

EDIȚIE PRESCURTATĂ

GHID TEHNIC ȘI PROGRAMATIC INTERNAȚIONAL PENTRU

EDUCAȚIA SEXUALĂ COMPREHENSIVĂ EXTRAȘCOLARĂ

ABORDARE BAZATĂ PE DOVEZI
PENTRU PROGRAME NONFORMALE ȘI EXTRAȘCOLARE



Ediție Prescurtată

GHID TEHNIC ȘI PROGRAMATIC INTERNAȚIONAL PENTRU

EDUCAȚIA SEXUALĂ

COMPREHENSIVĂ EXTRAȘCOLARĂ

Abordare bazată pe dovezi
pentru programe nonformale și extrașcolare



**Publicat de Fondul ONU Pentru Populație
(UNFPA)**

**605 Third Avenue, New York, NY 10158, Statele
Unite ale Americii**

**Drepturi de autor © Fondul ONU pentru Populație
(UNFPA), 2020**

ISBN 978-08-9-714045-4

Lumea de azi găzduiește una din cele mai mari generații de tineri din istorie. Investind în sănătatea și educația lor, guvernele pot susține implicarea tinerilor în societate, asigura bunăstarea lor și îi pot ajuta să-și atingă potențialul deplin. Educația sexuală comprehensivă (ESC), poziționată la intersecția educației și sănătății, este vitală în avansarea pe calea atingerii rezultatelor în materie de sănătate și egalitate de gen. Ea le oferă tinerilor instrumentele de care au nevoie pentru o viață sănătoasă și relații sănătoase, și îi ajută să ia decizii determinante referitoare la sănătatea lor sexuală și reproductivă.

Totuși, zi de zi mulți tineri primesc o serie de mesaje științific greșite, contradictorii și zăpăcitoare referitor la sexualitate și gen. Aceasta poate duce la riscuri grave pentru sănătatea, bunăstarea și demnitatea lor. Ca rezultat, mulți tineri din ziua de azi au o sănătate sexuală și reproductivă deficitară. Acest fapt ne indică necesitatea urgentă de a avea ESC efectivă la scară largă. *Ghidul Tehnic și Programatic Internațional pentru Educația Sexuală Comprehensivă Extrașcolară*, publicat de UNFPA împreună cu agențiile partenere UNESCO, UNICEF, UNAIDS și OMS este o confirmare a angajamentului nostru comun de a realiza acest lucru.

Acesta apare exact în perioada când avem o creștere de proporții a ESC la nivel global și coincide cu aniversarea a 50-a a UNFPA și cu a 25-a aniversare a Conferinței Internaționale privind Populația și Dezvoltarea și a Programului de Acțiuni inovator al acesteia. El mai susține și implementarea Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă, scopul căreia este să ajungem la cei lăsați în urmă, inclusiv la tineri, persoane cu dizabilități, persoane care trăiesc cu HIV, comunități indigene, refugiați și imigranți. Dat fiind că mulți reprezentanți ai acestor grupe nu frecventează școala, iar cei ce frecventează școala probabil că nu primesc ESC, programele extrașcolare pot să umple golurile existente și să satisfacă eficient nevoile acestora.

Ghidul dat completează și face referință la *Ghidul Tehnic Internațional privind Educația Sexuală*, publicat în 2018. Această ediție extrașcolară, bazată pe dovezi și fundamentată de abordarea privind drepturile omului, oferă îndrumări și recomandări concrete pentru a asigura că cei mai vulnerabili tineri primesc informația care îi va ajuta să-și dezvolte cunoștințele și deprinderile de care au nevoie pentru a lua decizii informate privind propria lor sănătate sexuală și reproductivă.

Împreună cu partenerii noștri, UNESCO, UNICEF, UNAIDS și OMS, noi, cei de la UNFPA, îndemnăm dezvoltatorii de programe să aplice acest ghid comprehensiv pentru a promova abilitarea, autodeterminarea și sănătatea tinerilor care se află în fața celui mai mare risc de consecințe negative. Aceasta include și persoanele care se confruntă cu violența și discriminarea, marginalizarea, sărăcia, HIV și alte infecții cu transmitere sexuală, precum și probleme de sănătate mintală, printre altele. Noi ne angajăm să susținem și să promovăm valorile universale expuse în prezentul Ghid, inclusiv egalitatea de gen, demnitatea, incluziunea socială și drepturile omului pentru toți.

Noi vom continua eforturile până când fiecare tânăr va avea cunoștințele de care are nevoie pentru a trăi o viață fericită, va avea oportunitatea de a-și atinge potențialul deplin, precum și spațiu pentru a contribui la construirea unui viitor mai bun pentru toți.

Dr. Natalia Kanem
Director Executiv al UNFPA

Acronime și abrevieri

SIDA	Sindromul imunodeficienței autodobândite	ONU	Organizația Națiunilor Unite
APCOM	Coaliția din Asia Pacific pentru Sănătatea Sexuală a Bărbaților	UNAIDS	Programul Comun al ONU privind HIV/SIDA
APN+	Rețeaua din Asia Pacific a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA	PNUD	Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare
ESC	Educația sexuală comprehensivă	UNESCO	Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură
GNP+	Rețeaua Globală a Persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA	UNFPA	Fondul ONU pentru Populație
HIV	Virusul imunodeficienței umane	UNHCR	Înaltul Comisar al Națiunilor Unite pentru Refugiați
INPUD	Rețeaua Internațională a Persoanelor care Consumă Droguri	UNICEF	Fondul Națiunilor Unite pentru Copiii
FIPF	Federația Internațională a Planificării Familiale	UNODC	Oficiul ONU pentru Droguri și Crimă
IRC	Comitetul Internațional al Salvării	UN Women	Entitatea Națiunilor Unite pentru Egalitatea de Gen și Abilitarea Femeilor
GTIES	<i>Ghid Tehnic Internațional privind Educația Sexuală</i>	OMS	United Nations Office on Drugs and Crime
LGBQ+	Lesbiene, gay, bisexuali, pansexuali, asexuali și alte orientări sexuale non-heterosexuale		
LGBTQ+	Lesbiene, gay, bisexuali, transgen, și identități queer/non-cisgen (cum ar fi persoane intersex, persoanelor ce nu se include în categorii binare de gen sau nu se conformează categoriilor de gen, și persoane agender)		
NSWP	Rețeaua Globală a Proiectelor pentru Lucrătorii Sexuali		

Lucrul la prezentul Ghid a fost inițiat, coordonat și desfășurat de **Ilya Zhukov**, *Persoană de Contact la nivel Global pentru Educația Sexuală, Filiala pentru Sănătate Sexuală și Reproductivă, Diviziunea Tehnică, UNFPA*. Ghidul a fost scris de **Andrea Irvin**, *consultant privind educația sexuală, gen și drepturi, cu suport și contribuții deosebite din partea lui Lili Warren, practicant la UNFPA, și Ilya Zhukov*. **Marina Plesons** și **Venkatraman Chandra-Mouli**, *Departamentul de Cercetări și Sănătate Sexuală și Reproductivă, OMS*, au contribuit cu conținut adițional la text. Ghidul a fost editat pentru ediția prescurtată în cauză de către **James Baer**.

Suntem foarte recunoscători pentru contribuțiile esențiale la acest Ghid primite de la următoarele persoane, care au acceptat foarte amabil să dea interviuri referitor la necesitățile de educație sexuală ale unor grupe specifice de copii și tineri; au oferit feedback pentru secțiunile din proiectul Ghidului; au participat la consultația experților globali petrecută la 12-13 decembrie 2017 în Oslo, Norvegia; sau și-au adus contribuția în alt mod:

Oliver Anene *Fondul Tinerilor Lideri contra HIV*
Matthew Barclay *Universitatea Gallaudet*
Maria Bakaroudis *UNFPA*
Arup Barua *practicant la OMS*
Elizabeth Benomar *UNFPA*
Kimberly Berg *Consiliul de Planificare pentru Dezabilitățile de Dezvoltare al Statului New York*
Amie Bishop *consultant global în probleme de sănătate și drepturi ale omului*
Rune Brandrup *UNFPA*
Jalna Broderick *Quality of Citizenship Jamaica*
Pierre Brouard *Universitatea din Pretoria și Societatea Psihologică din Africa de Sud*
Kelwyn Browne *Banca de Dezvoltare Asiatică*
Christopher Castle *UNESCO*
Stavika Chalasani *UNFPA*
Tanaka Chirombo *Asociația Națională pentru Tinerii care Trăiesc cu HIV (Malawi)*
Emily Christie *UNAIDS*
Esther Corona Vargas *Asociația Mondială pentru Sănătatea Sexuală*
Chu Thanh Ha *Organizația It's Time (pentru bărbații transgen)*
Amelia Coleman *UNFPA*
Paul-Gilbert Colletaz *Rețeaua Globală a Proiectelor privind Munca Sexuală*
Raine Cortes *Rețeaua Persoanelor Transgen din Asia Pacific*

Cristina De Carvalho Eriksson *UNICEF*
Ralph DiClemente *Universitatea din New York*
Mary Donohue *Departamentele de Servicii Educaționale și Servicii de Zi pentru Adulți din Orașul New York*
Danielle Engel *UNFPA*
Ingunn Eidhammer *Eidhammer Agenția Norvegiană pentru Cooperare și Dezvoltare*
Adenike Esiet *Action Health Incorporated*
Bente Faugli *UNFPA*
Jessica Fields *Universitatea de Stat din San Francisco*
Iehente Foote *Rețeaua Nativă pentru Sănătatea Sexuală a Tinerilor*
Hayley Gleeson *Federația Internațională de Planificare a Familiei*
Lianne Marie Gonsalves *OMS*
Hunter Gray *UNESCO*
Gaj B. Gurung *Youth LEAD*
Marli Gutierrez-Patterson *Asia Pacific Transgender Network*
Jill Hanass-Hancock *Rețeaua Persoanelor Transgen din Asia Pacific*
Camilla Holst Salvesen *Agenția Norvegiană pentru Cooperare și Dezvoltare*
Laura Hurley *Federația Internațională de Planificare a Familiei*
Felicia Jones *UNHCR*
Axel Keating *InterACT*
Niki Khanna *consultant*
Elena Kiryushina *UNAIDS*
Anneka Knutsson *UNFPA*
Poorna Kushalnagar *Universitatea Gallaudet*
Irene Kuzemko *Intersex Rusia, Organizația Intersex International (OI) Europe, & InterACT*
Shahnaz Islamova *Organizația nonguvernamentală Tais Plus*
Jonathan Leggette *InterACT, Campanie pentru Drepturile Omului, & GLAAD*
Jose Roberto Luna *UNFPA*
Deus Lupenga *Ministerul Muncii, Tineretului, Sporturilor și Dezvoltării Forței de Muncă, Guvernul Malawi*
Sarah Martin *specialist în violența în bază de gen și prevenirea și răspunsul la urgențe*
Neil McCulloch *Rețeaua Globală a Proiectelor privind Munca Sexuală*
Katherine McLaughlin *Elevatus Training LLC*
Jeff Migliozi *Școala pentru Nevăzători din Perkins*
Petar Mladenov *Advocacy Hub pentru ESC*
Kuraish Mobiru *Uganda Young Positives*
Lebogang Motsumi *Rețeaua Africană de Tineri și Adolescenți pentru Populație și Dezvoltare*

Geeta Narayan UNFPA
Lada Nuzhna Uniunea Euroasiatică de Adolescenți și Tineri Teenergizer
Grace Osakue Inițiativa Girls' Power
Yana Panfilova Uniunea Euroasiatică de Adolescenți și Tineri Teenergizer
Piotr Pawlak consultant în problemele de gen
Maureen Phiri Rețeaua Națională de Tineret (Malawi)
Kenita Placide Alianța pentru Diversitate și Egalitate din Insulele Caraibe de Est
Deepa Prasad UNFPA
Habib Rahman Rețeaua de Lucrători Sexuali din Asia Pacific
Inad Rendon APCOM
Arturo Requesens Galnares Secretariatul Forumului Permanent pentru Problemele Persoanelor Indigene
Amanda Saenz InterACT
Brian Schreifels Elevatus Training LLC & The Arc Minnesota
Elizabeth Schroeder expert în educația sexuală
Consuelo Senior Young Adult Institute
Leila Sharifi UNFPA
Venkatesh Srinivasan UNFPA
Nalini Srivastava UNFPA
Dany Stolbunov Uniunea Euroasiatică de Adolescenți și Tineri Teenergizer
Anna Szczegielniak Coaliția Tinerilor pentru Drepturi Sexuale și Reproductive
Gilles Virgili UNFPA
Emilie Wiederud Alianța ACT și Biserica din Suedia
Jennie Williams consultant în problemele de gen și trafic de ființe umane
Kay Thi Win Rețeaua de Lucrători Sexuali din Asia Pacific
Susan Wood Coaliția Internațională pentru Sănătatea Femeilor
Natalia Zakareshvili UNFPA
Kimberly Zieselman InterACT; și personalul, consiliul și membrii tineri ai InterACT

Manifestăm o apreciere deosebită colegilor din agențiile ONU care au oferit suport, contribuție și verificări pe durata procesului:

Jenelle Babb UNESCO
Sally Beadle UNESCO
Nazneen Damji UN Women
Joanna Herat UNESCO
Elena Kudravtseva UN Women
Hege Wagan UNAIDS
Damilola Walker UNICEF

La fel suntem recunoscători următoarelor organizații pentru verificarea compartimentului privind educația de la egal la egal:

Advocates for Youth; EuroNGOs; Asociația Georgiană pentru Dezvoltarea și Educarea Tinerilor; Asociația pentru Educație și Cercetări în Sănătate, Macedonia; Federația Internațională a Asociațiilor de Studenți la Medicină – Alumni; Institutul Internațional pentru Dezvoltarea Tinerilor PETRI–Sofia; Societatea Red Crescent din Kârgâzstan; Y-PEER (Global, Albania și Macedonia); Youth Sexual Awareness for Europe (YSAFE); YouAct; Coaliția Tinerilor pentru Drepturile Sexuale și Reproductive; Youth LEAD.

Exprimăm mulțumiri adiționale pentru:

Mika Yamai, UNFPA, care a oferit suport în organizarea, petrecerea și raportarea privind consultarea experților globali.
Norvegiei, pentru finanțare în scopul susținerii lansărilor regionale și distribuirii Ghidului.
PrintOnline.ru, pentru designul grafic și producerea Ghidului.

Cuprins

Prefață	3
Acronime și abrevieri	4
Mulțumiri	5
Introducere	8
1. Prezentare generală a ESC extrașcolare	9
2. Elaborarea și implementarea ESC extrașcolare	11
2.1 Elaborarea programelor	11
2.2 Implementarea programelor	13
2.3 Implicarea educatorilor de la egal la egal în ESC extrașcolară	15
2.4 Implicarea părinților sau tutorilor în ESC extrașcolară	17
2.5 Folosirea tehnologiei în ESC extrașcolară	18
3. Livrarea ESC extrașcolare unor grupuri specifice de tineri	20
3.1 Grupuri clasificate pe criterii de gen	20
3.1.1 Fete și femei tinere	20
3.1.2 Băieți și bărbați tineri.....	21
3.2 Tineri cu dizabilități	22
3.2.1 Tineri cu dizabilități în general	22
3.2.2 Tineri cu dizabilități fizice	23
3.2.3 Tineri cu dizabilități intelectuale	24
3.2.4 Tineri cu deficiențe de auz	25
3.2.5 Tineri cu deficiențe de vedere	26
3.2.6 Tineri cu tulburări din spectrul autist	27
3.2.7 Tineri cu dizabilități psihosociale	27
3.3 Tineri în contexte umanitare	28
3.4 Tineri indigeni	30
3.5 Tineri lesbiene, gay și bisexuali, precum și alți tineri bărbați care fac sex cu bărbați	32
3.6 Tineri transgen	34
3.7 Tineri intersex	36
3.8 Tineri care trăiesc cu HIV	38
3.9 Tineri care consumă droguri	40
3.10 Tineri care vând sex	41
3.11 Tineri aflați în detenție	43
Glosar de termeni.....	45

Prima ediție a *Ghidului Tehnic Internațional privind Educația Sexuală (GTIES)* a fost publicată în 2009 de către UNESCO în colaborare cu UNAIDS, UNFPA, UNICEF și OMS. În anii care au trecut de atunci, domeniul educației sexuale comprehensive (ESC) s-a dezvoltat considerabil la nivel global, ceea ce a adus schimbări pozitive în atmosfera politică și culturală pentru implementarea acestuia la nivel național, regional și global.

În 2016 și 2017, UNESCO a condus procesul de actualizare a GTIES pentru a reflecta noile dovezi și bune practici. GTIES revizuit a fost publicat în 2018 (UNESCO et al, 2018; orice referințe viitoare la GTIES în publicația de față se referă anume la ediția revizuită). El include o privire generală asupra ESC; dovada eficienței acesteia; precum și concepte cheie cu exactitate științifică, teme și obiective de învățare ce urmează a fi incluse în curriculumul ESC pentru patru grupe de vârstă: 5–8 ani, 9–12 ani, 12–15 ani, și 15–18+ ani. El mai oferă îndrumări pentru modul de creare a suportului pentru ESC, planificarea și livrarea a unor programe eficiente de ESC. GTIES este aplicabil atât pentru programele școlare de ESC, cât și pentru cele extrașcolare, însă este orientat mai mult spre ESC în educația formală.

Odată cu adoptarea Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă în 2015, agențiile Organizației Națiunilor Unite (ONU) și alți parteneri de dezvoltare și-au luat angajamentul de a nu lăsa pe nimeni în urmă și de a ajunge în primul rând la cei mai dezavantajați. Printre copiii și tinerii cei mai dezavantajați sunt cei care nu frecventează școala și care se confruntă cu discriminare și încălcarea drepturilor omului din diferite motive. Aceștia sunt și copiii care prezintă cel mai mare risc de a avea o sănătate sexuală și reproductivă precară. Prin urmare, partenerii au solicitat elaborarea unui document de ghidare concentrat asupra ESC extrașcolare.

Scopul prezentului Ghid

Prezentul *Ghid Tehnic și Programatic Internațional privind Educația Sexuală Comprehensivă Extrașcolară – Ediție Prescurtată* este destinat folosirii împreună cu GTIES. GTIES oferă baza pentru orice ESC și oferă definiții detaliate care ne prezintă ce este ESC (GTIES, Compartimentul 2); cum abordează ea sănătatea și bunăstarea copiilor și tinerilor (Compartimentul 3); baza de informație și dovezi pentru CSE (Compartimentul 4); conceptele cheie, temele și obiectivele învățării (Compartimentul 5); și îndrumări pentru asigurarea suportului și planificarea implementării și livrării unor programe eficiente de ESC (Compartimentul 6).

Prezentul Ghid este o continuare a GTIES și îl completează prin oferirea îndrumărilor bazate pe dovezi și informații practice, în special pentru programele ce oferă ESC extrașcolară și programele ce tind să răspundă necesităților unor grupuri specifice care cel mai probabil nu sunt satisfăcute în programele de ESC pentru copii și tineri în general.

Această publicație oferă îndrumări programatice profunde privind elaborarea unor programe de ESC potrivite și sigure pentru aceste grupuri de copii și tineri. Astfel, Ghidul are scopul de a:

- **oferi o definiție clară a ESC extrașcolare**
- **promova înțelegerea necesității ESC extrașcolare** prin sensibilizare privind problemele de sexualitate, sănătate și drepturi, și privind grijile ce influențează copiii și tinerii, inclusiv anumite grupe concrete de copii și tineri, și care nu pot fi abordate în școală
- **oferi îndrumări privind modul de elaborare a programelor extrașcolare de ESC** inclusiv a curriculumului și materialelor de predare-învățare bazate pe dovezi, adecvate din punct de vedere cultural, al vârstei și nivelului de dezvoltare, și care iau în considerație eventualele traume (a se vedea p.14), și corespund necesităților grupurilor specifice de copii și tineri.

Prezenta publicație este o ediție prescurtată a Ghidului integral. Ea conține cea mai pertinentă și practică informație privind planificarea, dezvoltarea și implementarea unor programe extrașcolare eficiente de ESC. O listă completă a referințelor este disponibilă într-o anexă separată. Adițional la informația conținută în prezenta ediție prescurtată, Ghidul integral include:

- o descriere a studiului literaturii care a fost realizat ca bază pentru prezentul Ghid
- o prezentare mai detaliată a necesităților fiecărui grup de copii și tineri abordate în prezentul Ghid, precum și o descriere a statutului ESC pentru fiecare asemenea grup
- dovezi privind eficiența ESC extrașcolare, atât în general, cât și pentru fiecare grup specific de copii și tineri abordat în prezentul Ghid
- descrieri detaliate a unei serii de concepte și abordări pedagogice
- examinarea statutului curent, oportunităților și provocărilor în implementarea ESC extrașcolare.

Utilizatorii țintă ai prezentului Ghid

Ghidul are scopul de a acorda asistență oricăror persoane care dezvoltă sau implementează ESC în mediul extrașcolar. Acestea includ departamentele guvernamentale, organizațiile societății civile internaționale și naționale, organizațiile comunitare, agențiile ONU, precum și tinerii.

Structura Ghidului

Compartimentul 1 oferă o prezentare generală a ESC extrașcolare, inclusiv definiția, scopurile și rolurile ei, precum și oportunitățile și limitările ESC extrașcolare.

Compartimentul 2 prezintă îndrumări pentru dezvoltarea și implementarea ESC extrașcolare în general, precum și pentru implicarea educatorilor de la egal la egal, implicarea părinților sau tutorilor și utilizarea tehnologiei. El include recomandări aplicabile față de toate grupele de populație examinate în Compartimentul 3.

Compartimentul 3 oferă îndrumări privind oferirea ESC extrașcolare către anumite grupuri specifice de copii și tineri

(recunoscând că mulți copii și tineri pot aparține la mai multe grupuri): fete și băieți separat; tineri cu dizabilități; tineri în contexte umanitare; tineri indigeni; tineri lesbiene, gay, bisexuali și persoane care nu se încadrează într-o clasificare binară/cu ambiguitate de gen; tineri transgen; tineri intersex; tineri care trăiesc cu HIV; tineri care consumă droguri; tineri care vând sex; și tineri aflați în detenție.

Cum a fost elaborat Ghidul

În 2017, UNFPA a comandat un studiu de literatură privind eficiența ESC extrașcolare. Acest studiu a fost expediat pentru comentarii unui grup de experți din toată lumea ce lucrează în domeniile educației, sănătății, dezvoltării tinerilor, drepturilor omului și egalității de gen, inclusiv cercetători și funcționari ai ministerelor educației, implementatori de programe în ONG, parteneri de dezvoltare și tineri.

Constatările studiului de literatură au fost prezentate și discutate la consultația experților globali convocată de UNFPA la sfârșitul anului 2017, unde participanții au elaborat o schiță-proiect a Ghidului.

După primirea ulterioară a comentariilor privind schița în cauză, a fost elaborat proiectul Ghidului, cu folosirea contribuțiilor de la interviurile adiționale petrecute cu experți seniori și tineri, pentru a asigura că Ghidul se bazează pe experiența practică și răspund la problemele cu care se confruntă grupurile specifice de copii și tineri. Experților în domeniul necesităților legate de sănătatea sexuală și reproductivă ale acestor grupuri li s-a solicitat să analizeze compartimentele relevante. Prin urmare, Ghidul este bazat pe dovezi și pe contribuția unui număr mare de experți, inclusiv cu luarea în considerație a perspectivei tinerilor și cu înțelegerea bunelor practici curente și a programelor de succes. Proiectul final al Ghidului a fost transmis experților cheie și persoanelor de contact ale ONU pentru contribuții și comentarii.

1. Prezentare generală a ESC extrașcolare

În prezentul Ghid se folosește definiția ESC din ediția revizuită a GTIES:

“Educația sexuală comprehensivă este un proces de predare și învățare, pe baza unui curriculum¹ despre aspectele cognitive, emoționale, fizice și sociale ale sexualității. Scopul ei este de a oferi copiilor și tinerilor cunoștințe, deprinderi, atitudini și valori care îi vor ajuta să-și înțeleagă sănătatea, bunăstarea și demnitatea; să stabilească relații sociale bazate pe respect; să ia în considerație bunăstarea celorlalți, care sunt influențați de alegerile lor; și să înțeleagă și asigure protecția drepturilor lor pe durata întregii vieți.”

O ESC de calitate înaltă se caracterizează prin faptul că este:

- exactă din punct de vedere științific
- progresivă
- potrivită vârstei și nivelului de dezvoltare
- bazată pe curriculum
- comprehensivă
- bazată pe abordarea drepturilor omului
- bazată pe egalitatea de gen
- relevantă din punct de vedere cultural și potrivită contextului
- transformatoare
- capabilă să dezvolte deprinderile de viață necesare pentru a face alegeri sănătoase

Definițiile detaliate ale acestor caracteristici sunt date în Compartimentul 2.1 a GTIES.

ESC școlară este ESC care este oferită elevilor în școală ca parte a curriculumului școlar (în sau înafara programului școlar obișnuit). GTIES descrie în ce mod ESC școlară oferă “o oportunitate importantă de a oferi unui număr mare de tineri educația sexuală înainte ca aceștia să devină activi din punct de vedere sexual, precum și un mediu structurat de învățare în cadrul căruia să poate fi realizat acest lucru”.

Pe de altă parte, ESC extrașcolară este ESC oferită în afara curriculumului școlar. Prin ESC extrașcolară pot fi atinse o serie de scopuri. Ea este capabilă să:

- ofere ESC copiilor și tinerilor aflați în situații unde ESC nu este inclusă în curriculumul școlar
- ofere ESC copiilor și tinerilor neșcolarizați
- completeze ESC școlară, în special în contextele în care aceasta nu este comprehensivă sau de calitate înaltă
- ofere ESC adaptată la nevoile unor grupuri specifice de copii și tineri.

¹ Conform GTIES, “bazat pe curriculum” înseamnă că există un document scris care îndrumă eforturile învățătorilor de susținere a învățării de către elevi, care “include obiectivele-cheie ale predării, dezvoltarea obiectivelor învățării, prezentarea conceptelor și oferirea mesajelor cheie clare într-un mod structurat. Ele pot fi livrate în contexte școlare sau extrașcolare.”

ESC extrașcolară este importantă dat fiind că UNESCO estimează ca există 263 de milioane de copii neșcolarizați la nivel global, inclusiv 63 de milioane de copii de vârstă corespunzătoare școlii primare, 61 de milioane de vârstă corespunzătoare școlii secundare timpurii și 139 de milioane de vârstă corespunzătoare claselor superioare (UIS, 2018).

ESC extrașcolară poate fi oferită în timpul unor sesiuni față în față de către facilitatori, educatori de la egal la egal sau părinți, uneori cu folosirea tehnologiilor, inclusiv computerelor și telefoanelor mobile. Acest lucru poate avea loc într-o serie de contexte variate:

- organizații ale societății civile sau organizații comunitare
- centre sau cluburi ale tinerilor
- clinici de sănătate
- tabere de vară
- instituții religioase sau organizații de cult
- la școală după lecții (cu excepția cazurilor când este oferită de un învățător din școală elevilor din aceeași școală, în asemenea caz se consideră ESC școlară)
- familii (folosind programe structurate pentru părinți și copii)
- locuri de muncă
- instituții de corecție, cum ar fi închisorile, centrele de detenție sau centrele de corecție pentru tineri
- taberele pentru refugiați sau alte adăposturi unde persoanele primesc ajutor umanitar.

Este important de menționat că, conform GTIES, programele extrașcolare de ESC trebuie să fie oferite nu doar adolescenților și tinerilor, ci și copiilor mai mici, într-un mod corespunzător vârstei și nivelului de dezvoltare al acestora. Acest lucru este important, dat fiind că copiii primesc informație referitoare la sexualitate din multe surse începând de la o vârstă fragedă, iar prin ESC este posibil de asigurat că ceea ce învață ei este științific, sigur, relevant și susține egalitatea de gen (Igras et al., 2014; Lundgren and Amin, 2015, Kågesten et al., 2016; Blum et al., 2017; Chandra-Mouli et al., 2017).²

În comparație cu ESC oferită în școală, ESC extrașcolară permite crearea unui mediu mai informal și flexibil decât ar fi posibil în școală, cu potențialul de a crea grupuri mai mici de participanți, de a avea ore de învățare mai lungi, un mod mai variat și creativ de prezentare a materialului, precum și mai multă interacțiune între participanți. Pot fi adunați copii și tineri cu experiențe de viață similare sau care locuiesc în același context, în special cei marginalizați, pentru a le oferi ESC adaptată la nevoile lor și a-i încuraja să acționeze ca rețele de suport unii pentru alții.

ESC extrașcolară poate include și teme mai sensibile, și poate promova abordarea bazată pe drepturi, egalitatea de gen și abilitare într-un mod care nu întotdeauna poate fi fezabil sau acceptabil în mediul școlar. Facilitatorii pot încuraja participanții să adreseze niște întrebări și să prezinte opinii pe care ar fi reticenți să le spună unui învățător de la școala lor. În fine, programele extrașcolare pot fi capabile să ofere

mai bine facilități pentru sănătatea sexuală și reproductivă, și pot direcționa copiii și tinerii către servicii, mentori și alte forme de suport.

