маргинализацией, бедностью, ВИЧ и другими инфекциями, передаваемыми половым путем, а также проблемами, связанными с психическим здоровьем. Мы считаем своим долгом укреплять и пропагандировать общечеловеческие ценности, отстаиваемые в настоящем Руководстве, в том числе гендерное равенство, чувство собственного достоинства, социальную инклюзивность и права человека.

Мы будем продолжать нашу работу до тех пор, пока каждый молодой человек не будет обладать знаниями о том, как вести здоровый образ жизни, и не получит возможность в полной мере реализовать свой потенциал и внести свой вклад в построение лучшего будущего для всех.

Д-р Наталия Канем,
директор-исполнитель ЮНФПА

Сокращения и аббревиатуры

АТС+	Азиатско-тихоокеанская сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИД	МФПС	Международная федерация по планированию семьи
АТКМСЗ	Азиатско-тихоокеанская коалиция по мужскому сексуальному здоровью	ООН	Организация Объединенных Наций
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека	ООН-женщины	Структура ООН по вопросам гендерного равенства и расширения прав и возможностей женщин
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	ПРООН	Программа развития ООН
ВСЛ+	Всемирная сеть людей, живущих с ВИЧ/СПИД	СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ГСПСР	Глобальная сеть проектов по секс-работе	УВКБ ООН	Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев
КСО	комплексное сексуальное образование	УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЛГБК+	лесбиянки, геи, бисексуалы, пансексуалы, асексуалы и другие лица негетеросексуальной ориентации	ЮНЕСКО	Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры
ЛГБТК+	лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и квиры/нецисгендеры (например, интерсексы, гендерно-небинарные и гендерно-некомформные люди и агендеры)	ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
МКС	Международный комитет спасения	ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
МСЛУН	Международная сеть людей, употребляющих наркотики	ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
МТРСО	«Международное техническое руководство по сексуальному образованию»		

Выражение признательности

Работу над этим Руководством инициировал, координировал и организовывал **Илья Жуков**, глобальный координатор по комплексному сексуальному образованию, департамент сексуального и репродуктивного здоровья, технический отдел ЮНФПА. Руководство написано **Андреа Ирвин**, консультантом по сексуальному образованию, гендерным вопросам и правам, при особой поддержке и содействии **Лили Уоррен**, стажера ЮНФПА, и Ильи Жукова. Дополнительный текст в Руководство внесли **Марина Плесонс** и **Венкатраман Чандра-Мули**, департамент сексуального и репродуктивного здоровья и научных исследований, ВОЗ. Текст данного сокращенного издания Руководства отредактирован **Джеймсом Баэром**.

Мы также хотим отметить вклад в составление Руководства следующих лиц, которые любезно согласились дать интервью на тему потребности конкретных групп детей и молодежи в сексуальном образовании, предоставляли отзывы по разделам проекта руководства, участвовали в консультациях международных экспертов, проходивших 12–13 декабря 2017 года в Осло, Норвегия, или оказывали другую помощь:

Оливер Анен Фонд молодых лидеров для борьбы с ВИЧ

Мэтью Барклай Галлодетский университет

Мария Бакароудис ЮНФПА

Аруп Баруа стажер ВОЗ

Элизабет Беномар ЮНФПА

Кимберли Берг Совет по делам лиц с ограничениями жизнедеятельности вследствие пороков развития штата Нью-Йорк

Эми Бишоп консультант по глобальному здоровью и правам человека

Рун Брандрап ЮНФПА

Джална Бродерик организация Quality of Citizenship Jamaica

Пьер Бруар Университет Претории и Общество психологов Южной Африки

Келвин Браун Азиатский банк развития

Кристофер Касл ЮНЕСКО

Ставика Каласани ЮНФПА

Танака Хиромбо Национальная ассоциация молодых людей, живущих с ВИЧ (Малави)

Эмили Кристи ЮНЭЙДС

Эстер Корона Варгас Всемирная ассоциация сексуального здоровья

Чу Тан Ха организация It's Time (для трансгендерных мужчин)

Амелия Коулман ЮНФПА

Пол-Жильбер Коллетаз Глобальная сеть проектов по секс-работе

Рейн Кортес Сеть трансгендеров в азиатско-тихоокеанском регионе

Кристина Де Карвало Эрикссон ЮНИСЕФ

Ральф ДиКлементе Университет Нью-Йорка

Мари Донохью Департаменты образовательных услуг и услуг для взрослых лиц с ограничениями жизнедеятельности в дневное время г. Нью-Йорка
Даниэль Энгел ЮНФПА

Ингунн Эйдхаммер Норвежская организация сотрудничества в области развития

Аденике Есиет организация Action Health Incorporated

Бенте Фаугли ЮНФПА

Джессика Филдс Государственный университет Сан-Франциско

Иехенте Футе Сеть сексуального здоровья для молодых представителей коренного населения

Хейли Глисон Международная федерация планирования семьи

Лиэнн Мари Гонсалвес ВОЗ

Гюнтер Грей ЮНЕСКО

Гай В. Гурунг организация Youth LEAD

Марли Гутиэррес-Паттерсон Азиатско-тихоокеанская сеть трансгендеров

Джилл Ханасс-Ханкок Южноафриканский совет медицинских исследований

Камилла Холст Салвесен Норвежская организация сотрудничества по вопросам развития

Лора Херли Международная федерация планирования семьи

Фелиция Джонс УВКБ

Аксел Китинг организация InterACT

Ники Канна консультант

Елена Кирюшина ЮНЭЙДС

Аннека Кнутсон ЮНФПА

Пурна Кушалнагар Галлодетский университет

Айрин Куземко организации Интерсекс Россия, Organization Intersex International (OI) Europe и InterACT

Шехназ Исламова неправительственная организация Tais Plus

Джонатан Легgett организации InterACT и Human Rights Campaign, Альянс геев и лесбиянок против диффамации

Хосе Роберто Луна ЮНФПА

Деус Лупенга Министерство труда, молодежи, спорта и развития трудовых ресурсов, правительство Малави

Сара Мартин специалист по предотвращению случаев гендерного насилия и реагированию на такие случаи в чрезвычайных ситуациях

Нил МакКаллох Глобальная сеть проектов по секс-работе

Кэтрин МакЛафлин компания Elevatus Training LLC

Джефф Мильоцци Школа Перкинса для слепых

Петар Младенов Центр адвокации КСО

Кураиш Мобиру организация Uganda Young Positives

Лебоган Мотсуми Африканская сеть молодежи и подростков по вопросам народонаселения и развития

Гита Нараян ЮНФПА

Лада Нужна Евразийский Союз подростков и молодежи Teenenergizer

Грейс Осаку проект Girls' Power Initiative

Яна Панфилова Евразийский союз подростков и молодежи Teenenergizer

Петр Павлак консультант по гендерным вопросам

Морин Фири Национальная молодежная сеть (Малави)

Кенита Пласиде Восточно-карибский альянс многообразия и равноправия

Дипа Прасад ЮНФПА

Хабиб Рахман Азиатско-тихоокеанская сеть секс-работников

Инад Рендон APCOM

Артуно Рекесенс Галнарес Секретариат постоянного форума по вопросам коренного населения

Аманда Саенз организация InterACT

Брайан Шрайфелс компания Elevatus Training LLC и организация The Arc Minnesota

Элизабет Шредер специалист по сексуальному образованию

Консуэло Сениор Институт совершеннолетней молодежи

Лейла Шарифи ЮНФПА

Венкатеш Сринивасан ЮНФПА

Налини Сривастава ЮНФПА

Дани Столбунов Евразийский союз подростков и молодежи Teenenergizer

Анна Щегельняк Молодежная коалиция по сексуальным и репродуктивным правам

Жиль Вирджили ЮНФПА

Эмили Вайдеруд организации ACT Alliance и Church of Sweden

Дженни Вильямс консультант по вопросам торговли людьми и гендерным вопросам

Кэй Ти Вин Азиатско-тихоокеанская сеть секс-работников

Сузан Вуд Международная коалиция женского здоровья

Наталья Закарешили ЮНФПА

Кимберли Цизельман организация InterACT; а также благодарим персонал, совет и молодых представителей организации InterACT

Особую благодарность мы бы хотели выразить коллегам из организаций системы Организации Объединенных Наций, оказывавшим поддержку и предоставлявшим данные и рецензии в процессе работы:

Дженелл Бабб ЮНЕСКО

Салли Бидл ЮНЕСКО

Назнин Дамджи ООН-женщины

Джоанна Херат ЮНЕСКО

Елена Кудрявцева ООН-женщины

Хейги Ваган ЮНЭЙДС

Дамилола Уокер ЮНИСЕФ

Мы также выражаем благодарность следующим организациям за рецензирование раздела, посвященного обучению с привлечением равных:

организация Advocates for Youth, европейские неправительственные организации, Грузинская ассоциация развития и образования молодежи, Ассоциация медицинского просвещения и исследований (Македония), Международная федерация ассоциаций студентов-медиков — выпускники, Международный институт молодежного развития PETRI-Sofia, Общество Красного полумесяца (Кыргызстан), Y-PEER (международная организация, Албания и Македония), молодежная сеть «Осведомленность молодежи в области секса — Европа» (Youth Sexual Awareness for Europe, YSAFE), организация YouAct, Молодежная коалиция по сексуальным и репродуктивным правам, организация Youth LEAD.

Кроме того, мы выражаем благодарность:

Мике Ямаи, ЮНФПА, оказавшей помощь в организации, проведении и создании отчетности по итогам консультаций с международными экспертами;

Норвегии за финансирование с целью поддержки региональных презентаций и распространения Руководства; **PrintOnline.ru** за графический дизайн и издание Руководства.

Содержание

Предисловие	3
Сокращения и аббревиатуры	4
Выражение признательности	5
Введение	8
1. Краткий обзор внешкольного КСО	9
2. Разработка и реализация внешкольных программ КСО	11
2.1 Разработка программ	11
2.2 Реализация программ	13
2.3 Привлечение равных в программы внешкольного КСО	15
2.4 Привлечение родителей или опекунов к участию во внешкольных программах КСО	17
2.5 Использование технологий во внешкольных программах КСО	18
3. Предоставление внешкольного КСО конкретным группам молодых людей	20
3.1 Группы, сформированные по гендерному признаку	20
3.1.1 Девушки и молодые женщины	20
3.1.2 Мальчики/юноши и молодые мужчины	21
3.2 Молодые люди с ограничениями жизнедеятельности	22
3.2.1 Молодые люди с ограничениями жизнедеятельности (в целом)	22
3.2.2 Молодые люди с физическими ограничениями жизнедеятельности	24
3.2.3 Молодые люди с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности	24
3.2.4 Глухие или слабослышащие молодые люди	25
3.2.5 Слепые молодые люди	26
3.2.6 Молодые люди с расстройствами аутистического спектра	27
3.2.7 Молодые люди с психосоциальными ограничениями жизнедеятельности	27
3.3 Молодые люди, находящиеся в условиях гуманитарного кризиса	28
3.4 Молодые представители коренного населения	30
3.5 Молодые лесбиянки, геи, бисексуалы и другие молодые мужчины, практикующие секс с другими мужчинами	32
3.6 Молодые трансгендеры	34
3.7 Молодые интерсексы	36
3.8 Молодые люди, живущие с ВИЧ	38
3.9 Молодые люди, употребляющие наркотики	39
3.10 Молодые люди, продающие секс	41
3.11 Молодые люди в местах лишения свободы	42
Глоссарий терминов	45

Первое издание «*Международного технического руководства по сексуальному образованию*» (МТПСО) было опубликовано ЮНЕСКО совместно с ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и ВОЗ в 2009 году. За прошедшие с той поры годы область комплексного сексуального образования (КСО) получила значительное развитие в мировом масштабе, что привело к положительным сдвигам в политическом и культурном климате в результате его внедрения на национальном, региональном и международном уровнях.

В 2016 и 2017 годах ЮНЕСКО руководила процессом обновления МТПСО с целью продемонстрировать новые фактические данные и передовые практики. Пересмотренное МТПСО было опубликовано в 2018 году (UNESCO et al, 2018; все последующие ссылки на МТПСО в данной публикации относятся к этому переработанному изданию). В него были включены: краткий обзор КСО, факты, подтверждающие его эффективность, научно обоснованные ключевые концепции, темы и цели обучения, которые необходимо включить в учебные программы по КСО для четырех возрастных групп: 5–8 лет, 9–12 лет, 12–15 лет и 15–18+ лет. Оно также включало рекомендации по созданию условий, планированию и эффективной реализации программ КСО. МТПСО можно использовать как в рамках школьных, так и внешкольных программ КСО, при этом оно в большей степени ориентировано на формальное образование.

С принятием в 2015 году Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года учреждения Организации Объединенных Наций (ООН) и другие партнеры по развитию взяли на себя обязательство никого не оставлять в стороне и ориентироваться на тех, кто нуждается в первоочередном внимании. Среди детей и молодых людей в первоочередном внимании нуждаются лица, не посещающие школу, а также лица, сталкивающиеся с дискриминацией и нарушением прав человека по различным причинам. К ним также относятся дети и молодые люди, подверженные повышенному риску ухудшения сексуального и репродуктивного здоровья. В связи с этим заинтересованные стороны попросили разработать отдельный руководящий документ, ориентированный на внешкольное КСО.

Цель Руководства

Настоящее «*Международное техническое и программное руководство по внешкольному комплексному сексуальному образованию (сокращенное издание)*» необходимо использовать вместе с МТПСО. МТПСО является основой для всех видов КСО и включает подробное описание КСО (МТПСО, раздел 2), обоснование его влияния на здоровье и благополучие детей и молодых людей (раздел 3), доказательную базу КСО (раздел 4), основные понятия, темы и цели обучения (раздел 5), а также руководство по формированию поддержки программ КСО и планирование их реализации (раздел 6).

Настоящее руководство основано на МТПСО и дополняет его, предоставляя доказательно-информативные практические инструкции специально для внешкольных программ КСО, а также программ, целью которых является удовлетворение потребностей конкретных групп населения,

которые, вероятнее всего, не охвачены программами КСО, ориентированными на детей и молодых людей. Данная публикация предлагает комплексное программное руководство, в котором рассматриваются способы разработки программ КСО, которые являются целесообразными и безопасными для этих групп детей и молодых людей. Цели данного Руководства:

- **предоставить четкое определение внешкольного КСО;**
- **объяснить значение внешкольного КСО**, которое помогает привлечь внимание к таким вопросам, как сексуальность, здоровье и права, а также к проблемам, которые влияют на детей и молодых людей, в том числе на конкретные группы детей и молодых людей, но не обсуждаются в школах;
- **предоставить рекомендации по разработке внешкольных программ КСО**, включая учебные программы и обучающие материалы, которые имеют научное обоснование, учитывают культурные особенности, соответствуют возрасту и уровню развития, учитывают возможность психологической травмы (см. стр. 14), а также отвечают потребностям конкретных групп детей и молодых людей.

Данная публикация является сокращенным изданием полного Руководства. В ней содержится наиболее актуальная практическая информация о планировании, разработке и реализации эффективных внешкольных программ КСО. Полный перечень использованных материалов можно найти в отдельном приложении. Помимо информации, содержащейся в этом сокращенном издании, в полное Руководство включены:

- обзор литературы, использовавшейся в качестве источников для данного Руководства;
- более подробное описание потребностей каждой группы детей и молодых людей, рассматриваемой в данном Руководстве, а также описание статуса КСО для каждой группы;
- фактические данные об эффективности внешкольного КСО, как в общем, так и в конкретных группах детей и молодых людей, рассматриваемых в данном Руководстве;
- подробное изложение нескольких педагогических концепций и подходов;
- рассмотрение текущего статуса, возможностей и задач, связанных с реализацией программ внешкольного КСО.

Целевые пользователи Руководства

Цель данного Руководства — помочь всем, кто занимается разработкой или реализацией программ КСО вне школы. Сюда относятся правительственные учреждения, международные и национальные организации гражданского общества, организации местных сообществ, учреждения ООН и молодежь.

Структура Руководства

В разделе 1 представлен краткий обзор внешкольного КСО, включая определение, цели, роли, возможности и ограничения, связанные с внешкольным КСО.

1. Краткий обзор внешкольного КСО

В разделе 2 приводятся рекомендации по разработке и реализации программ внешкольного КСО в целом, а также по привлечению равных, родителей или опекунов и использованию технологий. В раздел также включены рекомендации, применяемые ко всем группам населения, рассматриваемым в разделе 3.

В разделе 3 приводятся рекомендации по реализации программ внешкольного КСО для конкретных групп детей и молодых людей (с учетом того, что многие дети и молодые люди могут принадлежать более чем к одной из этих групп): девочек и мальчиков по отдельности, молодых людей с ограничениями жизнедеятельности, молодых людей, находящихся в условиях гуманитарного кризиса, молодых представителей коренных народов, молодых лесбиянок, геев, бисексуалов, гендерно-небинарных и гендерно-некомформных людей, молодых трансгендеров, молодых интерсексов, молодых людей, живущих с ВИЧ, молодых людей, употребляющих наркотики, молодых людей, продающих секс, а также молодых людей в местах лишения свободы.

Как разрабатывалось данное Руководство

В 2017 году ЮНФПА ввел в обращение обзор литературы об эффективности внешкольного КСО. С целью получения комментариев он был распространен среди группы технических экспертов по всему миру, работающих в сферах образования, здравоохранения, развития молодежи, прав человека и гендерного равенства, включая исследователей, сотрудников министерств образования, экспертов по осуществлению программ НПО, партнеров по разработке и молодых людей.

Данные, полученные в ходе обсуждения обзора литературы, были представлены и обсуждались во время консультации с международными экспертами, проведенной ЮНФПА в конце 2017 года, когда участники разработали проект плана Руководства.

С учетом отзывов о проекте плана, был создан проект Руководства с использованием данных и информации, полученных в ходе дополнительных бесед с экспертами молодого и старшего возраста, для того, чтобы оно опиралось на практику и помогало в решении проблем, с которыми сталкиваются конкретные группы детей и молодых людей. Экспертов, изучающих потребности в области сексуального и репродуктивного здоровья для этих групп, также попросили рецензировать соответствующие разделы. Таким образом, данное Руководство основано на доказательствах и данных, полученных от широкого круга экспертов, включая точку зрения молодых людей, и понимании текущих передовых практик и успешно функционирующих программ. Окончательный проект Руководства был представлен ключевым экспертам и ответственным сотрудникам ООН для получения от них рекомендаций и отзывов.

В данном Руководстве используется определение КСО, которое дано в переработанном издании МТРСО:

«Комплексное сексуальное образование — это процесс преподавания и изучения когнитивных, эмоциональных, физических и социальных аспектов сексуальности, основанный на специально разработанной учебной программе.¹ Оно призвано сформировать у детей и молодежи подтвержденные фактами и наукой знания, умения и ценностные установки, которые помогут им ответственно относиться к своему здоровью, благополучию и личному достоинству, строить уважительные межличностные и сексуальные взаимоотношения, понимать, как их решения влияют на благополучие их самих и окружающих, а также осознавать и защищать свои права на протяжении всей жизни».

Качественное КСО является:

- научно обоснованным;
- поэтапным;
- соответствующим возрасту и развитию учащихся;
- основанным на учебной программе;
- комплексным;
- основанным на правозащитном подходе;
- основанным на принципах гендерного равенства;
- соответствующим культурным особенностям и контексту;
- конструктивно преобразующим;
- способным сформировать у учащихся жизненные навыки, необходимые для принятия способствующих сохранению здоровья решений.

Подробное описание этих характеристик представлено в разделе 2.1 МТРСО.

КСО в школе предоставляется учащимся в рамках школьной программы (либо в рамках стандартного школьного расписания, либо во внеурочное время). В МТРСО описано, каким образом КСО в школе позволяет «охватить сексуальным образованием большое число молодых людей еще до начала ими половой жизни, а также предоставить данную информацию в условиях упорядоченного учебного процесса».

Что касается внешкольного КСО, то оно осуществляется за рамками школьной программы. У внешкольного КСО могут быть различные цели. В частности, внешкольное КСО может:

- предоставляться детям и молодым людям в случаях, когда оно не предусмотрено школьной программой;
- предоставляться детям и молодым людям, не посещающим школу;
- дополнять КСО в рамках школьной программы, особенно в ситуациях, когда такое образование в школе не является комплексным или качественным;
- предоставляться с учетом потребностей конкретных групп детей и молодых людей.

¹ Согласно МТРСО «основанный на учебной программе» означает, что существует письменный документ с рекомендациями для инструкторов, какую помощь оказывать учащимся, который «включает ключевые цели преподавания, методы их разработки, варианты изложения понятий, а также способы четкого донесения основных идей в структурированном виде. Он может использоваться для преподавания как в школе, так и вне школы».

Внешкольное КСО имеет большое значение, так как по оценке ЮНЕСКО 263 млн детей по всему миру не посещают школу, из них 63 млн детей младшего школьного возраста, 61 млн детей среднего школьного возраста и 139 млн детей старшего школьного возраста (UIS, 2018).

Внешкольное КСО может предоставляться в ходе очных занятий с фасилитаторами, равными или родителями, иногда с применением технологий, в том числе компьютеров и мобильных телефонов. Занятия могут проходить в различных местах, например:

- в организациях гражданского общества и организациях местных сообществ;
- в центрах для молодежи и молодежных клубах;
- в медицинских учреждениях;
- в летних лагерях;
- в религиозных учреждениях или организациях;
- в школах после уроков (за исключением случаев, когда в учебный процесс вовлечены учитель и учащиеся одной школы, в таком случае это можно рассматривать как КСО в рамках школьной программы);
- в семьях (с применением структурированных программ в формате «родители-дети»);
- на рабочем месте;
- в исправительных учреждениях, например в тюрьмах (следственного или краткосрочного содержания), центрах для задержанных лиц, центрах для несовершеннолетних преступников;
- в лагерях беженцев или других приютах, куда люди обращаются за гуманитарной помощью.

Важно отметить, что в соответствии с МТПСО, внешкольное КСО необходимо предоставлять не только подросткам и молодым людям, но также детям более юного возраста с учетом их возраста и уровня развития. Это важно, поскольку дети получают информацию о сексуальности из различных источников с раннего возраста, а КСО — это возможность получить достоверную и актуальную информацию без риска для здоровья и независимо от гендерной принадлежности (Igras et al., 2014; Lundgren and Amin, 2015; Kågesten et al., 2016; Blum et al., 2017; Chandra-Mouli et al., 2017).²

По сравнению с КСО в рамках школьной программы внешкольное КСО может предоставляться в более неформальной и гибкой обстановке, которую не всегда удастся создать в школе, при этом группы могут быть небольшими, время занятий — более длительным, подход к подаче материала программы — более разнообразным и творческим, а взаимодействие между учащимися — более активным. Оно позволяет собрать вместе детей и молодых людей с похожим жизненным опытом или похожими жизненными обстоятельствами, особенно из маргинализированных групп, учитывать их конкретные потребности, а также побуждать их действовать по отношению друг к другу как участники сети поддержки.

Внешкольное КСО также может включать в себя острые темы и продвигать правозащитный подход, основанный на принципах гендерного равенства и расширения возможностей, посредством методов, которые не всегда возможны или приемлемы в условиях школы. Фасилитаторы могут поощрять учащихся делиться мнениями по вопросам, которые они вряд ли бы стали обсуждать

с учителем в своей школе. И наконец, у внешкольных программ может быть больше возможностей предоставлять товары для защиты сексуального и репродуктивного здоровья и направлять детей и молодых людей к поставщикам услуг и наставникам, а также оказывать другую помощь.

Важно отметить, что внешкольное КСО также встречает препятствия в форме социальных и функциональных барьеров. Подобные препятствия часто встречаются и в школе. Например, формирование поддержки сообщества может оказаться сложной задачей, если учебная программа подвергается стигматизации или рассматривается как неприемлемая. В частности, если целевыми участниками являются члены маргинализированных групп, они сами могут стать объектом стигматизации со стороны членов сообщества или даже попасть в поле зрения полиции в связи с посещением подобных занятий. Дальнейшая задача состоит в том, чтобы определить, обучить, поддержать и сохранить фасилитаторов, которые обладают мотивацией, навыками и соответствующим отношением, а также обеспечить соблюдение учебной программы (Vanwesenbeeck et al., 2016).

Организация предоставления надлежащих материалов и средств, безопасных и удобных помещений и времени для занятий по программе КСО, также является дополнительным препятствием. Наконец, проблемы также могут быть связаны с тем, как сообщить целевым участникам о существовании доступного внешкольного КСО, помочь им понять его целесообразность, преодолеть любые возможные трудности с посещением, а также поддержать их при возникновении препятствий, связанных с расстройством или временем посещения занятий, без ущерба для других обязательств. Эти факторы могут затруднить набор детей и молодых людей и обеспечение непрерывности занятий с одной и той же группой с целью начать обучение в более раннем возрасте и выполнить учебную программу в полном объеме (Vanwesenbeeck et al., 2016).

Несмотря на эти трудности, если программы внешкольного КСО эффективно реализуются, они, также как и школьные программы КСО, могут помочь в достижении следующих глобальных целей:

- **Изменение социальных норм.** Программы, ориентированные только на формирование и изменение индивидуальных и межличностных моделей отношения и поведения учащихся, могут оказаться не столь эффективными в долгосрочной перспективе. Программы должны предусматривать более широкий диапазон подходов, нацеленных на сокращение гендерного неравенства и уязвимости, изменение пагубных социальных норм, которые способствуют стигматизации и дискриминации (Abramsky et al., 2014; Svanemyr et al., 2015; Abramsky et al., 2016).
- **Вклад в изменение политики.** Программы также должны предусматривать подходы, направленные на оказание влияния на правительства и органы, которые готовят, принимают и обеспечивают соблюдение законов и политик, оказывающих влияние на сексуальное и репродуктивное здоровье детей и молодых людей и на их права (Svanemyr et al., 2015). В частности, это означает отстаивание права детей

² В настоящем Руководстве в большинстве случаев не представлена информация, ориентированная на конкретные возрастные группы, для использования во внешкольных программах КСО. Предоставленная информация, касающаяся половой жизни, сексуальных партнеров, контрацепции и т. д., не может рассматриваться в качестве тем, подходящих для всех возрастных групп, занимающихся по программе внешкольного КСО. Читателям предлагается ознакомиться с МТПСО для получения конкретных инструкций относительно учебной программы для конкретного возраста.

и молодежи на доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья. Во многих странах законы и политики, ограничивающие доступ к информации и услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья на основании возраста и семейного положения, ограничивают доступ к таким услугам для детей младше 18 лет без разрешения родителей, опекунов или супруга. Концепция развивающихся способностей ребенка (Статья 5 Конвенции о правах ребенка) обычно не принимается во внимание, несмотря на то, что Замечание общего порядка № 4 Комитета по правам ребенка гласит, что государства-участники должны обеспечивать детям доступ к соответствующей информации о сексуальном и репродуктивном здоровье, независимо от их семейного положения и согласия родителей или опекунов, а также, что государства-участники должны обеспечивать возможность медицинского лечения без согласия родителей. Должна осуществляться адвокация с целью обеспечить детям и молодым людям доступ к услугам в области сексуального и репродуктивного здоровья и информации, предоставленной специалистами в области подросткового здоровья, которая им необходима для усвоения правильных моделей поведения.

Несмотря на то, что данное Руководство основано на доступных результатах исследований и фактологических данных, а также на опыте разработки и внедрения внешкольных программ КСО, оно имеет свои ограничения в связи с недостатком рецензируемой литературы по внешкольному КСО в целом, а также для конкретных групп детей и молодых людей, рассматриваемых в настоящем Руководстве. Многие рецензируемые статьи рассматривают как школьные, так и внешкольные меры воздействия и не проводят различий между ними в ходе анализа и получения результатов. К пробелам в фактологических данных относятся:

- ограниченный объем фактологических данных из стран с низким и средним уровнем доходов, а также из мест, где требуется гуманитарная помощь;
- недостаточный анализ и понимание причин эффективности работы программ и ключевых факторов, которые делают их эффективными;
- недостаточно глубокие исследования качества, добросовестности или правильности программ, а также влияния фасилитаторов на получаемые результаты;
- ограниченный объем фактологических данных о влиянии высококачественных технических серьезных игр (см. глоссарий терминов) и других интерактивных программ.

Важно, чтобы будущие исследования заполнили эти пробелы, что позволит нам продолжать формировать доказательную базу для поддержки внешкольного КСО с целью обеспечить здоровье и благополучие детей и молодых людей.

2. Разработка и реализация внешкольных программ КСО

Многие из принципов и подходов к разработке и реализации внешкольных программ КСО совпадают или схожи со школьными программами КСО, подробно описанными в МТРСО. Аналогично, основное содержание внешкольных программ КСО совпадает с содержанием школьных программ КСО, несмотря на то, что в некоторые программы может добавляться дополнительная информация с учетом конкретных потребностей участников этих программ. В разделах 2.1 и 2.2 приводятся рекомендации по разработке и внедрению КСО, которые прежде всего относятся к внешкольным программам. В разделах 2.3, 2.4 и 2.5 обсуждаются способы привлечения равных и родителей и использования технологий во внешкольных программах КСО.

Инструкции в разделе 2 рекомендуется применять к КСО в каждой группе населения, рассматриваемой в разделе 3.

2.1 Разработка программ

Создание благоприятной среды

Важно сформировать поддержку для внешкольного КСО и для работы с конкретными группами детей и молодых людей до начала составления программы. Это особенно актуально для сообществ, где КСО считается деликатной темой или где возможно противодействие. При обращении к заинтересованным лицам (индивидуально или в группах) необходимо:

- объяснять, что такое КСО, предоставляя доказательства его необходимости и описывая программные цели;
- понимать и решать проблемы и вопросы заинтересованных лиц (как положительные, так и отрицательные), а также устранять искаженные представления и мифы в отношении сексуального поведения.

Соответствующие целевые группы информационно-пропагандистской работы на национальном (и там, где уместно, местном) уровне включают:

- детей и молодых людей;
- родителей, опекунов, других членов семьи; родственников молодых замужних женщин со стороны мужа;
- организации гражданского общества, обслуживающие молодых людей и возглавляемые молодыми людьми;
- лидеров сообществ, например гражданских, религиозных или традиционных лидеров;
- поставщиков медицинских и других услуг;
- средства массовой информации;
- частный сектор;
- представителей местных (например, районных) органов власти;
- министерства по делам детей, молодежи, женщин и коренного населения, министерства здравоохранения, министерства, занимающиеся вопросами

гендерной политики, защиты и социального обеспечения, а также департаменты образования и неформального образования (UNFPA, 2014b).

Планирование

- **Выполните анализ ситуации.** В данном случае заинтересованными лицами выступают те же категории лиц, которые входят в состав целевой аудитории информационно-пропагандистских мероприятий. Анализ ситуации может стать основой для проекта учебной программы (Every Woman Every Child, 2017; UNFPA, 2014b). В анализе необходимо:
 - изучить соответствующие законы и политики;
 - собрать данные на национальном и локальном уровнях о состоянии сексуального и репродуктивного здоровья детей и молодых людей и проанализировать потребность в КСО, включая данные о заболеваемости или распространенности ВИЧ-инфекции в конкретных географических регионах и среди разных групп населения, чтобы уделить адекватное внимание профилактике, лечению ВИЧ и вопросам доступа к медицинской помощи;
 - определить, какое сексуальное образование уже существует, в том числе в школах, и выявить основные пробелы.
- **Определите все потребности участников, чтобы программа соответствовала их потребностям, интересам и устремлениям.** Эта работа может выходить за рамки КСО (например, планирование и постановка целей, образование и профессиональное обучение, а также возможности трудоустройства), чтобы сформировать их социальные, медицинские и экономические активы.
- **Привлекайте местных представителей конкретных групп населения к разработке и реализации программы.** Например, группы, представляющие людей с ограничениями жизнедеятельности, людей, находящихся в условиях гуманитарного кризиса и т. д., и выступающие за их права и благополучие, могут предоставить полезную информацию или ресурсы для программы КСО и помочь получить поддержку более широких слоев сообщества.
- **Интегрируйте или связывайте внешкольное КСО с уже существующими программами.** Сюда можно отнести инициативы, касающиеся гендерного равенства или предотвращения насилия в отношении девушек и молодых женщин, программы по вопросам гендерного равенства и сексуального и репродуктивного здоровья с привлечением мальчиков и юношей, кампании против детских браков, кампании по предотвращению передачи ВИЧ, пропаганде образования для девушек или просвещения по вопросам полового созревания и традиционных обрядов инициации или кампании, призывающие к ужесточению законов по борьбе с гендерным насилием (UNFPA, 2014b).
- **Рассмотрите возможность дополнительного индивидуального образования наряду с мерами, принимаемыми на уровне сообщества.** Необходимо стремиться вести общую образовательную деятельность в сообществе и решать любые вопросы, связанные со стигмой, дискриминацией и насилием, с которыми сталкиваются дети и молодые люди. Это может вызвать больший интерес и внимание сообщества, а также предоставит им различные возможности получения доступа к программе.
- **Организируйте доступ к сопутствующим услугам.** Предлагается связаться с поставщиками целого ряда услуг для обсуждения их желания принимать детей и молодых людей по направлению, а также работать с конкретными группами (например, с людьми с ограничениями жизнедеятельности, трансгендерами, людьми,

находящимися в условиях гуманитарного кризиса, и т. д.) в той степени, в которой позволяет правовой и социальный контекст. К таким услугам могут относиться медицинские и социальные услуги, услуги социальной защиты; техническое и профессиональное обучение; непрерывное, дополнительное/корректирующее или неформальное образование; и юридическая помощь. Необходимо создать перечень проверенных поставщиков услуг, к которым фасилитаторы с уверенностью могут направлять детей и молодых людей.

- **Определите оптимальное время и частоту проведения занятий по КСО.** Внешкольное КСО может предоставляться как в формате непрерывного курса в течение определенного количества дней, так и в формате занятий один или два раза в неделю в течение определенного периода времени, или же оба подхода могут быть объединены. Предоставление КСО в течение определенного периода времени, например еженедельно, а не в течение нескольких дней подряд, дает участникам возможность лучше усваивать и применять полученные знания. Многократные занятия являются эффективными для закрепления знаний и дают возможность работать с проблемой, учиться и начинать менять отношение и модели поведения (Nayar et al., 2014; Marcus et al., 2017). Участие в программе не должно влиять на другие аспекты жизни участников.

Содержание учебной программы

- **Выполните методическое планирование учебной программы.** Следует четко определить цели и результаты обучения, используя логическую модель, и привлечь специалистов по педагогике и разработке учебных программ. Разработчики программ могут использовать инструкции из МТПСО, чтобы учебная программа охватывала комплекс тем. В результате учебная программа должна быть протестирована в пилотной версии и откорректирована перед реализацией (UNFPA, 2014b).
- **Разработайте содержание с учетом возраста.** В МТПСО предоставлены инструкции касательно подходов и содержания, предназначенные для различных возрастных групп детей и молодых людей. При поэтапном подходе, который является отличительной характеристикой качественного КСО, усвоение новой информации происходит на основе уже имеющихся знаний, при этом учитываются меняющиеся в процессе взросления потребности и возможности ребенка и молодого человека.
- **Предоставляйте понятную и основанную на фактах информацию.** Программы должны развенчивать мифы и исправлять ложные сведения не только о сексуальном и репродуктивном здоровье, но также о группах, подвергающихся стигматизации или дискриминации.
- **Демонстрируйте прагматичный и толерантный взгляд на сексуальность.** В МТПСО подчеркивается позитивный взгляд на сексуальность. К обсуждению таких вопросов, как порнография, наличие нескольких сексуальных партнеров и секс-работа, следует подходить прагматично и опираться на факты.
- **Учитывайте знания, получаемые вне учебной программы.** В учебной программе необходимо учитывать как формальное, так и неформальное КСО, которое участники получают в других местах. Также необходимо учитывать влияние социума и СМИ на отношение к мужественности и женственности, а также доступ к порнографии и его возможное влияние на отношения и сексуальное поведение. Кроме того, нужно решительно включать стратегии активного противодействия или сокращения влияния особо вредных материалов и ресурсов (Brown and L'Engle, 2009; UNICEF, 2017).

- **Учитывайте культурные особенности.** В местах проживания разных этносов с разными культурами в учебной программе должны быть представлены все культуры региона, а не только доминирующая. Содержание должно соответствовать культуре, при этом в нем не должны упускаться или игнорироваться нарушения прав в связи с вредными традиционными практиками или культурой.
- **Разрабатывайте учебную программу с учетом уникальных потребностей участников на основании их гендера.** Например, использование методик, направленных на расширение возможностей женщин с целью преодоления гендерных ограничений и негативных факторов, которые могут включать информацию об их правах, и деятельность, которая повышает инициативность, автономность и самооценку, например наставничество и спорт. Для мальчиков нужны методики, позволяющие им распознавать незаслуженные мужские привилегии и возможности и поддерживающие их в стремлении изменить стереотипы в отношении мужественности и женственности (Kågesten et al., 2016). Все внешкольные программы КСО должны включать материал, способствующий пониманию гендера, разнообразия и прав человека, который помогает преодолевать вредные гендерные стереотипы и системную дискриминацию на основании пола, сексуальной ориентации и гендерной идентичности.
- **Учитывайте контекстуальные факторы риска, с которыми сталкиваются участники.** Помимо гендерных, к таким факторам можно отнести бедность, расовую и этническую принадлежность, религиозные убеждения, ограничения жизнедеятельности, классовую и социально-экономическую маргинализацию.
- **Обучайте адвокации.** Адвокационная работа дает учащимся возможность самим строить свою жизнь и быть лидерами в своих сообществах. Модули по базовым навыкам, необходимым для участия в общественной жизни и адвокационной работе, могут дать детям и молодым людям конкретные возможности использовать полученные на занятиях знания в более широком мире, а также внести вклад в изменение к лучшему их сообществ. При этом решение пропагандировать адвокационную работу всегда должно приниматься с учетом социального и правового контекстов, так как в некоторых регионах участие детей и молодых людей в адвокационной работе может рассматриваться как незаконное или небезопасное. При любых обстоятельствах участники должны иметь возможность свободно выбирать, участвовать им в адвокационной работе или нет.

2.2 Реализация программ

Фасилитаторы

Фасилитаторами могут быть взрослые люди, взрослые молодые люди, сверстники, медицинские работники или родители (Poobalan et al., 2009).