Este important de remarcat că ESC extrașcolară se confruntă și cu barierele operaționale și cele impuse de societate – care sunt adesea aceleași bariere cu care se confruntă ESC școlară. De exemplu, poate fi dificil de obținut suportul comunității dacă conținutul curriculumului este stigmatizat sau este considerat inacceptabil. Dar în cazul mediului extrașcolar în particular, dacă participanții potențiali sunt membri ai unor grupuri marginalizate, ei însăși ar putea fi stigmatizați de membrii comunității pentru participarea la asemenea activități, sau ar putea fi chiar urmăriți de poliție. O altă provocare este identificarea, instruirea, susținerea și reținerea facilitatorilor motivați, competenți și cu atitudine corespunzătoare, precum și asigurarea faptului că aceștia vor respecta curriculumul (Vanwesenbeeck et al., 2016).

Logistica de oferire a unor materiale și rechizite adecvate, precum și a unui mediu și timp sigur și convenabil pentru sesiunea de ESC reprezintă o barieră adițională. În fine, poate fi dificil de adus la cunoștința potențialilor participanți faptul că este disponibilă ESC extrașcolară, precum și de a-i ajuta să înțeleagă relevanța ei, să facă față îngrijorărilor pe care le au în legătură cu participarea, și de a-i ajuta să treacă peste obstacolele legate de distanță și timpul pe care altfel l-ar fi dedicat altor sarcini. Acești factori pot îngreuna procesul de adunare a copiilor și tinerilor și de asigurare a continuității cu același grup de participanți pentru a consolida cele învățate inițial și a acoperi întregul curriculum (Vanwesenbeeck et al., 2016).

În pofida acestor provocări, atunci când sunt implementate eficient, programele extrașcolare de ESC, la fel ca și ESC școlară, pot contribui la atingerea unor scopuri mai largi:

- **Schimbarea normelor sociale:** Programele care sunt concentrate doar asupra formării și schimbării atitudinilor sau comportamentelor individuale și interpersonale ale participanților pot avea o eficiență limitată pe termen lung. Programele trebuie să contribuie la un set mai larg de abordări, care tind să reducă inegalitatea de gen și vulnerabilitatea, precum și să schimbe normele sociale dăunătoare care contribuie la stigmă și discriminare (Abramsky et al., 2014; Svanemyr et al., 2015; Abramsky et al., 2016).
- **Contribuția la schimbarea politicilor:** Programele ar trebui să contribuie la niște abordări ce tind să influențeze guvernele și autoritățile care formulează și implementează legi și politici ce afectează sănătatea sexuală și reproductivă a copiilor și tinerilor, precum și drepturile omului (Svanemyr et al., 2015). În particular, aceasta înseamnă promovarea accesului copiilor și tinerilor la serviciile de sănătate sexuală și reproductivă. În multe țări, legile și politicile care restricționează accesul la informația și serviciile de sănătate sexuală și reproductivă pe bază de vârstă și stare civilă nu permit copiilor care nu au împlinit 18 ani să acceseze asemenea

²This Guidance in most cases does not address age-specific content for out-of-school CSE programmes. References to sexual activity, sexual partners, contraception etc. should not be taken to mean that these topics are appropriate for out-of-school CSE for every age group. Readers are invited to refer to the ITGSE for specific guidance on age-appropriate curriculum content.

servicii fără permisiunea părinților, tutorilor sau soților. Conceptul privind capacitatea evolutivă a copilului (Articolul 5 al Convenției privind Drepturile Copilului) nu este, în general, respectat, în pofida faptului că prin Comentariul General Nr. 4 al Comitetului pentru Drepturile Copilului recunoaște că Statele trebuie să asigure accesul copiilor la informația corespunzătoare privind sănătatea sexuală și reproductivă, indiferent de starea lor civilă și indiferent de acordul părinților și tutorilor acestora, precum și că Statele trebuie să asigure posibilitatea obținerii tratamentului medical fără acordul părinților. Activitățile de promovare trebuie să tindă spre asigurarea accesului copiilor și tinerilor la serviciile și informația privind sănătatea sexuală și reproductivă de care aceștia au nevoie pentru a adopta un comportament sănătos, iar serviciile și informația dată să fie oferite de profesioniști instruiți în domeniul sănătății adolescenților.

Deși prezentul Ghid este bazat pe cercetările și dovezile existente, precum și pe experiența de elaborare și implementare a programelor extrașcolare de ESC, el este limitat de lipsa literaturii verificate de la egal la egal privind ESC extrașcolară în general, precum și cea dedicată unor grupe concrete de copii și tineri menționate în ghidul dat. Multe articole verificate privind ESC de la egal la egal includ atât intervențiile școlare, cât și cele extrașcolare și nu prezintă diferența dintre acestea în analizele și constatările lor. Carențele existente în dovezile date includ:

- un număr limitat de dovezi din țările cu nivel jos și mediu de venituri, precum și din contextele umanitare
- analiză sau înțelegere insuficiente privind motivul pentru care programele considerate eficiente dau rezultate precum și privind factorii cheie care condiționează eficiența lor
- studii insuficiente privind calitatea, integritatea sau fidelitatea programului, precum și privind impactul facilitatorilor asupra rezultatelor
- dovezi limitate privind impactul jocurilor serioase (a se vedea Glosarul) bazate pe tehnologii și altor programe interactive

Este important ca deficiențele în cauză să fie examinate în cadrul cercetărilor ulterioare pentru a putea continua crearea bazei de dovezi în susținerea ESC extrașcolare pentru sănătatea și bunăstarea copiilor și tinerilor.

2. Elaborarea și Implementarea ESC Extrașcolare

Multe din principiile și abordările folosite pentru elaborarea și implementarea programelor extrașcolare de ESC sunt similare cu cele utilizate pentru ESC școlară, care sunt detaliat prezentate în GTIES. Similar, conținutul de bază al ESC extrașcolare este același ca și pentru ESC școlară, deși unele programe pot adăuga conținut bazat pe nevoile speciale ale participanților. În Părțile 2.1 și 2.2 sunt prezentate considerațiuni pentru elaborarea și implementarea ESC care sunt în particular relevante pentru programele extrașcolare de ESC. În Părțile 2.3, 2.4 și 2.5 este abordată modalitatea de implicare a educatorilor de la egal la egal, părinților, precum și utilizarea tehnologiilor în cadrul ESC extrașcolare.

Toată informația din Compartimentul 2 al Ghidului se aplică în cazul ESC oferită fiecărui grup de populație discutat în Compartimentul 3.

2.1 Elaborarea programelor

Crearea unui mediu favorabil

Înainte de a începe planificarea unui program, este important de creat suport pentru ESC extrașcolară, precum și pentru lucrul cu grupurile specifice de copii și tineri. Acesta este în special cazul comunităților în care ESC poate fi considerată o temă sensibilă sau atunci când este anticipată rezistența. În cadrul activității de sensibilizare a părților interesate, individual sau în grupuri, este necesar de:

- explicat ce este ESC, cu prezentarea dovezilor pentru care ea este importantă și descrierea scopurilor programului
- înțeles și răspuns la îngrijorările și întrebările participanților (pozitive sau negative) și discutat orice concepte greșite sau mituri referitor la influența ei asupra comportamentului sexual.

Grupurile relevante pentru sensibilizare la nivel național (și local, acolo unde este relevant) includ:

- copii și tineri
- părinți, tutori, alții membri ai familiei și socrilor ai tinerelor căsătorite
- organizații ale societății civile conduse de tineri și care angajează tineri
- lideri comunitari, de ex., lideri civici, religioși sau tradiționali
- prestatori de servicii de sănătate și de alt tip
- mass-media
- sectorul privat
- reprezentanții autorităților locale (de ex., la nivel raional)

- ministerele copiilor, tineretului, sănătății, femeilor, genului, protecției, justiției, bunăstării sociale, afacerilor indigene, precum și departamentele de educație și educație nonformală (UNFPA, 2014b).

Planificarea

- **Realizați analiza situațională:** Ea poate fi realizată cu aceleași categorii de părți interesate ca și activitatea de sensibilizare. Analiza situațională poate reprezenta baza pentru proiectarea curriculumului (Every Woman Every Child, 2017; UNFPA, 2014b). În analiză este necesar de:
 - studiat legile și politicile relevante
 - adunat dovezi la nivel național și local privind starea sănătății sexuale și reproductive a copiilor și tinerilor, și privind necesitatea ESC. Este necesar de inclus și prevalența sau incidența HIV în anumite zone geografice și printre anumite grupuri ale populației pentru a asigura o atenție adecvată asupra prevenirii și tratării HIV, precum și a accesului la îngrijiri.
 - identificat educația sexuală deja existentă, inclusiv în școli, precum și carențele cheie existente.
- **Identificați toate nevoile participanților pentru a vă asigura că programul corespunde nevoilor, intereselor și aspirațiilor lor:** Acestea pot merge mai departe de domeniul ESC, cum ar fi planificarea și stabilirea scopurilor, educația și instruirea, și oportunitățile de angajare, pentru a forma valorile lor sociale, de sănătate și economice.
- **Implicați reprezentanții locali ai grupurilor specifice de populație în elaborarea și realizarea programului:** De exemplu, grupurile ce reprezintă și pledează pentru drepturile și bunăstarea persoanelor cu dizabilități, persoanelor din contexte umanitare, etc. pot oferi informație detaliată sau resurse pentru programul de ESC și stabili suportul pentru acesta în comunitatea mai largă.
- **Integrați sau corelați ESC extrașcolară cu programele existente:** Acestea pot include inițiative privind egalitatea de gen sau pentru prevenirea violenței împotriva fetelor și femeilor tinere, programe ce informează băieții și tinerii privind egalitatea de gen sau problemele de sănătate sexuală și reproductivă, și campanii pentru stoparea căsătoriilor între copii, prevenirea transmiterii HIV, promovarea educației fetelor, promovarea educației privind pubertatea sau ritualurile tradiționale de trecere, sau de consolidare a legislației contra violenței în bază de gen (UNFPA, 2014b).
- **Examinați completarea educației la nivel individual cu intervențiile la nivel comunitar:** Intervențiile date trebuie să tindă spre educarea comunității în întregime și să abordeze orice tip de stigmă, discriminare și violență cu care se confruntă copiii și tinerii. Astfel poate fi generat mai mult interes din partea comunității și pot fi cuprinse și oferite mai multe puncte de acces la program pentru aceștia.
- **Facilitați accesul la serviciile conexe:** Contactați rețele de servicii pentru a discuta disponibilitatea lor de a primi copiii și tinerii referiți către ele și de a lucra cu grupuri specifice (de ex., persoane cu dizabilități, persoane transgen, persoane din contexte umanitare, etc.), în măsura în care este permis de contextul juridic și social. Aceste servicii pot include servicii de sănătate și protecție socială; educație tehnică și profesională de

specialitate; educația continuă, adițională/corectivă și nonformală; precum și suportul juridic. Creați o listă de servicii verificate către care facilitatorii vor putea referi cu încredere copiii și tinerii.

- **Reflecțați asupra duratei și frecvenței optime a sesiunilor de ESC:** ESC extrașcolară poate fi oferită ca un curs continuu într-un anumit număr de zile, sau ca sesiuni petrecute o dată sau de două ori pe săptămână, sau ca o combinație a ambelor variante. Realizarea ESC în timp, de ex., săptămânal și nu câteva zile consecutive, le oferă participanților o oportunitate mai bună de a asimila și aplica ceea ce au învățat. Sesiunile multiple sunt mai eficiente în consolidarea mesajelor și oferă oportunități permanente de abordare a unei probleme, de a învăța și a începe schimbarea atitudinilor și comportamentelor (Nayar et al., 2014; Marcus et al., 2017). Livrați programul în așa mod ca să nu perturbați alte aspecte ale vieții participanților.

Conținutul curriculumului

- **Planificați curriculumul în mod metodic:** Identificați în mod clar care sunt scopurile și obiectivele învățării folosind un model logic și implicați experți în pedagogie și elaborarea curriculumului. Elaboratorii programului se pot ghida de GTIES pentru a se asigura că curriculumul lor acoperă o varietate comprehensivă de teme. Curriculumul obținut în rezultat trebuie să fie testat în regim pilot și ajustat înainte să fie pus în aplicare pe larg (UNFPA, 2014b).
- **Elaborați conținut potrivit vârstei:** GTIES oferă îndrumare privind abordările și conținutul potrivit pentru diferite grupe copii și tineri conform vârstei. O abordare progresivă, care este caracteristică pentru ESC de calitate, prezintă informația ce completează cea învățată la ședința precedentă, luând în considerație necesitățile în permanență schimbare și capacitățile copiilor și tinerilor pe măsură ce ei cresc.
- **Bazați-vă pe fapte și fiți clari:** Programele trebuie să combată miturile și să corecteze dezinformarea, nu doar referitor la sănătatea sexuală și reproductivă, ci și referitor la grupurile supuse stimei sau discriminării.
- **Adoptați o viziune pragmatică și fără prejudecii asupra sexualității:** GTIES subliniază o viziune pozitivă asupra sexualității. Discutarea întrebărilor de genul pornografiei, partenerilor sexuali numeroși și prostituției trebuie să fie abordate într-un mod faptic și pragmatic.
- **Atrageți atenție la ceea ce învață participanții în alte părți:** În curriculum trebuie să fie luată în considerație ESC formală sau nonformală pe care o primesc tinerii în alte părți. La fel trebuie să fie luate în considerație influențele sociale sau din mass-media referitoare la atitudinile față de masculinitate și feminitate, precum și accesul la pornografie și influența sa posibilă asupra atitudinilor și comportamentului sexual, precum și să fie incluse strategii pentru a combate sau atenua activ materialul dăunător într-un mod afirmativ (Brown and L'Engle, 2009; UNICEF, 2017).
- **Fiți relevant din punct de vedere cultural:** În locurile unde sunt mai multe etnii și culturi, curriculumul trebuie să reprezinte toate culturile, nu doar cea dominantă. Conținutul trebuie să fie relevant pentru o anumită cultură, însă nu trebuie să treacă cu vederea sau să nu ia în calcul încălcarea drepturilor ce rezultă din cultura sau

practicile tradiționale dăunătoare.

- **Adaptați curriculumul la necesitățile unice ale participanților în baza genului acestora:** De exemplu, abordări pentru abilitarea fetelor să depășească restricțiile și dezavantajele în bază de gen ar putea include informație despre drepturile lor și despre activitățile care promovează acțiunile, autonomia și stima de sine a lor, cum ar fi mentoratul și sportul. Băieții au nevoie de abordări care i-ar ajuta să recunoască privilegiile și împuternicirile nemeritate ale bărbaților și în același timp i-ar susține în combaterea normelor stereotipizate despre masculinitate și feminitate (Kågesten et al., 2016). Toate programele extrașcolare trebuie să includă conținut pentru promovarea înțelegerii genului, diversității și drepturilor omului pentru a combate stereotipurile în bază de gen și discriminarea sistemică pe bază de sex, orientare sexuală și identitate de gen.
- **Abordați factorii de risc contextual cu care se confruntă participanții:** Factorii în cauză, plus la cei de gen pot include sărăcia, discriminarea pe bază de rasă, etnie, religie, dizabilitate și marginalizare socioeconomică.
- **Predați despre advocacy:** Activitatea de advocacy abilitază participanții ca agenți ai propriei vieți și lideri în comunitățile lor. Modulele privind deprinderile de bază pentru implicarea civică și advocacy le pot oferi copiilor și tinerilor oportunități concrete de a lega ceea ce învață la sesiuni de informare cu lumea lor mai largă și de a contribui la o schimbare pozitivă în comunitățile lor. Totuși decizia de a promova activitățile de advocacy trebuie să fie luată întotdeauna luând în considerare contextele sociale și juridice, dat fiind că în anumite locuri implicarea în advocacy poate fi ilegală sau nesigură pentru copii și tineri. În toate contextele participanților trebuie să li se permită să decidă liber dacă doresc să participe în advocacy.

2.2 Implementarea programelor

Facilitatorii

Facilitatori pot fi adulți, tineri adulți, semeni, specialiștii în domeniul sănătății sau părinții (Poobalan et al., 2009).

- Facilitatorii adulți pot fi apreciați de participanți pentru experiența lor de viață, credibilitate și abilitatea de a cerceta mai profund temele și de a ghida discuțiile pe teme sensibile. Ei pot avea și un statut mai înalt în comunitate, ceea ce poate întări sentimentul de siguranță și încredere al participanților.
- Semenii și tinerii cu câțiva ani mai mari decât participanții pot fi facilitatori eficienți și reprezenta un exemplu. Însă lipsa lor de experiență de predare comparativ cu facilitatorii mai în vârstă condiționează importanța deosebită de instruire, supraveghere și suport a acestora pentru ca ei să devină facilitatori eficienți.
- Specialiștii în domeniul sănătății ce oferă ESC extrașcolară trebuie să fie instruiți ca și ceilalți facilitatori; nu trebuie de considerat că domeniul lor profesional include cunoștințe despre ESC, pedagogie sau facilitare pentru copii și tineri.
- **Asigurați-vă că facilitatorii sunt competenți din punct de vedere cultural și pot comunica clar cu**

participanții: Dacă facilitatorii aparțin unei alte clase sociale sau altui context, ei trebuie să poată vorbi în așa mod, încât participanții să-i înțeleagă cu ușurință.

- **Selectați facilitatori pentru grupuri specifice de copii și tineri (de ex., persoane cu dizabilități fizice, persoane care trăiesc cu HIV, etc.) din aceeași comunitate, dacă este posibil:** Dacă facilitatorii nu împărtășesc această caracteristică cheie, ei trebuie să fie empatici și deschiși față de experiența și punctele de vedere ale copiilor și tinerilor.
- **Evalueați calitățile personale și abilitățile facilitatorilor:** Facilitatorii eficienți trebuie să fie empatici cu copii și tinerii, să-și asume cu entuziasm sarcina de a-i învăța despre sexualitate și să aibă o atitudine caldă și fără prejudecăți. Ei trebuie să dorească să predea conținutul întreg al ESC și să demonstreze abilități de a învăța cum să livreze ESC într-un mod eficient.
- **Instruiți facilitatorii în toate aspectele curriculumului și predării acestuia:** Ei trebuie să fie receptivi la problemele grupurilor cu care lucrează și să primească supraveghere utilă continuă cu introducerea comentariilor de la participanții la program. Pentru mai multe detalii, vedeți și Instruire și Supraveghere în Compartimentul 2.3, și GTIES, p.95
- **Oferiți instruire continuă facilitatorilor:** Oportunitățile de creștere a capacităților și platformele de susținere a dezvoltării profesionale a facilitatorilor îi vor ajuta să livreze programe de ESC de calitate. Este necesar de elaborat și revizuit regulat mijloace de lucru și instrumente de implementare pentru a asigura actualizarea și conținutul relevant al programelor livrate.t.

Abordări față de predare și învățare

- **Exploatați metode diferite:** Predarea și învățarea eficiente implică metode diverse și interactive, începând de la brainstorming și discuții până la reflecții și analiză, de la jocuri de roluri la studii de caz, de la producții teatrale la proiecte în grup. Metodele ce încurajează mișcarea fizică, cum ar fi jocul de roluri sau teatrul, și cele care implică participanții emoțional, cum ar fi invitații cu istorii impresionante, vor fi mai degrabă efective în schimbarea percepțiilor și comportamentelor (UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women și OMS, 2018; Poobalan et al, 2009). Pe măsura posibilităților, cunoștințele, atitudinile, valorile și deprinderile trebuie integrate în fiecare temă și nu doar discutate la lecții separate.
- **Fiți incluzivi:** Stabiliți reguli de respect pentru fiecare și creați un model în această privință. Exemplele, scenariile, istoriile, jocurile de roluri și oratorii invitați, la toate temele, trebuie să includă o diversitate de persoane și relații care să cuprindă toate grupele prezente. Învățați-i direct despre diversitate și despre impactul pe care îl au prejudiciile, stigma și discriminarea. Stabiliți o durată flexibilă a lecțiilor ca să permiteți participarea a cât mai multe persoane posibil.
- **Folosiți metode de abilitare:** Mulți participanți descriși în prezentul Ghid aparțin grupurilor marginalizate și oprimate. Pedagogia critică (a se vedea Glosarul) poate abilita copii și tinerii din aceste grupe prin folosirea unui proces de învățare cooperativ, unde educatorii și cursanții învață unii de la alții, dezvoltând moduri noi de a face față problemelor și provocărilor împreună. Pedagogia critică afirmă experiențele comunității, abilitază indivizii

și creează solidaritate în cadrul comunității.

- **Folosiți abordări ce iau în considerație eventualele traume:** Este probabil că unii copii și tineri au suferit traume, individual sau ca membri ai unui grup, din cauza discriminării, violenței (inclusiv violenței sexuale), conflictelor familiale, conflictelor armate sau altor crize umanitare. Traumele pot fi și transmise între generații. Abordarea ce ia în considerație eventualele traume oferă cunoștințe despre sexualitate în așa mod, încât să nu re-traumatizeze participanții prin provocarea sentimentelor sau memoriilor asociate cu experiența traumatică (așa-numitele "triggere"). Esența abordărilor ce iau în considerație eventualele traume constă în crearea unui mediu și unei culturi de grup deschise, sigure și pline de compasiune. Informații întotdeauna participanții la începutul sesiunii despre conținutul ce va fi discutat (prevenire despre trigger) ca ei să poată decide să nu participe, și oferiți-le resurse ușor accesibile.³
- **Folosiți metode participative, personalizate:** Folosiți poze, postere și video-uri, și minimizați folosirea materialelor informaționale imprimare. O abordare bazată pe discuții, care le permite participanților să vorbească, poate ușura starea de izolare socială pe care o simt unii tineri membri ai anumitor grupuri de populație
- **Folosiți metode care dezvăluie ce cred participanții că știu:** Cereți-le să spună ce au învățat și ce surse de informație au folosit, sau folosiți chestionare sau jocuri de tipul adevărat/fals. Astfel facilitatorul poate identifica și corecta anumite concepte și informații greșite pe care le au participanții
- **Folosiți limba maternă a participanților atunci când este posibil:** Aceasta va ajuta să încurajați participantul să înțeleagă și discute chestiuni sensibile sau personale.
- **Analizați nivelul de alfabetizare al participanților:** Copii și tinerii neșcolarizați pot avea un nivel jos de alfabetizare sau chiar pot fi analfabeți. S-ar putea să fie necesar de minimizat activitățile ce implică cititul și scrisul. În schimb, folosiți metode empirice, participative, cum ar fi istoriile, jocurile de roluri, discuțiile, imaginile, video-urile și grafica. Din contra, programele de alfabetizare pot oferi un punct de pornire valoros pentru integrarea conținutului de educație sexuală prezentat conform nivelului de alfabetizare al cursantului.
- **Oferiți participanților posibilitatea de a adresa întrebări, inclusiv cele care pot fi neconfortabile pentru ei:** O cutie anonimă pentru întrebări (dacă participanții sunt cărturari) poate fi un mod util de a le oferi copiilor și tinerilor libertatea de a întreba fără frică sau rușine.
- **Dați-le participanților timp să asimileze și practice ceea ce învață:** Timpul pentru reflecții, jocuri de roluri și repetarea informației în cadrul sesiunii și de la o sesiune la alta poate ajuta copiii și tinerii să înțeleagă și integreze cu încredere materialul și ideile noi.
- **Ajutați participanții să aplice ceea ce învață în viața reală:** Încurajați copiii și tinerii să se gândească cum ar putea aplica informația primită în viața, relațiile și deciziile lor. Puteți face acest lucru prin imaginații ghidate, scrierea în jurnal, desene, răspunsuri la imagini sau discuții în grup. Totuși este important ca facilitatorii să

aibă o atitudine receptivă față de amintirile experiențelor traumatizante ce pot fi declanșate la personalizarea informației privind sexualitatea și sănătatea sexuală (a se vedea în p.14 de mai sus mai multă informație privind abordările cu luarea în considerație a traumelor).

- **Încurajați participanții să-și dezvolte propriile soluții:** Rugând participanții să-și planifice propriul "meniu" sau listă de opțiuni pentru reducerea riscului îi puteți ajuta să identifice strategii pe care le vor putea utiliza cu adevărat, și nu soluții elaborate de cei aflați în poziția de putere, care ar putea să nu fie fezabile pentru ei (UNESCO et al., 2018). În acest mod, copiii și tinerii devin exemple unii pentru alții, schimbarea comportamentului în baza noilor raționamente devine o normă a grupului și învățarea este consolidată în mod pozitiv.
- **Oferiți ESC într-un mod sigur din punct de vedere cultural:** Siguranța culturală depășește conceptul de sensibilitate culturală. Ea include analiza dezechilibrului de putere, discriminării instituționale, colonizării și relațiilor cu colonizatorii și cu culturile hegemonice aplicate la educația și serviciile de sănătate. Siguranța culturală este la fel critică pentru recunoașterea punctelor de intersecție ale sănătății fizice, spirituale, mentale și emoționale ale copiilor și tinerilor.

Siguranța, securitatea și confidențialitatea

- **Creați spații sigure:** Spațiile sigure (a se vedea definiția detaliată în Glosar) oferă siguranță și securitate fizică și emoțională și le permit participanților să discute despre frustrările și provocările lor, precum și despre oportunitățile de a face ceva altfel în viața de zi cu zi.
- **Stabiliți reguli de bază clare pentru siguranță și securitate:** Acest lucru este îndeosebi important pentru grupurile de copii și tineri care sunt în particular vulnerabili în fața hărțuirii, discriminării și violenței, inclusiv din partea membrilor comunității sau a poliției. Regulile de bază trebuie să includă: respectarea confidențialității celorlalți participanți (identitatea participanților sau ceea ce este spus la sesiune nu trebuie să fie dezvăluite non-participanților); să nu fie făcute fotografii fără permisiune și să nu fie postate sau distribuite fotografii în care sunt vizibile fețele; să nu fie menționate nume sau locuri, inclusiv în postările de pe rețelele sociale; programul trebuie să fie menționat doar persoanelor cunoscute; folosirea grupurilor de mesagerie, chat-urilor sau "grupurilor secrete" pe Facebook dacă participanții doresc să țină legătura (dar aveți în vedere că și aplicațiile aparent sigure pot să nu fie complet confidențiale și pot conține informație inexactă); niciodată să nu publicați nimic despre nimeni fără acordul lor.
- **Respectați granițele fizice ale participanților:** Participanții nu trebuie să fie îmbrățișați, mângâiați, masați, sărutați sau cuprinși de semeni sau facilitatori. **Când discutați despre raportarea cazurilor de violență și hărțuire sexuală, invitați pe cineva către care participanții ar putea raporta despre abuz:** Dacă nu este posibil ca persoana de contact să fie prezentă, asigurați-vă că participanții înțeleg concret la cine trebuie să se adreseze.

³ Pentru mai multă informație a se vedea Support for Students Exposed to Trauma: The SSET Programme, Group Leader Training Manual, Lesson Plans, and Lesson Materials and Worksheets (RAND, 2009) și A Guide to Trauma-Informed Sex Education (CARDEA, 2016).

- **Exprimați clar importanța și limitele confidențialității:** În regulile de bază ale programului trebuie să fie subliniat faptul că toți participanții sunt responsabili de păstrarea confidențialității și trebuie să fie explicat clar ce înseamnă asta în practică. La fel este esențial ca facilitatorul să păstreze confidențialitatea în privința identității participanților și ceea ce relatează ei. În unele cazuri omiterea acestui lucru ar putea pune în pericol siguranța și securitatea lor. Totuși, facilitatorii trebuie să le explice participanților că în anumite cazuri facilitatorului i s-ar putea cere prin lege să transmită autorităților relevante ceea ce a dezvăluit participantul pentru a putea acționa în interesul primordial al copilului care încă nu a atins vârsta majoratului.

Monitorizarea

- **Integrați monitorizarea și evaluarea continuă:** Conținutul programului trebuie să fie revizuit regulat în baza experienței de realizare a lui și a comentariilor participanților. De la bun început trebuie să existe o monitorizare și evaluare continuă a contribuțiilor, proceselor și rezultatelor, astfel ca implementatorii să poată continua să modeleze și adapteze programul în baza schimbărilor la nivel de comunitate sau la nivel național.
- **Monitorizați fidelitatea cu care realizează programul facilitatorii:** Aceasta se referă la conținut, metodologie, precum și la valorile programului.
- **Identificați moduri de menținere a legăturii cu participanții de la bun început:** Aspectele ce trebuie examinate și care ar putea fi mai dificil de urmărit în cadrul programelor extrașcolare comparativ cu cele școlare includ: cât de mult din conținutul programului a fost livrat fiecărui participant; participă oare aceeași copii și tineri la programele cu sesiuni multiple; evaluarea programului cu participanții pe termen lung.

Documente și curriculum de bază

- *Regional Comprehensive Sexuality Education Resource Package for Out of School Young People (UNFPA, 2018)*
- *UNFPA Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A Focus on Human Rights and Gender (UNFPA, 2014)*
- *The Evaluation of Comprehensive Sexuality Education Programmes: 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)*
- *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education (Population Council, 2009)*
- *WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights (WHO, 2018)*
- *Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents (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)*

- *Standards for Sexuality Education in Europe: A Framework for Policy Makers, Educational and Health Authorities and Specialists (WHO Regional Office for Europe and BZgA, 2010)*
- *It's All One Curriculum: Guidelines and Activities for a Unified Approach to Sexuality, Gender, HIV and Human Rights Education (Population Council, 2009)*
- *WHO Recommendations on Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights (WHO, 2018)*

2.3 Implicarea educatorilor de la egal la egal în ESC extrașcolară

Un educator egal este o persoană aflată pe aceeași poziție cu alta – cineva care aparține aceluiași grup social în baza vârstei, gradului, statutului sau altor caracteristici – care este instruită și susținută pentru a realiza o schimbare pozitivă printre alți membri ai aceluiași grup. Pentru copii și tineri vârsta, sexul și genul sunt de obicei motive cheie pentru a considera pe cineva egal, însă în unele cazuri alte trăsături comune, cum ar fi grupul sau grupurile cu care se identifică ei, pot fi mult mai semnificative. Informația livrată de la egal la egal poate fi oferită în cadrul unei conversații între două persoane, discuțiilor în grup, prin distribuirea materialelor, consiliere și jocuri. Printre alte activități, se mai pot face referiri la servicii și s-e poate oferi suport în ghidarea activității de advocacy și mobilizare a comunității (UNAIDS, 1999).

Educația de la egal la egal poate fi mai eficientă dacă este integrată în intervenții holistice și dacă rolul educatorilor de la egal la egal este concentrat asupra sensibilizării și trimerii către experți și servicii (Chandra-Mouli et al., 2015a). Educatorii de la egal la egal pot lucra împreună cu educatorii profesioniști pentru a livra programele. Educația de la egal la egal poate fi deosebit de utilă:

- atunci când nu sunt disponibile sau accesibile programe conduse de educatori profesioniști
- când adulții nu sunt fluenți în slangul și limbajul familiar folosit de copii și tineri, mai ales când este vorba de sexualitate
- când educatorii de la egal la egal se bucură de mai multă încredere decât profesioniștii sau alții care nu sunt parte din grupul de semeni al cursanților, de exemplu între copii și tineri care au suspiciuni față de persoanele ce reprezintă pentru ei maltratarea și discriminarea din trecut sau prezent; sau în comunitățile etnice unde cei care nu sunt membri se pot confrunta cu bariere culturale, lingvistice sau de experiență.

Studiile au demonstrat că educația de la egal la egal sporește cunoștințele și, în unele cazuri, schimbă atitudinile și intențiile, deși nu s-a constatat un efect semnificativ al ei asupra comportamentelor, cum ar fi folosirea prezervativelor sau altor metode de contracepție (Kim et al., 2008; Medley et al., 2009; Poobalan et al., 2009; Salam et al., 2016; Tollie, 2012). (Este de menționat că nici unul din aceste studii nu a fost realizat referitor la ESC oferită de educatori de la egal la egal de aceeași vârstă către semenii lor; unul a fost referitor la "educația privind sănătatea sexuală" între semenii adolescenți, însă nu a fost specificat conținutul efectiv.) Efectele educației de la egal la egal asupra populației cheie, cum ar fi persoanele care își injectează droguri și cele

care practică munca sexuală sunt un pic mai mari, ceea ce sugerează că educația de la egal la egal poate fi o abordare mai eficientă pentru populația marginalizată sau ascunsă (Bekker and Hosek, 2015; Krishnaratne et al, 2016; WHO, 2017b). Mai sunt necesare studii mai riguroase referitor la motivele pentru care unele programe de educație de la egal la egal sunt mai eficiente decât altele, la fel ca și studiile care compară impactul și eficiența diferitor tipuri de facilitatori, inclusiv educatorii adulți bine instruiți în domeniul sexualității (Tolli, 2012; Villa-Torres and Svanemyr, 2015).

Planificarea și elaborarea programului

- **Realizați evaluarea necesităților în comunitate:** Acest lucru se referă la elaborarea programelor pentru toate formele de ESC extrașcolară, însă este frecvent neglijat în cazul programelor conduse de educatori de la egal la egal. Evaluarea este importantă, dat fiind că extinderea educației de la egal la egal nu este un proces simplu de replicare: în fiecare context nou este necesar de evaluat necesitățile relevante pentru a identifica factorii care ar putea fi de ajutor sau ar putea fi un obstacol în educația de la egal la egal (UNAIDS, 1999).
- **Definiți clar populația țintă a educatoilor de la egal la egal:** Aceasta include analiza vârstei, genului, rasei sau etniei, orientării sexuale, factorilor socioeconomi, vecinătății, etc. (UNAIDS, 1999).

Selectarea educatoilor de la egal la egal

- **Explicați clar candidaților criteriile de selectare:** Educatoorii de la egal la egal trebuie să corespundă cu caracteristicile cheie ale publicului țintă (cum ar fi vârsta, nivelul de educație, identitatea de gen, orientarea sexuală, statutul HIV, etnia, religia, interesele academice și/sau activitățile extra-curriculare). Ei trebuie să fie lideri de opinie carismatici și respectați cu bune abilități de comunicare, și să se bucure de credibilitate. Ei trebuie să fie ferm încrezuți în program și să dorească să contribuie la el.
- **Selectați educatoorii de la egal la egal dintr-o bază mai largă de potențiali candidați:** Folosiți o varietate de metode pentru a identifica candidații, inclusiv rețelele sociale, și nu doar așteptați ca ei să răspundă la un anunț. Procesul de selectare trebuie să fie transparent și echitabil, și copiii și tinerii din populația țintă trebuie să participe la alegerea semenilor pe care îi văd ca lideri și exemple.

Instruire și supraveghere

- **Oferiți instruire:** Instruirea efectivă trebuie să conțină o componentă extensivă de dezvoltare a abilităților, inclusiv practica facilitării în comunitate, și evaluarea inițială și continuă a competențelor. (Aceste aspecte sunt aplicabile față de instruirea tuturor facilitatorilor, însă sunt adesea neglijate în instruirea educatoilor de la egal la egal.) În varianta ideală, educatoorii de la egal la egal trebuie să fie certificați în cadrul unui proces în care ei trebuie să demonstreze cunoștințele, atitudinile și deprinderile adecvate conform unor standarde de competențe prestabilite, cunoscute formaților și for all facilitator training, evaluate de către o organizație sau

persoane cu autoritate și experiență recunoscută.

- **Instruirea inițială trebuie să fie urmată de suport de mentorat și instruire continuă "amplificatoare":** Aceasta va ajuta la asigurarea calității ESC oferite de educatoorii de la egal la egal. Ei pot necesita mai mult suport decât educatoorii adulți (inclusiv de îngrijire a sănătății și consiliere), în particular dacă sunt expuși la istorii privind traumele. În afară de supravegherea regulată și grupurile de suport, ei trebuie să aibă acces la suport profesional în caz de necesitate, inclusiv în regim de urgență
- **Oferiți supraveghere cu sprijin:** Aceasta trebuie să includă sesiuni de supraveghere pe teren și în oficiu cu personalul programului care este competent din punct de vedere tehnic, oferă motivație și suport. În timpul supravegherii este necesar de identificat, laudat și consolidat punctele forte; de evidențiat abilitățile sau cunoștințele care necesită îmbunătățire; de oferit comentarii pentru a ajuta educatoorii de la egal la egal să devină mai abili și eficienți; de oferit încurajare și suport permanent pentru a-i menține implicați (Simba and Kakoko, 2009).
- **Oferiți oportunități regulate pentru comentarii:** Educatoorii de la egal la egal trebuie să-și exprime opinia despre program, activitățile sale și propria lor performanță. La fel pot fi solicitate comentarii privind activitatea educatoilor de la egal la egal de la participanții la program.

Reținerea și înlocuirea

- **Stabiliți așteptări clare care să respecte abilitățile și experiența educatoilor de la egal la egal:** Creați un volum de lucru realizabil și folosiți acorduri contractuale. Oferiți-le educatoilor de la egal la egal responsabilități și capacitate de decizie referitor la planificarea, implementarea și evaluarea programului
- **Oferiți compensații și stimulente:** Oferirea unei plăți educatoilor de la egal la egal ar putea crește motivația acestora și ar permite tinerilor din toate contextele socioeconomice să participe. Cel puțin lor trebuie să li se ramburseze cheltuielile aferente activității lor, cum ar fi cele de transport. Celelalte plăți nu ar trebui să fie totuși atât de mari încât să creeze distanță socială între ei și semenii lor. Alte moduri de a stimula educatoorii de la egal la egal pot fi oportunitățile de creștere personală și profesională. Dacă educatoorii de la egal la egal sunt voluntari, ei trebuie să primească recunoștință adecvată și este necesar de avut grijă să nu fie exploatați munca lor gratuită.
- **Oferiți suport emoțional:** Aceasta poate include sesiuni periodice de suport individuale și în grup pentru a discuta chestiuni cum ar fi stresul și arderea profesională, precum și pentru a împărtăși succese și idei și a crea coeziune în grup.
- **Planificați fluctuația sau abandonul:** Acest lucru este des întâlnit în programele de educație de la egal la egal și poate fi parțial realizat de o structură formală de recrutare și instruire a noilor educatoii de la egal la egal. Interviuurile la plecare pot ajuta implementatorii să înțeleagă dacă educatoorul de la egal la egal pleacă din motive personale sau programatice și să evalueze experiența lor generală în program. Această informație poate fi utilizată pentru a îmbunătăți programul. Implicarea educatoilor de la egal

la egal curenți în recrutarea și instruirea noilor educatori de la egal la egal îi va abilita și îi va ajuta să-și dezvolte abilități noi.

Documente și curriculum de bază

- *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 Implicarea părinților sau a tutorilor în ESC extrașcolară

Familia joacă un rol semnificativ în educarea copiilor și tinerilor despre sexualitate, ceea ce are loc de obicei în mod neplanificat și adesea inconștient. Copiii învață despre dragoste, atingeri, relații, comunicare și egalitate de gen observându-i pe cei din jur, fiind ghidați și corectați, precum și din felul în care sunt tratați, plus la ceea ce sunt învățați explicit (OMS, 2017c).

În locurile unde educația sexuală nu se oferă în școli sau nu este comprehensivă, părinții/tutorii și familiile poartă majoritatea responsabilității de a oferi o asemenea preferă ca anume ei să fie sursa de informare despre sexualitate. În pofida acestui fapt, părinților sau tutorilor adesea le lipsesc competențele pentru a le oferi copiilor o educație sexuală bazată pe dovezi și potrivită vârstei. Pentru a rezolva această problemă, unele programe de ESC încearcă să implice părinții/tutorii în oferirea sau susținerea oferirii educației sexuale copiilor lor. Aceste abordări includ educația sexuală care este:

- **centrată pe părinți:** Părinții/tutorii sunt educați sau instruiți pentru a oferi educația sexuală copiilor lor.
- **cu implicarea părinților:** Părinții/tutorii participă împreună cu copilul la sesiunile de educație sexuală sau fac temele pentru acasă împreună.
- **susținute de părinți:** Părinții/tutorii sunt orientați spre programul de educație sexuală, astfel ca ei să știe ce învață copilul lor și să poată consolida sau completa mesajele acasă.
- **conduse de părinți:** Părinții/tutorii sunt instruiți să livreze programele altor părinți/tutori sau copiilor
- **bazate pe familie:** Părinții/tutorii lucrează în cadrul unui program structurat împreună cu copilul lor, de exemplu privesc video sau ascultă muzică împreună.

Unele programe pot combina două sau mai multe asemenea abordări.

Planificarea și elaborarea programului

Componentele comune ale unor intervenții eficiente includ:

- sesiuni comune pentru părinți/tutori și copiii lor
- promovarea implicării părinților/familiei
- educație sexuală specială pentru părinți/tutori, precum și oportunități ca aceștia să practice noile abilități de comunicare cu copiii lor.
- **Explicați părinților/tutorilor cât de important este ca ei să se implice în ESC a copilului lor:** Programele

trebuie să includă centrarea pe susținerea comunicării între părinți și copil înainte ca copilul să devină activ sexual și trebuie să susțină convingerile pozitive ale părinților/tutorilor referitor la comunicarea cu copiii lor despre sexualitate, de exemplu, că vor primi o reacție pozitivă și că aceasta va fi eficientă în prevenirea HIV (Villarruel et al., 2008). Este important de ajutat părinții și tutorii, în special ai grupurilor specifice de copii și tineri menționați în prezentul Ghid, pentru a înțelege vulnerabilitățile, necesitățile și drepturile copilului lor referitoare la sexualitate.

- **Consultați-vă cu părinții/tutorii:** Întrebați-i despre nivelul de implicare pe care îl dorec, despre propriile cunoștințe și ceea ce nu cunosc, îngrijorările pentru copii lor referitoare la sexualitate și sănătatea sexuală, și cum ar putea programul să-i susțină mai bine.

Metode de predare și învățare

- **Sensibilizați părinții/tutorii privind importanța unor norme și atitudini echitabile de gen:** Părinții/tutorii sunt persoane cheie în modelarea normelor și atitudinilor în bază gen ale tinerilor adolescenți. Adesea ei doresc ca copiii lor să se supună normelor de gen prevalente (care sunt de obicei inegale) și consolidează aceste norme prin instrucțiuni, încurajare, răsplăță, predici și disciplină (Chandra-Mouli et al., 2017). Prin urmare, programele trebuie să-i ajute pe părinți/tutori să modeleze niște norme și atitudini de gen mai egale.
- **Consolidarea conexiunii între părinți și copil:** Caracteristicile generale ale relațiilor între părinți și copii, cum ar fi conexiunea, susținerea și exprimarea așteptărilor de viitor pot avea mai multă influență asupra comportamentului sexual al copiilor decât comunicarea specifică despre sex – și cu adevărat valoarea și importanța lor depășesc cu mult domeniul educației sexuale. Prin urmare, intervențiile ce implică părinții/tutorii trebuie să se concentreze asupra îmbunătățirii activității lor de monitorizare și reglare a comportamentului copiilor; acordării de asistență părinților/tutorilor în comunicarea valorilor lor despre relațiile sexuale; și încurajarea lor să modeleze comportamentele pe care doresc ca copiii lor să le urmeze (Wight et al., 2012; Santa Maria et al., 2015).
- **Explorați programe bazate pe tehnologii pentru părinți/tutori:** Atunci când resursele o permit, tehnologia poate reduce barierele comune care împiedică participarea la programe de grup cu sesiuni multiple, cum ar fi obligațiile de serviciu și familiale, timpul și transportul. A se vedea Compartimentul 2.5 pentru mai multă informație.

Documente și curriculum de bază

- *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 Folosirea tehnologiei în ESC extrașcolară

Folosirea potențială a tehnologiei pentru a contribui la livrarea ESC generează interes semnificativ, în special dat fiind că mulți copii și tineri deja folosesc tehnologia cu încredere și destul de des (Noar, 2011; Talukdar, 2013; Holstrom, 2015; Oosterhoff et al., 2017). Atunci când copii și tinerii au acces la internet și rețelele sociale, acestea sunt adesea folosite ca surse de informație despre sexualitate și relații. Tehnologia mai poate fi adaptată pentru livrarea programelor structurate sau a componentelor programelor. Componentele online sau digitale pot:

- fi mai accesibile, dat fiind că pot fi accesate în mod flexibil și comod, în locul și momentul în care dorește cursantul. Acest lucru poate fi în particular util pentru cursanții care sunt izolați geografic, în mișcare sau pentru cei care nu doresc să se întâlnească într-un grup cu ceilalți (sau atunci când acest lucru poate fi periculos pentru ei)
- fi mai eficiente, având potențialul de a ajunge la un număr mare de persoane cu cheltuieli mai mici pe termen lung
- include conținut interactiv, captivant și personalizat, care poate duce la transformări mai importante decât cele obținute prin alte metode
- fi realizate și finalizate cu o viteză de învățare comodă pentru cursant
- ajunge în mod eficient și sigur la grupurile specifice de copii și tineri, sau la grupuri mai mici ca număr, cu informație relevantă anume pentru ei
- livra ESC cu o fidelitate mai mare, dat fiind că conținutul este fix și nu depinde de dorința facilitatorului de a-l prezenta sau de potențialele prejudecăți ale facilitatorului în privința temei (Downs et al., 2015).

Sunt și anumite rezerve privind folosirea tehnologiei în ESC:

- Unele abordări ce folosesc tehnologiile ar putea fi mai puțin viabile în contextele cu puține resurse (sau în contextele unde accesul la Internet sau la electricitate este limitat).
- Unele intervenții, cum ar fi jocurile serioase (a se vedea Glosarul) sau simulările implică procesele lungi și complexe de dezvoltare și necesită finanțare semnificativă pentru a susține elaborarea unui produs de calitate înaltă. Este necesar de planificat adecvat timpul și resursele.
- Evaluarea celor învățate de cursanți în urma simulărilor poate fi mai complexă.
- Tehnologia se poate schimba atât de rapid încât la momentul când intervenția va fi elaborată și evaluată într-un test controlat randomizat este posibil ca tehnologia să fie deja învechită.
- Deși accesul la Internet mobil devine tot mai răspândit și ieftin, copiii și tinerii pot să nu aibă acces uniform, în special în țările cu venituri mici. Mai există inegalități de acces cauzate de amplasarea geografică și infrastructura slabă (inclusiv în zonele muntoase, pe insule și în unele zone rurale), gen, limbă și nivelul de alfabetizare în general și alfabetizare digitală (ITU, 2017; UNICEF, 2017; Broadband Commission, ITU and UNESCO, 2018; GSMA and IPSOS, 2018)..
- Tehnologia nu poate înlocui susținerea și ghidarea din partea adulților în viața copiilor sau tinerilor. Ea trebuie

să fie examinată ca un instrument util, însă nu ca un substitut al interacțiunii cu adulții care oferă suport.

Planificarea și elaborarea programului

- **Evaluati necesitățile și potențialul tehnologiei în susținerea ESC:** Identificați provocările în implementarea ESC și analizați dacă și în ce mod tehnologia le-ar putea rezolva. Evaluați factorii care ar putea afecta accesibilitatea și folosirea tehnologiei. Aceasta vă va ajuta să asigurați că tehnologia selectată este relevantă, sustenabilă și nu dublează alte eforturi (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Bazați-vă pe ceea ce există deja:** Pentru a maximiza utilizarea resurselor și așa insuficiente, a economisi timp și a evita dublarea eforturilor, adaptați produsele, resursele și abordările existente în loc să creați ceva complet nou. Aflați ce este încercat, testat și popular în comunitatea de dezvoltare digitală, la conferințe, bloguri și evaluări de programe. Integrați sisteme de monitorizare și comentare în produs pentru a colecta datele necesare pentru îmbunătățiri.
- **Folosiți experiența disponibilă:** Uneori sunt necesare capacități semnificative pentru a elabora programe sau componente bazate pe tehnologii, în special pe cele mai sofisticate și potențial mai eficiente. Parteneriatele cu profesioniștii din domeniul tehnologiei și experții în domeniul conținutului ar putea asigura calitatea și eficiența produselor.
- **Creați parteneriate cu copii și tinerii:** La elaborarea noilor componente tehnologice ale programului este esențial să înțelegeți caracteristicile, nevoile, interesele și provocările copiilor și tinerilor, precum și situațiile și limbajul cu care aceștia se identifică. Programatorii trebuie să adopte un proces de proiectare participativ pentru a identifica soluții și să construiască, testeze și reproiecteze produsele până când acestea vor satisface nevoile utilizatorului (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Evaluarea și soluționarea problemelor de confidențialitate și securitate:** Examinați cu atenție ce utilizator și program colectează datele și cum sunt obținute, utilizate, stocate și transmise acestea. Programele trebuie să protejeze informația confidențială și identitățile persoanelor din seturile de date de accesul neautorizat și de manipulari din partea terților. Practicile responsabile includ transparența referitor la modul de colectare și utilizare a datelor, minimizarea cantității de informație personală, de identitate și sensibilă, crearea și implementarea unor politici de securitate care protejează datele și asigură confidențialitatea și demnitatea persoanelor, precum și crearea unei politici de gestionare a oricărui date după finalizarea proiectului (Principles for Digital Development, n.d.).
- **Profitați de individualizare și interactivitate:** Sofisticarea tot mai mare a tehnologiei a transformat modulurile în care ea poate fi folosită pentru a spori eficiența ESC, materialul poate fi individualizat conform etapei cognitive a cursantului, nivelului de educație sau experiențelor sexuale a acestuia, deficiențelor specifice de cunoștințe, genului, rasei, etniei sau profilului de risc. Tehnologia poate fi și interactivă, poate reacționa la alegerile cursantului, exemple pot fi programele de simulare (în care cursantul interacționează cu un mediu

care este simțit ca unul real, ia decizii și practică deprinderi în acest mediu), și jocurile serioase care introduc elemente de distracție și competiție în simulări pentru a spori valoarea pedagogică. Tehnologia interactivă poate oferi comentarii imediate, personalizate și le poate permite cursanților să refacă situațiile și să încerce diferite alegeri sau soluții.

- **Asigurați-vă că programele de ESC bazate pe tehnologii sunt bazate pe curriculum:** Abordările tehnologice față de ESC fără alte componente trebuie să dispună de un mecanism care îi cere utilizatorului să treacă printr-un anumit parcurs și să completeze anumite elemente specifice într-o ordine prestabilită. Dacă utilizatorul poate decide ce componente ale programului bazat pe curriculum să acceseze și pe care să le omită, experiența de învățare și volumul conținutului pe care îl primește pot să nu fie comprehensive.
- **Planificați gestiunea adecvată a conținutului și mentenanța produsului:** Informația conținută în orice program tehnologic trebuie să fie actualizată și relevantă pentru a reduce riscul de distribuire a informației învechite sau incorecte prin Internet.

Metode de predare și învățare

- **Examinați o varietate largă de metode bazate pe tehnologii pentru livrarea componentelor ESC:** Acestea ar putea include apeluri telefonice, mesaje text, e-mailuri, mass-media, pagini web, bloguri, vloguri, video-uri, podcasturi, aplicații și rețele sociale, precum și educație interactivă pe bază de calculator sau internet – cursuri, teste, jocuri, simulări și jocuri serioase, realitate virtuală și chatbot-uri (programe computerizate care simulează o conversație cu utilizatorii umani și care pot răspunde la întrebări).
- **Combinați tehnologia cu alte abordări:** Multe din aceste metode nu pot livra ESC de sine stătător. Însă majoritatea pot fi utilizate ca parte a unui program de ESC sau ca completare la acesta, în clinici, acasă cu părinții și ca parte a programelor față în față. De exemplu, video-urile și programele pe bază de computere la clinică pot oferi copiilor și tinerilor educație eficientă despre contracepție sau prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și HIV (Noar et al., 2009; Bailey et al., 2012; Tuong et al., 2014).

Livrarea programului

- **Căutați soluții pentru contextele unde copii și tinerii nu au acces ușor la tehnologie:** Intervențiile pot fi realizate în instituții (de ex., clinici sau școli) care pot oferi tehnologii; sau copiilor și tinerilor le pot fi oferite telefoane mobile, dacă bugetul o permite (Guse et al., 2012). O altă abordare a fi echiparea educatorilor din comunitate cu tablete sau computere pentru a putea lucra (Bailey et al., 2010).
- **Extindeți referirea spre paginile sau aplicațiile web:** Programele ce acoperă alte necesități și au trăsăturile adiționale necesare vor ajuta la implicarea și reținerea mai multor copii și tineri. La fel este important să fie realizată integrarea cu platformele rețelelor sociale și cu alte tipuri de tehnologie.
- **Atrageți atenție la reținerea cursanților:** Dacă produsul este bine elaborat (în colaborare cu utilizatorii)

este convingător și are o abordare treptată, este probabil că reținerea va fi mai mare.

- **Monitorizați paginile grupului pe Facebook, blogurile și forumurile interactive:** Când participanții participă în live chat sau oferă informație unul altuia, este critic ca personalul care dispune de cunoștințe relevante să realizeze monitorizarea permanentă pentru a asigura exactitatea și integritatea informației prezentate. Aceasta este îndeosebi important atunci când sunt folosite paginile de pe rețelele sociale, dat fiind că acestea pot fi supuse cu ușurință unei publicități nedorite și unor postări nesolicitate din afara publicului prevăzut (UNICEF, 2011a; UNFPA et al., 2015; UNDP et al., 2016). Administratorii grupelor mai trebuie să petreacă monitorizarea pentru a depista cazurile de bullying și violență online.

Documente cheie

- *Principles for Digital Development (website)*
- *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. Livrarea ESC extrașcolare unor grupuri specifice de tineri

Toate programele de ESC trebuie să fie cât mai inclusive posibil ca să cuprindă întreaga diversitate de copii și tineri, să-i educe pe toți cu referire la experiențele lor și să satisfacă necesitățile tuturor. Însă ESC pentru populația generală de copii și tineri nu poate satisface în profunzime necesitățile specifice ale fiecărui grup aparte. Mai mult decât atât, în multe contexte copiii și tinerii care aparțin grupelor marginalizate se simt singuri și pot vorbi liber despre chestiunile legate de sexualitate și sănătate numai într-un grup de persoane care sunt la fel ca ei. Prin urmare, în Compartimentul dat este oferită informație și îndrumări privind oferirea ESC extrașcolare unor grupuri specifice de copii și tineri. Recomandările de mai jos trebuie să fie considerate, pentru fiecare grup în parte, adăugătoare la recomandările date în Compartimentul 2.

Este esențial de recunoscut că mulți copii și tineri nu fac parte doar din unul din grupurile de mai jos. Sunt copii și tineri cu dizabilități și gay, copii și tineri care consumă droguri și se află în același timp în detenție, tineri transgen în contexte umanitare, fete adolescente indigene care locuiesc în zonele rurale – de fapt, copii și tineri cu orice combinație posibilă de identități, necesități și preferințe. Cei care livrează ESC trebuie să cunoască întotdeauna cine sunt participanții lor și să folosească o abordare ce recunoaște multiple identități și răspunde diferitor realități ale acestora.

3.1 Grupuri clasificate pe criterii de gen

Faptul că copii și tinerii de toate genurile învață împreună despre sexualitate prezintă beneficii, nu în ultimul rând din cauza că mulți participanți vor avea în anumite momente relații romantice și sexuale cu cineva de alt gen. Totuși, poate fi necesară livrarea CSE în grupuri divizate pe criterii de gen atunci când acesta este singurul mod acceptabil din punct de vedere cultural.

Plus la aceasta, deși o parte din conținutul privind genul și violența va fi același pentru toți, în majoritatea țărilor există un dezechilibru al puterii între bărbați și femei, băieți și fete. Educația transformațională privind genul (a se vedea Glosarul) trebuie să ghideze participanții ca aceștia să analizeze fiecare temă din perspectiva de gen astfel ca ei să înțeleagă și să învețe să gândească critic referitor la modul în care problemele de gen pătrund în viața lor. Însă pot exista beneficii și în punerea unor accente diferite cu fetele și băieții – abilitând fetele și permițând băieților să vadă beneficiile și valoarea împărțirii puterii cu fetele și femeile (Greene and Levack, 2010). Educația privind violența în bază de gen poate la fel implica diferite abordări bazate pe gen, dat fiind că fetele și persoanele care nu se încadrează într-o clasificare binară/cu ambiguitate de gen sunt victimele primare și supraviețuitoarele violenței, în timp ce socializarea de gen a băieților și bărbaților îi prezintă ca agresori primari, deși

ei pot fi la fel victime a abuzului sexual sau a altor forme de abuz.

Programele pot fi livrate în întregime în grupuri divizate pe criterii de gen, sau participanții pot fi separați doar pentru anumite sesiuni. În particular pentru fetele adolescente există avantaje adiționale ale sesiunilor de ESC în grupuri de același gen (Greene and Levack, 2010; Morrison-Beedy et al., 2013; AGSA, 2016). Asemenea sesiuni au potențialul de a oferi un mediu de învățare cu mai puțină stereotipizare în bază de gen sau prejucii inconștiente, unde vocea feminină nu este marginalizată și fetele își asumă toate rolurile de conducere și sunt inspirate să aibă încredere în sine.

Implementatorii programului trebuie să discute cu participanții care nu se încadrează într-o clasificare binară de gen (a se vedea Glosarul) referitor la modul în care aceștia preferă să fie incluși (Greene and Levack, 2010). O opțiune ar putea fi crearea unui al treilea grup pentru participanții care doresc să participe într-un grup mixt.

Planificarea, metodologia și livrarea ESC pentru grupuri divizate în bază de gen va fi în mare parte aceeași și pentru fete și pentru băieți, însă sunt anumite trăsături specifice fiecărui grup în parte. În Compartimentul dat sunt evidențiate anumite considerațiuni care nu sunt luate în considerație întotdeauna, în baza literaturii și experienței copiilor și tinerilor, precum și a implementatorilor de programe.

3.1.1 Fete și femei tinere

Planificarea și elaborarea programului

- **Identificați și localizați cele mai marginalizate fete:** Este important de înțeles riscurile și oportunitățile unice pe care le au diferite subgrupe de fete și tinere pentru a adapta programele în modul corespunzător. Grupuri țintă pot fi fetele în vârstă de 10-14 sau 15-19 ani, fetele indigene, căsătorite, necăsătorite, neșcolarizate, casnice, tinere mame, etc. În programe pot fi definite criteriile de eligibilitate și concentrate eforturile de recrutare asupra lor. Poate fi eficient de recrutat fetele izolate în casă trimițând un facilitator adult să meargă din casă în casă și să le invite să participe, explicând în același timp programul adulților ce locuiesc în casa dată (Erulkar et al., 2013).
- **Încercați să ajungeți la fetele de vârstă fragedă, preferabil înainte de pubertate:** Oferind fetelor cunoștințe de sănătate, sociale, cognitive și economice de timpuriu este posibil de prevenit abandonul școlar, sarcina în timpul adolescenței, violența sexuală, căsătoriile între copii și sexul comercial (Chae and Ngo, 2017; Austrian et al, 2018; Bandiera et al, 2020). Pentru ca efectele programului să fie menținute, este necesar de livrat programele fetelor începând cu perioada de adolescență timpurie (LeCroy et al., 2017; UNESCO et al, 2018).
- **Faceți programele versatile pentru a satisface necesitățile fetelor în contextul specific al lor:** Programele cu componente multiple care oferă fetelor ESC și servicii de sănătate, rețele sociale și exemple de viață, precum și micro-economii și dezvoltarea abilităților

pentru angajare ajută la întârzierea vârstei de căsătorie și pot contribui și la reducerea riscului de infecție cu HIV (UNAIDS, 2016b; Engel et al, 2019).