- Участники могут уважать взрослых фасилитаторов за их жизненный опыт, способность внушать доверие, углубляться в темы и обсуждать деликатные вопросы. Они могут также иметь более высокий статус в сообществе, благодаря которому могут создать для учеников атмосферу безопасности и уверенности.
- Сверстники и молодые люди, которые по возрасту немного старше участников, могут быть эффективными фасилитаторами и образцами для подражания. Однако в связи с их недостаточным преподавательским опытом по сравнению с фасилитаторами более старшего возраста особенно важно, чтобы они прошли обучение, работали под наблюдением и получали поддержку, чтобы стать эффективными фасилитаторами.

- Медицинские работники, предоставляющие услуги в области внешкольного КСО, должны проходить обучение как и другие фасилитаторы; не следует исходить из предположения, что их профессиональный опыт включает знание КСО, педагогики или умение работать с детьми и молодыми людьми.
- **Убедитесь, что фасилитаторы осведомлены о культурных особенностях групп и могут доходчиво донести информацию до участников.** Если фасилитаторы являются выходцами из другого социального класса или окружения, они должны уметь разговаривать с участниками на понятном и близком для них языке.
- **По возможности выбирайте фасилитаторов для конкретных групп детей и молодых людей (например, людей с ограничениями жизнедеятельности, людей, живущих с ВИЧ, и т. д.) из их же сообщества.** Если фасилитаторы не обладают этой ключевой характеристикой, они должны уметь сопереживать и проявлять открытость в отношении опыта и точек зрения таких детей и молодых людей.
- **Оценивайте личные качества и навыки потенциальных фасилитаторов.** Эффективные фасилитаторы должны обладать способностью сопереживать детям и молодым людям, с энтузиазмом делиться с ними знаниями о сексуальности, проявлять доброжелательность и толерантность. Они должны демонстрировать готовность преподавать курс КСО в полном объеме и осваивать эффективные способы предоставления КСО.
- **Обучайте фасилитаторов всем аспектам учебной программы и ее реализации.** Они должны чувствовать проблемы, с которыми сталкиваются их группы, иметь возможность постоянно пользоваться поддержкой кураторов, учитывать отзывы участников программы в своей работе. Подробнее см. также пункт «Обучение и кураторство» раздела 2.3 и МТПСО, стр. 95.
- **Предоставляйте обучение фасилитаторам на постоянной основе.** Возможности и платформы для повышения компетентности, способствующие профессиональному развитию фасилитаторов, помогут обеспечить качественную реализацию программ КСО. Следует разрабатывать и регулярно пересматривать качественные средства обучения и инструменты реализации, чтобы обеспечить обновление и актуальность содержания реализуемых программ.

Методика учебного процесса

- **Используйте преимущества ряда методик.** Эффективный учебный процесс предполагает использование различных и интерактивных методов, от мозгового штурма и дискуссий до размышлений и анализа, от ролевых игр до разбора конкретных случаев, от театральные постановок до групповых проектов. Методики, предполагающие физическую активность, например ролевые игры и театральные постановки, а также эмоциональную вовлеченность участников, например выступление приглашенных лекторов с интересными историями, являются более эффективными в плане изменения взглядов и поведения (UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO, 2018; Poobalan et al, 2009). Знания, отношение, ценности и навыки должны быть интегрированы в каждую тему в максимально возможной степени, нельзя ограничиваться только обсуждением темы на отдельных уроках.
- **Соблюдайте принцип инклюзивности.** Отношения между участниками следует строить на основе взаимного уважения и диктовать соответствующую модель поведения. Во всех темах, примерах, сценариях, историях, ролевых играх и выступлениях приглашенных

лекторов должны быть задействованы разные люди, а все присутствующие группы должны взаимодействовать. Учите уважать многообразие и рассказывайте о влиянии предвзятого отношения, стигмы и дискриминации. Предлагайте гибкое расписание занятий, позволяющее задействовать как можно больше людей.

- **Использование методов, расширяющих возможности.** Многие участники, рассматриваемые в данном Руководстве, принадлежат к маргинализированным или угнетаемым группам. Критическая педагогика (см. глоссарий терминов) позволяет расширить возможности детей и молодых людей, принадлежащих к таким группам, за счет организации учебного процесса на основе сотрудничества, в котором инструкторы и учащиеся учатся друг у друга, а также вместе разрабатывают новые способы преодоления трудностей и проблем. Критическая педагогика подтверждается наглядными примерами сообществ, расширяет возможности людей и формирует солидарность членов сообщества.
- **Применяйте методы, учитывающие наличие психологической травмы.** Некоторые дети или молодые люди могли получить психологическую травму (лично или как члены группы) в результате дискриминации, насилия (включая сексуальное насилие), семейного конфликта, вооруженного конфликта и других гуманитарных кризисов. Травма также может быть межпоколенческой. Методы, учитывающие наличие психологической травмы, позволяют говорить о сексуальности так, чтобы не травмировать участников повторно, не вызывать воспоминаний или чувств, связанных с травмирующим опытом (это явление известно как «триггер»). Суть методов, учитывающих наличие психологической травмы, заключается в создании открытой, безопасной и сопереживающей среды и групповой культуры. В начале занятий всегда следует сообщать участникам о содержании урока (предупреждение о триггере), чтобы они могли решить, принимать им участие в нем или нет, а также предоставлять им легко доступные ресурсы.³
- **Используйте вовлекающие персонализированные методы.** Рекомендуется использовать фотографии, постеры, видео и минимизировать использование печатных материалов. Метод дискуссии, позволяющий участникам общаться с другими участниками, поможет снизить социальную изоляцию, которую могут испытывать некоторые молодые участники из определенных групп населения.
- **Используйте методы, помогающие понять, что участники, по их мнению, знают.** Рекомендуется попросить их рассказать, что они знают, и указать источники информации, или использовать опросы с вариантами ответа «верно/неверно» или игры. Это позволит фасилитатору определить и исправить конкретные недопонимания и опровергнуть ложные сведения, которые могут быть у учащихся.
- **По возможности максимально используйте родной язык участников.** Это помогает участникам понять материал и побуждает их обсуждать деликатные или личные вопросы.
- **Учитывайте уровень грамотности участников.** Дети и молодые люди, не посещающие школу, могут иметь низкий уровень грамотности или вообще быть неграмотными. Может потребоваться минимизировать деятельность, связанную с чтением или письмом. Вместо этого рекомендуется использовать практические, интерактивные методы, такие как рассказы, ролевые

игры, дискуссии, картинки, видеоролики и графические изображения. В то же время программы повышения грамотности могут стать ценной отправной точкой для интеграции КСО с учетом уровня грамотности учащихся.

- **Предоставляйте участникам возможность задавать вопросы, в том числе вопросы, которые могут быть неудобными для них.** Использование коробки для анонимных вопросов (если участники грамотны) может оказаться полезным приемом, который позволит детям и молодым людям без страха или стеснения свободно задавать вопросы.
- **Предоставляйте участникам время для усвоения знаний и применения их на практике.** Время на размышление, обсуждение, ролевые игры и повторение информации в ходе занятий может помочь детям и молодым людям с большей уверенностью понимать и применять на практике новый материал.
- **Помогайте участникам применять полученные знания в жизни.** Детей и молодых людей следует побуждать к размышлениям над тем, как применить полученную информацию в жизни при построении отношений и принятии решений. В этом помогут управляемое воображение, ведение журнала, рисование, реагирование на изображения или групповые обсуждения. При этом важно, чтобы при персонализации информации о сексуальности и сексуальном здоровье, которая может стать триггером, фасилитаторы проявляли осмотрительность в отношении психологических травм (более подробную информацию о методах, учитывающих наличие психологической травмы, см. на стр. 14 выше).
- **Побуждайте участников разрабатывать собственные решения.** Просьба к участникам придумывать собственные методы или варианты снижения риска поможет им определить стратегии, которые они действительно могут использовать, в отличие от решений, разработанных специалистами, которые могут оказаться неприменимыми в их ситуации (UNESCO et al., 2018). Таким образом дети и молодые люди становятся образцами поведения друг для друга, а изменение моделей поведения на основании новых знаний становится нормой для группы и оказывает положительное влияние на процесс обучения.
- **Проводите занятия по КСО безопасными в культурном отношении способами.** Культурная безопасность выходит за рамки межкультурной восприимчивости. Она включает анализ нарушения баланса возможностей, институциональной дискриминации, колонизации и отношений с колонизаторами или доминирующими культурами применительно к медицинскому просвещению и услугам. Культурная безопасность всегда имеет чрезвычайно важное значение при определении точек пересечения физического, духовного, умственного и эмоционального здоровья детей и молодых людей.

Безопасность и конфиденциальность

- **Создайте безопасное пространство.** Безопасное пространство (подробнее см. глоссарий терминов) дает чувство как физической, так и эмоциональной безопасности и позволяет участникам говорить о своих переживаниях, трудностях и возможностях делать собственный выбор в повседневной жизни.
- **Установите четкие базовые правила безопасности.** Это особенно важно для групп детей и молодых людей, которые особенно уязвимы в плане преследований, дискриминации и насилия, в том числе со

³ Для получения дополнительной информации см. документы *Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets* (RAND, 2009) и *A Guide to Trauma-Informed Sex Education* (CARDEA, 2016).

стороны членов сообщества или полиции. К основным правилам следует отнести: уважение конфиденциальности других участников (например, неразглашение информации, позволяющей установить личность, или неразглашение высказываний участников лицам, не принимающим участия в программе); запрет на фотосъемку без разрешения, а также на публикацию или совместное использование фотографий с изображением лиц; запрет на упоминание имен и названий мест, в том числе в социальных сетях; упоминание о программе только тем лицам, которых знают участники программы; создание групп в мессенджерах или чатах или «секретной группы» в Facebook для общения (при этом следует иметь в виду, что предположительно безопасные приложения на самом деле могут не быть по-настоящему конфиденциальными и могут содержать недостоверную информацию); запрет на публикацию каких-либо материалов или информации о тех или иных лицах без их согласия.

- **Уважайте физические границы участников.** Участникам программы и фасилитаторам, в том числе равным, не следует обнимать, гладить, делать массаж, целовать или прижимать друг друга.
- **При обсуждении темы, связанной с сообщением о сексуальном насилии и домогательстве (преследовании), обеспечьте присутствие человека, которому участники могут сообщить о жестоком обращении.** Если в текущий момент нет возможности обеспечить присутствие такого человека, надлежит принять все меры для того, чтобы участники точно понимали, к кому им обращаться.
- **Четкое обозначьте важность и пределы конфиденциальности.** Базовые правила программы должны подчеркивать, что все участники несут ответственность за сохранение конфиденциальности, и также четко объяснять, что это значит на практике. Также важно, чтобы фасилитаторы сохраняли конфиденциальность в отношении личности и высказываний участников. В некоторых случаях несоблюдение этого правила может поставить под угрозу их безопасность. При этом фасилитаторы должны объяснить участникам, что в некоторых случаях фасилитатор может сообщить информацию об участнике соответствующим органам в связи с требованиями законодательства, чтобы действовать в интересах ребенка, не достигшего установленного законом возраста совершеннолетия.

Мониторинг

- **Осуществляйте мониторинг и оценку на постоянной основе.** Содержание программы следует регулярно пересматривать и изменять с учетом практического опыта реализации программы и отзывов ее участников. С самого начала необходимо на постоянной основе осуществлять мониторинг и оценку данных, процесса и результатов, для того чтобы те, кто занимается реализацией программы, могли продолжать формировать и адаптировать ее, исходя из изменений, происходящих в сообществе или на национальном уровне.
- **Осуществляйте мониторинг за качеством реализации программы фасилитаторами.** Это касается содержания, методики и ценностей программы.
- **С самого начала определите способы последующей связи с участниками.** Вопросы, которые следует принимать во внимание и которые могут быть труднее отслеживать в рамках внешкольных программ по сравнению со школьными программами, включают следующее: какой объем программы доведен до каждого участника; посещают ли занятия в рамках программы одни и те же дети и молодые люди; оценка программы участниками в течение более длительного периода времени.

Основные документы и учебная программа

- *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People (UNFPAA, 2018)*
- *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender (UNFPA, 2014)*
- *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes (UNFPA, 2015)*
- *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE) (IPPF, 2010)*
- *Inside and Out: Comprehensive Sexuality Education (CSE) Assessment Tool (IPPF, 2015)*
- Учебная программа «Все в одном»: рекомендации и мероприятия для единого подхода к сексуальности, гендерным вопросам, ВИЧ и образованию в области прав человека (Population Council, 2009)
- *WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights (WHO, 2018)*
- *Международные стандарты качественного медицинского обслуживания для подростков (WHO, 2015)*
- *HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys (UNAIDS, 2016)*
- *Стандарты сексуального образования в Европе: документ для лиц, определяющих политику, руководителей и специалистов в области образования и здравоохранения (WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010)*

2.3 Привлечение равных в программы внешкольного КСО

Равный — это лицо, одинаковое по статусу с участниками программы, то есть принадлежит к одной и той же социальной группе по возрасту, классу, статусу и другим характеристикам, что и другие члены группы, которое прошло обучение и получает необходимую поддержку и задача которого добиться положительных изменений у других членов этой же группы. Для детей и молодых людей возраст, пол и гендер обычно являются ключевыми факторами принадлежности к определенной группе, но в некоторых случаях более существенную роль могут играть и другие объединяющие характеристики, например группа или группы, с которыми они себя идентифицируют. Равные могут предоставлять информацию в формате личной беседы, групповых дискуссий, распространения материалов, консультаций и игр. Также, помимо прочего, они могут предоставлять направления к поставщикам услуг, а также помогать в адвокационной работе и мобилизации сообщества (UNAIDS, 1999).

Работа равных может оказаться более эффективной, если она интегрирована в комплекс мероприятия, а главной задачей равных является разъяснительная работа и предоставление направлений к экспертам и поставщикам услуг (Chandra-Mouli et al., 2015a). Равные могут работать совместно с профессиональными инструкторами в рамках программы. Работа равных может быть особенно полезной в следующих случаях:

- когда программы под руководством профессиональных инструкторов отсутствуют или недоступны;
- когда взрослые не владеют сленгом или разговорным языком детей и молодых людей в достаточной степени, особенно когда требуется говорить о сексуальности;

- Равным вероятнее всего будут доверять больше, чем профессиональным инструкторам или другим лицам, не входящим в группу учащихся-сверстников, например среди детей и молодых людей, которые подозрительно относятся к людям, ранее плохо с ними общавшимся или подвергавшим их дискриминации, или в этнических сообществах, где возникают культурные, языковые и жизненные барьеры у лиц, не принадлежащих к данному сообществу.

Исследования показали, что работа равных может увеличить объем знаний, а в некоторых случаях изменить отношение и намерения, при этом не было выявлено ее значительного влияния на поведение, например на использование презервативов или других видов контрацепции (Kim et al., 2008; Medley et al., 2009; Poobalan et al., 2009; Salam et al., 2016; Tolli, 2012). (Следует отметить, что ни один из этих обзоров не был посвящен только КСО, предоставляемому равными; один из обзоров касался «сексуального образования» под руководством инструктора-подростка, однако фактическое содержание не было конкретизировано). Влияние равных на ключевые группы, например людей, принимающих инъекционные наркотики или секс-работников, более значимо, и это позволяет сделать вывод, что привлечение равных может быть более эффективным подходом при работе с маргинализированными или скрытыми группами населения (Bekker and Hosek, 2015; Krishnaratne et al, 2016; WHO, 2017b). Более серьезное исследование того, что делает программы с участием равных более эффективными, чем другие, еще только предстоит провести. Также необходимо провести сравнительное исследование различных типов фасилитаторов, включая хорошо подготовленных взрослых инструкторов по вопросам, связанным с сексуальностью (Tolli, 2012; Villa-Torres and Svanemyr, 2015).

Планирование и разработка программы

- **Выполните оценку потребностей сообщества.** Это важная составляющая процесса разработки программы для всех форм внешкольного КСО, однако ею часто пренебрегают в программах под руководством равных. Проведение оценки важно, поскольку масштабирование работы равных не является просто процессом копирования: в каждой новой обстановке необходимо оценивать социальный контекст, чтобы определить факторы, которые могут помочь или помешать работе равных (UNAIDS, 1999).
- **Четко определите целевую аудиторию для работы равного.** Необходимо учитывать возраст, пол, расовую или этническую принадлежность, сексуальную ориентацию, социально-экономические факторы, специфику микрорайона и т. д. (UNAIDS, 1999).

Подбор равных

- **Четко обозначьте критерии отбора кандидатов.** Равный должен обладать характеристиками, присущими целевой аудитории (такими как возраст, уровень образования, гендерная идентификация, сексуальная ориентация, ВИЧ-статус, этническая принадлежность, религиозные убеждения, академические интересы и/или деятельность вне учебной программы). Равный должен быть харизматичным и уважаемым лидером с хорошими коммуникационными навыками и уровнем доверия. Он должен верить в возможности программы и стремиться внести свой вклад.
- **Выбирайте равных из широкого круга кандидатов.** Для идентификации кандидатов рекомендуется использовать различные методы, включая социальные сети, а не просто ждать их ответа на объяв-

ление. Процесс отбора должен быть прозрачным и справедливым, а дети и молодые люди из целевой аудитории должны принимать участие в отборе кандидатов, которых они считают лидерами или образцами для подражания.

Обучение и кураторство

- **Предоставляйте обучение.** Эффективное обучение должно содержать расширенную составляющую по развитию навыков, в том числе их практическое применение в сообществе, а также первоначальную и текущую оценку компетентности. (Несмотря на то, что данное правило относится к обучению всех фасилитаторов, эти аспекты иногда не учитываются при обучении равных.) В идеале равные должны проходить сертификацию в ходе процесса, который позволяет им демонстрировать соответствующие знания, отношение и навыки в соответствии с заранее установленными стандартами компетентности, о которых известно обучающему персоналу, и получить оценку от организации или лиц, имеющих полномочия, специальные знания и опыт.
- **После первоначального обучения обеспечивайте поддержку кураторов и обучение по повышению квалификации на постоянной основе.** Это поможет обеспечить качество КСО, предоставляемого равными. Им может потребоваться более интенсивная поддержка, чем взрослым фасилитаторам (в том числе в медицинских вопросах и в вопросах, связанных с консультированием), в особенности, если у них в прошлом была психологическая травма. Помимо регулярной помощи кураторов и групп поддержки у них также должна быть возможность при необходимости получить помощь профессионалов, в том числе в срочном порядке.
- **Обеспечивайте поддерживающее кураторство.** Поддерживающее кураторство должно включать выездные и офисные занятия с персоналом программы, который разбирается в технических тонкостях, мотивирован и готов оказать помощь. Кураторы должны выявлять, оценивать и укреплять сильные стороны, обращать внимание на навыки или знания, которые необходимо укреплять, предоставлять отзывы с целью помочь равным более эффективно и умело осуществлять свою деятельность, а также на постоянной основе предоставлять поддержку, в том числе моральную, чтобы равные не уходили (Simba and Kakoko, 2009).
- **Предоставляйте возможность выразить мнение.** Следует предлагать равным высказать свое мнение о программе, ее мероприятиях и эффективности своей работы. Аналогично, отзывы о работе равных могут быть получены от участников программы.

Удержание и замена

- **Четко описывайте ожидания в отношении квалификации и опыта равных.** Рекомендуется определить посильный объем работы и использовать контракты. Включайте в обязанности равных и предоставляйте им полномочия принимать решения в отношении планирования, реализации и оценки программы.
- **Оплачивайте работу, включая премии.** Оплата труда равных может повысить их мотивацию и позволит молодым людям из всех слоев населения принимать участие в программе. Как минимум им следует возмещать транспортные расходы, связанные с их работой. При этом другие платежи не должны быть очень большими, чтобы не создавать социальной разницы между ними и их сверстниками. Еще одним способом

поощрения равных может стать предоставление возможностей для личного и профессионального роста. В тех случаях, когда равные работают как волонтеры, им следует выражать соответствующую благодарность за работу и не эксплуатировать в качестве бесплатной рабочей силы.

- **Оказывайте эмоциональную поддержку.** Это могут быть периодические индивидуальные и групповые занятия, посвященные решению таких проблем, как стресс и выгорание, а также обмену информацией об успехах и идеями по сплочению группы.
- **Планируйте текучесть или отсев.** Текучесть и отсев равных — естественный процесс для программ с привлечением равных, и эту проблему можно частично решать посредством формальной структуры для набора и обучения новых равных. Интервью при увольнении может помочь лицам, занимающимся реализацией программы, понять причины ухода равного — личные или связанные с программой, — а также оценить его работу в программе в целом. Эта информация может быть использована для усовершенствования программы. Привлечение работающих равных к процессу набора и обучения новых равных предоставит им новые возможности и поможет развить новые навыки.

Основные документы и учебная программа

- *Peer Education Toolkit* (UNFPA, 2006)
- *Evidence-Based Guidelines for Youth Peer Education* (FHI 360, 2010)
- *Standards for HIV Peer Education Programmes* (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2010)

2.4 Привлечение родителей или опекунов к участию во внешкольных программах КСО

Семья играет значительную роль в просвещении детей и молодых людей в вопросах сексуальности, обычно это происходит в незапланированное время и часто на бессознательном уровне. Дети узнают о любви, прикосновениях, отношениях, общении и гендерном равенстве, наблюдая за окружающими их людьми, когда ими руководят и корректируют их поведение, по тому, как с ними обращаются, в дополнение к тому, чему их непосредственно учат (WHO, 2017с).

Там, где в школах не предоставляется сексуальное образование или где такое образование не является комплексным, родители/опекуны и другие члены семьи в большей степени несут ответственность за предоставление детям таких знаний (Pop and Rusu, 2015), также зачастую именно они являются источником информации о сексуальности. Несмотря на это родителям или опекунам часто недостает компетентности для обеспечения своим детям научно-обоснованного, соответствующего возрасту сексуального образования. Для решения этой проблемы некоторые программы КСО стремятся привлечь родителей/опекунов в процесс сексуального образования их детей. При таком подходе:

- **Сексуальное образование может быть ориентировано на родителей.** Родители/опекуны проходят обучение или подготовку для того, чтобы предоставлять сексуальное образование своим детям.
- **Родители могут заниматься вместе с детьми.** Родители/опекуны и ребенок вместе принимают участие в занятиях по программе сексуального образования или вместе выполняют домашние задания.

- **Родители могут оказывать поддержку.** Родителей/опекунов знакомят с программой сексуального образования, они знают, что изучает их ребенок, и могут закрепить или дополнить полученные им знания дома.
- **Родители могут быть инструкторами.** Родителей/опекунов обучают с тем, чтобы они обучали других родителей/опекунов или детей по определенной программе.
- **Сексуальное образование может быть ориентировано на семью.** Родители/опекуны в рамках структурированной программы работают вместе с ребенком, например вместе просматривают видеоролики или слушают музыку.

Некоторые программы могут сочетать в себе два и более подходов.

Планирование и разработка программы

К стандартным компонентам эффективного вмешательства относятся:

- совместные занятия для родителей/опекунов и их детей;
- стимулирование участия родителей/членов семьи;
- сексуальное образование для родителей/опекунов и возможности практиковать новые навыки общения с детьми.
- **Объясняйте родителям/опекунам важность их участия в КСО ребенка.** Программы должны предусматривать поддержку общения родителей с детьми до того, как дети начнут вести половую жизнь, а также поддерживать положительные убеждения родителей/опекунов касательно бесед о сексуальности с детьми, например в том, что они получают положительную реакцию и что это может быть эффективным способом предотвращения ВИЧ (Villarruel et al., 2008). Важно помогать родителям и опекунам, особенно родителям и опекунам детей и молодых людей из специфических групп, рассматриваемых в данном Руководстве, понять уязвимые места, потребности и права детей, связанные с сексуальностью.
- **Предоставляйте консультации родителям/опекунам.** Рекомендуется спрашивать их о том, в какой степени они хотят принимать участие в программе, какие знания есть у них самих и есть ли у них пробелы в знаниях, что их беспокоит в связи с сексуальностью и сексуальным здоровьем их детей, а также как программа может помочь им.

Методика работы

- **Повышайте осведомленность родителей/опекунов о важности норм гендерного равноправия и отношений.** Родители/опекуны играют ключевую роль в формировании гендерных норм и отношений подростков. Часто они хотят, чтобы их дети соответствовали доминирующим гендерным нормам (которые, как правило, не предполагают равноправия), и способствуют этому через инструктирование, поощрения, наказания и дисциплину (Chandra-Mouli et al., 2017). Поэтому программы должны помогать родителям/опекунам моделировать более равноправные отношения полов и гендерные нормы.
- **Укрепляйте связь «родители-дети».** Общие характеристики отношений «родители-дети», например связь, поддержка и выражение будущих ожиданий, могут оказывать большее влияние на модели сексуального поведения детей, чем конкретные беседы о сексе, и действительно имеют ценность и важность за пределами сферы сексуального образования. Таким образом, вовлечение родителей или опекунов должно

быть ориентировано на улучшение мониторинга и регулирования поведения детей, на помощь родителям или опекунам в донесении информации о своих ценностях, связанных с сексуальными отношениями, а также на поощрение их к моделированию норм поведения, которым, по их мнению, должны следовать их дети (Wight et al., 2012; Santa Maria et al., 2015).

- **Изучайте возможности программ для родителей/опекунов с использованием технологий.** При наличии ресурсов технологии могут уменьшить стандартные препятствия для участия в групповых программах и программах с большим количеством занятий, такие как работа, семейные обязательства, время и расходы на поездки. См. раздел 2.5 для получения дополнительной информации.

Основные документы и учебная программа

- *Creating Connections* (Melbourne Graduate School of Education)
- *Let's Chat! Parent Child Communication on Sexual and Reproductive Health* (UNFPA, 2018)
- *Right from the Start: Guidelines for Sexuality Issues, Birth to Five Years* (Sexuality Education and Information Council of the United States, 1998)
- *Parents as Advocates for Comprehensive Sex Education in Schools* (Advocates for Youth, 2002)
- *Communicating with Children: Principles and Practices to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal* (UNICEF, 2011)

2.5 Использование технологий во внешкольных программах КСО

Потенциальное использование технологий в процессе КСО вызывает значительный интерес, особенно с учетом того, что в настоящее время многие дети и молодые люди часто пользуются технологиями (Noar, 2011; Talukdar, 2013; Holstrom, 2015; Oosterhoff et al., 2017). Когда дети и молодые люди получают доступ к сети Интернет и социальным сетям, то именно эти ресурсы часто становятся для них источником информации о сексуальности и отношениях. Технологии могут быть использованы для предоставления структурированных программ или компонентов программ. Онлайн- и цифровые компоненты могут:

- быть более доступными, так как к ним можно получить более удобный и гибкий доступ, в том месте и в то время, когда это удобно для учащегося (это может оказаться особенно полезным для учащихся, которые находятся в географически изолированной местности, в процессе переезда или не хотят заниматься в группе с другими или там, где это было бы для них опасно);
- быть более эффективными, потому что имеют потенциал для работы с большим количеством людей при меньших затратах в перспективе;
- включать в себя интерактивный, многонаправленный и персонализированный контент, который может сделать процесс более трансформирующим по сравнению с другими методами реализации программ;
- использоваться с удобной для пользователя скоростью обучения;
- эффективно и безопасно доносить соответствующее содержание конкретным группам детей и молодых людей или группам с небольшим количеством участников;
- предоставлять КСО высокого качества, так как содержание неизменно, не зависит от намерения фасилитатора представить его определенным образом, а также не позволяет фасилитатору быть потенциально необъективным при обсуждении какой-либо темы (Downs et al., 2015).

Существуют и ряд предостережений в отношении применения технологий в программах КСО:

- Некоторые подходы, использующие технологии, могут быть менее жизнеспособными в условиях отсутствия нужных ресурсов (или в условиях, где доступ к Интернету или к электричеству ограничен).
- Некоторые вмешательства, например серьезные игры (см. глоссарий терминов) или имитационное моделирование, предполагают длинный и сложный процесс разработки и требуют серьезного финансирования для поддержки высококачественной разработки продукта. Время и ресурсы должны быть надлежащим образом спланированы.
- Оценка результатов обучения учащегося при использовании имитационного моделирования может оказаться более сложной.
- Технологии могут так быстро меняться, что к тому времени, когда вмешательство будет разработано и получит оценку в ходе длительных контролируемых рандомизированных исследований, технология уже устареет.
- Несмотря на то, что доступ к мобильному Интернету становится более распространенным и дешевым, дети и молодые люди не имеют унифицированного доступа, особенно в странах с низким уровнем дохода. Кроме того, существует определенное неравенство в доступе из-за географических особенностей или в связи с плохой инфраструктурой (включая горные районы, острова и некоторые регионы сельской местности), гендерными проблемами, языком, уровнями общей и компьютерной грамотности (ITU, 2017; UNICEF, 2017; Broadband Commission, ITU and UNESCO, 2018; GSMA and IPSOS, 2018).
- Технологии не могут заменить поддержку и руководство взрослых в жизни ребенка или молодого человека. Они должны рассматриваться как полезный инструмент, но не как замена взаимодействия со взрослыми.

Планирование и разработка программы

- **Оцените потребности в технологиях с целью поддержки КСО и их потенциал.** Определите связанные с реализацией КСО проблемы и подумайте, как технологии могут помочь с их решением. Выполните оценку факторов, которые могут повлиять на доступность и использование технологий. Это поможет сделать так, чтобы выбранные технологии были целесообразными, устойчивыми и не дублировали друг друга (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Опирайтесь на то, что уже существует.** Чтобы максимально использовать немногочисленные ресурсы, сэкономить время и избежать дублирования в работе, рекомендуется адаптировать уже существующие продукты, ресурсы и подходы, не создавая ничего принципиально нового. Следует выяснить, что проходило проверку и испытания и что популярно, обратившись к специалистам, занимающимся разработкой цифровых технологий и продуктов, конференциям, блогам и оценкам программ. Следует создать системы мониторинга и получения отзывов о продукте для сбора данных, необходимых для усовершенствования программ.
- **Используйте доступные знания и опыт.** Для разработки программ или компонентов с применением технологий требуются значительные возможности, особенно для более сложных и потенциально более эффективных программ. Сотрудничество с профессионалами из сферы технологий и специалистами по контенту обеспечит качество и эффективность продуктов.
- **Сотрудничайте с детьми и молодыми людьми.** При разработке новых технологических компонентов программы очень важно понимать характеристики,

потребности, интересы и трудности детей и молодых людей, а также ситуации, в которых они находятся, и язык их общения. Разработчики должны использовать процесс совместной разработки для определения решений, а также создавать, тестировать и переделывать продукты до тех пор, пока они не будут отвечать требованиям (Principles for Digital Development, n.d.).

- **Оценивайте и решайте вопросы, связанные с конфиденциальностью и безопасностью.** Важно тщательно продумать, для каких пользователей и какой программы осуществляется сбор данных, а также как данные получают, используют, хранят и кому передают. Программы должны обеспечивать защиту конфиденциальной информации и данных участников, по которым можно установить личность, от несанкционированного доступа и манипуляций со стороны третьих лиц. Заслуживающие доверия практики включают в себя прозрачный подход к сбору и использованию данных, минимизацию количества персональной информации, позволяющей установить личность, и конфиденциальной информации, создание и внедрение политик безопасности для защиты данных, частной жизни и достоинства участников, а также создание политики управления любыми данными после окончания проекта (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Используйте преимущества индивидуального и интерактивного подходов.** Повышение сложности технологий позволило трансформировать способы их использования для обеспечения большей эффективности программ КСО. Материал может быть индивидуально подобран с учетом когнитивных возможностей учащегося, его уровня образования или сексуального опыта, конкретных «пробелов» в знаниях, половой, расовой и этнической принадлежности или профиля рисков. Технологии также могут быть интерактивными и учитывать выбор учащегося. Примерами могут быть имитационные программы (где учащийся взаимодействует с окружающей средой, которая воспринимается как реальная, принимают решения и отрабатывают навыки) и серьезные игры, которые включают в себя элементы развлечения и соревновательности с целью повысить педагогическую ценность. Интерактивные технологии могут обеспечить предоставление немедленной, персонализированной обратной связи, позволить учащимся повторно проходить ситуации и попробовать другие варианты или решения.
- **Обеспечьте соответствие программ КСО с использованием технологий учебной программе.** Технологические подходы к КСО без других компонентов должны иметь механизм, требующий от пользователя продолжать обучение и выполнять конкретные элементы программы в заданном порядке. Если пользователь может сам выбирать, с какими компонентами учебной программы работать, а какие игнорировать, обучение может оказаться некомплексным, а объем содержания неполными.
- **Планируйте соответствующее управление содержанием и техническую поддержку продукта.** Информация, содержащаяся в любой программе с использованием технологий, должна быть актуальной и целесообразной, что сокращает риск предоставления устаревшей или недостоверной информации через Интернет.

Методика работы

- **Используйте широкий спектр методов с применением технологий для реализации компонентов программ КСО.** К таким методам можно отнести телефонные звонки, текстовые сообщения, электронные письма, СМИ, сайты, блоги, влоги, видеоматериалы, подкасты, приложения и социальные сети, а также компьютерное

и сетевое интерактивное обучение, курсы, викторины, игры, имитационные модели и серьезные игры, виртуальную реальность и чат-боты (компьютерные программы, имитирующие беседу с пользователями-людьми с возможностью ответов на вопросы).

- **Комбинируйте технологии с другими методами.** Многие из этих методов сами по себе не позволяют предоставлять КСО. Тем не менее большинство из них могут быть использованы в качестве составляющей или дополнения программы КСО, в клиниках, дома с родителями, а также как составная часть программ, предусматривающих очные занятия с инструкторами. Например, видео- и компьютерные программы в клинике позволяют детям и молодым людям получить знания по таким темам, как контрацепция или профилактика ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (Noar et al., 2009; Bailey et al., 2012; Tuong et al., 2014).

Реализация программы

- **Ищите решения в контекстах, где дети и молодые люди не имеют доступа к технологиям.** Вмешательства могут быть реализованы в условиях (например, клиниках или школах), которые могут обеспечить их проведение; или, если позволяет бюджет, детям и молодым людям могут быть предоставлены мобильные телефоны (Guse et al., 2012). Другой подход — обеспечить инструкторов из сообщества планшетами или компьютерами для работы (Bailey et al., 2010).
- **Расширяйте фокус сайтов или приложений.** Программы, отвечающие другим потребностям, с дополнительными нужными функциями, помогут привлечь и удержать большее количество детей и молодых людей. Также важно интегрировать их в платформы социальных сетей и другие технологии.
- **Обращайте внимание на удержание учащихся.** Если продукт разработан хорошо (в сотрудничестве с пользователями), является привлекательным и использует пошаговый подход, шансы на удержание учащихся увеличиваются.
- **Мониторьте страницы группы в Facebook, блоги и интерактивные форумы.** Когда участники вовлечены в живое общение или предоставляют друг другу информацию, для обеспечения точности и достоверности любой предоставляемой информации крайне важен постоянный мониторинг со стороны квалифицированного персонала. В частности, это важно при использовании страниц в социальных сетях, поскольку они могут легко стать объектом нежелательной рекламы или нежелательных публикаций от других лиц за рамками целевой аудитории (UNICEF, 2011a; UNFPA et al., 2015; UNDP et al., 2016). Администраторы групп также должны мониторить случаи онлайн-буллинга или насилия в сети.

Основные документы

- *Principles for Digital Development* (веб-сайт)
- *The mHealth Planning Guide: Key Considerations for Integrating Mobile Technology into Health Programmes* (K4Health, 2014)
- *mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health* (Global Health Learning Centre, 2013)
- *The MAPS Toolkit: mHealth Assessment and Planning for Scale* (WHO, 2013)
- *mHealth Design Toolkit: Ten Principles to Launch, Develop and Scale Mobile Health Services in Emerging Markets* (GSMA, n.d.)
- *Guidelines for an Effective Design of Serious Games* (Researchgate, 2014)
- *Sex Education in the Digital Era* (Institute of Development Studies, 2014)

3. Предоставление внешкольного КСО конкретным группам молодых людей

Все программы КСО должны в максимально возможной степени учитывать многообразие детей и молодых людей, обеспечивать образование и соответствовать потребностям всех участников. Тем не менее программы КСО, ориентированные на детей и молодых людей в целом, вряд ли могут в полной мере учитывать конкретные потребности каждой группы. Более того, в большинстве случаев дети и молодые люди, принадлежащие к маргинализированным группам, смогут чувствовать себя в безопасности и спокойно обсуждать вопросы сексуальности и здоровья только в группах с такими же, как они, участниками. Поэтому в данном разделе представлены информация и инструкции о том, как обеспечить внешкольное КСО в конкретных группах детей и молодых людей. Для каждой группы приведенные ниже рекомендации должны рассматриваться как дополнение к рекомендациям из раздела 2.

Крайне важно понимать, что многие дети и молодые люди не относятся только к одной из этих групп. Есть дети и молодые люди с ограничениями жизнедеятельности, являющиеся геями, дети и молодые люди, которые употребляют наркотики и находятся в местах лишения свободы, есть молодые трансгендеры, люди, находящиеся в условиях гуманитарного кризиса, девочки-подростки из коренного населения, проживающие в сельской местности, — фактически, дети и молодые люди со всевозможными сочетаниями гендерной идентичности, с самыми разными потребностями и предпочтениями. Лица, предоставляющие КСО, должны всегда понимать, кто является участниками программы, использовать подход, признающий наличие разной идентичности и учитывающий разные реалии жизни.

3.1 Группы, сформированные по гендерному признаку

Для детей и молодых людей всех гендеров, вместе изучающих сексуальность, существуют определенные преимущества, в том числе и потому, что в определенный момент многие участники будут иметь романтические и сексуальные отношения с представителями другого гендера. Тем не менее предоставление КСО детям и молодым людям в группах, состоящим из представителей одного гендера, может стать необходимостью в тех случаях, когда это является единственной возможностью предоставления такого обучения в условиях местной культуры.

Более того, несмотря на то, что некоторые материалы, касающиеся гендерных вопросов и насилия, будут одинаковыми для всех, в большинстве стран существует гендерный дисбаланс между возможностями мужчин и женщин, девушек и юношей. Гендерно-трансформирующее образование (см. глоссарий терминов) должно помогать участникам осуществлять гендерный анализ по каждой теме с тем, чтобы понять и научиться критически осмысливать, как гендерные вопросы влияют на их жизнь. Однако могут существовать и преимущества раздельного обучения мальчиков/юношей и девочек/девушек.