Metode de predare și învățare

- **Abordați interesele specifice ale diferitor subgrupe:** Activitățile și metodele trebuie să includă abordări pentru dezvoltarea valorilor combinate cu curriculumul pentru ESC, cu concentrare pe drepturile omului, gen și putere, și să ia în considerație necesitățile fetelor de vârstă mai mică și mai mare, celor căsătorite și celor necăsătorite, precum și fetelor care sunt mame. (Population Council, 2018).

Livrarea programului

- **Implicați mentori tineri ca exemple alternative:** Mentorii tineri sunt fete puțin mai mari și reprezintă persoane pe care fetele le pot admira, în care pot avea încredere și de la care pot cere sfaturi. Acestea pot fi cheia spre succesul programelor centrate pe fete și trebuie să fie recrutate din comunitatea în care are loc programul (Population Council, 2016b).
- **Instituționalizați programele stabilind sinergii cu alte sectoare și platforme:** Pentru a asigura sustenabilitatea abordărilor intense pentru a ajunge la fete, încercați să lucrați cu învățătorii și asistenții medicali sau sociali din comunitate pentru a consolida mesajele, a asigura continuarea școlii sau întoarcerea la școală, precum și accesul la servicii de sănătate și protecție.

Documente și curriculum de bază

- *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)
- *Building Girls' Protective Assets: A Collection of Tools for Program Design* (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)
- *Abriendo Oportunidades Program: Integrated Curriculum Guide* (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 Băieți și bărbați tineri

Planificarea și elaborarea programului

- **Petreceți educația în grup cu intervenții cu multiple componente:** Strategiile care s-au dovedit a fi eficiente cu bărbății și băieții la nivel individual și comunitar în schimbarea atitudinilor și comportamentelor acestora includ o combinație de educație de la egal

la egal, folosirea reprezentanților băieți, programe la scară largă în media, programe la locul de muncă și programe comunitare/bazate pe drepturi, scopul cărora este reducerea inegalității de gen prin lucrul asupra schimbării normelor sociale (IDS, Promundo and Sonke Gender Justice, 2015).

- **Construiți rețele de semeni pentru suport și exemple pentru băieții tineri:** Cluburile și grupurile pe rețelele de socializare pentru băieți și tineri care susțin și consolidează noile moduri de gândire și noi comportamente pot susține presiunea pozitivă a semenilor de susținere a schimbării atitudinii și comportamentelor (Namy et al., 2014; Torres et al., 2014).

Metode de predare și învățare

- **Evitați învinuirea participanților pentru problemele structurale:** Este necesar de asigurat în timpul activităților că băieții și tinerii nu sunt atacați sau învinuiți de inegalitățile și problemele de sănătate sexuală și reproductivă existente în comunitățile lor. Nu reduceți complexitatea masculinității, sexualității și sănătății sexuale doar la atitudinile și comportamentele problematice ale bărbaților. Participanții nu trebuie să se simtă responsabili de rezolvarea unor probleme complexe înrădăcinate în societate, în schimb programul de ESC ar putea încuraja activitatea de advocacy și mobilizare a comunității pentru a aborda factorii structurali în cauză (Dworkin et al., 2015).
- **Concentrați-vă asupra schimbării atitudinilor și oferirii deprinderilor, nu doar asupra transmiterii cunoștințelor:** Exemple ar fi luarea deciziilor privind contracepția, interacțiunile cu copiii mici și învățatul cum se schimbă scutecele sau cum se băiește un copil (Barker et al., 2007).

Livrarea programului

- **Reflectați asupra folosirii unor medii captivante pentru abordarea celor mai dificile teme:** Retragerile sau metodele interactive, cum ar fi niște discuții lungi și profunde și timpul pentru reflecții personale sunt deosebit de eficiente în schimbarea atitudinii față de temele dificile sau sensibile cum ar fi homofobia, transfobia și violența (Namy et al., 2014).
- **Evitați replicarea limbajului stereotipic:** Limbajul și imaginile prin care se încearcă încurajarea băieților făcând apel la idei stereotipizate de bărbăție, cum ar fi "Fii bărbat", pot consolida tipurile dăunătoare de masculinitate, în loc să le sfideze (Gibbs et al., 2015).

Documente și curriculum de bază

- *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 Tineri cu dizabilități

Există multe tipuri de termene folosite pentru diferite tipuri de dizabilități. În prezentul Ghid sunt folosite următoarele categorii principale:

- **Dizabilitățile fizice** afectează mobilitatea fizică a persoanei, capacitatea fizică, rezistența sau dexteritatea ei. Aceste stări includ fibroza cistică, spina bifida, distrofia musculară, paralizia cerebrală, leziunea traumatică a creierului, leziunile măduvei spinării și scleroza multiplă, printre altele.
- **Dizabilitățile intelectuale** duc la reducerea semnificativă a funcțiilor intelectuale, cum ar fi înțelegerea informației noi sau complexe și învățarea și aplicarea noilor deprinderi, ceea ce scade abilitatea persoanei de a se descurca de sine stătător. Aceste stări pot include sindromul X fragil, sindromul Down, sindromul Prader-Willi și tulburările din spectrul sindromului alcoolic fetal, printre altele.
- **Dizabilitățile senzoriale** afectează unul sau mai multe simțuri, inclusiv abilitatea de a procesa informația senzorială. Acestea includ surditatea și deficiențele de auz, orbirea și deficiențele de vedere, precum și tulburările din spectrul autist.
- **Dizabilitățile psihosociale** includ tulburările schizoide, cum ar fi schizofrenia și tulburarea schizo-afectivă, tulburările anxioase, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburările de stres post-traumatic, agorafobia și fobia socială, precum și tulburările de dispoziție, cum ar fi depresia și tulburarea bipolară.

Deși persoanele cu dizabilități au aceleași necesități și dorințe sexuale ca și oricare alte persoane, ele se pot confrunta cu dificultăți în satisfacerea acestor necesități, în dependență de dizabilitatea lor (Sexual Health and Family Planning Australia, 2013; UNFPA and Women Enabled International, 2018). Adesea copiii și tinerii cu dizabilități au oportunități foarte limitate de explorare sexuală dintr-o serie de motive diverse; de exemplu, este posibil să nu dispună de intimitate și pot avea cercuri sociale foarte limitate (UNFPA and Women Enabled International, 2018). Adesea părinții/tutorii nu le oferă posibilitatea de a interacționa în mod social și romantic cu alții, și cei din jurul copiilor și tinerilor cu dizabilități pot reacționa negativ, își pot exprima dezacordul și pot manifesta vină sau rușine atunci când văd o expresie sexuală sau comportamente sexuale normale la ei (Travers et al., 2014; New South Wales Department of Family and Community Services, 2016; Chappell et al., 2018). Stereotipurile și atitudinile negative despre sexualitatea persoanelor cu dizabilități completează și mai mult stigma și discriminarea cu care se confruntă ele și dificultățile pe care le au în încercarea de a avea o viață sexuală care le-ar aduce satisfacție și plăcere (Addlakha et al., 2007).

Majoritatea copiilor și tinerilor cu dizabilități se confruntă cu reducerea opțiunilor de viață, ceea ce afectează negativ stima față de sine și, în consecință, sexualitatea lor. Ei pot avea o imagine de sine scăzută din punct de vedere sexual

și deprinderi insuficiente pentru interacțiuni sociale, întâlniri romantice, intimitate, luarea deciziilor sexuale și sexul sigur; și le pot lipsi oportunitățile de a avea relații sexuale corespunzătoare (Eastgate, 2008; Gougeon, 2009; Swango-Wilson, 2010; Travers et al., 2014; Holland-Hall and Quint, 2017). Plus la aceasta, copiii și tinerii cu dizabilități (în special fetele) au semnificativ mai multe probabilități de a deveni victime ale violenței sexuale, fizice și emoționale decât cei fără dizabilități (Jones et al., 2012; UNFPA, 2018a). La fel este mai puțin probabil ca copiii și tinerii cu dizabilități să raporteze despre violență, să solicite ajutor sau acces la justiție, în parte deoarece foarte des ei sunt trecuți cu vederea în programele de combatere a violenței (Ellery et al., 2011; Jones et al., 2012).

În multe țări serviciile de sănătate sunt adesea fizic inaccesibile și nu prevăd suport pentru moduri alternative de comunicare, cum ar fi limbajul semnelor sau limbajul Braille (UNAIDS, 2017b). Majoritatea programelor de sănătate, inclusiv cele care se referă la sănătatea și drepturile sexuale și reproductive, nu iau în considerație necesitățile persoanelor cu dizabilități. La fel este posibil ca programele centrate pe dizabilități să neglijeze examinarea necesităților persoanelor date în termeni de sexualitate și sănătate și drepturi sexuale și reproductive (WHO and UNFPA, 2009; UNFPA, 2018a).

3.2.1 Tineri cu dizabilități în general

Aceste recomandări se aplică față de copiii și tinerii cu orice tip de dizabilitate. În compartimentele următoare vor fi examinate necesitățile speciale ale celor cu dizabilități fizice, intelectuale, senzoriale și psihosociale, cu prevederea unor particularități pentru cei cu deficiențe de auz, deficiențe de vedere sau cei cu tulburări din spectrul autist. Numărul de recomandări referitor la fiecare grup de copii și tineri este diferit, parțial deoarece cantitatea de dovezi disponibile pentru fiecare tip de dizabilitate diferă.

Planificarea și elaborarea programului

- **Promovați modele de dizabilitate bazate pe drepturile sociale și drepturile omului:** În cadrul programului este necesar de înțeles că oamenii sunt cu dizabilități mai mult din cauza barierelor create de societate, care nu le permit o participare deplină, decât de deficiența sau deosebirea lor. Un model social al dizabilității abordează barierele pentru incluziunea persoanelor cu dizabilități, în timp ce un model bazat pe drepturile omului se concentrează asupra drepturilor persoanelor cu dizabilități ca drepturi ale omului și promovează accesibilitatea și incluziunea socială, economică și fizică egale.
- **Implicați adulții:** Dat fiind că atitudinile și acțiunile celorlalți pot împiedica dezvoltarea unei sexualități sănătoase la copiii și tinerii cu dizabilități, în special cei cu dizabilități intelectuale, programele ar trebui să implice cât mai mult posibil toți adulții care joacă roluri importante în viața copiilor sau tinerilor, cum ar fi părinții, îngrijitorii, învățătorii și alți profesioniști cu care comunică ei (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).

- **Sustineți și încurajați părinții și îngrijitorii să ofere educație sexuală copiilor și tinerilor cu dizabilități de la o vârstă fragedă** (SIECUS, 2001; Garbutt, 2008): Pentru copiii și tinerii cu dizabilități care nu sunt școlarizați, părinții și îngrijitorii joacă un rol și mai important în educația sexuală. Lor li se poate arăta cum să profite de "momentele propice pentru învățare" – oportunități naturale de învățare care apar în viața de zi cu zi – pentru a promova independența, intimitatea și socializarea copilului lor și al pregăti din timp pentru schimbările din perioada de pubertate, în special menstruația pentru fete și erecțiile, ejacularea și fanteziile erotice pentru băieți.
- **Adaptați programele astfel încât să abordați necesitățile fiecărui participant:** Este important să petreceți o evaluare pentru a determina dacă un tânăr are mai multe dizabilități, de ex., dacă un copil cu dizabilitate fizică mai are și dizabilitate intelectuală. Livrarea curriculumului trebuie să fie adaptată la nevoile specifice ale participanților, de la caz la caz.
- **Fiiți conștienți de faptul cât de specific afectează dizabilitățile sexualitatea:** Pubertatea poate surveni mai devreme la copiii cu sindromul Down și hidrocefalie, la fel poate începe mai devreme și se poate sfârși mai târziu la cei cu paralizie cerebrală (Murphy and Elias, 2006). Pubertatea poate fi întârziată la cei cu dizabilități de dezvoltare prenatală sau genetice sau poate fi întârziată sau lipsi în general la cei cu sindromul Prader-Willi (SIECUS, 2001). Conținutul programului trebuie să fie adaptat corespunzător.
- **Verificați serviciile de referire pentru a vă asigura că demonstrează respect față de copiii și tinerii cu dizabilități:** Întocmiți o listă de servicii sau profesioniști verificați în domeniul sănătății și social către care puteți face referire, inclusiv pentru servicii de consiliere și în caz de abuz sexual (Chirawu et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018a). Dacă nu sunt disponibile servicii potrivite de referire, elaboratorii programului trebuie să-și unească eforturile în advocacy pentru a influența guvernele să presteze servicii și să sensibilizeze prestatorii de servicii.

Metode de predare și învățare

- **Întrebați participanții despre preferințele lor de învățare și încercați să vă adaptați la ele:** Participanții pot prefera să învețe individual, în grupuri mici sau în grupuri mai mari. Ei trebuie să fie întrebați despre faptul cum ar dori ca facilitatorii să le dea comentarii și să-i susțină în timpul învățării, de exemplu prin imagini vizuale, ajutându-i să studieze pagină cu pagină, încetinind viteza în cazul conținutului citit și învățat, sau ca facilitatorii să le prezinte un model de comportament sau un scenariu pentru jocul pe roluri.
- **Încercați mai multe tehnici de predare pentru a determina care funcționează mai bine pentru anumiți participanți:** Facilitatorii mai pot abilita participanții când sunt așezați sau stau la nivelul ochilor acestora (dacă participanții nu sunt nevăzători); explicându-le că facilitatorul și tânărul cu dizabilități sunt egali; și asigurând reguli clare despre modul în care participantul trebuie să ceară ajutor, că va primi ajutor doar dacă va cere, astfel ca participanții să poată vorbi și acționa de sine stătător.
- **Evidențiați deprinderile sociale relevante:** În timpul predării deprinderilor este necesar de pus un accent

mai mare pe practicarea unui număr mare de deprinderi sociale relevante pentru dizabilitatea dată.

Livrarea programului

- **Atunci când ESC este livrată copiilor cu și fără dizabilități împreună, nu divizați participanții în baza abilității lor:** ESC trebuie să pună în evidență diversitatea și să includă o viziune generală a impactului dizabilității asupra sexualității, fără a sublinia dizabilitățile anumitor copii sau tineri concreți. Copiii și tinerii cu dizabilități nu trebuie să fie selectați separat într-un context unde participanții au abilități mixte.
- **Oferiți instruire profundă și suport continuu facilitatorilor referitor la metodele și tehnicile potrivite** (Sweeney, 2007): Facilitatorii trebuie să poată aborda conținutul în mod specific pentru fiecare tip de dizabilitate, precum și să predea conținutul general în modul corespunzător.
- **Respectați și folosiți limbajul preferat de persoanele cu dizabilități:** În general se recomandă folosirea limbajului cu indicarea cuvântului "persoane" la început atunci când este vorba de persoanele cu dizabilități (de ex., "persoane cu paralizie cerebrală", "persoane cu dizabilități cognitive"). În programele de ESC ar trebui de consultat copiii și tinerii din programul curent pentru a determina cum se autoidentifică ei.
- **Puneți accent pe granițe:** Facilitatorii trebuie să modeleze și discute cu participanții importanța stabilirii granițelor fiecăruia și a respectului granițelor celorlalte (în privința spațiului personal, timpului public și privat, gândurilor și conversațiilor, precum și atingerilor) (Szydłowski, 2016), precum și controlul asupra propriului corp și dreptul de a refuza să fie atinși.
- **Oferiți copiilor și tinerilor cu dizabilități oportunitatea de a interacționa cu semenii fără dizabilități:** Dacă este necesar, asemenea interacțiuni pot fi stabilite prin activități auxiliare.
- **Asigurați facilitatorilor accesul la mecanisme de suport și referire** ca să poată transmite rapoartele privind abuz, violență și exploatare sexuală care pot fi aduse la cunoștința lor în timpul sau după ESC, în special atunci când este predată tema dată (Johns et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018a; Hanass-Hancock et al., 2018b).

3.2.2 Tineri cu dizabilități fizice

Livrarea programului

- **Examinați posibilitatea de creare a grupelor mixte de participanți cu și fără dizabilități:** J Sesiunile comune cu semenii fără dizabilități sunt îndeosebi de apreciate de copiii și tinerii cu dizabilități vizibile care doresc să fie educați la fel ca și semenii lor (Esmail et al., 2010b). Informația adițională și materialul adăugător pentru participanții cu dizabilități trebuie să fie puse la dispoziție independent online sau în timpul sesiunilor individuale sau în grupuri mici, într-un mediu sigur și confidențial (Esmail et al., 2010a). Nu uitați că anumite grupuri, în special cei cu dizabilități achiziționate, de ex., supraviețuitorii cu arsuri, pot prefera să urmeze programele de ESC în grupuri unde sunt doar persoane cu aceeași dizabilitate (Parrott and Esmail, 2010).

3.2.3 Tineri cu dizabilități intelectuale

Planificarea și elaborarea programului

- **Tindeți să ajutați copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale să atingă o autodeterminare sexuală mai mare sau o mai bună abilitate** (Gougeon, 2009; Travers et al., 2014; Ginevra et al., 2016): Aceasta înseamnă facilitarea sănătății sexuale și încadrării sociale a tinerilor cu dizabilități intelectuale într-un mod comprehensiv, cu un program de susținere a vieții independente, atunci când este fezabil (Katz and Lazcano-Ponce, 2008). Educația sexuală trebuie să fie începută devreme pentru a facilita luarea deciziilor și a realiza o trecere pozitivă spre viața adultă.
- **Oferiți oportunități de stabilire a relațiilor între semeni:** Copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale semnificative se află adesea sub supravegherea permanentă a adulților, ceea ce îi poate împiedica să construiască relații și să comunice în mod semnificativ cu semenii. ESC trebuie să fie combinată cu suportul social și cu programele de integrare socială sau activitățile cu semeni fără dizabilități. Aceasta le permite să practice deprinderile învățate într-un mediu autentic și incluziv, precum și să obțină cunoștințele empirice despre sexualitate pe care copiii și tinerii fără dizabilități le obțin în mod obișnuit (Eastgate, 2008; Katz and Lazcano-Ponce, 2008; Gougeon, 2009; Swango-Wilson, 2010; Travers et al., 2014).
- **Planificați cu grijă componența grupului:** Gândiți-vă cum ați putea include tineri cu diferite nivele de abilități cognitive (Chappell et al., 2018). Grupurile de participanți pot fi organizate în baza vârstei sau abilității de a ajuta la planificarea activităților.
- **Adaptați metodologia, nu conținutul:** Conținutul programului trebuie să fie în general același ca și pentru semenii de vârsta lor (deși copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale trebuie să fie educați în așa mod ca să înțeleagă că ei sunt mult mai vulnerabili față de diferite forme de abuz). Metodologia însă trebuie să corespundă nivelului lor de dezvoltare și anumite concepte trebuie să fie simplificate, îngustate sau reformulate. De exemplu, infecțiile cu transmitere sexuală pot fi discutate în formă generală din perspectiva prevenirii lor, fără a intra în prea multe detalii referitor la fiecare infecție.
- **Începeți prin abordarea necesităților cele mai urgente sau critice ale participanților:** De exemplu, pentru cineva cu sindromul Down acestea ar putea include siguranța, corectitudinea socială și independența (Couwenhoven, 2007).
- **Concentrați-vă asupra deprinderilor când faceți distincțiile necesare:** Distincțiile simple, cum ar fi baia pentru fere și cea pentru băieți, cea pentru femei și cea pentru bărbați pot fi de ajutor copiilor și tinerilor cu dizabilități intelectuale în viața de zi cu zi. Este la fel important ca ei să fie ajutați să distingă persoanele în fața cărora se cuvine sau nu se cuvine să fie dezgoliți, de la care să accepte ajutor cu toaleta sau îngrijirea în timpul menstruației, să accepte atingerea anumitor părți ale corpului sau împreună cu care să plece de la școală (Hanass-Hancock et al., 2018a; Johns et al., 2014; Gerhardt, n.d.).

Metode de predare și învățare

- **Faceți demonstrațiile cât mai concrete posibil:** De exemplu, când discutați despre sarcină și creșterea copiilor, aduceți un bebeluș la sesiune pentru a explica necesitățile lui, cum ar fi alăptarea, schimbarea scutecelor și alte tipuri de îngrijire (Boehning, 2006). Materialele de predare recomandate includ modele tridimensionale, păpuși corecte din punct de vedere anatomic, fotografii, imagini, video și diagrame.
- **Oferiți context pentru deprinderi sociale și etichetă:** Situați fiecare deprindere sau comportament în locuri specifice, de exemplu, cum trebuie de salutat pe cineva într-un magazin și cum trebuie de salutat la locul de muncă sau acasă.
- **Oferiți timp suficient și repetați conținutul:** Copiii și tinerii cu dizabilități intelectuale vor avea nevoie de mai mult timp pentru a asimila cele învățate (Murphy and Elias, 2006; Couwenhoven, 2007; Johns et al., 2014; Schaafsma et al., 2017; King County, 2018). Divizați activitățile în pași mici și simpli. Conținutul trebuie să fie repetat de multe ori și trebuie predat în diferite medii și contexte, precum și cu oameni necunoscuți. Sunt necesare sesiuni de amplificare și verificări dese pentru a menține cunoștințele și deprinderile (Swango-Wilson, 2010; Schaafsma et al., 2015; Visser et al., 2017). Repetarea este îndeosebi utilă pentru cei cu sindromul Down (Couwenhoven, 2007).
- **Folosiiți cât mai des susținerea pozitivă și lauda:** Acestea vor ajuta participanții să considere învățarea despre sexualitate o experiență pozitivă (Baxley and Zendell, 2011).
- **Profitați de momentele adaptabile învățării și de învățatul incidental:** Dacă o persoană din sală e însărcinată, aceasta este o oportunitate bună de a preda despre sarcină (dacă persoana în cauză se simte confortabil), sau poate răsună un cântec cu conținut legat de lecția predată (Moss and Blaha, 2001).
- **Când discutați despre raportarea cazurilor de violență și hărțuire sexuală, invitați pe cineva către care participanții ar putea raporta despre abuz:** Unii participanți, din cauza dizabilității lor, pot învăța doar vizual, și pentru ei poate fi dificil să contacteze pe cineva la telefon sau prin e-mail. Dacă nu este posibil ca persoana de contact să fie prezentă, asigurați-vă că participanții înțeleg concret pe cine trebuie să contacteze. De exemplu, ei ar putea trasa conturul propriei mâini și scrie numele celor pe care îi pot contacta, precum și numărul lor de telefon pe fiecare deget, cum ar fi părintele, poliția, consilierul sau asistentul social. Participanții trebuie să aibă la dispoziție cel puțin trei nume ale persoanelor pe care le pot contacta, astfel ca, în caz când prima dintre ele nu este disponibilă, să poată apela la altcineva. Dat fiindcă siguranța copiilor și tinerilor este pe primul loc, este necesar de discutat cu participanții faptul că informația scrisă poate fi descoperită de potențialii agresori, precum și modulurile în care este posibil de ascuns această informație, precum și cum este posibil de transmis informația de contract într-un mod sigur și de comunicat sigur și discret cu adulții de încredere din viața lor.

Livrarea programului

- **Petreceți sesiunile într-un ritm mai lent și includeți mai multe pauze:** Nu supraîncărcați participanții cu prea multă informație.
- **Folosiți limba maternă a participanților atunci când este posibil:** Acest lucru este îndeosebi important când sunt discutate aspecte sensibile sau personale, cum ar fi părțile intime ale corpului și diferite tipuri de atingeri (Chappell, 2018).
- **Transmiteți conținutul în termeni concreți:** Folosiți un limbaj și explicații clare, simple și explicite (Katz and Lazcano-Ponce, 2008; Gougeon, 2009; Travers et al., 2014; Holland-Hall and Quint, 2017). Informația trebuie să fie științifică sau faptică, însă nu excesiv de tehnică. Evitați eufemisme de tipul "dormiți împreună" sau cuvinte cu dublu sens (Holland-Hall and Quint, 2017). Facilitatorii trebuie să repete o serie de cuvinte cheie și concepte pe durata programului, cu ar fi "Este intim" (Johns et al., 2014).
- **Evitați reacțiile excesive sau insuficiente în cazul comportamentului necorespunzător** (Moss and Blaha, 2001): În cazul celor cu dizabilități intelectuale severe, facilitatorul trebuie să-i corecteze exact în momentul comportamentului nepotrivit, cum ar fi masturbarea în public sau dezbrăcarea, și nu să predea despre aceste lucruri doar după eveniment, adică în afara contextului.
- **Evitați atingerile fizice deranjante:** Explicați-le participanților că întreg corpul lor este intim și că este necesar să li se ceară permisiunea înainte ca să fie atinși; la fel explicați-le despre dreptul de a lua propriile decizii referitoare la corpul lor, în special în ceea ce privește sterilizarea, contracepția și sarcina; că ei au dreptul să spună "nu"; moduri de salut care nu includ îmbrățișări și săruturi (astfel ca tinerii cu dizabilități să învețe că salutul nu implică întotdeauna încălcarea intimității lor); și că numai un "da" verbal înseamnă "da", nu și un dat din cap sau zâmbet (deoarece dizabilitatea lor creează un dezavantaj care poate duce la aceea că nu vor fi crezuți dacă vor fi acuzați de un act sexual fără acordul lor).

3.2.4 Tineri cu deficiențe de auz

Planificarea și elaborarea programului

- **Fiți autocritici referitor la prejudecățile inconștiente:** Este important ca cei fără deficiențe de auz implicați în elaborarea programelor de ESC să înțeleagă presupunerile des întâlnite despre surzenie care pot duce la prejudecăți inconștiente.
- **Promovați utilizarea tuturor mijloacelor de comunicare efective și potrivite:** Acestea pot include:
 - **limbajul semnelor**
 - **comunicarea totală** (care include toate mijloacele de comunicare: semne formale, gesturi naturale, dactilologia, limbajul corpului, ascultarea, cititul pe buze și vorbitul)
 - **bilingv/bi-cultural** (recunoașterea autenticității și importanței atât a culturii celor ce aud, cât și a culturii

persoanelor fără auz⁴ și folosirea elementelor ambelor culturi în timpul sesiunilor)

- **vorbirea completată** (un sistem de comunicare vizuală în care mișcările gurii în timpul vorbirii sunt combinate cu niște "indicii" pentru ca toate sunetele limbii vorbite să arate diferit)
- **cititul pe buze**
- **sisteme cu bucle de inducție și sisteme FM** (dispozitive auditive fără cablu, care constau dintr-un transmițător folosit de cel care vorbește și un receptor folosit de cel care ascultă), precum și oferirea subtitrării pentru elementele audiovizuale, sunt importante în îmbunătățirea accesibilității de comunicare pentru persoanele care și-au pierdut auzul (WHO, 2016b).
- **Recomandați învățarea limbajului semnelor în familiile cu copii și tineri surzi, implicând părinții și îngrijitorii:** Acest lucru este important dat fiind că poate îmbunătăți comunicarea și facilita conversațiile despre sexualitate (Lamoureux, 2014).
- **Planificați sesiuni în comun pentru părinții copiilor și tinerilor surzi și cu deficiențe de auz, atunci când este posibil:** Asemenea intervenții pot susține părinții fără probleme de auz să ducă conversații în grup cu copiii și tinerii surzi.

Metode de predare și învățare

- **Folosiți metode vizuale, tactile și cinetice:** Aceste metode se potrivesc mai mult cu stilurile de învățare ale copiilor și tinerilor fără auz și cu deficiențe de auz. Metodele nu trebuie să se bazeze prea mult pe limbajul scris.
- **Folosiți demonstrații fizice explicite:** Teatrul, drama și jocul pe roluri vor permite copiilor și tinerilor fără auz și cu deficiențe de auz să observe interacțiunile și efectele acestora. Alte metode utile includ discuțiile în grupuri mici, prezentatorii invitați care sunt fără auz, modelele tridimensionale pentru predarea anatomiei și fiziologiei, și video-uri în limbajul semnelor (Lamoureux, 2014). Atunci când este fezabil, aceste video-uri trebuie să conțină opțiunea de a ascunde sau vizualiza subtitrările. Dacă interpretul este în video, el trebuie să fie arătat pe un ecran mai mare, iar vorbitorul însoțit – într-un video mai mic.
- **Materialele scrise trebuie să fie adaptate la nivelul de citire al participanților:** Asigurați-vă că orice broșuri sau alte documente includ elemente vizuale, cum ar fi pozele și desenele. Dați prioritate elementelor vizuale clare în locul cuvintelor și folosiți un limbaj simplu (Lamoureux, 2014). Pentru participanții care nu au un limbaj puternic sau care au o viteză mică de procesare sau abilități reduse de înțelegere facilitatorii trebuie să folosească repetarea, prezentarea aceluiași concepte de multe ori sau timp îndelungat.