Например, это позволяет делать разные акценты — расширять возможности девушек и предоставлять юношам возможности видеть преимущества и ценность разделения полномочий и ответственности с девушками и женщинами (Greene and Levack, 2010). При изучении темы гендерного насилия также можно использовать разные подходы с учетом гендерной принадлежности, поскольку девушки и гендерно-небинарные или гендерно-некомформные люди, являются основными жертвами насилия, в то время как мужчины и юноши считаются главными виновниками, несмотря на то, что мужчины и юноши также могут подвергаться сексуальному насилию.

Раздельное (по гендерному признаку) обучение может осуществляться на всем протяжении реализации программы или при изучении отдельных тем. В частности, для девочек-подростков есть и другие преимущества в раздельном обучении на занятиях по КСО (Greene and Levack, 2010; Morrison-Beedy et al., 2013; AGSA, 2016). В этом случае есть возможность обеспечивать среду обучения с меньшим количеством гендерных стереотипов и предвзятости на подсознательном уровне, где мнение женщины не игнорируется, а девушки берут на себя роли лидеров и обретают веру в себя.

Лица, занимающиеся реализацией программ, должны беседовать с каждым гендерно-небинарным человеком (см. глоссарий терминов) о предпочтительном для него способе участия в программе (Greene and Levack, 2010). Одним из вариантов может стать создание третьей группы участников, которые желают учиться в смешанных группах.

Планирование, методика и осуществление КСО для групп, сформированных по гендерному признаку, будут примерно одинаковыми, как для девушек, так и для юношей, однако некоторые аспекты будут характерны только для каждой из групп. В этом разделе изложены некоторые аспекты, на которые, по данным литературы и по опыту детей, молодых людей и лиц, занимающихся реализацией программ, не всегда обращают внимание.

3.1.1 Девушки и молодые женщины

Планирование и разработка программы

- **Выявляйте наиболее маргинализированных девушек.** Важно понимать уникальные риски и возможности, с которыми сталкиваются различные подгруппы девушек и молодых женщин, чтобы соответствующим образом планировать программы. Целевые группы могут включать девушек в возрасте 10–14 или 15–19 лет, коренное население, замужних, незамужних, не посещающих школу, домработниц, молодых матерей и т. д. Программы могут определять критерии участия и ориентироваться на них при наборе участников. При наборе девушек, у которых нет возможности выходить из дома, эффективным может оказаться следующий способ: взрослые фасилитаторы программы могут ходить из дома в дом, чтобы выявить девушек, соответствующих критериям участия в программе, и приглашать их в программу, при этом они могут объяснять взрослым членам их семей, в чем цель такой программы (Erulkar et al., 2013).
- **Обращайте внимание на юных девочек, предпочтительно не достигших возраста полового созревания.** Предоставление девочкам в раннем возрасте знаний о здоровье и социуме, когнитивных и экономических знаний и соответствующих навыков может помочь им избежать ухода из школы, подростковой беременности, сексуального насилия, детского брака и транзакционного секса (Chae and Ngo, 2017; Austrian et al, 2018; Bandiera et al, 2020). Чтобы получить эффект от

программы, ее необходимо предоставлять девушкам с раннего подросткового возраста (LeCroy et al., 2017; UNESCO et al., 2018).

- **Обеспечивайте многогранность программ, чтобы они могли удовлетворять потребности девушек в конкретном контексте.** Ориентированные на девушек многокомпонентные программы с предоставлением КСО и медицинских услуг, социальными сетями и моделями для подражания, а также с возможностью накопить микросбережения и получить необходимые для трудоустройства навыки могут помочь отсрочить вступление в брак и способствовать снижению риска инфицирования ВИЧ (UNAIDS, 2016b; Engel et al., 2019).

Методика работы

- **Учитывайте конкретные интересы различных подгрупп.** Учебная деятельность и методы должны строиться на подходах, которые способствуют накоплению активов, в сочетании с учебной программой КСО, ориентированной на права человека, гендерные вопросы и расширение возможностей, и учитывать потребности как юных девушек, так девушек постарше, замужних женщин и незамужних девушек, а также юных матерей. (Population Council, 2018).

Реализация программы

- **Привлекайте молодых наставников как альтернативных моделей для подражания.** Молодые наставники должны быть немного старше девушек и быть теми, кем восхищаются, кому доверяют или у кого просят совета. Они могут сыграть главную роль в успехе программ, ориентированных на девушек, и они должны быть из того сообщества, в котором реализуется программа (Population Council, 2016b).
- **Придавайте программе официальный статус путем увязки с другими секторами и платформами.** Чтобы повысить отдачу и результативность программ, ориентированных на девочек, рассмотрите возможность работы с учителями, медицинскими работниками или работниками социальных служб для укрепления посылы, обеспечения продолжения или возобновления образования и доступа к медицинским и правозащитным услугам.

Основные документы и учебная программа

- *HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys* (UNAIDS, 2016)
- *Создание защитных активов девочек: набор инструментов для разработки программ* (Population Council, 2016)
- *Program M: Working with Young Women* (Promundo, n.d.)
- *Sakhi Saheli: Promoting Gender Equity and Empowering Young Women – A Training Manual* (Population Council, 2008)
- *Empowering Young Women to Lead Change: A Training Manual* (UNFPA and World YWCA, 2006)
- *Программа Abriendo Oportunidades: Интегрированное руководство по учебной программе* (Population Council, 2017)
- *Go Girls! Community-Based Life Skills for Girls: A Training Manual* (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, 2011)
- *YWCA Safe Spaces for Women and Girls: A Global Model for Change* (World YWCA)

3.1.2 Мальчики/юноши и молодые мужчины

Планирование и разработка программы

- **Проводите групповое обучение с многокомпонентным вмешательством.** Стратегии работы с мальчиками/юношами и мужчинами, продемонстрировавшие свою эффективность на индивидуальном уровне и уровне сообществ, через изменение гендерных стереотипов и моделей поведения, включают сочетание следующих аспектов: привлечение равных, привлечение мужчин-правозащитников, крупномасштабные медийные программы, программы обучения на работе и разработка правозащитных программ и программ на уровне сообществ, ориентированных на сокращение гендерного неравенства за счет изменения социальных норм (IDS, Promundo and Sonke Gender Justice, 2015).
- **Создавайте сети поддержки сверстников и людей, являющихся примером для подражания для юношей.** Клубы и группы в социальных сетях для мальчиков/юношей и молодых мужчин, которые поддерживают и укрепляют новые способы мышления и поведения, могут усилить положительное давление сверстников с целью сохранения изменений в установках и поведении (Namy et al., 2014; Torres et al., 2014).

Методика работы

- **Старайтесь не обвинять участников в системных проблемах.** На занятиях у мальчиков/юношей и молодых мужчин не должно возникать ощущение, что они подвергаются нападкам и обвинениям за неравноправие и проблемы с сексуальным и репродуктивным здоровьем в их сообществах. Не стоит сводить сложности, связанные с мужественностью, сексуальностью и сексуальным здоровьем только к проблемному мужскому отношению и поведению. Участники не должны чувствовать себя ответственными за преодоление сложных и укоренившихся социальных проблем, вместо этого программа КСО может поощрять адвокационную деятельность и мобилизацию сообщества на устранение этих структурных факторов (Dworkin et al., 2015).
- **Сосредотачивайте внимание на изменении отношения и обучении навыкам, а не просто на передаче знаний.** Примерами могут служить принятие решений в отношении контрацепции, взаимодействие с маленькими детьми и обучение смене подгузников или купанию ребенка (Barker et al., 2007).

Реализация программы

- **Рассмотрите возможность изучения наиболее трудных тем методом погружения.** Выездные встречи или интерактивные методы, например продолжительные углубленные дискуссии и время на личные размышления, особенно эффективны для смены отношения к трудным или деликатным темам, таким как гомофобия, трансфобия и насилие (Namy et al., 2014).
- **Избегайте повторения языка стереотипов.** Фразы и изображения, с помощью которых мальчикам/юношам и молодым мужчинам прививают стереотипное мышление, например, такие как «Будь мужчиной», могут только укрепить, а не изменить пагубные стереотипы в отношении мужественности (Gibbs et al., 2015).

Основные документы и учебная программа

- *Global Sexual and Reproductive Health Services Package for Men and Adolescent Boys* (IPPF and UNFPA, 2017)

- *Manhood 2.0: A Curriculum Promoting a Gender-Equitable Future of Manhood* (Promundo, 2018)
- *Program H: Working with Young Men* (Promundo, 2018)
- *Programme Ra* (Promundo, n.d.)
- *Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual* (Promundo, 2008)
- *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action* (UNFPA, 2010)
- *Yaari Dosti: Young Men Redefine Sexuality* (Population Council, 2006)
- *"One Man Can" Campaign Toolkit* (Sonke Gender Justice Network, 2006)

3.2 Молодые люди с ограничениями жизнедеятельности

Существует много терминов, применяемых для определения разных видов ограничений жизнедеятельности. В данном Руководстве рассматриваются следующие категории ограничений жизнедеятельности:

- **Физические ограничения жизнедеятельности** влияют на способность человека передвигаться, физическую активность, выносливость и координацию движений. К проявлениям физических ограничений жизнедеятельности, помимо прочего, можно отнести муковисцидоз, расщепление позвоночных дуг, мышечную дистрофию, церебральный паралич, черепно-мозговую травму, повреждение спинного мозга, рассеянный склероз.
- **Интеллектуальные ограничения жизнедеятельности** проявляются в значительном сокращении интеллектуальных функций, таких как понимание новой или сложной информации, усвоение и применение новых навыков, что сокращает способность человека жить независимо. К проявлениям интеллектуальных ограничений жизнедеятельности, помимо прочего, можно отнести синдром ломкой X-хромосомы, синдром Дауна, синдром Прадера-Вилли и алкогольный синдром плода.
- **Сенсорные ограничения жизнедеятельности** негативно влияют на один или более органов чувств, включая неспособность обрабатывать информацию, поступающую в органы чувств. К таким формам ограничений жизнедеятельности можно отнести глухоту, тугоухость, слепоту и слабое зрение и расстройства аутистического спектра.
- **Психосоциальные ограничения жизнедеятельности** включают шизоидные расстройства, такие как шизофрения и шизоаффективное расстройство, тревожные расстройства, такие как синдром навязчивых состояний, посттравматическое расстройство, агорафобия, социофобия, и аффективные расстройства, такие как депрессия и биполярное расстройство.

Несмотря на то, что люди с ограничениями жизнедеятельности испытывают те же сексуальные потребности и желания, что и остальные, у них могут возникать проблемы с удовлетворением этих потребностей в зависимости от формы инвалидности (Sexual Health and Family Planning Australia, 2013; UNFPA and Women Enabled International, 2018). Дети и молодые люди с ограничениями жизнедеятельности часто имеют очень ограниченные возможности изучения вопросов сексуальности по целому ряду причин; например, им может не хватать приватности или они могут иметь ограниченный круг общения (UNFPA and Women Enabled International, 2018). Родители или опекуны часто не готовы дать им возможность социализироваться и построить романтические отношения с другими людьми, а окружающие могут негативно реагировать, выражать неодобрение, винить или стыдить детей и молодых людей с ограничениями жизнедеятельности, когда они проявляют

сексуальность или нормальное сексуальное поведение (Travers et al., 2014; New South Wales Department of Family and Community Services, 2016; Chappell et al., 2018). Стереотипы и негативное отношение к сексуальности людей с ограничениями жизнедеятельности усиливают стигматизацию и дискриминацию, которая проявляется по отношению к ним, а также усложняют возможность ведения удовлетворяющей и приятной половой жизни (Addlakha et al., 2007).

Большинство детей и молодых людей с ограничениями жизнедеятельности испытывают сокращение количества жизненных возможностей, что может негативно повлиять на их самооценку и, как следствие, сексуальность. Они могут иметь смутное представление о своей сексуальности и недостаточно навыков для социального общения, свиданий, интимной близости, принятия решений, связанных с сексуальностью и безопасным сексом; также им может не хватать возможностей для полноценных половых отношений (Eastgate, 2008; Gougeon, 2009; Swango-Wilson, 2010; Travers et al., 2014; Holland-Hall and Quint, 2017). Кроме того, дети и молодые люди с ограничениями жизнедеятельности (особенно девушки) со значительно большей вероятностью становятся жертвами сексуального, физического и эмоционального насилия по сравнению с их обычными сверстниками (Jones et al., 2012; UNFPA, 2018a). Дети и молодые люди с ограничениями жизнедеятельности также реже сообщают о насилии, обращаются за помощью или правосудием, частично потому, что их часто не включают в программы по предотвращению насилия (Ellery et al., 2011; Jones et al., 2012).

Во многих странах медицинские услуги часто недоступны физически и отсутствует поддержка альтернативных возможностей для общения, таких как язык жестов или шрифт Брайля (UNAIDS, 2017b). Большинство программ, в том числе по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья и правам, не учитывают потребности людей с ограничениями жизнедеятельности. Точно также, программы ориентированные на людей с ограничениями жизнедеятельности, могут не учитывать их потребности в отношении сексуальности, сексуального и репродуктивного здоровья и прав (WHO and UNFPA, 2009; UNFPA, 2018a).

3.2.1 Молодые люди с ограничениями жизнедеятельности (в целом)

Эти рекомендации применимы в отношении детей и молодых людей с любыми ограничениями жизнедеятельности. В последующих разделах рассматриваются конкретные потребности людей с физическими, интеллектуальными, сенсорными и психосоциальными ограничениями жизнедеятельности; отдельные разделы посвящены глухим и слепым людям или аутистам. Для разных групп детей и молодых людей дается разное количество рекомендаций. Отчасти это связано с разным объемом доступной доказательной базы по каждому виду ограничений жизнедеятельности.

Планирование и разработка программы

- **Продвигайте социальные и правозащитные модели понимания инвалидности.** Программы должны учитывать, что люди с ограничениями жизнедеятельности часто лишены многих возможностей из-за барьеров, выстроенных самим обществом, а не из-за наличия расстройств или отличий. Социальная модель понимания инвалидности рассматривает препятствия, мешающие включению людей с ограничениями жизнедеятельности в жизнь общества, а правозащитная модель делает основной акцент на правах человека с

ограничениями жизнедеятельности и рассматривает их как права человека, а также пропагандирует и защищает равные социальные, экономические и физические права на доступ и участие в жизни сообщества.

- **Привлекайте взрослых.** Так как отношение и действия других людей могут стать препятствием для развития здоровой сексуальности детей и молодых людей с ограничениями жизнедеятельности, и особенно с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности, программы должны максимально вовлекать всех взрослых, которые играют важную роль в жизни ребенка или молодого человека: родителей, лиц, осуществляющих уход, работников патронажных служб, психологов, учителей и других вовлеченных специалистов (Murphy and Elias, 2006; Garbutt, 2008; Katz and Lazcano-Ponce, 2008; Rohleder and Swartz, 2009; Swango-Wilson, 2010; Chirawu et al., 2014; Travers et al., 2014; Holland-Hall and Quint, 2017; Hanass-Hancock et al., 2018b).
- **Поддерживайте родителей и побуждайте их предоставлять сексуальное образование детям и молодым людям с ограничениями жизнедеятельности с самого раннего возраста** (SIECUS, 2001; Garbutt, 2008). Для детей и молодых людей с ограничениями жизнедеятельности, не посещающих школу, родители и лица, осуществляющие уход, играют еще более важную роль в вопросах сексуального образования. Им можно показать, как использовать «обучающие моменты» — естественные возможности для обучения, которые возникают в повседневной жизни, — для укрепления независимости, осознания права на личную жизнь и социализации детей, а также для заблаговременной подготовки их к изменениям, связанным с половым созреванием, особенно к менструации в случае с девочками и эрекции, семяизвержению и ночной поллюции в случае с мальчиками.
- **Адаптируйте программы к потребностям каждого участника.** Важно проводить оценку, чтобы определить, есть ли у человека множественные ограничения жизнедеятельности, например есть ли у ребенка, помимо физических ограничений жизнедеятельности, умственные ограничения жизнедеятельности. Учебные программы должны быть адаптированы к конкретным индивидуальным потребностям каждого участника.
- **Изучайте, как конкретный вид инвалидности влияет на сексуальность.** Начало полового созревания может наступать раньше у детей с синдромом Дауна и гидроцефалией, у детей с церебральным параличом половое созревание может начаться раньше и закончиться позже (Murphy and Elias, 2006). Половое созревание может начаться позже у детей с ограничениями жизнедеятельности, обусловленными пренатальными или генетическими пороками развития, а также начаться позже или отсутствовать у детей с синдромом Прадера-Вилли (SIECUS, 2001). Содержание программы должно соответствующим образом корректироваться.
- **Контролируйте, обеспечивается ли уважительное отношение к детям и молодым людям с ограничениями жизнедеятельности у поставщиков услуг, к которым вы направляете.** Составьте список проверенных поставщиков медицинских и социальных услуг или других специалистов, к которым можно направлять участников, включая консультантов и специалистов, работающих с людьми, пережившими сексуальное насилие (Chirawu et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018a). Если необходимые услуги по направлению недоступны, разработчики программ должны привлечь правозащитников, чтобы общими усилиями повлиять на государственные органы и заставить их принять меры, обеспечивающие предоставление таких услуг и инструктирование поставщиков услуг.

Методика работы

- **Расспрашивайте участников об их предпочтениях в отношении обучения и старайтесь учитывать их.** Участники могут предпочесть индивидуальное обучение, обучение в маленьких или больших группах. Их необходимо спросить, в какой форме они хотели бы получать отзывы и поддержку от фасилитаторов, например через использование визуальных средств, получение помощи в работе с каждой страницей, замедление скорости чтения и подачи материала, или они хотели бы наблюдать за поведением фасилитаторов или сценарием ролевой игры.
- **Пробуйте несколько методик, чтобы определить, что наиболее оптимально подходит для отдельных участников.** Фасилитаторы также могут предоставить участникам возможность сидеть или стоять, чтобы видеть материалы на уровне глаз (если они не слепые), объяснять им, что фасилитатор и молодой человек с ограничениями жизнедеятельности имеют равные права, предоставлять четкие инструкции касательно того, как участник может попросить о помощи, помогать участникам только по их просьбе и таким образом, чтобы они могли говорить и действовать самостоятельно.
- **Делайте акцент на соответствующих социальных навыках.** При обучении навыкам основной упор следует делать на практическое применение широкого спектра социальных навыков с учетом конкретной формы инвалидности.

Реализация программы

- **Когда КСО предоставляется детям и молодым людям с ограничениями жизнедеятельности и без ограничений жизнедеятельности одновременно, не разделяйте участников, исходя из их возможностей.** КСО должно подчеркивать разнообразие и включать обзор влияния инвалидности на сексуальность без акцентирования внимания на инвалидности конкретных детей и молодых людей. Дети и молодые люди с ограничениями жизнедеятельности не должны сидеть обособленно во время обучения в группах, где участники имеют разные возможности.
- **Обеспечивайте комплексное обучение фасилитаторов методам и техникам на постоянной основе** (Sweeney, 2007). Фасилитаторы должны уметь подбирать контент специально для участников с конкретными ограничениями жизнедеятельности и надлежащим образом излагать его наряду с основным контентом программы.
- **Уважайте людей с ограничениями жизнедеятельности и используйте корректные выражения.** Применительно к людям с ограничениями жизнедеятельности в основном рекомендуется использовать социально-ориентированные языковые обороты (например, «люди с церебральным параличом» и «люди с пониженной обучаемостью»). При этом в контексте программ КСО следует проводить консультации с детьми и молодыми людьми, которые участвуют в той или иной программе, относительно их самоидентификации.
- **Обозначайте границы.** Фасилитаторы должны моделировать и обсуждать с участниками важность установления личных границ и уважения границ других людей (в отношении личного пространства, личного и общественного времени, мыслей и бесед, прикосновений) (Szydlowski, 2016), а также контроля над телом и права отказа от прикосновений.
- **Предоставляйте детям и молодым людям с ограничениями жизнедеятельности возможность взаимодействовать со сверстниками без ограничений жизнедеятельности.** При необходимости такое

взаимодействие может быть организовано в рамках дополнительных мероприятий.

- **Обеспечивайте координаторам доступ к механизмам поддержки и выдачи направлений**, чтобы у них была возможность реагировать на сообщения о насилии и сексуальной эксплуатации, которые могут поступать в ходе или после участия в программах КСО, особенно во время изучения данных тем (Johns et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018a; Hanass-Hancock et al., 2018b).

3.2.2 Молодые люди с физическими ограничениями жизнедеятельности

Реализация программы

- **Рассмотрите возможность совместного обучения участников с ограничениями жизнедеятельности и участников без ограничений жизнедеятельности.** Совместные занятия со сверстниками без ограничений жизнедеятельности особенно ценны для детей и молодых людей с явными ограничениями жизнедеятельности, которые хотят получать образование наравне со своими сверстниками (Esmail et al., 2010b). Дополнительная информация и дополнительные материалы для участников с ограничениями жизнедеятельности должны быть доступны онлайн для самостоятельного использования, а также во время индивидуальных занятий или занятий в маленьких группах в безопасной среде без присутствия посторонних (Esmail et al., 2010a). Следует отметить, что некоторые группы лиц, особенно с приобретенными ограничениями жизнедеятельности, например получившие ожоги, могут предпочесть программы КСО, участниками которых являются только лица с ограничениями жизнедеятельности (Parrott and Esmail, 2010).

3.2.3 Молодые люди с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности

Планирование и разработка программы

- **Стремитесь помочь детям и молодым людям с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности добиться самоопределения в вопросах сексуальности или расширить их возможности** (Gougeon, 2009; Travers et al., 2014; Ginevra et al., 2016). Это означает способствовать сексуальному здоровью и социальной интеграции детей и молодых людей с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности с использованием комплекса мер в рамках программы по обеспечению независимого проживания (Katz and Lazcano-Ponce, 2008). Сексуальное образование следует начинать в раннем возрасте, чтобы упростить принятие решений и обеспечить беспроblemный переход во взрослую жизнь.
- **Обеспечивайте возможности строить отношения со сверстниками.** Дети и молодые люди с серьезной интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности часто находятся под пристальным надзором взрослых, который может не позволять им строить отношения или получать полноценный опыт общения со сверстниками. Программы КСО должны объединяться с программами социальной поддержки и социальной интеграции или мероприятиями с участием сверстников без ограничений жизнедеятельности. Это позволит им на практике применить полученные навыки в аутентичной и инклюзивной среде, чтобы более регулярно получать необходимый опыт эмпирического обучения по вопросам сексуальности, как и детям и молодым

людям без ограничений жизнедеятельности (Eastgate, 2008; Katz and Lazcano-Ponce, 2008; Gougeon, 2009; Swango-Wilson, 2010; Travers et al., 2014).

- **Тщательно планируйте состав группы.** Рекомендуется рассмотреть возможность привлечения участников с различными уровнями когнитивных способностей (Chappell et al., 2018). Группы участников могут быть организованы на основании возраста или способности помочь в планировании работы.
- **Адаптируйте методику, но не содержание.** В большинстве случаев содержание программы должно быть таким же, как и для участников аналогичного возраста (при этом детям и молодым людям с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности следует разъяснять, что они более уязвимы в отношении некоторых форм насилия). Несмотря на то что методы должны соответствовать уровню развития участников, некоторые понятия следует упростить, сузить или перефразировать. Например, инфекции, передаваемые половым путем, можно обсуждать в общем с профилактической целью, не рассматривая подробно каждое заболевание.
- **В первую очередь удовлетворяйте наиболее насущные и особенно важные потребности участника.** Например, для лиц с синдромом Дауна это может быть безопасность, социальная справедливость и независимость (Couwenhoven, 2007).
- **Делайте акцент на навыках, необходимых для проведения различий.** Умение делать простые различия, например отличать мальчиков от девочек, мужской туалет от женского, могут помочь детям и молодым людям с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности справляться с повседневными задачами. Также важно помогать им видеть разницу между лицами, с которыми уместно или не уместно находиться обнаженными, помощь которых уместно или неуместно принимать при посещении туалета или при менструации, к определенным частям тела которых уместно или не уместно прикасаться, с которыми можно или нельзя уходить со школы (Hanass-Hancock et al., 2018a; Johns et al., 2014; Gerhardt, n.d.).

Методика работы

- **Устраивайте как можно более подробные демонстрации.** Например, при обсуждении беременности и родительства, можно принести на занятия младенца, чтобы объяснить его потребности, такие как кормление, смена подгузников и другой уход (Boehning, 2006). Рекомендованные обучающие материалы включают трехмерные модели, анатомически правильные куклы, фотографии, картинки, видео и диаграммы.
- **Обеспечивайте условия для усвоения социальных навыков и этикета.** Следует рассказывать о каждом навыке или модели поведения в конкретных местах, например как поприветствовать кого-либо в магазине, а как — на рабочем месте и дома.
- **Выделяйте достаточное количество времени и повторяйте пройденное.** Детям и молодым людям с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности понадобится больше времени для усвоения материала (Murphy and Elias, 2006; Couwenhoven, 2007; Johns et al., 2014; Schaafsma et al., 2017; King County, 2018). Разбивайте занятие на небольшие простые шаги. Материал необходимо часто повторять и проводить обучение в различных условиях, а также с незнакомыми людьми. Занятия для повторения пройденного и частые обзоры нужны для закрепления знаний и навыков (Swango-Wilson, 2010; Schaafsma et al., 2015; Visser et al., 2017). Повторение особенно помогает лицам с синдромом Дауна (Couwenhoven, 2007).

- **Используйте много поощрений и похвалу.** Это поможет участникам рассматривать изучение сексуальности как положительный опыт (Baxley and Zendell, 2011).
- **Используйте обучающие моменты и случайные инциденты для обучения.** Если среди участников есть беременная женщина, это хорошая возможность предоставить знания о беременности (если это не вызывает у беременной дискомфорта), также можно послушать песню, связанную с материалом урока (Moss and Blaha, 2001).
- **При обсуждении темы, связанной с сообщением о сексуальном насилии и домогательстве (преследовании), обеспечьте присутствие человека, которому участники могут сообщить о жестоком обращении.** Некоторые участники могут быть визуалами по причине своей инвалидности, и им может быть трудно контактировать с кем-то по телефону или электронной почте. Если в текущий момент нет возможности обеспечить присутствие такого человека, надлежит принять все меры для того, чтобы участники точно понимали, к кому им обращаться. Например, они могут обвести контур кисти своей руки и написать имена людей, с которыми можно связаться (это могут быть один из родителей, полиция, психолог/психотерапевт или социальный работник), а также номера их телефонов на каждом пальце. Участникам следует иметь не менее трех контактных лиц, чтобы они могли обратиться к другому человеку, в случае если первое лицо недоступно. Понимая, что безопасность детей и молодых людей имеет первостепенное значение, участникам следует напомнить, что письменную информацию может обнаружить потенциальный обидчик, а также объяснить, как хранить такую информацию в секрете или в надежном месте, в том числе, как хранить контактную информацию у заслуживающих доверия взрослых и как соблюдать осторожность и не подвергать себя опасности при общении с такими взрослыми.

Реализация программы

- **Проводите занятия в более медленном темпе и делайте больше перерывов.** Не следует перегружать участников избытком информации.
- **По возможности максимально используйте родной язык участников.** Это особенно важно при обсуждении деликатных и личных вопросов, таких как интимные части тела и различные типы прикосновений (Chappell, 2018).
- **Оперируйте конкретными понятиями при подаче материала.** Рекомендуется использовать понятные, простые и точные формулировки и объяснения (Katz and Lazcano-Ponce, 2008; Gougeon, 2009; Travers et al., 2014; Holland-Hall and Quint, 2017). Информация должна быть научно-обоснованной, но не излишне специализированной. Следует избегать эвфемизмов, таких как «спать вместе», или слов с двойным значением (Holland-Hall and Quint, 2017). В ходе всей программы фасилитаторы должны повторять основные ключевые слова и понятия, например «Это личное» (Johns et al., 2014).
- **В случае ненадлежащего поведения избегайте как чрезмерных, так и нерешительных действий** (Moss and Blaha, 2001). Что касается участников с тяжелой интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности, фасилитатор должен переключать внимание в момент ненадлежащего поведения, например разде-

вания или мастурбации в общественном месте, и повторять так несколько раз вместо разъяснительной работы только после того, как возникла данная ситуация, то есть вне контекста.

- **Избегайте навязчивых физических прикосновений.** Учите участников, что все их тело неприкосновенно, и перед тем как коснуться его, другой человек должен попросить разрешения; что у них есть право самостоятельно принимать решения, касающиеся их тела, особенно если речь идет о стерилизации, контрацепции и беременности; что у них есть право говорить «нет»; что приветствие может быть без объятий и поцелуев (для того, чтобы молодые люди с ограничениями жизнедеятельности знали, что приветствие не всегда предполагает прикосновение к телу); и что только слово «да» означает «да», а не кивок или улыбка (потому что из-за инвалидности люди могут не верить им, если их будут обвинять в половом акте без согласия).

3.2.4 Глухие или слабослышащие молодые люди

Планирование и разработка программы

- **Будьте самокритичны и признавайте существование невольных предубеждений.** Важно, чтобы слышащие люди, принимающие участие в разработке программ КСО, знали об общераспространенных представлениях о глухоте, которые ведут к невольному предубеждению.
- **Используйте все эффективные и подходящие способы коммуникации.** Это могут быть:
 - **язык жестов;**
 - **общая коммуникация** (которая включает в себя все способы коммуникации — формальные знаки, естественные жесты, дактильную азбуку, невербальное общение, восприятие на слух, чтение по губам и устную речь);
 - **билингвальность / принадлежность к двум культурам** (понимание значения и важности обеих культур — культуры общения слышащих и культуры общения глухих людей,⁴ а также включение элементов обеих культур в занятия);
 - **маноральная речь (жестовое артикулирование)** (система визуальной коммуникации, в которой движения губ во время речи сочетаются с жестами, чтобы сделать звуки языка различающимися на вид);
 - **чтение по губам;**
 - **замкнутые и FM-системы** (беспроводные вспомогательные слуховые устройства, которые состоят из передатчика, используемого говорящим, и приемника, используемого слушающим), а также предоставление субтитров на аудио-и видео-носителях играют важную роль в повышении доступности коммуникации для глухих и слабослышащих людей (WHO, 2016b).
- **Пропагандируйте изучение языка жестов в семьях с глухими детьми и молодыми людьми, привлекая родителей и лиц, осуществляющих уход.** Это важно, так как может улучшить общение и способствовать проведению бесед о сексуальности (Lamoureux, 2014).
- **По возможности проводите совместные занятия для родителей глухих или слабослышащих детей и молодых людей.** Такие вмешательства могут помочь слышащим родителям вовлечь глухих или слабослышащих детей и молодых людей в групповые обсуждения.

⁴ Термин «Глухие» с заглавной буквой «Г» используется для людей, идентифицирующих себя с культурой глухих людей и ощущающих себя таковыми. Термин, начинающийся со строчной буквы «г», относится к тем, кто не в полной мере ассоциирует себя с культурой Глухих.

Методика работы

- **Используйте визуальные, тактильные и кинетические методы.** Эти методы лучше подходят для обучения глухих и слабослышащих детей и молодых людей. Методы не должны основываться только на использовании письменной речи.
- **Используйте наглядные физические действия.** Театр, драматическая постановка, ролевая игра позволят глухим и слабослышащим детям и молодым людям наблюдать за взаимодействиями и их результатами. К другим полезным методам относятся обсуждения в небольших группах, выступления приглашенных глухих лекторов, трехмерные модели обучения анатомии и физиологии, видеоролики на языке жестов (Lamoureux, 2014). По возможности видео должны иметь функцию скрывать или показывать субтитры. Если на видео присутствует переводчик, его следует показывать более крупным планом, а выступающего, наоборот, в окне меньшего размера.
- **Убедитесь, что письменные материалы адаптированы и соответствуют уровню владения чтением участников.** Во всех буклетах и материалах должны быть иллюстрации, например картинки и рисунки. Отдавайте предпочтение наглядным иллюстрациям, а не описаниям, и используйте простой язык (Lamoureux, 2014). Если участники плохо владеют языковыми навыками или медленно усваивают информацию, фасилитаторам, возможно, понадобится многократно или в течение длительного времени повторять/демонстрировать один и тот же материал.

Реализация программы

- **Преподавание КСО должно осуществляться на языке жестов специально обученными фасилитаторами, свободно владеющими жестовым языком и понимающими культуру Глухих.** Способность фасилитатора легко общаться с участниками — один из наиболее важных аспектов КСО и любых других видов образования для глухих и слабослышащих детей и молодых людей. Чтение по губам неэффективно для обучения, потому что человек может понять только часть сказанного. Для тех, у кого есть остаточный слух и/или кто пользуется вспомогательными технологиями, например слуховыми аппаратами или кохлеарными имплантами, приспособления для общения могут оказаться полезными, но только в том случае, если учащийся может понять все или значительную часть того, о чем говорит человек, у которого есть слух.
- **Фасилитаторы должны быть уверены, что используемый язык жестов относится к тому диалекту, которым пользуются участники.** Это важно, так как в различных сообществах существуют различные диалекты языка жестов (Lamoureux, 2014).
- **Устраняйте любые возникающие несоответствия в языке жестов.** В некоторых языках может не существовать стандартных жестов для сексуальных терминов, или участники могут пользоваться сленговыми жестами. В таких случаях рекомендуется использовать подход, предполагающий совместную работу фасилитаторов и участников по разработке таких жестов.
- **Если фасилитаторы не имеют навыков общения на языке жестов, научите их эффективно работать с переводчиком.** Фасилитатор должен использовать короткие предложения, чтобы дать учащимся время на понимание языка жестов или чтение по губам, и в то же время понимать, что потеря слуха не влияет на интеллектуальные способности участников. Любые наглядные материалы необходимо расположить рядом с человеком, владеющим языком жестов,

так как участники будут смотреть именно на него. Фасилитатор не должен одновременно разговаривать и указывать на наглядные пособия, так как глухим или слабослышащим участникам требуется время, чтобы переместить внимание с сурдопереводчика на наглядное пособие.

- **Убедитесь, что переводчики используют родной язык жестов участников.** Если программу невозможно реализовать на жестовом языке, необходимо привлечь стороннего сурдопереводчика. Предварительно проверьте уровень профессиональных навыков переводчика, уточнив у глухих и слабослышащих участников, понятен ли перевод.
- **Убедитесь, что фасилитаторы знают жесты для обозначения насилия, в том числе сексуального насилия.** Глухие дети и молодые люди могут быть лишены возможности узнать о сексуальности из чужих разговоров или при прослушивании радио, ТВ или других аудиосредств, им также может быть трудно сообщать о насилии, если их родители, осуществляющие уход лица или те, кому они доверяют, не знают языка жестов или с трудом могут говорить.

3.2.5 Слепые молодые люди

Планирование и разработка программы

- **Подумайте, как дети и молодые люди получают знания о сексуальности через визуальное восприятие и как донести это до тех, кто лишен возможности видеть.** Разработчики программы должны определить аспекты сексуальности и связанные с ними модели поведения и включить их в программу КСО, например стандартный язык невербального общения и позы в формальной и неформальной обстановке; расстояние между людьми, на котором они должны находиться, в зависимости от того, в каких отношениях они состоят; и то, что людей можно видеть через окна, если шторы не задернуты.

Методика работы

- **Используйте подходящие материалы, в том числе написанные шрифтом Брайля, если они доступны.** Фасилитаторы также могут использовать программное обеспечение для озвучивания написанного текста, клавиатуры Брайля и синтезаторы речи, если они доступны (Davies, 1996). Там, где шрифт Брайля недоступен, в обучении могут помочь описанные ниже методы. Для участников со слабым зрением необходимо обеспечить хорошее освещение в помещении и использовать материалы, напечатанные крупным шрифтом, пиктограммы и высококонтрастные материалы с использованием ярких цветов.
- **Используйте тактильные методы, позволяющие слепым участникам дотрагиваться до материалов, чтобы понять их.** Например, при изучении анатомии и сексуальных реакций и обучении использованию презервативов используйте анатомически корректные модели (Krupa and Esmail, 2010).
- **Описывайте видимый мир подробно, точно, открыто и мультисенсорно.** Важно объяснять понятия, в которых присутствуют визуальные компоненты, например высокий, низкий, мускулистый.
- **Подробно объясняйте незнакомые понятия.** Слепые дети и молодые люди могут иметь иное представление о гендере, внешнем виде тела, личном пространстве и границах, анатомических различиях, сексуальном поведении и сексуальном языке.

Реализация программы

- **Привлекайте как слепых, так и видящих фасилитаторов.** Несмотря на то, что рекомендуется прибегать к помощи слепых фасилитаторов, также важно, чтобы слепые участники обучались у видящих фасилитаторов, так как это может помочь им услышать точку зрения видящего человека и получить тифлокомментирование.
- **Будьте предельно внимательны к участникам.** КСО с использованием тактильных методов следует осуществлять либо во время индивидуального обучения, либо в процессе обучения в небольших группах без здоровых детей и молодых людей, которым тактильные методы не подходят. Слепым участникам следует предоставить возможность задавать вопросы сверстникам со слабым зрением (Hanass-Hancock et al., 2018a).
- **Уважайте физические границы участников.** Фасилитаторы могут использовать физический контакт, однако они всегда должны спрашивать разрешения у участников, перед тем как коснуться их, так как это поможет им понять, что происходит и кто до них дотрагивается.

3.2.6 Молодые люди с расстройствами аутистического спектра

Основные рекомендации по обучению детей и молодежи с низким уровнем развития, расстройствами аутистического спектра и другими когнитивными расстройствами даны в разделе 3.2.3, посвященном интеллектуальным ограничениям жизнедеятельности. Лица с высоким уровнем развития, вероятнее всего, должны учиться в обычных школах и получать КСО там, если это предусмотрено программой.