Livrarea programului

- **Asigurați livrarea ESC în limbajul semnelor de către facilitatori instruiți care sunt fluenți în limbajul semnelor, preferabil cei care se identifică puternic cu**

⁴ Persoane fără auz cu litera "D" mare este folosit pentru persoanele care se identifică cu cultura persoanelor fără auz și au identitate puternică în acest sens. Persoanele fără auz cu litera "d" mică sunt cei care nu se asociază atât de mult cu Cultura persoanelor fără auz.

cultura persoanelor fără auz: Abilitatea facilitatorului de a comunica ușor și bine cu participanții este unicul și cel mai important factori în ESC pentru copiii și tinerii fără auz sau cu deficiențe de auz, la fel ca și în cazul oricărui tip de educație oferită lor. Nu este eficient să vă bazați pe cititul pe buze, dat fiind că în așa mod persoana poate înțelege doar o porțiune din cele spuse. Pentru cei care au auz rezidual și/sau tehnologie auditivă, cum ar fi suportul auditiv sau implantul cohlear, facilitarea vorbită poate funcționa, dar numai dacă cursantul poate înțelege o mare parte sau chiar tot ceea ce spune persoana fără probleme de auz.

- **Facilitatorii trebuie să se asigure că limbajul semnelor folosit de ei este anume dialectul folosit de participanți:** Acest lucru este important, dat fiind că diferite comunități folosesc diferite dialecte ale limbajului semnelor (Lamoureux, 2014).
- **Eliminați orice necorespunderi relevante în limbajul semnelor:** În unele limbaje ale semnelor pot să nu existe semne standard pentru vocabularul sexual, sau participanții pot folosi semne de tip slang. În asemenea cazuri adoptați o abordare participativă pentru ca facilitatorii și participanții să creeze semnele date împreună.
- **Dacă facilitatorii nu cunosc limbajul semnelor, asigurați-vă că ei sunt instruiți să lucreze eficient cu un interpret:** Facilitatorul trebuie să folosească fraze scurte și să lase suficient timp pentru interpretarea în limbajul semnelor sau cititul pe buze, rămânând, în același timp, conștient de faptul că pierderea auzului nu afectează capacitatea intelectuală a participanților. Orice suporturi vizuale trebuie să fie plasate lângă interpret, dat fiind că anume în acea direcție vor privi participanții. Facilitatorul trebuie să evite vorbitul și arătatul la mijloacele vizuale în același timp, deoarece participanții fără auz și cu deficiențe de auz au nevoie de timp pentru a muta atenția vizuală de la interpretul în limbajul semnelor și a se concentra asupra mijloacelor vizuale..
- **Asigurați-vă că interpreții cunosc limbajul semnelor matern al participanților:** Dacă programul nu poate fi livrat direct în limbajul semnelor și este necesar de atras un terț care să interpreteze în limbajul semnelor, verificați calitatea abilităților de receptare și traducere a interpretului întrebând participanții dacă înțeleg ceea ce le traduce interpretul.
- **Asigurați-vă că facilitatorii știu să recunoască semnele de abuz, inclusiv abuz sexual:** Este probabil ca copiii și tinerii fără auz nu au avut posibilitatea de a învăța despre corectitudinea sexuală trăgând cu urechea la vreo conversație sau ascultând radioul, privind televizorul sau folosind alte surse, și este posibil că le este dificil să raporteze despre abuz dacă părinții, îngrijitorii sau alți adulți de încredere ai lor nu cunosc limbajul semnelor și dacă lor le este greu să se exprime în limbajul verbal.

3.2.5 Tinerii cu deficiențe de vedere

Planificarea și elaborarea programului

- **Gândiți-vă cum învață copiii și tinerii conceptele de sexualitate prin observarea vizuală și cum să explicați aceste concepte celor care sunt nevăzători:** Elaboratorii programului trebuie să identifice și să includă

în programul de ESC aceste aspecte de sexualitate și comportamente umane conexe, cum ar fi limbajul tipic al corpului și postura în situații formale și neformale; distanța la care trebuie de stat în dependență de relații cu persoanele în cauză; și că oamenii pot fi văzuți prin ferestre dacă cortinele nu sunt trase.

Metode de predare și învățare

- **Folosiți materiale potrivite, inclusiv în limbajul Braille, atunci când este posibil:** Facilitatorii mai pot utiliza softuri de citire a ecranului, tastaturi în Braille și sintetizatoare de voce, dacă acestea sunt disponibile (Davies, 1996). Metodele de mai jos pot la fel facilita învățarea atunci când nu este disponibil Braille. Pentru participanții cu vederea slabă folosiți materiale cu caractere mari, simboluri pictografice și materiale cu contrast înalt și culori aprinse, și asigurați-vă că în sală este suficientă lumină.
- **Folosiți metode tactile care le permit cursanților ori să atingă materialele pentru a le înțelege:** De exemplu, pentru a preda anatomia, comportamentul sexual și folosirea prezervativului folosiți modele corecte din punct de vedere anatomic (Krupa and Esmail, 2010).
- **Descrieți lumea vizuală folosind descrieri bogate, profunde, concrete, sincere și multi-senzoriale:** Este important de explicat conceptele care au componente vizuale, cum ar fi înalt, scund, musculos.
- **Explicați în detalii conceptele necunoscute:** Copiii și tinerii nevăzători pot avea o înțelegere diferită despre gen, imagine corporală, spațiu personal și granițe personale, diferențe anatomice comportament sexual și limbaj sexual.

Livrarea programului

- **Folosiți facilitatori nevăzători și facilitatori care pot vedea:** În timp ce facilitatorii nevăzători sunt recomandabili, este la fel important ca participanții nevăzători să învețe de la un facilitator care vede, deoarece poate fi util pentru ei să audă perspectiva unei persoane văzătoare, precum și anumite descrieri vizuale.
- **Fiți foarte atenți la participanți:** ESC cu folosirea metodelor tactile trebuie să fie oferită sau individual, sau în grupuri mici fără copii și tineri fără dizabilități, pentru care metodele tactile nu sunt potrivite. Permiteți-le participanților nevăzători să adreseze întrebări semenilor cu vedere slabă (Hanass-Hancock et al., 2018a).
- **Respectați granițele fizice ale participanților:** Facilitatorii pot folosi demonstrații fizice, dar întotdeauna trebuie să ceară permisiunea participanților înainte de a le atinge corpul, dat fiind că asta îi înștiințează despre ce se va întâmpla și îi asigură că ei știu că pot controla cine le atinge corpul.

3.2.6 Tineri cu tulburări din spectrul autist

În general, pentru copiii și tinerii cu tulburări din spectrul autist cu nivel de dezvoltare redus și în special pentru cei cu dizabilități cognitive, este necesar de aplicat recomandările din Compartimentul 3.2.3 privind dizabilitățile intelectuale. Cei cu nivel înalt de dezvoltare frecventează de obicei școala obișnuită și primesc ESC acolo, dacă este oferită.

Metode de predare și învățare

- **Folosiți metode dezvoltate în special pentru a preda și consolida învățarea la copiii și tinerii cu tulburări din spectrul autist.** Acestea includ:
 - **analiza aplicată a comportamentului**⁵
 - **tehnica istoriilor sociale**⁶
 - **predarea de încercare discretă**⁷
 - **suporturi vizuale:** o serie de poze sau reprezentări vizuale a ceea ce trebuie să facă participantul, pentru a le reaminti și a le permite să facă acest lucru de sine stătător
 - **shaping (formarea comportamentului):** facilitatorul încurajează doar acele comportamente care sunt foarte apropiate celor care sunt predate ca modele dorite
 - **crepetare cognitivă:** facilitatorul și participantul lucrează împreună asupra găsirii și practicării unor moduri de rezolvare a unei probleme
 - **istorii personalizate:** istorii care explică situații sociale și care sunt personalizate pentru participant, de exemplu, care conțin imagini ale lor sau ale membrilor familiei și prietenilor, pentru a arăta participantului ce să aștepte și cum să reacționeze în situațiile date
 - **modelarea comportamentelor:** sau în persoană sau cu utilizarea unui video (Gerhardt, 2013).
- **Faceți lecțiile specifice unei situații:** Pentru cei cu tulburări din spectrul autist contextualizarea este mai importantă decât repetarea. În loc să folosiți prea mult repetarea, analizați cât de mult înțelege participantul. Oferiți exemple multiple pentru a ajuta la generalizarea conceptelor (Gerhardt, n.d.).
- **Petreceți lucru în grup sau activități individuale, în dependență de participanți:** Pentru cei cu tulburări din spectrul autist ușoare sau moderate se recomandă lucrul în grupuri mici, dar pentru cei cu tulburări din spectrul autist severe sunt recomandate doar perioade scurte de lucru în grup și majoritatea timpului – activități individuale.
- **Resursele vizuale trebuie să fie simple:** Imaginile nu trebuie să fie complexe sau încurcate, deoarece este

posibil că participanții se vor concentra asupra detaliilor și nu asupra semnificației generale a imaginii (Gerhardt, n.d.). Ideea imaginilor trebuie să fie ușor de identificat pentru participant. Participanții pot avea nevoie de ajutor în interpretarea expresiilor faciale sau a limbajului corpului în imagini (Johns et al., 2014).

- **Concentrați-vă asupra conceptelor, nu asupra detaliilor:** Participanții cu tulburări din spectrul autist se pot concentra asupra detaliilor fiecărui concept, în loc să se axeze pe conceptul în sine. Conceptele sociale pot fi dificile de înțeles pentru ei, de aceea facilitatorii trebuie să predea totul în pași simpli și să se concentreze pe înțelegerea conceptelor de către ei (Johns et al., 2014).

3.2.7 Tineri cu dizabilități psihosociale

Metode de predare și învățare

- **Luați în considerație potențialele dificultăți de procesare cognitivă sau vorbire:** Persoanele cu dizabilități psihosociale pot avea asemenea probleme din cauza simptomelor pe care le au sau din cauza medicamentelor care pot duce la dificultăți de concentrare, moleșeală, agitație sau dificultăți de vorbire. În asemenea cazuri poate fi necesar de utilizat metode similare cu cele recomandate pentru persoanele cu dizabilități intelectuale.
- **Folosiți exemple concrete, activități multi-senzoriale și jocul de roluri, dacă este potrivit:** Acestea trebuie să fie planificate astfel, încât să fie potrivite pentru starea tânărului/tinerei. Jocul de roluri este de ajutor pentru că le permite copiilor și tinerilor cu dizabilități psihosociale să practice jocul de cealaltă parte, dat fiind că pentru ei poate fi mai dificil să intre în pielea altcuiva.

Documente și curriculum de bază

- *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, video)
- *The Center on Secondary Education for Students with Autism Spectrum Disorders (CSESA)* (website)
- *Sexuality and Disability* (website)

⁵ Vedeți descrierea la <https://www.autismspeaks.org/applied-behavior-analysis-aba-0>

⁶ Vedeți descrierea la <http://best-practice.middletonautism.com/approaches-of-intervention/social-stories/>

⁷ Vedeți descrierea la <https://www.autismspeaks.org/expert-opinion/what-discrete-trial-training>

- *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, website)
- *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 Tineri în contexte umanitare

Crizele umanitare au loc în rezultatul unui eveniment sau a unei serii de evenimente care amenință bunăstarea, siguranța sau sănătatea unui grup mare de oameni. Crizele pot apărea brusc, pot fi ciclice sau cu dezvoltare lentă. Cauzele lor pot fi naturale sau cauzate de oameni, și ele pot fi o consecință a calamităților naturale, conflictelor armate, persecutării și/sau genocidului, epidemiilor, schimbării climatei, foametei sau sărăciei și inegalității ce rezultă în migrațiune economică în masă.

Tinerii în contexte umanitare pot fi:

- **deplasați intern**, ceea ce înseamnă că ei continuă să trăiască în propria țară, însă au trebuit să evadeze din locuința lor
- **refugiați**, ceea ce înseamnă că au fost nevoiți să-și părăsească țara, de obicei plecând într-o țară vecină
- **separați**, ceea ce înseamnă că ei sunt copii (adică până la vârsta de 18 ani) care au fost separație de ambii părinți sau de îngrijitorul legal sau îngrijitorul primar obișnuit, însă nu neapărat de alte rude. Ei pot fi însoțiți de alți membri adulți ai familiei
- **neînsoțiți**, ceea ce înseamnă că ei sunt copii care au fost separați și de părinți și de alte rude, și nu sunt îngrijiți de nici un adult care, prin lege sau obicei, este responsabil de îngrijirea lor.
- **apatrizi**, ceea ce înseamnă că ei nu sunt considerați cetățeni ai vreunei țări în baza legilor țării date.

Se estimează că peste jumătate din toți refugiații au mai puțin de 18 ani (UNHCR, n.d.). În 2017 erau peste 173 000

de copii neînsoțiți și separați (UNHCR, 2017). Majoritatea refugiaților și persoanelor deplasate intern locuiesc în medii urbane, nu în tabere (USA for UNHCR, 2018). Situația acestora este adesea instabilă: ei pot fi pe drumuri, pot călători sau migra sau pot fi prinși într-un loc anume. Uneori ei locuiesc în sălbăticie sau pe străzi sau pot fi găzduiți în adăposturi sau ținuți în centrele de detenție.

În timpul crizelor umanitare, disponibilitatea structurilor și instituțiilor care susțin de obicei creșterea și dezvoltarea sănătoasă a copiilor și tinerilor este perturbată: frecvența școlii este tipic întreruptă sau chiar încetează, rețelele comunitare și sociale sunt distruse, iar familiile sunt adesea separate. Copiii și tinerii în asemenea situații au o adolescență cu mai puțin acces la educație, informație, facilități și servicii de care au nevoie, și au mai puțină protecție. Cei separați de familie sau cei care sunt capul familiei pot fi obligați să abandoneze școala, să fie supuși exploatării prin muncă, să vândă sex sau să se căsătorească pentru a-și satisface necesitățile de hrană, adăpost sau protecție (Kerner et al., 2012). Mai mult decât atât, în perioadele haotice din timpul și de după crizele umanitare, ei se confruntă cu un risc mai mare de violență sexuală, abuz și exploatare (Kerner et al., 2012).

Toate cele de mai sus fac copii și tinerii din contexte umanitare să fie în special vulnerabili la sarcina timpurie, avorturile nesigure, infecțiile cu transmitere sexuală și HIV, stigmatizarea socială și suferințele și traumele psihologice (Kerner et al., 2012). Copiii și tinerii care devin refugiați sau solicitanți de azil trebuie adesea să se deprindă cu diferențele culturale legate de sexualitate și relații în țara gazdă, în special dacă ei se mută dintr-o țară conservativă în una liberală, unde ei pot să nu înțeleagă valorile sexuale, limba, obiceiurile sau legile în această privință.

Planificarea și elaborarea programului

- **Includeți programarea ESC în pregătirea pentru situații de urgență:** Este esențial de asigurat că intervențiile legate de sănătatea sexuală și reproductivă pentru copii și tineri, inclusiv ESC, nu sunt trecute cu vederea atunci când apar situațiile de urgență. Necesitățile pot varia în dependență de etapele răspunsului umanitar, care includ pregătirea pentru calamități și reducerea riscurilor; răspunsul minimal; răspunsul comprehensiv; și recuperarea (Women's Refugee Commission et al., 2012).
- **Fiți conștienți de faptul că copiii și tinerii din contexte umanitare sunt adesea foarte mobili:** Dat fiind că unii copii și tineri pot să nu rămână prea mult timp într-un anumit loc, sesiunile oferite în mod concentrat, și nu pe termen lung, pot reprezenta un mod mai efektiv de a ajunge la ei, și fiecare lecție trebuie să conțină informație distinctă (adică informație concretă la o anumită temă, care nu se continuă de la o lecție la alta). Elaborați sesiuni care pot fi livrate într-un anumit diapazon de tip, de la lecții unice rapide cu cea mai pertinentă informație până la sesiuni și programe comprehensive.
- **Atrageți o atenție deosebită vulnerabilităților copiilor și tinerilor gay, lesbiene, bisexuali și transgen în contexte umanitare:** Acești tineri pot fi în special vulnerabili în contextele umanitare din motivul lipsei de acces la programe care ar fi sigure, incluzive și ar

corespunde nevoilor lor (WRC, 2016).

- **Integrați sau legați ESC de alte servicii, inclusiv pentru sănătatea sexuală și reproductivă, atunci când este posibil:** O abordare holistică, multisectorială integrată poate include deprinderile de viață nelegate de ESC, alfabetizarea și numărul, educația profesional-tehnică și deprinderile necesare în gospodărie (Women's Refugee Commission et al., 2012). Poate fi de ajutor integrarea ESC în alte activități existente sau planificate, inclusiv în activitatea de prevenire a violenței în bază de gen.
- **Integrați programele cu comunitatea locală și/sau gazdă, atunci când este posibil:** În locurile unde refugiații sau persoanele deplasate intern sunt integrați împreună cu populația locală, programele trebuie să fie la fel integrate și să includă ambele grupuri.
- **Nu presupuneți că nu poate fi discutată sexualitatea într-o cultură conservativă:** Acest lucru este îndeosebi important pentru elaboratorii de programe care nu sunt parte a culturii date. Aflați ce este deja disponibil în context, sau în locuri similare. În locurile unde locuiesc refugiații populația intră adesea în contact cu tipuri mult mai diverse de oameni, ceea ce îi expune la noi experiențe, idei, mesaje și programe.

Metode de predare și învățare

- **Luați în considerație nivelul de alfabetizare al participanților și asigurați-vă că fiecare poate participa egal:** Copiii și tinerii în situații de urgență, în special în crizele prelungite, lipsesc de obicei foarte mult de la școală și adesea au goluri mari în educație. Prin urmare, există o mai mare probabilitate ca ei să fie analfabeți sau să aibă un nivel scăzut de alfabetizare, folosiți metodele care sunt potrivite pentru nivelul de alfabetizare al cursantului.
- **Oferiți fetelor oportunitatea de a socializa, de a relaționa și a se organiza între ele:** Susțineți protecția și abilitarea fetelor oferindu-le timp și spațiu pentru a stabili prietenii și a găsi suport mutual printre semenii și adulții din comunitățile lor (Women's Refugee Commission et al., 2013; IRC, 2017).

Livrarea programului

- **Gândiți-vă la folosirea mai multor canale pentru livrarea ESC, în dependență de contextul umanitar:** Acestea includ serviciile guvernamentale directe, organizațiile neguvernamentale sau ale ONU; în locuri imobile cum ar fi centrele pentru tineri, locurile sigure pentru femei și fete, clinicele pentru tineri sau alte servicii de sănătate; în clase mobile, unde facilitatorii sunt aduși în fața populației; sau la distanță, cu folosirea tehnologiei. La fel pot exista grupuri de fete, băieți sau tineri cu care programele ar putea lua legătura pentru a oferi ESC.
- **Folosiți strategii creative și flexibile de asistență pentru a ajunge la copiii și tinerii, în special fetele, din zone nesigure și greu accesibile:** Creșteți nivelul de participare oferind acces flexibil la program și organizați programele în momentele când majoritatea participanților sunt disponibili. În bugetul programelor trebuie să fie incluse cheltuieli de transport (Women's Refugee Commission et al., 2012).

Documente și curriculum de bază

- *Girl Shine Program Model and Resource Package* (IRC, 2018)
- *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)* (IRC, 2016)
- *Boys on the Move Life Skills Programme for Unaccompanied Male Adolescents: Facilitator Handbook, Participant Book, Brochure* (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* (online course)(Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises, 2016)

3.4 Tineri indigeni

Persoanele indigene sunt urmașii celor care au locuit într-o anumită regiune geografică înainte ca diferite culturi sau etnii să se stabilească pe teritoriul lor și înainte de crearea statelor și frontierelor moderne⁸. Se estimează că în lume sunt peste 370 de milioane de persoane indigene în peste 90 de țări (World Bank, 2019). Persoanele indigene au păstrat instituții sociale, culturale, economice și politice distincte, care sunt rămășițele societăților pre-coloniale, și ei au practici, credințe și limbi unice care îi diferențiază de culturile dominante sau comune din zona geografică a lor (WHO, 2007b). În general, ei susțin un profund sentiment de comunitate și au legături strânse cu pământurile pe care locuiesc (UNDP, 2019).

Pentru copiii și tinerii indigeni conceptul de autodeterminare nu se referă doar la propriul lor corp și drepturi sexuale și reproductive, ci și la legăturile lor puternice cu cultura, comunitatea, istoria și pământul lor. Sexualitatea copiilor și tinerilor indigeni trebuie să fie înțeleasă în contextul practicilor lor culturale, credinței și cosmologiei lor. De exemplu, ritualurile tradiționale de trecere și ceremoniile la împlinirea majoratului sunt practici care abilitază tinerii indigeni să înțeleagă și să-și realizeze mai bine sexualitatea lor într-un mod potrivit din punct de vedere cultural.

Pe măsură ce populațiile cu origini coloniale au devenit dominante în timp, persoanele indigene au fost retrogradate la statutul de minoritate în multe locuri. asimilarea forțată a practicilor religioase și culturale coloniale sau dominante, relocalizarea involuntară (de exemplu, din motivul degradării mediului) și integrarea forțată în sistemele de educație formale au contribuit la trauma comunității transmisă între generații (Reading and Wein, 2013). Astăzi persoanele indigene reprezintă una din cele mai defavorizate grupe de populație din lume (WHO, 2007b). Ele se confruntă cu inegalități în practic toți indicii de dezvoltare umană, inclusiv sănătatea, educația și venitul, și copiii și tinerii indigeni nu au acces la servicii de sănătate de calitate, educație, justiție și participare politică (WHO, 2007b; Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014).

Mulți copii și tineri indigeni se confruntă cu dificultăți crescând la intersecția a două culturi diferite, ceea ce poate avea impact asupra bunăstării și dezvoltării lor psihologice și sexuale. Plus la barierele pentru sănătatea sexuală și reproductivă pe care le întâlnesc cele mai dezavantajate grupuri, cum ar fi lipsa educației sexuale, lipsa accesului la îngrijire, condiții de sănătate fundamentale precare și normele de gen inegale, mulți copii și tineri indigeni se confruntă cu probleme specifice, inclusiv lipsa îngrijirii potrivite pentru cultura lor care să ia în considerație îngrijirea preventivă tradițională, practicile de vindecare și medicamentele tradiționale (Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014). Serviciile necorespunzătoare și indiferente, combinate cu experiențele de discriminare și neîncrederea în sistem, duc

la aceea că mulți copii și tineri indigeni se adresează târziu după ajutor, în particular în privința sănătății sexuale, sau nu se adresează deloc (State of Queensland, 2013). În unele regiuni copiii și tinerii indigeni sunt afectați neproportional de factorii comportamentali de risc pentru transmiterea HIV, inclusiv abuzul de substanțe, sarcina în adolescență, comportamentul sexual ce prezintă risc și sănătatea sexuală precară (PAHO, 2011).

În lipsa unei literaturi extensive publicate privind necesitățile de ESC ale copiilor și tinerilor indigeni, majoritatea recomandărilor din Compartimentul în cauză sunt bazate pe interviurile cu reprezentanții membrilor comunității.

Planificarea și elaborarea programului

- **Intervențiile trebuie să fie specifice contextului și culturii indigene:** Programele trebuie să răspundă și să aibă legătură cu noțiunile trecute și prezente indigene despre sănătate și boală, cunoștințele și practicile de medicină tradițională (United Nations, 2014). Atunci când lucrează cu comunitățile indigene, elaboratorii de programe trebuie să ia în considerație efectele colonizării (istorice sau curente), oprimării, rasismului și deculturalizării care au traumatizat comunități întregi. Ei trebuie să ia în considerație și contextul socioeconomic curent, care poate include un nivel înalt de criminalitate, suicid și violență în comunitate și familie, între comunitățile mici, strâns legate, din zone depărtate unde nu există acces la servicii (PAHO, 2011).
- **Folosii abordarea interculturală:** Programele trebuie să dezvolte cadre conceptuale care respectă și utilizează cultura indigenă și care fac legătură cu viața biologică, spirituală și emoțională a participanților pentru a examina toate componentele sănătății sexuale și reproductive (Reading and Wein, 2013; United Nations, 2014).
- **Faceți programele holistice și includeți comunități întregi:** ESC trebuie la fel să se adreseze părinților și bunelor copiilor și tinerilor indigeni, să crească capacitățile lor de purtare a dialogului între generații referitor la chestiunile date (United Nations, 2014).
- **Recunoașteți că sănătatea sexuală și reproductivă și drepturile persoanelor indigene sunt intercorelate cu respectul, protecția și realizarea altor drepturi din Declarația ONU privind drepturile persoanelor indigene:** Aceasta include dreptul la autodeterminare, care a fost identificată ca cel mai important indicator al sănătății pentru persoanele indigene, și dreptul la acordul liber, preliminar și informat (United Nations, 2007). Din acest motiv, participarea activă și implicarea copiilor și tinerilor indigeni în planificarea și dezvoltarea programelor este în special importantă.
- **Alocați resurse adecvate de timp și buget:** Sunt necesare resurse umane și financiare substanțiale pentru a stabili relații și a lucra în colaborare cu comunități indigene diferite și adesea îndepărtate.
- **Identificați toate necesitățile participanților și asigurați-vă că programul este suficient de larg ca să corespundă necesităților, intereselor și aspirațiilor lor:** Acestea pot merge mai departe de ESC, cum ar fi

⁸ Conform principiilor drepturilor omului, termenul "indigeni" trebuie să fie aplicat față de persoanele care se autoidentifică ca indigene la nivel personal și care sunt în același timp acceptate ca membri ai comunității indigene.

planificarea și stabilirea scopurilor, educația și instruirea, și oportunitățile de angajare, pentru a construi valorile lor sociale, de sănătate și economice. ESC trebuie să fie legată de alte programe și scheme de care pot beneficia copiii și tinerii indigeni, cum ar fi reîntoarcerea la școală, obținerea unei diplome, și instruirea profesional-tehnică.

- **Planificați satisfacerea necesităților lingvistice:** În unele țări limbile pot varia de la o comunitate la alta. Plus la aceasta, limbile indigene pot să nu conțină termeni pentru toate conceptele de sexualitate sau pot folosi termeni diferiți; astfel trebuie să aveți în vedere că poate fi necesară activitatea de pregătire cu persoanele din comunitate care înțeleg toate limbile folosite în program.
- **Construiți relații:** Deși nu toate persoanele indigene locuiesc în medii rurale, elaboratorii de programe care intră într-o comunitate îndepărtată sau izolată din afară trebuie să-și ia timp să creeze o relație cu comunitatea și să fie deschiși față de practicile tradiționale ale ei folosind abordări interculturale. Este necesar de aflat și înțeles care sunt opiniile, cunoștințele și practicile comunității în legătură cu fiecare temă, prin lucrul cu membrii comunității locale.

Metode de predare și învățare

- **Respectați și folosiți metodele culturale de predare și învățare, și oferiți ESC într-un mod sigur din punct de vedere cultural:** Siguranța culturală înseamnă mai mult decât conceptul de sensibilitate culturală. Ea include analiza dezechilibrului de putere, discriminarea instituțională, colonizarea și relațiile cu colonizatorii și culturile hegemonice și modul în care acestea se aplică la educația și serviciile de sănătate. Siguranța culturală este la fel critică pentru recunoașterea punctelor de intersecție ale sănătății fizice, mentale și emoționale ale copiilor și tinerilor indigeni. Exemple de educație sexuală sigură din punct de vedere cultural includ rituri de trecere care includ educația de către semenii și mentoratul legate de sexualitate și relații, precum și învățăturile culturale care abilitază, sunt bazate pe cunoștințe și nu conțin stigmă sau critică (United Nations, 2014).
- **Folosiți abordările ce iau în considerație potențialele traume:** Majoritatea persoanelor indigene au trecut prin umilire culturală și traumă a comunității transmisă prin generații, și violența – colectivă, instituționalizată, interpersonală sau autodeterminată este o problemă gravă pentru copii și tinerii indigeni (UNDESA, 2015; UNDESA, 2017b; PAHO, 2018). Pentru informații privind abordările ce iau în considerație potențialele traume, vedeți p. 14.
- **Integrați artele și practicile artistice indigene:** În multe culturi indigene, artele pot servi ca o exprimare a identității comunității și ca un canal de informare, și, prin urmare, poate fi oportun de inclus activități artistice în ESC.
- **Recunoașteți conexiunea și relația profundă a persoanelor indigene cu pământul:** Atunci când este relevant, ESC poate fi livrată în aer liber. Metodele selectate trebuie să susțină perspectivele, valorile și practicile indigene, recunoscând că învățarea are loc prin observare și cultivarea relației între oameni și pământ. În ESC aceasta ar putea include modurile indigene de tratare și îngrijire personală, precum și medicamente indigene.

- **Folosiți o abordare îndreptată spre reducerea daunelor pentru a explica practicile dăunătoare sau careva comportamente auto-dăunătoare:** Este important de lucrat cu copiii și tinerii indigeni începând de acolo de unde se află ei și ajutându-i să avanseze de-a lungul unui spectru de strategii care îi vor ajuta să fie mai în siguranță, intervențiile de reducere a daunei trebuie să fie planificate astfel ca să reflecte necesitățile specifice individuale și ale comunității.
- **Luați în considerație nivelul de alfabetizare al participanților:** Dacă alfabetizarea este scăzută, folosiți un minim de materiale imprimate. Fiți conștienți de faptul că unele limbi nu au forma scrisă.