Методика работы

- Для обучения и закрепления пройденного материала используйте методы, разработанные специально для детей и молодых людей с аутизмом. К ним относятся:
 - **прикладной анализ поведения;**⁵
 - **техника «рассказывания социальных историй»;**⁶
 - **обучение методом отдельных попыток;**⁷
 - **визуальные подсказки:** серии картинок или графических изображений того, что участник должен делать, чтобы использовать их в качестве напоминания и чтобы дать участникам возможность работать самостоятельно;
 - **шейпинг (формирование поведения):** фасилитатор прибегает к подкреплению только в случаях максимального приближения к желаемому поведению, которому он хочет научить;
 - **когнитивная репетиция:** фасилитатор и участник работают вместе, чтобы найти и на практике применить способы решения конкретной проблемы;
 - **персонализированные истории:** истории, которые объясняют социальные ситуации и адаптированы для конкретного участника, например содержат их

фотографии или фотографии их друзей и членов семьи, чтобы объяснить участнику, чего ожидать и как действовать в подобных ситуациях;

- **моделирование поведения:** на примере или с помощью видео (Gerhardt, 2013).
- **Проводите уроки, обусловленные конкретной ситуацией.** Для людей с расстройствами аутистического спектра контекстуализация более важна, чем повторение. Вместо многократных повторений следует выяснить, насколько хорошо участники поняли материал. Рекомендуется приводить много примеров, чтобы помочь в обобщении понятий (Gerhardt, n.d.).
- **Проводите групповые или индивидуальные занятия, в зависимости от участников.** Для лиц с расстройствами аутистического спектра легкой или средней степени рекомендуется групповая работа, а для лиц с тяжелыми расстройствами аутистического спектра — индивидуальная работа и только короткие занятия в группе.
- **Пользуйтесь простыми визуальными ресурсами.** Картинки не должны быть сложными или перенасыщенными деталями, так как участники могут фокусировать внимание на деталях, а не на общем смысле изображения (Gerhardt, n.d.). Основная идея картинок должна быть сразу понятна участнику. Участникам может потребоваться помощь в понимании выражений лица или языка тела на изображениях (Johns et al., 2014).
- **Делайте акцент на понятиях, а не деталях.** Участники с расстройствами аутистического спектра могут фокусировать внимание на деталях каждого понятия, не понимая само понятие. Они могут испытывать трудности в понимании социальных понятий, поэтому фасилитаторы должны обучать всему с помощью простых шагов и сосредотачивать внимание участников на понимании понятий (Johns et al., 2014).

3.2.7 Молодые люди с психосоциальными ограничениями жизнедеятельности

Методика работы

- **Учитывайте потенциальные трудности, связанные с когнитивными процессами или разговорной речью.** Лица с психосоциальными ограничениями жизнедеятельности могут иметь такие проблемы в связи с имеющимися у них симптомами или принимаемыми лекарственными препаратами, что может привести к трудностям с концентрацией, вялости, возбуждению или затрудненной речи. В этих случаях может понадобиться использовать методы, похожие на методы, рекомендованные для людей с интеллектуальными ограничениями жизнедеятельности.
- **Используйте конкретные примеры, мультисенсорную деятельность и ролевые игры там, где применимо.** Они должны быть разработаны с учетом диагноза молодого человека. Ролевые игры помогают детям и молодым людям с психосоциальными ограничениями жизнедеятельности стать на место другого человека, так как им может быть тяжело поставить себя на место другого.

⁵ Описание см. на сайте <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0>

⁶ Описание см. на сайте <http://best-practice.middletownautism.com/approaches-of-intervention/social-stories/>

⁷ Описание см. на сайте <https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/what-discrete-trial-training>

Основные документы и учебная программа

- *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities* (Florida Developmental Disabilities Council, 2011)
- *Sexual Health Education for Students with Differing Abilities* (Alberta Health Services, 2017)
- *FLASH Curriculum in Sexual Health Education: Lesson Plans for Special Education* (Public Health Seattle & King County, 2005-13)
- *Personal Safety Planning Awareness Choice Empowerment (SPACE): A Violence Prevention Programme for Women* (The Arc Maryland)
- *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights* (UNFPA, 2018)
- *Addressing Issues of Sexuality with Participants Who Are Visually Impaired* (Perkins School for the Blind, 2014, видео)
- *The Center on Secondary Education for Students with Autism Spectrum Disorders (CSESA)* (веб-сайт)
- *Sexuality and Disability* (веб-сайт)
- *Supporting People with Learning Disabilities to Develop Sexual and Romantic Relationships* (National Development Team for Inclusion, 2016)
- *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights* (UNFPA, 2018)
- *Talking about Sex and Relationships: The Views of Young People with Learning Disabilities* (CHANGE, 2009)
- *It's about Ability: An Explanation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (UNICEF, 2008)
- *Healthy Relationships, Sexuality and Disability: Resource Guide 2014 Edition* (Massachusetts Department of Public Health, 2014)
- *Impact: Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities* (Institute on Community Integration & Research and Training Center on Community Living, University of Minnesota, 2010)
- *Human Sexuality Education for Students with Special Needs* (MarshMedia, 2007)
- *Teaching Sexuality to Developmentally Disabled Youth: What Do I Say? How Do I Say It?* (Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention, веб-сайт)
- *Resource List for Teaching People with Sensory Disabilities Social Skills and Sexuality Education* (Perkins School for the Blind, 2014)
- *PleasureABLE: Sexual Device Manual for Persons with Disabilities* (Disabilities Health Research Network, 2009)
- *Disability and HIV* (UNAIDS, 2017)

3.3 Молодые люди, находящиеся в условиях гуманитарного кризиса

Гуманитарные кризисы случаются в результате события или серии событий, которые угрожают благополучию, безопасности или здоровью большой группы людей. Кризисные ситуации могут носить внезапный, циклический или медленно развивающийся характер. Они могут возникать по естественным причинам или носить техногенный характер, а также могут быть последствиями стихийных бедствий, вооруженных конфликтов, преследований и/или геноцида, эпидемии, климатических изменений, голода или бедности и неравноправия в результате массовой экономической миграции.

Молодые люди, находящиеся в условиях гуманитарного кризиса, могут быть:

- **внутренне перемещенными лицами** — это означает, что они по-прежнему проживают в родной стране, но должны были покинуть свой дом;
- **беженцами** — это означает, что они вынуждены были покинуть родную страну, перебравшись, чаще всего, в соседнюю;
- **отделенными** — это дети (т. е. лица младше 18 лет), которые были отделены от обоих родителей, их законного или ответственного опекуна по обычаю, но необязательно от других родственников (их могут сопровождать другие взрослые члены семьи);
- **беспризорными** — это дети, которые были отделены от обоих родителей и других родственников и не находятся под присмотром взрослого, который по закону или обычаю должен выполнять эту обязанность;
- **лишены гражданства** — это означает, что они не считаются гражданами какой-либо страны согласно их действующему законодательству.

По оценкам, более половины всех беженцев составляют дети младше 18 лет (UNHCR, n.d.). В 2017 году было зафиксировано более 173 000 беспризорных и отделенных детей (UNHCR, 2017). Большинство беженцев и внутренне перемещенных людей живут в городской среде, а не в лагерях (USA for UNHCR, 2018). Их положение часто нестабильно: они могут переезжать, скитаться, кочевать или оказаться запертыми в определенном месте. Иногда они живут в глуши или на улицах, могут жить в приютах или в центрах для задержанных лиц.

Во время гуманитарных кризисов бытовые структуры и учреждения, которые поддерживают здоровый рост и развитие детей и молодых людей, не функционируют: занятия в школе приостанавливаются или прекращаются, сети сообществ и социальные сети выходят из строя, а семьи часто оказываются разделенными. Дети и молодые люди в подобных ситуациях, достигая подросткового возраста, в меньшей степени получают доступ к образованию, информации, учреждениям и услугам, которые им необходимы, и в меньшей степени защищены. Те, кто был отделен от своих семей, или те, кого глава семьи вынудил перестать посещать школу, вовлечены в принудительный труд, продают секс или вступают в брак, чтобы удовлетворить свои потребности в пище, жилье или защите (Kerner et al., 2012). Более того, в периоды хаоса, во время или после гуманитарного кризиса, они сталкиваются с повышенным риском сексуального насилия, жестокого обращения и эксплуатации (Kerner et al., 2012).

По причине всего вышеперечисленного дети и молодые люди, находящиеся в условиях гуманитарного кризиса, особенно уязвимы в плане ранней беременности, небезопасных абортов, инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ, социальной стигматизации, психологического стресса и психологической травмы (Kerner et al., 2012). Дети и молодые люди, ставшие беженцами или лицами, ищущими убежища, часто сталкиваются с культурными различиями, имеющими отношение к сексуальности и взаимоотношениям в стране, которая их принимает, особенно, если они перебираются из консервативной страны в либеральную, где не могут понять сексуальные ценности, язык, обычаи и соответствующие законы.

Планирование и разработка программы

- **Включайте разработку программ КСО в подготовку к чрезвычайным ситуациям.** Очень важно позаботиться о том, чтобы с наступлением чрезвычайных ситуаций не забывали заботиться о сексуальном и репродуктивном здоровье детей и молодых людей, включая КСО. Потребности различаются в зависимости от этапа реагирования на гуманитарный кризис: готовность к кризису и сокращение риска; минимальное реагирование; комплексное реагирование; и восстановление (Women's Refugee Commission et al., 2012).
- **Учитывайте тот факт, что дети и молодые люди, находящиеся в условиях гуманитарного кризиса часто перемещаются.** В связи с тем, что дети и молодые люди не могут оставаться на одном месте в течение длительного времени, занятия, проводимые в сжатые, а не растянутые, сроки могут оказаться для них более эффективными, а каждый урок должен содержать полный блок информации (например, всю информацию по теме без переноса на следующий урок). Разрабатывайте занятия, которые могут быть пройдены за разное время, — от одиночных, быстрых занятий с наиболее важной информацией до комплекса занятий и программ.
- **В условиях гуманитарного кризиса уделяйте особое внимание уязвимости лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров.** Такие молодые люди могут быть особенно уязвимы в условиях гуманитарного кризиса из-за отсутствия доступа к безопасным, инклюзивным и учитывающим их потребности программам (WRC, 2016).
- **По возможности интегрируйте или связывайте КСО с другими услугами, включая услуги по сексуальному и репродуктивному здоровью.** Комплексный, многосекторальный, интегрированный подход может включать не связанные с КСО жизненные навыки, обучение грамоте и арифметике, профессиональное обучение и навыки зарабатывания на жизнь (Women's Refugee Commission et al., 2012). Также может оказаться полезным интегрировать КСО в другие, существующие или планируемые мероприятия, включая работу по предотвращению гендерного насилия.
- **По возможности интегрируйте программы в местное и/или принимающее сообщество.** В местах, где беженцы или внутренне перемещенные лица интегрируются в местное население, программы также должны быть интегрированы и включать обе группы.
- **Не исходите из предположения, что проблемы, связанные с сексуальностью, нельзя решать в консервативной культуре.** Это особенно важно для разработчиков программ, не принадлежащих к данной культуре. Рекомендуется изучить, что уже есть в данном контексте или аналогичных местах. В местах проживания беженцев население часто контактирует с различными людьми, которые могут передать им новый опыт, идеи, мысли и программы.

Методика работы

- **Учитывайте уровень грамотности участников и обеспечьте, чтобы все могли участвовать на равных.** Дети и молодые люди в чрезвычайных ситуациях, особенно в условиях длительного кризиса, вероятно, пропустили многое из школьной программы и часто имеют пробелы в образовании. Поэтому они с большой вероятностью могут оказаться неграмотными или малограмотными. Используйте методы, соответствующие уровню грамотности учащегося.

- **Предоставляйте девушкам возможности для социализации, общения и самоорганизации.** Поддерживайте защиту и расширение прав девушек, предоставляя им время и место для того, чтобы завязывать дружбу со сверстниками и взрослыми людьми из их сообщества и заручиться их поддержкой (Women's Refugee Commission et al., 2013; IRC, 2017).

Реализация программы

- **Используйте несколько каналов для предоставления КСО в зависимости от гуманитарной обстановки.** Можно действовать через правительственные и неправительственные организации или ООН; через учреждения с постоянным адресом, такие как молодежные центры, безопасные места для девушек и женщин, молодежные клиники или другие учреждения здравоохранения; использовать передвижные классные комнаты, где фасилитаторы общаются с населением; или работать удаленно с использованием технологий. Также могут существовать группы девочек/девушек, мальчиков/юношей или молодых людей, с которыми программы могут связываться для предоставления КСО.
- **Используйте творческие и гибкие стратегии привлечения детей и молодых людей, особенно девушек, в небезопасных и труднодоступных регионах.** Рекомендуется увеличивать количество участников, предлагая более гибкий доступ к программе, и осуществлять обучение по программам в то время, когда участникам это наиболее удобно. Программы должны предусматривать средства на оплату поездок (Women's Refugee Commission et al., 2012).

Основные документы и учебная программа

- *Girl Shine Program Model and Resource Package* (IRC, 2018)
- *Моя безопасность, мое благосостояние: Equipping Adolescent Girls with Key Knowledge and Skills to Help Them to Mitigate, Prevent and Respond to Gender-Based Violence (GBV)* (IRC, 2016)
- Программа обучения жизненным навыкам Boys on the Move для беспризорных подростков: руководство для фасилитатора, книга участника, брошюра (UNFPA, 2019)
- *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (UNFPA, 2009)
- *Healthy Relationships, Healthy Communities Curriculum: Incorporating Mental Health, Social Norms and Advocacy Approaches to Reduce Intimate Partner Abuse* (ABAAD Resource Center for Gender Equality, 2018)
- *Safe You and Safe Me* (Save the Children, 2006)
- *Equal You and Equal Me* (Save the Children, 2010)
- *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings eLearning* (онлайн-курс) (Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2016)

3.4 Молодые представители коренного населения

Коренное население — это потомки тех, кто проживал в географическом регионе до того, как другие культуры и этносы обосновались на данной территории, а также до создания современных государств и границ.⁸ По оценкам, более 370 млн представителей коренного населения проживает в более чем 90 странах мира (World Bank, 2019). Коренное население сохранило четкие социальные, культурные, экономические и политические институты, которые существовали в доколониальных сообществах, а также уникальные практики, верования и языки, которые отличают их от основных или доминирующих культур в данном географическом регионе (WHO, 2007b). В основном, они обладают чувством общности и имеют сильные связи с территорией своего проживания (UNDP, 2019).

Концепция самоопределения для детей и молодых представителей коренного населения относится не только к их телу или сексуальным и репродуктивным правам, но также сильно связана с их культурой, сообществом, историей и территорией проживания. Сексуальность детей и молодых представителей коренного населения необходимо понимать в контексте их культурных практик, верований и космологии. Например, традиционные обряды инициации являются практиками, которые расширяют возможности молодых представителей коренного населения для лучшего понимания и реализации их сексуальности способами, присущими их культуре.

Так как колонизаторское население со временем заняло лидирующие позиции, коренное население получило статус национального меньшинства во многих регионах. Насильственная ассимиляция с колониальными или доминирующими религиозными и культурными практиками, произвольная миграция (например, в связи с ухудшением окружающей среды) и принудительная интеграция в официальные системы образования — все это способствовало возникновению межпоколенческой психологической травмы (Reading and Wein, 2013). Сегодня коренные народы представляют собой одну из наиболее обездоленных групп населения (WHO, 2007b). Коренное население сталкивается с неравноправием практически во всех аспектах человеческого развития, включая здравоохранение, образование и доход. Кроме того, у детей и молодых представителей коренного населения часто ограничен доступ к качественному медицинскому обслуживанию, образованию, судебной системе и политической сфере (WHO, 2007b; Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014).

Многие дети и молодые представители коренного населения сталкиваются с проблемами, связанными с пересечением двух различных культур, что может влиять на их психологическое и сексуальное благополучие и развитие. Помимо препятствий в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, влияющих на наиболее социально незащищенные группы, таких как отсутствие сексуального образования, отсутствие доступа к медицинскому обслуживанию, плохие основные показатели состояния здоровья и неравноправные гендерные нормы, многие дети и молодые представители коренного населения сталкиваются с такими специфическими проблемами, как отсутствие медицинского обслуживания, учитывающего особенности их культуры, традиционные профилактические меры, лечебные практики и лекарства (Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014). Ненадлежащее и

неэффективное обслуживание, усугубляемое случаями дискриминации и недоверием в рамках системы, приводит к тому, что многие дети и молодые представители коренного населения обращаются за помощью с опозданием или не обращаются вовсе, особенно с вопросами относительно сексуального здоровья (State of Queensland, 2013). В некоторых регионах дети и молодые представители коренного населения непропорционально подвергаются воздействию факторов поведенческого риска в отношении передачи ВИЧ, включая употребление наркотиков, подростковую беременность, опасное сексуальное поведение и плохое сексуальное здоровье (ПАНО, 2011).

В связи с недостаточным количеством публикаций о потребностях детей и молодых представителей коренного населения в КСО значительная часть рекомендаций в этом разделе основана на беседах с представителями сообществ.

Планирование и разработка программы

- **Учитывайте условия проживания и культуру коренного населения.** Программы должны учитывать и включать информацию, связанную с исторически сложившимися и современными представлениями о здоровье и болезнях, а также традиционные медицинские знания и практики коренного населения (United Nations, 2014). Работая с коренным населением, разработчики программ должны учитывать влияние колонизации (историческое или текущее), угнетение, расизм и декультурацию, которые нанесли психологические травмы целым сообществам. Они также должны учитывать текущий социально-экономический контекст, который может включать высокие показатели преступности, суицидальности, насилия в семье и в небольших, тесно связанных сообществах в отдаленных регионах с недостаточным доступом к услугам (ПАНО, 2011).
- **Применяйте межкультурный подход.** Программы должны предусматривать концептуальные рамки, обеспечивающие уважение к культуре коренного населения и опору на нее, а также объединение биологической, духовной и эмоциональной составляющих жизни для того, чтобы обеспечить рассмотрение всех компонентов сексуального и репродуктивного здоровья (Reading and Wein, 2013; United Nations, 2014).
- **Обеспечьте комплексный характер программ и их ориентацию на всех членов сообществ.** КСО также должно быть ориентировано на родителей, бабушек или дедушек детей и молодых представителей коренного населения, чтобы формировать их способность к диалогу между поколениями по этим вопросам (United Nations, 2014).
- **Необходимо понимать, что сексуальное и репродуктивное здоровье и права коренного населения связаны с уважением, защитой и реализацией других прав, определенных в Декларации Организации Объединенных Наций по правам коренных народов.** К ним относится право на самоопределение, которое было определено как наиболее важный показатель здоровья коренных народов, а также их право на свободное, предварительное информированное согласие (United Nations, 2007). Именно поэтому активное участие и привлечение детей и молодых представителей коренного населения к планированию и разработке программ имеет такое важное значение.
- **Выделяйте достаточно времени и средств.** Для формирования отношений и совместной работы с разрозненными и часто удаленными сообществами

⁸ Согласно принципам соблюдения прав человека термин «представитель коренного населения» следует применять к людям, которые относят себя к коренному населению, а также воспринимаются таковыми членами сообщества коренного населения.

коренного населения необходимы значительные человеческие и финансовые ресурсы.

- **Определите все потребности участников и делайте программы многокомпонентными, чтобы удовлетворять их потребности, интересы и устремления.** Эта работа может выходить за рамки КСО (например, планирование и постановка целей, образование и профессиональное обучение, а также возможности трудоустройства), чтобы сформировать их социальные, медицинские и экономические активы. КСО должно быть связано с другими программами и схемами, которые могут оказаться полезными для детей и молодых представителей коренного населения, например возвращение в школу, получение диплома и профессиональное обучение.
- **Планируйте с учетом языковых потребностей.** В некоторых странах языки могут различаться в зависимости от сообщества. Кроме того, в языках коренного населения может не существовать терминов для всех понятий, связанных с сексуальностью, или могут использоваться очень разные термины, поэтому может потребоваться значительная подготовительная работа с людьми в сообществах, которые понимают все языки, используемые в программе.
- **Устанавливайте дружественные отношения.** Поскольку не все представители коренного населения живут в сельской местности, сторонним разработчикам программ, работающим с отдаленным или изолированным сообществом, необходимо время на установление дружественных отношений с сообществом, они также должны проявлять открытость в отношении традиционных практик, применяя межкультурный подход. По каждой теме им необходимо работать с членами местного сообщества, чтобы выяснить и понять представления, знания и практики конкретного сообщества.

Методика работы

- **Проявляйте уважение и используйте культурно-совместимые методы обучения, а также предоставляйте КСО безопасными в культурном отношении способами.** Культурная безопасность выходит за рамки межкультурной восприимчивости. Она включает анализ нарушения баланса возможностей, институциональной дискриминации, колонизации и отношений с колонизаторами или доминирующими культурами применительно к медицинскому просвещению и услугам. Культурная безопасность всегда имеет чрезвычайно важное значение при определении точек пересечения физического, духовного, умственного и эмоционального здоровья детей и молодых представителей коренного населения. Примерами культурно-безопасного сексуального образования могут быть традиционные обряды инициации, включающие работу равных и наставников, связанную с сексуальностью и отношениями, а также культурно-совместимое обучение, которое расширяет возможности, основано на знаниях и свободно от стигмы и критики (United Nations, 2014).
- **Применяйте методы, учитывающие наличие психологической травмы.** Большинство коренных народов пережили культурное унижение, межпоколенческую психологическую травму и насилие (коллективное, институциональное, межличностное и самопричиненное), и это серьезная проблема для детей и молодых представителей коренного населения (UNDESA, 2015; UNDESA, 2017b; PAHO, 2018). Более подробную информацию о методах, учитывающих наличие психологических травм, см. на стр. 14.
- **Используйте искусство и творчество коренных народов на занятиях.** В культурах многих коренных народов искусство может служить для выражения

идентичности сообщества и каналом информации, и, в связи с этим, вполне уместно использовать элементы искусства на занятиях по КСО.

- **Принимайте во внимание глубокую связь и отношения коренных народов с территорией их проживания.** Там, где уместно, занятия по КСО можно проводить на открытом воздухе. Такой подход поддерживает взгляды, ценности и практики коренных народов, признавая, что обучение осуществляется путем наблюдения и формирования отношений между людьми и землей, на которой они живут. Программы КСО могут включать способы лечения и ухода, а также лекарства, используемые коренными народами.
- **Используйте методы, направленные на снижение вреда, при изучении тем о вредных практиках и о поведении с причинением вреда самому себе.** Важно работать с детьми и молодыми людьми, опираясь на те знания, которыми они уже обладают, и помочь им пользоваться целым рядом стратегий, помогающих обезопасить себя. Стратегии по снижению вреда должны быть разработаны так, чтобы отражать конкретные индивидуальные потребности и потребности сообщества.
- **Учитывайте уровень грамотности участников.** Следует по минимуму использовать печатные материалы в работе с малограмотными участниками. Помните, что не во всех языках существует письменность.

Реализация программы

- **Привлекайте фасилитаторов, которые понимают данную культуру.** Дети и молодые представители коренного населения и их сообщества чаще всего предпочитают подходы, предполагающие участие представителей коренного населения и сверстников в качестве инструкторов, так как они признают важность самоопределения и безопасны с точки зрения культурных норм (UNFPA, 2015a). Другие подходы могут благоприятствовать навязыванию точек зрения и отношений к сексуальности внешнего мира, создавая сильный дисбаланс в пользу людей, не являющихся коренным населением. В культурах, где старшее поколение играет особенно важную роль, молодые представители коренного населения также могут обращаться к ним за информацией. Программы также должны обеспечить членам сообщества обучение для того, чтобы они впоследствии могли проводить обучение самостоятельно, или обучать молодых людей, которые могли бы вести занятия и к которым можно было бы обращаться за помощью.

Руководства и другие основные документы

- *Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies* (Spruce Woods Sundance Family, 2017)
- *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America* (UNFPA, 2010)
- *Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth: A Guide for Teachers and Students* (Society for Safe and Caring Schools & Communities, 2011)
- *A Community of Practice Approach for Aboriginal Girls' Sexual Health Education* (Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006)
- *HIV/STD Prevention Guidelines for Native American Communities: American Indians, Alaska Natives, & Native Hawaiians* (National Native American AIDS Prevention Center, 2004)
- *Indigenizing Harm Reduction* (Native Youth Sexual Health Network, n.d.)
- *Декларации Организации Объединенных Наций по правам коренных народов* (United Nations, 2007)

3.5 Молодые лесбиянки, геи, бисексуалы и другие молодые мужчины, практикующие секс с другими мужчинами

В данном разделе Руководства дети и молодые люди, являющиеся лесбиянками, геями и бисексуалами, рассматриваются отдельно от детей и молодых людей, которые являются трансгендерами и интерсексами. Таким образом признается, что сексуальная ориентация, гендерная идентичность и физические характеристики пола являются отличительными составляющими личности человека, а также что каждая группа имеет свои специфические потребности.

По этой причине в данном Руководстве используется сокращение «ЛГБК+» вместо более привычного «ЛГБТО+». ЛГБК+ относится только к (негетеросексуальным) сексуальным ориентациям. Несмотря на то, что «К» («квир») является частью данного сокращения, в настоящем Руководстве отсутствует упоминание этого термина вне сокращения, потому что он не является общеупотребительным во всех странах.

В некоторых контекстах интерсексы могут не захотеть принимать участие в программе, ориентированной на сообщество ЛГБК+, поскольку это может быть для них опасно. Дети и молодые люди с чертами интерсекса могут идентифицировать себя с рядом сексуальных ориентаций и гендерных идентичностей, и соответствующие рекомендации из разделов ниже распространяются и на них. При этом данные сообщества часто объединяются вместе термином ЛГБК+ и объединенными усилиями выступают за свои права, так как все они считаются сексуальными меньшинствами и могут в одинаковой степени подвергаться социальному давлению, стигматизации и дискриминации. Несмотря на то, что у них есть четко выраженные потребности, связанные с сексуальным образованием, эти группы могут использовать преимущество совместного обучения, чтобы лучше узнать и понять друг друга, и, особенно, чтобы вести борьбу за свои права человека как одна группа.

Сексуальная ориентация обозначает пол людей, к которому человек испытывает сексуальное и/или романтическое влечение:

- **Гетеросексуалы** — люди, которые чаще всего или всегда испытывают сексуальное или романтическое влечение к лицам противоположного по сравнению с ними пола или гендера.
- **Гомосексуалы (мужчина-гей или лесбиянка)** — люди, которые чаще всего или всегда испытывают сексуальное или романтическое влечение к лицам одного с ними пола или гендера.
- **Бисексуалы** — люди, испытывающие влечение к лицам одного с ними и противоположного пола или гендера.
- **Пансексуалы** — люди, испытывающие влечение ко всем людям вне зависимости от их гендерной самоидентификации (мужчинам, женщинам, трансгендерам и т. д.)
- **Агендеры** — люди, не чувствующие сексуального влечения к другим людям или испытывающие незначительный интерес или желание вести половую жизнь или не испытывающие такого интереса или желания.

Сексуальная ориентация должна рассматриваться как континуум. Ориентация человека не обязательно является постоянной и может изменяться в течение жизни. Некоторые люди не хотят причислять себя ни к какой категории. Сексуальная ориентация (влечение, которое испытывает человек) отличается от сексуальной идентичности (то, как человек себя определяет), а также от сексуального поведения (то, как человек поступает в действительности). Например, термин «мужчины, практикующие секс с другими мужчинами» обычно описывает всех лиц мужского пола, которые имеют сексуальные отношения с лицами мужского пола, независимо от того, есть ли у них сексуальные связи с женщинами или они идентифицируют себя как геи, бисексуалы или гетеросексуалы. Социальное окружение и ситуации (например, hostels, центры для задержанных лиц, исправительные учреждения) также могут влиять на выбор сексуального партнера. По этим и другим причинам (включая страх разглашения собственной ориентации) количество детей и молодых людей, принадлежащих к группе ЛГБК+ по всему миру, неизвестно. По оценкам, это очень значительный показатель, который повсеместно оспаривается.

Несмотря на то, что некоторые дети из сообщества ЛГБК+ знают о своей сексуальной ориентации с раннего возраста, многие начинают осознавать ее после начала романтических или сексуальных отношений во время периода полового созревания. В культурах, где влечение к представителям своего пола служит предметом стигматизации или осуждения, такое понимание часто приводит к появлению замешательства, чувства стыда, страха, самостигматизации, ненависти к себе. В то же время у таких людей нет никого, к кому они могли бы обратиться за помощью.

Люди из сообщества ЛГБК+ чаще всего лишены прав на уважение чувства собственного достоинства, на равноправие или недопущение дискриминации, на безопасность, здоровье, образование, трудоустройство, а также прав на свободу от издевательств, жестокого, бесчеловечного или унижительного обращения и незаконного содержания под стражей. Законы, ущемляющие права лиц из сообщества ЛГБК+, встречаются довольно часто, включая законы, запрещающие однополые связи, однополые браки и право на создание организаций ЛГБК+. В обществах, исповедующих нормы культуры, традиции и религиозные представления, которым чужда культура ЛГБК+, лица, ассоциирующие себя с такой культурой, сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией, серьезными нарушениями своих прав и зачастую с тяжелыми формами насилия, включая изнасилование и убийство.

Учитывая степень враждебности, с которой сталкиваются члены сообщества ЛГБК+, в том числе дети и молодые люди, они могут стремиться скрывать свою идентичность. В некоторых культурах молодые люди из сообщества ЛГБК+ могут строить отношения с людьми противоположного пола во избежание стигматизации, дискриминации или насилия со стороны своих семей или сообществ, или с целью рождения детей; или они могут вступать в брак по принуждению со стороны членов своих семей. Если их сексуальная ориентация или поведение становится известным, они могут столкнуться с неприятным со стороны членов семьи, сообществ или представителей религиозных общин. Их могут выгнать из дома члены их семьи, они могут пропускать занятия или вообще уйти из школы в связи с буллингом и преследованиями как со стороны учителей, так и со стороны учащихся школы, или они могут потерять работу.

Криминализация однополых модели поведения и дискриминация со стороны поставщиков медицинских услуг являются препятствиями для молодых людей из сообщества ЛГБК+, которые не позволяют им получать доступ к медицинским услугам и, как следствие, ведут к ухудшению состояния их здоровья. Это подтверждается более высоким уровнем ВИЧ среди молодых мужчин, практикующих секс с другими мужчинами, по сравнению с общим населением (UNFPA et al., 2015; Keifer and Arshad, 2016). В ходе исследований было выявлено, что в некоторых странах у лиц женского пола из сообщества ЛБК+ чаще наступает беременность по сравнению с гетеросексуальными лицами женского пола того же возрастного диапазона (Lindley and Walsemann, 2015; Hodson et al., 2017). Изоляция, неприятие, постоянное насилие в отношении детей и молодых людей из сообщества ЛГБК+ приводит к тому, что попыток суицида и случаев суицида намного больше среди этой категории по сравнению с молодыми людьми в целом (Haas et al., 2011).

Планирование и разработка программы

- **Проведите консультации с местными или национальными группами представителей ЛГБК+, при их наличии, касательно программы и наиболее подходящих способов привлечения к обучению детей и молодых людей из сообщества ЛГБК+.** В каждой стране есть активные представители этой категории населения.⁹ Для обеспечения КСО, ориентированного конкретно на геев и других молодых мужчин, практикующих секс с другими мужчинами, можно связаться с их сетью по предотвращению ВИЧ.
- **Предоставляйте КСО всем категориям сообщества ЛГБК+.** Нельзя ориентироваться только на тех, кто подвергается наибольшему риску заразиться ВИЧ, то есть на геев и бисексуалов мужского пола и других мужчин, практикующих секс с другими мужчинами.
- **Учитывайте правовой статус людей из сообщества ЛГБК+.** Во многих странах приняты законы, криминализирующие однополые модели сексуального поведения. В ходе принятия решений о содержании учебной программы, возрасте участников и о том, где и как будет осуществляться КСО, необходимо учитывать местную ситуацию, а программы, в первую очередь, нужно планировать с учетом обеспечения безопасности участников и персонала программы.
- **Старайтесь понять культуру, ценности и систему представлений группы, на которую ориентирована программа, и адаптируйтесь к ним.** Рекомендуется найти или адаптировать решения или стратегии, чтобы они подходили молодым людям из сообщества ЛГБК+ и их культуре; не пытайтесь применять по отношению к ним меры общественного воздействия и меры медицинского характера, которые идут вразрез с их сексуальной культурой.
- **Планируйте программы, исходя из того, что дети и молодые люди из сообщества ЛГБК+ и молодые мужчины, практикующие секс с другими мужчинами, не являются однородной группой.** Молодые люди с различной гендерной идентичностью из сообщества ЛГБК+ имеют как обычные, так и отклоняющиеся потребности и интересы и могут выражать желание обучаться в программах, составленных только для них. В частности, по причине влияния на гендерную идентичность, разработчики программ должны обсудить с молодыми лесбиянками и женщинами-бисексуалками, хотят ли они, чтобы программа удовлетворяла их потребности и потребности мужчин-геев отдельно. Если

разрабатываются отдельные программы, они должны быть открытыми для гендерно-небинарных и гендерно-некомформных людей. Позвольте им решать, какая группа им больше подходит. Кроме того, в каждой из этих групп существует много типов гендерной идентичности, которые могут различаться в зависимости от страны. Программы должны признавать различные гендерные идентичности в группе, а также удовлетворять их различные потребности.

- **Рассмотрите возможность проведения совместных занятий по расширению возможностей.** Поскольку дети и молодые люди из сообщества ЛГБК+ сталкиваются с одинаковыми проблемами, касающимися изоляции, стигматизации и дискриминации, проведение нескольких совместных занятий может способствовать появлению чувства общности и помочь в проведении совместной адвокационной деятельности.
- **Контролируйте, обеспечивается ли уважительное отношение к детям и молодым людям из сообщества ЛГБК+ у поставщиков услуг, к которым вы направляете.** При наличии такой возможности очень важно обеспечить связь КСО с программами или специалистами в области физического и психического здоровья, лояльно относящимися к людям из сообщества ЛГБК+. Если необходимые услуги по направлению недоступны, разработчики программ должны привлечь правозащитников, чтобы общими усилиями повлиять на государственные органы и заставить их принять меры, обеспечивающие предоставление таких услуг и инструктирование поставщиков услуг.
- **Рассмотрите возможность проведения занятий в режиме онлайн.** В тех случаях, когда потенциальные участники имеют доступ в Интернет, обучение в режиме онлайн может стать важным дополнением к работе равных, так как равные могут работать только с ограниченным количеством людей и, чаще всего, с теми, кто входит в их круг общения (UNFPA et al., 2015). Это может быть особенно удобно при работе с молодыми мужчинами, практикующими секс с другими мужчинами, так как во все большем числе стран они могут искать партнеров онлайн (UNFPA et al., 2015).

Методика работы

- **Применяйте методы, учитывающие наличие психологической травмы.** Если в ходе реализации программы выясняется, что у участников есть психологическая травма, связанная с принадлежностью к сообществу ЛГБК+, необходимо предоставлять КСО с учетом психологической травмы (см. стр. 14).
- **Предоставляйте участникам широкие возможности для общения.** Метод дискуссии, позволяющий участникам делиться своим опытом как членам сообщества ЛГБК+ с другими, поможет уменьшить ощущение изоляции, возникающее у многих.
- **Предоставляйте понятную и основанную на фактах информацию.** Программы должны развенчивать мифы и исправлять неверную информацию о сообществе ЛГБК+.

Реализация программы

- **Привлекайте фасилитаторов с различной гендерной самоидентификацией.** Если основной фасилитатор не является членом сообщества ЛГБК+, настоятельно рекомендуется привлечь дополнительного фасилитатора, принадлежащего к данному сообществу. Рекомендуется привлекать широкий круг людей из сообщества

⁹ Перечень организаций смотрите в Википедии (https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations) либо свяжитесь с организациями OutRight International (<https://www.outrightinternational.org/about-us>) или International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) (<https://ilga.org/about-us/contacts>).

ЛГБК+ с различной гендерной самоидентификацией, представленной среди участников, чтобы они могли поделиться своими историями.

- **При использовании технологий принимайте меры по защите участников.** Платформы должны быть достаточно скрытыми, чтобы не раскрывать личности участников. Разработчики программы должны обсудить с участниками наиболее безопасные способы контакта с ними, как часто рассылать уведомления и какие варианты обеспечения конфиденциальности они могут использовать. Участники должны согласиться на идентификацию и получение уведомлений или отказаться от них. Они могут не захотеть пройти регистрацию с использованием их личного адреса электронной почты.
- **Соблюдайте осторожность в использовании печатных материалов по вопросам ЛГБК+.** Для участников может быть небезопасно хранить такие материалы за пределами помещений для занятий.

Основные документы и учебная программа

- *Being Out, Staying Safe: An STD Prevention Curriculum for Lesbian, Gay, Bisexual and Queer Teens* (New Jersey Department of Health and Senior Services, n.d.)
- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNPFA, 2015)
- *HIV and Young Men who Have Sex with Men: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Faith Leaders and the LGBT Community Toolkit: Promoting Safe and Welcoming Faith Organizations for All God's Children* (Sonke Gender Justice Network, 2017)
- *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts* (Advocates for Youth, 2016)
- *Out With it: HIV and Other Sexual Health Considerations for Young Men Who Have Sex with Men* (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, 2018)
- *Compassion-centred Islam network* (веб-сайт)

3.6 Молодые трансгендеры

Понимание человеком своей гендерной идентичности приходит со временем и основано на взаимосвязи следующих трех элементов:

- **его физического тела**, на основании которого общество почти всегда определяет пол и, следовательно, гендер при рождении и которое впоследствии определяет то, как другие люди взаимодействуют с ним;
- **его гендерной идентичности**, которая является глубоко заложенным в человеке ощущением себя как мужчины, женщины, человека, сочетающего характеристики обоих полов, или человека, не относящего себя ни к одному из полов, и может соответствовать или не соответствовать полу, зарегистрированному при рождении;
- **его гендерное самовыражение**, которое является способом представления его половой принадлежности другим людям при помощи внешних характеристик, таких как внешний вид, одежда, стиль, манеры, речь, интересы и поведение, которое может быть социально определено как мужское, женское или нейтральное.

То, как человек ощущает свою гендерную принадлежность, в определенной степени связано с тем, насколько совпадают эти три аспекта.

- Гендерная идентичность и/или гендерное самовыражение **трансгендера** отличается от его юридического или биологического пола; поэтому такие люди часто поддают сомнению свою юридическую или гендерную идентичность, и у них может быть желание изменить ее.
- Гендерная идентичность **цисгендера** совпадает с его биологическим полом, поэтому они меньше сомневаются в ней.

- Человек с **гендерно-небинарной** идентичностью не определяет себя только как мужчину или только как женщину.
- **Агендер** — это человек, не относящий себя ни к какому из гендеров.
- **Гендерно-некомформные** люди не соответствуют принятым в обществе нормам, касающимся гендерной идентичности и самовыражения своего биологического пола.

В данном Руководстве термин «трансгендер» используется (если не указано иное) как обобщающее понятие для всех нецисгендерных лиц, т. е. любых лиц, чья гендерная идентичность и/или гендерное самовыражение отличается от того, что типично ассоциируется с их биологическим полом.

Точные данные о размерах сообщества трансгендеров по всему миру неизвестны, также как неизвестно количество молодых трансгендеров.

Дети и молодые люди, являющиеся трансгендерами, часто имеют ограниченный доступ к информации и примерам для подражания, которые им необходимы для понимания и подтверждения своей идентичности. Их родители, учителя, поставщики медицинских услуг и более широкие сообщества часто не обладают информацией и не понимают того, что они переживают, особенно в период полового созревания. Несмотря на то, что подростки-трансгендеры, получающие медицинские услуги по подтверждению их гендера, могут добиваться положительных результатов (De Vries et al. 2014), те из них, кто проживает в странах с низким или средним уровнем доходов, вряд ли получают доступ к поставщикам медицинских услуг с соответствующим профессиональным опытом или к биомедицинским вмешательствам, например к блокаторам гормонов и гормональной терапии. Установленный законом возраст предоставления согласия на получение услуг здравоохранения часто является еще одним препятствием для тех, кто не может сказать открыто своим родителям о том, что является трансгендером, но хочет получать гормоны или пройти хирургические процедуры, так как они не имеют доступа к медицинским услугам без контроля со стороны родителей до тех пор, пока им это не будет разрешено законом, а именно в возрасте не менее 18 лет во многих странах.

Не чувствуя себя в безопасности и из-за неприятия со стороны других людей, молодые трансгендеры часто бросают школу, уходят из дома или их выгоняют из дома. Впоследствии они могут столкнуться с дискриминацией на рабочем месте, которая может привести к неполной занятости или безработице и бедности. Многие могут подвергаться насилию или быть вовлечены в ситуации или модели поведения, которые угрожают их здоровью, например начинают продавать секс без возможности обсудить использование презервативов (Operario et al., 2008), принимают нелегально приобретенные гормоны (например, купленные на улице), что может также повлечь за собой использование нестерильных игл, и/или злоупотребляют психоактивными веществами (UNDP et al., 2016).

Независимо от социально-экономического статуса, молодые трансгендеры могут переживать серьезные последствия для своего здоровья и благополучия в связи с системной социальной и экономической маргинализацией, стигматизацией и дискриминацией, насилием и отсутствием доступа к медицинским услугам для подтверждения их гендера (United Nations, 2011; Reisner et al., 2016). В результате у них намного более высокие показатели

депрессии, беспокойства, наличия психологических травм, попыток суицида, случаев намеренного причинения вреда самому себе, ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем, по сравнению с населением в целом, а также употребления наркотиков и случаев насилия (Clements-Nolle et al., 2001; Health Policy Project et al., 2015; Reisner et al., 2016; Winter et al., 2016).

В связи с отсутствием достаточного количества публикаций о потребностях детей-трансгендеров и молодых трансгендеров в КСО большая часть рекомендаций в этом разделе основана на беседах с представителями организаций трансгендеров и репрезентативными членами сообществ.

Планирование и разработка программы

- **Проведите консультации с местными или национальными группами трансгендеров, включая детей и молодых людей.** Там, где такие группы существуют, они смогут предоставить ценную для программы информацию и подсказать наиболее подходящие способы обучения молодых трансгендеров.¹⁰
- **Соблюдайте баланс потребности в публичности и обеспечения безопасности и конфиденциальности участников и персонала программы.** Вместо публичного объявления о месте и времени проведения занятий более безопасно, возможно, будет предоставить контактную информацию программы, что дает возможность проверять потенциальных участников.
- **Разберитесь в различных гендерных идентичностях и потребностях молодых трансгендеров, участвующих в программе.** Например, мужчины-трансгендеры и женщины-трансгендеры часто имеют очень разные потребности и обстоятельства, поэтому может потребоваться осуществлять некоторые программы или части программ отдельно.
- **Позаботьтесь, чтобы программа велась на понятном языке.** Язык должен быть понятным всем участникам, поэтому составители программы должны узнать, какая терминология используется в данном сообществе или его отдельными представителями.
- **Контролируйте, обеспечивается ли уважительное отношение к молодым трансгендерам у поставщиков услуг, к которым вы их направляете.** При наличии такой возможности очень важно обеспечить связь КСО с поставщиками всех услуг, которые им необходимы, в том числе с программами или специалистами в области физического и психического здоровья, лояльно относящимися к трансгендерам. Если необходимые услуги по направлению недоступны, разработчики программ должны привлечь правозащитников, чтобы общими усилиями повлиять на государственные органы и заставить их принять меры, обеспечивающие предоставление таких услуг и инструктирование поставщиков услуг.
- **Разработайте надежную систему для обеспечения строгой конфиденциальности.** Обеспечьте защиту всей персональной информации об участниках от доступа лиц, групп и организаций, враждебно настроенных по отношению к трансгендерам.
- **Если адаптируется существующая система, отнеситесь к работе скрупулезно и ответственно.** Требуется больше, чем просто адаптация языка, чтобы сделать программу более инклюзивной, или изменение всех названий на гендерно-нейтральные.
- **Используйте технологии и социальные сети, если возможно и целесообразно.** Некоторые молодые трансгендеры уже пользуются технологиями и

сайтами, такими как YouTube, для получения информации о трансгендерах, трансгендерном переходе и т. п. Поэтому технологии и социальные сети могут быть эффективным способом общения с ними или проведения обучения по программе.

- **По возможности проинструктируйте родителей о гендерной идентичности.** Рекомендуется обсудить с родителями, какая поддержка нужна их детям для обеспечения положительного самоощущения, повышения их самооценки и предотвращения различных последствий для здоровья.

Методика работы

- **Применяйте методы, учитывающие наличие психологической травмы.** Многие молодые трансгендеры имеют психологические травмы в связи с повторяющимися случаями стигматизации и дискриминации или насилия. (Подробнее см. на стр. 14.)
- **Обеспечьте инклюзивный характер схем, иллюстрирующих сексуальную и репродуктивную анатомию.** На схемах не должно быть слов «мужской» и «женский», а части тела не должны упоминаться как «мужские» и «женские». Обучение анатомии может также проводиться путем опроса участников относительно того, какие слова они используют для каждой части тела, давая возможность использовать несколько названий.
- **Предоставляйте участникам широкие возможности для общения.** Метод дискуссии, позволяющий участникам говорить о том, каково это быть трансгендером, с другими трансгендерами, поможет уменьшить возникающее у многих чувство изолированности.
- **Обеспечьте психологическую поддержку.** По возможности в программах должны быть задействованы психотерапевты, лояльно относящиеся к трансгендерам, общение с которыми возможно во время и после занятий. Помимо этого, следует предоставлять направления к психотерапевтам, лояльно относящимся к трансгендерам. Если это невозможно, фасилитаторы должны быть внимательны к психологическим проблемам и предоставлять поддержку всем, у кого проявляются признаки психологической травмы.
- **Развенчивайте мифы и исправляйте неверную информацию.** Исправляйте ложные представления и ложную информацию о трансгендерах, которые доминируют в сообществе, где реализуется программа.

Реализация программы

- **По возможности привлекайте членов сообщества трансгендеров в качестве фасилитаторов.** В идеале, как минимум один фасилитатор должен идентифицировать себя с группой участников. Если основной фасилитатор не является трансгендером или если программа ориентирована на несколько гендерных идентичностей, полезно привлекать трансгендера в качестве второго фасилитатора. Если есть возможность иметь двух фасилитаторов, было бы хорошо, если бы у них были разные гендерные идентичности. Очень хорошо, если будут привлечены трансгендер и помощник в качестве фасилитатора, при условии, что они хорошо подготовлены и сведущи в этих вопросах.
- **Используйте гендерные местоимения, которые предпочитают использовать участники.** Фасилитаторы должны представиться и уточнить предпочтительные гендерные местоимения (например она/ей/ее, он/ему/его, они/им/их), а затем попросить представиться участников. Таким образом, участники получают возможность

¹⁰ Перечень организаций см. на веб-сайте https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_transgender-rights_organizations, https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations.

использовать наиболее удобные для себя местоимения. Никого не нужно обязывать сообщать эти местоимения или другую персональную информацию.

- **Рассмотрите возможность дополнения мер, принимаемых на уровне сообщества, индивидуальными занятиями и/или связывания индивидуального обучения с такими мерами.** Необходимо стремиться просвещать сообщество в целом и решать такие проблемы, как стигматизация, дискриминация и насилие в отношении трансгендеров. Это может повысить интерес сообщества, а также предоставить молодым трансгендерам различные возможности получить доступ к программе.

Основные документы и учебная программа

- *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNDP, 2016)
- *HIV and Young Transgender People: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities in Asia and the Pacific* (Futures Group, Health Policy Project, 2015)
- *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries* (John Snow, Inc, 2014)
- *A Guide to Supporting Trans Children and Young People* (Action for Children, 2016)
- *Transgender Health* (Lancet, 2016)
- *Джокьякартские принципы: принципы применения международно-правовых норм о правах человека в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентичности* (2007) и *Джокьякартские принципы плюс 10* (2017)
- *APTIN Fact Sheets: Being Trans in Asia and the Pacific* (Asia Pacific Trans Network, 2016)
- *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version* (World Professional Association for Transgender Health, 2012)
- *Dr. Rad's Queer Health Show – Self Exams and Checkups* (RAD Remedy, n.d.)
- *Mermaids* (веб-сайт)
- *Gender Spectrum* (веб-сайт)
- *Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People* (Anarchist Zine Library, n.d.)

3.7 Молодые интерсексы

Интерсексы имеют биологические половые признаки, которые не соответствуют бинарным представлениям о мужском или женском теле. Они могут иметь различия в наборах хромосом, гонадах (обычно семенниках или яичниках) и/или половых и репродуктивных органах в связи с вариациями процесса внутриутробного полового развития. Они не являются патологиями или заболеваниями, а представляют собой естественные вариации в организме человека. Ощущение себя интерсексом относится только к биологическим половым характеристикам — это отличается от гендерной идентичности и сексуальной ориентации человека. В связи с этим интерсекс, в половом отношении, может идентифицировать себя как женщину, мужчину, представителя обоих полов или ни одного из полов, а его сексуальная ориентация может быть гетеросексуальной, он может быть геєм, лесбиянкой, бисексуалом, асексуалом и др.

Вариации интерсексов более распространены, чем это можно предположить, потому что интерсексы и их уникальные потребности и характеристики часто незаметны для окружающих. Обзор медицинской литературы

по 1955–2000 исследованиям частоты выявления черт интерсекса показал, что она составляет около 1,7% у живорожденных детей (Blackless et al., 2000), причем это зависит от того, какие черты приписываются интерсексу.

Несмотря на то, что большая часть вариаций не представляют угрозы для жизни, младенцы и дети-интерсексы часто подвергаются медицинским вмешательствам. Эти часто необратимые процедуры являются результатом спорного мнения о том, что «коррекция» в раннем возрасте позволит человеку развиваться как «нормальный» мужчина или «нормальная» женщина. Родителям часто советуют не сообщать детям о том, что они являются интерсексами, и скрывать правду о том, почему им необходима операция. Это может вызвать у детей-интерсексов замешательство, ощущение изолированности и стыд. Если для проведения таких процедур нет медицинских показаний, они нарушают права младенцев и детей-интерсексов, так как последние не могут предоставить добровольное информированное согласие. Правозащитные органы заявляли, что полное добровольное и информированное согласие человека является обязательным условием инвазивных необратимых процедур, проводимых на интерсексах (WHO, 2014), и, возможно, любые такие процедуры должны быть отложены до тех пор, пока ребенок не станет достаточно зрелым, чтобы участвовать в процессе принятия решения и чтобы принять информированное решение (European Commission Directorate-General for Justice, 2012; Deutscher Ethikrat, 2012).

Ребенок может узнать, что он интерсекс в раннем подростковом возрасте, если половое созревание (начинаются менструации, появляется оволосение, растут молочные железы или увеличивается мышечная масса) проходит не так, как ожидалось. Когда ребенок или молодой человек обнаруживает, что он интерсекс, он может начать думать о своей половой принадлежности по-новому или начать сомневаться в ней. Те, кто понимают, что для них на бумаге или путем операции был установлен неверный пол, могут принять решение о смене пола.

Биологические характеристики интерсекса и проведенные процедуры могут повлиять или не повлиять на его половую жизнь. Некоторые физические различия могут вызывать трудности при вагинальном сексе без дилатации или делать его невозможным. Операции на половых органах могут негативно сказаться на сексуальной реакции или привести к тому, что секс будет вызывать воспоминания о травме в связи с перенесенной операцией. Важно, чтобы такие люди поняли, что они не единственные с чертами интерсекса, и получили поддержку в группах и от других интерсексов. Это производит терапевтический эффект.

В связи с отсутствием достаточного количества публикаций о потребностях детей-интерсексов и молодых интерсексов в КСО, большая часть рекомендаций в этом разделе основана на беседах с представителями организаций интерсексов и репрезентативными членами сообществ.

Планирование и разработка программы

- **Привлекайте местное или региональное сообщество интерсексов к разработке и реализации программы.** Если это неосуществимо, важно, чтобы один или несколько представителей интерсексов участвовали в процессе разработки программы.¹¹
- **Определите подходящую терминологию.** В некоторых языках отсутствуют слова, обозначающие интерсекса, или может использоваться один и тот же термин для интерсекса и трансгендера. Разработчики программ должны определить предпочтительные термины вместе с сообществом.

- **Выясните отношение к вариациям интерсексов в культурах, где будет реализовываться программа.** В некоторых культурах интерсексы рассматриваются как особенные или как третий пол, или в них могут существовать божества, являющиеся интерсексами, в то время как в других культурах они могут подвергаться стигматизации. В некоторых странах сообщество интерсексов может отделиться от сообщества ЛГБТК+ по различным причинам.
- **Учитывайте разнообразие молодых людей, обладающих характеристиками интерсекса, и подготовьтесь к работе с ними.** Помимо различных характеристик интерсекса, дети и молодые люди, являющиеся интерсексами, будут иметь различные уровни знаний о своих вариациях и различные уровни понимания и принятия этого. Они также будут иметь обширный опыт, связанный с ощущением себя интерсексом, например некоторые, возможно, перенесли серию операций, в то время как другие не сделали ни одной.
- **Определите способы выявления и привлечения потенциальных участников.** При продвижении программы или при обращении в прессу всегда оставляйте контактную информацию, например адрес электронной почты, номер телефона или сайт, чтобы потенциальные участники могли связаться с сотрудниками программы. Также могут существовать группы поддержки интерсексов с определенными вариациями, и молодые интерсексы могут знать других таких же, как они, людей. Используйте различные термины, не только «интерсексы», но также «люди с вариациями половых характеристик», «различия в половом развитии», а также термины, которые применимы в данном регионе, чтобы все могли идентифицировать программу.
- **Соблюдайте баланс потребности в публичности и обеспечения безопасности и конфиденциальности участников и персонала программы.** Риск буллинга и других видов насилия в отношении молодых интерсексов зависит от ситуации в регионе. Вместо объявления о месте и времени проведения занятий в период рекламной информационно-кампании более безопасно, возможно, будет предоставить контактную информацию программы, что дает возможность проверить потенциальных участников.
- **Разработайте надежную систему для обеспечения строгой конфиденциальности.** Защитите любую персональную информацию об участниках от доступа лиц, групп или организаций, враждебно настроенных по отношению к интерсексам.
- **Контролируйте, обеспечивается ли уважительное отношение к молодым интерсексам у поставщиков услуг, к которым вы их направляете.** При наличии такой возможности очень важно обеспечить связь КСО с поставщиками услуг, которые им необходимы, в том числе с программами или специалистами в области физического и психического здоровья, лояльно относящимися к интерсексам. Если необходимые услуги по направлению недоступны, разработчики программ должны привлечь правозащитников, чтобы общими усилиями повлиять на государственные органы и заставить их принять меры, обеспечивающие предоставление таких услуг и инструктирование поставщиков услуг.
- **По возможности создайте пространство только для интерсексов.** Это важно для создания сообщества, обеспечения безопасности и лечения. Кроме того, это также позволяет обеспечить приватность, что важно, так как многие интерсексы не хотят, чтобы другие люди знали о том, что они интерсексы.

- **По возможности привлекайте к занятиям родителей.** Наряду с другими причинами для родителей может казаться полезным рассказать о своих чувствах, связанных с принятием решений о медицинском вмешательстве в организм ребенка. Если участники захотят, можно также организовать совместные занятия с родителями.

Методика работы

- **Применяйте методы, учитывающие наличие психологической травмы.** Хирургические операции и стигматизация, которые молодые интерсексы переносят в детстве и подростковом возрасте, могут стать причиной психологической травмы, и это необходимо учитывать в программе. (Подробнее см. на стр. 14.)
- **Обеспечьте инклюзивный характер схем, иллюстрирующих сексуальную и репродуктивную анатомию.** На схемах не должно быть слов «мужской» и «женский», а части тела не должны упоминаться как «мужские» и «женские». Обучение анатомии может также проводиться путем опроса участников относительно того, какие слова они используют для каждой части тела, давая возможность использовать несколько названий.
- **Используйте методы, помогающие понять, что дети и молодые люди, по их мнению, знают о вариациях интерсекса.** Рекомендуется попросить их рассказать, что они знают, и указать источники информации, или использовать опросы с вариантами ответа «верно/неверно» или игры. Это позволит фасилитатору определить и исправить конкретные недопонимания и опровергнуть ложные сведения, которые могут быть у участников.

Реализация программы

- **Используйте гендерные местоимения, которые предпочитают использовать участники.** Фасилитаторы должны представиться по имени и использовать предпочтительные гендерные местоимения (например она/ей/ее, он/ему/его, они/им/их), а затем попросить представиться участников. Таким образом, участники получают возможность использовать наиболее удобные для себя местоимения. Никого не нужно обязывать сообщать эти местоимения или другую персональную информацию.
- **Рассмотрите возможность использования технологий для привлечения большего количества людей, если есть такая возможность.** Поскольку интерсексы составляют относительно малую часть населения и часто не желают идентифицировать себя в группах, они могут предпочесть использовать дополнительные компоненты КСО в формате видео в режиме онлайн, видеоконференций или вебинаров с интерактивной составляющей. При этом важно включить компонент живого общения в программу.

Основные документы и учебная программа

- *InterACT (Advocates for Intersex Youth)* (веб-сайт)
- *Fact Sheet: Intersex* (United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights)
- *Интерсекс на vk.com* (видеоролики)
- *dsdteens* (веб-сайт)
- *How Sex Development Works* (веб-сайт)
- *Supporting Your Intersex Child: A Parents' Toolkit* (Organisation Intersex International Europe, 2018)

¹¹ Перечень организаций см. на сайтах InterACT (<https://interactadvocates.org/resources/intersex-organizations/>) и Intersex Day (<https://intersexday.org/en/links/>).

- *Full Frontal Activism: Intersex and Awesome* (веб-сайт)
- *Brief Guidelines for Intersex Allies* (Organisation Intersex International United States, 2012)
- *Defining: Intersex* (веб-сайт)
- *9 Ways Intersex Youth Want You to Support Them* (Everyday Feminism, 2015)
- *What Does It Mean to Be Young and Intersex Today?* (Dazed Digital, 2016)

3.8 Молодые люди, живущие с ВИЧ

По оценкам, в 2019 году насчитывалось около 1,7 млн подростков, живущих с ВИЧ, по всему миру и около 170 000 новых ВИЧ-инфицированных среди подростков в возрасте от 10 до 19 лет (UNAIDS, 2020). Примерно 3,4 млн молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет живут с ВИЧ, и более 28% всех новых инфицированных появляются среди молодых людей (UNAIDS, 2020).

Большинство детей и молодых людей, живущих с ВИЧ, приобретают этот вирус одним из двух способов: перинатально во время рождения или через кормление грудью (около 70% случаев) либо позже в результате незащищенного секса, сексуального насилия, изнасилования, совместного использования приспособлений для введения инъекционных наркотиков, переливания непроверенной крови или уколов иглой. Несмотря на то, что дети и молодые люди, заразившиеся ВИЧ любым из путей, имеют кое-что общее, но их опыт и потребности во многом различаются (UNAIDS, 2016a; STOPAIDS et al., 2016).

Помимо перинатального инфицирования, дети и молодые люди, живущие с ВИЧ, и особенно подростки, наиболее часто приобретают этот вирус во время незащищенного секса. Причинами этого могут быть недостаток знаний о профилактике ВИЧ, недостаточное понимание риска заражения ВИЧ, редкое использование презервативов, наличие нескольких сексуальных партнеров, изнасилование или принуждение к незащищенному сексу и ранний опыт половых отношений (WHO et al., 2015a; WHO et al., 2015b). Распространенной причиной передачи ВИЧ является совместное использование приспособлений для введения инъекционных наркотиков по причине, помимо прочего, недостатка стерильных средств для безопасного введения (WHO et al., 2015b).

Дети и молодые люди из ключевых групп (мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с другими мужчинами, секс-работники, трансгендеры, люди, употребляющие инъекционные наркотики, заключенные и другие люди, лишенные свободы) особенно подвержены заражению ВИЧ по причине широко распространенной дискриминации, стигматизации и насилия, с которыми они сталкиваются, помимо факторов уязвимости, характерных для молодых людей в целом (WHO et al., 2015a; WHO et al., 2015b). Более того, если они относятся к меньшинствам, то могут быть не охвачены государственными программами для ключевых групп в тех местах, где они есть.

Расширение доступа к антиретровирусной терапии сделало возможным многим из тех, кто был рожден с ВИЧ, дожить до периода полового созревания и юности. При этом они могут иметь задержки в развитии, связанные с иммунной недостаточностью и проблемами со здоровьем, например они могут быть коинфицированы туберкулезом (Bridges, 2011; Eison and Kim, 2018). Также у них чаще встречаются проблемы с психическим здоровьем, чаще случаются приступы беспокойства или депрессии, частично в связи со стигматизацией и дискриминацией в отношении людей с ВИЧ, что влияет на качество их жизни, а также на соблюдение режима приема лекарственных препаратов (UNICEF, 2016). Во время периода полового созревания они часто испытывают сложные эмоции, связанные с их

сексуальностью и репродуктивными функциями, также у них возникают трудности при принятии решений о половой жизни и раскрытии своего статуса ВИЧ-инфицированного (APN+, 2013).

Дети и молодые люди, живущие с ВИЧ, также как и все дети и молодые люди, нуждаются в образовании и медицинском обслуживании (Bridges, 2011). При этом законы о возрасте предоставления согласия на получение медицинских услуг часто не позволяют детям иметь доступ к медицинским услугам, связанным с сексуальным и репродуктивным здоровьем, включая профилактику ВИЧ, тесты и лечение без согласия их родителей. Стигма и дискриминация могут удерживать детей и молодых людей от консультаций о безопасном сексе и тестирования на ВИЧ, особенно тех, кто относится к ключевым группам и для кого поздний диагноз часто становится проблемой. Дети и молодые люди могут не принимать препараты для лечения ВИЧ по нескольким причинам, и в первую очередь для того, чтобы избежать раскрытия своего статуса окружающим. К распространенным проблемам с лечением относится отсутствие услуг, ориентированных конкретно на подростков, а также недостаток понимания потребностей подростков, живущих с ВИЧ, со стороны поставщиков медицинских услуг. Другими факторами являются расстояние и стоимость поездки в клинику, страх, связанный с тем, что другие узнают о посещении клиники, долгое время ожидания и негативное отношение к тем, кто ведет половую жизнь. Во многих клиниках также отсутствуют протоколы и квалифицированный персонал для осуществления перевода подростков из сферы обслуживания педиатрических служб в службы лечения ВИЧ (IPPF European Network et al., 2017).

Планирование и разработка программы

- **Адаптируйте программы КСО к потребностям детей и молодых людей, живущих с ВИЧ, и не делайте акцент только на снижении риска для сексуального здоровья.** В некоторых случаях рекомендуется разрабатывать специализированные ресурсы и инструментарий по КСО для детей и молодых людей, живущих с ВИЧ, из ключевых групп, поскольку их проблемы отличаются многообразием и высокой сложностью, и в правовом поле в их отношении также могут быть существенные различия.
- **Привлекайте активистов из социальных сетей и систем поддержки, где зарегистрированы участники.** Программы должны помогать родителям и опекунам, духовенству, поставщикам медицинских услуг понимать реалии, права и потребности детей и молодых людей, живущих с ВИЧ, в плане сексуального и репродуктивного здоровья, а также развивать их навыки общения с детьми и молодыми людьми касательно жизни с ВИЧ, разглашения статуса носителя ВИЧ, сексуальности, сексуального и репродуктивного здоровья (Stangl et al., 2015) и помогать им жить с положительным настроем.
- **Применяйте стратегии набора, обеспечивающие включение участников с самыми насущными потребностями.** Если набор проводится через клиники и медицинские центры, круг участников ограничивается детьми и молодыми людьми, живущими с ВИЧ, у которых уже есть доступ к медицинским услугам. Ясно, что такие участники достигнут большего в плане сексуального и репродуктивного здоровья по сравнению с теми, кто не имеет доступа к медицинским услугам, например по сравнению с маргинализированными группами и теми, кто не начинал лечение или прекратил его (Pretorius et al., 2015). По возможности следует прикладывать усилия к привлечению молодых людей и через Интернет. Там они могут встречаться в закрытых сообществах социальных сетей.

- **Дополняйте КСО дополнительными источниками информации о сексуальности и о сексуальном и репродуктивном здоровье, к которым можно скрытно получить доступ через Интернет или в зонах ожидания в клиниках.** К таким источникам информации можно отнести мультимедийные материалы, видеоролики, брошюры, приложения для смартфонов и горячие линии, ориентированные на молодых людей (Stangl et al., 2015).
- **Подумайте, включать ли в название программы термин «люди, живущие с ВИЧ».** В некоторых ситуациях дети и молодые люди, живущие с ВИЧ, не хотят, чтобы другие знали об их статусе.
- **Разработайте надежную систему для обеспечения строгой конфиденциальности.** Обеспечьте защиту всей персональной информации об участниках от доступа лиц, групп и организаций, враждебно настроенных по отношению к людям, живущим с ВИЧ.
- **Не исходите из предположения, что дети и молодые люди, живущие с ВИЧ, уже хорошо информированы.** Они могут не обладать значительной информацией о ВИЧ, о том, как развивается это заболевание, что значит быть ВИЧ-положительным, что такое антиретровирусные препараты, каковы их побочные эффекты или что значит соблюдение режима приема лекарственных препаратов, и не вполне понимать такую информацию. Такое может произойти, если врачи общаются только с их родителями или опекунами, которые могут не предоставлять детям соответствующих знаний, или в связи с тем, что общение не ориентировано на самих молодых людей.

Методика работы

- **Приглашайте наставников для подростков младшего возраста с ВИЧ.** Им будет полезно получить поддержку от людей, живущих с ВИЧ, более старшего возраста, которые разбираются в вопросах сексуальности и взаимоотношениях.
- **Предлагайте примеры для подражания.** Рекомендуется приглашать молодых людей, которые научились жить с ВИЧ или состоят в здоровых романтических отношениях с партнерами (включая партнеров с ВИЧ-отрицательным статусом), чтобы они побеседовали с участниками (APN+, 2013).
- **Укрепляйте навыки принятия решений и общения.** Следует обеспечить большое количество демонстраций и предоставлять много возможностей для участников попрактиковаться объяснять, что такое ВИЧ, раскрывать свой статус, отвечать на вопросы и справляться с реакциями.

Реализация программы

- **Создайте безопасное пространство для всех участников.** В связи с многообразием идентичностей детей и молодых людей, живущих с ВИЧ, их присутствие в одном месте необязательно означает, что данное место безопасно для всех. В некоторых контекстах может понадобиться предоставлять КСО ключевым группам, живущим с ВИЧ, например мужчинам-геям или женщинам-трансгендерам, отдельно от других участников, которые могут подвергаться их дискриминации или раскрыть их статус.
- **Учитывайте распорядок дня участников.** Программу следует реализовывать так, чтобы не влиять на график приема участниками лекарственных препаратов или график приема пищи и не мешать другим аспектам их социальной жизни, в том числе участию в группах поддержки людей, живущих с ВИЧ, одинакового с ними возраста.

Основные документы и учебная программа

- *iCAN Package: A Comprehensive Life Skills Package Focusing on HIV, Sexuality, and Sexual & Reproductive Health for Young People Living with HIV (YPLHIV) and Their Circles of Care – Facilitator’s Manual and Workbook* (SAFAIDS and UNFPA, 2016)
- *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services* (UNICEF, 2016)
- *Children’s HIV Association (CHIVA)* (веб-сайт)
- *Lost in Transitions: Current Issues Faced by Adolescents Living with HIV in Asia Pacific* (APN+, 2013)
- *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package* (GNP+, 2009)
- *HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV* (WHO, 2013)
- *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector* (UNESCO, 2012)
- *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines* (GNP+ and UNAIDS, 2013)

3.9 Молодые люди, употребляющие наркотики

Несмотря на то, что табачные изделия и алкоголь являются наиболее широко употребляемыми веществами и оказывают серьезное воздействие на сексуальное поведение и здоровье детей и молодых людей, наиболее пристальное внимание было обращено на запрещенные законом наркотики — особенно инъекционные — после того, как вспыхнула эпидемия ВИЧ. Международных данных, касающихся психоактивных веществ, которые используются в молодежной среде, немного, однако есть факты, указывающие на то, что молодые люди потребляют значительно больше наркотиков по сравнению с людьми более старшего возраста. Согласно последним исследованиям, возраст 12–17 лет является критически важным периодом риска, во время которого подростки начинают употреблять наркотики, высшая точка достигается в возрасте 18–25 лет (УНП ООН, 2018).

Количество детей и молодых людей, употребляющих наркотики, различается в разных странах и зависит от социальных и экономических факторов: большинство детей и молодых людей, употребляющих наркотики, являются выходцами из относительно бедных слоев сообществ, в которых они живут, что повышает вероятность совместного использования игл, обмена иглами или продажи секса с целью получения наркотиков (UNODC et al., 2017). Несмотря на то, что во многих регионах мира употребление наркотиков является частью межпоколенческого цикла, от чего страдают многие члены семьи, оно также может быть частью процесса экспериментирования со стороны подростков, принятия риска и стремления получить признание, особенно признания сверстников. Общение с молодыми людьми, употребляющими наркотики, также нормализует и укрепляет модель поведения. Некоторые дети и молодые люди начинают употреблять наркотики, чтобы избежать психологической или физиологической боли, возникшей в связи с неблагоприятными факторами или негативным опытом, таким, например, как отсутствие заботы и внимания, физическое, сексуальное или эмоциональное насилие; трудности в семье; или ощущение отчуждения, страха или опустошенности. Многие сталкиваются с различными факторами уязвимости (WHO et al., 2015b).

Поскольку когнитивные функции детей и молодых людей все еще находятся в процессе развития, они более восприимчивы к употреблению наркотиков и наркозави-

симости по сравнению со взрослыми, хотя с течением времени это может пройти. Наркотики могут снизить способность молодых людей оценивать опасность тех или иных действий и принимать осознанные решения, в том числе связанные с сексуальным поведением, таким как использование презервативов (WHO et al., 2015b). Наряду с совместным использованием игл и приспособлений для введения наркотиков и, что крайне важно, в контексте частого отсутствия мероприятий по сокращению вреда для детей и молодых людей, — эти факторы могут привести к значительному увеличению риска заражения ВИЧ, инфекциями, передаваемыми половым путем, и гепатитом среди детей и молодых людей, употребляющих наркотики, особенно среди тех, кто употребляет инъекционные наркотики (WHO et al., 2015b).

Молодые люди, употребляющие наркотики, сталкиваются с различными препятствиями, связанными с получением доступа к необходимым им услугам, таким как информация, стерильные средства для инъекций и лечение наркозависимости. Эти препятствия включают недостаточное количество услуг по сокращению вреда, ориентированных на молодых людей и доступных для них; недостаток конфиденциальности в связи с возрастными ограничениями для предоставления согласия, которые предполагают, что для получения услуг по сокращению вреда и медицинских услуг в возрасте до 18 лет требуется согласие родителей; осуждение со стороны поставщиков услуг; и отказ от медицинской помощи в связи с употреблением наркотиков. Услуг по снижению вреда при потреблении наркотиков, опиоидной заместительной терапии или лечению симптомов абстиненции недостаточно (GPN+ и INPUD, 2010; Larney et al., 2017). Следовательно, молодые люди, употребляющие инъекционные наркотики, скорее всего, имеют недостаточное знание о рисках, связанных со здоровьем, методах выполнения безопасных инъекций и профилактики ВИЧ по сравнению с людьми более старшего возраста и, с большой вероятностью, поздно проходят тестирование на ВИЧ, что также повышает риск дальнейшей передачи инфекции (AVERT, 2019).

Криминализация, карательные политики и практики усиливают стигму, предрассудки и дискриминацию, вынуждая людей, употребляющих наркотики, скрываться, что способствует их маргинализации и дальнейшему снижению доступа к услугам (WHO, 2016a). Например, юридические последствия использования наркотиков и угроза потери опеки над детьми лишает молодых беременных женщин или матерей, употребляющих наркотики, желания получить доступ к услугам (GPN+ и INPUD, 2010). Другими социально-экономическими последствиями являются проблемные социальные отношения и возрастание вероятности безработицы или задержания.

Планирование и разработка программы

- **Обеспечьте соответствие вмешательств, ориентированных на детей и молодых людей, употребляющих наркотики, существующим условиям.** Разработчикам программы КСО необходимо понимать, как начинается употребление наркотиков, как оно меняется, как предоставляются услуги по сокращению вреда здоровью и лечение, соответствующие законам и подход правоохранительных органов к употреблению наркотиков и людям, их употребляющим. Они также должны понимать различные потребности и мотивацию детей и молодых людей, употребляющих наркотики, социальную и экономическую динамику их жизни и факторы способствующие тому, что дети и молодые люди начинают употреблять наркотики.

- **Планируйте комплексную интегрированную помощь и услуги, включая образование.** Программы должны стремиться увязать КСО с другими программами или интегрировать его в другие программы для молодых людей, употребляющих наркотики (GPN+ и INPUD, 2010; УНП ООН et al., 2017). В начале необходимо удовлетворить самые насущные потребности детей и молодых людей, например предоставить им приют и еду. В противном случае они могут отказаться от участия. По мере возможности программы должны предлагать комплексную поддержку или связывать участников с другими источниками такой поддержки. Комплексная помощь может включать (IPPF European Network et al., 2017):
 - сокращение вреда для здоровья (включая предоставление таких товаров, как стерильные средства для выполнения инъекций) и доказательно-информированное лечение наркозависимости;
 - услуги по профилактике, тестированию, лечению ВИЧ и уходу;
 - услуги, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем, включая услуги по планированию семьи, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и гепатита;
 - услуги психиатра, социальную поддержку сверстников;
 - услуги для лиц, переживших насилие;
 - поддержку и консультации по вопросам воспитания и опеки над детьми, услуги по уходу за детьми, услуги по линии социального обеспечения и юридические услуги, особенно для бездомных или живущих на улице детей и молодых людей, употребляющих наркотики.
- **Создайте перечень проверенных местных ресурсов для детей и молодых людей, употребляющих наркотики, в случае, если КСО не интегрировано в комплекс услуг.** Если необходимые услуги по направлению недоступны, разработчики программ должны привлечь правозащитников, чтобы общими усилиями повлиять на государственные органы и заставить их понять и отреагировать на проблему употребления наркотиков как проблему общественного здоровья, а не только как на проблему преступности, обеспечить адекватное лечение, заменить нравоучения на прагматичный подход к проблеме и обеспечить научную базу для клинической и терапевтической практики (GPN+ и INPUD, 2010).
- **Разработайте надежную систему для обеспечения строгой конфиденциальности.** Обеспечьте защиту всей персональной информации об участниках от доступа лиц, групп и организаций, враждебно настроенных по отношению к людям, употребляющим наркотики.
- **Предоставляйте участникам средства, которые помогут им изменить поведение.** Программы должны предусматривать предоставление не только точной информации и медицинского просвещения с акцентом на сокращении рисков, но и средств, которые помогут участникам изменить поведение, например мужских и женских презервативов (Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Привлекайте родителей молодых людей, употребляющих наркотики, но только при наличии согласия самих молодых людей.** Участие родителей может помочь обеспечить надлежащую поддержку молодому человеку, но очень важно получить согласие самого молодого человека, перед тем как привлекать родителей.

Методика работы

- **Предоставляйте участникам возможности ставить собственные цели по изменению поведения.** Помогите им ставить реалистичные цели в отношении более здорового поведения (Edlin et al., 2005; Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Необходимо признать, что отказ от употребления наркотиков не всегда является реалистичной целью.** Следует понимать, что стойкий отказ от употребления наркотиков является трудной задачей и для достижения успеха может потребоваться несколько попыток. Следует подчеркивать важность сокращения риска для участников, продолжающих употреблять наркотики.

Реализация программы

- **Стройте уважительные отношения с участниками.** Следует избегать таких распространенных ошибок, как нравоучения, проявление гнева или разочарования по отношению к участникам (Des Jarlais and Semaan, 2008). Согласно данным исследований, когда к людям, употребляющим наркотики, проявляют уважение, они хотят учиться и справляться с проблемами своего собственного здоровья и здоровья других людей (Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Старайтесь выявлять и привлекать детей и молодых людей как можно скорее после начала употребления ими наркотиков.** В идеале это должно произойти до того, как они начнут применять инъекционные наркотики, когда значительно возрастает риск заражения ВИЧ из-за совместного использования нестерильных средств для инъекций.
- **Максимально устраняйте все, что препятствует участию в программе.** Например, программу следует реализовывать в местах, куда уже ходят дети и молодые люди, употребляющие наркотики, где они чувствуют себя в безопасности или могут получать различные услуги.