Livrarea programului

- **Alegeți facilitatori competenți din punct de vedere cultural:** Copiii și tinerii indigeni, precum și comunitățile lor preferă ca procesul de învățare să fie condus de persoane indigene și semeni, dat fiind că aceștia recunosc importanța autodeterminării și sunt siguri din punct de vedere cultural (UNFPA, 2015a). Alte abordări pot favoriza și impune alte viziuni asupra lumii și alte atitudini despre sexualitate, și pot crea dezechilibru de putere în favoarea persoanelor non-indigene. Tinerii indigeni se pot adresa și la cei mai mari ca ei pentru informație în culturile în care ei joacă un rol deosebit de important. Programele trebuie să ofere instruire și membrilor comunității, pentru ca aceștia să poată livra educația ei înșiși sau să instruiască tineri ca aceștia să livreze ateliere de lucru și să le ceară ajutor.

Ghiduri și alte documente cheie

- *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.)
- *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples* (United Nations, 2007)

3.5 Tineri lesbiene, gay și bisexuali, și alți tineri bărbați care fac sex cu bărbați

Compartimentul dat al Ghidului se referă la copiii și tinerii lesbiene, gay și bisexuali separat de copiii și tinerii transgen și de copiii și tinerii intersex. Astfel este recunoscut că orientarea sexuală, identitatea de gen și trăsăturile fizice ale sexului sunt părți distincte ale identității unei persoane, și că fiecare grup își are propriile sale necesități.

Din acest motiv, în Ghid este folosit acronimul "LGBQ+", în loc de cel mai obișnuit "LGBTQ+". LGBQ+ se referă doar la orientările sexuale (neheterosexuale). Deși "Q" (de la "queer") este parte a acronimului, în prezentul Ghid se evită referirea la el în afara acronimului, dat fiind că nu este folosit uzual în toate țările.

În unele contexte persoanele intersex pot să nu dorească să fie considerate parte a comunității LGBTQ+, dat fiind că acest fapt îi poate pune în pericol. Copiii și tinerii cu trăsături intersex se pot identifica cu o varietate de orientări sexuale și identități de gen, și față de ei se aplică recomandările relevante din compartimentele de mai jos. Însă aceste comunități sunt adesea grupate împreună prin termenul LGBTQ+ și își unesc forțele pentru a-și promova drepturile, dat fiind că ei toți se pot confrunta cu opresiuni sociale, stigmă și discriminare similare. Deși au necesități diferite referitor la educația sexuală, aceste grupuri pot obține avantaje adunându-se împreună pentru a afla mai multe unii despre alții și a se înțelege mai bine.

Orientarea sexuală se referă la genul persoanelor față de care o anumită persoană simte atracție romantică și/sau sexuală:

- **Persoanele heterosexuale** simt în primul rând sau în totalitate atracție față de persoanele sexul sau genul cărora este diferit de al lor.
- **Persoanele homosexuale (bărbați gay și femei lesbiene)** simt în primul rând sau în totalitate atracție față de persoanele sexul sau genul cărora este același cu al lor.
- **Persoanele bisexuale** simt atracție atât față de persoane de același sex sau gen, cât și față de persoane de sex sau gen diferit.
- **Persoanele pansexuale** simt atracție față de toate identitățile de gen (bărbați, femei, transgen, etc.).
- **Persoanele asexuale** nu simt atracție sexuală față de alții sau au interes și dorință scăzute față de activitatea sexuală, sau în genere nu au asemenea interes.

Orientarea sexuală trebuie să fie examinată ca ceva continuu. Orientarea unei persoane nu este neapărat fixă și se poate schimba pe parcursul vieții. Unele persoane decid să nu se clasifice într-o anumită categorie. Orientarea sexuală (sentimentele sau atracția unei persoane) este diferită de identitatea sexuală (modul în care o persoană se definește) și de comportamentul sexual (ceea ce ei fac de fapt). De exemplu, sintagma "bărbații care fac sex cu bărbați" se folosește pentru a descrie toate persoanele de gen masculin care fac sex cu alte persoane de gen masculin, indiferent de faptul dacă ei fac sex și cu femeile sau dacă ei se identifică ca gay, bisexuali sau heterosexuali. Mediile și situațiile sociale (de exemplu, hostelurile, centrele de detenție, casele de corecție) la fel pot influența alegerea partenerului sexual. Din aceste și alte motive (inclusiv frica de a-și auto-dezvălui orientarea), nu este cunoscut numărul de copii și tineri LGBQ+ la nivel global. Estimările variază semnificativ și există foarte multe dezbateri în această privință.

Deși unii copii LGBQ+ sunt conștienți de orientarea lor sexuală de la o vârstă fragedă, mulți o descoperă în timpul adolescenței, atunci când încep atracțiile romantice sau sexuale. În culturile care stigmatizează sau condamnă atracția față de același sex, această conștientizare rezultă adesea într-un amestec de confuzie, rușine, frică, auto-stigmatizare sau ură de sine, în timp ce ei nu au pe nimeni la care să se adreseze după susținere sau ajutor.

De obicei persoanelor LGBQ+ li se neagă drepturile la demnitate, egalitate și non-discriminare, securitate, sănătate, educație și angajare, precum și drepturile de a nu fi supuși torturii, tratamentelor inumane sau degradante și detenției arbitrare. Legile care discriminează persoanele LGBQ+ sunt des întâlnite, la fel și interzicerea relațiilor între persoanele de același sex, căsătoriilor între persoanele de același sex și dreptului de a forma organizații LGBQ+. Cei care locuiesc în societăți, culturi, tradiții și religii care nu-i acceptă se confruntă cu stigmă și discriminare, încălcări grave ale drepturilor lor, și adesea cu violență gravă, inclusiv viol și omor.

Dat fiind ostilitatea cu care se confruntă, persoanele LGBQ+, inclusiv copiii și tinerii, pot simți că trebuie să-și ascundă identitatea. În unele culturi, tinerii LGBQ+ pot stabili relații cu persoanele de sex opus pentru a evita stigma și discriminarea sau violența din partea familiilor sau comunitățile lor, sau pentru a avea copii; sau ei pot fi forțați de familiile lor să se căsătorească. Dacă orientarea sexuală sau comportamentul lor sexual devin cunoscute, ei pot fi respinși de familia, comunitatea sau religia lor. Ei pot fi dați afară din casă, lipsi de la școală sau abandona școala în genere din motivul bullying-ului și hărțuirii din partea profesorilor și elevilor, sau își pot pierde serviciul.

Criminalizarea relațiilor sexuale cu același sex și discriminarea

din partea serviciilor de sănătate reprezintă bariere pentru accesul tinerilor LGBTQ+ la servicii de sănătate și duc la o sănătate mai precară. Aceasta include o rată mult mai înaltă a HIV printre tinerii bărbați care fac sex cu bărbați, decât printre populația generală (UNFPA et al., 2015; Keifer and Arshad, 2016). Studiile au constatat că în unele țări femeile tinere LGBTQ+ sunt mai predispuse să rămână însărcinate decât femeile heterosexuale de aceeași vârstă (Lindley and Walsemann, 2015; Hodson et al., 2017). Izolarea, respingerea și violența continuă pe care o simt copiii și tinerii LGBTQ+ duc la aceea că tentativele de suicid și ratele de suicid sunt mult mai înalte printre ei decât printre populația tânără în general (Haas et al., 2011).

Planificarea și elaborarea programului

- **Consultați grupurile locale sau naționale de persoane LGBTQ+, dacă acestea există, referitor la program și la cele mai potrivite moduri de a ajunge la copiii și tinerii LGBTQ+:** Există activiști puternici în fiecare țară.⁹ Pentru ESC concentrată în special asupra tinerilor gay și altor tineri bărbați care fac sex cu bărbați pot fi contactate rețele locale de prevenire a HIV.
- **Oferiți ESC persoanelor ce reprezintă toate identitățile de LGBTQ+:** Ea nu trebuie să fie limitată la cei care se consideră mai predispuși riscului de a contacta HIV, de ex., bărbații gay și bisexuali și alți bărbați care fac sex cu bărbați.
- **Luăți în considerație statutul juridic al persoanelor LGBTQ+:** În multe țări relațiile sexuale între persoanele de același sex sunt criminalizate. Decizia privind conținutul curriculumului, vârsta participanților, precum și locul și modul de livrare a ESC trebuie să fie luată cu luarea în considerație a situației locale, și programele trebuie să fie planificate astfel ca siguranța participanților și a personalului ce realizează programul să fie pe primul loc.
- **Înțelegeți și adaptați-vă la cultura, valorile și sistemele de convingeri ale grupului căruia i se va adresa programul:** Identificați sau adaptați soluții sau strategii pentru a corespunde culturii sexuale a tinerilor LGBTQ+, și nu încercați să le impuneți măsuri de sănătate publică care sunt ciudate pentru cultura sexuală a lor.
- **Planificați programul astfel ca să fie reflectat faptul că copiii și tinerii LGBTQ+ și tinerii bărbați care fac sex cu bărbați nu sunt grupuri omogene:** Diferite identități printre tinerii LGBTQ+ pot avea atât interese și necesități comune, cât și diferite, și unii pot dori să aibă propriul program. În particular, din motivul efectelor asupra inegalității de gen, elaboratorii programului trebuie să discute cu tinerele lesbiene și cu femeile bisexuale dacă ele doresc să participe într-un program în care ar fi examinate necesitățile lor separat de bărbații gay. Dacă sunt elaborate programe separate, ele trebuie să fie deschise pentru cei care nu se încadrează într-o clasificare binară/cu ambiguitate de gen și să le permită să decidă care program este mai potrivit pentru ei. Plus la aceasta, sunt multe identități diferite, în fiecare din aceste grupuri, care pot să varieze de la o țară la alta. În cadrul programului este necesar de recunoscut diferitele

identități dintr-un anumit grup și de abordat diferitele necesități ale lor.

- **Examinați posibilitatea de a organiza sesiuni comune pentru a consolida abilitarea:** Din motiv că copiii și tinerii LGBTQ+ au experiențe similare în termeni de excludere, stigmă și discriminarea, petrecerea unor sesiuni în comun ar putea promova un sentiment de comunitate, precum și unele eforturi comune de advocacy.
- **Verificați serviciile de referire și asigurați-vă că acestea manifestă respect pentru copiii și tinerii LGBTQ+:** Dacă este posibil, este deosebit de important să relaționați ESC cu programe sau profesioniști și în domeniul sănătății mentale care au o atitudine prietenoasă față de LGBTQ+. Atunci când serviciile de referire potrivite nu sunt disponibile, elaboratorii programului trebuie să-și unească eforturile în advocacy pentru a influența guvernele să ofere servicii și să sensibilizeze prestatorii de servicii.
- **Examinați posibilitatea de extindere a programului online:** Dacă persoanele la care încearcă să ajungă programul au acces la internet, extinderea programului online ar putea fi o completare importantă a folosirii semenilor în program, deoarece semenii pot ajunge doar la un număr limitat de persoane din anturajul lor (UNFPA et al., 2015). Acest lucru poate fi îndeosebi important pentru tinerii bărbați care fac sex cu bărbați, deoarece într-un număr tot mai mare de țări ei pot ieși în mediul online pentru a-și găsi parteneri (UNFPA et al., 2015).

Metode de predare și învățare

- **Folosiți o abordare ce ia în considerație potențialele traume:** Dacă faptul că sunt LGBTQ+ rezultă în cauzarea de traume în locul unde este implementat programul, este necesar de folosit ESC cu luarea în considerație a potențialelor traume (a se vedea p.14).
- **Oferiți-le participanților suficiente oportunități să vorbească:** O metodă bazată pe discuții, care le permite participanților să vorbească despre experiența lor de a fi LGBTQ+ cu alte persoane care sunt și ele LGBTQ+ va ajuta la ușurarea sentimentului de izolare pe care îl au mulți dintre ei.
- **Bazați-vă pe fapte și fiți clari:** Programele trebuie să combată miturile și să corecteze dezinformarea referitor la ce înseamnă să fii LGBTQ+.

Livrarea programului

- **Recrutați facilitatori cu identități diferite:** Dacă facilitatorul principal nu este membru al comunității LGBTQ+ este foarte recomandat să aveți un co-facilitator care este membru al comunității date, Aduceți mai multe persoane LGBTQ+ cu identități care corespund identităților participanților ca să-și povestească istoriile.
- **Dacă este folosită tehnologia, luați precauțiile necesare pentru a proteja participanții:** Platformele trebuie să fie suficient de discrete ca participanții să nu poată fi identificați. Elaboratorii programului trebuie

⁹O listă a organizațiilor poate fi găsită pe Wikipedia (https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations) sau contactați OutRight International (<https://www.outrightinternational.org/about-us>) sau International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) (<https://ilga.org/about-us/contacts>)

să discute cu participanții care sunt cele mai sigure moduri de a-i contacta, cât de des pot trimite notificări și ce opțiuni de asigurare a confidențialității pot folosi participanții. Asigurați-vă că participanții pot alege să fie sau nu identificați și să primească sau să nu primească notificări. Ei pot la fel dori să se înregistreze fără a folosi adresele personale de e-mail.

- **Fiți precauți cu folosirea materialelor imprimate privind chestiunile legate de LGBTQ+:** Păstrarea materialelor în afara mediului de învățare poate fi periculoasă pentru participanți.

Documente și curriculum de bază

- *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* (website)

3.6 Tineri transgen

Înțelegerea de către o persoană a identității sale de gen apare în timp, în baza interconexiunii între următoarele trei elemente:

- **corpul fizic**, în baza căruia societățile aproape întotdeauna determină sexul și genul la naștere și în baza căruia este determinat ulterior modul în care alte persoane interacționează cu ea
- **identitatea de gen**, care este sentimentul ei profund intern despre sine ca bărbat, femeie, amestec din ambele sau nici una nici alta, și care poate să corespundă sau nu cu sexul și genul determinat la naștere
- **exprimarea genului**, modul în care persoana își prezintă genul față de alte persoane prin caracteristici externe, cum ar fi aspectul, îmbrăcămintea, îngrijirea, stilul, manierele, vorbirea, interesele și comportamentul, care pot fi definite în mod social ca masculine, feminine sau neutre.

Modul în care o persoană simte că aparține genului care i-a fost atribuit se referă la măsura în care aceste trei aspecte coincid.

- Identitatea și/sau exprimarea genului de către o persoană **transgen** este diferită de sexul ei legal sau determinat; prin urmare, aceste persoane adesea pun la îndoială genul lor legal sau identitatea de gen legală și pot dori să o schimbe.
- Identitatea de gen a unei persoane **cisgen** este aceeași cu sexul determinat, așa că este mai puțin probabil să o

pună la îndoială.

- O persoană cu identitate de gen **non-binară** nu se identifică ca strict bărbat sau femeie.
- Persoanele **agender** nu se identifică cu nici un gen.
- Persoanele care **nu se conformează categoriilor de gen** nu respectă convențiile sociale referitor la identitatea de gen și exprimarea ei pentru sexul lor determinat.

În prezentul Ghid, termenul "transgen" (dacă nu este indicat altceva) este folosit ca termen umbrelă pentru toate persoanele non-cisgen, adică oricine, a căruia identitate și/sau exprimare a genului diferă de cea tipic asociată cu sexul determinat la naștere.

Nu sunt disponibile date exacte despre mărimea populației transgen la nivel global, respectiv nu este cunoscut exact numărul de tineri transgen.

Copiii și tinerii transgen au adesea acces limitat la informație, mesaje și exemple de viață pe care trebuie să le înțeleagă și să-și afirme identitatea. Părinții, învățătorii, prestatorii de servicii de sănătate și comunitățile mai largi ale lor adesea nu dispun de informație și nu înțeleg ce simt ei, în special în timpul perioadei de pubertate. În timp ce adolescenții transgen care primesc îngrijire medicală pentru afirmarea genului pot obține rezultat pozitive (De Vries et al. 2014), cei care trăiesc în țări cu venituri mici și medii nu au acces la asemenea servicii de sănătate cu experiența necesară sau la intervenții biomedicale cum ar fi blocanții de hormoni sau terapia hormonală. Vârsta legală pentru consimțământul la îngrijirea medicală reprezintă adesea un alt obstacol pentru cei care nu sunt deschiși cu părinții lor în privința faptului că sunt transgen, însă doresc să obțină acces la tratament hormonal sau chirurgical, dat fiind că ei nu pot accesa serviciile de sănătate fără implicarea părinților până ce nu obțin dreptul legal, care în multe țări se oferă de la 18 ani.

Din motiv că se simt nesiguri și nedoriți, tinerii transgen adesea abandonează școala, pleacă de acasă sau sunt dați afară din casă. Ulterior ei se pot confrunta cu discriminare la locul de muncă, ceea ce poate duce la angajare incompletă sau șomaj și sărăcie. Mulți dintre ei pot fi expuși la violență sau se pot implica în situații sau comportamente care pun în pericol sănătatea lor, cum ar fi vânzarea sexului în situații în care ei nu pot negocia folosirea prezervativului (Operario et al., 2008); folosirea hormonilor obținuți informal (de exemplu, cumpărați pe stradă), ceea ce poate implica utilizarea acelor murdare; și/sau abuzul de substanțe (UNDP et al, 2016).

Indiferent de statutul lor socioeconomic, tinerii transgen pot resimți consecințe grave pentru sănătatea și bunăstarea lor din cauza amestecului de marginalizare, stigmă și discriminare socială și economică, violență și lipsă de acces la îngrijiri medicale pentru afirmarea genului (United Nations, 2011; Reisner et al., 2016).

În rezultat, ei pot avea niște rate mult mai înalte de depresie,

anxietate, traumă, tentative de suicid, autodăunare intenționată, HIV și infecții cu transmitere sexuală decât populația generală, precum și rate mai înalte de utilizare și abuz de substanțe (Clements-Nolle et al., 2001; Health Policy Project et al., 2015; Reisner et al., 2016; Winter et al., 2016).

În absența literaturii extensive publicate referitor la necesitățile de ESC ale copiilor și tinerilor transgen, majoritatea recomandărilor din acest compartiment sunt bazate pe interviurile cu organizațiile de persoane transgen și cu membrii reprezentativi ai comunității date.

Planificarea și elaborarea programului

- **Consultați grupurile locale sau naționale pentru persoanele transgen, inclusiv copiii și tinerii:** Dacă asemenea grupuri există, ele vor putea oferi o contribuție valoroasă referitor la program și la cele mai potrivite moduri de a ajunge la tinerii transgen.¹⁰
- **Echilibrați necesitatea de vizibilitate cu asigurarea siguranței și confidențialității participanților și personalului din program:** În locul anunțării publice a locului și orei sesiunilor programului, ar putea fi mai sigur de oferit informația de contact pentru program, ceea ce va oferi posibilitatea de a verifica potențialii participanți.
- **Înțelegeți care sunt diferențele identității de gen și necesitățile ale tinerilor transgen din program:** De exemplu, bărbații transgen și femeile transgen au adesea necesități și circumstanțe foarte diferite, respectiv poate fi necesar ca ele să fie examinate separat în unele programe sau părți ale programului.
- **Asigurați-vă că limbajul folosit referitor la program este unul clar:** Limbajul trebuie să fie incluziv pentru toți participanții, respectiv implementatorii programului trebuie să afle și să folosească terminologia pe care o folosește comunitatea sau membrii ei.
- **Verificați serviciile de referire și asigurați-vă că manifestă respect pentru tinerii transgen:** Atunci când este posibil, este deosebit de important să relaționați ESC cu toate serviciile de care aceștia au nevoie, inclusiv cu programe sau profesioniști în domeniul sănătății și sănătății mentale care manifestă atitudine prietenoasă față de persoanele transgen. Atunci când serviciile de referire potrivite nu sunt disponibile, elaboratorii programului trebuie să-și unească eforturile în advocacy pentru a influența guvernele să ofere servicii și să sensibilizeze prestatorii de servicii.
- **Planificați un sistem sigur pentru a păstra confidențialitatea strictă:** Asigurați-vă că informația personală despre participanți nu este accesibilă persoanelor, grupurilor sau organizațiilor care manifestă atitudine ostilă față de persoanele transgen.
- **Dacă este adaptat un curriculum existent, realizați un studiu foarte minuțios în procesul dat:** Este necesar de mai mult decât doar simplă adaptare a limbajului pentru a-l face mai incluziv sau schimbarea numelor pentru care ele să fie neutre din punct de vedere a genului.
- **Folosiți tehnologia și rețelele de socializare, atunci când acest lucru este potrivit:** Unii tineri transgen

deja folosesc tehnologia și unele pagini web, cum ar fi YouTube, pentru a obține informație despre cum este să fii transgen, tranziție, etc. Prin urmare, tehnologia și rețelele de socializare pot fi un mod eficient de a le preda însăși programul.

- **Dacă este posibil, sensibilizați părinții referitor la identitatea de gen:** Discutați despre suportul de care au nevoie copiii lor pentru a le insufla un sentiment pozitiv despre sine însăși, a le dezvolta autostima și a preveni o varietate de consecințe asupra sănătății.

Metode de predare și învățare

- **UFolosiți o abordare ce ia în considerație potențialele traume:** Mulți tineri transgen sunt traumatizați de stigmă și discriminare sau de violența repetată cu care s-au confruntat. (Pentru mai multă informație vedeți p.14.)
- **Clasificați diagramele în mod incluziv atunci când discutați despre anatomia sexuală și reproductivă:** Diagramele nu trebuie să fie clasificate ca masculine sau feminine, și părțile corpului nu trebuie să fie atribuite unui anumit gen. Pentru predarea anatomiei puteți întreba participanții ce cuvinte folosesc ei pentru a numi fiecare parte a corpului, și permiteți o varietate de denumiri.
- **Oferiți-le participanților suficiente oportunități să vorbească:** O abordare bazată pe discuții, care le permite participanților să discute despre cum e să fii transgen cu alte persoane care sunt și ele transgen va ajuta la atenuarea sentimentului de izolare pe care mulți dintre ei îl au.
- **Oferiți suport pentru sănătatea mentală:** Dacă este posibil, în program ar trebui să fie un consilier în domeniul sănătății mentale cu atitudine prietenoasă față de persoanele trans, care ar fi disponibil în timpul și după sesiuni și la fel ar trebui făcute referințe la profesioniști în domeniul sănătății mentale cu atitudine prietenoasă față de persoanele trans. Dacă nu este posibil, facilitatorii trebuie să fie atenți la problemele date și să ofere suport oricărei persoane care manifestă indicii de declanșare a unor traume psihologice.
- **Combateți miturile și dezinformarea:** Discutați direct conceptele greșite și dezinformarea referitor la persoanele transgen care prevalează în comunitatea în care este livrat programul.

Livrarea programului

- **Dacă este posibil, folosiți membrii comunității transgen în calitate de facilitatori:** În varianta ideală, cel puțin un facilitator trebuie să se identifice cu grupul care este educat. Dacă facilitatorul principal nu este o persoană transgen sau dacă programul se adresează la mai mult de o singură identitate, este foarte benefic să aveți un co-facilitator transgen. Dacă este posibil să aveți doi facilitatori, poate fi un avantaj ca ei să aibă identități de gen diferite. Poate fi foarte util să aveți pe cineva cisgen și un asistent în calitate de facilitator, cu condiția

¹⁰ Puteți găsi o listă de organizații la : https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_transgender-rights_organizations, [List_of_LGBT_rights_organizations](https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_LGBT_rights_organizations).

că ei sunt bine instruiți și versați în problemele date.

- **Folosiți pronumele de gen preferate de participanți:** Facilitatorii trebuie să se prezinte cu numele sale și pronumele de gen preferate (de exemplu, ea/ei, el/lui, ei/lor) și apoi să roage participanții să se prezinte. Astfel participanții vor avea ocazia să spună ce pronume preferă, dacă vor dori. Nimeni nu trebuie obligat să dezvăluie pronumele sale sau altă informație personală.
- **Examinați posibilitatea de completare și/sau relaționare a educației individuale cu intervențiile la nivel de comunitate:** Acestea trebuie să fie menite să educe comunitatea în întregime și să încerce să elimine stigma, discriminarea și violența împotriva persoanelor transgen. Astfel poate fi generat mai mult interes din partea comunității și pot fi încurajate și oferite mai multe puncte prin care tinerii transgen ar putea obține acces la program.

Documente și curriculum de bază

- *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)
- *The Yogyakarta Principles: Principles on the Application of Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity* (2007) and the *Yogyakarta Principles plus 10* (2017)
- *APTN 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* (website)
- *Gender Spectrum* (website)
- *Transcending Anatomy #1: A Guide to Bodies and Sexuality for Partners of Trans People* (Anarchist Zine Library, n.d.)

3.7 Tineri intersex

Persoanele intersex au trăsături biologice de sex care nu corespund noțiunilor tipice binare de corp masculin sau feminin. Ele pot avea diferențe la nivel cromozomial, la nivelul gonadelor (de obicei testicule sau ovare) și/sau la nivelul organelor sexuale și reproductive din motivul variațiilor în procesul dezvoltării sexuale prenatale. Acestea nu sunt patologii sau boli, sunt pur și simplu variații naturale în corpul uman. Intersexualitatea se referă numai la caracteristicile biologice de sex, ea diferă de identitatea de gen și orientarea sexuală a persoanei. Respectiv, o persoană intersex se poate identifica din punct de vedere al genului ca bărbat, femeie, ambele sau nici una nici alta și orientarea lor sexuală poate fi heterosexuale, gay, lesbiană, bisexuală, asexuală sau alta.

Variațiile intersexualității sunt mai des întâlnite decât se presupune, dat fiind că persoanele intersex și necesitățile lor unice sunt adesea nerecunoscute de alții. Un studiu al literaturii medicale între anii 1955 – 2000 care studia frecvența trăsăturilor intersex a ajuns la concluzia că acestea sunt prezente la aproximativ 1,7% din copiii născuți vii (Blackless et al., 2000), deși aceasta depinde de trăsăturile care sunt incluse în categoria intersexualității.

Deși majoritatea variațiilor nu cauzează probleme de sănătate care ar pune în pericol viața, există un istoric îndelungat de intervenții medicale asupra bebelușilor și copiilor intersex. Aceste proceduri, adesea ireversibile, pot fi condiționate de percepția controversată a faptului că "corecția" timpurie va permite individului să se dezvolte ca bărbat sau femeie "normală". Părinților li se recomandă frecvent să nu le spună copiilor că sunt intersex și să ascundă adevăratul motiv pentru care ei au nevoie de intervenție chirurgicală. Aceasta îi poate face pe copiii intersex să se simtă confuz, izolați și rușinați. Atunci când asemenea intervenții nu sunt necesare din punct de vedere medical, ele încalcă drepturile omului ale bebelușilor și copiilor intersex, dat fiind că aceștia nu-și pot da acordul liber și informat. Organele pentru drepturile omului au indicat că acordul deplin, liber și informat al persoanei este o precondiție pentru procedurile invazive și ireversibile la persoanele intersex (WHO, 2014), și, dacă este posibil, asemenea proceduri trebuie să fie amânate până în momentul când copilul va fi suficient de matur pentru a participa la procesul de luare a deciziei și a lua o decizie informată (European Commission Directorate-General for Justice, 2012; Deutscher Ethikrat, 2012).

Copiii pot afla că sunt intersex în adolescența timpurie, dacă nu au perioada de pubertate (de exemplu, începutul menstruației, creșterea părului pe corp, creșterea sânilor sau masei musculare) așa cum este așteptat. Când un copil sau tânăr află despre faptul că este intersex, se poate gândi la genul său în moduri noi sau îl poate pune la îndoială. Cei care își dau seama că sexul lor a fost determinat greșit, poate alege tranziția către un alt gen, în documente și prin intermediul intervenției chirurgicale.

Biologia persoanei intersex și orice proceduri precedente prin care a trecut ea poate să afecteze sau să nu afecteze viața sexuală a persoanei în cauză. Unele diferențe fizice fac actul vaginal dificil fără dilatare, sau imposibil. Chirurgia organelor genitale poate afecta răspunsul sexual al unor asemenea persoane sau poate duce la faptul că actul

sexual va declanșa amintiri legate de trauma cauzată prin intervenția chirurgicală. Este important și terapeutic pentru asemenea persoane să afle că ele nu sunt unicele persoane cu trăsături intersex și că pot găsi grupuri de suport și avea conexiuni cu alte persoane intersex.

În absența literaturii extensive publicate referitor la necesitățile de ESC ale copiilor și tinerilor intersex, majoritatea recomandărilor din acest compartiment sunt bazate pe interviurile cu organizațiile de persoane intersex și cu membri reprezentativi ai comunității date.