Основные документы и учебная программа

- *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions* (UNODC, 2017)
- *HIV and Young People Who Inject Drugs: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Защита сексуального и репродуктивного здоровья и прав потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ. Брифинговый документ* (GNP+ и INPUD, 2010)

3.10 Молодые люди, продающие секс

Секс-работники — это взрослые мужчины, женщины и трансгендеры, а также молодые люди старше 18 лет, которые регулярно или время от времени получают деньги или товары в обмен на сексуальные услуги. Секс-работа — это секс по согласию между взрослыми людьми, который может принимать различные формы. Форма секса зависит от страны или региона, сообщества и степени «официальности» или формы организации (Harcourt and Donovan, 2005). Лица младше 18 лет, продающие секс, считаются сексуально эксплуатируемыми детьми, а не секс-работниками согласно Конвенции ООН по правам ребенка (даже если они сами приняли решение продавать секс и/или не считают, что их сексуально эксплуатируют).

В настоящее время нет точных данных о количестве молодых людей в мире, продающих секс. Отчасти это объясняется тем, что в большинстве стран одно или более деяний, связанных с продажей, предложением, получением, поставкой или предоставлением сексуальных услуг, считается преступлением (WHO et al., 2015a).

Молодые люди, продающие секс, могут подвергаться различным факторам уязвимости, таким как отсутствие дома, миграция или переезды, уход или отчуждение от семьи, борьба с психическими болезнями; они также могут стать жертвами насилия со стороны членов семьи, интимных партнеров, клиентов, третьих сторон или полиции (WHO et al., 2015a). Их здоровье может находиться под угрозой в связи с проблемным употреблением наркотиков, инфекциями, передаваемыми половым путем, незапланированной беременностью и опасными абортами, а также дискриминацией (WH et al., 2015a). Несмотря на то, что лица в возрасте до 18 лет, продающие секс, технически считаются жертвами эксплуатации или торговли людьми, на практике их часто арестовывает полиция или они находятся в поле ее зрения. Они, наряду с лицами старше 18 лет, часто считаются преступниками и сталкиваются с арестами, заключением в тюрьмы и другими карательными мерами, поборами и преследованием со стороны полиции, даже если в некоторых местах закон позволяет заниматься секс-работой.

Сексуально эксплуатируемые дети в возрасте 10–17 лет могут в меньшей степени контролировать количество своих клиентов по сравнению с секс-работниками; среди причин можно назвать экономические потребности, злоупотребление силой и властью над детьми со стороны взрослых, угрозы насилием или недостаток опыта ведения переговоров (WHO et al., 2015a). Более того, во многих странах лица в возрасте до 18 лет не могут получить услуги, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем или ВИЧ, без согласия своих родителей или опекунов, за исключением случаев, когда они признаны дееспособными несовершеннолетними (UNAIDS, 2012). Они более подвержены насилию, включая сексуальное насилие, когда они не могут получить поддержку или помощь в связи с боязнью ареста, задержания или дискриминации.

Некоторые молодые люди, занимающиеся коммерческим сексом, являются жертвами торговли людьми с целью сексуальной эксплуатации. Права детей и молодых людей, являющихся жертвами торговли людьми с целью сексуальной эксплуатации, могут сильно нарушаться, их могут не кормить, держать в заключении, избивать, насиловать, насильствовать в группе, принуждать к употреблению наркотиков, подвергать угрозам насилия в отношении них самих или членов их семей или угрозам сообщить о том, чем они занимаются, семье и друзьям. К последствиям для здоровья можно отнести физические травмы, наркотическую и алкогольную зависимость, инфекции, передаваемые половым путем, и/или ВИЧ, серьезные осложнения беременности, выкидыши, вынужденные или насильственные аборты и бесплодие (WHO et al., 2015a). Серьезная физическая и эмоциональная травма подвергает жертв риску ранней смерти от убийства, самоубийства, передозировки наркотиков и алкоголя и развития СПИД-ассоциированных заболеваний (ILO, 2008; Conner et al., 2014; Ottisova et al., 2018). Большинство из них не имеют возможности получить поддержку или помощь по причине своей изолированности.

Существуют юридические, политические и этические проблемы, связанные с предоставлением каких-либо услуг, включая КСО, лицам до 18 лет, работающим в секс-индустрии, поскольку любая секс-работа с вовлечением несовершеннолетних лиц считается сексуальной эксплуатацией, от которой их необходимо защитить. Однако это не должно служить оправданием отказа предоставить лицам, не достигшим 18 лет, доступ к информации, медицинским и профилактическим услугам. Во избежание каких-либо недоразумений приведенные ниже рекомендации применимы только по отношению к лицам старше 18 лет, которые добровольно продают секс.

Планирование и разработка программы

- **Получите одобрение консультативного этического комитета.** В связи с большими сложностями предоставления КСО молодым людям, продающим секс, рассмотрите возможность проведения этической экспертизы с целью подтвердить, что программа основана на этических принципах и имеет соответствующее обоснование, заслуживает доверия и пригодна к использованию. В программе должны соблюдаться этические принципы добровольного участия, конфиденциальности передаваемой информации, записей и данных программы, а также направлений для получения медицинских и других услуг.
- **Разработайте надежную систему для обеспечения строгой конфиденциальности.** Обеспечьте защиту всей персональной информации об участниках от доступа лиц, групп и организаций, враждебно настроенных по отношению к людям, продающим секс.
- **Разработайте систему оценки новых секс-работников и определите, не принуждали ли их продавать секс, а также исполнилось ли им 18 лет.** Этим могут заниматься саморегулируемые советы секс-работников в сотрудничестве с отдельными секс-работниками. Лица в возрасте до 18 лет или лица, продающие секс не по собственному желанию, должны получать консультации, поддержку и направления к поставщикам социальных и медицинских услуг. Предлагаемые программы должны быть направлены на удовлетворение потребностей каждого молодого человека исходя из ситуации, в которой он/она находится, потому что жертвы торговли людьми сильно отличаются от тех молодых людей, которые продают секс добровольно.
- **Старайтесь выявлять и привлекать молодых людей как можно скорее после того, как они начали продавать секс.** Многие люди начинают продавать секс в молодом возрасте, поэтому в течение первых месяцев они чаще остальных сталкиваются с насилием и негативными последствиями для здоровья (Onyango et al., 2012; Busza et al., 2016). Программы должны учитывать, что молодой человек, начинающий заниматься секс-работой, может сначала не считать себя человеком, продающим секс, или секс-работником. Молодежные центры доверия, предоставляющие еду, возможность принять душ или ванну и другие услуги, например обучение грамоте, могут помочь в поиске молодых людей, продающих секс (WHO et al., 2015a). Следует приложить все усилия к привлечению молодых мужчин и трансгендеров, продающих секс (Onyango et al., 2012).
- **Увязывайте содержание КСО с другими программами или интегрируйте его в другие программы для молодых людей, продающих секс.** Молодым людям, продающим секс, требуется сочетание биомедицинских, поведенческих и структурных вмешательств для решения многих проблем, связанных с рисками для их здоровья и нарушением их прав человека, с которыми они могут столкнуться. В максимально возможной степени следует предоставлять комплексную социально-ориентированную поддержку, к которой можно отнести предоставление помощи с жильем, купанием, питанием, медицинским обслуживанием, получение консультаций психотерапевта, предоставление услуг, связанных с насилием и психическим здоровьем, образование, возможности получения дохода, юридические услуги, поддержку родителей, услуги по линии социального обеспечения и защиты детей, особенно бездомных или живущих на улице молодых людей, продающих секс, или давать направления в службы и учреждения, которые могут оказать такие услуги (Onyango et al., 2012; Busza et al., 2016). Также

необходимо обеспечить постоянный доступ к презервативам, доконтактной и постконтактной профилактике, тестированию на ВИЧ, а также к консультированию и лечению (Onyango et al., 2012; WHO, 2016a).

Методика работы

- **Объедините КСО для людей, продающих секс, с программами сообщества по расширению возможностей.** Это поможет решить вопросы, связанные со стигматизацией и маргинализацией, а также даст возможность ускорить расширение общих возможностей.
- **Не сосредотачивайте внимание исключительно на темах сексуального и репродуктивного здоровья.** Рекомендуется подавать информацию с разных точек зрения, которые интересуют участников (Moore et al., 2014; NSW, 2016a). Например, возможно говорить о беременности, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ с точки зрения красоты и здоровья, что важно для тех, кто продает секс.

Реализация программы

- **По возможности реализуйте программу в центре, где участники также могут получить доступ к другим услугам.** К таким услугам можно отнести питание, купание и оздоровительный отдых. Однако в некоторых случаях может оказаться более эффективным реализовывать программу в домах или местах, где живут и работают секс-работники, особенно если они проживают вместе.

Основные документы и руководства

- *Реализация комплексных программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди секс-работников: практические подходы на основе совместных мероприятий* (WHO, 2013)
- *Аналитическая записка: молодые секс-работники* (NSWP, 2016)
- *HIV and Young People Who Sell Sex: Technical Brief* (WHO, 2015)
- *Empowering Each Other: Young People Who Sell Sex in Ethiopia – a Case Study from the Link Up Project* (Frontline AIDS, 2015)
- *Research for Sex Work 15: Resistance and Resilience* (NSWP, 2016)

3.11 Молодые люди в местах лишения свободы

Поскольку среди детей и молодых людей в местах лишения свободы могут быть те, кто употребляет наркотики, продает секс или имеет психосоциальные ограничения жизнедеятельности, при работе с ними необходимо учитывать рекомендации из соответствующих разделов данного Руководства.

К детям и молодым людям в местах лишения свободы относятся лица, задержанные системой уголовного или административного правосудия. К ним относятся дети и молодые люди, которые содержатся под стражей в полицейском участке, находятся в тюрьме (следственного или краткосрочного содержания) в ожидании обвинения или судебного разбирательства или отбывают наказание после обвинительного приговора, или находятся в центрах для несовершеннолетних преступников, в иммиграции

онных, наркологических или реабилитационных центрах (IPPF and UNFPA, 2017b). При юридически оформленном содержании под стражей решение о задержании выносит судья или суд, если молодым людям предъявляется обвинение или выносится приговор в связи с уголовным преступлением, в то время как при административном задержании решение принимается исключительно исполнительным или административным органом.

Отсутствие точных данных о количестве детей и молодых людей в местах лишения свободы по всему миру объясняется отсутствием документации и широким спектром учреждений, в которых они могут находиться. В 2009 году, согласно оценке ЮНИСЕФ, более 1 миллиона детей младше 18 лет содержались под стражей в рамках системы правосудия в разное время (UNICEF, 2009), но это, вероятно, очень заниженная цифра (Human Rights Watch, 2016). Основными причинами ареста детей и молодых людей могут быть бедность, проблемы в семье (в том числе отсутствие родительского контроля), отсутствие образования или работы, насилие, злоупотребление психоактивными веществами и эксплуатация (UNODC, 2006).

Дети и молодые люди могут содержаться под стражей или находиться в заключении, если их подозревают в совершении преступлений; если их считают потенциальными правонарушителями, нарушителями общественного порядка, находящимися в нестандартной ситуации; или в связи с ненадлежащими или неправомерными действиями правоохранительных органов. Дети-мигранты также часто незаконно содержатся под стражей, что идет вразрез с международными стандартами. Дети с ограниченными жизнедеятельности и другие лица могут официально содержаться под стражей в целях защиты. К причинам административного задержания также относятся контроль иммиграции и перемещения через границу, задержание лиц, представляющих угрозу безопасности, обеспечение лечения психических заболеваний, задержание лиц, употребляющих наркотики, защита лиц, подверженных риску насилия или эксплуатации, или лиц, которые в ином случае оказались бы бездомными (Hamilton et al., 2011).

Значительная часть данных о потребностях в КСО детей и молодых людей в местах лишения свободы поступает из стран с высокими доходами, но даже в этих странах ясно, что они подвергаются риску плохого здоровья и благополучия по сравнению с обычным населением, о чем свидетельствуют более высокие показатели подростковой беременности, заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ, домашнего насилия, травм и сексуального насилия, частоты проблем с психическим здоровьем и злоупотребления психоактивными веществами, уровень стигматизации и дискриминации, отсутствие доступа к медицинским услугам и образованию и низкая грамотность (Schmiege et al., 2009; RACP, 2011; BMA, 2014). Такие риски могут усугубляться для заключенных девочек-подростков в связи с их более низким гендерным и экономическим статусом по сравнению с мальчиками-подростками (BMA, 2014). Дети и молодые люди в местах лишения свободы также подвергаются риску сексуального насилия, особенно те, кто содержится вместе со взрослыми задержанными (Freudenberg et al., 2010; Human Rights Watch, 2016). Задержанные члены сообщества ЛГБК+ и трансгендеры также частично подвержены риску словесных унижений, физического и сексуального насилия (James et al., 2016).

Содержание под стражей детей и молодых людей ограничивает их нормальное подростковое развитие и опыт взросления, так как они нечасто или вообще не контактируют со своими семьями и, как правило, не

имеют физического контакта с подростками того же или противоположного пола; также они находятся в среде, где нет возможности утвердить свою независимость. Без возможности формировать отношения и моделировать поведение взрослых в здоровых отношениях в некоторых ситуациях нормальный процесс взросления замедляется или нарушается (Commission on Sex in Prison, 2015). Дети и молодые люди в местах лишения свободы могут бояться секса и отношений после того, как будут отпущены на свободу, если они подвергались насилию, или испытывать беспокойство о том, что их будущие партнеры подумают об их недостатке романтического или сексуального опыта по сравнению с их сверстниками (Commission on Sex in Prison, 2015). Многие дети и молодые люди в местах лишения свободы имеют напряженные отношения с семьей и сверстниками, среди которых могут быть лица, употребляющие наркотики, конфликтующие с законом, или правонарушители (Moore et al., 2013), и это может иметь негативные последствия после их освобождения.

Планирование и разработка программы

- **Взаимодействуйте с органами, осуществляющими содержание под стражей, с самого начала разработки программы.** Содержание под стражей может стать возможностью обеспечить детям и молодежи сексуальное образование и услуги, связанные с сексуальным и репродуктивным здоровьем, к которым у них могло бы не быть доступа, если бы они жили в сообществе. При этом исправительные учреждения являются высоко контролируемыми и закрытыми системами, и в них можно встретиться с неприятием тех программ, которые, по их мнению, поддерживают сексуальность детей и молодых людей. В таком случае необходимы постоянные переговоры и достижение взаимопонимания с должностными лицами, на различных уровнях управления учреждением (Sifunda et al., 2008).
- **Сотрудничайте с другими заинтересованными лицами.** Подготовка к предоставлению КСО в местах лишения свободы требует интенсивного и систематического сотрудничества между разработчиками программы и всеми вовлеченными в этот процесс лицами. К ним, помимо должностных лиц из подобных учреждений, могут относиться психологи и психотерапевты учреждений, суды, члены семей и партнеры из сообщества (Sifunda et al., 2008; Marvel et al., 2009; Liddle et al., 2011).
- **По возможности сотрудничайте с поставщиками услуг в сообществе, научными исследователями и системами содержания под стражей.** Хорошо известные поставщики услуг и исследователи могут рассматриваться властями учреждений содержания под стражей как заслуживающие доверия эксперты, а их репутация и опыт работы могут помочь в преодолении барьеров в ходе разработки и оценки программ КСО для детей и молодых людей в местах лишения свободы (WHO, 2007a).
- **Разберитесь в структурных ограничениях и нормах, действующих в местах лишения свободы, которые оказывают влияние на детей и молодых людей.** Места лишения свободы часто имеют ограничения по гендерной принадлежности, классу, этнической принадлежности или религии; зачастую в них царит угнетающая и подавляющая атмосфера. Все это нужно учитывать при разработке тем и занятий учебной программы.
- **По возможности интегрируйте КСО в комплексные программы реабилитации.** Дети и молодые люди не всегда находятся в местах лишения свободы: многие попадают в такие учреждения, а потом покидают их,

поэтому программы должны учитывать текущие и будущие потребности детей и молодых людей, включая день их выхода из под стражи и месяцы спустя. Период непосредственно после освобождения критически важен, так как повышается риск того, что дети и молодые люди вернутся в среду, которая вовлекла их в неприятности (и которая, вероятнее всего, не изменилась за время их отсутствия), а также снова встретятся со своими сверстниками и партнерами. При этом освобождение также дает детям и молодым людям возможность применять знания о КСО, полученные во время нахождения в местах лишения свободы, в реальном мире. В идеале КСО должно быть интегрировано в комплексный план реинтеграции в социум или трудоустройства, который включает в себя сотрудничество с педагогами учреждения, психологами/психотерапевтами и поставщиками услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, наркологами и специалистами в области психического здоровья (US DOE & DOJ, 2014). Компонент обучения после освобождения может включать в себя предоставление дополнительных очных занятий, обучение и поддержку по телефону, а также направления к партнерам и ресурсам сообщества. Для обеспечения непрерывности процесса одни и те же фасилитаторы должны осуществлять КСО в местах лишения свободы и по возможности после освобождения (Liddle et al., 2011). Эффективные механизмы поддержания связи с участниками после их освобождения должны разрабатываться заранее.

- **Проявляйте гибкость и планируйте способы адаптации к непредвиденным изменениям и решения проблем, которые часто возникают в местах лишения свободы.** Это может быть непредвиденное изменение места проведения занятий или их прекращение в целях безопасности или другие действия, например терапия в учреждении, перекличка, передвижение детей и молодых людей в различных условиях (Goldberg et al., 2009; DiClemente et al., 2014; DOE & DOJ, 2014).
- **Устраняйте различные риски и проблемы, с которыми сталкиваются дети и молодые люди в местах лишения свободы.** В ходе предоставления КСО по возможности должны быть в комплексе рассмотрены такие темы, как сексуальность, сексуальное насилие, психическое здоровье, правонарушения и криминальная деятельность (Marvel et al., 2009). Например, сексуальное образование может рассматриваться как составляющая ориентации задержанного молодого человека на здоровый образ жизни, самоуважение и заботу о себе. Может оказаться полезным добавить или интегрировать КСО в программу предотвращения использования психоактивных веществ или программу снижения риска заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ, если такие программы существуют (Bryan et al., 2009; Marvel et al., 2009; Mouttapa et al., 2009).
- **При разработке содержания программы КСО сотрудничайте с детьми и молодыми людьми в местах лишения свобод.** Могут понадобиться переговоры с руководством учреждения, если оно не выражает желания дать молодым задержанным возможность самоконтроля. Однако такой подход может помочь разработчикам программ понять, в каких условиях живут молодые задержанные, и учитывать их, понять, что делает их уязвимыми, что им нужно и чего они хотят, а также их взгляды, стремления и культуру (WHO, 2007a). Это может помочь предоставить актуальное КСО даже для тех задержанных, которые не считают сексуальное образование первоочередной потребностью.

- **Максимально привлекайте родителей, лиц, осуществляющих уход, и семьи к участию в программе.** Этого можно достигнуть через совместные занятия, выявление семейных факторов и создание условий для встречи и взаимодействия членов семьи с детьми и молодыми людьми в местах лишения свободы.
- **Привлекайте партнеров молодых людей в местах лишения свободы к участию в программе.** Это особенно ценно для мужчин, являющихся партнерами девушек-подростков, при обсуждении взаимоотношений, насилия, беременности и предотвращения ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (Davis et al., 2016).

Методика работы

- **Предоставляйте КСО с учетом психологических травм.** Многие дети и молодые люди в местах лишения свободы пережили насилие, психологические травмы и сексуальное насилие; и они могут подвергнуться травме в будущем в рамках системы задержания. (Подробнее см. на стр. 14.)
- **Используйте критическую педагогику (см. глоссарий терминов) для расширения возможностей участников как на индивидуальном уровне, так и на уровне сообщества.** Ее также следует использовать, чтобы помочь им изменить социальное неравенство, которое формирует жизнь детей и молодых людей, содержащихся под стражей в учреждениях системы задержания. В учреждениях, характеризующихся насилием и иерархией, например в центрах для задержанных лиц и тюрьмах, предоставление коллективистских, критических моделей КСО может расширить возможности. Коллективистское образование может предоставлять участникам возможность лучше себя почувствовать в условиях подавления и унижения человеческого достоинства во время содержания под стражей. Вместо дидактического подхода, ориентированного на предотвращение заболеваний, программы должны на первое место выдвигать обучение с учетом условий жизни участников, стратегий их выживания и факторов, ограничивающих их в принятии решений. Это также будет способствовать пониманию между участниками и лицами, занимающимися реализацией программ (Fields et al., 2008).
- **Используйте как групповые, так и индивидуальные занятия (Davis et al., 2016).** Групповые занятия предпочтительнее проводить, когда важно добиться взаимодействия между сверстниками, обратной связи и влияния, например с подростками мужского пола, совершившими сексуальное преступление (Dwyer and Boyd, 2009). При наличии возможности индивидуальные занятия можно проводить в ситуациях, когда групповые занятия трудно проводить по причине отвлекающих факторов и прерывания или при изучении более деликатного материала либо в случае необходимости удовлетворить индивидуальные потребности.

Реализация программы

- **Обучайте фасилитаторов и помогайте им применять навыки, рекомендуемые при работе в учреждениях содержания под стражей несовершеннолетних.** К таким навыкам можно отнести вмешательство для положительной коррекции поведения, организацию учебного процесса для устранения деструктивных моделей поведения и помощь учащимся в удовлетворении их социальных и эмоциональных потребностей. В идеале, фасилитаторы должны иметь опыт обучения

детей и молодых людей в условиях повышенного риска и постоянно развивать свои профессиональные навыки (US DOE & DOJ, 2014).

- **Используйте дисциплинирующие подходы для повышения доверия между фасилитаторами и участниками.** Фасилитаторы должны решать проблемы ненадлежащего поведения, обладая четкими, соответствующими и непротиворечивыми ожиданиями в отношении участников и пониманием возможных последствий. Участники должны чувствовать себя в безопасности и ощущать поддержку в любое время, особенно потому что у многих из них не было положительного опыта общения с педагогами в прошлом (US DOE & DOJ, 2014).

Основные документы и учебная программа

- *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons* (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007)
- *Меры по профилактике ВИЧ-инфекций в тюрьмах: профилактика передачи инфекции половым путем* (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007)
- *Healthy Sexual Development of Children in Prison* (Howard League for Penal Reform, 2015)
- *Young Lives behind Bars: The Health and Human Rights of Children and Young People Detained in the Criminal Justice System* (British Medical Association, 2014)
- *Guiding Principles for Providing High-Quality Education in Juvenile Justice Secure Care Settings* (US DOE & DOJ, 2014)
- Минимальные стандартные правила Организации Объединенных Наций, касающиеся отправления правосудия в отношении несовершеннолетних (*Пекинские правила*) (United Nations, 1985)

Глоссарий терминов

Используемые в данном документе термины и понятия согласуются с общепринятыми определениями, а также с определениями, которые используются в документах, подготовленных Организацией Объединенных Наций и ее учреждениями.

Агендер — человек, не идентифицирующий себя ни с каким гендером.

Асексуал — человек, не испытывающий сексуального влечения к другим и проявляющий незначительный интерес или не проявляющий никакого интереса к половой жизни или желания вести половую жизнь.

Безопасное пространство — физическое или виртуальное место или среда, где отдельный человек или группа людей могут быть уверены в том, что не подвергнутся дискриминации, критике, сексуальным домогательствам или другому пагубному эмоциональному или физическому воздействию.

Бисексуал — человек, испытывающий влечение к людям более чем одного гендера.

Буллинг (травля) — периодически повторяющееся поведение, при котором человеку намеренно причиняется вред или дискомфорт посредством физического контакта, словесных атак или психологических манипуляций. Явно прослеживается неравенство сил.

Гей — человек, который испытывает романтические чувства или сексуальное влечение в первую очередь или исключительно к лицам одного с ним пола или гендера и/или находится в отношениях с такими лицами. Этот термин применяется обычно к мужчинам, но им описывают себя и некоторые женщины.

Гендер — социально сформированные характеристики, приписываемые женщинам или мужчинам, такие как нормы, роли, характерные признаки и взаимоотношения между группами женщин и мужчин, девушек и юношей. Эти характеристики познаются в процессах социализации.

Гендерная идентичность — глубоко заложенное в человеке ощущение его гендерной принадлежности, которое может соответствовать и может не соответствовать его полу, зарегистрированному при рождении.

Гендерная некомформность — несоответствие ожидаемых или стандартных гендерных ролей и норм или гендерного самовыражения полу человека или только одному полу.

Гендерное насилие — насилие, совершаемое в отношении человека на основании гендерной дискриминации, гендерно-ролевых ожиданий и/или гендерных стереотипов либо из-за гендерно обусловленных различий в обладании властью, что приводит (или может привести) к причинению физического, сексуального или психологического вреда или страданий.

Гендерное самовыражение — то, как человек выражает свою гендерную принадлежность в окружающем его мире, например через свое имя, одежду, стиль, манеру ходить и жестикулировать, говорить и общаться, через свои социальные роли и поведение в целом.

Гендерно-небинарный — человек, чья гендерная идентичность не ассоциируется с принадлежностью исключительно к женскому или исключительно к мужскому полу.

Гендерные нормы или роли — культурно-обусловленные ожидаемые, допустимые, приемлемые, желаемые или значимые модели поведения и отношения, основанные на фактической или субъективно ощущаемой гендерной принадлежности человека.

Гомосексуал — человек, который испытывает романтические чувства и/или сексуальное влечение в первую очередь к лицам одного с ним пола или гендера.

Гомофобия — страх, дискомфорт, нетерпимость или ненависть в отношении гомосексуальности и в отношении людей, которые являются геями или воспринимаются как таковые.

Гомофобное насилие — насилие по отношению к человеку по причине его фактической или предполагаемой гомосексуальности.

Гуманитарные кризисы / чрезвычайные ситуации гуманитарного характера — одиночные события или ряд событий, таких как, например, вооруженные конфликты, эпидемии, стихийные бедствия и голод, угрожающие здоровью, благополучию или безопасности сообщества или большой группы людей.

Дискриминация — любое несправедливое обращение или необоснованное отличие в обращении с человеком по признаку расы, пола, религии, национальности, этнической принадлежности, сексуальной ориентации, инвалидности, возраста, языка, социального происхождения или иного статуса.

Домогательство (приставание, преследование) — любое неуместное и неприятное поведение, которое, по обоснованным предположениям, является оскорбительным или унижительным для другого лица либо воспринимается как таковое. Домогательство (приставание, преследование) может осуществляться при помощи слов, жестов или действий, которые способны вызывать у другого человека раздражение, тревогу, чувство обиды, унижения, страха, обесценивания своей личности или смущения, либо которые создают вокруг человека пугающую, враждебную или агрессивную среду.

Задержание / содержание под стражей — лишение личной свободы, кроме случаев вынесения обвинений за правонарушение (что является заключением).

Инклюзивное образование — образование, которое направлено на удовлетворение различных потребностей всех без исключения учащихся и снижает степень их исключения из учебного процесса.

Интерсекс (интерсексуал) — человек, родившийся с половыми признаками (включая гонады и хромосомный набор), которые не соответствуют бинарным представлениям о мужском или женском теле. «Интерсекс» — это собирательный термин, используемый для описания широкого спектра естественных вариаций организма.

Информированное согласие — добровольное согласие выполнять или принимать участие в чем-либо или предоставление разрешения выполнить что-либо, например медицинскую процедуру, с полным пониманием фактов, рисков, пользы и возможных последствий.

Ключевые группы населения — группы населения, которые особо уязвимы к инфекции ВИЧ, в том числе мужчины-геи и другие лица мужского пола, практикующие секс с мужчинами, секс-работники, трансгендеры, лица, употребляющие инъекционные наркотики, заключенные и лица, содержащиеся под стражей.

Конфиденциальность — состояние или условие отсутствия контроля или вмешательства со стороны других людей. Право на конфиденциальность — это право быть свободным от влияния или вмешательства, включая не санкционированные или нежелательные действия со стороны государства или отдельных лиц.

Коренное население — население, изначально проживающее в конкретном регионе, — по сравнению с группами людей, которые заселили, заняли или колонизировали данную местность позднее, — которое сохранило социокультурные характеристики, отличающие его от доминантной культуры сообществ в регионе их проживания.

Критическая педагогика — метод обучения, основанный на работе бразильского педагога Паоло Фрейре, ориентированный на маргинализированных или притесняемых учащихся, для решения вопросов и задач по изменению превалирующей динамики сил и доминирования, а также стимулирующий их к практическим действиям с целью изменения сложившейся ситуации.

Лесбиянка — женщина, главным образом испытывающая сексуальное влечение и/или романтические чувства к людям одного с ней пола или гендера.

Люди с ограничениями жизнедеятельности — люди, имеющие длительно сохраняющиеся физические, умственные, сенсорные или психосоциальные расстройства, которые наряду с различными трудностями могут препятствовать их полноценному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми.

Молодой человек — человек в возрасте от 10 до 24 лет.

Насилие — любое действие, явное или символическое, которое причиняет или может причинить физический, сексуальный или психологический вред.

Пансексуал — человек, который испытывает сексуальное влечение и/или романтические чувства к людям вне зависимости от их гендерной самоидентификации.

Педагогика — способ представления учащимся образовательного контента, в том числе с использованием разнообразных методик, учитывающих индивидуальные различия в способах усвоения материала и помогающих разным учащимся активно взаимодействовать с изучаемым материалом и более эффективно его усваивать.

Подросток — человек в возрасте от 10 до 19 лет. (Ребенок — это человек в возрасте до 18 лет, а молодой человек — это лицо в возрасте от 10 до 24 лет).

Подход, меняющий гендерные отношения — подход, пропагандирующий гендерное равенство и борьбу с неравенством гендерных ролей, норм, отношений и гендерного статуса.

Подход с учетом психологической травмы — подход, который полностью учитывает осведомленность о психологических травмах в политиках, процедурах и практиках и направлен на активное предотвращение повторного получения таких травм.

Пол — биологические и физиологические характеристики (генетические, эндокринные и анатомические), используемые для разделения людей на мужчин и женщин.

Принуждение — применение силы или угроз с целью заставить человека что-либо сделать.

Равенство — справедливое и непредвзятое обращение с человеком, в том числе равное либо дифференцированное обращение с целью устранения дисбаланса в части прав, преимуществ, обязательств и возможностей.

Ребенок — человек в возрасте до 18 лет (определение ООН).

Репродуктивное здоровье — состояние полного физического, психического и социального благополучия во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, а не только отсутствие связанных с ней болезней или недугов. Репродуктивное здоровье включает в себя репродуктивные процессы, функции и системы на всех этапах жизни и подразумевает, что люди могут вести безопасную и приносящую удовлетворение половую жизнь, воспроизводить потомство и быть свободными в принятии решений о том, когда и как часто это делать.

Репродуктивные права — право всех пар и отдельных лиц свободно и ответственно решать, сколько детей они хотят иметь, когда и через какие промежутки времени, без дискриминации, принуждения и насилия, и получать необходимые для этого информацию, образование и средства, а также право на наивысший достижимый уровень сексуального и репродуктивного здоровья.

Самоопределение — процесс, помогающий людям контролировать свою жизнь, быть свободными от принуждения или насилия, а также их право вести такой образ жизни.

Сексуальная ориентация — сексуальная идентичность человека в плане пола/гендера или пола/гендера, который их привлекает в сексуальном и/или романтическом плане, включая лиц противоположного пола (гетеросексуалы), одного пола (гомосексуалы), разных полов (бисексуалы или пансексуалы) или лиц, не испытывающих полового влечения ни к кому (асексуалы).

Сексуальное здоровье — состояние физического, эмоционального и социального благополучия в отношении сексуальности, а не просто отсутствие болезни, дисфункции или немоции. Сексуальное здоровье требует позитивного и уважительного подхода к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможности получать приятный и безопасный сексуальный опыт без принуждения, дискриминации и насилия. Для достижения и поддержания сексуального здоровья необходимо уважать, защищать и соблюдать сексуальные права всех людей.

Сексуальные меньшинства — группы, чья сексуальная идентичность, ориентация, характеристики или практики отличаются от общепринятых, в том числе люди, не являющиеся гетеросексуалами, и те, кто относит себя к трансгендерам, интерсексам или гендерно-некомформным людям.

Серьезная игра — серьезная игра, или прикладная игра — это игра, разработанная не с целью развлечения, а чаще всего с образовательной целью. Серьезные игры немного напоминают имитационное моделирование, например используется рассказ историй, но при этом оно преподносится в забавной и соревновательной форме, чтобы повысить педагогическую ценность.

Снижение вреда — стратегии снижения негативных последствий потенциально вредных моделей поведения человека, таких как употребление наркотиков или наличие нескольких сексуальных партнеров, вместо искоренения такого поведения.

Стигма — мнения или суждения отдельных лиц или общества в целом, которые негативно отражаются на отдельном человеке или группе людей. Результатом действий, продиктованных стигматизацией, является дискриминация.

Трансгендер — человек, чье внутреннее ощущение собственного гендера (гендерная идентичность) отличается от пола, зарегистрированного при рождении. Трансген-

дер может идентифицировать себя как мужчину или женщину, как сочетание гендеров или как ни один из гендеров.

Трансфобия — страх, дискомфорт, нетерпимость или ненависть к людям, которые являются трансгендерами или воспринимаются как таковые.

Трансфобное насилие — насилие, проявленное в отношении кого-либо по причине того, что данное лицо является или воспринимается как трансгендер или гендерно-некомформный человек.

Учебная программа — документ, определяющий цели обучения, стандарты, содержание, модули и уроки или занятия по конкретному курсу или обучающей программе.

Цисгендер — человек, чья гендерная идентичность совпадает с его биологическим полом.

International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School CSE

Annex – References

ABAAD Resource Center for Gender Equality. (2016). *Capacity Needs and Resources of Mental Health Practitioners in Syria: Rapid Participatory Assessment*. Beirut: ABAAD. Available at: <https://www.abaadmena.org/documents/ebook.1478606836.pdf>. Accessed in October 2019.

_____ (2018). *Healthy Relationships, Healthy Communities Curriculum: Incorporating Mental Health, Social Norms and Advocacy Approaches to Reduce Intimate Partner Abuse*. Beirut: ABAAD. Available at: <https://www.abaadmena.org/documents/ebook.1540211419.pdf>. Accessed in October 2019.

Abramsky, Tanya et al. (2014). Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine*, vol. 12, 122. doi: 10.1186/s12916-014-0122-5.

_____ (2016). Ecological pathways to prevention: how does the SASA! community mobilisation model work to prevent physical intimate partner violence against women? *BMC Public Health*, vol. 16, 339. doi: 10.1186/s12889-016-3018-9.

Action for Children (2016). *A Guide to Supporting Trans Children and Young People*. Watford (UK): Action for Children.

Addlakha, Renu, Janet Price, and Shirin Heidari. (2017). Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reproductive Health Matters*, vol. 25, No. 50, pp. 4-9.

Aderemi, Toyin J. (2014). Teachers' perspectives on sexuality and sexuality education of learners with intellectual disabilities in Nigeria. *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 3, pp. 247-58.

Aderemi, Toyin J., Basil J. Pillay, and Tonya M. Esterhuizen. (2013). Differences in HIV knowledge and sexual practices of learners with intellectual disabilities and non-disabled learners in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, No. 1, 17331. doi: 10.7448/IAS.16.1.17331.

Advocates for Youth. (2002). *Parents and Advocates for Comprehensive Sexuality Education in Schools*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

_____ (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

Agenda for Humanity. (2016). Initiative: Compact for Young People in Humanitarian Action Summary. Available at: <https://www.agendaforhumanity.org/initiatives/3829>. Accessed in October 2019.

Alberta Health Services. (2017). *Sexual Health Education for Students with Differing Abilities*. Calgary: Alberta Health Services.

Alliance of Girls' Schools Australasia (AGSA). (2016). Single-sex Education for Girls: The Research. Available at: <https://www.agsa.org.au/why-a-girls-school-the-research/>. Accessed in October 2019.

Alves Peres, Camila, et al. (2002). Developing an AIDS prevention intervention for incarcerated male adolescents in Brazil. *AIDS Education and Prevention*, vol. 14, No. 5, Supplement B, pp. 36-44.

Anarchist Zine Library. (n.d.) *Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People*. Anarchist Zine Library. Available at: <http://azinelibrary.org/zines/Transcending-Anatomy-1-A-Guide-to-Bodies-and-Sexuality-for-Partners-of-Trans-People>. Accessed in October 2019.

Anderson, RaeAnn E., Timothy J. Geier, and Shawn P. Cahill. (2016). Epidemiological associations between posttraumatic stress disorder and incarceration in the National Survey of American Life. *Criminal Behaviour and Mental Health*, vol. 26, No. 2, pp. 110-23.

Aninanya, Gifty A. et al. (2015). Effects of an adolescent sexual and reproductive health intervention on health service usage by young people in northern Ghana: a community-randomised trial. *PLoS One*, vol. 10, No. 4, e0125267. doi: 10.1371/journal.pone.0125267.

APA (American Psychological Association) (2008). *Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*. Washington, D.C.: APA. Available at: <https://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>. Accessed in October 2019.

APN+ (Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS). (2013). *Lost in Transitions: Current issues faced by adolescents living with HIV in Asia Pacific*. Bangkok: APN+.

APTNet (Asia Pacific Transgender Network). (2016). *APTNet Fact Sheets: Being Trans in Asia and the Pacific*. Bangkok: APTNet.

AUB (American University of Beirut), and UNICEF (2015). *Good Practices in Adolescent and Youth Programming*. Available at: https://goodpracticessite.files.wordpress.com/2016/03/1-good-practices_compressed1.pdf. Accessed in October 2019.

Aung, Poe Poe et al. (2017). Effectiveness of an integrated community- and clinic-based intervention on HIV testing, HIV knowledge, and sexual risk behavior of young men who have sex with men in Myanmar. *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, No. 2, pp. S45-S53.

Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare. (2018). Youth Justice. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports-statistics/health-welfare-services/youth-justice/overview>. Accessed in October 2019.

Austrian, Karen et al. (2018). *Adolescent Girls Empowerment Programme: Endline Technical Report*. Lusaka: Population Council.

AVAC (Global Alliance for HIV Prevention), ATHENA Network, Salamander Trust. (2017). *Key Barriers to Women's Access to HIV Treatment: A Global Review*. New York: UN Women.

AVERT (AIDS Virus Education and Research Trust). (2018). Young People, HIV and AIDS. Available at: https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/young-people#footnoteref108_9wmeeo7. Accessed in October 2019.

_____. (2019). People Who Inject Drugs, HIV and AIDS. Available at: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/people-inject-drugs>. Accessed in October 2019.

Bailey, Julia V. et al. (2010). Interactive computer-based interventions for sexual health promotion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 9, Cd006483.

_____. (2012). Computer-based interventions for sexual health promotion: systematic review and meta-analyses. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 23, No. 6, pp. 408-13.