Planificarea și elaborarea programului

- **Implicați comunitatea locală sau regională de persoane intersex în elaborarea și livrarea programului:** Dacă acest fapt nu este fezabil, este esențial ca una sau mai multe persoane intersex să fie incluse în procesul de elaborare.¹¹
- **Identificați terminologia potrivită:** În unele limbi lipsesc termeni pentru intersex sau poate fi folosit același cuvânt pentru intersex și transgen. Elaboratorii programului trebuie să identifice termenii preferați împreună cu comunitatea.
- **Înțelegeți modul în care sunt văzute variațiile intersex în culturile unde va fi folosit programul:** În anumite culturi persoanele intersex sunt văzute ca persoane speciale sau al treilea sex, sau pot exista zeități intersex, în timp ce în alte culturi ele pot fi stigmatizate. În unele țări comunitatea intersex poate decide să se distingă de comunitățile și persoanele LGBTQ+, din mai multe motive.
- **Recunoașteți și fiți pregătiți să lucrați cu o mare diversitate de tineri cu trăsături intersex:** În afară de varietatea de trăsături intersex, copiii și tinerii intersex pot avea nivele diferite de cunoștințe despre diferența lor, precum și nivele diferite de acceptare și înțelegere a ei. Ei pot avea și o varietate mare de experiențe legate de faptul că sunt intersex, de exemplu, este posibil ca unii să fi avut multiple intervenții chirurgicale, în timp ce alții nu au avut nici una.
- **Gândiți-vă cum ați putea identifica potențialii participanți și ajunge la ei:** Când realizați acțiuni de extindere a vizibilității sau plasați informație în presă, oferiți întotdeauna datele de contact, cum ar fi o adresă de e-mail, un număr de telefon sau o pagină web, ca persoanele să poată contacta programul. La fel pot exista grupuri de suport pentru anumite variații specifice, și tineri intersex care pot cunoaște alți tineri care sunt ca ei. Folosiți o varietate de termeni, nu doar "intersex", ci și "persoane cu variații ale caracteristicilor sexuale" și alți termeni prin care se pot identifica asemenea persoane la nivel local, astfel ca fiecare să poată identifica programul.
- **Echilibrați necesitatea de vizibilitate cu asigurarea siguranței și confidențialității participanților și personalului din program:** Riscul de bullying și alte tipuri de violență împotriva persoanelor intersex este contextual. În locul anunțării publice a locului și orei sesiunilor programului în campaniile de vizibilitate, ar putea fi mai sigur de oferit informația de contact pentru

program, ceea ce va oferi posibilitatea de a verifica potențialii participanți.

- **Planificați un sistem sigur pentru a păstra confidențialitatea strictă:** Asigurați-vă că informația personală despre participanți nu este accesibilă persoanelor, grupurilor sau organizațiilor care manifestă atitudine ostilă față de persoanele intersex.
- **Verificați serviciile de referire și asigurați-vă că manifestă respect pentru tinerii intersex:** Atunci când este posibil, este deosebit de important să relaționați ESC cu toate serviciile de care aceștia au nevoie, inclusiv cu programe sau profesioniști în domeniul sănătății și sănătății mentale care manifestă atitudine prietenoasă față de persoanele intersex. Atunci când serviciile de referire potrivite nu sunt disponibile, elaboratorii programului trebuie să-și unească eforturile în advocacy pentru a influența guvernele să ofere servicii și să sensibilizeze prestatorii de servicii.
- **Stabiliți un spațiu doar pentru persoane intersex, dacă este posibil:** Acest lucru este important pentru crearea comunității, siguranței, precum și pentru vindecare. La fel acest lucru asigură confidențialitatea, ceea ce este la fel important, deoarece multe persoane intersex nu doresc ca alții să afle despre faptul că ele sunt intersex.
- **Gândiți-vă la includerea sesiunilor pentru părinți:** Printre mai multe motive pentru aceste sesiuni, ar putea fi de ajutor pentru părinți să discute sentimentele sale referitor la deciziile pe care le-au luat privind intervențiile medicale asupra copilului lor. Dacă participanții doresc, pot fi organizate și sesiuni în comun cu părinții lor.

Metode de predare și învățare

- **Folosiți o abordare ce ia în considerație posibilele traume:** Intervențiile chirurgicale și stigma cu care se confruntă mulți tineri intersex în copilărie și adolescență pot fi traumatizante pentru ei, și acest lucru trebuie să fie luat în considerație în program. (Pentru mai multă informație vedeți p.14.)
- **Clasificați diagramele în mod incluziv atunci când discutați despre anatomia sexuală și reproductivă:** Diagramele nu trebuie să fie clasificate ca masculine sau feminine, și părțile corpului nu trebuie să fie atribuite unui anumit sex. Pentru predarea anatomiei puteți întreba participanții ce cuvinte folosesc ei pentru a numi fiecare parte a corpului, și permiteți o varietate de denumiri.
- **Folosiți metode care v-ar permite să aflați ce cred copiii și tinerii că știu despre variațiile intersex:** Cereți-le să spună ce au învățat și ce surse de informație au folosit, sau folosiți chestionare sau jocuri de tipul adevărat/fals. Astfel facilitatorul poate identifica și corecta anumite concepte și informații greșite pe care le au participanții.

Livrarea programului

- **Folosiți pronumele de gen preferate de participanți:** Facilitatorii trebuie să se prezinte cu numele sale și pronumele de gen preferate (de exemplu, ea/ei, el/

¹¹ O listă a organizațiilor poate fi găsită pe paginile web ale InterACT (<https://interactadvocates.org/resources/intersex-organizations/>) și Inter-sex Day (<https://intersexday.org/en/links/>).

lui, ei/lor) și apoi să roage participanții să se prezinte. Astfel participanții vor avea ocazia să spună ce pronume preferă, dacă vor dori. Nimeni nu trebuie obligat să dezvăluie pronumele sale sau altă informație personală.

- **Gândiți-vă la folosirea tehnologiei pentru a ajunge la un număr mai mare de oameni, dacă este posibil:** Dat fiind că persoanele intersex reprezintă o proporție relativ mică a populației și adesea nu doresc să se autoidentifice în grupuri, ele ar putea aprecia anumite componente adiționale de ESC oferite prin video-uri online sau printr-o videoconferință sau webinar cu o componentă interactivă. Însă este important să existe o componentă a programului cu participarea fizică.

Documente și curriculum de bază

- *InterACT (Advocates for Intersex Youth)* (website)
- *Fact Sheet: Intersex* (United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights)
- *Intersex on vk.com* (videos)
- *dsdteens* (website)
- *How Sex Development Works* (website)
- *Supporting Your Intersex Child: A Parents' Toolkit* (Organisation Intersex International Europe, 2018)
- *Full Frontal Activism: Intersex and Awesome* (website)
- *Brief Guidelines for Intersex Allies* (Organisation Intersex International United States, 2012)
- *Defining: Intersex* (website)
- *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 Tineri care trăiesc cu HIV

În anul 2019 erau aproximativ 1,7 de milioane de adolescenți care trăiesc cu HIV la nivel global, și aproximativ 170 000 din infecțiile noi cu HIV erau printre adolescenții în vârstă de 10–19 ani (UNAIDS, 2020). Sunt aproximativ 3,4 milioane de tineri în vârstă de 15–24 de ani care trăiesc cu HIV, și aproximativ 28% din toate infecțiile noi au loc între tineri (UNAIDS, 2020).

Majoritatea copiilor și tinerilor care trăiesc cu HIV obțin infecția în unul sau două moduri: perinatal la momentul nașterii și în timpul alăptării (aproximativ 70% dintre cazuri), sau mai târziu, în rezultatul sexului neprotejat, abuzului sexual, violului, folosind același echipament de injectare a medicamentelor, transfuziei de sânge neverificat, sau prin seringi. Deși copiii și tinerii care dobândesc HIV în oricare mod au anumite asemănări, multe din experiențele și necesitățile lor diferă (UNAIDS, 2016a; STOPAIDS et al., 2016).

Dincolo de infecția perinatală, copiii și tinerii care se infectează cu HIV, în special în adolescență, în majoritatea cazurilor se infectează prin sex neprotejat. Motivele pentru acest fapt includ cunoștințe puține despre prevenirea HIV, folosirea rară a prezervativelor, parteneri sexuali multipli, violul sau obligarea la relații sexuale neprotejate, și debutul timpuriu al relațiilor sexuale (WHO et al., 2015a; WHO et al., 2015b). O cauză frecventă a HIV este folosirea aceluiași echipament de injectare a medicamentelor, din motive care

adesea includ lipsa de echipament steril pentru realizarea sigură a injecțiilor (WHO et al., 2015b).

Copiii și tinerii ce aparțin populației cheie – bărbații gay și alți bărbați care fac sex cu bărbați, persoanele ce practică munca sexuală, persoanele transgen, persoanele care își injectează droguri și persoanele aflate în închisoare sau alte persoane încarcerate sunt în special vulnerabile de infectarea cu HIV din motivul discriminării, stigmei și violenței răspândite cu care se confruntă ei, plus la vulnerabilitățile specifice asociate cu tinerețea (WHO et al., 2015a; WHO et al., 2015b). Plus la aceasta, dacă sunt minori, ei pot să nu fie incluși în programele guvernamentale cheie, atunci când acestea există.

Creșterea accesului la terapia antiretrovirală a permis multor copii născuți cu HIV să trăiască până la adolescență și tinerețe. Însă ei pot avea întârziere în dezvoltare asociate cu tulburările imune, precum și probleme de sănătate cum ar fi co-infecția cu tuberculoză (Bridges, 2011; Eison and Kim, 2018). La fel ei au și rate mai înalte de probleme de sănătate mentală, cel mai des anxietate și depresie, parțial din cauza stigmei și discriminării existente contra persoanelor cu HIV, și aceste lucruri pot avea impact asupra calității vieții lor și aderării la tratament (UNICEF, 2016). În timpul adolescenței ei adesea au emoții complexe referitor la dezvoltarea sexualității lor și opțiunile reproductive pe care le au, și le este dificil să ia decizii referitor la activitatea sexuală și dezvoltarea statutului lor HIV (APN+, 2013).

Copiii și tinerii ce trăiesc cu HIV, ca și toți ceilalți copii și tineri, au nevoie de educație și servicii (Bridges, 2011). Însă legile privind vârsta la care poate fi dat consimțământul pentru îngrijiri medicale împiedică adesea copiii să acceseze servicii de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv servicii de prevenire, testare și tratament pentru HIV fără acordul părinților. Stigma și discriminarea pot opri copiii de la obținerea consilierii privind sexul sigur și testarea la HIV, în special pe cei din populația cheie pentru care diagnoza întârziată este adesea o problemă. Copiii și tinerii pot să nu ia regulat medicamentele contra HIV din mai multe motive, în special pentru a evita dezvăluirea statutului lor altor persoane. Problemele comune de tratament includ lipsa serviciilor specifice pentru adolescenți și lipsa de înțelegere a necesităților adolescenților care trăiesc cu HIV din partea instituțiilor medicale. Alți factori sunt distanța și cheltuielile de transport până la clinică, frica că alții vor observa că ei merg la clinică, timpul îndelungat de așteptare și atitudinile critice față de cei care sunt activi sexual. În multe clinici la fel lipsesc protocoale și personal instruit pentru trecerea adolescenților de la tratament pediatric la servicii HIV pentru adulți (IPPF European Network et al, 2017).

Planificarea și elaborarea programului

- **Adaptați ESC la necesitățile copiilor și tinerilor care trăiesc cu HIV, și nu vă concentrați numai pe reducerea riscului sexual:** În unele locuri poate fi recomandabilă elaborarea unui pachet specializat de ESC pentru copii și tinerii care trăiesc cu HIV din rândul populației cheie, dat fiind că problemele lor diferă și sunt mai complexe, la fel diferă și mediul legal și de politici pentru ei.
- **Implicați persoanele cheie în rețelele sociale și sistemele de suport ale participanților:** Programele

trebuie să ajute părinții și tutorii, liderii religioși și prestatorii de servicii medicale să înțeleagă realitățile, drepturile și necesitățile privind sănătatea sexuală și reproductivă ale copiilor și tinerilor ce trăiesc cu HIV, și să-și dezvolte abilitățile de a discuta cu copiii și tinerii despre traiul cu HIV, dezvăluirea statutului HIV, sexualitate și sănătate sexuală și reproductivă (Stangl et al., 2015), și de a-i ajuta să trăiască o viață pozitivă.

- **Folosiți strategii de recrutare pentru a vă asigura că programul ajunge la cei care au cea mai mare nevoie:** Când sunt recrutați participanți prin clinici și centre de sănătate veți ajunge doar la copiii și tinerii care trăiesc cu HIV care deja au acces la îngrijiri. Este probabil că asemenea participanți deja au o sănătate sexuală și reproductivă mai bună decât cei care nu primesc îngrijiri, cum ar fi grupele marginalizate și cei care nu au început tratamentul sau l-au abandonat (Pretorius et al., 2015). Dacă este posibil, încercați să ajungeți la tineri și online, acolo unde ei probabil se întâlnesc în comunități închise pe rețelele de socializare.
- **Completați ESC cu surse adiționale de informație privind sexualitatea și sănătatea sexuală și reproductivă care pot fi accesate în mod discret prin internet sau în sala de așteptare a clinicii:** Acestea ar putea include materiale multimedia, video-uri, broșuri, aplicații pentru smartphone orientate către tineri și linii de asistență (Stangl et al., 2015).
- **Analizați dacă trebuie sau nu inclus termenul "persoane care trăiesc cu HIV" în denumirea programului:** În anumite contexte, copiii și tinerii care trăiesc cu HIV nu doresc ca ceilalți să cunoască statutul lor.
- **Planificați un sistem sigur pentru a păstra confidențialitatea strictă:** Asigurați-vă că informația personală despre participanți nu este accesibilă persoanelor, grupurilor sau organizațiilor care manifestă atitudine ostilă față de persoanele ce trăiesc cu HIV.
- **Nu presupuneți că copiii și tinerii care trăiesc cu HIV sunt deja bine informați:** Ei pot să nu aibă multe cunoștințe și să nu înțeleagă bine ce este HIV și cum progresaază, ce înseamnă să fi HIV pozitiv, ce sunt medicamentele antiretrovirale și care sunt efectele adverse, sau ce este aderarea. Acest lucru se poate întâmpla dacă doctorii comunică doar cu părinții sau tutorii lor, care pot să nu educe copiii sau din motiv că comunicarea nu este adaptată însăși tinerilor.

Metode de predare și învățare

- **Oferiți mentorat pentru adolescenții mai mici care trăiesc cu HIV:** Pentru ei poate fi benefic suportul din partea tinerilor mai mari care trăiesc cu HIV și care știu deja ce este sexualitatea și relațiile.
- **Oferiți exemple de viață:** Invitați tineri care trăiesc cu HIV care și-au acceptat statutul sau care au parteneriate romantice sănătoase (inclusiv cu parteneri HIV negativi) ca să discute cu participanții (APN+, 2013).
- **Consolidați capacitățile de luare a deciziilor și comunicare:** Oferiți demonstrații și suficiente oportunități pentru participanți ca să exerseze explicarea despre HIV, dezvăluirea statutului lor, răspunsul la întrebări și înfruntarea reacțiilor.

Livrarea programului

- **Creați un sațiu sigur pentru toți participanții:** Din motivul diverselor identități ale copiilor și tinerilor care trăiesc cu HIV, simpla adunare a lor în același loc nu neapărat înseamnă că acel loc este sigur pentru fiecare. În anumite contexte poate fi necesar de livrat ESC pentru populația cheie care trăiește cu HIV – cum ar fi bărbații gay sau femeile transgen – separat de cei din populația generală care i-ar putea discrimina sau le-ar putea dezvălui statutul.
- **Fiți înțelegători față de rutina zilnică a participanților:** Livrați programul în așa mod ca să nu intervină în orarul participanților de luare a medicamentelor sau meselor, și să nu intervină în alte aspecte ale vieții lor sociale, inclusiv participarea în grupuri de suport între semenii care trăiesc cu HIV.

Documente și curriculum de bază

- *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* (SFAIDS and UNFPA, 2016)
- *Adolescents Living with HIV: Developing and Strengthening Care and Support Services* (UNICEF, 2016)
- *Children's HIV Association (CHIVA) (website)*
- *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 Tineri care consumă droguri

Deși tutunul și alcoolul sunt droguri cele mai des consumate și au cele mai grave consecințe pentru comportamentul și sănătatea sexuală a copiilor și tinerilor, drogurilor ilegale – în special celor injectate, li s-a acordat cea mai mare atenție din momentul apariției epidemiei HIV. Datele globale privind utilizarea substanțelor narcotice în rândul tinerilor sunt limitate, dar există indicații precum că consumul de droguri este mult mai înalt printre tineri decât printre persoanele mai în vârstă. Majoritatea cercetărilor sugerează că vârsta de 12–17 ani este o perioadă critică de risc pentru inițierea consumului de substanțe, iar punctul culminant poate fi la vârsta de 18–25 de ani (UNODC, 2018).

Consumul de droguri printre copii și tineri diferă de la țară la țară și depinde de circumstanțele sociale și economice: majoritatea copiilor și tinerilor care consumă droguri ilegale sunt relativ săraci în societățile în care trăiesc, ceea ce poate crește probabilitatea de folosire a acestora sau de a comercializa sau vinde sex în schimbul drogurilor (UNODC et al., 2017). Deși în multe regiuni ale lumii consumul de droguri este parte a ciclului între generații, unde sunt afectați mai mulți membri ai gospodăriei, el poate fi și parte al experimentelor adolescente de asumare a riscului și căutare a recompensei, în special între semenii. Socializarea cu tinerii care consumă droguri la fel normalizează și consolidează comportamentul lor. Copiii și tinerii încep să consume droguri pentru a scăpa de durerea psihologică sau fiziologică ce rezultă din adversitate sau experiențe negative, cum ar fi neglijarea; abuzul sexual sau emoțional; dificultățile cu familia; sau sentimentele de înstrăinare, furie sau pustietate. Mulți se confruntă cu mai multe vulnerabilități (WHO et al., 2015b).

Dat fiind că funcțiile lor cognitive sunt încă în proces de dezvoltare, copiii și tinerii sunt mai susceptibili față de abuzul de droguri și dependență decât adulții, deși ei pot să le învingă. Consumul de droguri poate reduce inhibările tinerilor și pot compromite gândirea critică, inclusiv referitor la comportamentul sexual, cum ar fi utilizarea sau neutilizarea prezervativului (WHO et al., 2015b). Împreună cu folosirea acestora și aceleiași echipamentul pentru droguri, și în special în contextul unei lipse generale de intervenții menite să reducă daunele printre copii și tineri, acești factori pot rezulta într-un risc crescut de HIV, infecții sexual transmissibile și hepatită printre copiii și tinerii care consumă droguri și în special printre cei care își injectează droguri (WHO et al., 2015b).

Tinerii care consumă droguri se confruntă cu multe bariere în accesarea serviciilor de care au nevoie, cum ar fi informația, echipamentul steril de injectare și tratamentul contra dependenței de droguri. Aceste bariere includ lipsa serviciilor de reducere a daunelor concentrate pe tineri și accesibile acestora; lipsa confidențialității din motivul restricțiilor legate de consimțământ, care cer acordul părinților pentru ca persoanele mai tinere de 18 ani să beneficieze de servicii de sănătate și de reducere a daunelor; atitudinea critică a prestatorilor de servicii; precum și refuzul de a oferi servicii medicale din cauza consumului de droguri. Se atestă o lipsă a evidențelor bazate pe dovezi privind terapia în scopul reducerii daunelor, terapia de substituție a opioidelor sau tratamentul pentru simptomele de

sevrăj (GPN+ and INPUD, 2010; Larney et al., 2017). Prin urmare, tinerii care își injectează droguri cel mai probabil nu au cunoștințe referitor la riscurile pentru sănătatea lor, practicile sigure de injectare și prevenirea HIV comparativ cu cei mai în vârstă, și sunt mai predispuși să întârzie testarea la HIV, ceea ce iarăși crește probabilitatea de transmitere a HIV mai departe (AVERT, 2019).

Criminalizarea, politicile și practicile de aplicare a pedepselor cresc stigma, prejudiciul și discriminare, coboară persoanele care consumă droguri la cel mai jos nivel, întăresc marginalizarea lor și reduc și mai mult accesul la servicii (WHO, 2016a). De exemplu, repercusiunile legale ale consumului de droguri și frica de a pierde custodia asupra copiilor lor fac ca femeile tinere însărcinate sau mamele tinere care consumă droguri să nu acceseze serviciile (GPN+ and INPUD, 2010). Alte consecințe socioeconomice includ relațiile sociale disfuncționale și o probabilitate sporită de șomaj și detenție.

Planificarea și elaborarea programului

- **Asigurați-vă că intervențiile destinate copiilor și tinerilor care consumă droguri sunt potrivite contextului:** Cei care elaborează ESC trebuie să înțeleagă cum are loc consumul de droguri, diversitatea acestuia, cum se schimbă, cum sunt realizate reducerea daunei și tratamentul, care sunt legile corespunzătoare și cum se aplică legea față de consumul de droguri și față de persoanele care consumă droguri. Ei trebuie să mai înțeleagă diversele necesități și motivații ale copiilor și tinerilor care consumă droguri, dinamica socială și economică a vieții lor și factorii care îi fac pe copii și tineri vulnerabili la consumul de droguri.
- **Planificați îngrijire și servicii comprehensive integrate, inclusiv educație:** Programele trebuie să tindă să relaționeze sau integreze ESC cu alte programe pentru tinerii care consumă droguri (GPN+ and INPUD, 2010; UNODC et al., 2017). Cele mai urgente necesități ale copiilor și tinerilor, de exemplu un adăpost și hrană, trebuie să fie asigurate în primul rând, altfel ei nu vor participa. Pe măsura posibilităților programele trebuie să ofere suport holistic sau să relaționeze participanții cu alte surse de asemenea suport. Acestea includ (IPPF European Network et al., 2017):
 - reducerea daunelor (inclusiv rechizite de tipul echipamentului steril pentru injectare) și tratament contra drogurilor bazat pe dovezi
 - prevenirea, testarea și tratamentul HIV
 - servicii de sănătate sexuală și reproductivă, inclusiv referitor la planificarea familiei, infecțiile sexual transmissibile și hepatită
 - servicii de sănătate mentală, suport social condus de semenii
 - servicii pentru supraviețuitorii violenței
 - suport și consiliere în probleme parentale și de custodie asupra copiilor, servicii de îngrijire a copiilor, servicii sociale și juridice, în special pentru copii și tinerii care consumă droguri și se află pe străzi sau nu au loc de trai.
- **Dacă ESC nu este integrată cu servicii comprehensive, stabiliți o listă de resurse locale verificate prietenoase față de tineri pentru copiii și tinerii care consumă droguri:** Dacă nu sunt disponibile servicii potrivite de

referire, elaboratorii programului trebuie să-și unească eforturile de advocacy pentru a influența guvernele să înțeleagă și să răspundă la consumul de droguri ca la o problemă de sănătate publică și nu ca la o problemă criminală, să ofere tratamente potrivite, să înlocuiască atitudinile moralizatoare cu abordări pragmatice fără de consumul de droguri și să-și bazeze practicile clinice și terapeutice pe dovezi științifice (GPN+ and INPUD, 2010).

- **Planificați un sistem sigur pentru a păstra confidențialitatea strictă:** Asigurați-vă că informația personală despre participanți nu este accesibilă persoanelor, grupurilor sau organizațiilor care manifestă atitudine ostilă față de persoanele ce consumă droguri.
- **Oferiți participanților mijloace de schimbare a comportamentului:** Programele trebuie să ofere nu numai informație exactă și educație privind sănătatea și accentul pe reducerea riscurilor, dar și mijloace pentru ca participanții să-și schimbe comportamentul, cum ar fi prezervative pentru băieți și fete (Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Implicați părinții tinerilor care consumă droguri, dar numai cu acordul tinerilor:** Implicarea părinților poate ajuta la asigurarea suportului adecvat pentru tineri, dar este esențial de obținut acordul tinerilor înainte de implicarea părinților.

Metode de predare și învățare

- **Oferiți participanților oportunități de a-și stabili propriile scopuri de schimbare a comportamentului:** Ajutați-i să-și asume scopuri realiste de a avea comportamente mai sănătoase (Edlin et al., 2005; Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Recunoașteți că abținerea de la droguri nu este întotdeauna un scop realist:** Programele trebuie să recunoască că susținerea abținerei de la droguri este dificilă și că pot fi necesare câteva încercări pentru a avea succes. Subliniați importanța reducerii riscului pentru participanții care continuă să consume droguri.

Livrarea programului

- **Stabiliți relații care demonstrează respect față de participanți:** Evitați capcanele comune, cum ar fi moralizarea sau sentimentul de furie sau frustrare față de participanți (Des Jarlais and Semaan, 2008). Studiile arată că atunci când persoanele care consumă droguri sunt tratate cu demnitate și respect, ele doresc să învețe și răspund cu grijă față de propria sănătate și față de sănătatea celorlalți (Des Jarlais and Semaan, 2008).
- **Încercați să identificați și implicați copiii și tinerii cât mai curând posibil după ce încep consumul de droguri:** În varianta ideală ar trebui să-i identificați înainte ca să înceapă injectarea, deoarece în acel moment riscul de infectare cu HIV prin folosirea aceluiași echipament de injectare nesteril crește foarte mult.
- **Minimizați barierele pentru participare:** De exemplu, livrați programul în locurile pe care deja le frecventează copiii și tinerii ce consumă droguri, acolo unde ei se simt siguri sau unde pot obține mai multe servicii.

Documente și curriculum de bază

- *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)
- *Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of Injecting Drug Users Living with HIV: A Policy Briefing* (GNP+ and INPUD, 2010)

3.10 Tinerii care vând sex

Persoanele care practică munca sexuală sunt adulți femei, bărbați și persoane transgen în vârstă de peste 18 ani care primesc bani sau bunuri în schimbul serviciilor sexuale, regulat sau ocazional. Munca sexuală este sex prin consens între adulți, care poate avea multe forme. Ea variază de la o țară și comunitate la alta, precum și în interiorul lor, la fel variază și măsura în care aceasta este "formală" sau organizată (Harcourt and Donovan, 2005). Persoanele care nu au împlinit 18 ani și vând sex sunt considerați copii exploatați sexual și nu lucrători sexuali, în conformitate cu Convenția ONU privind drepturile copilului (chiar dacă au luat ei înșiși decizia de a vinde sex și/sau dacă nu se consideră sexual exploatați).

Nu există estimări globale exacte privind numărul de tineri angajați în munca sexuală, parțial din motiv că în majoritatea țărilor una sau mai multe acțiuni legate de vânzarea, oferirea, obținerea procurarea sau prestarea sexului sunt criminalizate (WHO et al., 2015a).

Tinerii care vând sex pot avea multe vulnerabilități, ei pot fi fără loc de trai, imigranți sau călători, înstrăinați de familia inițială, pot lupta cu afecțiuni mentale și pot fi victime ale violenței din partea membrilor de familie, partenerilor intimi, clienților, terților sau poliției (WHO et al., 2015a). Bunăstarea lor mai poate fi amenințată și de consumul problematic de droguri, infecțiile cu transmitere sexuală, sarcinile nedorite și avorturile nesigure, precum și de discriminare (WHO et al., 2015a). În timp ce persoanele care nu au împlinit vârsta de 18 ani și vând sex sunt considerate victime ale exploatarei sau traficului de ființe umane, în practică ele sunt adesea arestate sau urmărite de poliție. Ele, împreună cu cele care au împlinit 18 ani și mai mult, sunt frecvent considerate criminale și se confruntă cu arestul, închisoarea și alte pedepse, precum și luarea de mită și hărțuirea din partea poliției, chiar și în anumite locuri unde munca sexuală este legală.

Copiii sexual exploatați în vârstă de 10–17 ani pot deține mai puțin control decât lucrătorii sexuali asupra numărului de clienți pe care îi au, din motive care includ necesitatea economică, abuzul de putere și autoritatea adulților, amenințările cu violența sau lipsa de experiență în negocieri (WHO et al., 2015a). Plus la aceasta, în multe țări minorii care nu au împlinit 18 ani nu au acces la servicii de sănătate sexuală și reproductivă sau servicii pentru HIV fără acordul părinților sau tutorilor, doar dacă nu sunt minori emancipați (UNAIDS, 2012).

Ei sunt mult mai vulnerabili la violență, inclusiv violența sexuală atunci când nu pot obține suport sau asistență

deoarece le este frică de arest, detenție sau discriminare. Unii tinerii sunt victime ale traficului de ființe umane în scopuri de exploatare sexuală. Copiii și tinerii traficați sexual pot suferi încălcări extreme ale drepturilor omului, inclusiv înfometare, reținere ca prizonieri, bătăi, viol, viol în grup, consum forțat de droguri și amenințări cu violența față de ei sau familiile lor și cu dezvăluirea activității lor familiei și prietenilor. Consecințele pentru sănătate pot include leziuni fizice, dependența de droguri și alcool, infecții cu transmitere sexuală și/sau HIV, complicații grave în timpul sarcinii, avorturi forțate sau obligate și infertilitate (WHO et al., 2015a). Traumele fizice și emoționale extreme plasează aceste victime în situație de risc de moarte prematură din motivul omorului, suicidului, drogurilor și consumului de alcool în exces, precum și dezvoltării unor boli conexe cu SIDA (ILO, 2008; Conner et al., 2014; Ottisova et al., 2018). Majoritatea nu se pot adresa după suport sau ajutor din motivul izolării lor.

Există probleme legale, politice și etice legate de oferirea serviciilor de orice tip, inclusiv ESC, persoanelor care nu au împlinit 18 ani și sunt implicate în industria sexului, deoarece orice tip de muncă sexuală cu implicarea minorilor se consideră exploatare sexuală, contra căreia ei trebuie protejați. Însă acest fapt nu trebuie să fie folosit ca justificare pentru a împiedica tinerii care nu au împlinit 18 ani de a obține acces la informație, servicii de prevenire și îngrijire. Cu toate acestea, pentru a evita confuziile, recomandările de mai jos se aplică doar față de cei care au 18 ani și mai mult și care decid să vândă sex de bună voie.