Bandiera, Oriana et al. (2020). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 12, No. 1, pp. 210-59.

Banister, Elizabeth M., and Deborah L. Begoray. (2006). A community of practice approach for Aboriginal girls' sexual health education. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 15, No. 4, pp. 168-73.

Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. (2007). *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: WHO.

Barker, Gary et al. (2010). Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, vol. 5, No. 5, pp. 539-53.

Baral, Stefan D. et al. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, No. 3, pp. 214-22.

Baxley, Diann L., and Anna L. Zendell. (2011). *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities: An Instructional Guide for Parents/Caregivers of Individuals with Developmental Disabilities*. Florida Developmental Disabilities Council, Inc. Available at: <https://www.fddc.org/sites/default/files/file/publications/Sexuality%20Guide-Parents-English.pdf>. Accessed in October 2019.

Baryamutuma, Rose, and Florence Baingana. (2011). Sexual, reproductive health needs and rights of young people with perinatally acquired HIV in Uganda. *African Health Sciences*, vol. 11, No. 2, pp. 211-18.

Baum, Fran, Colin MacDougall, and Danielle Smith. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, No. 10, pp. 854-57.

Bekker, Linda-Gail and Sybil Hosek. (2015). HIV and adolescents : focus on young key populations. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 18, No.2, Supplement 1, 20076.

Benjet, Corina et al. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, vol. 46, No. 2, pp. 327-43.

Blackless, Melanie et al. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, vol. 12, No. 2, pp. 151-66.

Blum, Robert W., Kristin Mmari, and Caroline Moreau. (2017). It begins at 10: how gender expectations shape early adolescence around the world. *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, No. 4, pp. S3-S4.

BMA (British Medical Association). (2014). *Young lives behind bars: The health and human rights of children and young people detained in the criminal justice system*. London: BMA.

Boehning, Alison. (2006). Sex education for students with disabilities. *Law & Disorder*, No. 1, pp. 59-66.

Bridges, Emily. (2011). *Young People Living with HIV around the World: Challenges to Health and Well-being Persist*. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

Broadband Commission for Sustainable Development, ITU, and UNESCO. (2018). *The State of Broadband 2018: Broadband Catalyzing Sustainable Development*. Available at: http://www.mcit.gov.sg/Publication/Publication_Summary/6119. Accessed in October 2019.

Brothers, Jennifer et al. (2016). Young women living with HIV: outcomes from a targeted secondary prevention empowerment pilot trial. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 30, No. 5, pp. 229-35.

Brown, Graham, Anne Sorenson, and Janina Hildebrand. (2012). How they got it and how they wanted it: marginalised young people's perspective on their experiences of sexual health education. *Sex Education*, vol. 12, No. 5, pp. 599-612.

Brown, Jane D., and Kelly L'Engle. (2009). X-rated: Sexual attitudes and behaviours associated with U.S. early adolescents' exposure to sexually explicit media. *Communication Research*, vol. 36. No. 1, pp. 129-51.

Bryan, Angela D., Sarah J. Schmiede, and Michelle R. Broadus. (2009). HIV risk reduction among detained adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, vol. 124, No. 6, pp. e1180-88.

Bull, Sheana et al. (2009). Effects of an internet-based intervention for HIV prevention: the Youthnet trials. *AIDS and Behavior*, vol. 13, No. 3, pp. 474-87.

Busza, Joanna et al. (2014). Triple jeopardy: adolescent experiences of sex work and migration in Zimbabwe. *Health & Place*, vol. 28, pp. 85-91.

_____ (2016). Underage and underserved: reaching young women who sell sex in Zimbabwe. *AIDS Care*, vol. 28, Supplement 2, pp. 14-20.

Buzwell, Simone, and Doreen Rosenthal. (1996). Constructing a sexual self: adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*, vol. 6, No. 4, pp. 489-513.

Campbell, Catherine, and Catherine MacPhail. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, vol. 55, No. 2, pp. 331-45.

CARDEA (2016). *A Guide to Trauma-informed Sex Education*. Austin (TX): CARDEA.

Cardoza, Vicky J et al. (2012). Sexual health behavior interventions for U.S. Latino adolescents: a systematic review of the literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 25, No. 2, pp. 136-49.

Carroll, Angus, and Lucas Ramon Mendos. (2017). *State-Sponsored Homophobia 2017: A World Survey of Sexual Orientation Laws: Criminalisation, Protection and Recognition*. Geneva: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA). Available at: https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf. Accessed in October 2019.

Center of Excellence for Transgender Health. (2018). Counting Trans Populations: It's Important to Be Counted! Available at: <https://prevention.ucsf.edu/transhealth/education/data-recs-summary>. Accessed in October 2019.

Chae, Sophia and Thoai D. Ngo. (2017). *The Global State of Evidence on Interventions to Prevent Child Marriage: GIRL Center Research Brief No. 1*. New York: Population Council.

Chandra-Mouli, Venkatraman, Catherine Lane, and Sylvia Wong. (2015a). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, vol. 3, No. 3, pp. 333-40.

Chandra-Mouli, Venkatraman et al. (2015b). Twenty years after International Conference on Population and Development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S1-S6.

_____. (2017). Implications of the Global Early Adolescent Study's formative research findings for action and for research. *Journal of Adolescent Health*, vol. 61, Supplement 4, pp. S5-S9.

CHANGE. (2009). *Talking about Sex and Relationships: The Views of Young People with Learning Disabilities*. Leeds (UK): CHANGE.

Chappell, Paul et al. (2018). Educators' perceptions of learners with intellectual disabilities' sexual knowledge and behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sex Education*, vol. 18, No. 2, pp. 125-39.

Chersich, Matthew F. et al. (2013). Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16, No. 1, 17980. doi: 10.7448/IAS.16.1.17980.

Chin, Helen B. et al. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 42, No. 3, pp. 272-94.

Chirawu, Petronella et al. (2014). Protect or enable? Teachers' beliefs and practices regarding provision of sexuality education to learners with disability in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexuality and Disability*, vol. 32, No. 3, pp. 259-77.

Christensen, John L. et al. (2013). Reducing shame in a game that predicts HIV risk reduction for young adult MSM: a randomized trial delivered nationally over the Web. *Journal of the International AIDS Society*, vol 16, No. 3, Supplement 2, 18716. doi:10.7448/ias.16.3.18716.

Clements-Nolle, Kristen et al. (2001). HIV prevalence, risk behaviours, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *American Journal of Public Health*, vol. 91, No. 6, pp. 915-21.

Colvin, Christopher J., Oliver Human, and Dean Peacock. (2009). *"It Looks Like Men Are Competing with Rights Nowadays": Men's Perceptions of Gender Transformation in South Africa*. Cape Town, South Africa: Sonke Gender Justice Network.

Commission on Sex in Prison. (2015). *Healthy Sexual Development of Children in Prison: Briefing Paper 4*. London: The Howard League for Penal Reform.

Connell, Catherine, and Sinikka Elliott. (2009). Beyond the birds and the bees: learning inequality through sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 4, No. 2, pp. 83-102.

Conner, Brendan M., Ayesha Mago, and Sarah Middleton-Lee. (2014). *Sexual and Reproductive Health Needs and Access to Health Services for Adolescents under 18 Engaged in Selling Sex in Asia Pacific*. Amsterdam: HIV Young Leaders Fund.

Coren, Esther, et al. (2016). Interventions for promoting reintegration and reducing harmful behaviour and lifestyles in street-connected children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1, Cd009823. doi: 10.1002/14651858.CD009823.pub3.

Cornish, Fora, and Catherine Campbell. (2009). The social conditions for successful peer education: a comparison of two HIV prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American Journal of Community Psychology*, vol. 44, Nos. 1-2, pp. 123-35.

Cousineau, Tara M. et al. (2010). Teaching adolescents about changing bodies: randomized controlled trial of an Internet puberty education and body dissatisfaction prevention programme. *Body Image*, vol. 7, No. 4, pp. 296-300.

Couwenhoven, Terri. (2007). *Teaching Children with Down Syndrome about Their Bodies, Boundaries, and Sexuality: A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda, MD: Woodbine House.

CRIN (Child Rights International Network). (2015). *Inhuman Sentencing: Life Imprisonment of Children Around the World*. Available at: https://archive.crin.org/sites/default/files/life_imprisonment_children_global_0.pdf. Accessed in October 2019.

Davies, Judith. (1996). *Sexuality Education for Children with Visual Impairments* (doctoral dissertation, Dalhousie University). Available at: <https://www.tsbvi.edu/materials-items/3254-sexuality-education-for-children-with-visual-impairments>. Accessed in October 2019.

Davis, Teaniese L. et al. (2016). Lessons learned from delivering Imara, an HIV/STI risk reduction intervention for African American girls in juvenile detention. *Health Promotion Practice*, vol. 17, No. 1, pp. 31-39.

de Reus, Liset et al. (2015). Challenges in providing HIV and sexuality education to learners with disabilities in South Africa: the voice of educators. *Sex Education*, vol. 15, No. 4, pp. 333-47.

de Vries, Annelou L.C. et al. (2014). Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics*, vol. 134, No. 4, pp. 696-704.

Dearfield, Craig T., Anthony J. Barnum, and Robin H. Pugh-Yi. (2017). Adapting Paulo Freire's pedagogy for health literacy interventions. *Humanity & Society*, vol. 41, No. 2, pp. 182-208.

Des Jarlais, Don C., and Salaam Semaan. (2008). HIV prevention for injecting drug users: the first 25 years and counting. *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, No. 5, pp. 606-11.

DeSmet, Ann et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of interventions for sexual health promotion involving serious digital games. *Games for Health Journal*, vol. 4, No. 2, pp. 78-90.

Deutscher Ethikrat [German Ethics Council]. (2012). *Intersexualität: Stellungnahme* [Intersexuality: Position Paper]. Berlin: Deutscher Ethikrat.

DiClemente, Ralph J et al. (2009). Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 163, No. 12, pp. 1112-21.

_____ (2014). Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women & Health*, vol. 54, No. 8, pp. 726-49.

Disabilities Health Research Network. (2009). *PleasureABLE: Sexual Device Manual for Persons with Disabilities*.

Disabled World. (2017). Disability Sexuality: Sex and the Disabled Information. Available at: <https://www.disabled-world.com/disability/sexuality/>. Accessed in October 2019.

Doughty, Adam H., and Lindsey M. Kane. (2010). Teaching abuse-protection skills to people with intellectual disabilities: a review of the literature. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, No. 2, pp. 331-37.

Downing, Jennifer et al. (2011). A systematic review of parent and family-based intervention effectiveness on sexual outcomes in young people. *Health Education Research*, vol. 26, No. 5, pp. 808-33.

Downs, Julie S. et al. (2015). Behavioural decision research intervention reduces risky sexual behaviour. *Current HIV Research*, vol. 13, No. 5, pp. 439-46.

Doyle, Aoife M. et al. (2010). Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: follow-up survey of the community-based MEMA kwa Vijana Trial. *PLoS Medicine*, vol. 7, No. 6, e1000287. doi: 10.1371/journal.pmed.1000287.

_____ (2011). The long-term impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual and reproductive health intervention: effect of dose and time since intervention exposure. *PLoS ONE*, vol. 6, No. 9, e24866. doi:10.1371/journal.pone.0024866.

Duby, Zoe, Chipo Natasha Zulu, and Karen Austrian. (2016). *Adolescent Girls Empowerment Programme in Zambia: Qualitative Evaluation Report*. Lusaka: Population Council.

Dworkin, Shari L., Paul J. Fleming, and Christopher J. Colvin. (2015). The promises and limitations of gender-transformative health programming with men: critical reflections from the field. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 128-43.

Dworkin, Shari L., Sarah Treves-Kagan, and Sheri A. Lippman. (2013). Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 9, pp. 2845-63.

Dwyer, R. Gregg, and Mary S. Boyd. (2009). Sex education for male adolescent sex offenders in a group setting led by general psychiatry residents: a literature review and example in practice. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 4, Nos. 3-4, pp. 208-24.

Eastgate, Gillian. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, vol. 50, pp. s255-59.

Edlin, Brian R. et al. (2005). Overcoming barriers to prevention, care, and treatment of hepatitis C in illicit drug users. *Clinical Infectious Diseases*, vol. 40, Supplement 5, pp. S276-85.

Eison, Kaile, and Heakyung Kim. (2018). HIV in Children and Adolescents. PM&R KnowledgeNow. Available at: <https://now.aapmr.org/hiv-in-children-and-adolescents/>. Accessed in October 2019.

Ellery, Frances, Gerison Lansdown, and Corinna Csáky. (2011). *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*. London: Save the Children UK, and Handicap International.

Ellsberg, Mary et al. (2015). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, vol. 385, No. 9977, pp. 1555-66.

Engel, Danielle Marie Claire et al. (2019). A package of sexual and reproductive health and rights interventions – what does it mean for adolescents? *Journal of Adolescent Health*, vol. 65, No. 6, Supplement, pp. S41-50.

EngenderHealth, GNP+, ICW (International Community of Women Living with HIV/Aids), IPPF, UNAIDS, and Young Positives. (2009.) *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of People Living With HIV: A Guidance Package*. Amsterdam: GNP+.

Erulkar, Annabel S., and Eunice Muthengi. (2007). *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education & Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

_____ (2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.

Erulkar, Annabel S. et al. (2013). Evaluation of “Biruh Tesfa” (Bright Future) program for vulnerable girls in Ethiopia. *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 8, No. 2, pp. 182-92.

Esmail, Shaniff et al. (2010a). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, vol. 32, No. 14, pp. 1148-55.

_____ (2010b). *Best-Practice: Sexuality Education for Children and Youth with Physical Disabilities: Developing a Curriculum Based on Lived Experiences*. Canadian Council on Learning. Available at: http://en.copian.ca/library/research/ccl/best_practice/best_practice.pdf. Accessed in October 2019.

European Commission Directorate-General for Justice. (2012). *Trans and Intersex People: Discrimination on the Grounds of Sex, Gender Identity and Gender Expression*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.

Every Woman Every Child. (2017). *Technical Guidance for Prioritizing Adolescent Health*.

Faulkner, Monica, and Lisa Schergen. (2014). *Trauma Informed Sex Education*. Child and Family Research Institute at the University of Texas at Austin, and Cardea Services. Available at: https://www.hhs.gov/ash/oah/sites/default/files/ash/oah/oah-initiatives/teen_pregnancy/training/Assests/2014%20Conference/trauma_informed_sexed.pdf. Accessed in October 2019.

Fava, Nicole M., and Laina Y. Bay-Cheng. (2013). Trauma-informed sexuality education: recognising the rights and resilience of youth. *Sex Education*, vol. 13, No. 4, pp. 383-94.

Felitti, Vincent J. et al (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, No. 4, pp. 245-58.

Fellmeth, Gracia L.T. et al. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 6, Cd004534. doi: 10.1002/14651858.CD004534.pub3.

FHI 360. (2010). *Evidence-based Guidelines for Youth Peer Education*. Washington, D.C.: FHI 360.

Fields, Jessica, and Signy Toquinto. (2017). Sexuality education in the context of mass incarceration: interruptions and entanglements. In *The Palgrave Handbook of Sexuality Education*, Louisa Allen and Mary Lou Rasmussen, eds. London: Palgrave Macmillan.

Fields, Jessica et al. (2008). Learning from and with incarcerated women: emerging lessons from a participatory action study of sexuality education. *Sexuality Research & Social Policy*, vol. 5, No. 2, pp. 71-84.

Firestone, Rebecca, et al. (2016). Intensive group learning and on-site services to improve sexual and reproductive health among young adults in Liberia: a randomized evaluation of *HealthyActions*. *Global Health: Science and Practice*, vol. 4, No. 3, pp. 435-51.

Fisher, Christopher M. (2009). Queer youth experiences with abstinence-only-until-marriage sexuality education: "I can't get married so where does that leave me?" *Journal of LGBT Youth*, vol. 6, No. 1, pp. 61-79.

Florida Developmental Disabilities Council. (2011). *Sexuality across the Lifespan for Children and Adolescents with Developmental Disabilities*. Tallahassee (FL): Florida Developmental Disabilities Council.

Fox, Madeline et al. (2010). Critical youth engagement: participatory action research and organizing. In *Handbook of Research on Civic Engagement in Youth*, Lonnie R. Sherrod, Judith Torney-Purta, and Constance A. Flanagan, eds. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Freudenberg, Nicholas et al. (2010). Reducing drug use, HIV risk, and recidivism among young men leaving jail: evaluation of the REAL MEN re-entry programme. *Journal of Adolescent Health*, vol. 47, No. 5, pp. 448-55.

Frontline AIDS. (2015). *Empowering Each Other: Young People Who Sell Sex in Ethiopia – a Case Study from the Link Up Project*. Hove (UK): Frontline AIDS.

Garbutt, Ruth. (2008). Sex and relationships for people with learning disabilities: a challenge for parents and professionals. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, vol. 5, No. 2, pp. 266-77.

Gerhardt, Peter F (n.d.). *Sexuality & Sexuality Instruction with Learners with Autism Spectrum Disorders and Other Developmental Disabilities*. Available at: https://www.gvsu.edu/cms4/asset/64CB422A-ED08-43F0-F795CA9DE364B6BE/gerhardt_sexuality_ppt.pdf. Accessed in October 2019.

_____ (2013). *Puberty, Sexuality, & Adaptive Behaviour with Learners with Autism Spectrum Disorders*. Available at: <https://search.naric.com/research/rehab/documents/O19258%20-%20Power%20Point.pdf>. Accessed in October 2019.

Gibbs, Andrew, Cathy Vaughan, and Peter Aggleton. (2015). Beyond 'working with men and boys': (re)defining, challenging and transforming masculinities in sexuality and health programmes and policy. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 85-95.

Ginevra, Maria Cristina, Laura Nota, and Mark A. Stokes. (2016). The differential effects of autism and Down's syndrome on sexual behaviour. *Autism Research*, vol. 9, No. 1, pp. 131-40.

Girls Not Brides. (2018). *Child Marriage in Humanitarian Settings*. Available at: <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/05/Child-marriage-in-humanitarian-settings.pdf>. Accessed in October 2019.

Girls Not Brides, and Population Council. (2017). *Abriendo Oportunidades ('Opening Opportunities'): Theory of Change Case Study*. Available at: <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/02/Case-Study-Empower-girls-Population-Council-Guatemala.pdf>. Accessed in October 2019.

Global Health Learning Centre. (2013). *mHealth Basics: Introduction to Mobile Technology for Health*. Washington, D.C.: Global Health Learning Centre.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS), and INPUD (International Network of People who Use Drugs). (2010). *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of Injecting Drug Users Living with HIV: A Policy Briefing*. Available at:

[http://www.inpud.net/Advancing Sexual Reproductive Health Human Rights Injecting Drug Users Living with HIV 2010.pdf](http://www.inpud.net/Advancing_Sexual_Reproductive_Health_Human_Rights_Injecting_Drug_Users_Living_with_HIV_2010.pdf). Accessed in October 2019.

GNP+ (Global Network of People Living with HIV/AIDS), and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Positive Health, Dignity and Prevention: Operational Guidelines*. Geneva and Amsterdam: UNAIDS and GNP+.

Go, Vivian F. et al. (2013). Effects of an HIV peer prevention intervention on sexual and injecting risk behaviours among injecting drug users and their risk partners in Thai Nguyen, Vietnam: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, vol. 96, pp. 154-64.

Goesling, Brian et al. (2014). Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual risk behaviors: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, vol. 54, No. 5, pp. 499-507.

Goldberg, Eudice et al. (2009). A human immunodeficiency virus risk reduction intervention for incarcerated youth: a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, No. 2, pp. 136-45.

Gougeon, Nathalie A. (2009). Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach: outing the ignored curriculum. *Sex Education*, vol. 9, No. 3, pp. 277-91.

Green, Eli. R. (2010). Shifting paradigms: moving beyond “Trans 101” in sexuality education. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 5, No. 1, pp. 1-16.

Greene, Margaret E., and Andrew Levack. (2010). *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Growth Engineering. (n.d.) Game Changer: Game-based Learning & the Future of L&D. Available at: <http://www.growthengineering.co.uk/archives-awesome/game-changer-game-based-learning-and-the-future-of-ld/>. Accessed in October 2019.

GSMA. (n.d.) *mHealth Design Toolkit: Ten Principles to Launch, Develop and Scale Mobile Health Services in Emerging Markets*. London: GSMA.

_____. (2018). *The Mobile Economy 2018*. London: GSMA.

GSMA Connected Women, and Ipsos. (2018). *GSMA Connected Women: The Mobile Gender Gap Report 2018*. London: GSMA.

Guse, Kylene et al. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, vol. 51, No. 6, pp. 535-43.

Haas, Ann P. et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, vol. 58, No. 1, pp. 10-51.

Haberland, Nicole A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, No. 1, pp. 31-42.

Haberland, Nicole A., and Deborah Rogow. (2015). Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S15-S21.

Hamilton, Carolyn et al. (2011). *Administrative Detention of Children: A Global Report*. New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF).

Hanass-Hancock, Jill et al. (2016). Committing to disability inclusion to end AIDS by 2030. *The Lancet HIV*, vol. 3, No. 12, e556-57. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30194-1.

_____. (2018a). Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. *Sexuality and Disability*, vol. 36, No. 2, pp. 105-21.

_____ (2018b). The impact of contextual factors on comprehensive sexuality education for learners with intellectual disabilities in South Africa. *Sexuality and Disability*, vol. 36, No. 2, pp. 123-40.

Harcourt, Christine, and Basil Donovan. (2005). The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 81, No. 3, pp. 201-06.

Hardoff, Daniel. (2012). Sexuality in young people with physical disabilities: theory and practice. *Georgian Medical News*, No. 210, pp. 23-26.

Harrison, Abigail et al. (2010). HIV prevention for South African youth: which interventions work? A systematic review of current evidence. *BMC Public Health*, vol. 10, No. 1, 102. doi: 10.1186/1471-2458-10-102.

Health Policy Project, APTN (Asia Pacific Transgender Network), and UNDP. (2015). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities in Asia and the Pacific*. Washington, D.C.: Futures Group, Health Policy Project.

Hergenrather, Kenneth C. et al. (2016). Enhancing HIV prevention among young men who have sex with men: a systematic review of HIV behavioral interventions for young gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*, vol. 28, No. 3, pp. 252-71.

Hewett, Paul C et al. (2017). Cluster randomized evaluation of Adolescent Girls Empowerment Programme (AGEP): study protocol. *BMC Public Health*, vol. 17, No. 1, 386. doi: 10.1186/s12889-017-4280-1.

Hidalgo, Marco A. et al. (2015). The MyPEEPS randomized controlled trial: a pilot of preliminary efficacy, feasibility, and acceptability of a group-level, HIV risk reduction intervention for young men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, vol. 44, No. 2, pp. 475-85.

Hodson, Katherine E., Catherine Meads, and Susan Bewley. (2017). Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming pregnant: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 124, No. 3, pp. 393-402.

Holland-Hall, Cynthia, and Elizabeth H. Quint (2017). Sexuality and disability in adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, vol. 64, No. 2, pp. 435-49.

Holstrom, Amelia M. (2015). Sexuality education goes viral: what we know about online sexual health information. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 10, No. 3, pp. 277-94.

Hope, Ruth. (2012) *Y-PEER Network in EECA Region Evaluation Report*. United Nations Population Fund (UNFPA). Unpublished.

Howard League for Penal Reform. (2015). *Healthy Sexual Development of Children in Prison*. London: Howard League for Penal Reform.

Human Rights Watch. (2016). *Human Rights Watch World Report 2016*. New York: Human Rights Watch.

Hymowitz, Sarah, Ivor Dikkers, and Amalia Anderson. (2003). Study Guide: The Rights of Indigenous Peoples. University of Minnesota Human Rights Center. Available at: <http://hrlibrary.umn.edu/edumat/studyguides/indigenous.html>. Accessed in October 2019.

ICRC (International Committee of the Red Cross). (2004). *Inter-agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. Geneva: ICRC.

IDS (Institute for Development Studies). (n.d.) Participatory Methods: Participatory Action Research. Available at: <https://www.participatorymethods.org/glossary/participatory-action-research>. Accessed in October 2019.

_____ (2014). *Sex Education in the Digital Era*. Brighton (UK): IDS.

IDS, Promundo and Sonke Gender Justice. (2015) *Engendering Men: A Collaborative Review of Evidence on Men and Boys in Social Change and Gender Equality*. Brighton (UK): IDS.

Igras, Susan M. et al. (2014). Investing in very young adolescents' sexual and reproductive health. *Global Public Health*, vol. 9, No. 5, pp. 555-69.

ILO (International Labour Organization). (2008). *Commercial Sexual Exploitation of Children and Adolescents: The ILO's Response*. Geneva: ILO.

Institute on Community Integration & Research and Training Center on Community Living, University of Minnesota. (2010). *Impact: Feature Issue on Sexuality and People with Intellectual, Developmental and Other Disabilities*. Minneapolis: University of Minnesota.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2010). *Standards for Peer Education Programmes*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.

Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues. (2014). *Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples*.

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises (IAWG). (2016). Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings eLearning. (Website). Available at: <https://iawg.net/resources/course-asrh>. New York: IAWG. Accessed in October 2019.

International Commission on Financing Global Education Opportunity. (2016). *The Learning Generation: Investing in Education for a Changing World*. Available at: <http://report.educationcommission.org/downloads/>. Accessed in October 2019.

IPPF (International Planned Parenthood Federation). (2010). *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE)*. London: IPPF

_____. (2015). *Inside and Out: Comprehensive Sexuality Education (CSE) Assessment Tool*. London: IPPF.

_____. (2016). *Everyone's Right to Know: Delivering Comprehensive Sexuality Education for All Young People*. London: IPPF.

IPPF, and UNFPA. (2017a). *Global Sexual and Reproductive Health Services Package for Men and Adolescent Boys*. London and New York: IPPF and UNFPA.

IPPF European Network, and UNFPA Eastern Europe and Central Asia Regional Office. (2017b). *Health, Rights and Well-Being: A Practical Tool for HIV and Sexual and Reproductive Health Programmes with Young Key Populations in Eastern Europe and Central Asia*. Brussels and Istanbul: IPPF European Network, and UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia.

IRC (International Rescue Committee). (2016). *My Safety, My Well-being: Equipping Adolescent Girls with Key Knowledge and Skills to Help Them to Mitigate, Prevent and Respond to Gender-Based Violence (GBV)*. New York: IRC.

_____. (2017). *A Safe Place to Shine: Creating Opportunities and Raising Voices of Adolescent Girls in Humanitarian Settings*. New York: IRC.

_____. (2018). *Girl Shine Program Model and Resource Package*. New York: IRC.

ITU (International Telecommunication Union) (2017). *ICT Facts and Figures 2017*. Geneva: ITU.

Isiugo-Abanihe, Uche C. et al. (2015). Adolescent sexuality and life skills education in Nigeria: to what extent have out-of-school adolescents been reached? *African Journal of Reproductive Health*, vol. 19, No. 1, pp. 101-11.

James, Sandy E. et al. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Jejeebhoy, Shireen J. et al. (2014.) *Promoting Parent-Child Interaction and Communication for Healthy Development of Adolescents: Lessons from a Pilot Project in Rural Bihar*. New Delhi: Population Council.

Jewkes, Rachel K., Michael G. Flood, and James Lang. (2015). From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *The Lancet*, vol. 385, No. 9977, pp. 1580-89.

John Snow, Inc. (2014). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Their Communities in the Caribbean and Other Anglophone Countries*. Boston (MA): John Snow, Inc.

Johns, Rebecca, Paul Chappell, and Jill Hanass-Hancock. (2014). *Breaking the Silence: Accommodating Young People with Disabilities in Sexuality Education*. Durban, South Africa: HEARD.

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. (2011). *Go Girls! Community-Based Life Skills for Girls: A Training Manual*. Baltimore (MD): Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs.

Jones, Lisa et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, vol. 380, No. 9845, pp. 899-907.

Jones, Nicola, Elizabeth Presler-Marshall, and Maria Stavropoulou. (2018). *Adolescents with Disabilities: Enhancing Resilience and Delivering Inclusive Development*. London: Gender and Adolescence: Global Evidence (GAGE), and Overseas Development Institute (ODI). Available at: <https://www.odi.org/publications/11165-adolescents-disabilities-enhancing-resilience-and-delivering-inclusive-development>. Accessed in October 2019.

K4Health. (2014). *The mHealth Planning Guide: Key Considerations for Integrating Mobile Technology into Health Programmes*. Washington, D.C.: K4Health.

Kågesten, Anna et al. (2016). Understanding factors that shape gender attitudes in early adolescence globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS ONE*, vol. 11, No. 6, e0157805. doi: 10.1371/journal.pone.0157805.

Kajula, Lusajo et al. (2016). Vijana Vijiweni II: a cluster-randomized trial to evaluate the efficacy of a microfinance and peer health leadership intervention for HIV and intimate partner violence prevention among social networks of young men in Dar es Salaam. *BMC Public Health*, No. 16, 113. doi: 10.1186/s12889-016-2774-x.

Kates, Jen. (2014). *The U.S. Government and Global LGBT Health: Opportunities and Challenges in the Current Era*. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Foundation. Available at: <https://www.kff.org/global-health-policy/issue-brief/the-u-s-government-and-global-lgbt-health-opportunities-and-challenges-in-the-current-era/>. Accessed in October 2019.

Katz, Gregorio, and Eduardo Lazcano-Ponce. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de México*, vol. 50, Supplement 2, pp. S239-54.

Keifer, M.A., and Urooj Arshad. (2016). *Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth in the Global South: The Facts*. Washington, D.C.: Advocates for Youth. Available at: <http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/Factsheets/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-youth-in-the-global-south.pdf>. Accessed in October 2019.

Kelly, Jeffrey. A. et al. (1992). Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*, vol. 82, No. 11, pp. 1483-89.

Kelly, Patricia J. (2005). Practical suggestions for community interventions using participatory action research. *Public Health Nursing*, vol. 22, No. 1, pp. 65-73.

Kerner, Brad et al. (2012). Adolescent sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Forced Migration Review*, No. 40, pp. 21-22.

Kerrigan, Deanna L. et al. (2013). Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 6, pp. 1926-40.

Kim, Caron R., and Caroline Free. (2008). Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: a systematic review. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 34, No. 2, pp. 89-96.

King County (2018). FLASH Lesson Plans for Special Education. Available at: <https://www.kingcounty.gov/depts/health/locations/family-planning/education/FLASH/special-education.aspx>. Accessed in October 2019.

Kinner, Stuart A., and Jesse T. Young. (2018). Understanding and improving the health of people who experience incarceration: an overview and synthesis. *Epidemiologic Reviews*, vol. 40, No. 1, pp. 4-11.

Kirby, Douglas B., B.A. Laris, and Lori A. Roller. (2007). Sex and HIV education programmes: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, vol. 40, No. 3, pp. 206-17.

Kray, Kel. (2015). 9 ways intersex youth want you to support them. Everyday Feminism (website). Available at: <https://everydayfeminism.com/2015/03/9-ways-intersex-youth-want-to-be-supported/>. Accessed in October 2019.

Krishnaratne, Shari et al. (2016). Interventions to strengthen the HIV prevention cascade: a systematic review of reviews. *The Lancet*, vol. 3, No. 7, pp. e307-17.

Kronk, Henry. (2018). Blended Learning is Proving More Effective than Traditional Education. Available at: <https://news.elearninginside.com/blended-learning-is-proving-more-effective-than-traditional-education/>. Accessed in October 2019.

Krupa, Chelsea, and Shaniff Esmail. (2010). Sexual health education for children with visual impairments: talking about sex is not enough. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, vol. 104, No. 6, pp. 327-37.

Kushalnagar, Poorna et al. (2011). Mode of communication, perceived level of understanding, and perceived quality of life in youth who are deaf or hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 16, No. 4, pp. 512-23.

_____ (2017). Health Information National Trends Survey in American Sign Language (HINTS-ASL): protocol for the cultural adaptation and linguistic validation of a national survey. *JMIR Research Protocols*, vol. 6, No. 9, e172. doi: 10.2196/resprot.8067.

_____ (2018). Critical health literacy in American deaf college students. *Health Promotion International*, vol. 33, No. 5, pp. 827-33.

Lamoureux, Gabrielle. (2014). Hard to hear: access to sexuality resources in deaf communities. *Journal of Interdisciplinary Studies in Sexuality*, vol. 1, pp. 36-44.

Larney, Sarah, et al. (2017). Global, regional and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health*, vol. 5, No. 12, pp. E1208-20.

LaVeaux, Deborah, and Suzanne Christopher. (2009). Contextualizing CBPR: key principles of CBPR meet the Indigenous research context. *Pimatisiwin*, vol. 7, No. 1, 1.

LeCroy, Craig W. et al. (2017). Go Grrrls: a randomized controlled trial of a gender-specific intervention to reduce sexual risk factors in middle school females. *Health Education & Behavior*, vol. 45, No. 2, pp. 286-94.

Levtov, Ruti G. et al. (2014). Pathways to gender-equitable men: findings from the International Men and Gender Equality Survey in eight countries. *Men and Masculinities*, vol. 17, No. 5, pp. 467-501.

Liddle, Howard A. et al. (2011). Implementation outcomes of Multidimensional Family Therapy–Detention To Community: a reintegration programme for drug-using juvenile detainees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 55, No. 4, pp. 587-604.

Lindley, Lisa L., and Katrina M. Walsemann. (2015). Sexual orientation and risk of pregnancy among New York City high-school students. *American Journal of Public Health*, vol. 105, No. 7, pp. 1379-86.

Lundgren, Rebecka, and Avni Amin. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S42-S50.

MacDonald, Cathy. (2012). Understanding participatory action research: a qualitative research methodology option. *Canadian Journal of Action Research*, vol. 13, No. 2, pp. 34-50.

MacPherson, Peter et al. (2015). Service delivery interventions to improve adolescents' linkage, retention and adherence to antiretroviral therapy and HIV care. *Tropical Medicine & International Health*, vol. 20, No. 8, pp. 1015-32.

Manlove, Jennifer, Heather Fish, and Kristin Anderson Moore. (2015). Programmes to improve adolescent sexual and reproductive health in the US: a review of the evidence. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 6, pp. 47-79.

Marcus, Rachel, Nandini Gupta-Archer, Madeleine D'Arcy, and Ella Page. (2017). *GAGE Rigorous Review: Girls' Clubs, Life Skills Programmes and Girls' Well-being Outcomes*. London: Overseas Development Institute.

Marsch, Lisa. A. et al. (2011). Computer-assisted HIV prevention for youth with substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, vol. 46, No. 1, pp. 46-56.

_____ (2015). Comparative effectiveness of web-based vs. educator-delivered HIV prevention for adolescent substance users: a randomized, controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 59, pp. 30-37.

MarshMedia. (2007). *Human Sexuality Education for Students with Special Needs*. Shawnee Mission (KS): MarshMedia.

Marvel, Françoise et al. (2009). Multidimensional family therapy HIV/STD risk-reduction intervention: an integrative family-based model for drug-involved juvenile offenders. *Family Process*, vol. 48, No. 1, pp. 69-84.

Mason, H. (2003). *Peer Education: Promoting Healthy Behaviors*. Washington D.C.: Advocates for Youth. Available at: <https://www.advocatesforyouth.org/wp-content/uploads/storage/advfy/documents/fspeerred.pdf>. Accessed in October 2019.

Massachusetts Department of Public Health. (2014). *Healthy Relationships, Sexuality and Disability: Resource Guide 2014 Edition*. Boston: Massachusetts Department of Public Health.

Matthews, Catherine. (2014). Critical pedagogy in health education. *Health Education Journal*, vol. 73, No. 5, pp. 600-09.

McInerney, Peter. (2009). Toward a critical pedagogy of engagement for alienated youth: insights from Freire and school-based research. *Critical Studies in Education*, vol. 50, No. 1, pp. 23-35.

Meador, Nick et al. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 1, Cd007192.

Medley, Amy et al. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Education and Prevention*, vol. 21, No. 3, pp. 181-206.

Melbourne Graduate School of Education. Creating Connections. (Website). Available at: <https://education.unimelb.edu.au/research/projects/creating-connections>. Accessed in October 2019.

Michau, Lauri et al. (2015). Prevention of violence against women and girls: lessons from practice. *The Lancet*, vol. 385, No. 9978, pp. 1672-84.

Milhausen, Robin R. et al. (2008). Frequency of sex after an intervention to decrease sexual risk-taking among African-American adolescent girls: results of a randomized, controlled clinical trial. *Sex Education*, vol. 8, No. 1, pp. 47-57.

Mizunoya, Suguru, Sophie Mitra, and Izumi Yamasaki. (2016). *Towards Inclusive Education: The Impact of Disability on School Attendance in Developing Countries*. Innocenti Working Paper No. 2016-03. Florence, Italy: UNICEF Office of Research.

Mohajer, Nicole, and Jaya Earnest. (2010). The challenge of low literacy in health promotion: using empowerment methods with out-of-school adolescents in North India. *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 5, No. 1, pp. 88-96.

Moin, Victor, Ilana Duvdevany, and Daniela Mazor. (2009). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Sexuality and Disability*, vol. 27, No. 2, pp. 83-95.

Moore, Lizzie et al. (2014). Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. *Globalization and Health*, vol. 10, No. 1, 47. doi: 10.1186/1744-8603-10-47.

Moore, Tim, Morag McArthur, and Vicky Saunders. (2013). Young people talk about transitioning from youth detention to the community: making good. *Australian Social Work*, vol. 66, No. 3, pp. 328-43.

Morrison-Beedy, Diane, Denise Passmore, and Michael P. Carey. (2013). Exit interviews from adolescent girls who participated in a sexual risk-reduction intervention: implications for community-based, health education promotion for adolescents. *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 58, No. 3, pp. 313-20.

Moss, Kate, and Robbie Blaha. (2001). *Introduction to Sexuality Education for Individuals Who Are Deaf-Blind and Significantly Developmentally Delayed*. Monmouth, Oregon: DB-Link – The National Information Clearinghouse on Children Who Are Deaf-Blind.

Mouttapa, Michele et al. (2009). Substance use and HIV prevention for youth in correctional facilities. *Journal of Correctional Education*, vol. 60, No. 4, pp. 289-315.

MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights. (2018). *Out With It: HIV and Other Sexual Health Considerations for Youth Men Who Have Sex with Men*. Oakland (CA): Mpact.