Planificarea și elaborarea programului

- **Cereți acordul etic de la un organ consultativ:** Din motivul complexității speciale a livrării ESC către persoanele care vând sex, examinați posibilitatea de obținere a unei analize etice pentru a confirma că programul corespunde principiilor etice și este justificat, și pentru a-i conferi credibilitate și acceptabilitate. Programul trebuie să respecte principiile etice de participare voluntară, confidențialitatea informației transmise și a înregistrărilor și datelor programului, precum și de referire la servicii de sănătate sau de alt tip în caz de necesitate.
- **Planificați un sistem sigur pentru a păstra confidențialitatea strictă:** Asigurați-vă că informația personală despre participanți nu este accesibilă persoanelor, grupurilor sau organizațiilor care manifestă atitudine ostilă față de persoanele care vând sex.
- **Stabiliți un sistem de evaluare a noilor veniți și identificați dacă au fost obligați, forțați sau dacă nu au 18 ani împliniți:** Puteți face asta prin consiliile autoreglate ale lucrătorilor sexuali sau în cooperare cu lucrători sexuali individuali. Cei care nu au 18 ani sau care nu vând sex de bună voie trebuie să primească consiliere, suport și trimitere către serviciile sociale și de sănătate. Programele oferite trebuie să satisfacă diferite necesități ale fiecărei situații a tinerilor, dat fiind că persoanele care sunt victime ale traficului diferă foarte mult de cele care sunt tinere și decid să vândă sex.
- **Încercați să identificați și implicați tinerii cât mai curând posibil după ce încep să vândă sex:** Multe persoane care vând sex încep asta la o vârstă fragedă și ele sunt cele mai vulnerabile la violență și probleme de

sănătate în primele luni (Onyango et al., 2012; Busza et al., 2016). În program trebuie de luat în considerație faptul că tinerii care încep munca sexuală pot să nu se identifice la început ca persoane care vând sex sau lucrători sexuali. Centrele pentru tineri care oferă mâncare, baie și alte servicii, cum ar fi serviciile de alfabetizare, pot fi puncte de pornire pentru a identifica sau a ajunge la tinerii care vând sex (WHO et al., 2015a). Depuneți eforturi pentru a ajunge la tinerii bărbați și transgen care vând sex (Onyango et al., 2012).

- **Legeți sau integrați conținutul ESC cu alte programe pentru tinerii care vând sex:** Tinerii care vând sex necesită o combinație de intervenții biomedicale, comportamentale și structurale pentru a aborda multitudinea de riscuri pentru sănătate și încălcări ale drepturilor omului cu care se confruntă ei. Pe măsura posibilităților oferiți suport holistic, centrat pe persoane, care poate include oferirea sau trimiterea către asistență ce oferă cazare, baie, alimente, consiliere privind sănătatea, servicii pentru cazuri de violență și sănătate mentală, educație, oportunități de generare a veniturilor, servicii juridice, suport pentru educarea copiilor și servicii sociale și de protecție a copiilor, în special pentru tinerii străzii și fără loc de trai care vând sex (Onyango et al., 2012; Busza et al., 2016). La fel este necesar de asigurat accesul permanent la prezervative profilaxia HIV pre-expunere și post-expunere, testarea la HIV, consiliere și tratament (Onyango et al., 2012; WHO, 2016a).

Metode de predare și învățare

- **Integrați ESC pentru tinerii care vând sex în abordările pentru abilitarea comunității:** Aceasta ajută la abordarea problemei stigmatizării și marginalizării lor și este și o oportunitate de a promova abilitarea colectivă.
- **Nu vă centrați exclusiv asupra temelor de sănătate sexuală și reproductivă:** Găsiți diferite puncte de vedere pentru prezentarea informației de interes pentru participanți (Moore et al., 2014; NSWP, 2016a). De exemplu, vorbiți despre sarcină, prevenirea HIV și infecțiilor cu transmitere sexuală din punctul de vedere al frumuseții și sănătății, care sunt importante pentru cei care vând sex.

Livrarea programului

- **Dacă este posibil, livrați programul într-un centru unde participanții vor avea acces și la alte servicii:** Acestea pot include băuturi răcoritoare, dușuri, odihnă și recreere. Totuși în anumite locuri ar putea fi mai eficient de livrat programul acasă sau la locul de muncă al lucrătorilor sexuali, în particular dacă ei locuiesc împreună.

Documente cheie și ghiduri

- *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions* (WHO, 2013)
- *Policy Brief: Young Sex Workers* (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 Tinerii aflați în detenție

Din motiv că pot exista suprapuneri semnificative între copiii și tinerii aflați în detenție și tinerii care consumă droguri, vând sex sau au dizabilități psihosociale, recomandările relevante din compartimentele corespunzătoare ale prezentului Ghid trebuie să fie aplicate și pentru tinerii aflați în detenție.

Copiii și tinerii aflați în detenție includ și pe cei din sistemul de justiție penală sau pe cei aflați în detenție administrativă. La fel aici sunt incluși copiii și tinerii deținuți la sectorul de poliție, în închisoare în așteptarea pedepsei sau procesului de judecată, sau care ispășesc pedeapsa după condamnare, precum și cei din centrele de detenție sau centrele de reabilitare juvenile, de imigrație sau antidrog (IPPF and UNFPA, 2017b). În detenția judiciară decizia de plasare în detenție se ia de instanța de judecată dacă tinerii sunt pedepsiți sau condamnați pentru o infracțiune penală, în timp ce în cazul detenției administrative decizia se ia de către un organ executiv sau administrativ.

Nu este cunoscut numărul de copiii și tineri aflați în detenție la nivel global din motivul lipsei înregistrărilor și numărului mare de instituții în care aceștia pot fi deținuți. În 2009, UNICEF a estimat că peste 1 milion de copii care nu au împlinit 18 ani au fost deținuți de sistemele de justiție într-un anumit moment în timp (UNICEF, 2009), însă este probabil ca aceste date să fie subestimate semnificativ (Human Rights Watch, 2016). Factorii corelați care pot duce la plasarea copiilor și tinerilor în detenție includ sărăcia, problemele de familie (inclusiv lipsa îndrumării din partea părinților), lipsa educației sau a unui loc de muncă, violența, abuzul și exploatarea (UNODC, 2006).

Copiii și tinerii pot fi plasați în detenție sau în închisoare din motiv că sunt bănuiți sau învinuiți de crime; din motiv că sunt considerați că "prezintă risc delinvențial" sau "problemă socială" sau se află într-o situație "nereglementară"; sau din motivul acțiunilor necorespunzătoare sau arbitrar ale organelor de drept. Copiii imigranți sunt la fel ținuti în centre de detenție a imigranților, contrar standardelor internaționale. Copiii cu dizabilități și alți copii pot fi instituționalizați în scop de protecție. Motive pentru detenția administrativă sunt și controlul imigrației și mișcării transfrontaliere, reținerea celor care prezintă amenințări pentru securitate, asigurarea tratamentului pentru tulburările mentale, reținerea consumatorilor de droguri și protecția celor care prezintă risc de abuz sau exploatare sau celor care altfel ar locui pe străzi (Hamilton et al., 2011). Majoritatea literaturii privind necesitățile de ESC ale copiilor și tinerilor aflați în detenție este din țările cu venituri înalte, însă chiar în asemenea contexte este clar că ei prezintă risc de probleme de sănătate și bunăstare comparativ cu populația generală din motivul ratelor mai înalte de

sarcină în adolescență, prevalenței mai mari a infecțiilor cu transmitere sexuală și HIV, istoricului de violență în familie, traumă și abuz sexual, prevalenței înalte a problemelor de sănătate mentală și abuzului de substanțe, cazurilor de stigmă și discriminare, accesului scăzut la sănătate și educație, și nivelului scăzut de alfabetizare (Schmiege et al., 2009; RACP, 2011; BMA, 2014). Aceste riscuri pot fi combinate pentru fetele adolescente încarcerate din motivul statutului lor de gen și economic mai jos decât cel al băieților adolescenți (BMA, 2014). Copiii și tinerii mai prezintă și risc de abuz sexual atunci când sunt aflați în detenție, în special cei deținuți împreună cu deținuții adulți (Freudenberg et al., 2010; Human Rights Watch, 2016). Deținuții LGBTQ+ și transgen prezintă un risc particular de abuz verbal sau fizic și de violență sexuală (James et al., 2016).

Detenția copiilor și tinerilor limitează dezvoltarea lor normală în adolescență și experimentarea, din motiv că adesea ei au puțin contact cu familiile sau nu contactează cu ele deloc, și în general nu au contact fizic cu adolescenții de același sex sau de sex opus, și se află într-un mediu în care nu-și pot afirma independența. Fără oportunitatea de a forma relații și de a modela comportamente, în anumite contexte procesul de maturizare poate fi întârziat sau subminat (Commission on Sex in Prison, 2015). Copiii și tinerii deținuți pot simți frică față de sex și relații după eliberare, în special dacă au suferit abuz, și pot simți anxietate față de ceea ce vor crede viitorii lor parteneri despre lipsa de experiență romantică și sexuală comparativ cu semenii lor de aceeași vârstă (Commission on Sex in Prison, 2015). Mulți copii și tineri aflați în detenție au relații tensionate cu familiile și au rețele de semeni care pot include persoane ce consumă substanțe, persoane care sunt în conflict cu legea sau delinvenți (Moore et al., 2013), și aceasta îi poate influența negativ după eliberare.

Planificarea și elaborarea programului

- **Colaborați cu funcționarii instituției de detenție de la începutul elaborării programului:** Detenția poate reprezenta o oportunitate de a oferi copiilor și tinerilor educația sexuală și serviciile de sănătate sexuală și reproductivă pe care aceștia nu le pot accesa în comunitate. Totuși, din motiv că instituțiile de corecție sunt sisteme foarte controlate și închise, și acolo poate exista opunere față de programele care par să susțină sexualitatea copiilor și tinerilor, este necesar de petrecut negocieri și înțelegeri continui cu funcționarii de diferite nivele (Sifunda et al., 2008).
- **Colaborați cu alte părți interesate:** Pregătirea pentru livrarea ESC în instituțiile de detenție necesită colaborare intensă și sistematică între elaboratorii programului și celelalte persoane implicate. Acestea pot include facilitatori, consilieri sau terapeuți din instituție, instanțe de judecată, familii și parteneri colaboratori din comunitate, plus la funcționarii din instituția de detenție (Sifunda et al., 2008; Marvel et al., 2009; Liddle et al., 2011).
- **Analizați posibilitatea de colaborare cu prestatorii de servicii din comunitate, cercetătorii academici și sistemele de detenție:** Prestatorii de servicii stabiliți și cercetătorii pot fi considerați de autoritățile de detenție experți de încredere, și reputația și experiența lor pot ajuta la depășirea barierelor care stau în fața elaborării și evaluării programelor de ESC pentru copii și tinerii aflați

în detenție (WHO, 2007a).

- **Înțelegeți constrângerile și normele structurale impuse de instituțiile de detenție asupra copiilor și tinerilor:** Instituțiile de detenție sunt adesea constrânse în baza genului, clasei, etniei sau religiei și sunt de obicei opresive și privative de autoritate. Este necesar de luat în considerație acest lucru la planificarea temelor și activităților din curriculum.
- **Atunci când este posibil integrați ESC în programele de reabilitare comprehensivă:** Copiii și tinerii nu se află întotdeauna în detenție: ei pot ieși și intra în sistem, respectiv programele trebuie să abordeze și necesitățile lor curente, și cele viitoare, la momentul ieșirii lor din detenție și câteva luni după aceea. Perioada ce urmează imediat după eliberare este una critică deoarece riscurile sunt amplificate atunci când copiii și tinerii se întorc în mediul unde au început să aibă probleme (care cel mai probabil nu s-a schimbat în absența lor) și se reintâlnesc cu semenii și partenerii. Totuși eliberarea le oferă copiilor și tinerilor și oportunitatea de a aplica în lumea reală lecțiile învățate în timpul ESC în detenție. În varianta ideală, ESC trebuie să fie integrată într-un plan comprehensiv de reintrare sau relocare care să includă colaborarea dintre învățătorii din instituție, consilierii și prestatorii de servicii de sănătate sexuală și reproductivă, pentru auzul de substanțe și sănătatea mentală din comunitate (US DOE & DOJ, 2014). Componenta post-detenție poate implica oferirea unor sesiuni adiționale față în față, educație și susținere la telefon; precum și trimiteri către partenerii și resursele din comunitate. Pentru a asigura continuitatea, aceiași facilitatori trebuie să livreze ESC în detenție și după eliberare, atunci când este posibil (Liddle et al., 2011). Este necesar de stabilit din timp mecanisme puternice de ținere a legăturii cu participanții după eliberarea lor.
- **Fiți flexibili și planificați moduri de adaptare la schimbările și problemele neprevăzute care au loc frecvent în instituțiile de detenție:** Acestea includ schimbarea neașteptată a locației sau întreruperea sesiunilor din motive de securitate sau pentru realizarea altor activități, cum ar fi terapia la nivel de instituție, numărătoarea deținuților și mutarea copiilor și tinerilor între diferite instituții (Goldberg et al., 2009; DiClemente et al., 2014; DOE & DOJ, 2014).
- **Abordați numeroasele riscuri cu care se confruntă copiii și tinerii aflați în detenție:** Sexualitatea, abuzul de substanțe, sănătatea mentală, delincvența și activitatea criminală trebuie să fie abordate în mod integrat în cadrul ESC, dacă este posibil (Marvel et al., 2009). De exemplu, educația sexuală poate fi conceptualizată ca parte a mișcării tânărului deținut spre sănătate, respect de sine și grijă față de sine. Ar putea fi un avantaj adăugarea sau integrarea ESC în programele de prevenire a consumului de substanțe sau în programele de reducere a riscului infecțiilor cu transmitere sexuală și HIV, acolo unde acestea există (Bryan et al., 2009; Marvel et al., 2009; Mouttapa et al., 2009).
- **Folosii un proces participativ pentru a elabora conținutul programului de ESC în colaborare cu copiii și tinerii aflați în detenție:** Poate fi necesară negocierea cu autoritățile instituționale dacă acestea sunt reticente față de punerea controlului în mâinile deținuților juvenili, însă această abordare poate ajuta elaborarea programului să înțeleagă și abordeze realitățile din viața tinerilor deținuți, ceea ce îi face vulnerabili, ceea ce de ce au

nevoie și ce doresc ei, precum și convingerile, aspirațiile și cultura lor (WHO, 2007a). Acest fapt poate ajuta la asigurarea că ESC este relevantă chiar și pentru deținuții care nu identifică educația sexuală ca o necesitate imediată.

- **Implicați cât mai mult posibil părinții, îngrijitorii și familiile în program:** Acest lucru poate fi obținut prin sesiuni comune, pentru a discuta factorii familiari și a încuraja implicarea familiei și interacțiunile cu copiii și tinerii în timp ce aceștia se află în detenție.
- **Implicați în program partenerii tinerilor aflați în detenție:** Acest lucru este îndeosebi valoros pentru partenerii băieți ai fetelor adolescente, în discutarea relațiilor, violenței, sarcinii și prevenirii HIV și a infecțiilor cu transmisie sexuală (Davis et al., 2016).

Metode de predare și învățare

- **Oferiți ESC cu luarea în considerație a potențialelor traume:** Mulți copii și tineri care ajung în sistemul de detenție au istoric de violență în familie, traumă și abuz sexual; și ei pot suporta traume ulterioare în sistemul de detenție. (Pentru mai multe detalii a se vedea p.14.)
- **Folosii pedagogia critică (a se vedea Glosarul) pentru a abilita participanții ca indivizi și ca comunitate:** Ea trebuie folosită și pentru a-i ajuta să treacă peste inegalitățile sociale care caracterizează viețile copiilor și tinerilor ce ajung în sistemul de detenție. În instituțiile caracterizate prin pedepsire și ierarhie, cum ar fi centrele de detenție și închisorile, oferirea unor modele participative, critice pentru ESC poate ajuta îndeosebi la abilitare. Educația participativă poate oferi participanților o consolare după condițiile de detenție unde ei sunt obligați la tăcere și dezumanizați. În locul unei abordări didactice de prevenire a bolilor, este necesar ca programele să stabilească ca aflarea contextelor vieții participanților, strategiilor lor de supraviețuire și condițiile care îi constrâng în luarea deciziilor. Aceasta va ajuta și la crearea unui raport între participanți și implementatorii programului (Fields et al., 2008).
- **Folosii atât sesiunile în grup, cât și cele individuale (Davis et al., 2016):** Sesiunile în grup sunt preferabile atunci când este importantă interacțiunea cu semenii, comentariile și influența, de exemplu cu băieții adolescenți care sunt delincvenți sexuali (Dwyer and Boyd, 2009). Atunci când este posibil, pot fi folosite sesiuni individuale dacă este dificilă petrecerea sesiunilor în grup din motivul distragerii sau întreruperilor, sau pentru materialul care este mai sensibil sau trebuie să fie individualizat.

Livrarea programului

- **Instruiți și susțineți facilitatorii pentru ca ei să folosească abilitățile recomandate pentru instituțiile de detenție juvenilă:** Acestea includ intervențiile comportamentale pozitive și tehnicile de gestionare a clasei pentru a rezolva problema comportamentelor perturbatoare și a ajuta cursanții să abordeze necesitățile lor sociale și emoționale. În varianta ideală, facilitatorii trebuie să aibă experiență de predare pentru copiii și tinerii în situație de risc și să participe la dezvoltarea profesională continuă pentru a-și îmbunătăți abilitățile (US DOE & DOJ, 2014).

- **Folosiți abordări susținătoare față de disciplină pentru a crește încrederea între facilitatori și participanți:** Facilitatorii trebuie să combată comportamentul inadecvat explicând clar și corespunzător participanților care sunt așteptările și urmările. Participanții trebuie să se simtă în siguranță și susținuți în orice moment, în special din motiv că mulți dintre ei nu au avut experiențe pozitive cu învățatorii în trecut (US DOE & DOJ, 2014).

Documente și curriculum de bază

- *Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons* (WHO, UNODC, UNAIDS, 2007)
- *Interventions to Address HIV in Prisons: Prevention of Sexual Transmission* (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)
- *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the "Beijing Rules")* (United Nations, 1985)

Glosar de Termeni

Termenii și conceptele folosite în prezentul document reflectă definițiile acceptate pe larg, precum și definițiile folosite în documentele întocmite de ONU și agențiile ei.

Adolescent: O persoană în vârstă de 10–19 ani. (Un copil este o persoană care nu a împlinit 18 ani, iar un tânăr este o persoană în vârstă de 10–24 de ani.)

Agender: O persoană care nu se identifică cu nici un gen.

Asexual: O persoană care nu simte atracție sexuală față de alții sau care are puțin sau nu are deloc interes sau dorință de activitate sexuală.

Bisexual: O persoană care este atrasă de persoane care aparțin mai mult decât unui singur gen.

Bullying: Comportament repetat în timp care cauzează intenționat leziuni fizice sau disconfort prin contact fizic, atacuri verbale sau manipulare psihologică. Bullying-ul implică dezechilibrul de putere.

Copil: O persoană care nu a împlinit 18 ani (definiția ONU).

Cisgen: Situația când identitatea de gen este aceeași ca și sexul determinat la naștere.

Obligare: Acțiunea sau practica de a convinge pe cineva să facă ceva prin folosirea forței sau a amenințărilor.

Pedagogia critică: O abordare față de predare bazată pe lucrarea învățătorului brazilian Paulo Freire, care ghidează cursanții marginalizați sau oprimați să pună la îndoială și să înfrunte dinamica prevalentă a puterii și dominației, și îi abilitează să acționeze pentru a-și schimba situația.

Curriculum: Un document care definește obiectivele învățării, standardele, conținutul, unitățile și lecțiile sau sesiunile unui curs sau program educațional concret.

Discriminare: Orice tratament injust sau distincție arbitrară bazată pe rasa, sexul, religia, naționalitatea, originea etnică, orientarea sexuală, dizabilitatea, vârsta limba, originea socială a persoanei sau pe alt statut al acesteia.

Detenție: Privarea de libertate personală, cu excepția cazurilor când are loc în rezultatul condamnării pentru o crimă (ceea ce este pedeapsă cu închisoarea).

Echitate: Tratament just și imparțial, inclusiv tratament egal sau diferențial în scopul corectării dezechilibrului în drepturi, beneficii, obligații și oportunități.

Gay: O persoană care simte în primul rând sau exclusiv atracție romantică sau sexuală și/sau are relații cu cineva de același sex sau gen. Se folosește de obicei pentru bărbați, deși unele femei folosesc și ele acest termen.

Gen: Caracteristicile social construite atribuite femeilor sau bărbaților, cum ar fi normele, atributele și relațiile

între grupuri de femei și bărbați și de fete și băieți. Aceste caracteristici sunt aflate prin intermediul proceselor de socializare.

Violență în bază de gen: Violența contra unei persoane bazate pe discriminarea de gen. Așteptări privind rolul de gen sau stereotipurile de gen, sau în baza statutului de putere diferențial legat de un anumit gen, care rezultă (sau poate rezulta) în daune sau suferințe fizice, sexuale sau psihologice.

Expresie de gen: Modul în care o persoană își exprimă genul în fața lumii, de exemplu prin nume, îmbrăcăminte, stil, mișcări și gesturi, vorbire și comunicare, roluri și comportament general.

Norme sau roluri de gen: Comportamente și atitudini culturale așteptate, permise, dorite sau prețuite în baza sexului actual sau perceput al unei persoane.

Identitatea de gen: Sentimentul profund intern al unei persoane față de propriul gen, care poate corespunde sau nu corespunde cu sexul determinat la naștere.

Neinclușdere în categoria binară de gen: Prezența unei identități de gen care nu este exclusiv masculin sau feminin.

Neconformare cu un anumit gen: Neîndeplinirea rolurilor, normelor sau expresiilor standard așteptate de gen pentru genul concret al unei persoane sau pentru un singur gen.

Abordare transformațională privind genul: O abordare care promovează egalitatea de gen și înfruntă rolurile, normele, relațiile și statutul inegal în baza genului.

Hărțuire: Orice comportament necorespunzător și nedorit care poate în mod rezonabil fi perceput să cauzeze ofensarea sau umilirea altei persoane. Hărțuirea poate fi în formă de cuvinte, gesturi sau acțiuni care tind să supere, alarmeze, abuzeze, discrediteze, intimideze, înjosească, umilească sau rușineze o altă persoană; sau care creează un mediu intimidator, ostil sau ofensiv.

Reducerea daunelor: strategii pentru reducerea consecințelor negative ale comportamentelor umane potențial dăunătoare, cum ar fi consumul de droguri sau partenerii sexuali numeroși, în locul eliminării comportamentului dat.

Homofobie: Frica, disconfortul, intoleranța sau ura față de homosexualitate sau față de persoanele care sunt gay sau sunt percepute astfel.

Violență homofobică: Violența comisă față de cineva în baza homosexualității actuale sau percepute a persoanei date.

Homosexual: O persoană care simte atracție sexuală și/sau romantică în primul rând față de persoane de același sex sau gen.

Crize/urgențe umanitare: Evenimente unice sau o serie de evenimente, cum ar fi conflictele armate, epidemiile, calamitățile naturale și foametea, care amenință sănătatea, bunăstarea sau siguranța unei comunități sau a unui grup mare de oameni.

Educație incluzivă: Educație care abordează și răspunde la diverse necesități ale tuturor cursanților și reduce excluderea în educație și în interiorul ei.

Persoane indigene: Locuitorii inițiali ai unei regiuni date – în contrast cu grupurile care s-au stabilit, au ocupat sau colonizat zona mai recent – care au păstrat caracteristici socioculturale diferite de cele ale culturii dominante ale societăților în care locuiesc.

Acord informat: Acordul de bună voie de a face ceva sau a participa la ceva sau de a permite cuiva să facă ceva, cum ar fi o procedură medicală, cu înțelegerea completă a faptelor, riscurilor, beneficiilor și posibilelor consecințe.

Intersex: Persoane născute cu caracteristici biologice de sex (inclusiv organe genitale, gonade și tipuri de cromozomi) care nu corespund definițiilor tipice binare de corpuri feminine sau masculine. Termenul intersex este un termen umbrelă pentru descrierea unei varietăți mari de variații naturale ale corpului uman.

Populații cheie: Grupuri de populație care sunt în particular vulnerabile la infectarea cu HIV, inclusiv bărbații gay și alți bărbați care fac sex cu bărbați, muncitorii sexuali, persoanele transgen, persoanele care își injectează droguri și persoanele aflate în închisoare sau detenție.

Lesbiană: O femeie care simte în primul rând atracție sexuală și/sau romantică față de persoane de același sex sau gen.

Pansexual: O persoană care simte atracție sexuală și/sau romantică față de persoane de toate identitățile de gen.

Pedagogie: Modul în care este livrat conținutul educațional, inclusiv folosirea diferitor metodologii care recunosc faptul că persoanele învață în diferite moduri și ajută diferiți cursanți să asimileze și învețe mai eficient conținutul educațional.

Persoane cu dizabilități: Persoane care au afecțiuni fizice, intelectuale, senzoriale sau psihosociale pe termen lung, care, în interacțiunea cu diferite bariere, pot submina participarea lor deplină și efectivă în societate la nivel egal cu alte persoane.

Intimitate: Starea sau situația de a nu fi observat sau deranjat de alte persoane, dreptul la intimitate este dreptul de a nu suferi imixțiuni sau ingerințe, inclusiv intervenții nesolicitate, neanunțate sau excesive din partea statului sau altor persoane.

Sănătate reproductivă: Bunăstare completă fizică, mentală și socială în toate privințele referitoare la sistemul reproductiv și nu doar absența bolilor sau infirmității reproductive. Sănătatea reproductivă include procesele funcționale și sistemele reproductive la toate etapele vieții și implică abilitatea de a avea o viață sexuală satisfăcătoare și sigură, de a se reproduce și libertatea de a decide dacă, când și cât de des va avea loc reproducerea.

Drepturi reproductive: Drepturile tuturor cuplurilor și persoanelor de a decide liber și responsabil numărul de copii pe care să-i aibă, perioada între nașteri și momentul când

trebuie să aibă copii, fără discriminare, obligare și violență; de a avea informație, educație și mijloace pentru a face acest lucru, precum și dreptul la cele mai înalte standarde posibile de sănătate sexuală și reproductivă.

Spații sigure: Un loc sau mediu fizic sau virtual în care o persoană sau un grup de persoane se pot simți încrezuți că nu vor fi supuși discriminării, criticii, hărțuirii sau oricărei alte daune emoționale sau fizice.

Autodeterminare: Procesul prin care o persoană își controlează propria viață, fără obligare sau forță; și dreptul persoanei de a face acest lucru.

Joc serios: Un joc serios sau joc aplicat este un joc elaborat pentru un scop primar care este diferit de cel distractiv, cel mai des în scopuri educaționale. Jocurile serioase se aseamănă într-o anumită măsură cu simulările, de exemplu prin folosirea istoriilor, însă se folosește amuzamentul și competiția pentru a adăuga valoare pedagogică.

Sex: Caracteristicile biologice și fiziologice (genetice, endocrine și anatomice) folosite pentru a clasifica persoanele ca bărbați sau femei.

Sănătate sexuală: Bunăstare fizică, emoțională, mentală și socială referitor la sexualitate; nu înseamnă doar absența bolilor, disfuncțiilor sau infirmității. Sănătatea sexuală necesită o abordare pozitivă și respectuoasă față de sexualitate și relațiile sexuale, precum și posibilitatea de a avea experiențe sexuale plăcute și sigure, fără obligare, discriminare și violență. Pentru atingerea și menținerea sănătății sexuale, este necesar să fie respectate, protejate și realizate drepturile sexuale ale tuturor persoanelor.

Minorități sexuale: Grupuri, identitatea, orientarea, caracteristicile sau practicile sexuale ale cărora diferă de cele ale majorității, inclusiv persoane neheterosexuale și cele transgen, intersex sau care nu se conformează unei categorii de gen.

Orientare sexuală: Identitatea sexuală a unei persoane în termen de sex/genul sau sexele/genurile față de care aceasta simte atracție sexuală sau romantică, inclusiv față de persoane de sex/gen diferit (heterosexuală), de același sex/gen (homosexuală), mai mult decât un sex/gen (bisexuală sau pansexuală) sau nici unul (asexuală).

Stigmă: Opiniile sau criticile unor persoane sau ale societății care se reflectă negativ asupra unei persoane sau unui grup de persoane. Discriminarea are loc atunci când este aplicată stigma.

Transgen: O persoană la care sentimentul interior despre genul său (identitatea de gen) diferă de sexul determinat la naștere. Persoanele transgen se pot identifica ca bărbați, femei, o combinație de genuri sau fără gen.

Transfobia: Frica, disconfortul, intoleranța sau ura față de persoanele care sunt percepute ca persoane transgen.

Violență transfobică: Violență contra unei persoane din motiv că este sau este percepută ca persoană transgen sau persoană care nu se conformează unei categorii de gen.

Abordare cu luarea în considerație a eventualelor traume: O abordare care integrează pe deplin cunoștințele despre traume în politici, proceduri și practici și încearcă activ să prevină traumatizarea repetată.

Violență: Orice acțiune, explicită sau simbolică, care rezultă în sau poate rezulta în daune fizice, sexual sau psihologice.

Tânăr: O persoană cu vârsta între 10 și 24 de ani.

Ghid Tehnic și Programatic Internațional privind ESC Extrașcolară

Anexă – Referințe

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. (20017). *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+.

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

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.eg/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. Broaddus. (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, Aengus, 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, Chipso 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. 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, Francoise 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/fspeered.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. 2016-3*. 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.
- Moumtapa, 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 M Iler, 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 (OI 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.

Schergen, 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 McNerney, 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_guidelin_e.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 (CEECIS).

_____ (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_CONF.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 Cuidate – 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.



All photos: © UNFPA
www.unfpa.org