Murphy, Nancy A., and Ellen R. Elias. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *Pediatrics*, vol. 118, No. 1, pp. 398-403.

Mustanski, Brian et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an online HIV prevention programme for diverse young men who have sex with men: the keep it up! intervention. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 9, pp. 2999-3012.

Muthengi Karei, Eunice, and Annabel S. Erulkar. (2010). *Building Programmes to Address Child Marriage: The Berhane Hewan Experience in Ethiopia*. New York: Population Council and UNFPA.

Namy, Sophie, et al. (2014). *Be a Man, Change the Rules! Findings and Lessons from Seven Years of CARE International Balkans' Young Men Initiative*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW).

_____ (2015). Changing what it means to 'become a man': participants' reflections on a school-based programme to redefine masculinity in the Balkans. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 206-22.

National Aboriginal Youth Council on HIV/AIDS (NAYCH). (2014). *Beyond "At Risk": Looking 7 Generations Ahead*. Unpublished manuscript.

National Development Team for Inclusion. (2016). *Supporting People with Learning Disabilities to Develop Sexual and Romantic Relationships*. Bath (UK): National Development Team for Inclusion.

Native Youth Sexual Health Network. (n.d.) *Indigenizing Harm Reduction*. Toronto (Ontario): Native Youth Sexual Health Network.

Nayar, Usha S. et al. (2014). Reducing stigma and discrimination to improve child health and survival in low- and middle-income countries: promising approaches and implications for future research. *Journal of Health Communication*, vol. 19, Supplement 1, pp. 142-63.

Nemoto, Tooru et al. (2006). Need for HIV/AIDS education and intervention for MTF transgenders: responding to the challenge. *Journal of Homosexuality*, vol. 51, No. 1, pp. 183-201.

New Jersey Department of Health and Senior Services. (n.d.) *Being Out, Staying Safe: An STD Prevention Curriculum of Lesbian, Gay, Bisexual and Queer Teens*. Trenton (NJ): New Jersey Department of Health and Senior Services.

New South Wales Department of Family and Community Services (FACS). (2016). *Supporting Sexuality: Practice Guide for Practitioners who Support People with Disability*. Sydney: FACS.

Noar, Seth M. (2011). Computer technology-based interventions in HIV prevention: state of the evidence and future directions for research. *AIDS Care*, vol. 23, No. 5, pp. 525-33.

Noar, Seth M., Hulda G. Black, and Larson B. Pierce. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: a meta-analysis. *AIDS*, vol. 23, No. 1, pp. 107-15.

Nobelius, Ann-Maree et al. (2010). Sexual and reproductive health information sources preferred by out-of-school adolescents in rural southwest Uganda. *Sex Education*, vol. 10, No. 1, pp. 91-107.

NSWP (Global Network of Sex Work Projects). (2016a). *Policy Brief: Young Sex Workers*. Edinburgh: NSWP.

_____. (2016b). *Research for Sex Work 15: Resistance and Resilience*. Edinburgh: NSWP.

Nugroho, Adie et al. (2017). Behavioral interventions to reduce HIV risk behavior for MSM and transwomen in Southeast Asia: a systematic review. *AIDS Care*, vol. 29, No. 1, pp. 98-104.

OHCHR (Officer of the United Nations High Commissioner for Human Rights). (n.d.). *Children Deprived of Liberty – The United Nations Global Study*. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>. Accessed in October 2019.

Onyango, Monica A et al. (2012). *“It’s All About Making a Life”: Young Female Sex Workers Vulnerability to HIV and Prevention Needs in Kumasi, Ghana: A Qualitative Study*. Boston, MA: Boston University Center for Global Health and Development.

Onyeonoro, Ugochukwu U. et al. (2011). Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osisioma Ngwa LGA, south east Nigeria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 24, No. 5, pp. 294-99.

Oosterhoff, Pauline, Catherine Müller, and Kelly Shephard, eds. (2017) Sex Education in the Digital Era. *IDS Bulletin*, vol. 48, No. 1, pp. 1-128.

Operario, Don, Toho Soma, and Kristen Underhill. (2008). Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 48, No. 1, pp. 97-103.

Organisation Intersex International Europe (OII Europe). (2018). *Supporting Your Intersex Child: A Parents’ Toolkit*. Berlin: OII Europe.

Organisation Intersex International United States (OII United States). (2012). *Brief Guidelines for Intersex Allies*. OII United States. Available at: <https://www.intersexequality.com/wp-content/uploads/2012/10/Brief-Guidelines-for-Intersex-Allies.pdf>. Accessed in October 2019.

Ottisova, Livia et al. (2018). Psychological consequences of child trafficking: an historical cohort study of trafficked children in contact with secondary mental health services. *PLoS ONE*, vol. 13, No. 3, e0192321. doi: 10.1371/journal.pone.0192321.

PACT. (2016). Agenda for Humanity: Compact for Young People in Humanitarian Action (website). Available at: <https://www.agendaforhumanity.org/initiatives/3829>. Accessed in October 2019.

PAHO (Pan American Health Organization). (2011). *Investing in Indigenous Young People to Achieve Healthy Populations*. Washington, D.C.: PAHO. Available at: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=6352&item=cultural-diversity-health&type=scientific_technical&Itemid=40949&lang=en. Accessed in October 2019.

_____. (2018.) *Health Plan for Indigenous Youth in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: PAHO. Available at: <https://www.paho.org/en/file/47668/download?token=r925d42o>. Accessed in October 2019.

Parrott, Yolán, and Shaniff Esmail. (2010). Burn survivors' perceptions regarding relevant sexual education strategies. *Health Education*, vol. 110, No. 2, pp. 84-97.

Parsons, Jeffrey T. et al. (2014). A randomized controlled trial utilizing motivational interviewing to reduce HIV risk and drug use in young gay and bisexual men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 82, No. 1, pp. 9-18.

Peacock, Dean, and Gary Barker. (2014). Working with men and boys to prevent gender-based violence: principles, lessons learned, and ways forward. *Men and Masculinities*, vol. 17, No. 5, pp. 578-99.

Perkins School for the Blind. (2014a). Addressing Issues of Sexuality with Participants Who Are Visually Impaired. (Video). Watertown (MA): Perkins School for the Blind.

_____. (2014b). *Resource List for Teaching People with Sensory Disabilities Social Skills and Sexuality Education*. Watertown (MA): Perkins School for the Blind.

Poobalan, Amudha S et al. (2009). Characteristics of effective interventions in improving young people's sexual health: a review of reviews. *Sex Education*, vol. 9, No. 3, pp. 319-36.

Pop, Meda V. and Alina S. Rusu. (2015). The role of parents in shaping and improving the sexual health of children – lines of developing parental sexuality education programmes. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, vol. 209, pp. 395-401.

Population Council. (2006). *Yaari Dosti: Young Men Redefine Sexuality*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/yaaridostieng.pdf>. Accessed in October 2019.

_____. (2008). *Sakhi Saheli: Promoting Gender Equity and Empowering Young Women – a Training Manual*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/India_SakhiSaheli_Eng.pdf. Accessed in October 2019.

_____. (2009). *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/research/its-all-one-curriculum-guidelines-and-activities-for-a-unified-approach-to->. Accessed in October 2019.

_____. (2016a). *An Integrated Peer Outreach and Clinic-based Intervention to Improve the Sexual Health of Young Men Who Have Sex with Men in Myanmar: A Link Up Evaluation*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV_LinkUp_MyanmarEndlineBrief.pdf. Accessed in October 2019.

_____ (2016b). *Building Girls' Protective Assets: A Collection of Tools for Program Design*. Washington, DC: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/research/building-girls-protective-assets-a-collection-of-tools-for-program-design>. Accessed in October 2019.

_____ (2016c). *Impact of Peer Education and On-site Clinical Services for Female Sex Workers in Bangladesh Brothels: A Link Up Evaluation Study*. Washington, D.C.: Population Council. Available at: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2016HIV_LinkUp_BangladeshFSWsBrief.pdf. Accessed in October 2019.

_____ (2017). *Abriendo Oportunidades Program: Integrated Curriculum Guide*. Washington, DC: Population Council. Available at: <https://www.popcouncil.org/research/abriendo-oportunidades-program-integrated-curriculum-guide>. Accessed in October 2019.

_____ (2018). *Delivering Impact for Adolescent Girls: Emerging Findings from Population Council Research*. Washington, DC: Population Council. Available at: https://www.popcouncil.org/uploads/resources/2018PGY_GIRLCenterSynthesis.pdf. Accessed in October 2019.

Pretorius, Leandri et al. (2015). Interventions targeting sexual and reproductive health and rights outcomes of young people living with HIV: a comprehensive review of current interventions from sub-Saharan Africa. *Global Health Action*, vol. 8, No. 1, 28454. doi: 10.3402/gha.v8.28454.

PRI (Penal Reform International). (2018). *Global Prison Trends 2018*. London: PRI. Available at: <https://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends-2018/>. Accessed in October 2019.

Principles for Digital Development: Principles. (n.d.) Available at: <https://digitalprinciples.org/principles/>. Accessed in October 2019.

Promundo. (2008). *Engaging Boys and Men in Gender Transformation: The Group Education Manual*. Available at: <https://promundoglobal.org/resources/engaging-boys-and-men-in-gender-transformation-the-group-education-manual/>. Accessed in October 2019.

_____ (2018). *Program H: Working with Young Men*. Available at: <https://promundoglobal.org/programs/program-h/>. Accessed in October 2019.

_____ (n.d.) *Program M: Working with Young Women*. Available at: <https://promundoglobal.org/resources/program-m-working-with-young-women/>. Accessed in October 2019.

_____ (n.d.) *Programme Ra*. Available at: <https://promundoglobal.org/resources/programme-ra/>. Accessed in October 2019.

Promundo, United Nations Population Fund (UNFPA), and MenEngage. (2010). *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action*. New York: UNFPA.

Public Health Seattle, and Kings County. (2005-13). *FLASH Curriculum in Sexual Health Education: Lesson Plans for Special Education*. Seattle (WA): Public Health Seattle and Kings County.

RACP (Royal Australian College of Physicians). (2011). *The Health and Well-being of Incarcerated Adolescents*. Sydney: RACP. Available at: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/the-health-and-wellbeing-on-incarcerated-adolescents.pdf>. Accessed in October 2019.

RAD Remedy. (n.d.) *Dr Rad's Queer Health Show – Self Exams and Checkups*. RAD Remedy. Available at: <https://payhip.com/b/kJlu>. Accessed in October 2019.

Raiford, Jerris L. et al. (2017). When a relationship is imperative, will young women knowingly place their sexual health at risk? A sample of African American adolescent girls in the juvenile justice system. *Sexual Health*, vol. 14, No. 4, pp. 331-37.

RAND Health (2009). *Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets*. Santa Monica (CA): RAND Corporation.

Rao Gupta, Geeta. (2000). *Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How*, Plenary Address at the XIII International AIDS Conference, Durban, South Africa. Available at: <https://genderandaids.unwomen.org/en/resources/2002/11/gender-sexuality-and-hivaids-the-what-the-why-and-the-how>. Accessed in October 2019.

Rao Gupta, Geeta, Daniel Whelan, and Keera Allendorf. (2003). *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes: A Review Paper*. Geneva: World Health Organization.

Ratele, Kopano. (2015). Working through resistance in engaging boys and men towards gender equality and progressive masculinities. *Culture, Health & Sexuality*, vol. 17, Supplement 2, pp. 144-58.

Reading, Charlotte, and Fred Wein. (2013). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Reisner, Sari L. et al. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, vol. 388, No. 10042, pp. 412-36.

Researchgate. (2014). *Guidelines for an Effective Design of Serious Games*. Berlin: Researchgate.

Resource Center for Adolescent Pregnancy Prevention. Teaching Sexuality to Developmentally Disabled Youth: What Do I Say? How Do I Say It? (Website). California: ETR. Available at: <http://recapp.etr.org/recapp/index.cfm?fuseaction=pages.EducatorSkillsDetail&PageID=96#HowDoISayIt>. Accessed in October 2019.

Rindner, Ellen C. (2004). Using Freirean empowerment for health education with adolescents in primary, secondary, and tertiary psychiatric settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol. 17, No. 2, pp. 78-84.

Robertson, Angela A. et al. (2011). The Healthy Teen Girls project: comparison of health education and STD risk reduction intervention for incarcerated adolescent females. *Health Education & Behavior*, vol. 38, No. 3, pp. 241-50.

Robinson, Beatrice "Bean" E. et al. (2002). The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, vol. 17, No. 1, pp. 43-57.

Rohleder, Poul, and Leslie Swartz. (2009). Providing sex education to persons with learning disabilities in the era of HIV/AIDS: tensions between discourses of human rights and restriction. *Journal of Health Psychology*, vol. 14, No. 4, pp. 601-10.

Rokicki, Slawa et al. (2017). Impact of a text-messaging program on adolescent reproductive health: a cluster-randomized trial in Ghana. *American Journal of Public Health*, vol. 107, No. 2, pp. 298-305.

Rongkavilit, Chokechai et al. (2013). Motivational interviewing targeting risk behaviors for youth living with HIV in Thailand. *AIDS and Behavior*, vol. 17, No. 6, pp. 2063-74.

Salam, Rehana A. et al. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: a systematic review of potential interventions. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, Supplement 4, pp. S11-S28.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). (2018). Trauma and Violence. Available at: <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>. Accessed in October 2019.

Sandøy, Ingvild F. et al. (2016). Effectiveness of a girls' empowerment programme on early childbearing, marriage and school dropout among adolescent girls in rural Zambia: study protocol for a cluster randomized trial. *Trials*, vol. 17, 588. doi: 10.1186/s13063-016-1682-9.

Santa Maria, Diane et al. (2015). Parent-based adolescent sexual health interventions and effect on communication outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 47, No. 1, pp. 37-50.

Save the Children. (2006). *Safe You and Safe Me*. London: Save the Children.

_____ (2010). *Equal You and Equal Me*. London: Save the Children.

Schaafsma, Dilana et al. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Sex Research*, vol. 52, No. 4, pp. 412-32.

_____ (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. *Sexuality and Disability*, vol. 35, No. 1, pp. 21-38.

Scherger, Lisa, and Stephanie D. Hebert. (2016). *Guide to Trauma-Informed Sex Education*. Cardea Services. Available at: <http://www.cardeaservices.org/resourcecenter/guide-to-trauma-informed-sex-education?A=SearchResult&SearchID=5465461&ObjectID=6440995&ObjectType=35>. Accessed in October 2019.

Schmiege, Sarah J. et al. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 77, No. 1, pp. 38-50.

Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNDESA, and the Burton Blatt Institute at Syracuse University. (2013). *Fact Sheet: Youth with Disabilities*. Available at: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-with-disabilities.pdf>. Accessed in October 2019.

Sexuality and Disability: Mythbusting. Available at: <http://www.sexualityanddisability.org/having-sex/mythbusting/>. Accessed in October 2019.

SH&FPA (Sexual Health & Family Planning Australia). (2013). *Improving sexual and reproductive health for people with disability: Report from the SH&FPA Disability Special Interest Group*. Available at: <https://www.shinesa.org.au/media/product/2015/04/ImprovingSexualandReproductiveHealthforPeoplewithDisability.pdf>. Accessed in October 2019.

Shepherd, Jonathan et al. (2010). The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, vol. 14, No. 7.

Sherman, Susan G. et al. (2009). Evaluation of a peer network intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand. *Social Science & Medicine*, vol. 68, No. 1, pp. 69-79.

Siddiqi, Anooradha. (2012). *Missing the Emergency: Shifting the Paradigm for Relief to Adolescent Girls*. Coalition for Adolescent Girls. Available at: <https://www.youthpower.org/resources/missing-emergency-shifting-paradigm-relief-adolescent-girls>. Accessed in October 2019.

SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States). (1998). *Right from the Start: Guidelines for Sexuality Issues, Birth to Five Years*. New York: SIECUS.

_____ (2001). *Sexuality Education for People with Disabilities*. SIECUS Report, vol. 29, No. 3. New York: SIECUS.

Sifunda, Sibusiso et al. (2008). The effectiveness of a peer-led HIV/AIDS and STI health education intervention for prison inmates in South Africa. *Health Education & Behavior*, vol. 35, No. 4, pp. 494-508.

Simba, Daudi O., and Deodatus C. Kakoko. (2009). Volunteerism among out-of-school adolescent reproductive health peer educators: is it a sustainable strategy in resource constrained countries? *African Journal of Reproductive Health*, vol. 13, No. 3, pp. 99-110.

Simon, Laura, and Kristian Daneback. (2013). Adolescents' use of the internet for sex education: a thematic and critical review of the literature. *International Journal of Sexual Health*, vol. 25, No. 4, pp. 305-19.

Sisley, Dominique. (2016). What Does It Mean to Be Young and Intersex Today? Dazed Digital. Available at: <http://www.dazeddigital.com/artsandculture/article/30991/1/what-does-it-mean-to-be-young-and-intersex-today>. Accessed in October 2019.

Smyth, John, Peter McInerney, and Tim Fish. (2013). Blurring the boundaries: from relational learning towards a critical pedagogy of engagement for disengaged disadvantaged young people. *Pedagogy, Culture & Society*, vol. 21, No. 2, pp. 299-320.

Society for Safe and Caring Schools & Communities. (2010). *Safe and Caring Schools for Two Spirit Youth: A Guide for Teachers and Students*. Edmonton (Alberta): Society for Safe and Caring Schools & Communities.

Son, Ji et al. (2017). The effect of interprofessional student-led reproductive health education on youths in juvenile detention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, vol. 30, No.3, pp. 370-75.

Sonke Gender Justice Network. (2006). "One Man Can" Campaign Toolkit. South Africa: Sonke Gender Justice Network. Available at: <https://genderjustice.org.za/publication/one-man-can-toolkit-english/>. Accessed in October 2019.

_____ (2017). *Faith Leaders and the LGBT Community Toolkit: Promoting Safe and Welcoming Faith Organizations for All God's Children*. South Africa: Sonke Gender Justice Network. Available at: <http://genderjustice.org.za/publication/faith-leaders-lgbt-community-toolkit/>. Accessed in October 2019.

SAfAIDS, and UNFPA. (2016). *iCAN Package: A Comprehensive Life Skills Package Focusing on HIV, Sexuality, and Sexual & Reproductive Health for Young People Living with HIV (YPLHIV) and Their Circles of Care – Facilitator's Manual and Workbook*. Johannesburg and Harare: UNFPA and SAfAIDS.

Spruce Woods Sundance Family. (2017). *Routine Practices at Indigenous Healing Ceremonies*. Winnipeg (Manitoba): Spruce Woods Sundance Family.

Sriranganathan, Gobika, et al. (2012). Peer sexual health education: interventions for effective programme evaluation. *Health Education Journal*, vol. 71, No. 1, pp. 62-71.

Stangl, Anne et al. (2015). *Transitioning to a Healthy Adulthood: Lessons Learned from Adolescent Girls Living with HIV in Urban Zambia*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW). Available at: https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/FINAL_brief_ALHIV-Zambia.pdf. Accessed in October 2019.

State of Queensland (Queensland Health). (2013). *Aboriginal and Torres Strait Islander Adolescent Sexual Health Guideline*. Available at: https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0018/161541/adolescent_sexual_health_guideline.pdf. Accessed in October 2019.

STOPAIDS. (2016). *Factsheet: Adolescents and Young People and HIV*. Available at: <https://stopaids.org.uk/wp/wp-content/uploads/2017/06/STOPAIDS-Factsheet-Adolescents-and-young-people-and-HIV.pdf>. Accessed in October 2019.

Sutton, Madeline Y. et al. (2014). Impact of parent-child communication interventions on sex behaviors and cognitive outcomes for black/African-American and Hispanic/Latino youth: a systematic review, 1988-2012. *Journal of Adolescent Health*, vol. 54, No. 4, pp. 369-84.

Svanemyr, Joar et al. (2015). Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, pp. S7-S14.

Swango-Wilson, Amy. (2011). Meaningful sex education programs for individuals with intellectual/developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, vol. 29, No. 2, pp. 113-18.

- Sweeney, Liz. (2007). *Human Sexuality Education for Students with Special Needs*. Shawnee Mission, Kansas: Marsh Media. Available at: <http://www.ejhs.org/volume10/MarshMedia%20White%20Paper.pdf>. Accessed in October 2019.
- Sykes, Susie et al. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health*, vol. 13, No. 150. doi:10.1186/1471-2458-13-150.
- Szydlowski, Mary Beth. (2016). *Sexual Health Education for Young People with Disabilities: Research and Resources for Educators*. Washington, D.C.: Advocates for Youth. Available at: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/2559>. Accessed in October 2019.
- Talukdar, Joy. (2013). The prospects of a virtual sex education: a review. *American Journal of Sexuality Education*, vol. 8, Nos. 1-2, pp. 104-15.
- The Arc Maryland. (n.d.) Personal Safety Planning Awareness Choice Empowerment (SPACE): A Violence Prevention Programme for Women. Columbia (MD): The Arc Maryland. Available at: http://www.ncdsv.org/images/Arc_PersonalSpace-AViolencePreventionProgramForWomen.pdf. Accessed in October 2019.
- Tingey, Lauren et al. (2015). Respecting the Circle of Life: one year outcomes from a randomized controlled comparison of an HIV risk reduction intervention for American Indian adolescents. *AIDS Care*, vol. 27, No. 9, pp. 1087-97.
- _____ (2017). The impact of a sexual and reproductive health intervention for American Indian adolescents on predictors of condom use intention. *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, No. 3, pp. 284-91.
- Tobin, Karin E. et al. (2011). The STEP into Action study: a peer-based, personal risk network-focused HIV prevention intervention with injection drug users in Baltimore, Maryland. *Addiction*, vol. 106, No. 2, pp. 366-75.
- Tolli, Marina V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research*, vol. 27, No. 5, pp. 904-13.
- Tolou-Shams, Marina et al. (2011). HIV prevention for juvenile drug court offenders: a randomized controlled trial focusing on affect management. *Journal of Correctional Health Care*, vol. 17, No. 3, pp. 226-32.
- Torres, Virgilio M.S. et al. (2012). 'Expanding your mind': the process of constructing gender-equitable masculinities in young Nicaraguan men participating in reproductive health or gender training programs. *Global Health Action*, vol. 5, No. 1, 17262. doi: 10.3402/gha.v5i0.17262.
- Travers, Jason et al. (2014). Alignment of sexuality education with self determination for people with significant disabilities: a review of research and future directions. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, vol 49, No. 2, pp. 232-47.
- Tuong, William, Elizabeth R. Larsen, and April W. Armstrong. (2014). Videos to influence: a systematic review of effectiveness of video-based education in modifying health behaviours. *Journal of Behavioural Medicine*, vol. 37, No. 2, pp. 218-33.
- UIS (UNESCO Institute of Statistics). (2018). *One in Five Children, Adolescents and Youth is Out of School*. UIS Fact Sheet No. 48. Geneva: UIS. Available at: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/fs48-one-five-children-adolescents-youth-out-school-2018-en.pdf>. Accessed in October 2019.
- US DOE (Department of Education), and US DOJ (Department of Justice). (2014). *Guiding Principles for Providing High-Quality Education in Juvenile Justice Secure Care Settings*. Washington, D.C.: US DOE and DOJ. Available at: <https://www2.ed.gov/policy/gen/guid/correctional-education/guiding-principles.pdf>. Accessed in October 2019.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (1999). *Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, Uses and Challenges*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2012). *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2015) *UNAIDS Terminology Guidelines*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2016a). *ALL IN to End the Adolescent AIDS Epidemic: A Progress Report*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2016b). *HIV Prevention Among Adolescent Girls and Young Women: Putting HIV Prevention among Adolescent Girls and Young Women on the Fast-Track and Engaging Men and Boys*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2017a). *Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2017b). *Disability and HIV*. Geneva: UNAIDS

_____ (2018a). *Global HIV & AIDS Statistics: 2018 Fact Sheet*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2018b) *The Youth Bulge and HIV*. Geneva: UNAIDS.

_____ (2020). *AIDSinfo.unaids.org* (website). Geneva: UNAIDS.

UNAIDS, and UNICEF (United Nations Children's Fund). (2016). *ALL IN to End the Adolescent AIDS Epidemic: A Progress Report*.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs). (2015). *State of the World's Indigenous peoples: Indigenous People's Access to Health Services*. New York: UNDESA.

_____ (2017a). *Population Facts, No. 2017/5*. Available at: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2017-5.pdf. Accessed in October 2019.

_____ (2017b). *State of the World's Indigenous Peoples: Education*. New York: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme). (2019). 10 Things to Know about Indigenous Peoples. Available at: <https://stories.undp.org/10-things-we-all-should-know-about-indigenous-people>. Accessed in October 2019.

UNDP, IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV, UNFPA, UCSF Centre of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, WHO, UNAIDS, and USAID (United States Agency for International Development) (2016). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. New York: UNDP.

UNESCO. (2010). *Education for All Global Monitoring Report 2010: Reaching the Marginalized*. Oxford: UNESCO.

_____ (2012). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris: UNESCO.

_____ (2015). *Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015*. Paris: UNESCO.

_____ (2016). *Global Education Monitoring Report 2016: Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All*. Paris: UNESCO.

_____ (2018). *Review of the Evidence on Sexuality Education: Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education*. Paris: UNESCO.

UNESCO, and GNP+. (2011). *Positive Learning: Meeting the Needs of Young People Living with HIV (YPLHIV) in the Education Sector*. Paris: UNESCO.

UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (United Nations Children's Fund), and WHO. (2009). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris: UNESCO.

UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (United Nations Children's Fund), UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), and WHO. (2018). *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-informed Approach, Revised Edition*. Paris: UNESCO.

UNESCO, and UNFPA. (2003). *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned*. Bangkok: UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education.

UNFPA (United Nations Population Fund). (2006). *Peer Education Toolkit*. New York: UNFPA.

_____. (2009). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.

_____. (2010a). *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action*. New York, UNFPA.

_____. (2010b). *Promoting Equality, Recognizing Diversity: Case Stories in Intercultural Sexual and Reproductive Health among Indigenous Peoples in Latin America*. New York: UNFPA.

_____. (2012). *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies: E-learning Companion Guide*. New York: UNFPA.

_____. (2014a). *International Conference on Population and Development Programme of Action, Twentieth Anniversary Edition*. New York: UNFPA.

_____. (2014b). *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender*. New York: UNFPA.

_____. (2015a). *Global Indigenous Youth Councils Meeting – Culturally Safe and Peer-Lead Approaches to HIV, Sexual Health, and Harm Reduction in Indigenous Communities*. Unpublished report.

_____. (2015b). *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: A Focus on the Gender and Empowerment Outcomes*. New York: UNFPA.

_____. (2017). *Sexual and Reproductive Health and Rights for Out of School Young People: Programming Guide*. Johannesburg: UNFPA.

_____. (2018a). *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

_____. (2018b). *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People*. New York: UNFPA.

_____. (2018c). *Let's Chat! Parent Child Communication on Sexual and Reproductive Health*. New York: UNFPA.

_____. (2018d). *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNFPA _____. (2019). *Boys on the Move Life Skills Programme for Unaccompanied Male Adolescents*. Istanbul: UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia.

UNFPA, and World YWCA. (2006). *Empowering Young Women to Lead Change: A Training Manual*. New York: UNFPA and World YWCA.

UNFPA, and Save the Children. (2009) *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.

UNFPA, Global Forum on MSM & HIV, UNDP, WHO, USAID (United States Agency for International Development), and World Bank (2015). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men who Have Sex with Men: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. New York: UNFPA.

UNFPA, and Women Enabled International. (2018). *Women and Young Persons with Disabilities: Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNGEI (United Nations Girls Education Initiative), and Leonard Cheshire Disability. (2017). *Still Left Behind: Pathways to Inclusive Education for Girls with Disabilities*. London: Leonard Cheshire Disability.

UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). (2017). *Global Trends: Forced Displacement in 2017*. Geneva: UNHCR.

_____. (n.d.). *Fact Sheet: Intersex*. Geneva: UNHCR. Available at: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf>. Accessed in October 2019.

_____. (n.d.) *Figures at a Glance*. Available at: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>. Accessed in October 2019.

UNICEF (United Nations Children's Fund). (2008). *It's about Ability: An Explanation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: UNICEF.

_____. (2009). *Progress for Children: A Report Card on Child Protection*. New York: UNICEF.

_____. (2011a). *Child Safety Online: Global Challenges and Strategies*. Florence (Italy): UNICEF Innocenti Research Centre.

_____. (2011b). *Communicating with Children: Principles and Practices, to Nurture, Inspire, Excite, Educate and Heal*. New York: UNICEF.

_____. (2013). *Children and Young People with Disabilities: Fact Sheet*. New York: UNICEF.

_____. (2014). *Adolescents and Youth: Humanitarian Situations*. Available at: https://www.unicef.org/adolescence/index_40442.html. Accessed in October 2019.

_____. (2016). *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services*. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS).

_____. (2017). *The State of the World's Children 2017: Children in a Digital World*. Paris: UNICEF.

_____. (2018). *Child Marriage*. Available at: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>. Accessed in October 2019.

UNICEF, UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), UNFPA, ILO, and OSRSG/VAC (Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children). (2013). *Breaking the Silence on Violence against Indigenous Girls, Adolescents and Young Women: A Call to Action Based on an Overview of Existing Evidence from Africa, Asia Pacific and Latin America*. New York: UNICEF.

UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). (2017). *World Humanitarian Data and Trends 2017*. Available at: <http://interactive.unocha.org/publication/datatrends2017/>. Accessed in October 2019.

_____. (2018). *Global Humanitarian Overview 2018*. Available at: <https://interactive.unocha.org/publication/globalhumanitarianoverview/>. Accessed in October 2019.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2006). *Manual for the Measurement of Juvenile Justice Indicators*. Vienna: UNODC.

_____. (2018). *World Drug Report 2018, Vol. 1: Executive Summary, Conclusions and Policy Implications*. Vienna: UNODC.

UNODC, INPUD (International Network of People Who Use Drugs), UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO, and USAID (United States Agency for International Development). (2017). *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions*. Vienna: UNODC.

United Nations. (1985). *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the "Beijing Rules")*. A/RES/40/33. Available at: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/beijingrules.pdf>. Accessed in October 2019.

_____. (1995). *Report of the International Conference on Population and Development*. A/CONF.171/13/Rev.1. New York: United Nations. Available at: https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A_C_ONF.171_13_Rev.1.pdf. Accessed in October 2019.

_____. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Treaty Series, 2515, 3. New York: United Nations. Available at: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html#Fulltext>. Accessed in October 2019.

_____. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*, Resolution adopted by the General Assembly on 13 September 2007. A/RES/61/295. Available at: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples.html>. Accessed in October 2019.

_____. (2011) *Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on Discriminatory Laws and Practices and Acts of Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity*. A/HRC/19/41. New York: United Nations.

_____. (2013). *Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Juan E. Méndez*. A/HRC/22/53. New York: United Nations.

_____. (2014). *Report of the International Expert Group Meeting on the Theme "Sexual Health and Reproductive Rights: Articles 21, 22 (1), 23 and 24 of the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples"*. E/C.19/2014/8. New York: United Nations.

_____. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, A/RES/70/1. Available at: <http://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>. Accessed in October 2019.

_____. (2017). *Report of the Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities on Sexual and Reproductive Health and Rights of Girls and Young Women with Disabilities*. A/72/133. New York: United Nations.

USA for UNHCR. (2018). *Myths & Facts: Where Do Refugees Live?* Available at: <https://www.unrefugees.org/news/myths-facts-where-do-refugees-live/>. Accessed in October 2019.

Vanwesenbeeck, Ine, et al. (2016). Lessons learned from a decade implementing Comprehensive Sexuality Education in resource poor settings: *The World Starts With Me*. *Sex Education*, vol. 16, No. 5, pp. 471-86.

Verma, Ravi et al. (2008). *Promoting Gender Equity as a Strategy to Reduce HIV Risk and Gender-Based Violence among Young Men in India*. *Horizons Final Report*. Washington, D.C.: Population Council.

Villa-Torres, Laura, and Joar Svanemyr. (2015). Ensuring youth's right to participation and promotion of youth leadership in the development of sexual and reproductive health policies and programs. *Journal of Adolescent Health*, vol. 56, Supplement 1, S51-S57.

Villarruel, Antonia M. et al. (2008). A parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, vol. 20, No. 5, pp. 371-83.

_____ (2010). Examining long-term effects of Cuídate – a sexual risk reduction programme in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 27, No. 5, pp. 345-51.

Visser, Kirsten et al. (2015). Study protocol: a randomized controlled trial investigating the effects of a psychosexual training programme for adolescents with autism spectrum disorder. *BMC Psychiatry*, vol. 15, 207. doi: 10.1186/s12888-015-0586-7.

_____ (2017). A randomized controlled trial to examine the effects of the Tackling Teenage psychosexual training program for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 58, No. 7, 840-50.

Walker-Hirsch, Leslie, and Marklyn P. Champagne. (1991). The Circles concept: social competence in special education. *Educational Leadership*, vol. 49, No. 1, pp. 65-67.

Warren, Emily et al. (2015). Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open*, vol. 5, e008226. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008226.

Wazakili, Margaret. (2010) Sexuality education in HIV and AIDS prevention: the case of disabled young people in Nyanga, South Africa, in *Sexuality Education and Attitudes*, Jovan Stanovic and Milo Lalic, eds. E-book: NOVA Publishers.

WHO (World Health Organization). (2007a). *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons. Evidence for Action Technical Papers*. Geneva: WHO.

_____ (2007b). *Health of Indigenous Peoples. Fact Sheet*. Available at: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/factsheet-indigenous-healthn-nov2007-eng.pdf?ua=1>. Accessed in October 2019.

_____ (2007c). *Helping Parents in Developing Countries Improve Adolescents' Health*. Geneva: WHO.

_____ (2011). *World Report on Disability 2011*. Geneva: WHO. Available at: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/. Accessed in October 2019.

_____ (2013a). *HIV and Adolescents: Guidance for HIV Testing and Counselling and Care for Adolescents Living with HIV*. Geneva: WHO.

_____ (2013b). *The MAPS Toolkit: mHealth Assessment and Planning for Scale*. Geneva: WHO.

_____ (2014). *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: An Interagency Statement*, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Geneva: WHO.

_____ (2015). *Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents*. Geneva: WHO.

_____ (2016a). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations–2016 Update*. Geneva: WHO.

_____ (2016b). *Childhood Hearing Loss: Act Now, Here's How!* Geneva: WHO.

_____ (2017a). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation–Summary*. Geneva: WHO.

_____ (2017b). *Consolidated Guideline on Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV*. Geneva: WHO.

_____ (2018). *WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights*. Geneva: WHO.

_____ (2019). *HIV and Youth*. Available at: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/hiv/en/. Accessed in October 2019.

WHO, UNODC, and UNAIDS. (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission*. Geneva: WHO.

WHO, and UNFPA. (2009). *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA Guidance Note*. Geneva: WHO.

WHO Regional Office for Europe and BZga. (2010). *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists*. Geneva: WHO.

WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, and World Bank. (2013). *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions*. Geneva: World Health Organization.

WHO, UNFPA, UNHCR, NSWP, World Bank, INPUD (International Network of People who Use Drugs), UNDP, UNESCO, UNODC, MSMGF (Global Forum on MSM and HIV), UNAIDS, HIV Young Leaders Fund, ILO, and UNICEF. (2015a). *HIV and Young People Who Sell Sex: Technical Brief*. Geneva: WHO.

WHO, UNFPA, UNHCR, NSWP, World Bank, INPUD (International Network of People who Use Drugs), UNDP, UNESCO, UNODC, MSMGF (Global Forum on MSM and HIV), UNAIDS, HIV Young Leaders Fund, ILO, and UNICEF. (2015b). *HIV and Young People Who Inject Drugs: Technical Brief*. Geneva: WHO.

Wight, Daniel, and Deidre Fullerton, D. (2013). A review of interventions with parents to promote the sexual health of their children. *Journal of Adolescent Health*, vol. 52, No. 1, pp. 4-27.

Wight, Daniel, Mary Plummer, and David Ross. (2012). The need to promote behaviour change at the cultural level: one factor explaining the limited impact of the MEMA kwa Vijana adolescent sexual health intervention in rural Tanzania. A process evaluation. *BMC Public Health*, vol. 12, 788. doi: 10.1186/1471-2458-12-788.

Wild, Tiffany A. et al. (2014). Adults with visual impairments report on their sex education experiences. *Journal of Blindness Innovation & Research*, vol. 4, No. 2. Available at: <https://www.nfb.org/images/nfb/publications/jbir/jbir14/jbir040202.html>. Accessed in October 2019.

Winter, Sam et al. (2016). Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, vol. 388, No. 10042, pp. 390-400.

WRC (Women's Refugee Commission). (2013). *Scattered Dreams, Broken Promises: An Assessment of the Links between Girls' Empowerment and Gender-Based Violence in the Kyaka II Refugee Settlement, Uganda*. New York: WRC.

_____ (2016). *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-based Violence*. New York: WRC.

WRC, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Adolescent Reproductive Health Network (ARHN), International Medical Corps (IMC), Save the Children, and AUB. (2014). *Very Young Adolescents in Humanitarian Settings: Examining the Sexual and Reproductive Health Needs and Risks of Girls and Boys Aged 10-14 in Ethiopia, Lebanon and Thailand*. Available at: <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/very-young-adolescents-in-humanitarian-settings-examining-the-sexual-and-reproductive-health-needs-and-risks/>. Accessed in October 2019.

WRC, Save the Children, and UNHCR. (2013). *Case Study: Adolescent Sexual and Reproductive Health Programming in Goma, Democratic Republic of the Congo*. Available at: <https://www.unhcr.org/protection/health/535f5dfb9/case-study-adolescent-sexual-reproductive-health-programming-goma-democratic.html>. Accessed in October 2019.

WRC, Save the Children, UNHCR, and UNFPA. (2012). *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: WRC. Available at: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf. Accessed in October 2019.

World Bank. (2019). *Indigenous Peoples*. Available at: <http://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>. Accessed in October 2019.

World Professional Association for Transgender Health. (2012). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th Version*. Minneapolis (MN): World Professional Association for Transgender Health.

World YWCA. (n.d.) *YWCA Safe Spaces for Women and Girls: A Global Model for Change*. Geneva: World YWCA.

Zukowsky-Tavares, Christina, et al. (2017). Experience in health education on sexuality with institutionalized adolescents. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 30, No. 1, pp. 135-40.



Все фото: © UNFPA
www.unfpa.org

